

”KUNHAN SAA KÄYDÄ JA OLLA NIIN SE RIIT- TÄÄ”

Mielenterveyskuntoutukseen sitoutuminen Viitasaa-
ren päivätoiminnassa

Laura Pärnänen
Heidi Seppä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) PÄRNÄNEN, Laura SEPPÄ, Heidi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.04.2013
	Sivumäärä 58	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi "KUNHAN SAA KÄYDÄ JA OLLA NIIN SE RIITTÄÄ" – Mielenterveyskuntoutukseen sitoutuminen Viitasaaren päivätoiminnassa		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KARAPALO, Teppo; SAGULIN-RAATIKAINEN, Aura		
Toimeksiantaja(t) Wiitaunioni, Viitasaaren mielenterveyskuntoutus		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Viitasaaren mielenterveyskuntoutuksen päivätoiminta. Mielenterveyskuntoutus kuuluu Wiitaunionin alaisuuteen. Työn tavoitteena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien päivätoimintaan sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puoli-strukturoitua haastattelua. Haastattelut toteutettiin loppuvuodesta 2012 ja niihin osallistui kahdeksan kuntoutujaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä. Saatujen vastauksien pohjalta tehtiin jaottelu päivätoimintaan sitoutumista edistäviin ja estäviin tekijöihin.</p> <p>Tuloksista voitiin havaita, että sitoutumista edistäviä tekijöitä löytyi enemmän kuin estäviä. Keskeisiksi sitoutumista edistäviksi tekijöiksi muodostuivat sosiaaliset kontaktit, ruoka, vertaistuki, ryhmätoiminnot ja terveydellisiin asioihin liittyvä tuki. Haastateltavat olivat aktiivisia kävijöitä, he toivat esiin paljon päivätoiminnan hyviä puolia sekä korostivat yhteishengen ja henkilökunnan tuen merkitystä. Keskeisiksi sitoutumista estäviksi tekijöiksi muodostuivat muiden tukipalveluiden käyttö, ristiiriidat kävijöiden välillä sekä kotona olevat työt ja harrastukset.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätöksenä todettiin, että haastateltavat olivat sitoutuneita päivätoimintaan ja he olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä tämän hetkiseen tilanteeseen. Esille nousi yleisestä tyytyväisyydestä huolimatta ajatuksia päivätoiminnan kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia tullaan käyttämään toimeksiantajan toiminnan kehittämiseen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Wiitaunioni, Viitasaaren mielenterveyskuntoutus, mielenterveys, kuntoutus, sitoutuminen, motivaatio, yhteisöhoito, haastattelututkimus		
Muut tiedot		



Author(s) PÄRNÄNEN, Laura SEPPÄ, Heidi	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 10042013
	Pages 58	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title "AS LONG AS YOU CAN GO AND BE THERE, THAT'S ENOUGH" – Commitment to mental health rehabilitation in Viitasaari's Day Center		
Degree Programme The Degree Programme in Rehabilitation Counseling		
Tutor(s) KARAPALO, Teppo; SAGULIN-RAATIKAINEN, Aura		
Assigned by Wiitaunioni, The Mental Health Rehabilitation of Viitasaari		
Abstract <p>This Bachelor's Thesis was assigned by the Day Center of the Mental Health Rehabilitation of Viitasaari. The mental health rehabilitation operations are a part of Wiitaunioni. The purpose of this thesis was to examine the factors promoting and preventing mental health clients' commitment to the Day Center's activities.</p> <p>The thesis was a qualitative study. The data was collected by interviewing eight clients of the Day Center. A half structured interview was used as the interview method, and the interviews were analyzed with a data-based content analysis. Based on the answers, a division was made between the factors either promoting or preventing the clients' commitment.</p> <p>It could be seen in the results that there were more promoting than preventive factors. The promoting factors included, for example, social contacts, food, peer support, group activities and support in health related issues. The interviewees were active participants in the Day Center's activities and they raised many good aspects about the day center. They also emphasized the significance of team spirit and the staff's support. The preventive factors included, for example, the use of other services and conflicts with other clients and also hobbies and work at home.</p> <p>The conclusion of this thesis was that the clients were committed to Day Center and that they were, generally speaking, satisfied with the present situation. However, despite the general satisfaction, they also raised ideas on how to develop the Day Center's activities.</p> <p>The results of thesis can be used in the development of the principal's operations.</p>		
Keywords Wiitaunioni, Viitasaaren mielenterveyskuntoutus, mental health, rehabilitation, commitment, motivation, community care, interview survey		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	3
1.1	Aiheen valinta	3
1.2	Viitaunioni	4
1.3	Viitasaaren mielenterveyskuntoutus	5
2	MIELENTERVEYS JA KUNTOUTUS	5
2.1	Kuntoutus	5
2.1.1	Kuntoutuksen arvot	6
2.1.2	Kuntoutuksen ihmiskäsitys.....	6
2.2	Mielenterveys	7
2.3	Palvelujärjestelmä.....	8
2.4	Mielenterveyskuntoutus	9
3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ	10
3.1	Toiminta	10
3.2	Toimintakyky.....	11
3.3	Toimijuus	13
3.4	Elämänhallinta	14
3.5	Valtaistuminen.....	15
3.6	Osallisuus.....	15
4	MOTIVAATIO	17
4.1	Motiivit	17
4.2	Motiiviristiriidat	17
4.3	Motivaation määrittely	18
4.4	Kuntoutusmotivaatio	18
4.5	Kuntoutustarve	19
5	SITOUTUMINEN.....	20
5.1	Sitoutumisen käsite.....	20
5.2	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	21
5.3	Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon	22
5.4	Aikaisempia tutkimuksia liittyen sitoutumiseen	24
6	YHTEISÖKUNTOUTUKSEN PERIAATTEET.....	25
6.1	Yhteisöhoidon syntyhistoria	25
6.2	Yhteisöhoidon määrittely	26
6.3	Terapeuttinen yhteisö.....	27
6.4	Maxwell Jonesin sosiodynaaminen terapeuttinen yhteisö.....	28
6.5	Yhteisöhoidon keskeiset piirteet	29
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT.....	34
8	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	34
8.1	Kohdejoukko	34
8.2	Aineiston keruu.....	35
8.2.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	36
8.2.2	Puolistrukturoitu haastattelu	37
8.2.3	Haastatteluiden toteutus	37
8.3	Aineiston analysointi.....	38
9	TULOKSET	41
10	POHDINTA	43

10.1	Tulosten yhteenveto.....	43
10.2	Tulosten pohdinta	44
10.3	Opinnäytetyöprosessi.....	46
10.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	47
10.5	Johtopäätökset.....	48
10.6	Jatkotutkimusaiheet	49
10.7	Kuntoutuksen ohjaajan rooli.....	49
LÄHTEET.....		51
LIITTEET.....		55
	Liite 1. Päivätoiminnan viikko-ohjelma	55
	Liite 2. Esite kuntoutujille	56
	Liite 3. Suostumus haastatteluun.....	57
	Liite 4. Haastattelukysymykset	58

KUVIOT

KUVIO 1.	Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät.....	8
KUVIO 2.	Toiminnan perusoletukset.....	11
KUVIO 3.	Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellinen malli (ICF)	12
KUVIO 4.	Toimijuuden modaliteetit	13
KUVIO 5.	Kuntoutustarpeesta konkreettiseen kuntoutustavoitteeseen ja sen avulla toimintaan	20
KUVIO 6.	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	22
KUVIO 7.	Yhteisöhoidon suuntaukset terapeuttisuus-kasvatuksellisuus - ulottuvuudella.....	27
KUVIO 8.	Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.....	40

TAULUKOT

TAULUKKO 1:	Kuntien tunnuslukuja	4
-------------	----------------------------	---

1 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Aiheen valinta

Eläketurvakeskuksen tilastoraportin (4/2012) mukaan mielenterveyshäiriöt ovat olleet vuodesta 2000 suurin työkyvyttömyyseläkkeen perusteena oleva sairausryhmä. Kun otetaan huomioon kaikki vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä työeläkkeenä saaneet, heistä 39 prosentilla eli 78 700 henkilöllä oli taustalla jokin mielenterveyshäiriö. Toiseksi yleisimpänä perusteena työkyvyttömyyseläkkeelle on tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Vuonna 2011 TULES -sairaudet olivat perusteena 59 300 henkilöllä. Mielenterveyshäiriöiden perusteella myönnettiin 6500 eläkettä vuonna 2011, mikä on vähemmän kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella myönnettyjen eläkkeiden määrä eli 8100. Mielenterveyshäiriöihin perustuvia eläkkeitä maksetaan kuitenkin keskiarvoa pidempään ja niitä myönnetään nuoremmille henkilöille kuin TULES-sairauksista kärsiville, joten tästä syystä työkyvyttömyyseläkkeensaajien kokonaismäärää tarkastellessa mielenterveyshäiriöt vievät suurimman osuuden. (Katsaus eläketurvaan vuonna 2011.) Myös mielenterveyshoidon menot ovat kasvaneet viime vuosina. Vuonna 1995 menot ovat olleet 31,4 miljoonaa euroa kun vuonna 2010 menot olivat 131,8 miljoonaa. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2010.)

Mielenterveyspalvelut on huomioitu myös nykyisessä hallitusohjelmassa. Sen yhtenä painopistealueena on ”köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen”. Tämä tarkoittaa peruspalveluiden vahvistamista ja uudistamista sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin panostamista, jotta ongelmien kasvua saadaan hillittyä. Mielenterveyspalvelujen saatavuutta on tarkoitus kehittää mielenterveyslakia uudistamalla. Myös kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä aiotaan parantaa selkiyttämällä kuntoutusprosessia sekä kuntoutuksen rahoitus- ja järjestämisvastuita. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma, 2012.)

Mielenterveyskuntoutus kiinnostaa meitä molempia henkilökohtaisella tasolla. Kuten eläketurvakeskuksen tilastoraportista (4/2012) kävi ilmi, mielenterveyshäiriöt ovat

tällä hetkellä suurin työkyvyttömyyseläkkeen perusteena oleva sairausryhmä, joten voidaan olettaa, että tulevaisuudessa työskentelemme mielenterveyskuntoutujien kanssa ainakin jossain muodossa. Tästä syystä halusimme perehtyä kyseiseen aiheeseen syvällisemmin. Opinnäytetyön aihealue oli kuntoutuksenohjaajaopiskelijoille sopiva, sillä pätevyysalueidemme sisältöihin kuuluu muun muassa kuntoutujien motivointi ja kannustaminen.

Opinnäytetyön aihe muodostui Viitasaaren mielenterveyskuntoutuksen ehdotuksen pohjalta. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa niistä tekijöistä, jotka edistävät tai estävät vain lääkkeenjaossa käyvien kuntoutujien päivätöimintaan sitoutumista. Toimeksiantaja saa myös lähtökohtia oman toimintansa kehittämiseksi tutkimuksen tekijöiden omista kehittämissuhteuksista.

1.2 Wiitaunioni

Viitasaaren kaupunki ja Pihtiputaan kunta yhdessä muodostavat kuntaparin eli Wiitaunionin. Kunnat ovat itsenäisiä, mutta palvelutuotantoa ja hallintoa on yhdistetty. Kuntalaisten tarvitsemien palvelujen sekä vaikutusmahdollisuuksien turvaaminen on Wiitaunionin yhteistyön lähtökohta. Kunnanvaltuusto, -hallitus, tarkastuslautakunta ja keskusvaalilautakunta toimivat molemmilla kunnilla omina toimintoinaan, mutta lautakunnat koostuvat molempien kuntien nimetyistä edustajista. (Tietoa Wiitaunionista, n.d.) Taulukosta 1 on nähtävissä kuntien tunnuslukuja 31.12.2012.

TAULUKKO 1: Kuntien tunnuslukuja (Keski-Suomen työllisyyskatsaus, 2012; Kuntien asukasluvut, 2012)

	Pihtipudas	Viitasaari
Asukasluku	4442	6962
Työttömyysaste, %	13,5	14,9

1.3 Viitasaaren mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutus on osa Viitasaaren kaupungin mielenterveyspalveluja ja se sisältää päivätoiminnan sekä kuusipaikkaisen kuntoutumiskodin. Päivätoiminta tarjoaa apua päivien rytmittämiseen, mielekästä tekemistä, tukea sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä uusien asioiden kohtaamiseen. Päivätoiminnassa voi syödä yhdessä valmistettua ruokaa sekä peseytyä ja pestä pyykkiä. Henkilökunta tarjoaa apua myös lääkehoidon toteuttamiseen kuntoutujan tarpeiden mukaan. Päivätoiminta toimii yhteisöhoiton periaattein, mikä luo pohjan koko kuntoutukselle. Vertaistuellalla on myös suuri merkitys. Päivätoiminnassa toimii erilaisia toiminnallisia ryhmiä sekä tarvittaessa on mahdollisuus saada yksilöohjausta. Kuntoutujat tulevat mielenterveyskuntoutukseen mielenterveystoimiston, sosiaalitoimiston tai päihdetyöntekijän ohjauksesta. Päivätoimintaan osallistuvat itsenäisesti asuvat kuntoutujat sekä kuntoutumiskodin asukkaat. (Halonen 2012.) Vuonna 2011 päivätoiminnassa oli kävijöitä keskimäärin 15 päivää kohden. (Perusturvan toimialan toimintakertomus vuodelta 2011/Viitasaari).

2 MIELENTERVEYS JA KUNTOUTUS

2.1 Kuntoutus

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002) kuntoutus määritellään muutosprosessina ihmisen tai ihmisen ja ympäristön välillä. Tämän pohjalta kuntoutuksen tavoitteena voidaankin pitää muutosta kuntoutujassa sekä hänen suhteessaan ympäristöön. Järvikosken ja Härkäpään (2011, 8) mukaan kuntoutus on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä, edistää työkykyä sekä turvata työuran jatkuvuutta. Kuntoutus jaetaan neljään osa-alueeseen: lääkinnälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen sekä kasvatukselliseen. Nämä osa-alueet sisältävät erilaisia palveluita, esimerkiksi neuvontaa, terapiaa, apuvälineitä ja rahallista tukea. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 56.)

2.1.1 Kuntoutuksen arvot

Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan Dougherty (1991) määrittelee kuntoutuksen arvoiksi onnellisuuden, vapauden ja oikeudenmukaisuuden. Onnellisuus ja hyvinvointi liittyvät tavoitteisiin vähentää sairauteen ja vajaakuntoisuuteen liittyviä kipuja, haittoja sekä kärsimystä. Pyrkimyksenä on myös parantaa kansalaisten terveyttä, psyykkistä hyvinvointia sekä toimintamahdollisuuksia. Vapaudella tarkoitetaan kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa. Ihmisen omaa oikeutta asettaa itselleen tavoitteita ja tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja tulee kunnioittaa. Tämä mahdollisuus tulee taata, vaikka kuntoutuja ei yksin pystyisi näitä asioita toteuttamaan. Oikeudenmukaisuus on yhteiskunnallinen arvo, jonka käytännössä pitäisi taata kaikille sellaiset olosuhteet, että he voivat elää mahdollisimman täysipainoista elämää. Kuntoutuksessa tämä arvo tarkoittaa sitä, että kaikilla kuntoutujilla on yhtäläinen mahdollisuus osallistua kuntoutukseen. Kuntoutuksen aikana jokaiselle kuuluu myös oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu muihin nähden. (Mts. 26–27.)

2.1.2 Kuntoutuksen ihmiskäsitys

Holistinen ihmiskäsitys sisältää ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kulttuurisen puolen. Nämä osa-alueet määrittelevät ihmisen kokonaisuudeksi, joka on enemmän kuin osiensa summa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 30.) Rauhala (2005) kuvaa holistista ihmiskäsitystä olemassaolon eri muotojen avulla. Näitä muotoja ovat kehollisuus (fyysse), tajunnallisuus (psykke) ja situationalisuus (elämäntilanne). Kehollisuudella hän viittaa olemassaolon orgaaniseen tapahtumaan, tajunnallisuudella psyykkis-henkiseen olemassaoloon ja situationalisuudella olemassaolon suhdetta ympäristöön. Situationalisuus on aina ainutkertainen, sillä jokaisen ihmisen elämäntilanteeseen vaikuttaa erilaiset tekijät, kuten koti, perhe tai työ. (Mts. 32.)

