

Huhtala Janne & Kuorikoski Satu

**TAVALLINEN ARKI MIELENTERVEYTTÄ
TUKEMASSA – kulmakartanolaisten kokemuksia arjesta**

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma

Helmikuu 2010



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika 19.02.2010	Tekijä/tekijät Huhtala, Janne & Kuorikoski, Satu
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn nimi Tavallinen arki mielenterveyttä tukemassa – kulmakartanolaisten kokemuksia arjesta.		
Työn ohjaaja Kasvatustieteiden kandidaatti Juha Pekola	Sivumäärä 81 + 6 liitettä	
Työn tarkastaja Kasvatustieteiden tohtori Pirjo Forss-Pennanen		
<p>Opinnäytetyö oli tilaustyö Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien arkea ja heidän kokemuksiaan sen mielekkyydestä. Tavoitteena oli myös tuoda esiin Kulmakartanon ja sen luoman jäsenyhteisön luomat mahdollisuudet siellä käyvän kuntoutujan arjessa ja itse kuntoutuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa lisää tietoa ja kehittämismahdollisuuksia työn tilaajalle ja mahdollisesti muillekin alueemme mielenterveystoimijoille ja tuoda esiin myös kuntoutujien näkökulma.</p> <p>Tutkimus oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Haastatteluissa käytettiin apuna myös verkostokarttaa ja viikko-ohjelmaa. Haastattaviksi rajattiin viisi Kulmakartanon jäsenyhteisön jäsentä, jotka kävivät Kulmakartanossa useamman kerran viikossa. Haastattelut tehtiin Kulmakartanossa syksyllä 2009 ja aineisto analysoitiin kolmivaiheista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tutkimuksessa tuli esiin, että Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien arki on heidän mielestään liian rutiininomaista ja haasteetonta. Kuntoutujat kaipasivat elämäänsä lisää mielekkyyttä. Tuloksista käy ilmi, että Kulmakartano ja sen jäsenyhteisö mahdollistavat mielenterveyskuntoutujan arjessa ja kuntoutuksessa laajan psyykkisen ja sosiaalisen tuen. Yhteenvedona voidaan sanoa, että Kulmakartano ja sen luoma jäsenyhteisö on perheen ja ystävien ohella yksi merkittävimmistä tekijöistä mielenterveyskuntoutujan arjessa ja kuntoutuksessa.</p> <p>Tutkimuksen kautta mielenterveyskuntoutujat ovat saaneet mahdollisuuden tuoda näkökulmansa esille. Tutkimuksen avulla on mahdollista kehittää Kulmakartanon toimintaa ja antaa ideoita myös muille mielenterveystyön palveluntarjoajille. Tutkimusta voi myös käyttää Kulmakartanon työntekijöiden, asiakkaiden ja opiskelijaharjoittelijoiden perehdytysmateriaalina.</p>		
Asiasanat kvalitatiivinen tutkimus, Kulmakartano, mielenterveystyö, mielenterveyskuntoutuja, psykososiaalinen tuki.		

ABSTRACT

Unit Social and health care unit, Kokkola	Date 19. Feb. 2010	Authors Huhtala, Janne & Kuorikoski, Satu
Degree programme Degree Program in Social Services		
Name of thesis Ordinary Daily Living Supporting Mental Health – Daily Living as Experienced by the Members of Kulmakartano.		
Instructor MA Juha Pekola		Pages 81 + 6 appendices
Supervisor Principal Lecturer Pirjo Forss-Pennanen		
<p>Final thesis was ordered by Central Ostrobothnia Association for Social Psychiatry (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.). The goal of this thesis was to describe the daily living and the experiences on its meaningfulness among the members of Kulmakartano community. The members of the community are people recovering from mental illness (mental rehabilitees). One goal was also to solve out the possibilities that Kulmakartano and the member community in it, give to the members and to their rehabilitation. The purpose of this thesis was to increase knowledge among the association's workers and other workers of mental health care in the area and give ideas for develop their services. The thesis gave also opportunity for mental rehabilitees to give their own point of view.</p> <p>The study was qualitative and research data was collected with half structured theme interviewing. Also social network map and week schedule were used to help the interviews. The target group for the interviews was limited to five persons who were visiting Kulmakartano almost daily. The interviews were made in Kulmakartano in autumn 2009 and the collected data were analyzed using three-stage content analysis.</p> <p>It came up from the study that the members of Kulmakartano thought that their daily living was too structured and goes on without challenges. They wanted more meaningfulness to their lives. The results of the study showed that Kulmakartano and the member community gave possibilities for wide mental and social rehabilitation. As a conclusion one can say that Kulmakartano and its member community is one of the most significant things besides family and friends in the members' daily living and their rehabilitation.</p> <p>Due to this study people recovering from mental illness have got a possibility to bring out their perspective. This study gives possibilities to Kulmakartano and other mental health workers to develop their action and services. The study can also be used as orientation material to tell about Kulmakartano to its new workers, members and students during their practical periods.</p>		
Key words Kulmakartano, mental health work, mental health rehabilitee, psychosocial support, qualitative research.		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYS	3
2.1 Mielenterveys normatiivisena käsitteenä	3
2.2 Mielenterveys yksilöllisenä kokemuksena	4
3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT	6
3.1 Häiriöiden luokittelu	6
3.2 Häiriöihin johtavia syitä	7
4 MIELENTERVEYSTYÖ	8
4.1 Mielenterveystyön historia	8
4.2 Mielenterveystyötä eri toimintaympäristöiden tasoilla	10
4.3 Palveluverkoston kokonaisuus	11
4.4 Mielenterveyspalvelujen järjestäminen ja kehittäminen	13
4.4.1 Mieli 2009 –hanke	14
4.4.2 Mielenterveyspalveluita Keski-Pohjanmaalla	16
4.5 Mielenterveyskuntoutus	18
4.5.1 Kuntoutuja työn keskiössä	19
4.5.2 Kuntoutuksen osa-alueet	20
5 MIELEKÄS ARKI	23
5.1 Mielekäs tekeminen	24
5.2 Työn tekeminen kuntouttavana toimintana	25
5.3 Osallisuus ja vastuullisuus	26
5.4 Osallistaminen ja vastuuttaminen kuntouttavissa yhteisöissä	27

6 SOSIAALINEN VERKOSTO	29
6.1 Sosiaalinen tuki	29
6.2 Verkostokartan malli	31
7 PSYKOSOSIAALINEN ULOTTUVUUS	33
7.1 Psykososiaaliset ongelmat	33
7.2 Psykososiaalinen tuki	34
7.3 Vertaistuki	35
7.4 Yhteisöllisyys	37
7.5 Yhteisö kasvattajana	38
7.6 Joukosta yhteisöksi	39
8 KULMAKARTANO	41
8.1 Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.	41
8.2 Matalankynnyksen yksikkö Kulmakartano	42
8.3 Kulmakartanon jäsenyhteisö	43
8.4 Osallisuus ja vastuullisuus Kulmakartanossa	44
9 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	46
10 TUTKIMUKSEN KULKU	50
10.1 Tutkimuksen tausta	50
10.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	51
10.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu	52
10.4 Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineiston analysointi	52
10.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	54

11 TUTKIMUSTULOKSET	57
11.1 Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien arki	57
11.2 Kuntoutujien viikko-ohjelmat	58
11.3 Kuntoutujien kokemukset mielekkäästä tekemisestä	59
11.4 Kulmakartano kuntoutujien tukena	60
11.5 Kulmakartanon jäsenyhteisö kuntoutujien tukena	62
11.6 Kuntoutujien sosiaaliset verkostot	63
11.7 Kuntoutujien kokemukset psykososiaalisesta tuesta	65
12 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET	67
12.1 Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien arki	67
12.2 Kuntoutujien viikko-ohjelmat	67
12.3 Kuntoutujien kokemukset mielekkäästä tekemisestä	68
12.4 Kulmakartano kuntoutujien tukena	69
12.5 Kulmakartanon jäsenyhteisö kuntoutujien tukena	69
12.6 Kuntoutujien sosiaaliset verkostot	70
12.7 Kuntoutujien kokemukset psykososiaalisesta tuesta	70
13 POHDINTA	72
14 KIITOKSET	76
LÄHTEET	77
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tutkimuksemme sai alkunsa ollessamme Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä työharjoittelussa. Harjoitteluista saamamme kokemukset toivat uusia ja syvempiä ajatuksia työmme eri vaiheisiin. Olemme oppineet tuntemaan sekä Kulmakartanon että koko yhdistyksen työntekijöitä sekä useita yhdistyksen palveluiden piiriin kuuluvia mielenterveyskuntoutujia.

Työmme aihe muuttui useaan otteeseen. Aluksi tarkoituksemme oli tutkia Kulmakartanon merkitystä siellä käyvän mielenterveyskuntoutujan elämään, mutta katsoimme yhdessä ohjaavien opettajiemme kanssa, että Kulmakartanon merkityksellisyyttä olisi vaikea tuoda esille. Tutkimus olisi myös ollut vaikea rajata pysymään opinnäytetyölle esitetyissä raameissa. Päädyimme lopulta tutkimaan Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujan arkea ja Kulmakartanon osuutta siinä.

Työmme otsikko, Tavallinen arki mielenterveyttä tukemassa – kulmakartanolaisten kokemuksia arjesta, antaa meille tutkijoille aika paljon vapauksia itse tutkimuksessa. Tuomme tutkimuksessa esille meidän mielestämme merkittävimpiä jokaisen ihmiseen arkeen vaikuttavia tekijöitä, kuten arjen toimintoja ja sosiaalisia verkostoja sekä näiden molempien tuomia kokemuksia. Otimme tutkimuksen yhdeksi merkittäväksi näkökulmaksi psykososiaalisen tuen tuomat mahdollisuudet kuntoutujan arkeen.

Opinnäytetyömme jakaantuu laajaan teoriaosuuteen ja haastatteluiden avulla tuotettuun tutkimusosuuteen. Aloitamme teoriaosuuden määrittelemällä mielenterveyttä ja tuomalla esiin mielenterveyden häiriöitä. Työn alussa käsittelemme myös mielenterveystyötä ja sen historiaa sekä tarkemmin tutkimukseemme liittyvää mielenterveyskuntoutusta. Näiden jälkeen työmme teoriaosuuden punainen lanka kulkee mielekkäästä arjesta sosiaalisen verkoston kautta psykososiaaliseen ulottuvuuteen. Teoriaosuuden lopussa esitte-

lemme mielenterveyskuntoutujille suunnatun matalan kynnyksen yksikön – Kulmakartanon. Esittelemme myös Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen, joka on Kulmakartanon toiminnan ylläpitäjä ja opinnäytetyömme toimeksiantaja.

Tutkimusosuuden alussa tuomme esiin aikaisempia tutkimuksia, joita käytimme myös aktiivisesti työmme lähteinä ja tutkimustulostemme tukena. Tutkimuksen kulun olemme kuvailleet tarkasti aina tutkimuksen taustoista ja lähtökohdista tutkimustulosten luotettavuuteen ja tutkimuksen eettisyyteen. Tutkimuskysymyksemme kohdistuivat Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien arkeen sekä Kulmakartanon ja sen luoman jäsenyhteisön kuntoutujien arkeen tuomiin mahdollisuuksiin. Haastattelimme tutkimukseemme viittä Kulmakartanossa viikoittain käyvää kuntoutujaa, jotka olivat iältään 35 vuodesta 65 ikävuoteen. Kaksi haastateltavista oli naisia ja kolme miehiä. Haastateltavia yhdistivät Kulmakartanossa käyminen ja mielenterveyshäiriöstä kuntoutuminen.

Tutkimuksemme tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa ja uusia kehittämisideoita Kulmakartanolle ja Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle sekä alueen muille mielenterveystoimijoille. Tutkimuksellamme voidaan myös lisätä muiden asiasta kiinnostuneiden ymmärrystä mielenterveystyötä ja mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Toimeksiantajamme voi käyttää opinnäytetyötämme myös orientaatiomateriaalina ja apuna vuosiraporttiansa tekoon.

Pyrimme luomaan johdonmukaisesti etenevän työn, joka on asiapitoinen, mutta kuitenkin helposti luettava. Pyrimme myös kuvailemaan tarkasti mielenterveyskuntoutujan arkea ja vertaamaan sitä niin kutsuttuun tavalliseen arkeen. Tutkimuksemme haasteena onkin löytää määritelmä keskivertoihmiselle ja keskivertoarjelle.

2 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on meidän kaikkien merkittävä voimavara. Yksilöiden, yhteisöjen ja perheiden kautta se laajenee myös yhteiskunnan tasolle. Mielenterveyden, siis sisäisten voimavarojen, tilaan vaikuttavat monet eri tekijät niin sisäisesti kuin ulkopuoleltakin heijastuvasti. (Immonen 2005.)

Yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutus ja ihmisten toisiltaan saama tuki, yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot vaikuttavat toinen toisiinsa ja ihmisten mielenterveyteen (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004). Siten se vaikuttaa myös kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Mielenterveys on kuin elämän kivi-jalka, joka auttaa arjessa jaksamisessa ja tukee vastoinkäymisissä joustamisessa ja selviytymisessä (Savolainen 2008).

2.1 Mielenterveys normatiivisena käsitteenä

Käsitykset mielenterveydestä kytkeytyvät yhteisöihin ja niin myös yhteiskuntaan, sen kulttuuriin, sääntöihin ja arvoihin. Se, millainen käyttäytyminen on sosiaalisesti hyväksyttävää ja mikä tuomittavaa, määräytyy yhteiskunnan normeista, jotka ovat kulttuurisidonnaisia. Tällöin mielenterveyden käsitteestä puhutaan normatiivisena. (Toivio & Nordling 2009, 85.) Kulttuuri tuottaa niin sanotusti malleja, miten ihmisten tulisi toimia ja millaisia sopeutumisen tapoja sekä rooleja suositaan. Kulttuuri välittää siten myös erilaisia odotuksia normaalista käyttäytymisestä, jolloin se vaikuttaa sekä ihmisten minäkuvan että maailmankuvan muodostumiseen. (Sohlman 2004, 42.)