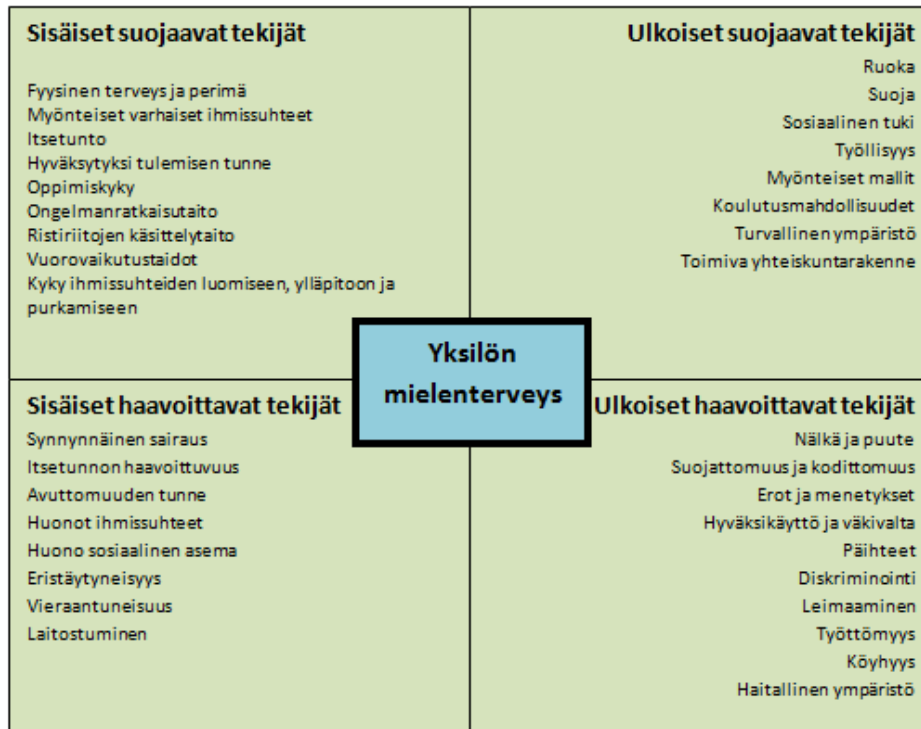
Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan Rauhala (2005) korostaa, että kolme olemassaolon perusmuotoa on luonnoltaan erilaisia eikä niitä voi muuntaa toisiinsa. Olemisen eri puolet on kuitenkin yhteydessä toisiinsa muodostaen yhtenäisen kokonaisuuden. Tästä johtuen vaikutettaessa yhteen olemassaolon muotoon, heijastuu se samalla myös muihin muotoihin. Esimerkiksi kuntoutujan fyysisen esteen poistami-

nen voi johtaa hänen psyykkisten voimavarojensa eheytymiseen ja parantaa osallistumisen mahdollisuutta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 32.)

2.2 Mielen terveys

Mielen terveyttä on vaikea määritellä yksiselitteisesti, sillä mielen terveys vaihtelee ja sitä ei voi mitata tarkasti. Voidaankin sanoa, että mielen terveys on suhteellista ja jokaisella on oma kokemus omasta mielen terveydestään. Mielen terveys voidaan kuvata voimavarana, joka mahdollistaa ihmisen elämässä eri asioita, kun taas mielen sairaus on diagnosoitavissa ja hoidettavissa oleva käsite. Mielen terveys ei kuitenkaan tarkoita mielen terveyshäiriöiden puuttumista, vaan se on olennainen osa ihmisen kokonaisuutta fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin rinnalla. Rajoitteet toiminta- tai työkyvyssä, osallistumisessa, selviytymisessä tai psyykkinen vajaakuntoisuus sekä kärsimys ovat usein oireita mielen terveyden häiriöistä. Oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella mielen terveyden häiriöitä jaotellaan eri ryhmiin. Näitä ryhmiä ovat muun muassa mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt sekä elimellisoireiset häiriöt. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12–13, 22.)

Mielen terveyteen niin negatiivisesti kuin positiivisesti vaikuttavia tekijöitä voivat olla muun muassa perimä, varhaiset vuorovaikutussuhteet sekä elämäkokemukset. Kuviossa 1 on jaoteltu mielen terveyttä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä sisäisiin ja ulkoihin tekijöihin.



KUVIO 1. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 28, muokattu)

Mielenterveyttä voidaan edistää kaikilla niillä toimenpiteillä, jotka suojaavat tai karsivat sitä vahingoittavia tekijöitä. Nämä tekijät voivat olla suoraan terveyteen vaikuttavia tai esimerkiksi yhteiskuntaan vaikuttavia asioita kuten työllisyyteen tai elinoloihin liittyvät parannukset. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 26.)

2.3 Palvelujärjestelmä

Tärkeimmät lait, jotka ohjaavat mielenterveyspalveluiden järjestämistä ovat terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja mielenterveyslaki (1116/1990). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kunnat järjestämään tarvittavan mielenterveystyön, jonka tarkoituksena on vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa vaarantavia tekijöitä. Tämän lain mukaan mielenterveystyö koostuu muun muassa mielenterveyshäiriöiden tutkimuksista, hoidosta, kuntoutuksesta sekä ohjaus- ja neuvontapalveluista.

Mielenterveyslaki (1116/1990) velvoittaa kunnat tai kuntayhtymät järjestämään asukkailleen sellaiset mielenterveyspalvelut, että ne koostumukseltaan ja kattavuudeltaan ovat riittävät alueella esiintyvään tarpeeseen nähden. Ensisijaisena palveluiden järjestämismuotona ovat avopalvelut, jotta hoitoon hakeutuminen on helppoa ja palvelut ovat tavoitettavissa. Lisäksi mielenterveyspalveluista tulee muodostua toiminnallinen kokonaisuus.

Julkisten mielenterveyspalveluiden lisäksi, joita ovat perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut, mielenterveyspalveluja tuottavat yksityiset toimijat, järjestöt sekä muut kolmannen sektorin toimijat. Nämä muut toimijat täydentävät julkisen puolen palveluita. Monet kunnat hankkivat palveluita ostopalveluina, jotta saavat lain velvoittamat palvelut toteutettua. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2009, 56–60.)

2.4 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksen käsitettä käytetään yleiskäsitteenä kaikelle mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kuntoutukselle (Pylkkänen 2008, 167). Mielenterveyskuntoutuksen kiinnostuksen kohteena ovat tekijät, jotka tuottavat ja tukevat psyykkistä hyvinvointia sekä toimintakykyä. Nämä tekijät löytyvät usein tavallisista arkielämään liittyvistä tilanteista ja asioista. (Riikonen 2008, 160.)

Kuntoutus kaikissa muodoissaan on lähempänä oppimisprosessia kuin sairauden hoitoa ja siitä toipumista. Kuntoutuminen on oppimista, kasvua sekä toimintakyvyn palautumista. Kuntoutumista tapahtuu joka päivä arjessa ja siihen voi vaikuttaa omalla toiminnallaan. (Koskisuus 2004, 25–38.) Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden edistäminen, elämäntilanteen lisääminen sekä sosiaalisissa yhteisöissä toimiminen (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 224). Mielenterveysongelmista kuntoutumisen myötä kuntoutujan toimintatapa eri tilanteissa muuttuu ajatusten ja asenteiden muuttumisen johdosta (Koskisuus 2004, 25–38).

Mielenterveysongelmiin liittyy yksinäisyyden, ulkopuolisuuden ja eristäytymisen kokemukset. Kuntoutuminen ei kuitenkaan etene ilman vuorovaikutusta ja yhteyttä toisiin ihmisiin, joten näin ollen erilaista vuorovaikutusta tulee mahdollistaa kuntoutusympäristöissä ja – menetelmissä. Ryhmät ja vertaistuki ovat esimerkkejä keinoista lisätä vuorovaikutusta. (Koskisuu 2004, 25–38.)

Koskisuun (2004) mukaan Anthony (2002) on hahmotellut hyvän mielenterveystyön palvelukokonaisuuden eri muotoja. Näihin palveluihin kuuluvat hoito, kriisihoito, palveluohjaus, kuntoutus, rikastaminen ja virkistys, oikeuksien suojeleminen, peruspalvelut, oma-apu ja vertaistuki sekä hyvinvointi. Kuntoutujan kannalta näiden palveluiden tavoitteena on muun muassa lievittää tai poistaa oireita, turvata perustarpeet sekä auttaa saamaan palveluita. Myös voimaantuminen sekä fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen kuuluu näihin tavoitteisiin. Jotta palvelujärjestelmä olisi toimiva, tulee siihen sisältyä jossain määrin kaikki edellä mainitut palveluiden osa-alueet. (Mts. 40.)

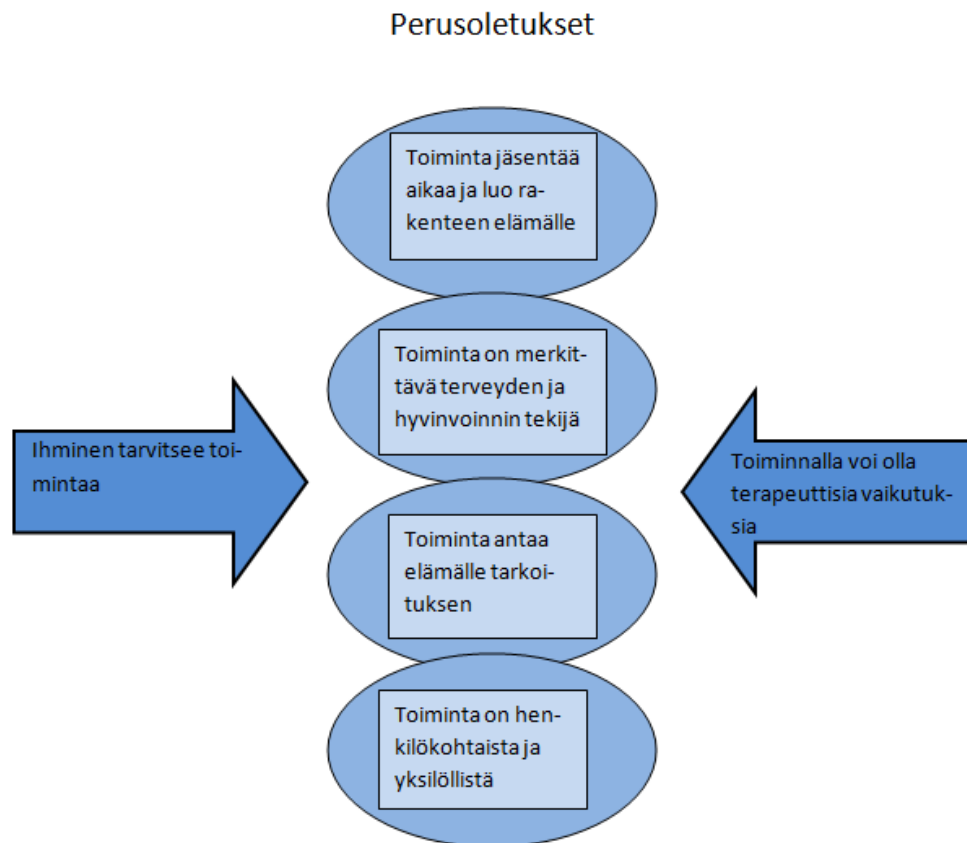
Psyykkisestä sairaudesta toipuvan toimintakykyä tuetaan mielenterveyskuntoutuksella. Kuntoutuksen tulisi alkaa heti sairauden akuuttivaiheen jälkeen. Kuntoutuja käyttää kuntoutumisensa aikana erilaisia palveluita, joita järjestävät monet toimijat. Näitä toimijoita ovat muun muassa perusterveydenhuolto, mielenterveysjärjestöt, kansaneläkelaitos, työvoimaviranomaiset sekä sosiaalitoimi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 224.)

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

3.1 Toiminta

Toiminta on monimuotoinen käsite, joten sitä on hankala määritellä yksiselitteisesti. Toimintaan liittyvät vahvasti merkityksellisyys ja tarkoituksenmukaisuus, jolloin voidaan sanoa, että toiminta on tavoitteellista ja se tähtää johonkin päämäärään. Päämäärä voi saada ihmisen motivoitumaan toimintaan. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2011, 21–26.) WHO eli maailman terveysjärjestö on luonut ICF -

mallin. ICF tulee sanoista International Classification of Functioning, Disability and Health. (WHO, 2013.) Suomennettuna ICF tarkoittaa siis toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013). ICF -mallissa kyky toimia on kuvattu osallistumisena ja suorituksina (Hautala ym. 2011, 21–26). Kuviosta 2 käy ilmi toiminnan perusoletukset.



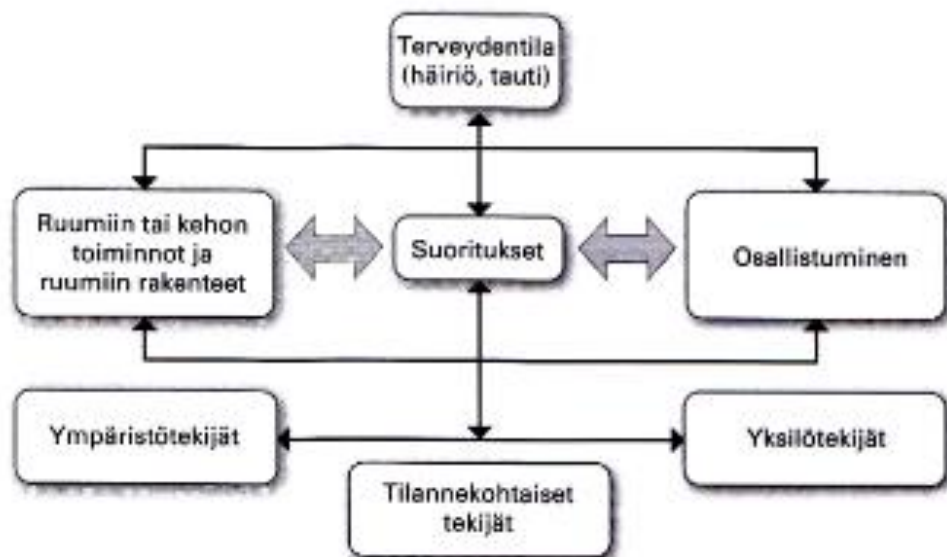
KUVIO 2. Toiminnan perusoletukset (Hautala ym. 2011, 210, muokattu)

3.2 Toimintakyky

Eri tieteenoilla toimintakyky määritellään eri tavoin, mutta yleensä se jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 9). Fyysinen toimintakyky pitää sisällään muun muassa lihaskunnon, yleiskestävyyden, liikkeen hallinnan sekä päivittäiset toiminnot. Psyykkiseen toimintakykyyn lasketaan kuuluvan kognitiiviset kyvyt, esimerkiksi oppimiskyky ja kielelliset taidot, psyykkiset voimavarat sekä kestävyys. Sosiaalista toimintakykyä on

vaikea tarkastella, sillä toiminnan tulee tapahtua sosiaalisessa ympäristössä, jotta tarkastelu on mahdollista. Yleisesti ottaen toimintakyvyllä tarkoitetaan jokapäiväisen elämän tehtävistä selviytymistä niin työssä, kotona kuin vapaa-ajallakin. Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa kuntoutusprosessia, sillä sitä pidetään usein perustana kuntoutuksen suunnittelulle sekä tulosten arvioinnille. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

ICF -malli on, kuten jo edellä mainittiin, viitekehys, joka kuvaa terveyden ja toimintakyvyn yhteyksiä. Tässä mallissa toimintakykyä ja – rajoitteita tarkastellaan terveydentilan ja ympäristötekijöiden sekä yksilöllisten ominaisuuksien välisenä vuorovaikutussuhteena. Nimenomaan tämä vuorovaikutus onkin ICF -mallissa huomionarvoista. Osa-alueet vaikuttavat toisiinsa, esimerkiksi erilaiset yksilötekijät vaikuttavat osallistumiseen ja suoriin, mutta samalla toiminta muokkaa ihmisen yksilötekijöitä. Näin ollen voidaan todeta, että yhdessäkin osatekijässä tapahtuva muutos muuttaa myös muita osatekijöitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96–97.) Kuviossa 3 havainnollistetaan vuorovaikutussuhteita osatekijöiden välillä.



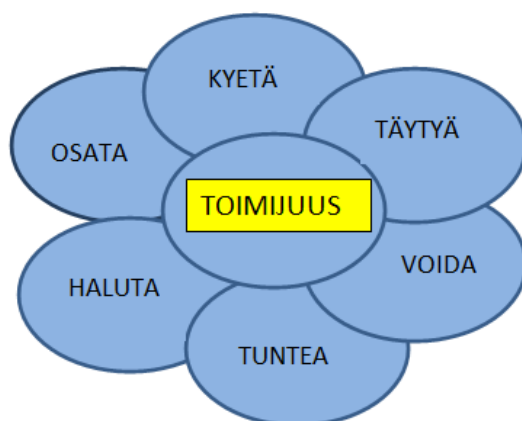
KUVIO 3. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden konseptuaalinen malli (ICF) (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97)

3.3 Toimijuus

Toimintakyvyn käsitteillä siis arvioidaan ja tutkitaan usein toimintamahdollisuuksia. Tämän rinnalle on noussut toimijuuden eli käytössä olevan toimintakyvyn tutkiminen, jonka pohjalla on ajatus siitä, miten ihmiset käyttävät tai eivät käytä toimintakykyään. Kiinnostuksen kohteena on ihmisen kokemus omasta toimintakyvystään, jota hän on voinut arvioida omissa arkielämän tilanteissaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 100–101.)

Toimijuutta on tarkasteltu eri tavoin eri tieteenaloilla, mutta sosiologiassa vallitsee Giddensin (1984) teoria. Järvikosken ja Härkäpään (2011, 101) mukaan teorian lähtökohdaksi on rakenteiden ja toiminnan välinen dialektinen vuorovaikutus. Sosiaaliset rakenteet sekä mahdollistavat että rajoittavat toimintaa, mutta samalla myös ihmisen omalla toiminnalla on vaikutusta näihin rakenteisiin. Toisaalta toimijuudella, kuten Jyrkämä (2007, 203–204) kuvaa, voidaan tarkoittaa myös yksilön tekemiä valintoja elämän eri vaiheissa.

Toimijuuteen voidaan liittää kuusi erillistä, mutta toisiinsa vaikuttavaa tekijää. Nämä tekijät yhdessä muodostavat toimijuuden modaliteetit. Modaliteettien avulla voidaan tutkia ja analysoida toimijuutta. (Jyrkämä 2007, 206.) Kuviossa 4 on nähtävissä miten nämä modaliteetit ovat yhteydessä toisiinsa.