Vahvimpana normina yhteiskunnassa on laki, jonka kautta voidaan ottaa kantaa mielen-terveyden ja sairauden käsitteisiin. Laissa on kerrottu toimenpiteistä, jos henkilöllä to-detaan mielenhäiriö. Henkilön tahdosta riippumaton hoito toisin sanoen pakkohoitopää-tös, on vahvin toimi, joka voidaan henkilölle määrätä. Huomioitavaa on kuitenkin, että normit vaihtelevat kulttuurista ja aikakaudestakin toiseen. (Toivio & Nordling 2009, 85.)

Mielisairauden käsite liitetään herkästi kaikkeen sellaiseen, mitä ei pidetä ”normaalina”. Asenteet sairauksiin ovat vaihdelleet eri aikoina ja ne kumpuavat eri aikakausien ylei-sistä käsityksistä ja arvostuksista. Nämä käsitykset ovat liittyneet esimerkiksi työky-kyyn, jaksamiseen ja suoriutumiseen. (Salo & Tuunainen 1996, 347–348.) Jaksaminen on voitu liittää esimerkiksi korkeaan työmoraaliin, mikä on herättänyt kunnioitusta.

Mielenterveyden ongelmiin liittyy edelleen leimautumisen pelkoa, syyllisyyttä ja häpe-ää, vaikka mielenterveyteen liittyvistä asioista puhuminen on helpottunut vuosien saa-tossa (Toivio & Nordling 2009, 85). Leimaamista voi tapahtua niin tavallisten ihmisten joukossa kuin myös palvelujärjestelmässä, josta henkilö hakee apua. Useimmiten palve-lujärjestelmän ammattilaisilla on ennakkoasenteena, että asiakas ei ole kykenevä itse te-kemään päätöksiä omissa asioissaan ja elämässään, vaan hän tarvitsee siinä asiantunti-joiden tukea. Ennakko-oletuksen perusteella ammattilaiset ottavat herkästi kontrollin ja ryhtyvät hoitamaan asiakkaan asioita. Vaikka tuella pyritään asiakkaan etuun, voi asia-kas tulla sitä riippuvaisemmaksi saatavasta tuesta mitä laajemmalle alueelle hänen elä-mässään ammattilaiset tulevat. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 155.)

2.2 Mielenterveys yksilöllisenä kokemuksena

Mielenterveys on monimuotoinen käsite ja siksi sen määrittelemineen nähdään myös vaikeaksi. Mielenterveyden tila ei ole pysyvä, vaan vaihtelee samalla tavoin kuin muu-

kin terveydentila elämän eri vaiheissa. Mielenterveys on suhteellista, mutta se on myös ihmisen henkilökohtainen kokemus omasta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään. Tällöin ihminen itse määrittää oman hyvinvointinsa ja mielenterveytensä tilan. (Toivio & Nordling 2009, 84.)

Mielenterveys määritellään sekä positiivisena mielenterveytenä että mielenterveyden ongelmina. Positiivinen mielenterveys koostuu yksilön myönteisen hyvinvoinnin kokemuksesta ja vuorovaikutuksellisuudesta, koherenssin tunteesta, joka perustuu myös hallinnantunteeseen. Tällöin yksilö voi nähdä maailman ymmärrettävänä ja mielekkäänä. Yksilön sisäiset voimavarat, kuten itseluottamus, optimismi, elämäntilanne ja eheyden tunne, ovat tärkeitä sisäisiä hyvinvoinnin tekijöitä. Näiden avulla yksilö kykenee sietämään epävarmuutta nykyhetkestä ja tulevaisuudesta. Nämä ominaisuudet vahvistavat yksilön kykyä toimia erinäisissä sosiaalisissa verkostoissaan yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä. (Lavikainen ym. 2004; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 29.)

Sigmund Freud määritteli mielenterveyden yksilön kykyä rakastaa ja tehdä työtä. Täähän voidaan lisätä usein myös kyky luopua ja surra. Mielenterveyteen sanotaan myös sisältyvän neljä vahvaa ominaisuutta. Heiskanen ja Salonen (1997) luettelevat nämä ihmisen kyvyksi kehittyä psykologisesti, emotionaalisesti, älyllisesti ja henkisesti, sekä kyvyksi solmia ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita. Näiden lisäksi ominaisuuksia ovat myös kyky tuntea empatiaa kanssaihmiä kohtaan ja kyky nähdä henkisessä ahdistuksessa kehittymisen mahdollisuus. (Salo & Tuunainen 1996, 269; Heiskanen & Salonen 1997, 14.)

3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriöitä on monen tasoisia ja ne ovat joko elimellisiä tai toiminnallisia. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt, skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt sekä päihderiippuvuus. (Noppari ym. 2007, 50–51.) Mielenterveyden häiriöiden hoitomenetelmät vaihtelevat häiriöiden tason ja niiden alkuperän mukaan. Tunnettuja ja toimiviksi koettuja hoitomenetelmiä ovat muun muassa erilaiset terapiamuodot, lääkehoidot ja sähköhoito. (Luhtasaari 2005.)

3.1 Häiriöiden luokittelu

Suomessa mielenterveyden häiriöiden virallinen luokittelu ICD-10 perustuu kansainväliseen tautiluokitukseen (International Classification of Diseases, ICD), joka on saanut rinnalleen yhdysvaltalaisen DSM-IV -järjestelmän (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Alun perin ICD-luokituksessa on kerrottu vain tautinimekkeet ilman kuvauksia, sen sijaan DSM -järjestelmässä mielenterveyden häiriöt luokitellaan niiden kriteereiden perusteella. (Luhtasaari 2005.)

Mielenterveyden häiriöt jaetaan sekä elimellisiin että toiminnallisiin. Elimellisiä psyykkisiä sairauksia on kuvailtu jonkin aivoihin kohdistuneen fyysisen syytekijän, kuten rappeutuman tai tulehduksen, aiheuttamaksi. Toiminnallisia psyykkisiä häiriöitä ovat ennen kaikkea psykoosit, neuroosit ja persoonallisuushäiriöt ja niiden syytekijät ovat moninaisia. (Lehtinen, Joukamaa, Jyrkinen, Lahtela, Raitasalo, Maatela & Aromaa 1991, 37.) Mielenterveyden häiriöille on ominaista tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt. Usein häiriöiden taustalla on psyykelle ylivoimaisia tai sietämättömiä tunnetiloja. Kyky tuntea erilaisia tunteita on ihmiselle välttämätöntä, mutta pitkittyneinä

tai liian voimakkaina tunteet ovat lamaannuttavia tai saavat käyttäytymään haitallisella tavalla. (Huttunen 2004, 12.)

3.2 Häiriöihin johtavia syitä

Häiriöiden taustalla voi olla niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiakin tekijöitä. Mielen terveyttä, toisin sanoen mielen tasapainoa, voi horjuttaa monet asiat, jolloin ihmisen kyvykkyyttä ja pystyvyyttä koetellaan elämän eri vaiheissa ja tapahtumissa. Elämänvaiheisiin liittyy erinäiset tilanteiden ja tapahtumien muokkaamat muutokset, joihin suhtautuminen on yksilöllistä oman elämänhistorian, persoonallisuuden ja ihmissuhteiden mukaan. (Heiskanen & Salonen 1997, 100.)

Muutosta voidaan kuvailla kriisinä sen voimakkuuden mukaan, miten se koetaan yksilöllisesti. Kriisi voidaan nimetä kehitys- tai traumaattiseksi kriisiksi, joista kehityskriisi liittyy vanhenemiseen ja iän tuomiin haasteisiin, jotka ovat osa elämää. Kehityskriisi voi olla jokseenkin paremmin ymmärrettävissä kuin traumasta johtuva äkillinen ja järkyttävä muutos, joka ei puolestaan kuulu ihmisen elämänkaaren ”luonnolliseen” kulkuun. Esimerkiksi onnettomuudet, katastrofit, väkivaltatilanteet, äkilliset kuolemantapaukset, avioero ja työttömyys ovat traumaperäisiä kriisejä. (Noppi ym. 2007, 158–159.)

Kriisiä kuvaillaan tilanteeksi, jolloin jokin ulkoinen tai sisäinen tapahtuma tai tapahtumien sarja muutoksena on uhannut ihmisen yksilöllistä ja sosiaalista identiteettiä, turvallisuutta ja perustarpeita. Haittaavalla tavalla kriisit ovat kuluttaneet yksilön voimavaroja ja altistaneet mielen terveyden häiriölle. Kriisiytynyt elämäntilanne on ennakoanut tätä häiriötä ja kuormittavalla tavalla edistänyt sen puhkeamista. (Noppi ym. 2007, 157–158.)

4 MIELENTERVEYSTYÖ

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

4.1 Mielenterveystyön historia

Suomessa mielenterveystyössä on ollut pitkä laitoshoidon perinne ja sodanjälkeinen terveydenhoito painotti sairauksien hoitoa 1960-luvulle asti niin, että avohoitoa ei pidetty merkityksellisenä. Psykiatrisen hoidon toteuttamiseksi maa jaettiin mielisairaanhoidotopii-reihin, joihin jokaiseen perustettiin keskusmielisairaala ja avohoidossa olevia varten huoltotoimisto. Näiden rinnalle perustettiin myös oma sairaalaverkosto pitkäaikaisasiakkaille. Oletettiin, että sairaalakeskeinen palvelujärjestelmä turvaisi aiempaa paremman sairaanhoidon ja väestön terveyden. Avohoito oli puutteellista ja asiakkaiden kotiuttaminen mielisairaaloista oli haasteellista. Asenteet mielenterveysongelmia kohtaan ovat olleet historiassa pääosin kielteisiä ja mielenterveyden häiriöistä kärsiviä syrjittiin herkästi. (Noppari ym. 2007, 227–228; Aspvik 2003.)

1950-luvulla alettiin perustaa eri sairausryhmiä edustavia yhdistyksiä ja järjestöjä ja kansalaisaktiivisuus heräsi. Niihin liittyi vaikuttajia, jotka tukivat jäsenistöä yhteiskuntasuhteillaan edunvalvonnassa. Laitoshoidon perinne alkoi murentua, kun kansanterveyslaki astui voimaan vuonna 1972. Tuolloin Suomessa alettiin vähentää psykiatristen asiakkaiden osastopaikkoja laitoshoidossa ja painotettiin perusterveydenhuollon roolia. Alettiin panostaa sairauksien ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon sekä kuntoutukseen. Terveydenhuollon palvelujen suunnittelun lähtökohdaksi tulivat kansanterveysnäkemys, avohoito ja valtiollinen ohjaus. Ehkäisevän terveydenhuollon ja avohoidon toteutus jäi

kuitenkin toissijaiseksi. Terveyskeskuksista muodostui osittain piensairaaloita. 1980-luvulle tultaessa potilasjärjestö- ja vapaaehtoistoiminta lisääntyivät mielenterveystyössä entisestään. (Noppiari ym. 2007, 228.)

Mielenterveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujärjestelmän kannalta 1980-luvulla on panostettu koko väestön palvelujen laajentamiseen. Tuolloin uudistettiin muun muassa kehitysvammahuoltoa, päihdehuoltoa, päivähoitoa, asumispalveluja ja kotipalveluja. Avohoitopalvelujen kehittämisen ohella myös perhe- ja verkostokeskeistä lähestymistapaa ja työtettä on alettu 1980-luvulta lähtien korostamaan. Se on muuttanut voimakkaasti mielenterveystyön luonnetta. Esimerkiksi valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981 - 1987) on antanut tärkeää tietoa ja käyttökelpoiset kehittämissuunnitelmat mielenterveystyön uudistamiseksi. Aiemmin omaisia ei huomioitu perheenjäsenen sairastuessa psyykkisesti. Yhteydenpitoa omaisiin tai omaan asuinympäristöön ei pidetty hoidon kannalta olennaisena. Avohoitoa korostavan ja perhe- ja verkostokeskeisen ajattelutavan viritessä asiakasta on alettu pitää perheensä ja sosiaalisen verkostonsa jäsenenä sekä yhteiskunnan kansalaisena. (Noppiari ym. 2007, 228–229; Saarelainen & Stengård ym. 2003, 28.)

Voidaan todeta, että vasta viimeisten kahdenkymmenenviiden vuoden aikana mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on tapahtunut merkittävä rakenteellinen muutos. Valti-onohjaus ja laitosvaltainen psykiatrinen palvelurakenne on purettu ja alettu painottaa avohuollon merkitystä. Psykiatristen ja somaattisten erikoisalojen kuntainliitot ovat yhdistyneet yhteisiksi sairaanhoitopiireiksi avohoitopainotteisesti. Tavoitteena on ollut edistää mielenterveystyön hyviä hoidollisia ja terapeuttisia työkäytäntöjä. Muutosta on pidetty asiakkaiden ja heidän läheistensä kannalta hyvänä, koska palvelut voitiin suunnitella kokonaisvaltaisesti. Avohoito on edistänyt pitkäaikaissairaita asiakkaita välttämään laitostumisen ja samanaikaisesti säilyttämään heidän yhteytensä läheisiin, kotiin ja yhteiskuntaan. (Noppiari ym. 2007, 229; Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 27.)

Eräänä merkittävänä kehityksenä mielenterveystyössä on myös ollut ensimmäisten kriisiryhmien muodostuminen Suomeen 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa. Tämä on luonut

perustan kokonaisvaltaiselle ja kansainvälisesti arvostetulle kriisityölle maassamme. Kriisityön kehitys toteutui niin sanotusti kenttälähtöisesti ilman lainsäädännön ja valtiollisen hallinnon tukea. Pelastuslaki ja -asetus tulivat voimaan vuonna 1999. (Noppari ym. 2007, 228–229.)

1990-luvun alussa kunnissa jouduttiin säästämään mielenterveyspalvelujen menoissa. Taloudellinen lama aiheutti paineita ja palvelukustannuksia leikattiin. Mielenterveyspalvelut jäivät vähäosaiseen asemaan yhteisten resurssien jaossa ja näin ollen myös ennaltaehkäisevä mielenterveystyö vain suositukseksi. Tuolloin palvelurakenteen muutos liittyi enenevässä määrin pitkäaikaishoidossa olleiden asiakkaiden siirtymiseen laitokista julkisiin peruspalveluihin ja yksityissektorille eri hoito- ja kuntoutuskoteihin. Esimerkiksi psyykkisesti sairaat vanhukset ja kehitysvammaiset siirrettiin yleissairaalapalveluiden tai muiden palveluiden piiriin. Palvelurakenteen muutos on merkinnyt myös ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden asiakkaiden hoitoa omassa kodissaan. (Noppari ym. 2007, 229.)