KUVIO 4. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2007, 206, muokattu)

Jokaisen ulottuvuuden taustalla on eri asioita. *Kyetä* viittaa yksilön fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, *täytyä* ulkopuolelta asetettuihin pakkoihin ja rajoituksiin, jotka voivat olla niin fyysisiä, sosiaalisia kuin kulttuurisiakin. *Voida* taas liittyy mahdollisuuksiin, joita erilaiset tilanteet luovat ja *tuntea* yksilön perusominaisuuksiin, jotka liittyvät tunteisiin. *Haluta* viittaa motivaatioon sekä tavoitteisiin ja päämääriin ja *osata* tietoihin ja taitoihin, jotka luovat mahdollisuuksia toiminnalle. Näiden ulottuvuuksien yhteys siis synnyttää ja muokkaa toimijuutta. (Jyrkämä 2007, 206–207.)

3.4 Elämänhallinta

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002) todetaan, että kuntoutuksen tavoitteena on ”auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa”. Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan J.-P. Roos (1988) pitää elämänhallintaa ihmisen elämäkerran keskeisenä ulottuvuutena. Elämänhallinta voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen elämänhallintaan. Ulkoisesta elämänhallinnasta on kyse silloin kun ihminen pystyy ohjailemaan elämänsä kulkua ja sisäisestä silloin kun ihminen kykenee sopeutumaan erilaisiin elämäntilanteisiin ja hyväksymään niitä. (Mts. 140.)

Elämänhallinnan kokemus pohjautuu ihmisen sisäisiin mielikuviin. Jokaisella ihmisellä on oma käsitys siitä, miten hän voi vaikuttaa elämäänsä. Mielenterveyskuntoutujille on tyypillistä, etteivät he usko tai luota omaan hallintaan tai tunnista toimintansa seuraamuksia. Tällöin kuntoutuksessa tulee pyrkiä vahvistamaan ihmisen omia hallintakäsityksiä. (Koskisu 2004, 14–15.)

Elämänhallintaan liittyy usein myös koherenssi-käsite, jonka on luonut Antonovsky vuonna 1979. Koherenssi eli elämäneheyden tunne tarkoittaa, että ihmisen elämä on mielekästä, hallittavaa sekä riittävän ymmärrettävää. Lisäksi täytyy olla riittävästi voimavaroja kohdata erilaisia haasteita elämässä. (Kettunen ym. 2009, 49.)

3.5 Valtaistuminen

Valtaistumisen käsitettä käytetään monilla eri tieteenaloilla, esimerkiksi sosiologiassa ja terveyden edistämisessä. Käsitettä on käytetty ilmaisemaan ihmisen sisäistä muutosta, mutta myös laajemmassa merkityksessä. Lähtökohtana valtaistumiselle on vahvistaa toimintavaltaa. Valtaistumista on määritelty monella tavalla, mutta Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan Page & Czuba (1999) määrittelevät sen näin:

Moniulotteinen sosiaalinen prosessi, joka auttaa ihmisiä saavuttamaan hallintaa elämäänsä. Se on prosessi, joka vahvistaa ihmisten mahdollisuuksia käyttää valtaa ja toimintavoimaa elämässään, yhteisöissään ja yhteiskunnassa, toimimalla asioissa, joita he pitävät tärkeinä.

Valtaistuminen voidaan jakaa sekä yksilölliseen että yhteiskunnalliseen tasoon. Yksilöllinen valtaistuminen on kyseessä silloin kun itsearvostuksen ja asenteiden muutoksen johdosta yksilö kasvaa ihmisenä. Tämä ei kuitenkaan ole vain sisäinen prosessi, vaan kasvun myötä muuttuu myös yksilön ja ympäristön välinen suhde. Kun yksilöllistä valtaistumista tarkastellaan kuntoutuksen näkökulmasta, tarkoittaa se kuntoutujan mahdollisuuksia tehdä itse omat valintansa. Palvelujen käyttäjänä kuntoutujalla on myös osallistumismahdollisuuksia. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 142–143.)

Yhteiskunnallisella tasolla valtaistumisesta puhutaan silloin kun palvelunkäyttäjillä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja suunnitteluun aktiivisesti. Jotta tämä toteutuisi, vaaditaan organisaatioilta sellaisten rakenteiden luomista, joissa on mahdollisuus osallistua. Valtaistuminen tarkoittaa organisaatioissa yleensä prosesseja, joiden tarkoituksena on tukea työntekijöiden tai jäsenten yhteenkuuluvuutta. Prosessien tarkoituksena on myös mahdollistaa aktiivinen osallistuminen toimintaan sekä saavuttaa päämääriä, joita organisaatio tavoittelee. (Mts. 143–144.)

3.6 Osallisuus

Valtioneuvoston kuntoutusselonteon (2002) mukaan yhdeksi kuntoutuksen perusteeksi on alettu laskea vakava sosiaalisen syrjäytymisen uhka. Kuntoutuksen avulla

tätä syrjäytymistä pyritään ehkäisemään. Osallisuus ja syrjäytyminen nähdään toisensa vastakohtina, joten ehkäistessä syrjäytymistä vahvistetaan samalla osallisuutta. Tarkasteltaessa näitä kahta käsitettä, voidaan todeta, että ne koskettavat koko yhteiskuntaa eikä ainoastaan yksilöitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 147.) Kuntoutuksen ydinkysymyksiin lukeutuvat kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa sekä ympäristöön vaikuttaminen (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko, 2002).

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on tukea henkilöitä, jotka ovat vaikeasti syrjäytyneitä, palaamaan yhteiskunnalliseen osallisuuteen. Tämä tapahtuu siten, että vahvistetaan kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä sekä edellytyksiä sosiaaliseen vuorovaikutukseen. (Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä, 2013.) Osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuuksia osallistua työhön, harrastuksiin, ihmissuhteisiin sekä päätöksentekoon (Koskisu 2004, 54).

Osallisuuteen liittyy myös osallistumisen käsite, joka voi tarkoittaa myös mahdollisuutta päättää olla osallistumatta. Osallistuminen voidaan havaita toimintana, johon osallistutaan omalla panoksella ja josta hyödytään. Näin ollen osallistumiseen tarvitaan myös motivaatiota. (Väyrynen 2001, 20.)

Sosiaalista tukea voi saada monelta eri taholta, esimerkiksi perheenjäseniltä, ystävil-
tä, yhteisöistä sekä asiantuntijoilta. Asiantuntijan antamaa sosiaalista tukea tulisi käyttää hyväksi osallisuuden lisäämiseksi. Sosiaalisten tilanteiden vähyys voi olla ongelma mielenterveysongelmista kärsivälle, jolloin sosiaalisen tuen saamisella on merkitystä kuntoutumiselle. Vertaistuella, eli samassa tilanteessa olevien ihmisten tuella, on tärkeä merkitys kuntoutumisprosessissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 151–152.) Erilaiset sosiaaliset ja yhteisölliset keinot, kuten vertaisryhmät, ovat mielenterveyskuntoutujille tärkeitä, koska ne mahdollistavat elämässä kiinni pysymisen sekä tasa-vertaisen mahdollisuuden osallistua ja kuulua johonkin (Karila 2003, 58).

4 MOTIVAATIO

4.1 Motiivit

Vilkko – Riihelä (1999) määrittelee motiivin olevan toiminnan psyykinen syy, vaikuttin, toimintaa ohjaava voima. Motiivien avulla ihminen pystyy suuntaamaan voimavarsa kohti tavoitteita ja asetettuja päämääriä. Ne voivat ilmetä esimerkiksi haluna tai tarpeena. Ihminen ei välttämättä itse tiedosta edes kaikkia toimintaa ohjaavia motiivejaan ja niitä voi ilmetä samanaikaisesti useita. Motiivin voimakkuus määräytyy sen mukaan, kuinka innostunut ihminen on meneillään olevasta tehtävästä. Motiivit muodostavat myös arvojärjestyksiä eli hierarkioita, mutta se miten motiivit asettuvat tärkeysjärjestykseen, on yksilöllistä ja tilannesidonnaista. (Mts. 446–447.)

Motiivit on mahdollista jaotella eri perustein ja jaottelut ovat osittain päällekkäisiä. Yksi mahdollinen jaottelutapa on jakaa motiivit kahteen pääluokkaan: biologisiin ja psykologisiin motiiveihin. Motiiveja voidaan jaotella myös kehitysasteiden mukaan, joka tarkoittaa, että toiset motiivit ovat ominaisia kaikille lajeille ja toiset kehittyneemmille lajeille, kuten ihmisille. 1990-luvulla käytettiin paljon evoluutioteoriaan perustuvaa motiivien jaottelua. Siinä perusmotiiveiksi luetaan ne, jotka edesauttavat yksilön sosiaalista selviytymistä. (Mts. 449.)

4.2 Motiiviristiriidat

Motiivikonfliktilla tarkoitetaan tilannetta, jossa kaksi motiivia muodostaa keskenään ristiriidan, eikä ihminen tiedä kumpaa tavoitetta lähtisi tavoittelemaan. Esimerkiksi omat sisäiset motiivit ovat ristiriidassa ulkoisten odotusten kanssa. Mielenterveyskuntoutuksessa on tärkeää ottaa huomioon kuntoutujien motiiviristiriidat, sillä ratkeamattomina ne kuluttavat ja ovat usein monen mielenterveysongelman takana. Kun mielenterveydenongelmat kasvavat, ihmisen on entistä vaikeampi tehdä valintoja ja jo arjen normaalit motiiviristiriidat voivat muuttua ylitsepääsemättömiksi. (Vilkko – Riihelä 1999, 448–449.)

4.3 Motivaation määrittely

Vilkko – Riihelän (1999) mukaan motivaatio voidaan kuvata sisäisenä kokonaistilana, johon liittyy useita motiiveja. Motivoituneisuus voidaan ajatella olevan myös yksi persoonallisuuden ulottuvuuksista. Ihmisen toiminnalla on aina jokin päämäärä, joten toiminta on myös aina motivoitunutta. Motivaatiota tarkasteltaessa on tärkeää tutkia ihmisen henkilökohtaisia tavoitteita ja päämääriä, sillä se miten ihminen toimii arjessa ja mitkä tavoitteet ovat hänelle tärkeitä, ovat vahvasti yhteydessä ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin, itsearvostukseen sekä masennuksen kokemiseen. (Mts. 447–449.)

Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan psykologiassa motivaatiolla tarkoitetaan käsitettä, joka kuvaa ihmisen toiminnan viriämistä, suuntautumista, voimakkuutta ja pysyvyyttä. Heidän mukaansa motivaatiota voidaan tarkastella yksilön tavoitteiden, niiden asettamiseen vaikuttavien tekijöiden ja niihin tähtäävien toimintojen kokonaisuutena. Tila on seurausta toimintaympäristöstä, tavoitteista ja niiden saavuttamisen asteesta sekä ihmisen kyvystä säädellä tavoittelemiseen liittyviä tunteita ja ajatuksia. Onnistumisen kokemukset kohentavat pystyvyyden tunnetta ja motivoivat tavoittelemaan asetettuja päämääriä. (Mts. 165.)

4.4 Kuntoutusmotivaatio

Yksi näkökulma kuntoutusmotivaation tarkasteluun on jakaa se kolmelle eri tasolle; henkilökohtaiseen, kontekstuaaliseen ja tilannekohtaiseen tasoon. Henkilökohtaisella tasolla motivaatio ilmenee ihmisen persoonallisuuden, arvojen ja elämäntavoitteiden kautta. Yksilön elämänpiirit, kuten sosiaaliset suhteet, perhe, työ, vapaa-aika ja uskonto, liittyvät kontekstuaaliseen motivaatioon. Tilannekohtainen motivaatio taas liittyy tarkemmin esimerkiksi johonkin toimintaan tai tilanteeseen. Nämä kolme eri tasoa ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kuntoutuksen kannalta on tärkeää löytää kuntoutujasta ne kontekstuaaliset ja tilannekohtaiset motiivit, jotka ovat kuntoutujan

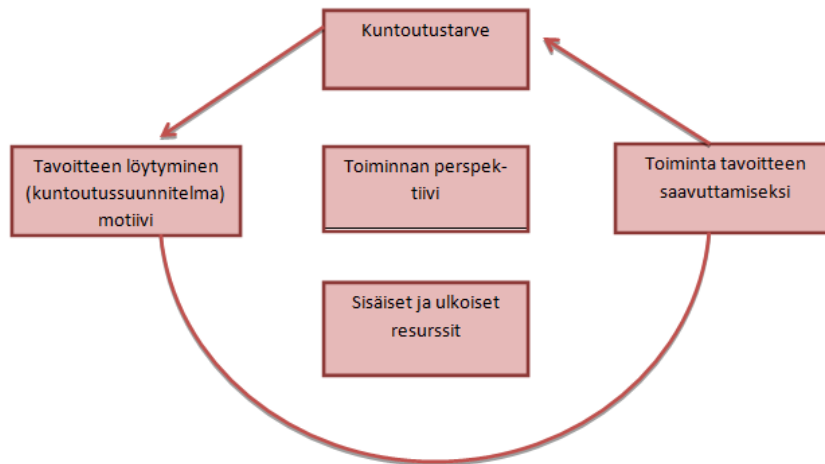
elämässä siinä kohtaa tärkeitä ja keskeisiä. Kun elämäntilanne muuttuu, muuttuvat myös tavoitteet. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 166–167.)

Kuntoutusmotivaatiota voidaan tarkastella myös itsemääräämisteorian kautta. Siinä ihmisen perustarpeiksi määritellään pätevyyden, autonomian ja yhteenkuuluvuuden tarpeet. Teorian mukaan muutoksen aikaansaaminen edellyttää, että asia koetaan henkilökohtaisesti tärkeäksi (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167.) Kuntoutusmotivaatioon voidaan liittää myös ulkoinen ja sisäinen motivaatio. Vilko - Riihelän (1999, 450) mukaan sisäinen motivaatio on omaehtoista; ihminen tekee jotakin asian itsensä takia, ei ulkoisen palkinnon ohjaamana. Ulkoisella motivaatiolla hän tarkoittaa sitä, että toimintaa syntyy esimerkiksi ulkoisen palkkion toivossa tai rangaistuksen pelossa. On myös mahdollista, että ulkoinen motivaatio muuttuu jossain vaiheessa sisäiseksi motivaatioksi.

Järvikosken ja Härkäpään (2011, 167) mukaan motivaation kannalta on tärkeää selvittää vastaavatko kuntoutuksessa asetetut tavoitteet kuntoutujan omia elämäntavoitteita. Jos eivät, tavoitteeseen tähtäävää toimintaa on erittäin vaikeaa ylläpitää. Heidän mukaansa Roessler (1989) pitää kuntoutusmotivaation kannalta tärkeinä kolmea tekijää: kuntoutujan käsitystä asetetun tavoitteen arvosta, kuntoutujan käsitys onnistumisen todennäköisyydestä ja muutosta estävät ja edistävät tekijät ympäristössä. (Mts. 167.)

4.5 Kuntoutustarve

Kuntoutumistarve lähtee ihmisen omasta henkilökohtaisesta kokemuksesta. Lähtökohdiana on ihmisen itse havaitsemansa ongelma, jonka hän haluaa ratkaista. Kuntoutumistarpeen perustana oletetaan usein olevan ongelma, joka on ristiriidassa olemassa olevan tilanteen ja tavoitteiden tai odotusten välillä. Kuntoutumistarpeen taustalta voidaan löytää muun muassa Maslowin tarvehierarkian mukaiset tarpeet. Yleensä esiin nousevat ensisijaisesti ihmisen perustarpeet, mutta myös ylemmän tason tarpeet ja omien elämänprojektien toteuttaminen voivat löytyä kuntoutumistarpeen takaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 159.)



KUVIO 5. Kuntoutustarpeesta konkreettiseen kuntoutustavoitteeseen ja sen avulla toimintaan (Järviskoski & Härkäpää 2011, 165, muokattu)

Kuntoutustarpeen, motiivin ja toiminnan välistä yhteyttä voidaan kuvata kuvion 5 avulla. Järviskosken ja Härkäpään (2011, 165–166) mukaan kuntoutustarve käynnistää toiminnan, kun ihmiselle selkiintyy konkreettinen tavoite, jota kohti hän voi lähteä pyrkimään. Tarve muuttuu toiminnaksi siinä vaiheessa, kun ihminen löytää hänelle mielekkään tavoitteen ja jonka tavoitteluun on tarpeeksi resursseja ja sen voidaan arvioida olevan saavutettavissa.

5 SITOUTUMINEN

5.1 Sitoutumisen käsite

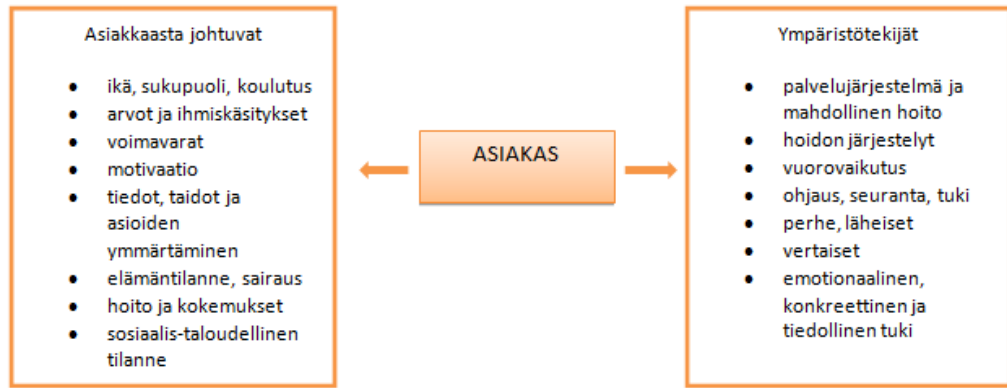
Sitoutumisen käsitettä voidaan lähestyä esimerkiksi hoitoon sitoutumisen määrittelyn avulla. Sitä on tutkittu jo 1950-luvulta lähtien, mutta vasta 1980-luvulla on tehty määritelmiä, jossa korostetaan asiakkaan omaa osuutta ja toimintaa hoitoon sitoutumisessa. Sitoutuminen nähdään terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaan välisenä yhteistyönä ja vuorovaikutuksena. Kyngäs ja Hentinen (2008, 17) määrittelevät käsitteen seuraavasti:

Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

Tämä määritelmää pitää sisällään sekä toiminnan sisällön että tavan toimia. Yhteistyöllä tarkoitetaan tässä kohtaa tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisemista ja vastuunottoa hoidosta. Vuorovaikutuksen edellytyksenä on tasavertaisuus, mahdollisuus omien näkemysten esille tuomiseen, rehellisyys sekä luottamus. Kyngäs ja Hentinen (2008, 17) muistuttavat, että vaikka määritelmässä puhutaan asiakkaasta, sitoutuminen koskee myös terveydenhuoltohenkilöstä. Hoitoon sitoutumisen käsite on alun perin kehitetty pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon, mutta sitä voidaan yhtä hyvin soveltaa esimerkiksi kuntoutukseen. Hoitoon sitoutumisen määritelmä muuttuu sitä mukaan kuin asiakaskäsitykset ja asiakkaan roolit saavat uusia muotoja. Nykypäivänä osataan tarkastella sitoutumista monipuolisemmin, eikä ajatella automaattisesti, että syy on asiakkaassa, jos hän ei noudata annettuja hoito-ohjeita. (Kyngäs & Hentinen 2008, 16–20.)

5.2 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Kyngäs ja Hentinen (2008, 26) jakavat hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät karkeasti kahtia: asiakkaasta johtuviin ja asiakkaan ympäristöstä johtuviin. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan soveltaa kuntoutukseen vastaavasti kuin hoitoon sitoutumisen käsitettäkin. (Mts. 17.) Kuviossa 6 esitetään hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.



KUVIO 6. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Kyngäs & Hentinen 2008, 26, muokattu)

5.3 Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon

Tässä kappaleessa esitellään Timlinin (2008) kirjoittamia psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Esitetyt asiat on kirjoitettu erikoissairaanhoidon näkökulmasta, mutta niitä voidaan soveltaa myös mielenterveystyöhön. Teoria on valittu siitä syystä, että Timlinin (2008) esittämät näkökulmat tukevat tästä opinnäytetyöstä syntyneitä tuloksia. Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan tässä kohdalla sellaista henkilöä, joka käyttää psykiatrisia palveluja ja hänellä on vakava mielenterveysongelma, eikä hän selviä psyykkisistä ongelmistaan ilman asiantuntijoiden apua. (Mts. 161.)

Timlinin (2008) mukaan psykiatrisen potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa on ensimmäinen askel kohti sitoutumista. Tällöin hoitoa voidaan suunnitella sekä toteuttaa ottamalla huomioon potilaan oma näkökulma. Hoitoon osallistuminen voi myös muuttaa potilaan omia ajattelutapoja ja toimintaa, joka taas voi edistää sitoutumista. Osallistumisella varmistetaan myös potilaan kuulluksi tuleminen. Tärkeintä on kuitenkin se, että potilas itse haluaa hoitoa ja hänellä on motivaatiota parantua. Jos potilaalla ei ole hoitomotivaatiota, on hoidon onnistuminenkin epätodennäköistä. Potilas tulee ennen kaikkea nähdä aktiivisena osallistujana passiivisen vastaanottajan sijaan. (Mts. 162–168.)

Sitoutumiseen vaikuttavat potilaan aikaisemmat vaiheet sekä ominaisuudet. Sitoutumisen edellytykset saattavat olla puutteelliset ja tämä voi näkyä esimerkiksi kyvyttömyytenä, haluttomuutena tai näennäisenä myöntövyyttenä hoitoon. Timlinin (2008) mukaan potilas voi olla sairauden takia kyvyttömään oma-aloitteisesti tai osallistumaan hoitoonsa ennen kuin psyykinen vointi sen sallii. On täysin mahdollista, että potilaan psyykinen hyvinvointi ja toimintakyky ovat taantuneet sairauden johdosta, eikä hoitoon sitoutumisen edellytyksiä ole vielä olemassa. Jos potilaalla on puutteita hoitoon sitoutumisen edellytyksissä, terveydenhuoltohenkilöstön tehtävänä on muun muassa vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta, luoda luottamusta, tukea potilasta ja hänen omatoimisuuttaan sekä suunnitella hoitoa yhdessä potilaan kanssa. (Mts. 171.)

Terveydenhuoltohenkilöstöllä onkin tärkeä rooli potilaan hoitoon sitoutumisen tukemisessa ja edistämässä ja tämä vaatii heiltä monenlaisia tietoja ja taitoja. Vuorovaikutuksella, rakentavalla dialogilla sekä aktiivisella kuuntelulla on sitoutumisen kannalta suuri merkitys. Myös potilaan itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen edistävät hoitoon sitoutumista, koska potilas joutuu itse ottamaan vastuuta hoidostaan sekä osallistumaan hoitoonsa aktiivisesti, kuitenkin omien voimavarojensa mukaan. Terveydenhuoltohenkilöstön myönteinen, kunnioittava ja kannustava asenne voivat helpottaa potilasta käsittelemään sairauttaan ja hoitoaan. Sitoutumisen edistäminen vaatii työntekijöiltä myös taitoa tunnistaa potilaiden yksilölliset tarpeet sekä elämäntilanteet. Se vaatii heiltä myös työhön sitoutumista ja halua kehittää itseään. Johdonmukaisuus, säännöistä sekä sovituista asioista kiinnipitäminen ovat asioita, jotka tukevat potilaan hoitoa ja sen edistymistä. Jokainen potilas on kuitenkin yksilö, jonka hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa erilaisia tekijöitä ja usein myös monta yhtä aikaa. Työntekijöiden on myös osattava hyväksyä se, että aina potilaan sitoutuminen hoitoon ei onnistu. (Timlin 2008, 166–174.)

Potilaan sitoutumista hoitoon saattaa estää muun muassa häpeän, toivottomuuden tai pelon tunteet. Hän voi myös potea syyllisyyttä siitä, että hänellä on psyykkisiä ongelmia. Joskus itse hoito koetaan häpeälliseksi tai leimaavaksi. Myös erilaiset hoitoympäristöön liittyvät tekijät voivat estää hoitoon sitoutumista. Hoitoympäristö ei välttämättä mahdollista kiinteän ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen luomista po-

tilaan ja työntekijöiden välillä. Sitoutumisen tukemisen kannalta on tärkeää, että potilaan asioiden käsittelyyn, hoidon suunnitteluun, neuvontaan ja ohjaukseen on riittävästi aikaa. (Timlin 2008, 171.)

Hoitojärjestelmä, potilas ja terveydenhuoltohenkilöstö sekä heidän välinen toimintansa muodostavat hoitoon sitoutumisen peruselementit. Hoitoon sitoutuminen edellyttää täten yhteistyötä kyseisten osapuolten välillä. Vuorovaikutuksen on oltava toimivaa ja sen tulee perustua kunnioitukseen, tasa-arvoon sekä dialogiin. Hoitoon sitoutumisen vaikutukset näkyvät potilaassa esimerkiksi voinnin paranemisena, sairauden hallintana, mutta se vaikuttaa myös terveydenhuoltohenkilöstön työhön, hoitoympäristöön sekä hoitojärjestelmään. (Timlin 2008, 167.)

5.4 Aikaisempia tutkimuksia liittyen sitoutumiseen

Suoraan tähän opinnäytetyöhön verrattavia tutkimuksia ei löytynyt, sillä mielenterveyskuntoutujien kuntoutukseen sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä ei ole juurikaan tutkittu. Sen sijaan hoitoon sitoutumisesta löytyi Suomessa tehtyjä tutkimuksia. Esimerkiksi Lappalainen ja Pekkarinen (2009) ovat tehneet opinnäytetyön hoitajien sitoutumisesta työhön ja työyhteisöön, Könkö (2011) tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ja Kosonen (2010) mielenterveyspotilaan kuntoutumisvalmiudesta. Sitoutumista on siis tutkittu pääasiassa hoitotyön tai jonkin tiettyä sairautta sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. Etsittäessä tutkimuksia, löydettiin Heroldin ja Mattilan (2012) tekemä opinnäytetyö, joka koski kaksoisdiagnoosipotilaan sitoutumista kuntoutukseen. Heidän opinnäytetyöstä löydettiin jonkin verran yhtäläisyyksiä tämän opinnäytetyön tuloksiin, kuten potilaan omien mieltymysten ja mielenkiinnon kohteiden huomioiminen sekä toimintakyvyn merkitys sitoutumiseen. Sitoutumisen tutkiminen on haasteellista, sillä siihen vaikuttaa suuresti ihmisen subjektiivinen kokemus asiasta ja siitä syystä tämänkään opinnäytetyön tulokset eivät välttämättä tue muiden tekemiä tutkimuksia.

6 YHTEISÖKUNTOUTUKSEN PERIAATTEET

Tässä opinnäytetyössä yhteisökuntoutuksen periaatteet rakentuvat pääosin Kari Murron kirjoittamaan ”Yhteisöhoidon suuntauksia” kirjaan. Murron kirjasta löytyi parhaiten sellaista tietoa, joka on yhteneväinen Viitasaaren päivätoiminnan yhteisöhoidon periaatteisiin. Terapeuttisissa yhteisöissä Murron lähtökohtana ovat olleet Maxwell Jonesin ja Tom Mainen johtamat yhteisöt. Yhteisöhoidon keskeiset piirteet hän on kirjoittanut terapeuttisten yhteisöjen yhteenvetona. (Murto 1997, 9-11.)

Yhtä ainoa ja oikeaa yhteisöhoidon mallia ei suoranaisesti ole olemassa, vaan periaatteita voi ja osittain joutuukin soveltamaan yhteisöhoitoa toteuttavaan ympäristöön sopivaksi. Tästä syystä esimerkiksi yhteisöjen toiminnalliset ja sosiaaliset rakenteet voivat vaihdella suurestikin. Esimerkiksi sairaalassa toimivaa yhteisöä säätelevät sairaalaa ohjaavat säännöt ja määräykset sekä sen organisaatorakenne. Tästä johtuen yksityisillä yhteisöillä on paremmat mahdollisuudet kehittää toimintaansa, sillä heillä ei ole ulkoisia byrokratian lisäämiä paineita. Myös yhteisön ja asiakkaiden laatu vaikuttavat periaatteiden luomiseen (Mts. 249–250.)

Yhteisöhoito soveltuu muun muassa psykiatrisille potilaille, päihdeongelmallisille sekä psyykkisesti kehitysvammaisille (Punkanen 2001, 61). Tunnettuja yhteisöjä ovat muun muassa Mikkelin yhteisö, Suvanto-yhteisö sekä Mainiemi. Nämä yhteisöt ovat tarkoitettu päihdekuntoutujille. Suomen Fountain House – klubitalojen verkosto ry:n Klubitalot tukevat ja täydentävät julkisia mielenterveyspalveluita ja tarjoavat mielenterveyskuntoutujille mahdollisuuden yhteisökuntoutukseen. Myös Sopimusvuori ry:n sosiaalipsykiatrisen kuntoutustoiminta on Suomessa tunnettua. (Terapeuttiset yhteisöt/yhteisöhoito, n.d.)

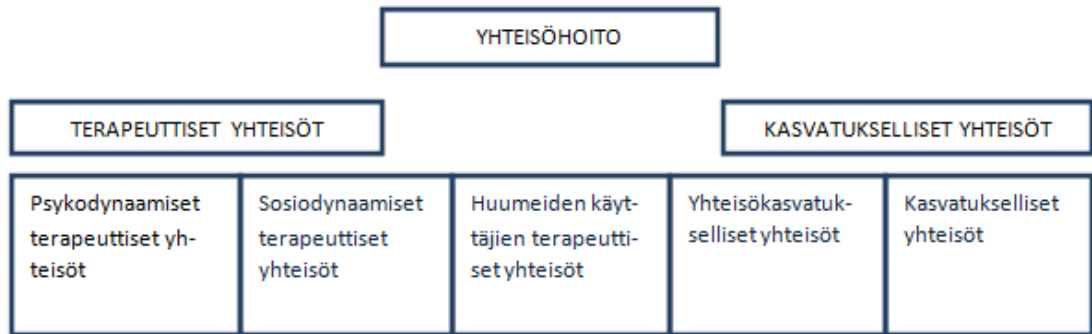
6.1 Yhteisöhoidon syntyhistoria

Yhteisöhoidon juuret vievät valistusaikaan, jolloin tehtiin mielisairaanhoidossa monia uudistuksia kohti inhimillisempää hoitoa. Philippe Pineliä pidetään uuden aikakauden alulle panijana, sillä hän poisti vuonna 1798 kahleiden käytön. Englantilainen William Tuke puolestaan perusti vuonna 1792 Yorkin retretin, joka oli pienimuotoinen hullu-

jen hoitoyhteisö. Tukea kauhistutti mielisairaiden primitiivinen ja raaka kohtelu, joka oli jopa huonompaa kuin eläinten kohtelu. William Tuken mielestä ala-arvoiset olosuhteet sekä epäinhimillinen kohtelu olivat jo itsessään esteenä hullujen parantumiselle. Tuke uskoikin, että jos hulluina pidetyille ihmisille tarjotaan mielekästä työtä, ihmisarvon mukainen kohtelu ja inhimilliset elinolosuhteet, he ovat askeleen lähempänä paranemista. Yorkin retretissä alettiin toteuttaa Tuken ajatuksia ja hoito muuttui kuntouttavaksi. Tätä toimintamallia alettiin kutsua moraaliseksi hoidoksi. Tästä toimintamallista oli myös nähtävissä keskeiset psykiatrisen yhteisöhoidon perusperiaatteet. Muutosten seurauksena vuonna 1845 Englannissa säädettiin laki, jonka mukaan jokaisen piirikunnan piti perustaa vastaavanlainen mielisairaiden hoitolaitos. (Murto 1997, 13–14.)

6.2 Yhteisöhoidon määrittely

Murron (1997) mukaan yhteisöhoidolla tarkoitetaan koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Yhteisöhoito sisältää täten fyysisen ja sosiaalisen ympäristön, terapian, kuntoutuksen sekä kasvatuksen periaatteita. Näiden osa-alueiden painopisteet voivat vaihdella yhteisötyypistä riippuen. Yhteisöhoidon perusideana on se, että kaikki mitä yhteisöissä tapahtuu, palvelee edellä mainittuja tavoitteita ja nähdään osana yhteisön perustehtävää. Perustehtävän toteuttamiseen vaikuttavat muun muassa tilat, tavat sekä ihmisten keskinäiset suhteet. Yhteisöhoidon käsitteeseen voidaan lukea psykiatristen ja kasvatuksellisten yhteisöjen lisäksi myös huumeiden käyttäjien terapeuttiset yhteisöt. (Mts. 13–17.) Kuviossa 7 havainnollistetaan yhteisöhoidon ulottuvuuksia.



KUVIO 7. Yhteisöhoidon suuntaukset terapeuttisuus-kasvatuksellisuus - ulottuvuudella (Murto 1997, 15, muokattu)

Ikosen (2009) mukaan, yhteisöhoidon keskeinen hoitomenetelmä on asiakkaiden ja henkilökunnan muodostama yhteisö, jossa asiakasyhteisön avulla on tarkoitus saada aikaan muutosta ja samalla tukea sitä. Ikonen (2009) korostaa, että kaikki yhteisön toiminnot suunnitellaan tuottamaan muutosta ja oppimista yhteisön jäsenissä. Hänen mukaansa vertaistuellalla on toipumisessa keskeinen merkitys, sillä auttamalla toisiaan kuntoutujat auttavat myös itseään. Myös henkilökunnan ja asiakkaiden työnjako on tarkkaan määriteltyä. Henkilökunnan rooli on kuitenkin aivan yhtä tärkeä kuin asiakkaiden, mutta se painottuu enemmän toiminnan ohjaukseen sekä rakenteiden ylläpitoon ja kulttuurin kantoon. Pääasiallisena ajatuksena on, että asiakkaat hoitavat yhteisöä ja yhteisö hoitaa heitä. (Ikonen, 2009.)

Yhteisöllisyyden alkujuuret juontavat jo Aristotelien aikaan. Hän liitti yhteisöllisyyden ihmisen peruspiirteisiin ja ajatteli sen olevan osa hyvää elämää. Sosiaali antropologi Edward Westermarck (1862–1939) korosti omassa yhteiskuntateoriassaan sitä, että yhteisöllisyys on osa biologista perustaa. Hänen mukaansa ihminen hakeutuu vaittomaisesti toisten ihmisten seuraan. Tällä tavalla ihminen turvaa lajin säilymisen ja toimeentulon. Aristoteles ja Westermarck ajattelevat siis yhteisöllisyyden olevan osa ihmisen perusolemusta. (Hautamäki 2005, 8.)