4.2 Mielenterveystyötä eri toimintaympäristöiden tasoilla

Mielenterveystyö on kaikilla yhteiskunnan tasoilla ja toiminta-alueilla tapahtuvaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, häiriöiden ja ongelmien synnyn ehkäisemistä, hoitoa ja kuntoutusta sekä kuolleisuuden ehkäisemistä. Tällä tarkoitetaan mielenterveyden edistämistä niin yksilö-, ryhmä-, yhteisö- kuin yhteiskunnallisellakin tasolla ihmisten selviytymisen vahvistamiseksi. Ehkäisevällä toiminnalla tarkoitetaan puolestaan riskien vähentämistä. (Noppari ym. 2007, 120–121; Lavikainen ym. 2004; Immonen 2005.)

Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, jolla tuotetaan suotuisia yksilöllisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ympäristöolosuhteita ihmisten kasvun ja elämisen sekä heidän hyvinvointinsa tueksi. Yhteiskunnallisella tasolla edistämällä tarkoitetaan mielenter-

veyden arvon ja näkyvyyden parantamista, johon liittyy ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä leimautumisen vähentäminen ja estäminen. Tällä tarkoitetaan yksilöiden välittämistä toisistaan ja yhteisvastuullista ajattelua sekä toimintaa. Yhteisötasolla se ilmenee esimerkiksi koulutuksessa yhteisissä tavoitteissa koulujen lukusuunnitelmissa ja koulutyössä sekä työpaikoilla yhteisöllisen työilmapiirin parantamisena. Elinympäristön parantaminen asumisessa ja vapaa-ajan ympäristössä vaikuttaa myös ihmisten turvallisuuden ja viihtyvyyden kokemukseen. (Lavikainen ym. 2004; Immonen 2005.)

Yksilötasolla mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan esimerkiksi koulutus- ja työnsaantimahdollisuuksia sekä osallistumismahdollisuuksia vapaa-ajan harrasteisiin, rentoutumiseen ja kuntoiluun. Hyvää mielenterveyttä koskevan ymmärryksen lisäämisessä terveystiedotus ja -tiedotus ovat myös tärkeässä roolissa. (Lavikainen ym. 2004.)

Mielenterveystyöhön liittyy väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Monitasoiset vastuut ja tehtävät vaihtelevat yhteiskuntapoliittisesta suunnittelusta palvelujärjestelmän toimivuuteen, ammattilaisten toimintaan ja toimintatapoihin sekä ihmisten toisistaan välittämiseen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Noppari ym. 2007, 120–121; Lavikainen ym. 2004.)

4.3 Palveluverkoston kokonaisuus

Mielenterveystyön palvelujärjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sisältyvät julkiset peruspalvelut ja erityispalvelut. Peruspalvelut kuuluvat terveyskeskuksen toimintaan ja ne ovat osa kansanterveystyötä. Avohoidon palveluihin kuuluvat muun muassa mielenterveystoimistot tai psykiatriset poliklinikat ja ne voivat toimia osittain peruspalvelujen alaisuudessa. Avohoidon organisaatioita ovat myös psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- tai palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot ja asuntolat. Erityispalveluihin kuuluvat erikoissairaanhoidon psykiatrian palvelut, jotka ovat sekä avo- että

laitushoitoyksiköitä. Palvelujärjestelmässä toimivat myös useat yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, joilla on toiminnassaan ns. matalan kynnyksen ja erityisryhmien mielenterveyspalveluja asumisen ja arjen tueksi. (Noppari ym. 2007, 125–126.)

Matalan kynnyksen yksiköiden idea on, että esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeasiakas voi hakeutua kyseisen yksikön palveluihin ilman lääkärin lähetettä tai ajanvarausta. Asiakkaan ei ole pakko esimerkiksi kertoa palvelun tuottajalle nimeään. Myöskään päihtyneenä oleminen ei saisi estää palveluiden saamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Matalan kynnyksen yksiköitä ovat erilaiset neuvontapisteet, kuten terveyskeskuksen hoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanotot, erilaiset puhelin- ja Internet-palvelut, kuten valtakunnallinen kriisipuhelin, tai päiväkeskukset, kuten juuri Kulmakartano. Näiden lisäksi matalan kynnyksen toimintaa edustavat erilaiset liikkuvat yksiköt, kuten SPR ja poliisi. Matalan kynnyksen yksiköissä työskentelee yleensä moniammatillinen työryhmä, jolta saa tietoa hoitopaikoista ja muihin hoitoon liittyvistä asioista. Matala kynnys itsessään tarkoittaa sitä, että tuki on helposti saatavilla, eikä se vaadi asiakkaalta mitään erityisiä toimia. Tämän tuen tarkoitus on madaltaa asiakkaan hakeutumiskynnystä myös hoidollisiin ja terapeutteihin yksiköihin jatkotoimenpiteitä varten. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009.)

Mielenterveyspalveluista tulee muodostua toiminnallinen kokonaisuus, mikä edistää oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista myös tuettuna. Riittävän hoidon ja palvelujen ohella kuntalaisille tulee lain mukaan järjestää tarvittaessa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvää tuki- ja palveluasumista. Kansalais- ja mielenterveysalan järjestöillä on myös merkittävä rooli palvelujen järjestämisessä ja julkisen sektorin sekä työntekijä- että työnantajajärjestöjen välisessä yhteistyössä. (Noppari ym. 2007, 121, 125–126.)

4.4 Mielenterveyspalvelujen järjestäminen ja kehittäminen

Mielenterveyslain mukaisesti mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä sairastaville henkilöille on järjestettävä tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut osana kansanterveystyötä. Laki velvoittaa kuntia tai kuntaliitoksia huolehtimaan, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai kuntaliiton tarpeen mukaan. Ne ovat ensisijaisesti avohuollon palveluja. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Noppari ym. 2007, 120–121.) Tavoitteena on palvelujen tuottaminen sekä niihin liittyvä päivitys alueellisena kokonaisuutena. Yhteistyön tulisi olla kuntien perus- ja erityispalveluiden, eri palvelun tuottajien ja ammattiryhmien välillä toimivaa. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 24.)

Viimeisen neljän vuoden aikana on käynnistetty yli 100 mielenterveys- ja päihdepalvelujen parantamiseen tähtäävää hanketta eri puolilla Suomea. Sosiaali- ja terveysministeriön tuella hankerahaa on suunnattu esimerkiksi lasten ja nuorten sekä työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien palvelujen kehittämiseen. Palveluja kehitetään esimerkiksi Sosiaalialan kehittämishankkeen ja Kansallisen terveysthankkeen yhteistyönä. Suurimmat alueelliset kehittämishankkeet ovat käynnissä esimerkiksi Vantaalla, Pohjanmaalla ja Lapissa, joiden ohjauksessa sosiaali- ja terveysministeriö sekä Stakes ovat olleet keskeisessä roolissa. Tavoitteena on ollut saada aikaan alueellisia palvelukokonaisuuksia kuntalaisten tueksi eri ammattitahojen välillä, jotta palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta voitaisiin parantaa. (Harjajärvi ym. 2006, 24–25.)

Esimerkiksi Pohjanmaa-hankkeessa on huomioitu kaikenikäiset: lapset, nuoret, työikäiset ja vanhukset. Hankkeessa ovat mukana Vaasan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä sosiaalialan osaamiskeskus SONet Botnia. Keskeistä hankkeessa on ollut mielenterveyttä edistävien ja ongelmia ehkäisevien toimintojen parantaminen. Palvelujen pirstaleisuutta on pyritty kiinteyttämään, rakenteita uudistamaan ja toimintamenetelmiä kehittämään. Lisäksi peruspalvelujen roolia hoitojärjestelmässä on pyritty vahvistamaan. Hankkeen tuloksena osa kunnista on päättänyt uudistaa

mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmansa ja osalla kunnista on käynnissä päätösvalmistelut asiasta. (Harjajärvi ym. 2006, 25.)

4.4.1 Mieli 2009 –hanke

Mieli 2009 -työryhmä oli sosiaali- ja terveysministeriön asettama ryhmä, jonka tehtävänä oli työstää ministeriölle kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ja antaa ehdotuksia hyvistä yleistettävistä käytänteistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työryhmän valmisteleva mielenterveys- ja päihdesuunnitelma tuo esille mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja tavoitteet sekä tavoitteisiin vaadittavat muutokset. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Työryhmä muodostui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Edustaja tai edustajia oli sosiaali- ja terveysministeriöstä, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, Kansanterveyslaitoksesta, Itä-Suomen lääninhallituksesta, Suomen Kuntaliitosta, Työterveyslaitoksesta, Vaasan sairaanhoitopiirin Pohjanmaa-hankkeesta, Rovaniemen kaupungin Lappi-hankkeesta, Vantaan kaupungin Sateenvarjo-projektista, A-klinikkasäätiöstä ja Suomen Mielenterveysseura ry:stä. Työryhmän puheenjohtajana työskenteli sosiaali- ja terveysministeriön apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen. Ryhmä kokoontui reilun vuoden aikana 14 kertaa ja järjesti sen lisäksi kaksi seminaaria. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Suunnitelman valmistelu aloitettiin vuonna 2007 kansanedustajien vuonna 2005 tekemän aloitteen perusteella. Aloitteen taustalla olivat mielenterveys- ja päihdeongelmien valtiolle ja kunnille tuomat kasvaneet suorat ja epäsuorat kustannukset, alkoholin kulutuksen, alkoholikuolemien ja -sairauksien lisääntyminen sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaisen esiintymisen lisääntyminen asiakkailta. Näiden seikkojen ta-

kia mielenterveys- ja päihdetyötä linjattiin ensi kertaa valtakunnallisella tasolla yksissä kansissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Uutta suunnitelmaa puolsi se tosiasia, että mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat toisistaan erillään hajanaisessa ja epäselvässä palvelujärjestelmässä osin terveystoimen ja osin sosiaalitoimen alla. Muutoksia tuo myös alkaneet kunta- ja palvelurakennemuutokset. Hajanaisuuden mukanaan tuoma epätietoisuus vaikeuttaa asiakkaiden pääsyä tarvitsemiensa palvelujen piiriin ja niissä pysymistä. Tämän vuoksi suunnitelman merkittävimmiä teemoiksi valittiin asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävää ja ehkäisevää työtä sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Mieli 2009 -hankkeen työryhmä muodosti kahdeksantoista ehdotusta, joihin he nimesivät toteuttajiksi useita eri tahoja. Näitä tahoja olivat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, valtiovarainministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, sosiaali- ja terveystoimen lupa- ja valvontavirasto, valtion aluehallinto, opetushallitus, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos, Suomen Kuntaliitto, Alko, Raha-automaattiyhdistys, kirkon diakoniatyö, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Työryhmän valmistelemissa ehdotuksissa korostuu tavoitteellisuus. Tavoitteena on muun muassa helpottaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsyä palveluiden piiriin ja edistää heidän oma-aloitteisuuttaan hoitoon hakeutumisessa esimerkiksi kehittämällä hoidon aikaisen toimeentuloturvan muotoja. Muita valtion tai kunnan vastuulla olevia uudistuksia ovat alkoholiverotuksen nostaminen, kuntien palvelujen koordinoiminen yhtenäiseksi ja toimivaksi palvelukokonaisuudeksi, kuntien mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden päivittäminen ja liittäminen osaksi kuntastrategiaa sekä perus- ja avopalvelujen kehittäminen ja tehostaminen esimerkiksi päivystyksellisiä ja liikkuvia palveluja lisäämällä ja samankaltaisia yksiköitä yhdistämällä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Valtakunnallisia tahoja koskevia tavoitteita ovat myös mielenterveystyön opetuksessa vaadittavien laajuuksien ja sisältöjen uudistaminen, mielenterveys- ja päihdetyön suositusten kokoaminen yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja mielenterveys-, päihdehuolto- ja raittiustyölakien päivittäminen sekä mahdollisesti mielenterveys- ja päihdehuoltolakien yhdistäminen. Lisäksi valtion vastuulla on lisätä varoja sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja suunnata lisää varoja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Valtion ja kuntien vastuulla on myös, että erityisryhmien, kuten esimerkiksi työttömien ja ikääntyvien, mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja puututaan esimerkiksi kehittämällä terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009.)

Jokaisen yksittäisen sosiaali- ja terveysalan toimijan vastuulla on mielenterveys- ja päihdetyön toteuttaminen ensisijaisesti asiakkaiden omissa elinympäristöissä, olivat sitten kyseessä lapset, aikuiset tai ikääntyneet. Kaikki toimijat, ensisijaisesti alkoholielinkeino, vastuutetaan ottamaan huomioon toimintansa ja päätöstensä vaikutus kansalaisten mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön. Tavoitteena tulee olla myös, että mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelemiseen ja toteuttamiseen otetaan mukaan mielenterveys- tai päihdeongelmista kuntoutuneita kokemusasiantuntijoita. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

4.4.2 Mielenterveyspalveluita Keski-Pohjanmaalla

Suuri osa Keski-Pohjanmaalla toimivista mielenterveyspalveluista tuotetaan Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän toimesta. Tähän lukeutuvat aikuispsykiatrian avohoitopoliklinikat Kokkolassa, Kannuksessa ja Kaustisella sekä sairaalahoidot Kokkolassa kahdella osastolla. Nuorisopsykiatria jakautuu nuorisopoliklinikkaan ja nuoriso-osastoon, kuten myös lastenpsykiatria. Lapsilla ja nuorilla on myös yhteinen terapiapoliklinikka. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän sisällä toimivat myös kehitysvammahuolto, sosiaalityön palveluyk-

sikkö, yleissairaalapsykiatrian poliklinikka ja psykiatrian kurssiyksikkö. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009.)

Kokkolanseudun terveyskeskus kuntayhtymä tuottaa myös useita palveluita mielenterveysasiakkaille ja heidän läheisilleen. Näitä palveluita ovat muun muassa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotot, kriisiryhmä, perheneuvola, A-klinikka ja Nuorten tuki- ja neuvontapiste (NUOTTA). Perusterveydenhuoltoon kuuluu myös terveyskeskuslääkärien ja psykologien palvelut ja esimerkiksi kotisairaanhoido. (Kokkolan kaupunki 2009; Kokkolanseudun terveyskeskus kuntayhtymä. 2009.)

Kokkolan perusturvakeskus vastaa erilaisista sosiaalihuoltoon liittyvistä asioista. Esimerkiksi sosiaalityö, kotipalvelu ja erilaiset neuvonnat ovat perusturvan palveluja. Kokkolan kaupunki tuottaa tai järjestää mielenterveysasiakkaille sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja, kuten tuettua asumista sekä päivä- ja työtoimintaa. Asiakkaille taataan myös mahdolliset vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja etuudet. Osa kaupungin järjestämistä asumispalveluista sekä päivä- ja työtoiminnoista ovat ostopalveluja alueen yrityksiltä tai yhdistyksiltä. Kokkolan kaupunki vastaa myös yhdessä lähikuntien, Kruunupyyn, Halsuan, Kaustisen, Lestijärven, Perhon, Toholammen, Vetelin ja Kannuksen, kanssa alueellisesta sosiaalipäivystyksestä. (Kokkolan kaupunki 2009.)

Julkisen sektorin lisäksi mielenterveyspalveluita tuottavat Keski-Pohjanmaalla kolmas sektori ja yksityiset palveluntarjoajat. Kolmannen sektorin toimijoita ovat esimerkiksi Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, joka tuottaa asumispalveluita sekä työ- ja päivätoimintaa usealla eri tasolla, sekä Keski-Pohjanmaan Mielenterveysyhdistys, joka tarjoaa muun muassa vertaistuellisia keskustelutilaisuuksia ja harrastetoimintaa, sekä Omaiset mielenterveystyön tukena Keski-Pohjanmaan yhdistys, joka esimerkiksi välittää tietoa ja tarjoaa tukea mielenterveysongelmista kärsivien läheisille. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009; Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Mielenterveystyön yksityisen sektorin toimijoita ovat esimerkiksi Terveyspalvelut Mendis Oy, joka tuottaa asumis- ja kuntoutuspalveluita, sekä Keski-Pohjanmaan alueella toimivat useat yksityiset psykologit ja psykoterapeutit. Myös alueella sijaitsevat yksityiset lastensuojeluyksiköt voidaan laskea mielenterveyspalveluiksi. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009; Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

4.5 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksessa tuetaan kuntoutujaa toteuttamaan tavoitteitaan, elämänpöjektejään ja ylläpitämään hänen elämänhallintaansa sekä osallisuuttaan sosiaalisissa yhteisöissään. Kuntoutus on prosessi, jonka kuntoutuja ja työntekijä yhdessä suunnittelevat ja jonka etenemistä he yhdessä arvioivat. Siihen sisältyy esimerkiksi kuntoutujan voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta lisääviä tukikeinoja. Lisäksi tuetaan kuntoutujan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan toimintaympäristöönsä. (Koskisuus 2004, 13.)

Aspvikin tutkimuksessa (2003) mielenterveyden yhteydessä tapahtuvaa kuntoutusta on määritelty esimerkiksi psykiatrisen, psykososiaalisen ja mielenterveyskuntoutuksen käsitteillä, joista mielenterveyskuntoutus on käsitteenä laajin. Se ulottuu yksilön psyykkistä toimintakykyä heikentävien olosuhteiden ja kokemusten ennaltaehkäisystä hänen toimintakykynsä tukemiseen. (Aspvik 2003.)

4.5.1 Kuntoutuja työn keskiössä

Keskeisiä kuntoutuksen käsitteitä ovat yksilön elämänhallinnan tukeminen, elämänprojektit, yhteisön jäsenyys, kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja monialaisuus sekä yhteistyösuhde kuntoutujan ja ammattilaisten välillä kuntoutuksen eri osa-alueilla (Koskisuus 2004, 13). Kuntoutuksessa kuntoutujan oma asiantuntijuus on tärkeässä roolissa samalla kun häntä tuetaan kuntoutuksen keinoin.

Kokemus elämänhallinnasta liittyy vahvasti itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen sekä ajatukseen kuntoutujan omasta päätävävallasta omassa arjessaan. Elämänhallinnan käsite pohjautuu yksilön hallinnan kokemukseen, sisäisiin mielikuviin ja toimintakykyyn sekä tekemiseen. Useimmiten mielenterveyskuntoutujat kokevat psyykkisen sairautensa kuin luonnonvoimana, johon vaikuttaminen on vaikeaa. Kuntoutuja voi kokea turvattomuuden tunnetta jäädessään ikään kuin itsensä varaan, mikä aiheuttaa pelkoa oireiden pahenemisesta. Siksi kuntoutuksen tehtävä onkin pyrkiä parantamaan kuntoutujan omia hallintakäsityksiä ja uskoa siihen, että elämä ei ole vain sattumanvaraista, sairauden tai toisten ihmisten hallitsemaa. Kun tähdätään elämänhallinnan lisäämiseen aktiivisella toiminnalla, niin siihen vaikuttavat kuntoutujan omat pystyvyys- ja hallintaoletukset. Näitä oletuksia kehittämällä pyritään siihen, että vaikeatkin tilanteet voidaan kokea haasteena. Silloin ne johtavat motivaation ja yrittämisen halun lisääntymiseen, mikä parantaa tavoitteellisuutta. (Koskisuus 2004, 14–15.)

Elämänprojekteja määritellään yksilön omaa elämää koskevin suunnitelmin, päämäärinä ja niihin tähtäävänä toimintana. Tällä viitataan myös kuntoutuksen tavoitteisiin ja siihen, kenen tavoitteet ohjaavat kuntoutusprosessia. Useimmiten mielenterveyskuntoutujan kohdalla psyykkinen sairastuminen ja henkiset ongelmat ovat estäneet olemassa olleiden projektien toteutumisen. Näin ollen uusia tavoitteita ei joko ole tai niitä on vaikea hahmottaa. Tällöin kuntoutujaa tuetaan löytämään omia tavoitteita esimerkiksi mielekkään tekemisen keinoin. (Koskisuus 2004, 15–16.)

Keskeisessä roolissa mielenterveyskuntoutuksessa on kuntoutujalähtöisyys, jolla tarkoitetaan kuntoutujan omia tavoitteita ohjaamassa prosessia. Kuntoutujan tulisi voida hyötyä myös kuntoutustyöntekijän ammattitaidosta, osaamisesta ja tiedosta. Kuntoutujalähtöisessä mielenterveystyössä pyritään tukemaan kuntoutujia käyttämään omia voimavarojaan osallistavalla ja vastuuttavalla toiminnalla. Tällä mahdollistetaan esimerkiksi elämänhallintataitojen kehittyminen ja tätä kautta kuntoutujan minäkuvan paraneminen. (Koskisuu 2004, 22.)

Ihminen joutuu määrittelemään itsensä suhteessa mielentilansa diagnoosiin. Psykkisesti sairastunut käsittelee asiaa käymällä ensin neuvottelun itsensä kanssa ymmärtääkseen, mitä hänelle on tapahtunut. Tämän jälkeen hän joutuu käsittelemään, mitä diagnoosi hänelle merkitsee. Lopuksi hän pohtii käsitystään ihmisestä, jolla on mielenterveysongelma. Diagnoosi jakaa ihmiset ”me-ne” -luokkiin ja useimmiten mielenterveyskuntoutuja huomaa kuuluvansa ”niihin toisiin”. (Koskisuu 2004, 68–69.)

4.5.2 Kuntoutuksen osa-alueet

Perinteisesti kuntoutus jaetaan neljään osa-alueeseen, joiden tarkoituksena on ollut selkiyttää ja jäsentää kuntoutuksen määritelmää. Niiden yhteistyöllä tähdätään kuntoutujan kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen. Kuntoutuksen osa-alueiksi on määritelty sosiaalinen, ammatillinen, lääkinnällinen ja kasvatuksellinen kuntoutus. (Järvikoski & Härköpää 2004, 23.)

Sosiaalisella kuntoutuksella voidaan viitata prosessiin, jonka tarkoituksena on tukea yksilön sosiaalista toimintakykyä, joka tarkoittaa kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista. Yksilön sosiaalista toimintakykyä on myös pystyvyys toimia vuorovaikutussuhteissaan ja selviytyä erinäisistä rooleista omassa toimintaympäristössään. Sosiaalisen kuntoutuksen käytäntöinä voidaan helpottaa esimerkiksi asumista, liikku-

mista ja yleistä osallistumista sekä huolehtia taloudellisesta turvallisuudesta. Kuntoutus voidaan usein myös laajentaa yksilön sosiaaliseen verkostoon, jolloin tuetaan lähiverkostoa, esimerkiksi perheenjäseniä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 24.)

Ammatillisella kuntoutuksella tuetaan kuntoutujan omia voimavaroja, kun tavoitteena on lisätä hänen mahdollisuuksiaan saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. Ammatillisen kuntoutuksen keinoin pyritään parantamaan kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentamaan hänen työkykyään ja edistämään hänen työmahdollisuuksiaan. Samanaikaisesti pyritään myös edistämään kuntoutujan integraatiota työhön, esimerkiksi vähentämällä vajaakuntoiseen työntekijään kohdistuvaa syrjintää työpaikalla. Tyypillisiä toimenpiteitä ovat esimerkiksi ammatillinen koulutus, uudelleen- tai täydennyskoulutus, koulutuskokeilut, työkokeilu, työpaikkakokeilu ja työvalmennus. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23.)

Mielenterveyskuntoutujille ammatillista kuntoutusta ovat esimerkiksi tuettu avotyö tai ohjattu työtoiminta erilaisissa päivätoimintaryhmissä. Erilaiset päivätoimintaryhmät ovat suojatyömuoto, joka tarjoaa fyysistä toimintaa, johon kuntoutujat voivat osallistua kykyjensä mukaan. Työt saattavat olla myös alihankintatöitä teollisuudelle tai muulle toimijalle. Työnteon on katsottu olevan tärkeää sosiaalisessa, psyykkisessä ja fyysisessä kuntoutuksessa. (Murto 1997, 43 - 44.) Tällaisia päivätoimintamuotoja järjestettiin 74-prosentissa kunnista vuoden 2004 lopussa (Harjajärvi ym. 2006, 39).

Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutuksen edellyttämiä lääketieteellisiä ja hoidollisia tutkimuksia esimerkiksi terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Tutkimusten ja hoitohenkilökunnan asiakirjojen kautta käynnistetään kuntoutujan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavia toimintoja, kuten lääkehoitoa ja jatkotutkimuksia. Lääkinnällisen kuntoutuksen käytäntöjä ovat myös esimerkiksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta sekä apuvälinehuolto. Lääkinnällinen kuntoutus voidaan myös ymmärtää toimintakykykuntoutuksena, jonka piiriin monet yksilön psyykkisiä resursseja vahvistavat tukimuodot

soveltuvat paremmin. Esimerkiksi eri terapiamuodot ja tukea antava ohjaus ovat tärkeässä roolissa mielenterveyskuntoutuksessa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23.)

Kasvatuksellisella kuntoutuksella on viitattu muun muassa vammaisen tai vajaakuntoisen henkilön kasvatukseen ja koulutukseen sekä niiden edellyttämiin erityisjärjestelyihin. Murto antaa esimerkin koulumaailmasta, jossa kasvatukselliseksi kuntoutukseksi voidaan nimittää sitä kasvatuksen ja opetuksen painotusta, jossa huomioidaan oppilaan yksilöllisen tuen tarve. Tuella pyritään yksilöllisyyden ja elämänhallinnan kehittämiseen. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa kasvatus, opetus ja oppilashuolto yhdistyvät toisiinsa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 24.) Mielenterveyskuntoutuksessa puhutaan yhteisökasvatuksesta, jossa vertaiset tukevat toinen toistaan kohti yhteisiä tavoitteita.

5 MIELEKÄS ARKI

Ihmisen kokemukset mielekkästä arjesta ovat subjektiivisia kokemuksia. Muutamien tutkimuksien mukaan mielenterveysasiakkaat kokevat arkensa vähemmän mielekkääksi kuin niin sanotut tavalliset ihmiset. Ojanen kuvaa mielenterveyden ongelmista kärsivän ihmisen arkea pakonomaiseksi, tavoitteettomaksi, salailevaksi ja rajoittavaksi. He ovat hänen mukaansa tavallisesti yksinäisiä ja vieraantuneita. (Ojanen 2003, 48 - 52.) 16 mielenterveysasiakkaalle, 16 pitkäaikaistyöttömälle ja 16 työssäkäyvälle miehelle tehdyn, päivittäiseen elämään kohdennetun tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakkaat kokivat arkensa vähemmän mielekkääksi kuin pitkäaikaistyöttömät tai työssäkäyvät. Rahaongelmat ja suppea sosiaalinen verkosto olivat tutkimukseen osallistuneille mielenterveysasiakkaille ja pitkäaikaistyöttömille yhteisiä tekijöitä, mutta muuten heillä oli hyvin vähän yhtäläisyyksiä arjessaan. (Hayes & Halford 1996.)

Hayesin ja Halfordin tutkimuksesta kävi ilmi, että mielenterveysasiakkaiden arjesta huomattavasti toisia ryhmiä enemmän aikaa kului nukkumiseen ja kotona olemiseen. He olivat kotonaan yli 18 tuntia vuorokaudesta, kun pitkäaikaistyöttömällä tämä aika oli 16 tuntia ja työssäkäyvillä alle 12 tuntia. Tämän takia he viettivät työssäkäyviä henkilöitä huomattavasti enemmän aikaa yksin. Heillä oli muita tutkimukseen osallistuneita tuplasti enemmän epäonnistumisen kokemuksia sosiaalisissa kontakteissa. (Hayes & Halford 1996.) Narumo kannustaakin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia luomaan kuntoutujan arkeen ja itse kuntoutukseen ilmapiiriä, jossa on avoimuutta ja haastetta, mutta ei pakonomaisuutta. On tärkeää, että sekä kuntoutujalla, että ammattilaisella on yhteinen näkemys kuntoutujan tavoitteista. Narumon mukaan kuntoutuksessa pitää olla selkeä yhteinen suunta, mutta ei heti toteutettavia vaatimuksia. (Narumo 2006, 30.)