6.3 Terapeuttinen yhteisö

Murto (1997) toteaa, että terapeuttiseksi yhteisöksi lasketaan mikä tahansa hoito- tai kasvatuslaitos, jonka tavoitteen on parantaa potilaiden tilaa tarjoamalla mahdolti-

suudet tuottavaan työhön, omien kykyjen kehittämiseen ja yhteisön päivittäiseen johtamiseen. Englantilaisen David Clarkin (1977) mielestä terapeutin yhteisö on pienehkö, toisensa tuntevien ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa olevan henkilöstön ja potilaiden muodostama yhteisö, jonka perustehtäväksi on muodostunut terapia. Terapialla hän tarkoittaa henkilöstön ja potilaiden oppimista, henkilökohtaista kasvua sekä muuttumista. Kuntoutuksellisesta näkökulmasta se tarkoittaa esimerkiksi poikkeavan käyttäytymisen sallimista ja analysointia. (Mts. 17.)

De Leon (2000) määrittelee terapeutin yhteisön yhteisöksi, joka voi hoitaa, parantaa tai kuntouttaa. Sen ero muihin yhteisöihin on siinä, että sitä voidaan käyttää hoitomenetelmänä. Yhteisöllä on muun muassa päämäärä, organisoitu rakenne, säännöt, yhteiset normit, kulttuurisidonnaiset arvot sekä uskomukset. Terapeutin yhteisön tarkoituksena on auttaa yksilöitä, mutta sen laajempi tavoite on muuttaa ihmisten elämäntyyliä sekä identiteettejä. Yksilön osallistuminen yhteisön tehtäviin edesauttaa hänen sosiaalisten ja psyykkisten tavoitteiden saavuttamista sekä vievät häntä eteenpäin elämäntapojen ja identiteetin muutoksessa. Yhteisön sosiaalisen rakenteen sekä yhteisön päivittäisten tehtävien kuten ryhmien, töiden ja kokousten avulla pyritään helpottamaan yksilöiden muutosprosessia, oppimista sekä paraneamista. (Mts. 85–92.)

6.4 Maxwell Jonesin sosiodynaaminen terapeutin yhteisö

Maxwell Jonesia (1907–1990) pidetään terapeutin yhteisön varsinaisena kehittäjänä, vaikka Tom Main käyttikin käsitettä ensimmäisenä. Jonesin (1976) mukaan terapeutin yhteisön käsite tarkoittaa, että koko yhteisö, henkilöstö ja potilaat, ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. (Murto 1997, 17–25.) Jones toimi kokemuksellisen oppimisen pohjalta ja nykyiset terapeutin yhteisöt perustuvat pitkälti hänen periaatteisiinsa. Tavoitteena on luoda yhteisö, jossa kaikki ovat tasavertaisia keskenään ja ongelmat ratkottaisiin yhdessä. Myönteisinä asioina nähdään rakentava ilmapiiri sekä luottamus potilaiden kykyihin ja mahdollisuuksiin. (Jormanainen, 2002.) Haasteellista tällaisissa yhteisöissä on yhteisön tavoitteiden vaatavuus ja ristiriitaisuus. Kuten Murto (1997, 17) toteaa, se riippuu johtajan ja henkilöstön asenteista, potilai-

den laadusta sekä ulkopuolisen hallinnon määräyksistä kuinka pitkälle on käytännöllistä ja toivottavaa toimia yhteisönä, jossa koko yhteisö on mukana hoidossa sekä hallinnossa. Robert Rapoport (1960) on tiivistänyt Jonesin terapeutin yhteisön keskeiset periaatteet demokraattisuuteen, sallivuuteen, yhteisöllisyyteen sekä konfrontaatioon (Murto 1997, 28–29).

Demokraattiseen päätöksentekoon osallistuvat niin henkilökunta kuin potilaatkin. Demokratia tukee esimerkiksi terapeutin potentiaalin hyödyntämistä sekä vertais-tukea. Keskeisenä periaatteena on myös sallivuus, jolla tarkoitetaan yhteisön suvaitsevaisuutta toisiaan kohtaan. Poikkeava käytös sallitaan yhteisössä, koska se tuo esille potilaan omia vaikeuksia, mutta myös muiden potilaiden vaikeuksia sietää erilaisuutta. Sallivassa yhteisössä on myös mahdollista kokeilla turvallisesti uusia käyttäytymismalleja. Kuntoutusnäkökulmasta katsottuna on kuitenkin hyvä huomata, että olosuhteet ovat yhteisössä poikkeukselliset, eikä käyttäytymistä voi siirtää yhteisön ulkopuolelle. (Mts. 28–29.)

Yhteisöllisyydellä Jones tarkoittaa ihmisten välistä läheisyyttä, välitöntä kommunikatiota sekä epämuodollisuutta. Lähtökohtana on se, että jokaisella on oikeus olla mukana kaikessa, eikä kenelläkään ole yhteisössä etuoikeuksia. Yhteisössä osallistumalla ja tekemällä potilaat oppivat aktiivisemmiksi ja siirtävät sitä myös yhteisön ulkopuolelle. Konfrontaatio tarkoittaa käsitteenä todellisuuden kohtaamista. Yhteisössä potilaat saavat koko ajan palautetta omasta käyttäytymisestään muilta yhteisön jäseniltä. Palautteen avulla on tarkoitus saada potilas itse tiedostamaan omat defenssinsä ja tehdä niistä vaikeasti säilytettäviä. Potilaat eivät välttämättä ole ennen huomanneet, kuinka he omalla käyttäytymisellään aiheuttavat hallaa ympäristölleen. (Mts. 29.)

6.5 Yhteishoidon keskeiset piirteet

Yhteishoidon suuntauksia yhdistää yhteinen näkemys siitä, että yhteisöä käytetään tietoisesti hoidon, kuntoutuksen ja kasvatuksen perustana. Kaikkea yhteisössä tapahtuvaa olisi aiheellista pohtia ja arvioida yhteisön perustehtävään peilaten. Yhteishoi-

toa voidaan käyttää muun muassa psykiatristen potilaiden, huumeiden käyttäjien, rikollisten ja epäsosiaalisten nuorten kuntoutuksessa. Nämä yhteisöhoitolliset yhteisöt ovat keskeisiltä osin rakentuneet samanlaisen toiminnallisen rakenteen ympärille. (Murto 1997, 239.)

Toiminnallisella rakenteella Murto (1997) tarkoittaa kaikkia toimintaepisodeja, jotka rytmittävät asiakkaiden aikaa. Toimintaepisodilla hän tarkoittaa toisiinsa yhteydessä olevia toimintoja. Pelkistetysti voidaan sanoa, että yhteisön toiminnallisen rakenteen muodostavat erilaiset yhteisössä pidettävät kokoukset, työtehtävät ja terapiaryhmät. Toiminnallinen rakenne kuitenkin vaihtelee yhteisön jäsenten mukaan, esimerkiksi vanhainkodin ja lastenkotiyhteisön rakenteet ovat luonnollisesti erilaiset. Henkilökunnan ja asiakkaiden toiminnallinen rakenne voivat myös erota toisistaan. Saattaa olla, että henkilökunnalla on omia kokouksiaan ja vastaavasti asiakkailla omaa toimintaa, johon henkilökunta ei osallistu. Jos nämä rakenteet ovat kovin erillään toisistaan, riskinä on, että asiakkaiden ja henkilöstön välille syntyy kuilu. Hajanainen yhteisö ei ole kuntouttava, eikä se pysty tukemaan psyykkisesti epävakaita asiakkaita. (Mts. 239–240.)

Viitasaaren päivätoiminta on avoinna maanantaista lauantaihin kello 8.00–16.00 ja sunnuntaisin kello 9.00–14.15. Henkilökunta on paikalla näinä aikoina. Päivät alkavat yhteisellä aamukokouksella lukuun ottamatta sunnuntaita. Lounasta valmistetaan tiistaista torstaihin ja päiväkahvit kuuluvat jokaiseen päivään. Kuntoutujilla on mahdollisuus saunaan päivätoiminnan tiloissa kolmena päivänä viikossa. Päivätoiminnassa on tarjolla erilaisia ryhmiä tiistaista perjantaihin, joihin kuntoutujilla on mahdollisuus osallistua oman kiinnostuksensa mukaan. Näiden ryhmien lisäksi kuntoutujat osallistuvat yhteisiin tehtäviin, joita ovat muun muassa puhtaanapito- ja kunnossapitotyöt ja ruoanlaittoon liittyvät tehtävät. Kerran viikossa pidetään yhteisön yhteinen yhteisökokous. Henkilökunnalla on päivittäin varattu aikaa muutama tunti dokumentointiin. Tilanteiden mukaan heillä voi olla myös omia kokouksia sekä kotikäyntejä. Nämä edellä mainitut asiat muodostavat päivätoiminnan toiminnallisen rakenteen. Liitteenä 1 on nähtävissä tarkempi viikko-ohjelma. (Halonen, 2013.)

Normaalin keskustelun lisäksi tarvitaan säännöllisiä kokouksia, jotta voidaan turvata yhteisön eheys. Tärkein näistä on koko yhteisöä koskeva yhteisökokous. Yhteisökokouksen ideana on pitää esillä yhteisön perustehtävää, turvata avoin kommunikaatio, päätösten tekeminen, sääntöjen sopiminen ja noudattamisen valvominen sekä yksiköiden välisten ristiriitojen käsittely. Yhteisökokoukset ovat koko yhteisöhoidon perusta ja jos niitä ei ole, yksiköiden välinen kommunikaatio voi heikentyä. Myös jokainen yksikkö tarvitsee oman yhteisen kokouksen, jossa keskitytään juuri sen yksikön asioihin. Näissä kokouksissa tehdään yksiköitä koskevat päätökset ja tutkitaan yhteisön tilannetta yksilö-, ryhmä- ja ihmissuhdetasolla. Painopiste kokouksissa on esimerkiksi hallinnollisissa ja käytännön asioissa kuten toiminnan suunnittelussa, tehtävien jakamisessa, ristiriitojen käsittelyssä unohtamatta mahdollisuutta henkilöstön ja asiakasyhteisön avoimeen kommunikaatioon. Kokouksia voi käyttää myös esimerkiksi yhteisön sosiaaliseen kuntoutukseen. (Murto 1997, 240–241.)

Viitasaaren päivätoiminnan yhteisökokous pitää sisällään samoja asioita, joita Murron (1997, 40–241) mukaan yhteisökokouksissa tuleekin käsitellä. Yhteisökokouksessa suunnitellaan päivätoiminnan tulevia tapahtumia, käsitellään ristiriitoja, sovitaan uusista säännöistä ja tarkastellaan niiden noudattamista. Näissä kokouksissa kuntoutujilla on mahdollisuus tuoda esille heille tärkeitä asioita. Myös sääntörikkomuksista ja yhteisöä hiertävistä ihmissuhdeongelmista keskustellaan yhdessä. Kahdenkeskiset ristiriidat pyritään selvittämään ensin kyseisten kuntoutujien kanssa ennen kuin asiaa käsitellään koko yhteisön voimin. (Halonen, 2013.)

Yhteisöhoitossa työllä on kasvatuksellisia, kuntouttavia sekä terapeuttisia tehtäviä. Työt liittyvät useimmiten yhteisön jokapäiväisiin tehtäviin kuten siivoukseen, ruoan valmistukseen, toimistorutiineihin sekä erilaisten tilaisuuksien järjestämiseen. Osallistuminen antaa myös mahdollisuuden sosiaalisten taitojen ja vastuun oppimiseen. Työllä itsellään on ehdoton merkitys ihmisarvon ja itsetunnon perustajana. Työn on oltava yhteisön kannalta välttämätöntä ja arvostettua, jotta sillä olisi myönteinen vaikutus hoitoon, kasvatukseen tai kuntoutukseen. (Murto 1997, 245–246.)

Viitasaaren päivätoiminnan tehtävät liittyvät pääasiassa tilojen puhtaanapito- ja kunnossapitotehtäviin kuten imurointiin, lattioiden pesuun, pölyjen pyyhintään, wc-

tilojen siivoukseen, postin hakuun sekä vuodenajan mukaisiin ulkotöihin. Toisen tehtäväkokonaisuuden muodostaa keittiötöihin liittyvät tehtävät kuten ruoan valmistus, tiskaaminen, kahvinkeitto sekä roskien vieni. Silloin tällöin kuntoutujat innostuvat myös leipomaan. Näiden työtehtävien lisäksi kuntoutujilla on mahdollisuus hoitaa omia asioitaan, esimerkiksi maksaa laskuja. Työtehtävät jaetaan aamukokouksissa ja myös henkilökunta osallistuu muutamiin talon yhteisiin tehtäviin. Tarkoituksena on, että kuntoutujilla on päävastuu tehtävistä. (Halonen, 2013.)

Ryhmäterapialla Murto (1997) tarkoittaa kaikkia pienryhmiä, joilla on hoidollinen tai kuntoutuksellinen tavoite. Ryhmissä voidaan käyttää kuvaa, draamaa, toimintaa tai keskustelua parannettaessa osallistujien itsetuntemusta. (Mts. 246.) Viitasaaren päivätoiminnassa toimii tällä hetkellä seitsemän erilaista ryhmää. Tiistaikerho pidetään tiistaisin ja vetäjänä toimii Viitasaaren mielenterveysseuran työntekijä. Samana päivänä on myös Keijon kokkikurssi. Torstaisin kokoontuu seurakunnan päiväpiiri ja ryhmän vetäjä tulee evankelisluterilaisesta seurakunnasta. Perjantaisin on joko rottinki-, tai kädentaidot- ja elokuvaryhmä. Rottinkiryhmää ohjaa Näkövammaisten Keskusliiton alainen työntekijä ja kädentaidot- ja elokuvaryhmää mielenterveysyhdistys Muikku ry:n työntekijä. Päivätoiminnan omaa ryhmätoimintaa on asiantuntijaryhmä, johon osallistuu ulkopuolinen asiantuntija sekä päivätoiminnan oma työntekijä. Ryhmät toimivat vuoroviikoin, jolloin viikkoa kohden ryhmätoimintaa on kolmena tai neljänä päivänä. Päivätoiminnan työntekijät eivät pääsääntöisesti osallistu ulkopuolisten ohjaamiin ryhmiin. Ryhmät ovat muodostuneet sekä kuntoutujien että työntekijöiden ideoiden pohjalta. Ryhmien tarkemmat ajankohdat on luettavissa liitteestä 1. (Halonen, 2013.)

Yhteisten juhlatilaisuuksien avulla yhteisohoidossa pyritään vahvistamaan sekä yksilön että yhteisön itsetuntoa ja yhteenkuuluvuutta. Yhteisössä voidaan juhlia esimerkiksi nimi- ja syntymäpäiviä sekä kansallisia juhlapäiviä. Retket ja juhlatilaisuudet tuovat vaihtelua arjen rutiineihin ja ne ovat yhteisössä vuosittaisia kohokohtia. (Murto 1997, 247.) Viitasaaren päivätoiminta toteuttaa retkiä neljä kertaa vuodessa eri kohteisiin yhteistyössä Muikku ry:n sekä Viitasaaren mielenterveysseuran kanssa. Mielenterveyden Keskusliiton kulttuuripäivät sekä pohjoisen Keski-Suomen kunnallisten mielenterveyspalveluiden kesäpäivät vietetään vuosittain. Viitasaaren ja Pihtipu-

taan seurakunnat järjestävät yhdessä lähes vuosittain mielenterveyskuntoutujien leiripäivän, johon kuntoutujilla on mahdollisuus osallistua. Joka toinen vuosi päivätoiminta ja mielenterveysseura mahdollistavat kuntoutujille viikon mittaisen tuetun loman. Päivätoiminnassa vietetään kaikkia kalenterivuoden isompia juhlapäiviä sekä kuntoutujien nimi- ja syntymäpäiviä. (Halonen, 2013.)

Murron (1997) mukaan sosiaalisella rakenteella tarkoitetaan sekä virallisia että epävirallisia yksilöiden ja ryhmien välisiä suhteita ja asemia. Esimerkiksi organisaatiokaaviolla ja erilaisilla säännöillä voidaan esittää yhteisön virallinen rakenne. Yhteisöhoitollisissa yhteisöissä on kuitenkin ollut tavoitteena vähentää hierarkkisuuutta ja auktoriteettirakenteita ja tavoitella demokratiaa. Maxwell Jonesin mukaan päätösvaltaa tulisi delegoida mahdollisimman paljon johtajalta yhteisölle. Yhteisöstä on vastuussa viime kädessä kuitenkin yhteisön johtaja. Tom Mainen mukaan taas rakenteet ja ammattiroolit voidaan pitää näkyvinä, mutta samalla pitäisi tutkia niiden merkitystä avoimen kommunikaation ja turvallisen ilmapiirin myötä. Yhteisön sosiaaliseen rakenteeseen vaikuttaa myös se, missä ympäristössä yhteisö on. (Mts. 248–249.)