Hayesin ja Halfordin tutkimuksessa tuli esiin, että mielenterveysasiakkaat olivat arkisin toisia aktiivisemmin perheensä kanssa, mutta huomattavasti vähemmän muiden henkilöiden kanssa. He osallistuivat myös muita vähemmän erilaisiin tapahtumiin ja matkus-

tivat vähemmän. Heillä oli vähemmän aktiivisia vapaa-ajantoimintoja ja samalla vähemmän positiivisia kokemuksia mielekkästä tekemisestä. He tekivät kodinaskareita yhtä paljon kuin muut, mutta viettivät paljon enemmän passiivista vapaa-aikaa esimerkiksi televisiota katsellen. (Hayes & Halford 1996.)

5.1 Mielekäs tekeminen

Henkilön itsetuntoa kehittävä ja samalla mielekkääksi kokema tekeminen pohjautuu yleensä henkilön omiin sisäisiin tarpeisiin ja tunteisiin. Suurimpia hyvänolon kokemuksia tulee asioista, joissa henkilö on ylittänyt omat tavoitteensa. (Murto 1997, 216.) Tavoitteellinen toiminta katsotaankin keskeiseksi asiaksi mielenterveyskuntoutujalle (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 170).

Mielisairaanhoidaja ja veljensä masennukselle menettänyt Bev Cobain kirjoitti masennusta käsittelevän kirjan, jossa hän kehottaa masentuneita täyttämään kokemaansa tyhjää tilaa fyysisellä toiminnalla, kuten liikunnalla ja harrastuksilla, sosiaalisella kanssakäymisellä, kuten järjestö- ja yhteisötoiminnalla tai tutustumalla itse omaan sairauteensa ja sen hoitomuotoihin. Hän lisää mielekkäisiin toimintoihin myös lemmikin hankkimisen ja hoitamisen sekä kasvien kasvattamisen. Cobainin mielestä tyhjää tilaa voi täyttää myös pitämällä tunnepäiväkirjaa, jonka avulla voi sitten pohtia omaa käyttäytymistään. Hänen mielestään erityisen mielekäästä tekemistä ovat asiat, joissa ihminen on hyvä, sillä onnistumiset tuovat mukanaan uusia onnistumisia. (Cobain 2001, 135–136.)

Kähäri-Wiikin, Niemen ja Rantasen (2006) mielestä mikä tahansa viriketoiminta ylläpitää ihmisen vireystilaa ja toimintakykyä. Viriketoiminnalla he tarkoittavat ihmisen mieltä ja kehoa aktivoivaa tekemistä. Tekeminen tuo samalla sisältöä elämään, kokemuksia, tunteita ja mahdollisesti sosiaalisia kontakteja. Viriketoiminta on yleensä suunniteltua ja ohjattua toimintaa, kuten ihmisten tapaamisia, yhteisiä pelejä, käsitöiden tekemistä, ko-

dinaskareita tai luontoon ja liikuntaan liittyviä juttuja. Cobain nostaa liikunnan yhdeksi päätekijäksi kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemisessa. (Cobain 2001, 135–136.) Kähäri-Wiikin ym. mukaan henkilöitä, joilla on vaikeuksia erilaisten toimintojen kanssa, tulee tukea osallistumaan viriketoimintaan. Viriketoiminnalla voidaan heidän mielestään tukea esimerkiksi aisteja, muistia ja sosiaalisia kykyjä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 150–152.)

5.2 Työn tekeminen kuntouttavana toimintana

Työtoiminta ja muu mielekäs tekeminen vaikuttavat keskeisesti kuntoutusprosessin kulkuun. Osallistuminen esimerkiksi ryhmätoimintoihin auttaa ylläpitämään ja kehittämään taitoja ja sosiaalisia kontakteja. Näiden avulla tuotetut positiiviset kokemukset voimaannuttavat ja nostavat itsetuntoa ja lisäävät itsenäisen selviytymisen mahdollisuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.)

Mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta työ ja tekeminen tuovat mielekkyyttä elämään. Työpaikalla tai työtehtävällä ei ole niin suurta merkitystä ja työ saattaa olla palkkatyön lisäksi vapaaehtoistyötä tai erilaista työtoimintaa. (Koskisuus 2003, 52.) Työ on tärkeä sosiaalisten kontaktien mahdollistajana, mutta myös itse työn oppimisesta, työsuorituksesta tai sen tuloksesta tulevat kokemukset vahvistavat itsetuntoa ja luottamusta uuden oppimiseen myös tulevaisuudessa. (Kallanranta ym. 2001, 170.)

Myös VATES-säätiön kehittämiskonsultin Sunin mielestä työn tekeminen on mielen-terveyskuntoutujalle kuntouttavaa mielekästä tekemistä. Kuntoutujalle työn tekeminen on pitkäjänteisyyden ja keskittymiskyvyn harjoittelua, todellisten kykyjen selkiinnyttämistä sekä kokemuksien ja taitojen kartuttamista. Tekemisen kautta löydetään myös omien voimavarojen tuomat rajat ja mahdollisuudet. Työllä saadaan säännöllisyyttä ja

rytmiä päivittäiseen elämään sekä mahdollisuus kokea tavallisen arjen ja vapaan ero. (Suni 2003, 90–91.)

5.3 Osallisuus ja vastuullisuus

Osallisuus on tunne johonkin ryhmään kuulumisesta. Tunne syntyy yksilölle yhteisöllisessä kanssakäymisessä. Osallisuuden kokemuksen on katsottu useissa tutkimuksissa olevan kuntoutujan itsetuntoa kohottavaa. (Salenius 2009; Aspvik 2003; Jantunen 2008.) Osallisuuden edellytyksenä ovat yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen ja yhteyteen kuuluminen (Jantunen 2008).

Iija tukisi mielenterveyskuntoutujia kehittämällä palveluita osallistaviksi. Kuntoutujien pitäisi päästä ryhmiin, joissa he tuntisivat sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Ryhmissä, itseään muihin peilaten, erilaisten taitojen kehittäminen ja sitä kautta tuleva itsensä tunteminen ja arvostaminen onnistuvat parhaiten. Iijan mielestä kuntoutujille tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa tekemisen kautta, jotta he näkevät itsensä tarpeellisiksi yhteiskunnassa. Näihin tuloksiin päästään Iijan mukaan tukemalla kuntoutujia mielekkääseen työhön heidän omien voimavarojensa kautta. (Iija 2009. 117–118.)

Kuntoutumisprosessiin osallistuminen parantaa kuntoutuksen tehoa, joten kuntoutujille tulisi antaa mahdollisuus suunnitella ja päättää omasta hoidostaan. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja kuntoutuksen ammattilaisten tulisi toimia neuvonantajina ja yhteistyökumppanina. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.)

Vastuullisuus on kykyä, mutta myös velvollisuutta vastata omasta sekä mahdollisesti perheensä tai läheisensä selviytymisestä. Se on myös huolellista ja tunnollista suhtautumista itseensä, muihin henkilöihin ja esimerkiksi työhönsä. Yhteiskunta ja ihmisen

ympärillä olevat ihmiset luovat ne normit ja odotukset, joiden mukaan ihmisen on itse vastattava omasta turvallisuudestaan, toimeentulostaan ja menestymisestään oman tekemisen kautta. (Harju, Niemelä, Ripatti, Siivonen & Särkelä, 2001, 11; Kaipio & Murto. 1996, 27–30.)

5.4 Osallistaminen ja vastuuttaminen kuntouttavissa yhteisöissä

Yhteisössä keskeisessä roolissa on sen jäsenten vastuuttaminen erilaisiin tehtäviin, jotta he kokisivat arkensa haastavaksi ja sitä kautta itsensä osallisiksi yhteisön toiminnassa. Vastuullisuuden lähtökohtana on päätösten ja tekojen vastaavuus, eli se, mikä yhdessä päätetään, se myös jonkun tai joidenkin toimesta tehdään. (Kaipio & Murto 1996, 27–30.) Kuntoutujien vastuu korostuu myös yhteisessä päätöksenteossa, toimintamallien ja tapahtumien suunnitteluissa ja niiden uudelleen arvioinnissa. Siten kuntoutujien kokemat vaikuttamisen mahdollisuudet lisääntyvät ja samalla heidän itseluottamuksensa saanostetta. (Pöyhönen 2003, 53–55.)

Fountain House -klubitalomalli on yksi psykososiaalisen kuntoutuksen toimintamalleista. Malli on pohjoisamerikkalainen yhteisöhoidonsovellus, jossa on tuotu ammatinvalinta-, yhteisö- ja sosiaalipalvelut helpommin asiakkaan tavoitettaviin. Sovelluksen tavoite on sen yhteisön jäsenten elämänlaadun parantaminen. Toiminnassa keskitytään asiakkaiden osallisuuden lisäämiseen heidän omien lähtökohtiensa kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.)

Klubitalon asiakkaita ovat yleensä pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsineet kuntoutujat. Talon jäseneksi sitouduttuaan heidän odotetaan osallistuvan talon toimintaan, toiminnan suunnitteluun ja sen kehittämiseen. Jäsenenä kuntoutuja kuuluu yhteisöön, jossa pyritään jäsenten väliseen vastavuoroiseen tukemiseen. Kuntoutujat ottavat myös vastuun muiden jäsenten käymisestä talolla pitämällä kirjaa käynneistä ja soitta-

malla jäsenelle, mikäli hän ei ole käynyt sovitusti. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17; Kallanranta ym. 2001, 169.)

Alkuperäisessä mallissa kuntoutujat työskentelevät klubitalon sisällä erilaisissa perustoimissa, kuten siivouksessa, ruoanlaitossa ja kunnossapidossa. Työtehtävä määräytyy aina kuntoutujan kunnan mukaan. Työnteon tavoitteena on itsenäistää kuntoutujia ja antaa heille paremmat lähtökohdat tavalliseen työelämään palaamiselle. Ennen paluuta työelämään on mahdollista osallistua myös siirtymätyöohjelmaan, jossa klubitalon ja työnantajan välillä sovitaan kuntoutujan tuetusta työllistämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.)

Sosiaalipsykiatrista kuntoutustyötä tekevän Sopimusvuori ry:n toiminnanjohtaja, Karjalainen, on vakuuttunut klubitalo-mallilla toimivien kuntouttavien yhteisöjen toimivuudesta ja lisää, että niiden periaatteissa olisi valmiit puitteet myös koko muulle yhteiskunnalle. Nykyaikainen porrasteinen sosiaalipsykiatrinen malli on syntynyt kuntoutujien tarpeista. (Karjalainen 2003, 53–55.)

6 SOSIAALINEN VERKOSTO

Ihminen kehittyy suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöönsä. Yksilöt kehittävät identiteettiään vertailemalla itseään muihin ja käsittelemällä muilta saatuja palautteita. Vuorovaikutussuhteet ovat siten erittäin tärkeitä yksilön kehityksessä. (Murto 1997, 205.) Karilan mukaan opimme lapsuudestamme asti olemaan erilaisissa ryhmissä ja nämä vuorovaikutussuhteemme luovat meille mahdollisuuden antaa tai tarjota omia ominaisuuksiamme muiden käyttöön. Voimme esimerkiksi antaa tukea lähimmäiselle, jolla on ongelma, auttamalla häntä ratkaisemaan tämä. Tämä tuki on monessa tilanteessa varsin merkittävä, sillä itse ongelman ratkaisun lisäksi tuki saa lähimmäisen tuntemaan itsensä huomatuksi, ymmärretyksi ja siten arvostetuksi. Nämä vuorovaikutussuhteet luovat meille ne sosiaaliset verkostot, joiden parissa elämme ja joiden kautta peilaamme itseämme ja pääsemme tietoisuuteen siitä, mihin kuulumme ja minkä vuoksi. (Karila 2003, 56–58.)

Professori Ojaseen näkemyksen mukaan mielenterveyden ongelmista kärsivien on vaikea päästä mukaan uusiin yhteisöihin niissä vallitsevien odotusten ja vaatimusten takia. Yksilön tulisi olla monien hyvien ominaisuuksiensa lisäksi joustava ja sopeutuva. (Ojanen 2003, 48–52.)

6.1 Sosiaalinen tuki

Karilan mukaan mielenterveyspotilaiden kuntoutumisessa merkittävimmissä rooleissa ovat ihmissuhteet ja niistä saatava sosiaalinen tuki. Hänen tekemässään mielenterveyspotilaille suunnatussa tutkimuksessa tuloksissa seuraavina tulivat terapiakeskustelut ja lääkitys sekä perhe. Kuntoutumiseen vaikuttaa suuresti myös kuntoutujan oma asenne. Samaisen tutkimuksen mukaan henkilöt, joilla oli uskoa omaan selviytymiseen ja on-

gelmiin tarttuva tyyli, pärjäisivät merkittävästi paremmin, kuin he joilla oli ongelmia itsetuntemuksensa kanssa ja ratkaisuja välttelevä elämäntapa. (Karila 2003, 56–58; Karila 1994.)

Karila toteaa myös, että mielenterveyskuntoutajat ovat saattaneet joutua ponnistelemaan pitkäänkin oireidensa parissa ja ovat varsin väsyneitä tähän. Sen vuoksi he eivät välttämättä jaksanut sitoutua pidempiin terapeuttiin hoitosuhteisiin tai uskalla yrittää tavata uusia ihmisiä ja jäävät siten kaipaamaan muiden ihmisten säännöllistä seuraa. (Karila 2003, 56–58.) Nykyajan kulttuurinen trendi eli perheiden eriytyminen ja henkilöiden yksilöityminen sekä suomalaisten ”vetäytyvä” perusluonne lisäävät kuntoutujien vaikeuksia päästä arkisiin kanssakäymisiin toisten ihmisten kanssa.

Tässä heikissä arjessa yksinäisyys sen eri muotoineen, on noussut koko yhteiskunnan tasolla ongelmaksi. Yksinäisyyden voi jakaa kolmeen osaan. On sosiaalisten kanssakäymisten vähyttä, fyysisten kontaktien vähyttä ja tunnepuolen asioiden jakamisen vähyttä. (Suni, Heikkilä, Lehto, Korpi, Rantamäki & Rautakorpi 2003, 109.) Suurimmissa ongelmissa ovat mielenterveyskuntoutujista ne, joilla on puutteita elämäntaidoissa, ongelmia taloudellisessa tilanteessa ja vähän omaisia tai lähisukulaisia. Heille on erityisen tärkeää löytää arkisia henkilökontakteja esimerkiksi vertaistuellisista ryhmistä tai erilaisten harrastusten puolelta. (Pöyhönen 2003, 56–58.)

Läheisillä on suuri rooli mielenterveyskuntoutujien arjessa. Perhe ja ystävät koetaan varsin tärkeinä, vaikka liiankin usein heiltä saatava tuki jää vajaaksi. Tärkein henkilö on yleensä puoliso tai seurustelukumppani, sillä elämän merkityksellisyys perustuu usein siihen, että on joku, jota rakastaa ja jolta saa myös vastarakkautta. Hoitohenkilökunnan tehtävä kuntoutujan sosiaalisessa verkostossa on usein ottaa vastuuta kantava rooli. Alan ammattilaisilta haetaan tukea vakavissa yleensä juuri sairauteen liittyvissä asioissa ja heiltä odotetaan myötätunnon lisäksi toimia. (Koskisu 2003, 52.)

6.2 Verkostokartan malli

Eräänä sosiaalisen verkoston hahmottamisen työmenetelmänä on käytetty Urie Bronfenbrennerin teoriaan pohjautuvaa verkostokartan mallia (LIITE 3). Sen avulla voidaan kartoittaa yksilön tukiverkostoja ja kuvata hänen ihmissuhdekokonaisuuttaan. Verkostokartta koostuu yksilön sosiaalisen verkoston osa-alueista. Näihin osa-alueisiin kuuluvat perhe, suku, työ tai koulu, naapurit ja ystävät sekä ammattilaiset. (Sosiaaliportti 2008.) Kartan eli ympyrän keskipisteessä on yksilö, jonka verkosto muodostuu useista erilaisista osista ja näiden funktioista. Toisensa tuntevat henkilöt yhdistetään viivoilla ja henkilöiden kohtauspisteeseen muodostuu ikään kuin solmuja. Solmujen erikokoisuus muodostuu puolestaan sen mukaan, kuinka tiiviitä tai tiheitä yhteydenpidot ovat. (Seikkula 1996, 24.)

Verkoston rakenteellisiin ominaisuuksiin kuuluvat esimerkiksi verkoston koko eli kuinka monta henkilöä verkostossa on sekä verkoston tiheys ja ryhmittäminen. Tavanomaisen työssä käyvän aikuisen sosiaaliseen verkostoon määritellään kuuluvaksi keskimäärin 20 - 50 ihmistä ja neljästä (4) kuuteen (6) tiheämpää ryhmittymää, eli ihmisryhmää, joissa yksilö on osallisena. Ryhmittymien välillä ei yleensä ole paljonkaan kontakteja. (Seikkula 1996, 30–31.)

Seikkulan teoksessa verkoston analysointimenetelmää kehittäneen Pattisonin työryhmän mukaan tavanomaiseen työssäkäyvän aikuisen verkostoon kuuluu keskimäärin 25 tärkeää henkilöä, joista kolmesta kuuteen henkilöä määritellään erityisen läheisiksi. Nämä 25 henkilöä myös jakautuvat suurin piirtein tasaisesti perheen, suvun, ystävien sekä naapureiden ja työtovereiden ryhmään verkostokartassa. (Seikkula 1996, 26.)

Verkostokartan ryhmittymät muodostavat kukin oman mikrosysteeminsä, jotka ovat muodostuneet ryhmässä syntyneiden erityisten tehtävien ja roolien mukaisesti. Ne eivät välttämättä noudata verkostokartan osa-alueiden rajoja. Pysyvän luonteinen ryhmittymä on esimerkiksi perhe, joka luo sääntöjä jäsenilleen. (Seikkula 1996, 21–28.)

Verkoston tiheyden merkityksestä on verrattavissa toisistaan eroavia tutkimustuloksia. Tiheät verkostot voivat edistää hyvinvointia, sillä niissä on saatavissa paljon tukea. Toisaalta verkoston koon ja tiheyden välillä ei välttämättä ole yhteyttä. Tiheys voi myös nousta sellaisissa verkostoissa, joissa henkilöllä on vain yksi tai kaksi eri ryhmittymää. Esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä verkoston tiheys saattaa olla korkea, kun suuri osa sosiaalisista kontakteista tapahtuu ydinperheen sisällä. (Seikkula 1996, 31.)

Seikkulan teoksessa tuodaan esiin, että mielenterveysasiakkaiden verkostot ovat kooltaan tavanomaista paljon pienempiä. Heidän verkostoihinsa kuuluu kahdeksasta (8) kahdeentoista (12) henkilöä ja siitä puuttuvat usein sosiaalisesti merkitsevät suhteet, kuten sukulaiset ja hyvät tuttavat. Suuri osa heidän verkostonsa henkilöistä on ammattilaisia tai toisia asiakkaita, jolloin suhde heihin ei ole pitkäaikainen. (Seikkula 1996, 42.)

7 PSYKOSOSIAALINEN ULOTTUVUUS

Ihminen on kokonaisuus, jossa esiintyvät yhtäaikaan biologinen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Psykososiaalinen tuki sisältää ihmisen kokonaisvaltaisen tukemisen näillä jokaisella ulottuvuudella. Psykososiaalinen tuki on osittain terapeutista ohjaavaa tukea, jolla pyritään saamaan asiakkaat tietoisiksi omista sisäisistä toimintamalleistaan, jotta he voivat paremmin ymmärtää omaa käyttäytymistään. (Karila 1994, 147.)

Mielenterveyskuntoutuksessa psykososiaalinen tuki on kuntoutujien omien voimavarojen tukemista sekä itsetuntemuksen kohentamista yhteisöllisyyden, vertaistuen ja mielekkään tekemisen avulla. Psykososiaalisessa tuessa painotetaan auttavaa työtä, joka kohdistuu yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteiden pois kitkemiseen. (Hietala, Valjakka & Marikka 2000, 23–28.)

7.1 Psykososiaaliset ongelmat

Tavallisimpia psykososiaalisia ongelmia ovat yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet, tunne-elämän vaikeudet, kuten ahdistus ja masennus, käyttäytymishäiriöt esimerkiksi vuorovaikutustilanteissa ja oppimisvaikeudet esimerkiksi koulussa (Reijneveld, Vogels, Brugman, Ede, Verhulst & Verloove-Vanhorick 2003). Masennustilanteissa psykososiaalinen tuki voi olla vaikka pelkästään läsnäoloa ja kuuntelemista, sillä masentuneelle on tärkeintä, ettei hän karkota muita avoimuudellaan (Kopakkala 2009, 156).

Kyösti Raunion mukaan psykososiaalisia ongelmia aiheutuu muun muassa päihteiden käytöstä, psyykkisistä häiriöistä, väkivallan kokemuksista, elämän kehityskriiseistä sekä vaikeista ihmissuhteista. Sosiaalityössä näitä tuetaan asiantuntevalla ammattitaidolla,

verkostomaisella ja asiakaslähtöisellä työtavalla esimerkiksi mielenterveystyössä, päihdehuollossa, kriminaalihuollossa ja lastensuojelussa. Psykososiaalisten ongelmien kasvava määrä ja niiden paheneva laatu kertoo Raunion mielestä ihmisten sosiaalisen ympäristön puutteista. (Raunio 2004, 229–230.)

7.2 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalinen tuki muodostaa yhteenkuuluvaisuutta, jossa tietoja, neuvoja ja ohjeita jaetaan tilanteiden niitä vaatiessa. Erityisryhmissä, joissa jokaisella on jokin heitä yhdistävä tekijä, tämä yhteenkuuluvaisuuden tunne on erityisasemassa. Silloin puhutaan vertaisryhmästä ja vertaistuesta. Kokonaiselta ryhmältä saatu yhtenäinen tuki vahvistaa entisestään yksilön tuntemuksia itsestä ja odotuksia tulevasta. Onnistuneissa vertaisryhmissä jaetut kokemukset edistävät jäsentensä terveyttä ja hyvinvointia. Sosiaalinen tuki mahdollistaa erilaisten tunnetarpeiden kuten turvallisuudentunteen, täyttämisen. Tämä luo perustaa yksilön itsenäisen elämänhallinnan kehitykselle. (Pöyhönen 2003, 56–58.)

Muilta henkilöiltä saatu tuki voi vaikuttaa kuntoutujaan usealla eri tavalla. Se voi esimerkiksi estää kokonaan stressaavan tilanteen syntymisen tai keventää kuntoutujan kokeman stressin taakkaa. Tuen vaikutukseen vaikuttaa myös se, kuinka vastavuoroiseksi tuen jakaminen koetaan. Mikäli tuettu henkilö kokee pystyvänsä auttamaan myös tuen antajaa, syntyy merkittävä vuorovaikutustilanne. Tilanteessa molemmat osapuolet saavat onnistumisen ja osaamisen kokemuksia ja saavat tätä kautta vahvistettua itsetuntoaan. (Pöyhönen 2003, 56–58; Kopakkala 2009, 154–157.)

Mielenterveyskuntoutuksessa olisi tärkeää yhdistää alan ammattilaisten osaaminen ja ei-ammattilaisten psykososiaalinen tuki esimerkiksi vertaistuen tai yhteisöllisyyden muodossa. Toimintamuotoina tämä tarkoittaisi erilaisia työ- ja päivätoimintakeskuksia sekä sosiaalisia klubeja. (Kallanranta ym. 2001, 169.) Psykososiaalisten ongelmien ratkai-

suksi nousi jo 1950-luvulla yhteisöjä, joiden tavoitteena oli yhteisöllisyyden tunteen lisääminen. 70-luvulla paljon esillä olleen terapeutin yhteisöidean periaatteina olivat muun muassa tavoitteellisuus, vapaaehtoisuus, avoimuus, osallistuminen ja tasa-arvoisuus. Näissä ryhmissä maailma sairauksineen oli mahdollista kohdata turvallisemmin. (Pöyhönen 2003, 48–52.)

7.3 Vertaistuki

Vertaistuki on asioiden jakamista ystävien, tuttavien tai muiden henkilöiden kesken, joita yhdistää samanlainen elämäntilanne. Mielenterveyskuntoutujilla yhdistävänä tekijänä voi olla esimerkiksi koettu sairaus. (Koskisuus 2003, 52; Koskisuus & Kulola 2005, 203–204.) Vertaistuki käsittää tuen antamisen ja sen vastaanottamisen. Tuen taustalla ovat henkilöiden keskinäinen kunnioitus, yhteinen vastuu ja samankaltainen elämänhistoria tai samanlaiset kokemukset. Vertaistuessa korostuu toiselta oppiminen ilman auktoriteetti - alainen -asetelmaa. Tämä mahdollistaa omien ajatusten vapaamman jakamisen, joka tuo uusia näkökulmia. Henkilöt, jotka ovat olleet itse autettuina, pystyvät kohottamaan omaa itsetuntoaan sillä, että kykenevät nyt auttamaan muita. (Koskisuus 2003, 54.)

Vertaistuki on keino tuoda kuntoutujille esille kuntoutumisen mahdollisuus (Narumo 2006, 81). Näin ollen Jari Koskisuus näkee vertaistuen muodostamisessa tärkeäksi yhteisen sairaushistorian. Psykkisiin sairauksiin liittyy ennakkokäsityksiä, joiden takia kuntoutujien on helpompi ottaa kontaktia juuri toisiin kuntoutujiin. Tämä johtuu siitä, että kuntoutujat pelkäävät suuresti sitä, ettei heitä ymmärretä ja heidät leimataan. (Koskisuus 2003, 43–44.)

Parhaimmillaan vertaistuki antaa mahdollisuuden tilanteen hyväksymiselle, luo uutta toivoa ja kasvattaa keskeneräisyyden sietokykyä. Vertaistuessa toimitaan toisten sa malleina, joista voi löytää vinkkejä oman polkunsa kulkemiseen. Ongelmista puhu-

misen sijaan keskitytään ratkaisukeinoihin ja voimavaroihin. (Narumo 2006, 78–79.) Koskisuun ja Kulolan mukaan parhaan vertaistuen voi saada omalta puolisoiltaan, koska takana on mahdollisesti pitkä yhteinen menneisyys ja edessä siintää yhteinen tavoite. (Koskisu & Kulola 2005, 203–204.)

Ihmisellä on tarve tulla esille ja tuntea itsensä hyväksytyksi. Tämä vaatii kuitenkin oikeanlaisen tilanteen, ajan ja paikan. Vertaistukea antavissa ryhmissä kuuntelu perustuu vapaaehtoisuuteen, sillä muutoin vuorovaikutustilanne ei ole avoin ja innostava. Kuuntelijan tulee sitoutua keskusteluun ja ymmärtää asioiden henkilökohtaisuus ja luottamuksellisuus. Parhaassa tilanteessa kuulijat samaistuvat kertomuksen esittäjään ja tämän ilmaisemalla päästään empatian jakamisen tasolle ja kertoja saa siitä rohkeutta antaa itsestään vieläkin enemmän. Tähän aktiiviseen kuunteluun sisältyy halu kuunnella ja vastata, pyrkimys toisen ymmärtämiseen ja vastavuoroisuuteen sekä empatian ja kuuntelemisen osoittaminen sanoin, ilmein tai elein. Aktiivinen kuuntelija elää toisen kertomuksessa ja kuulee siinä esille tulleet ristiriitaisuudet esimerkiksi kertojan äänensävyistä. (Estola, Kaunisto, Keski-Filppula, Syrjälä & Uitto 2007.)

Rouhiaisien tutkimuksessa syrjäytymisvaarassa olevista nuorista käy ilmi, että kun ryhmäläiset ovat niin sanotusti samalla aaltopituudella, on heillä parempi mahdollisuus antaa ja vastaanottaa tukea toisilta ryhmäläisiltä. Sen lisäksi, että musiikki toimi ryhmäläisten välisenä ”juttuna” oli se myös siltana ryhmän ja ohjaajien välillä. Rouhiaisien tutkimuksessa mukana oli neljä musiikista kiinnostunutta tyttöä, joille tarjotun musiikkiterapian tarkoituksena oli saada tytöt sinuiksi tunteidensa kanssa, parantamaan vuorovaikutuskykyjään ja ymmärtämään iän mukanaan tuomia kriisejä. Musiikin kuuntelua käytettiin tässä työskentelyssä vahvasti istuntojen tunnelman luomisessa ja toiminnallisena osuutena vähentämään jännitystä. (Rouhiainen 2006.)