Viitasaaren päivätoiminnassa työskentelee vastaava sairaanhoitaja, 1, 5 sairaanhoitajaa ja ohjaaja. Henkilökunnan esimiehenä toimii perhe – ja mielenterveyspalveluiden johtaja. Toiminnallinen vastuu on viime kädessä johtajalla, mutta vastaavalla sairaanhoitajalla on myös omat vastuunsa. Henkilökunnan lisäksi sosiaalinen rakenne muodostuu luonnollisesti myös päivätoiminnan kuntoutujista, heidän toimintakyvystään sekä ympäristöstä. Kuntoutujat ovat selvillä siitä, että vastuu toiminnasta on henkilökunnalla, mutta myös heidän on otettava vastuu tekemisistään. Kuntoutujat voivat esimerkiksi asettaa itse palkkioita tai sanktioita toiminnastaan, jolloin heillä on sekä vastuuta että valtaa. Henkilökunnan vastuulle jää mitoittaa palkkiot ja sanktiot oikeisiin mittakaavoihin. Heillä on myös niin sanotusti otto-oikeus sellaisiin päätöksiin, joita kuntoutujat eivät voi päättää. Päivätoiminnassa on esimerkiksi alkoholin suhteen ehdoton nollatoleranssi, vaikka kuntoutujat olisivat eri mieltä. (Sagulin-Raatikainen, 2013.)

On hyvä muistaa, että jokainen yhteisö joutuu muodostamaan omat periaatteensa asiakkaiden ja yhteisön laadun perusteella. Yhteisöhoitossa on tavallista, että syntyy

ongelmatilanteita, kun periaatteita sovelletaan arjen käytäntöihin. Periaatteiden ja käytäntöjen yhdenmukainen tulkinta ja noudattaminen vaativat jatkuvaa yhteistä keskustelua henkilökunnan ja asiakkaiden välillä. (Murto 1997, 250–251.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Viitasaaren mielenterveyskuntoutuksen päivätoiminnan asiakkaiden sitoutumista päivätoimintaan. Tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää mielenterveyskuntoutuksen päivätoiminnan kehittämisessä.

Tutkimusongelmiksi muodostuivat:

1. Mitkä tekijät estävät sitoutumista toimintaan?
2. Mitkä tekijät edistävät sitoutumista toimintaan?

8 AINEISTO JA MENETELMÄT

8.1 Kohdejoukko

Perusjoukosta muodostui satunnaisesti valittu kahdeksan henkilön otos. Perusjoukolle tarkoitetaan päivätoiminnan kaikkia kuntoutujia. Otos muodostui eräänlaisena lumipallo-otantana. Lumipallo-otannan alkuvaiheessa on avainhenkilö tai avainhenkilöitä, jonka/joiden tehtävänä on johdattaa tutkija toisen tiedonantajan luokse. Tämnäkaltaisessa otannassa aineisto kerätään siten, että tutkija etenee tiedonantajasta toiseen siinä järjestyksessä, kuin hänet esitellään uusille tiedonantajille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86.) Tässä opinnäytetyössä avainhenkilöinä toimivat kolme aiemmin ilmoittautunutta haastateltavaa, jotka esittelivät opinnäytetyön tekijät viidelle muulle päivätoiminnan kävijöille. Nämä viisi osallistuivat myös haastatteluun.

Haastatteluun osallistui yhteensä kahdeksan kuntoutujaa, joista miehiä oli seitsemän ja naisia yksi. Ikäjakama vaihteli 48 ja 65 vuoden välillä, keskiarvona 54,6 vuotta. Kahdeksasta haastateltavasta kahdella on skitsofrenia ja kahdella kaksisuuntainen mielialahäiriö. Kaksi haastateltavista ei halunnut kertoa diagnoosiaan ja kaksi ei osannut sitä kertoa. Haastateltavista 37,5 %:lla on ammatillinen koulutus, 50 % on käynyt peruskoulun ja 12,5 %:lla on jäänyt peruskoulu kesken. 25 % haastatelluista käyttää kuntoutumisen tukena muun muassa työtoimintaa ja 75 % ei käytä muita palveluita kuntoutumisen tukena. Haastateltavilla on matkaa päivätoimintaan 0,3 kilometristä kolmeen kilometriin. Haastateltavat ovat käyneet päivätoiminnassa kolmesta vuodesta 26 vuoteen.

8.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Haastatteluun päädyttiin sen joustavuuden takia. Haastattelussa haastattelijalla on mahdollisuus tarpeen mukaan toistaa kysymys uudelleen, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmauksia sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastattelun joustavuutta lisää myös se, että haastattelija voi kysyä kysymykset siinä järjestyksessä, kun kokee ne aiheelliseksi. Jotta haastattelu onnistuisi, suositellaan, että haastateltaville annettaisiin mahdollisuus tutustua haastattelukysymyksiin, teemoihin tai vähintäänkin haastattelun aiheeseen jo etukäteen. Tämä on perusteltua, sillä halutusta aiheestahan halutaan saada tietoa irti mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73–74.)

Aiheesta kertominen on myös eettisesti perusteltua. Jos ihmiset eivät tiedä mistä haastattelussa on kyse, he eivät välttämättä edes lupaudu mukaan. Haastattelun eduksi voidaan lukea myös se, että kun haastattelulupa hoidetaan henkilökohtaisesti, haastateltavat luvan allekirjoitettuaan harvoin kieltäytyvät haastattelusta tai kieltävät sen käytön tutkimusaineistoina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73–74.) Haastatteluun päädyttiin myös sen takia, että siinä pääsee aitoon ja suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen haastateltavien kanssa ja se tekeekin Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 204) mukaan haastattelusta ainutlaatuisen tiedonkeruumenetelmän.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 115) mukaan haastattelun aihe tai teemat voivat liittyä arkaluonteisiin asioihin kuten ikään, sairauksiin tai koulutustasoon. Näihin kysymyksiin voidaan mieltä vaihtoehtoisia tapoja asian selvittämiseksi, esimerkiksi ikää kysyttäessä voidaan kysyä syntymävuotta. Tässä opinnäytetyössä kysyttiin diagnoosia, jonka asiakasryhmä saattaa kokea arkaluonteisena asiana, joten tämän johdosta haastateltavilla oli mahdollisuus olla vastaamatta. Olettamus osoittautui oikeaksi, sillä kaksi haastateltavista ei halunnut kertoa diagnoosiaan.

8.2.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon voidaan sisällyttää ajatus siitä, että todellisuus on monimuotoista. Tutkittavaa kohdetta on tarkoitus tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, joten todellisuutta ei voida pilkkoa osiin ihan miten sattuu. Tapahtumat muokkautuvat keskenään ja tutkittaessa on hyvin mahdollista löytää monenlaisia suhteita. Arvot muokkaavat myös sitä, miten me ymmärrämme tutkimaamme ilmiötä. Tästä syystä on tärkeää, ettei tutkija irtaudu omasta arvolähtökohdastaan. Kvalitatiivisesta tutkimuksesta sanotaan yleisesti, että siinä on tavoitteena paremminkin löytää tai paljastaa tosi asioita, kuin todentaa jo olemassa olevia teesejä. Tuloksiksi voidaan saada ehdollisia selityksiä johonkin tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.)

Yksi kvalitatiivisen tutkimuksen peruspiirteistä on se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista ja aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa tai ympäristöissä. Se, että tieto kerätään suoraan ihmisiltä itseltään, on myös tunnusomaista kvalitatiiviselle tutkimukselle. Taustalla on ajatus siitä, että tutkija luottaa mittausvälineillä kerätyn tiedon sijasta enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. Täydentävänä apuvälineenä käytetään kuitenkin myös lomakkeita ja erilaisia testejä. Tyypillinen piirre on myös se, että käytetään induktiivista analyysia, sillä tarkoituksena ei ole paljastaa odottamattomia seikkoja, vaan tarkastella aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Lähtökohtana ei ole siis minkään hypoteesin tai teorian testaaminen eikä tutkija määrää sitä mikä on tärkeää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston hankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavan näkökulma, oma ”ääni”, pääsee esille. Näitä metodeja ovat muun muassa tee-

mahaastattelu, ryhmähaastattelu sekä osallistuva havainnointi. Tyypillisesti tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on myös tyypillistä se, että tutkimussuunnitelma muokkautuu tutkimuksen edetessä ja se toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muokataan, jos olosuhteet niin vaativat. Tapaukset käsitellään ainutlaatuisina ja aineisto tulkitaan myös sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

8.2.2 Puolistrukturoitu haastattelu

Haastattelu on yhdenlaista keskustelua, jossa haastattelijalla on ohjat. Haastattelu tulee ymmärtää systemaattisena tiedonkeruun muotona, jonka avulla on tarkoitus saada mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja tutkittavasta ilmiöstä. Tämän takia puhutaan tutkimushaastattelusta, jota onkin kirjallisuudessa jaoteltu monenlaisiin eri ryhmiin erilaisin nimikkein. Haastattelulajeja on jaoteltu sen mukaan, kuinka muodollinen ja strukturoitu haastattelutilanne on. Lajit on jaoteltu kolmeen ryhmään; strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 207–208.)

Vertailtaessa strukturoitua ja puolistrukturoitua haastattelua huomataan, että molemmissa haastattelumuodoissa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Ero näiden kahden muodon välillä löytyy vastausvaihtoehdoista; strukturoidussa haastattelussa myös vastausvaihtoehdot ovat valmiit, kun taas puolistrukturoidussa haastattelussa valmiita vaihtoehtoja ei ole ja näin ollen haastateltava vastaa omin sanoin. (Eskola & Suoranta 2000, 86.)

8.2.3 Haastatteluiden toteutus

Mielenterveyskuntoutujille lähetettiin 22.10.2012 esite tulevista haastatteluista ja opinnäytetyön tarkoituksesta (liite 2). Tällöin oli sovittuna, että haastattelut toteutetaan joulukuun alussa ja työntekijät rohkaisivat kuntoutujia osallistumaan haastatteluun. Päivätoiminnan työntekijöiden tehtävänä oli tavoittaa kuntoutujat ja motivoida heitä osallistumaan haastatteluun. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska tutkimuksen toteuttajat eivät kuulu yhteisöön, jolloin kuntoutujat saattavat nähdä heidät

ulkopuolisina henkilöinä. Koska työntekijät ovat osa yhteisöä, ajateltiin, että heidän on helpompi motivoida kuntoutujia osallistumaan. Haastattelut toteutettiin maanantaina 10.12.2012. Työntekijöiden toiveen mukaisesti haastattelupäiväksi valikoitui maanantai, jolloin kävijäkunta olisi monipuolisempi lääkkeenjaon vuoksi. Ennen haastattelupäivää tiedossa oli kolme varmaa haastateltavaa ja päivän aikana osallistujia ilmoittautui viisi lisää. Haastatteluun osallistumiseen ei ollut ehtoja/kriteereitä, vaan se oli täysin vapaaehtoista.

Haastattelut toteutettiin päivätoiminnan tiloissa rauhallisessa ympäristössä. Päivätoiminnan tilat todettiin parhaimmaksi vaihtoehdoksi, sillä ne olivat haastateltaville ennestään tutut. Haastattelut nauhoitettiin sanelukoneella. Ennen haastattelun aloittamista haastateltavilta pyydettiin suostumus haastatteluun (liite 3). Suostumus käytiin läpi yhdessä haastateltavan kanssa ja tällä tavoin varmistettiin, että haastateltava ymmärsi suostumuksen sisällön. Toinen haastattelijosta esitti kysymyksiä ja toinen havainnoi sekä kirjasi vastaukset varmuuden vuoksi paperille. Kysymykset käytiin läpi aina samassa järjestyksessä, eikä tarkentavia kysymyksiä ollut tarpeen esittää. Haastattelukysymykset on nähtävissä liitteestä 4. Jokaiseen haastatteluun oli varattu aikaa puoli tuntia. Haastatteluiden keskipituus oli 13,19 minuuttia. Haastateltaville tarjottiin kahvia ja pullaa kiitokseksi osallistumisesta.

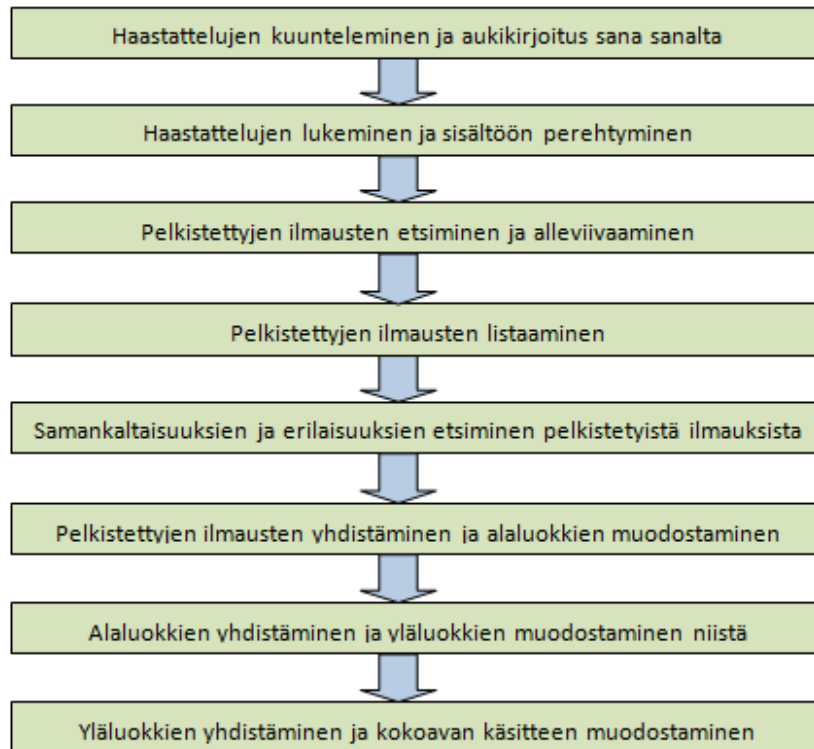
8.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavan ilmiön tutkimusaineistosta. Analyysin avulla aineisto voidaan järjestää tiiviiksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota. Hyvin jäsennelty aineisto mahdollistaa myös selkeät ja luotettavat johtopäätökset. Tutkimusaineiston laadullisessa käsittelyssä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan sen jälkeen uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Laadullista analyysia tapahtuu tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysi ei tuota johtopäätöksiä, vaan tutkijan on itse tehtävä ne analyysin jälkeen. Sisällönanalyysi vain helpottaa johtopäätösten tekoa järjestämällä tutkimusaineiston niitä varten selkeämpään muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103).

Aineistolähtöisen aineiston analyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri prosessivaiheeseen: aineiston redusointiin, aineiston klusterointiin sekä abstrahointiin. Redusointi tarkoittaa pelkistämistä, jossa tarkoituksena on karsia aineistosta kaikki tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Redusoinnin voi tehdä joko pilkkomalla aineistoa osiin tai tiivistämällä informaatiota. Aineiston redusointia ohjaavat tutkimusongelmat, joiden avulla aineistosta litteroidaan tutkimukselle olennaiset seikat esiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Tässä opinnäytetyössä redusoitavana aineistona oli auki kirjoitetut haastattelut, joista etsittiin vastauksia tutkimusongelmien kysymyksiin eli sitoutumista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Ilmaukset poimittiin siten, että estävät tekijät alleviivattiin punaisella ja edistävät vihreällä värillä. Alleviivatut ilmaukset koottiin erilliseksi taulukoksi.

Aineiston klusterointi tarkoittaa ryhmittelyä. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jotka sen jälkeen yhdistetään luokiksi. Luokat nimetään siten, että ne kuvaavat luokkien sisältöjä. Luokittelujen idea on siinä, että niissä yhdistyy samaa tarkoittavat ilmaukset ja näin aineisto tiivistyy. Klusteroinnin tarkoituksena on luoda perusta tutkimuksen rakenteelle ja muodostaa alustavia kuvauksia tutkimuksen aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Tässä opinnäytetyössä klusterointi tapahtui siten, että pelkistetyt ilmaukset kerättiin erilliseen taulukkoon. Tämän jälkeen etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jotka ryhmiteltiin alaluokiksi. Alaluokista muodostettiin yläluokkia, joiden avulla saatiin hahmotettua kokonaiskuvaa.

Abstrahointi sisältää vaiheen, jossa aineistosta erotellaan tutkittavan ilmiön kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon avulla muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaukset tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Tässä opinnäytetyössä ei tehty erillistä abstrahointia, sillä se yhdistyi jo edellisen vaiheen eli klusteroinnin kanssa. Edellä mainitut kolme prosessivaihetta menivät osin päällekkäin ja siksi analyysin tarkka kuvaaminen oli vaikeaa. Kaikki analyysin vaiheet tuli kuitenkin käytyä läpi, vaikka vaiheet eivät olleet välttämättä selkeästi erotettavissa toisistaan. Kuviossa 8 esitetään tutkimusaineiston analyysin vaiheet.



KUVIO 8. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109, muokattu)

Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 107–108) sisällön erittely on kvantitatiivista dokumenttien analyysia, kuten esimerkiksi dokumentin sisällön kuvaamista kvantitatiivisesti. Sisällön erittelyn kautta saa hyvin kuvaa siitä, kuinka moni haastateltava on tuonut esiin samoja ajatuksia. Erittelyn avulla voidaan esimerkiksi antaa painoarvoa jollekin tietylle asialle, johon opinnäytetyön tilaajan olisi syytä kiinnittää huomiota. Jos sama asia toistuu monen haastateltavan vastauksessa, siitä voi päätellä, että asia on tärkeä ja huomionarvoinen. Tässä opinnäytetyössä sisällön erittelyn avulla halutaan syventää sisällönanalyysin kautta esiin nousseita asioita. Sisällön erittely on toteutettu siten, että on laskettu haastatteluissa esiin tulleiden ilmausten esiintymistiheyttä. Sisällön erittely ja sisällönanalyysi on yhdistelty toimivaksi kokonaisuudeksi, jotta tuloksia on helpompi lukea.

9 TULOKSET

Haastateltavilta kysyttiin kuinka monta kertaa viikossa he käyvät päivätoiminnassa ja käyntimäärät vaihtelivat yhdestä seitsemään. Suurin osa haastateltavista käy neljästä seitsemään kertaa viikossa. Kysyttäessä haastateltavilta muiden tukipalveluiden käyttöä, saatiin selville, että muutamat käyvät työkeskuksessa.

Selvitettäessä syitä miksi haastateltavat käyvät päivätoiminnassa niin usein tai niin vähän, saatiin selville, että käyntikertoja lisäävät lääkkeenjako, halpa ruoka, sosiaaliset kontaktit, raittiuden tukeminen, vertaistuki, hoidollinen apu ja ajankuluminen. Kotona olevat työt ja harrastukset vähensivät päivätoiminnassa käymistä.

Kysyttäessä päivätoiminnan hyviä ja huonoja puolia, hyviksi puoliksi haastateltavat kertoivat lääkkeenjaon, yhdessäolon, ilmaisen netin, retket, ruoan, ryhmätoiminnot, mahdollisuuden kädentaitoihin sekä hyvän ilmapiirin. Näistä asioista nousi esille etenkin mahdollisuus ruokailuun ja yhdessäolo. Huonoiksi puoliksi muutamat kokivat henkilökunnan kiireen ja läsnäolon puutteellisuuden sekä ristiriidat kävijöiden välillä. Esille tulivat myös ajoittainen pitkästyminen ja siivoustehtävät.

Kysyttäessä mihin toimintoihin haastateltavat osallistuvat päivän aikana, esille nousivat lääkkeenjako, siivous, ulkotyöt, ruoan valmistaminen, ryhmätoiminnot, aamukoukset ja saunominen. Osa haastateltavista ei välttämättä osallistunut mihinkään toimintoihin. Tämän jälkeen kysyttiin mitkä päivätoiminnan toiminnoista on haastateltavalle mieluisia ja mitkä eivät. Mieluisiksi toiminnoiksi osoittautuivat ryhmätoiminnot, retket, asiantuntijavierailut, kädentaidot sekä erilaiset puhtaanapito- ja kunnossapitotyöt. Ainoastaan siivoustyöt koettiin epämieluisiksi. Vastaukset jakaantuivat tasaisesti kaikkien näiden toimintojen välillä, joten mikään näistä ei noussut erityisesti esille.

Lähes kaikkien mielestä tehtävien tekeminen yhdessä koettiin hyväksi asiaksi, sillä suuremmalla joukolla tehtävien tekeminen on mielekkäämpää ja se kehittää yhteistyötaitoja. Haastateltavat ovat eri mieltä siitä, että tehtävien tekemiseen osallistutaan tasapuolisesti. He kuitenkin painottivat sitä, että kaikki eivät voi osallistua saira-

uksien tai liikuntarajoitusten vuoksi kaikkiin tehtäviin. Muutamit haastateltavat toivat esille ärtymyksensä niitä henkilöitä kohtaan, jotka eivät osallistu yhteisiin tehtäviin ilman sen erityisempää syytä. Jatkokysymyksenä selvitettiin vaikuttaako muiden osallistuminen haastateltavan omaan osallistumiseen ja tulokseksi muodostui, ettei sillä ole vaikutusta.

Haastateltavilta tiedusteltiin myös millainen yhteishenki päivätoiminnassa vallitsee. Yhteishenki koettiin joko ihan hyväksi, riittävän hyväksi tai suurimmaksi osaksi hyväksi. Yhteishenkeä laskevaksi asiaksi muutamit kokivat erilaiset ristiriidat kävijöiden välillä. Tällaiset ristiriidat olivat kuitenkin vain väliaikaisia ja ne oli saatu aina sovittua.

Haastateltavilta kysyttiin mielipiteitä ohjatusta toiminnasta sekä mahdollisia kehittämissajatuksia. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että ohjattua toimintaa on liian vähän, se on tasoltaan vaatimatonta ja jäänyt liiaksi opiskelijoiden vastuulle. Opiskelijoiden ohjaamat ryhmät on kuitenkin koettu hyvinä. Osa oli vastaavasti sitä mieltä, että ryhmätoiminnot ovat hyviä ja niitä on riittävästi. Kehittämissajatuksiksi nousi esiin miesten kädentaitojen lisääminen sillä ”naistenhommia” on liikaa. Myös tietokilpailuja, retkiä sekä taide- ja musiikkiryhmiä toivottiin päivätoiminnan ohjelmaan. Päätöstentekoon haluttaisiin osallistua aiempaa enemmän.

Selvitettäessä henkilökunnan tukea kuntoutumiselle haastateltavat kokivat saavansa tukea terveydellisiin asioihin kuten lääkkeenjakoön sekä lääkärikäynteihin, arjessa selviytymiseen kuten talousasioihin sekä palveluihin hakeutumisessa. Henkilökunnalta saa kannustusta sekä kysyttäessä apua. Osa kuitenkin koki, ettei saa minkäänlaista tukea kuntoutumiselle.

Haastateltavat olivat yleisesti tyytyväisiä päivätoiminnan tiloihin ja kokivat ne varsinkin kesällä viihtyisiksi. Kiitosta keräsi esimerkiksi iso puutarha ja grillausmahdollisuudet. Haastateltavien mielestä tilat olisivat kuitenkin kunnostuksen tarpeessa ja niistä pitäisi tehdä käytännöllisemmät, jotta liikuntarajoitteisillakin olisi mahdollisuus osallistua toimintaan täysipainoisesti. Useat mainitsivat tilojen olevan talvella kylmät. Haastattelun lopuksi haastateltavat arvioivat omaa sitoutumistaan päivätoimintaan janalla asteikolla nolasta kymmeneen. Asteikossa nolla tarkoitti sitoutumatonta ja

kymmenen täysin sitoutunutta. Arvosanat vaihtelivat kolmesta kymmeneen ja annettujen arvosanojen keskiarvoksi tuli 7,6.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten yhteenveto

Tulosten perusteella haastateltavien vastaukset voitiin jakaa sitoutumista edistäviin ja estäviin tekijöihin. Edistäviksi tekijöiksi nousivat halpa ruoka, sosiaaliset kontaktit, lääkkeenjako, vertaistuki, raittiuden tukeminen ja hoidollinen apu. Päivätoiminta tuo sisältöä haastateltavien päiviin, jolloin heidän aikansa kuluu paremmin. Asiat, jotka haastateltavat kertoivat olevan päivätoiminnan hyviä puolia, voidaan päätellä olevan sitoutumista edistäviä tekijöitä. Hyviä puolia olivat muun muassa ryhmätoiminnot, kädentaidot, retket sekä yhdessäolo ja hyvä ilmapiiri. Samat asiat toistuivat kun kysyttiin haastateltavilta heille mieluisia toimintoja. Uutena asiana vastauksissa esiin nousivat asiantuntijavierailut.

Sitoutumista edistäväksi tekijäksi voitiin nostaa tehtävien yhdessä tekeminen. Myös päivätoiminnan hyvä yhteishenki sekä henkilökunnan tuki kuntoutumiselle lukeutuivat edistäviin tekijöihin. Näihin tekijöihin voitiin lisätä myös haastateltavien yleinen tyytyväisyys päivätoiminnan tiloihin. Haastateltavien oma kokemus sitoutumisesta on melko hyvä. Tämän tuloksen perusteella voitiin tehdä olettaus, että he osallistuvat toimintaan aktiivisesti muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Sitoutumista estäviksi tekijöiksi nousivat haastatteluiden perusteella esimerkiksi kävijöiden käyttämät muut tukipalvelut sekä kotona olevat työt ja harrastukset. Päivätoiminnan huonot puolet, joita olivat henkilökunnan kiire ja läsnäolon puutteellisuus, ristiriidat kävijöiden välillä sekä ajoittainen pitkästyminen ja siivoustehtävät, voitiin laskea sitoutumista estäviksi tekijöiksi. Vaikka haastateltavat kokivat yhdessä tekemisen hyväksi asiaksi, he olivat eri mieltä tehtävien tekemisestä tasapuolisesti. Tällä ei ole vastausten perusteella vaikutusta haastateltavien omaan osallistumiseen. Ohja-

tun toiminnan vähyyks ja tason vaatimattomuus sekä henkilökunnalta saadun tuen puute oletettiin kuuluvan sitoutumista estäviin tekijöihin.

10.2 Tulosten pohdinta

Toimeksiantajan alkuperäinen ajatus opinnäytetyön tarkoituksesta oli saada vastauksia siihen, miksi osa kuntoutujista käy vain lääkkeenjaossa, eikä osallistu muuhun toimintaan. Haastatteluihin ei kuitenkaan saatu haastateltaviksi kyseisiä kuntoutujia, vaan osallistuneet olivat niitä kuntoutujia, jotka käyvät päivätoiminnassa aktiivisemmin. Tämän johdosta opinnäytetyön tarkoitus muuttui alkuperäisestä suunnitelmasta. Lopputulokseksi muodostui tieto siitä mitkä tekijät edistävät aktiivisten kuntoutujien sitoutumista ja vastaavasti mitkä tekijät estävät sitä. Samalla nousi esiin myös kuntoutujien omia kehittämisehdotuksia. Vaikka alkuperäinen tarkoitus muuttuikin, tulokset ovat merkittäviä päivätoiminnan kehittämisen kannalta.

Haastateltavilta kysyttiin taustatietoina heidän ikäänsä, sukupuoltaan, diagnoosia, koulutusta, matkan pituutta päivätoimintaan sekä muiden tukipalveluiden käyttöä. Ikää ja sukupuolta kysyttiin, jotta saataisiin kattavampi tieto kohdejoukosta. Diagnoosia kysyttiin, koska joskus itse mielenterveyden ongelma voi olla este sitoutumiselle kuten Timlin (2008, 171) on todennut. Diagnooseista ei kuitenkaan saatu merkittäviä tietoja tutkimuksen kannalta. Oletuksena oli myös, että kuntoutujien sosioekonomisella asemalla voisi olla vaikutusta sitoutumiseen ja kuten tuloksista ilmeni, kuntoutujien koulutustaso on muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta jäänyt alhaiseksi. Tälle oletukselle ei kuitenkaan löytynyt perusteita teoriasta, sillä vielä ei ole löydetty varmaa yhteyttä koulutuksen ja hoitoon sitoutumisen välillä (Savikko & Pitkälä, 2006). Kuntoutujilla on matkaa päivätoiminnan tiloihin korkeintaan kolme kilometriä, joten voitiin olettaa, että matkalla ei ole vaikutusta päivätoiminnassa käymiseen.

Yhteisöhoito ja tasavertaisuuden näkökulmasta päivätoiminnan työntekijöiden osallistuminen tehtävien tekemiseen ja asiakkaiden kanssa keskusteleminen on erittäin tärkeää. Liian vähäinen yhteinen toiminta kasvattaa riskiä henkilökunnan ja asi-

akkaiden välisen kuilun muodostumiselle (Murto 1997, 240). Henkilökunta ei esimerkiksi tällä hetkellä osallistu yhteistyötahojen ohjaamaan toimintaan. Jatkossa tulisi pohtia onko henkilökunnalla mahdollisuuksia osallistua enemmän yhteiseen toimintaan kuntoutujien kanssa. Jos resurssit antavat periksi, henkilökunta voisi ohjata itse enemmän toimintaa, jolloin yhteisö mahdollisesti tiivistyisi.

Päivätoiminnan työntekijöiden rooli kuntoutukseen sitouttamisessa on merkityksellinen, koska Timlinin (2008, 166–174) mukaan he voivat vuorovaikutuksella, rakentavalla dialogilla, aktiivisella kuuntelulla sekä myönteisellä ja kannustavalla asenteella tukea ja edistää sitoutumista. Työntekijöillä on oltava myös halua kehittää itseään sekä toimintaa, jotta esimerkiksi vain lääkkeenjaossa käyviä kuntoutujia saataisiin käymään useammin. Sitoutumiseen ei vaikuta ainoastaan kuntoutujan omat valmiudet vaan siihen vaikuttaa myös työntekijät ja hoitoympäristö, kuten Timlin (2008, 171) on todennut.

Päivätoiminnan tiloihin liittyvät vastaukset olivat ristiriitaisia, sillä yleisesti ottaen tiloihin oltiin tyytyväisiä, mutta lähes jokainen toi esille tarpeen remontille. Saaduista vastauksista on kuitenkin vaikea päätellä niiden vaikutusta sitoutumiseen. Immosen ja Kiikkalan (2003, 74) mukaan tilojen esteettisyydellä voidaan tuottaa hyvää mieltä ja täten edistää mielenterveyttä. Tähän väitteeseen perustuen pieni remontointi voisi lisätä henkilökunnan ja asiakkaiden viihtyvyyttä päivätoiminnassa. Jos remontointi tulee ajankohtaiseksi, kuntoutujat voisi ottaa mukaan suunnitteluun. Tämän hetkisisä tiloissa on myös se ongelma, että henkilökunnan tilat ovat fyysisesti yläkerrassa kun taas kuntoutujat viettävät aikaansa alakerran tiloissa. Mielestämme asetelma voi synnyttää tunteita eriarvoisuudesta. Tässä kohden voidaan myös miettiä miten tilojen sijainti vaikuttaa kuntoutujien kokemukseen henkilökunnan läsnäolosta ja kiireestä.

Toiminnan kehittämiseksi on tärkeä ottaa huomioon haastateltavien esille tuomat kehittämisajatukset. Kehittämisajatuksista päätellen toimintaan ei tällä hetkellä sisälly tarpeeksi luovaa toimintaa, esimerkiksi taide- ja musiikkiryhmiä. Päivätoiminnan työntekijöiden haasteena on kehittää toiminta vastaamaan asiakkaiden eritasoisia kognitiivisia kykyjä, sillä tällä hetkellä osa haastateltavista kokee toiminnan olevan

tasoltaan vaatimatonta. Kuntoutujien kehittämisehdotusten huomioiminen vahvistaa heidän osallistumistaan päivätoiminnan kehittämiseen ja osallistuminen vastavasti lisää kuntoutujien aktiivista roolia. Timlinin (2008, 162–168) mukaan tällä on positiivista vaikutusta hoitoon sitoutumisessa. Huomionarvoista on myös pohtia miten ohjatun toiminnan vetovastuu ja kehittäminen jaetaan, jottei se ole ainoastaan opiskelijoiden vastuulla. Jatkossa päivätoiminnassa tulee pohtia millä keinoilla puututaan haastateltavien esille tuomiin epäkohtiin, esimerkiksi henkilökunnan kiireeseen ja haastateltavien ajoittaiseen pitkästy miseen. Timlinin (2008, 171) mukaan sitoutumista edistää se, että kuntoutujan asioille on tarpeeksi aikaa.

Pienistä ristiriidoista huolimatta päivätoiminnassa vallitsee hyvä yhteishenki ja monet kuntoutujat toivatkin esille vertaistuen ja sosiaalisten kontaktien tärkeyden. Päivätoiminta on heille selkeästi sellainen paikka, jossa käydään jo sen takia, että tavataan muita ihmisiä ja päästään pois kotoa. Haastatteluista nousi esille kommentti, joka kuvaa hyvin haastateltavien vaatimattomuutta:

Kunhan saa käydä ja olla niin se riittää.

Tämä kommentti nousi opinnäytetyön nimeksi, sillä vaikka kehittämiskohteitakin on, toiminnalla on tällaisenaan jo suuri merkitys näille kuntoutujille. Tätä väitettä tukee myös erään haastateltavan toteamus päivätoiminnasta:

Ikävä kyllä pitää sanoa, että hyvin harvassa paikassa on tällainen paikka kun mikä tämä paikka on, jossa voi käydä.

10.3 Opinnäytetyöprosessi

Itse haastattelutilanteet sujuivat mielestämme erittäin hyvin ja saimme innostettua haastatteluihin lisää osallistujia, sillä alun perin heitä oli vain kolme. Haastateltavien hankinta oli toimeksiantajan vastuulla ja odotimme, että haastateltaviksi olisi saatu vain lääkkeenjaossa käyviä kuntoutujia. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, vaan haastateltavat olivat päivätoiminnan aktiivisempia kuntoutujia. Tavoitemääräksi asetimme alussa kymmenen haastateltavaa. Seuraavaa tutkimusta tehdessä onkin hyvä miettiä haastateltavien valintaa etukäteen, jotta tutkimuksen tarkoitus ei muutu alkuperäi-

sestä. Alkuperäinen kohdejoukko otettiin huomioon haastattelupäivää valitessa, mutta kuntoutujien motivointi ja rohkaisu jäi puutteelliseksi.

Haastattelukysymyksiä olisimme voineet testata esihaastattelun avulla, jotta olisimme saaneet varmuuden niiden ymmärrettävyydestä ja toimivuudesta. Haastatteluja tehdessämme huomasimme, että osaan kysymyksistä saimme samoja vastauksia. Kysymysten avulla selvisi kuitenkin niitä asioita, joita halusimmekin ja saimme vastauksia tutkimusongelmiin. Haastattelujen analysointi oli haastavaa, sillä tutkimuksemme oli kokonaan aineistolähtöinen, eikä meillä ollut taustalla teoriaa, johon verrata tuloksia. Tästä samasta syystä tulosten perustelu ja pohdinta vaati enemmän työtä. Toimeksiantajalta olisimme toivoneet syvällisempää ohjausta ja kommentointia varsinkin teoriaosuuteen liittyen.