Jantusen mukaan vertaistuen edellytyksenä on luottamussuhteen muodostaminen ympäröiviin ihmisiin. Tämän suhteen muodostaminen käy helpommin, hakeutumalla sellaiseen ympäristöön, jossa olettaa omien kokemustensa tulevan paremmin ymmärretyiksi. Masentuneilla on useasti pettymyksiä ihmissuhteissaan ja he ovat varovaisia uusien suh-

teiden luomisessa. Vuorovaikutussuhteissa luottamuksen syntyä edistää vastavuoroinen kuunteleminen ja kokemusten jakaminen. Vertaistuen tavoitteena on kokemus yhteyteen kuulumisesta. (Jantunen 2008.)

Vertaisen tukeminen antaa myös tukijalle itselleen lisää virtaa omaan kuntoutumiseen. Myös tämän takia kuntoutujia rohkaistaan vertaistukeen. (Kallanranta ym. 2001, 170). Vertaistuki on todettu hyödylliseksi myös kuntoutujien omaisille, mutta heille kohdistettujen vertaistukiryhmien määrä on maassamme vielä vähäinen. (Koskisuus & Kulola 2005, 203–204.)

7.4 Yhteisöllisyys

Kaipion ja Murron mukaan yhteisöllisyys on asioiden ja tavoitteiden yhdessä suunnitella ja päättämisoikeuden jakamista. Lisäksi se on yhteisten velvollisuuksien ja tehtävien hoitamista yhteisön toiminnan arvojen edellyttämällä tavalla. (Kaipio & Murto 1996, 13). Kalevi Tikka tuo tämän ajatuksen käytännön tasolle esimerkillä yhteisökokouksista, joissa yhteisön jäsenet saavat yksi kerrallaan toimia puheenjohtajina. Näissä kokouksissa päätetään esimerkiksi yleisistä jokaista jäsentä sitovista toiminnoista yhteisössä. Jokaisella jäsenellä on oikeus ja jollakin tavalla jopa velvollisuus osallistua näihin kokouksiin. Näiden yhteisökokousten rooli on myös osoittaa, että jokaisella jäsenellä on mahdollisuus vaikuttaa yhteisön toimintaan. (Tikka 1990, 78–81.)

Yhteisöllisyyden lähtökohtana on usein ajatus siitä, että uusien sosiaalisten kontaktien ja yhteisen toiminnan kautta saadaan uusia kokemuksia ja muutosta arkeen, jotta esimerkiksi sairauden ajattelu jäisi vähemmälle. (Roivainen, Nylun, Korkiamäki & Raitakari 2008, 283–84.) Toisaalta myös yhteisöllisyydessä on huonotkin puolensa. On olemassa ryhmiä, esimerkiksi päihteidenkäyttäjiä, joiden sisällä lisääntyvä pahoinvointi on seurausta juuri yhteisöllisyydestä. (Roivainen ym. 2008, 15.)

Yhteisöllisyys on avointa ja luottamuksellista ryhmäidentiteettiä vahvistavaa toimintaa, joka perustuu yhteisiin sääntöihin, normeihin ja tapoihin. Yhteisöllisyys on sitä, että yhteisöön kuuluva yksilö arvostaa yhteisöön kuuluvia jäseniä sellaisina kuin he ovat sekä ymmärtää oman osallistumisensa merkityksen. Yhteisössä jokainen on ensisijaisesti vastuussa itsestään ja omasta toiminnastaan, mutta on usein myös vastuutettu tukemaan muita yhteisön jäseniä. Yhteisöllisyydellä pyritään tukemaan yksilöiden omia voimavaroja. (Suni ym. 2003, 105–107.) Tukemisen lisäksi yhteisöissä tulee esiin myös vallankäytön, erottelun ja poissulkemisen harjoittelua (Roivainen ym. 2008, 15).

Yhteisöllisyys koostuu elementeistä, jotka tukevat jäsentensä hyvinvointia. Näitä elementtejä ovat esimerkiksi tasa-arvon ja turvallisuudentunteiden tunteminen, sosiaalisen tuen antaminen ja jakaminen, aktiivinen vuorovaikutus, rehellinen avoimuus, yhteisöä ja yksilöitä ohjaava ja tukeva johtajuus sekä harjoittelemalla kehitetty yhteistyö. (Suni ym. 2003, 108–111.) Käytännön tasolla esimerkiksi tasa-arvoisuus tulee esille edellä mainittujen yhteisökokousten lisäksi, vaikka yhteisten tilojen siivoamisessa. Nämä yhteiset velvollisuudet ovat varsin tärkeitä yhteisöllisyyttä tukevia toimintoja. (Tikka 1990, 79.)

7.5 Yhteisö kasvattajana

Krok on tutkinut kerrostalonaapurustoa yhteisöllisyyden näkökulmasta ja toteaa, että yhteisöllisyys on sekä sosiaalista tukea, että kontrollia. Yhteisö ja vallitseva ympäristö luo tietyt normit, joiden mukaan sen jäsenet toimivat. Krokin mukaan yhteisöllisyys on varsinkin vähäosaisten voimavara ja elämän laadun kohentaja. Krok pitää yhteisöjä sosiaalisen pääoman lisääjinä, sillä yhteiset moraal säännöt ja vastavuoroisuus tuovat mukanaan yhteenkuuluvuuden tunteen. (Krok 2008, 193–207.)

Yhteisöllisyyden voi jakaa siihen sitoutumisen ja sen ajallisen keston mukaan. Pitkäaikaisesta ja määrätietoisesta sitoutumisesta eli syvimmästä mahdollisesta yhteisöllisyyden tunteesta esimerkkinä on ydinperhe, kun taas jokin uusi harrastus voi luoda lyhyempiaikaisen ja väljemmän sitoutumisen. Ihmisten arjessa on yleensä useita yhteisöjä, joiden välillä kulkea, mutta on myös heitä, joille erilaiset kokemukset ovat tuoneet arkuutta yhteisöjä kohtaan. (Roivainen ym. 2008, 10.)

Yhteisökasvatus pohjautuu yhdessä sovittuihin tai huomattuihin normeihin, joiden perustana ovat yhteiset arvot ja ideologiat. Näiden mukaan luodaan pelisäännöt, joilla tähdätään yhteisiin ja ennalta määritettyihin tavoitteisiin. Yhteisökasvatuksen edelleen kehittämisen yhteisöissä vaatii sen jäseniltä yhteistä normien kontrollointia ja niiden muokkaamista yhteisön tarpeiden mukaan. (Kaipio 1999, 160–161.) Murron mukaan kasvatukselliset ja kuntoutukselliset yhteisöt korostavat turvallisuutta, rehellisyyttä, toisten tukemista ja mahdollisuutta ihmisarvoiseen elämään (Murto 1997, 208).

7.6 Joukosta yhteiseksi

Yhteisöt kehittyvät ympäristönsä ja yksilöidensä kautta. Yhteisöjen kehityksen voi nähdä neliportaisena. Aluksi on hajanainen joukko ihmisiä, joilla ei ole yhteisiä tapoja tai tavoitteita ja joiden kommunikointi on vähäistä. Seuraavassa vaiheessa tälle joukolle on määrätty esimerkiksi jonkinlainen yhteinen kokoontumispaikka ja sen ympärille tietyt normit. Kuvattua yhteisöä voidaan kutsua ulkonaisesti yhtenäiseksi. Kolmannessa vaiheessa yhteisössä on vastuullisimpien ja itsenäisimpien henkilöiden ympärille syntynyt ydinryhmiä, jotka ovat erillisiä sosiaalisia ryhmiä. Näissä pienryhmissä ihmisten on helpompi ottaa kontaktia toisiinsa ja siten luoda itselleen ryhmään kuulumisen tunnetta. (Murto 1997, 200–204.)

Yhteisön kehityksen viimeisessä eli neljännessä vaiheessa erillisistä pienryhmistä muokkautuu yhteisöllinen yhteisö, jossa sen jäsenillä on yhtenevät tavat, tavoitteet ja normit ja yhteisön toiminta perustuu yhteisiin arvoihin ja demokratiaan. Tähän pisteeseen pääseminen kestää ryhmästä riippuen kuukausista useisiin vuosiin. Yhteisöjen rekrytoimissa itselleen tai, kun yhteisöön pyrkii uusia jäseniä, painotetaan heille yhteisön tavoitteita, toimintatapoja ja normeja. (Murto 1997, 200–204, 208.)

Roivainen ym. painottavat, että parhaimmillaan yhteisöllisyyttä syntyy luonnostaan ryhmän ympärille. Yhteisöllisyyden tunne voidaan myös luoda, mikäli on ryhmiä, joilla ei ole ympärillään tukea antavaa yhteisöä. Usein tällaisen yhteisön luominen on varsin helppoa ja sen voi sisällyttää esimerkiksi kunnan sosiaalipalveluihin. Mielenterveyskuntoutujien klubitalot toimivat niistä hyvinä esimerkkeinä. Samalla klubitalot ovat esimerkki yhteiskunnan luonnollisen sosiaalisen toiminnan tuotteistamisesta. (Roivainen ym. 2008, 15–16.)

8 KULMAKARTANO

8.1 Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.

Kulmakartanon ylläpitäjä on Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. Yhdistys on tuottanut Kokkolan alueen mielenterveyskuntoutujille erilaisia työ- ja päivätoimintapalveluita vuodesta 1993. Nykyään nämä yhdistyksen tuottamat palvelut jaetaan kahteen pääryhmään, jotka ovat työtoimintalinja ja asumispalvelulinja. Suurin osa palveluista toteutuu Kokkolan alueella, mutta toimintaa on myös Vetelissä, Eskolassa, Kaustisella ja Kannuksessa. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2009.)

Kulmakartanon kaltaisen yksikön toimintaa ei ole laissa säädetty kunnan velvoitteeksi, joten Kulmakartanon kulujen kattamiseksi yhdistys on hakenut tukea Raha-automaattiyhdistykseltä. Vuonna 2004 Raha-automaattiyhdistys lähti tukemaan Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kuusivuotista projektia, jonka päämääränä oli muun muassa perustaa tämä matalan kynnyksen yksikkö. Projektin rahoitus kestää vuoden 2009 loppuun asti, jonka jälkeen Kulmakartanossa toivotaan tuen jatkumista kohdennettuna toiminta-avustuksena. Jäsentyöyhteisön ylläpitämisen suurimmat kulut ovat vuokra- ja henkilöstökulut. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry, on verkostoitunut laajalti Keski-Pohjanmaan alueella ja sen yhteistyökumppaneihin kuuluvat esimerkiksi Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatriset osastot, Kokkotyöseätiö, Seurakunta ja Tukikoti Siilinpesä. Yhteistyö on mahdollistanut tarpeellisen tiedon jakamisen sujuvuuden. Yhteistyön avulla esimerkiksi mielenterveysasiakkaiden tietoisuus Kulmakartanosta on lisääntynyt. Vastavuoroisesti sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen työntekijät voivat kertoa kuntoutujille erilaisista hoidollisista ja terapeutti-

sista mahdollisuuksista Keski-Pohjanmaan alueella. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

8.2 Matalan kynnyksen yksikkö Kulmakartano

Kulmakartano on Fountain House -klubitalomallin mukainen mielenterveyskuntoutujille suunnattu matalan kynnyksen yksikkö lähellä Kokkolan keskustaa (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2009). Kulmakartano on kaksikerroksinen talo, jossa samassa kiinteistössä on myös vuokra-asuntoja sekä parturi-kampaamo. Maantasolla olevassa kerroksessa ovat keittiö, olohuone, ”kömmeliksi” kutsuttu toimisto ja kaksi muuta huonetta. Sisustus on varsin kotoinen, sillä suurin osa huonekaluista ja muista käyttötavaroista on hankittu käytettyinä tai sitten ne ovat lahjoituksia. Kellarikerroksessa on lisäksi kaksi huonetta, jotka vuokrattiin vuonna 2008 lisääntyneen tilatarpeen vuoksi. Kesäisin jäsenillä on myös tapana viettää aikaa Kulmakartanon viereisellä pihalla, jossa järjestetään välillä myös yhteistä toimintaa. (Työharjoittelu 2009.)

Vuosi 2009 oli Kulmakartanon historian viides toimintavuosi ja sen toiminta ja jäsenmäärä kasvoivat jälleen. Jäseniä Kulmakartanossa on jo yli sata ja siinä on lisäystä viime vuoteen noin kaksikymmentä. Kuntoutujat kirjaavat yhteiseen vihkoon käyntinsä Kulmakartanossa. Näitä käyntejä oli vuonna 2008 2799 ja vuonna 2009 3000 käynnin raja rikkoutuu varmasti. Kulmakartanossa on työskennellyt vuodesta 2008 lähtien yksi kokoaikainen ja yksi puolipäiväinen työntekijä. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Kulmakartanon toiminta koostuu arkisista asioista, kuten yhdessä olemisesta ja yhteisten talousaskareiden hoidosta sekä erilaisista suunnitelluista hetkistä, kuten jäsenten itsensä pitämistä harrastepiireistä. Kulmakartano mahdollistaa aukioloaikojensakin puitteissa matalan kynnyksen yksikön toimintaperiaatteet, joiden mukaan yksikön palvelut

tulisivat olla helposti saatavilla sopivaan vuorokauden aikaan (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3). Kulmakartano on auki maanantaina, keskiviikkona ja perjantaina aamu yhdeksästä kahteentoista tai kahteen ja tiistaisin ja torstaisin kello yhdestä iltasta seitsemään. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2009.)