Ammatillinen osaamisemme on kehittynyt tämän opinnäytetyöprosessin aikana esimerkiksi siten, että olemme tutustuneet syvemmin kuntoutuksen keskeisiin käsitteisiin sekä kuntoutuksen ohjaajan pätevyysalueisiin. Edellä mainittuja käsitteitä ovat esimerkiksi toimijuus, valtaistuminen, sitoutuminen ja elämänhallinta. Pätevyysalueet ovat konkretisoituneet pohtiessamme kuntoutuksen ohjaajan roolia päivätoiminnassa. Olemme myös syventyneet yhteisöhoitoon periaatteisiin, joka on keskeinen kuntoutusmuoto mielenterveyskuntoutujien hoidossa. Esimerkiksi Klubitalot, Mikkelin yhteisö, Sopimusvuori ja erilaiset hoitokodit muodostavat omanlaisiansa yhteisöjä, joiden tarkoituksena on tukea eri tavoin mielenterveyskuntoutujien kuntoutumista (Terapeuttiset yhteisöt/yhteisöhoito, n.d.).

10.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hirsjärven ja muiden (2009) mukaan reliäabelius tarkoittaa tutkimuksen tulosten toistettavuutta ja validius pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä mitä on tarkoitus. Näitä termejä käytetään etenkin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan usein kokemuksia ja mielipiteitä, joten kahta samanlaista tapausta ei ole. Näin ollen tutkimustuloksia voi olla vaikea

toistaa tai osoittaa päteviksi. Luotettavuutta ja pätevyyttä tulee kuitenkin arvioida myös laadullisen tutkimuksen kohdalla. Luotettavuutta parantaa tutkimuksen kulun kuvaaminen mahdollisimman tarkasti. (Mts. 231–233.)

Tämän opinnäytetyön kohdalla voidaan todeta, että tulokset vastaavat esitettyihin kysymyksiin. Tutkimuksen tuloksiin on kuitenkin saattanut vaikuttaa haastatteluissa esitettyjen kysymysten väärin ymmärtäminen, sillä haastateltavat ovat saattaneet käsittää kysymyksiä toisin kuin tutkimuksen tekijät ovat olettaneet. Tuloksia ei voi yleistää, sillä vastaukset perustuvat haastateltavien omiin kokemuksiin, eivätkä kokemukset ole kaikilla samanlaisia. Jos tutkimus tehtäisiin nyt uudestaan, tulokset olisivat erilaisia, joten tulokset eivät ole toistettavissa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toteuttamisen tarkka kuvaaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233) ja näin on toimittu tässä opinnäytetyössä.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 19–20) mukaan eettisiä ratkaisuja tulee esille tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa he pitävät suostumusta, luottamuksellisuutta, yksityisyyttä sekä seurauksia. Tässä opinnäytetyössä lähetettiin ennakkoon esite kuntoutujille (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tässä esitteessä kerrottiin myös tutkimuksen tekijöiden salassapitovelvollisuudesta. Ennen haastattelun alkua haastateltavat ja tutkimuksen tekijät allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3), jossa haastateltava antoi luvan käyttää vastauksia opinnäytetyössä. Samalla lomakkeella tutkimuksen toteuttajat lupasivat pitää huolen yksityisyydestä sekä aineiston hävittämisestä.

10.5 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että haastateltavat ovat sitoutuneita toimintaan. He ovat myös yleisesti tyytyväisiä tämän hetkiseen tilanteeseen kehittämisehdotuksista huolimatta. Kehittämisehdotukset on kuitenkin erittäin tärkeää ottaa huomioon, jos toimintaa halutaan kehittää niin, että kuntoutujien sitoutuminen vahvistuu.

10.6 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena tulisi tutkia sitoutumista niiden kuntoutujien kohdalla, jotka osallistuvat vain lääkkeenjakoön. Toisena aiheena voisi olla tutkimus, jossa selvitetään millä keinoin toimintaa voidaan kehittää, jotta kuntoutujien sitoutuminen kasvaa. Tutkimus voisi kohdistua kuntoutujien sijasta päivätoiminnan mahdollisuuksiin ja henkilökunnan resursseihin. Tutkimuksen tulisi vastata realistisesti olemassa oleviin resursseihin, jotta toiminnan kehittäminen on todellisuudessa mahdollista.

10.7 Kuntoutuksen ohjaajan rooli

Kuntoutuksen ohjaajan pätevyysalueisiin kuuluu kuntoutuksen asiakastyön osaaminen, jonka mukaan kuntoutuksen ohjaaja osaa soveltaa yksilöllisen asiakastyön lähestymistapoja sekä työmenetelmiä asiakaslähtöisesti, pystyy luomaan dialogiin perustuvan yhteistyösuhteen, osaa tukea tavoitteellisesti eri asiakasryhmien voimavaroja ja vahvuuksia kuntoutumisprosessissa sekä vahvistaa heidän itsemääräämisoikeuttaan. Tämän pätevyysalueen sisältöön perustuen kuntoutuksen ohjaajalla on valmiuksia kuntoutujien motivoimiseen ja kannustamiseen. (Kuntoutusohjauksen kompetenssit, 2012.) Tämän opinnäytetyön avulla olemme saaneet tietoa siitä, mitä asioita tulee ottaa huomioon, jotta kuntoutuja saadaan aktiiviseksi ja osallistuvaksi toimijaksi.

Kuntoutuksen ohjaaja voisi tuoda Viitasaaren päivätoimintaan uutta näkökulmaa toiminnan kehittämiseksi. Tällä hetkellä toiminta on painottunut hoidolliseen puoleen, mikä selviää haastateltavien vastauksista. Kuntoutuksen ohjaajan toimenkuvaan voisi kuulua esimerkiksi yhteisten toimintojen kehittäminen yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Tähän liittyy kuntoutuksen ohjaajan kyky tunnistaa asiakkaan tai yhteisön kuntoutumisentarpeet ja sovittaa ne yhteen olemassa olevien kuntoutusmahdollisuuksien kanssa. (Kuntoutusohjauksen kompetenssit, 2012.) On tärkeää muistaa, että ihminen on psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, ja kaikki nämä osa-alueet tulee ottaa huomioon kuntoutusprosessissa (Kettunen ym. 2009, 9).

Kuntoutuksen ohjaajan lähtökohtana työssä on keskittyä jäljellä olevaan toimintakykyyn, ei niinkään sairauden hoitamiseen. Jäljellä olevan toimintakyvyn vahvistaminen edellyttää kuntoutujalta riittäviä voimavaroja ja sairauden hallintaa. Kuntoutuksen ohjaajan on olennaista osata tarvittaessa konsultoida muita ammattiryhmien asiantuntijoita, jos oma tietotaito ei riitä. Päivätoiminnan haasteena on löytää kaikille asiakkaille mielekästä tekemistä toimintakyvyn rajoissa. Toimintakyvyn edistämiseksi kuntoutuksen ohjaaja voi käyttää apuna erilaisia opetus- ja ohjausmenetelmiä. Kuntoutuksen ohjaaja voisi auttaa päivätoiminnan asiakkaita kuntoutuksen etuuksiin ja sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa sekä tuoda esille palvelujärjestelmätietoutta. (Kuntoutusohjauksen kompetenssit, 2012.)

LÄHTEET

De Leon, G. 2000. The therapeutic community - Theory, Model and Method. 5.p. Springer Publishing Company, Inc.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4.p., Tampere: Vastapaino.

Halonen, C. 2013. Sairaanhoidaja. Wiitaunioni. Sähköpostihaastattelu. 18.3.2013.

Halonen, C. 2012. Sairaanhoidaja. Wiitaunioni. Keskustelu. 10.12.2012.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa: toimintaterapia käytännössä. 1.-2.p. Helsinki: Edita Prima.

Hautamäki, A. 2005. Johdanto. Teoksessa Yhteisöllisyyden paluu. Hautamäki, A., Lehtonen, T., Sihvola, J., Tuomi, I., Vaaranen, H. ja Veijola, S. Tampere: Tammer-Paino, 7-13.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. 1.-2.p. Helsinki: Edita Prima.

Herold, J. & Mattila, V. 2012. ”Vaikka potilas olisi kuin saippuaa, en päästä valumaan pois” Kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttaminen kuntoutukseen. Viitattu 9.4.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Theseus -ammattikorkeakoulujen elektronisia opinnäytetöitä.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–17. p., Helsinki: Tammi.

Ikonen, Y. 2009. 648 Yhteisöhoito. Viitattu 18.3.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoito>.

Immonen, T. & Kiikkala, I. 2003. Mielenterveellinen ympäristö – käsityksiä, merkityksiä ja odotuksia. Teoksessa Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Toim. E. Pöyhönen. Helsinki: Art-Print, 72–80.

Jormanainen, P. 2002. Yhteisöhoito. Mielenterveystyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.3.2013. <http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/yhteiso.htm>.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Toim. M. Seppänen, A. Karisto ja T. Kröger. Juva: WS Bookwell, 195–217.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5., uud.p., WSOYpro Oy.

Karila, A. 2003. Vertaistuki mielenterveyskuntoutujien yhteisössä. Teoksessa Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Toim. E. Pöyhönen. Helsinki: Art-Print, 56–58.

Katsaus eläketurvaan vuonna 2011. n.d. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 04/2012. Viitattu 18.3.2013.

http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastoraportit/katsaus_elaketurvaan_vuonna_2011_7.pdf.

Keski-Suomen työllisyyskatsaus 31.12.2012. n.d. Viitattu 25.2.2013. <http://www.ely-keskus.fi/FI/ELYKESKUKSET/KESKISUOMENELY/TYOVOIMAJATYOLLISYYS/TYOLLISYYSKATSAUS/Sivut/default.aspx>.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uud.p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima.

Kosonen, M. 2010. Mielenterveyspotilaan kuntoutumisvalmius. Viitattu 9.4.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Theseus -ammattikorkeakoulujen elektronisia opinnäytetöitä.

Kuntien asukasluvut 31.12.2012. n.d. Viitattu 25.2.2013. <http://www.vrk.fi/default.aspx?id=278>.

Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. n.d. Sosiaalinen kuntoutus. Viitattu 25.3.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus.

Kuntoutusohjauksen kompetenssit 2012. n.d. Opetussuunnitelma, kuntoutusohjaus ja – suunnittelu. Viitattu 27.3.2013. https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SRE&csuunt=999999&cvuosi=2S&caste=A&cark=2012-2013.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit.

Könkö, K. 2011. ”Se on nyt sitte vähän simmonen kakspiippunen juttu se”: Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Viitattu 9.4.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Theseus -ammattikorkeakoulujen elektronisia opinnäytetöitä.

L. 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 19.3.2013. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L. 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Viitattu 19.3.2013. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

Lappalainen, K. & Pekkarinen, M. 2009. Hoitajien sitoutuminen työhön ja työyhteisöön ja sitoutumista edistävät ja ehkäisevät tekijät. Viitattu 9.4.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Theseus -ammattikorkeakoulujen elektronisia opinnäytetöitä.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. 9. p., uud.p. Duodecim, 12–31.

Mielenterveys.info. n.d. Terapeuttiset yhteisöt/yhteisöhoito. Viitattu 22.3.2013. http://mielenterveys.info/linkit_yhteiso.html.

Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä: Gummerus.

Perusturvan toimialan toimintakertomus vuodelta 2011/Viitasaari. n.d. Viitattu 25.2.2013. <http://asha.wiitaunioni.fi/dweb/kokous/2012595-6-32723.PDF>.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino.

Pylkkänen, K. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Nuoret aikuiset ja työikäiset. Teoksessa Kuntoutus. Toim. P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. 2. p. Duodecim, 167–190.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 2012. n.d. Valtioneuvoston kanslia 22.6.2011. Viitattu 18.3.2013. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>.

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kuntoutus. Toim. P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. 2. p. Duodecim, 158–166.

Sagulin-Raatikainen, A. 2013. Ohjaaja. Wiitaunioni. Sähköpostihaastattelu. 27.3.2013.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Viitattu 8.4.2013. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tab/avaa?p_artikkeli=tab00120.

Terveystietolain menot ja rahoitus 2010. n.d. Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto. Viitattu 18.3.2013. http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr05_12.pdf.

Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Sosiaali- ja terveystietolain luokitukset. Viitattu 7.4.2013. <http://www.thl.fi/fi/FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu/esittely/luokitukset#icf>.

Timlin, U. 2008. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY oppimateriaalit, 161–176.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.2.2013.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyhyke. Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

Väyrynen, S. 2001. Miten opitaan elämään yhdessä? – Inklusion monet kasvot. Teoksessa Inklusion haaste koululle. Oikeus yhdessä oppimiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 12–29.

WHO. 2013. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 7.4.2013. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Wiitaunioni. n.d. Tietoa Wiitaunionista. Viitattu 7.1.2013. <http://www.wiitaunioni.fi>, tietoa Wiitaunionista.

LIITTEET

Liite 1. Päivätoiminnan viikko-ohjelma

VIKKO – OHJELMA Kevät 2013

Klo	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
9.00 - 9.30	Aamu- kokous	Aamu- kokous	Aamu- kokous	Aamu- kokous	Aamu- kokous	Aamu- kokous	
9.45-	SII- VOUS Lääk- keenja- ko ajanvara- uksella	Lounaan laittoa 9.00- 12.00 Keijon kokki- Kurssi alk. 5.3 5 kertaa	Lounaan laittoa	Lou- naan laittoa	10.00- rottinki ryhmä pariton vko. alk. 18.1 6 kertaa		Päivä- toimin- nan ovet avoinna klo. 9.- 14.15
10.3 0		YHTEI- SÖKO- KOUS					
11.3 0		Lounas	Lounas	Lounas			
13.0 0- 14.0 0	Lääk- keen jako	Tiis- taiker- ho parilli- nen vko.	Asian- tuntija vierai- lut – ryhmä pariton vko.	Seu- rakun- ta pariton vko	12.00 – 15.30 Käden- taidot ja elo- kuva- ryhmä parilli- nen vko.	Päivä- kahvit	Päivä- kahvit
14.0 0- 16.0 0	Lääk- keen jako	Sauna		Sauna		Sauna	

Meillä on asiakastietokone ja nettiyhteys päivittäin käytössä sekä pyykinpesu mahdollisuus. Meillä on mahdollisuus harrastaa mm. matonkudontaa, askartelua ja leivontaa.

Liite 2. Esite kuntoutujille

HYVÄT KUNTOUTUJAT!

Olemme kuntoutuksenohjaajaopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä liittyen kuntoutukseen sitoutumiseen ja tähän tarvitsemme teidän apuanne! Haluamme haastatella teitä tähän työhön ja toivomme, että mahdollisimman moni teistä osallistuu.

Tulemme haastattelemaan teitä joulukuun alkupuolella. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa ilmi. Meillä opiskelijoina on salassapitovelvollisuus.

Tarjoamme haastatteluun osallistuneille kiitoksena pullakahvit!

Jos haluat osallistua, voit ilmoittaa tästä päivätoiminnan ohjaajille.

Kiitos teille jo etukäteen!

Heidi Seppä ja Laura Pärnänen



Liite 3. Suostumus haastatteluun

Suostumus haastatteluun

Annan Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoille Heidi Sepälle ja Laura Pärnäselle luvan käyttää haastattelussa kertomaani tietoa Wiitaunionin tilaamassa opinnäytetyössä.

Annan luvan käyttää tietojani vain tätä opinnäytetyötä varten. Aineisto hävitetään asianmukaisesti käsittelyn jälkeen. Osallistuminen on vapaaehtoista. Heidi Seppä ja Laura Pärnänen sitoutuvat käsittelemään saamansa tiedot luottamuksellisesti ja varmistavat, että ketään haastatelluista ei voida tunnistaa opinnäytetyöstä.

Valmis opinnäytetyö säilytetään ja on luettavissa Theseuksessa.

10.12.2012

Haastateltavan allekirjoitus

Heidi Seppä

Laura Pärnänen

Liite 4. Haastattelukysymykset

Taustatiedot

1. Ikä ____ vuotta
2. Nainen/Mies
3. Diagnoosi _____
4. Koulutus _____
5. Kuinka pitkä matka sinulla on kotoa päivätoiminnan tiloihin ja millä kuljet sen?

6. Käytätkö muita tukipalveluita? _____

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Milloin aloitit päivätoimintakäynnit?
- 2a. Kuinka monta kertaa viikossa käyt?
- 2b. Miksi niin usein/vähän?
3. Mitkä ovat päivätoiminnan hyvät puolet? Entä huonot?

4. Mihin toimintoihin osallistut päivän aikana?
5. Mitkä toiminnoista ovat sinulle mieluisia? Mitkä eivät?
6. Mitä mieltä olet siitä, että tehtävät tehdään yhdessä?
7. Osallistuvatko kaikki mielestäsi tasapuolisesti yhteisiin tehtäviin?
- 7b. Jos ei, niin vaikuttaako se sinun osallistumiseesi?
8. Millainen yhteishenki päivätoiminnassa mielestäsi on?

- 9a. Mitä mieltä olet ohjatusta toiminnasta?
- 9b. Pitäisikö olla enemmän/vähemmän? Minkälaista?

10. Minkälaista tukea saat henkilökunnalta kuntoutumiseesi?
11. Mitä mieltä olet päivätoiminnan tiloista?

Arvioi sitoutumistasi päivätoimintaan. Tämä merkitään janalle.

|-----|

0

10