8.3 Kulmakartanon jäsenyhteisö

Yhteisön jäseneksi liittyminen on maksutonta, eikä jäsenyys tuo mukanaan velvollisuuksia. Kulmakartanon jäsenyhteisöön kuuluminen mahdollistaa osallistumisen kuukausittaisiin jäsenyhteisön kokouksiin ja jäsenpäiviin. Jäsenille toimitetaan myös postitse jäsenkirje, jossa kerrotaan ajankohtaisista asioista. Kulmakartanon jäsenyhteisö järjestää yhdessä myös retkiä erilaisiin tapahtumiin, joihin jäsenet saavat alennusta. Kulmakartanossa käytetään reach-out -menetelmää, joka tarkoittaa sitä, että jäseniin otetaan heidän toivomuksestaan yhteyttä, mikäli he eivät ole käyneet Kulmakartanossa ennalta yhdessä sovitun aikamääreen aikana. Kulmakartanossa on myös mahdollista lukea päivän lehdet ilmaiseksi ja kahvitella edulliseen kahdenkymmenen sentin hintaan. Yhteisön jäsenet tapaavatkin tulla Kulmakartanoon silloin tällöin vain kahvittelemaan kallisten kahviloiden tai huoltoasemien sijaan. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Jäsenyhteisön kokouksissa suunnitellaan Kulmakartanon toimintaa. Kokoukseen valitaan aina puheenjohtaja ja sihteeri, jotka ovat yleensä kuntoutujia. Puheenjohtajan rooli on johtaa kokousta, tuoda esille yhdessä laadittu esityslista ja jakaa puheenvuoroja. Sihteeri kirjaa kokouksen asiat puhtaaksikirjoitetuksi pöytäkirjaksi. Työntekijät toimivat näissäkin tilanteissa vain kuntoutujien apuna, mikäli tarvetta on. Esillä ovat säännöllisesti esimerkiksi jäsenpäivän ohjelma, siivous- ja leivontavuorot, siivouspäivä ja erilaiset ajankohtaiset asiat, kuten opiskelijoiden työharjoitteluasiat. Kokouksissa päätetään myös esimerkiksi yhteisistä retkistä. Mikäli on asioita, jotka menevät äänestykseen on,

jokaisella kuntoutujalla yksi ääni käytettävänä. Tällä taataan tasa-arvoisuus yhteisön sisällä. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Siivouspäivänä kaikki siivoukseen osallistuneet saavat ruokailta ja kahvitella Kulmakartanossa ilmaiseksi. Siivouspäivä on ainut päivä, jolloin työntekijät valmistavat ruokaa koko yhteisölle. Työntekijät kuitenkin tekevät esimerkiksi kylmiä leipiä myytäväksi. Kuntoutujia on rohkaistu tuomaan omia eväitä mukanaan, sillä joskus Kulmakartanossa tulee vietettyä pitempiäkin aikoja. Jäsenpäivä on Kulmakartanossa eräänlainen juhlapäivä. Silloin on paikalle pyydetty esimerkiksi asiantuntijoita tai taiteilijoita jakamaan erityisosaamistaan kiinnostavista asioista. Jäsenpäivänä jäsenet ovat oikeutettuja ilmaiseen kakku- ja kahvitarjoiluun, joiden valmistamisesta he ovat kuitenkin itse vastuussa. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

8.4 Osallisuus ja vastuullisuus Kulmakartanossa

Käytännön työtehtäviä jakamalla Kulmakartanossa on pyritty vastuuttamaan jäseniä. Tavallisten siivous- ja muiden kotitalousaskareiden lisäksi esimerkiksi kaupassa käyminen ja kahvikassan tilikirjanpito on siirretty kuntoutujien vastuulle. Kuntoutujat vastaavat myös Kulmakartanossa järjestettävien harrastepiirien toiminnasta. Vuonna 2009 useiden harrastepiirien joukossa olivat muun muassa videopiiri, askartelupiiri, englanninkielen piiri, remonttipiiri, tietovisa, rentoutuminen ja levyraati. Piireille on varattu oma aika sekä paikka huoneistossa ja piirit toimivat jokainen säännöllisesti kerran viikossa. Yhteisön jäsenet osallistuvat piireihin varsin aktiivisesti, sillä ne tuovat piristystä arkirytmiin. Kulmakartanossa on myös mahdollista opetella uusia taitoja piirien lisäksi myös tuetusti esimerkiksi tietokoneen käytössä ja leipomisessa. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Kulmakartanon jäseniä rohkaistaan antamaan myös nimetöntä palautetta. Sitä varten huoneistosta löytyy palautelaatikko ja vuosittain kerätty palautekysely. Palautteet käsitellään yhteisökokouksessa ja esimerkiksi aukioloaikojen muutoksia on pohdittu eteenpäin. Kulmakartanon jäsenyhteisö pyrkii kehittämään omaa toimintaansa säännöllisesti tavoitteenaan yhteisön hyvinvointi. Näiden kehitysideoiden takana ovat itse kuntoutujat. Tästä esimerkkinä vuonna 2009 käytetty liikuntakortti, johon kuntoutujat merkitsivät omat liikuntasuorituksensa. Tämän uudistuksen avulla jotkut kuntoutujat löysivät säännöllisen liikunnan ilot. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2008.)

Kulmakartano, kuten muutkaan sen kaltaiset yksiköt, ei ole järjestelmällistä kuntoutusta tarjoava palveluyksikkö. Kulmakartanossa kuitenkin mahdollistuu kaikki kuntoutuksen neljä osa-aluetta. Sosiaalinen kuntoutus muodostuu jäsenyhteisön psykososiaalisesta tuesta, kasvatuksellinen kuntoutus tulee esiin kuntoutujien toimiessa yhteisössä itse luomiensa ja kontrolloimiensa normien mukaan ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollistaa esimerkiksi vastuullisten ja osallistavien tehtävien tekeminen. Kulmakartanossa saattaa harvakseltaan tulla esiin myös lääkinällinen kuntoutus työntekijän tai vertaisen neuvonnan ja ohjauksen kautta. (Työharjoittelu 2009.)

9 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Mielenterveyskuntoutujien kokemasta vertaistuesta, osallisuudesta ja yhteisöllisyydestä on tehty useita tutkimuksia. Kuitenkaan yksikään kyseisistä tutkimuksista ei kohdistu suoraan kuntoutujien tavalliseen arkeen. Yksi tutkimusaiheistamme ja -tapaamme hyvin vastaava sekä tuore tutkimus on syksyllä 2009 valmistunut Paula Saleniuksen sosiaalityön pro gradu -tutkielma Mielenterveyskuntoutujien Klubitalo. Hän tuo tutkimuksessaan esille kuntoutujien osallisuuden ja vertaistuen kokemuksia sekä esittelee kuntoutujien identiteetin muotoutumisprosessia lappeenrantalaisessa klubitaloyhteisössä. Tutkimusaineiston keruun Salenius teki puolistrukturoidulla teemahaastattelulla sekä kirjaimalla havaintoja ollessaan läsnä klubitaloyhteisön toiminnassa. (Salenius 2009.)

Lähes tutkimuksiamme vastaavia opinnäytetöitä on tehty useita. Monissa niistä on oman tutkimuksemme tapaan tarkasteltu klubitalon vaikutusta kuntoutujan elämänlaatuun tai toimintakykyyn. Tutkimusaineistot on myös useimmiten kerätty juuri teemahaastatteilla itse asiakkailta. Monissa opinnäytetöissä on myös ollut tavoitteena lisätä sekä yleistä tietoa mielenterveyskuntoutuksesta, että ihmisten ymmärrystä mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Muutama opinnäytetyö on myös tehty Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamille mielenterveystyön kehittämisprojekteille. Lähes kaikissa tutkimuksissa on tullut esimerkiksi ilmi klubitalojen suuri vaikutus syrjäytymisen ja yksinäisyyden ehkäisyssä ja ihmisarvoisen elämän saavuttamisen tukemisessa.

Avaamme seuraavat neljä tutkimusta hieman tarkemmin, sillä käytimme niitä luodesamme johtopäätöksiä omalle tutkimuksellemme. Tutkimukset käsittelevät mielenterveysasiakkaiden arkea, tekemisen merkitystä elämän laadulle, osalliseksi tulemistä ja heidän käsityksiään hyvästä mielenterveystyöstä. Näissä tutkimuksissa on kaikissa mukana mielenterveysasiakkaiden oma näkökulma.

Filosofian tohtori ja toimintaterapian lehtori L. Hayes sekä Filosofian professori W. Kim Halford (1996) vertailivat tutkimuksessaan kolmeen eri ryhmään jaettujen miesten arkirutiineja ja heidän kokemuksiaan arjen mielekkyydestä. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös saada tietoa köyhyyden ja heikon sosiaalisen statuksen vaikutuksesta arjen rutiineihin ja sosiaalisiin kontakteihin. Tällä tutkijat halusivat myös todisteita oletukselle, jossa työttömien ja mielenterveysasiakkaiden arjessa olisi edellä mainittujen yhtäläisyyksien takia vastaavuuksia.

Hayes ja Halford keräsivät tutkimukseensa aineistoa tarkkailemalla haastatteluiden ja nauhoitusten avulla 16 mielenterveysasiakkaan, 16 pitkäaikaistyöttömän ja 16 työssäkäyvän miehen arkea. Tutkimuksessa käytettiin apuna päiväkirjaa (time-use diary), mielekkäiden tapahtumien arviointilistaa (Adapted Pleasant Events Schedule) ja asteikkoa (Social Situations Questionnaire), jolla tuodaan esiin sosiaalisten tapahtumien vaikutusta itsetuntoon. Tutkimuksen luotettavuuden takia kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat naimattomia ja yksinasuvia. (Hayes & Halford 1996.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että työttömyys ja sen mukanaan tuomat heikko sosiaalinen status ja heikko tulotaso eivät ole esteenä työttömien sosiaalisille kontakteille. Mielenterveysasiakkailta, joilla on edellä mainitut ongelmat, näiden sosiaalisten kontaktien määrä on tutkimuksen mukaan vähäinen. Muita tutkimuksessa esille tulleita asioita olivat esimerkiksi mielenterveysasiakkaiden muita heikompi osallistuminen erilaisiin aktiviteetteihin. He myös kokivat arkensa ja niihin liittyvät toiminnot vähemmän mielekkäiksi kuin muut tutkimukseen osallistuneet ryhmät. Heillä oli myös muita enemmän ongelmia arkisissa sosiaalisissa kanssakäymisissä. (Hayes & Halford 1996.)

Ulla Aspvik (2003) väitteli terveystieteiden tohtoriksi tutkimalla psyykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminnan merkitystä heidän elämänlaadulleen. Tutkimus oli samalla osa Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen Avotyöprojektia vuosina 1998 - 2000. Aspvikin tutkimuksen tehtävinä oli pohtia psyykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminnan kehittämisprosessia ja avotyötoimintaan osallistumisen merkitystä psyykkisesti vajaakuntoisen henkilön elämänlaadulle.

Aspvik keräsi kaksivaiheiseen tutkimukseensa tutkimusaineiston haastattelemalla ensimmäisessä vaiheessa monia Avotyöprojektissa mukana olleita työntekijöitä sekä monia työsalin asiakkaita. Saatujen tulosten mukaan avotyötoimintaa oli perusteltua kehittää, sillä se oli merkittävä työkuntoutuspalvelumuoto. Avotyötoiminta paransi myös merkittävästi työsalin asiakkaiden elämänlaatua. (Aspvik 2003.)

Tutkimuksen toisessa vaiheessa Aspvik halusi tietoa avotyötoiminnan toteutuksesta ja osallistumisen merkityksestä työsalin asiakkaalle. Tulosten mukaan avotyötoimintamallin tulee olla tarvelähtöinen ja siinä tulee näkyä asiakkaiden aktiivinen osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Psykkisesti vajaakuntoisille työsalilla työskentely merkitsi muun muassa mielekästä tekemistä, mielekästä arkea ja kehittyvää osaamista monella eri elämän osa-alueella. Toiminta oli asiakasta voimaannuttavaa. (Aspvik 2003.)

Terveystieteen maisteri Eila Jantunen tutki masentuneiden vertaistukea lisensiaatin tutkimuksessaan ”Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria.” Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa aineistolähtöinen teoria masentuneiden vertaistuesta. Jantunen keräsi tutkimusaineiston haastattelemalla 29 masennusta kokenutta ja siihen vertaistukea apuna käyttänyttä henkilöä. (Jantunen 2008.)

Tutkimuksessa tuli esiin, että vertaistuen ydin on osalliseksi tuleminen. Jantunen määrittelee osalliseksi tuleminen luottamukseksi ja osallistavaksi kanssakäymiseksi. Samalla osalliseksi tuleminen kuvaa masentuneiden kokemuksia prosessista yksilöllisyydestä ja yksinäisyydestä vertaisryhmissä olemiseen ja toimimiseen. Prosessin vaiheita ovat Jantusen tutkimuksen mukaan toteutumisjärjestyksessä yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyteen kuuluminen ja sen myötä voimaantuminen. Jantunen täsmentää tutkimuksessaan nämä prosessin vaiheet vertaistuen näkökulmasta. Silloin prosessin vaiheet ovat esimerkiksi irrallisuuden tunteminen, samankaltaisuuden etsiminen, vaikeiden asioiden jakaminen, luottamuksen kokeminen sekä lopulta omiin mahdollisuuksiin uskominen. (Jantunen 2008.)

Terveystieteiden lisensiaatin Seija Kokon väitöskirja ”Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä” käsittelee mielenterveystyötä osaksi asiakkaiden ja osaksi työntekijöiden näkökulmasta. Kokon tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa laatukselle hyvälle mielenterveystyölle. Kokko haastatteli tutkimukseensa 27 mielenterveystoimiston asiakasta ja sen 14 eri ammattiryhmän työntekijää. Haastattelut tehtiin osittain teemahaastattelun keinoin ja haastateltavat valittiin harkiten. Tällä Kokko halusi varmistaa tutkimuksensa laadun. Hän analysoi haastattelut luomalla esille tulleille käsitteille yhteisiä kategorioita ja yhdistämällä niitä edelleen ylätasoon kategorioiksi. (Kokko 2004.)

Asiakkaiden käsitykset hyvästä mielenterveystyöstä jakaantuivat Kokon tutkimuksessa ammattitaitoisten työntekijöiden tuomaan apuun ja yhdessä toimimisen luomaan apuun. Hyvän mielenterveystyön kriteereiksi muodostuivat asiakkaiden näkökulmasta ne, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua hänen tarpeitaan ja toiveitaan vastaavaan vertaistukitoimintaan ja että alan ammattilaiset suhtautuisivat asiakkaisiin arvostaen ja kunnioittaen sekä asiakkaiden ihmisarvon säilyttäen.

Asiakkaat toivat Kokon tutkimuksessa haastatteluissa esille tärkeiksi määrittelemiään työntekijöiden käyttämiä auttamismenetelmiä, kuten keskustelut, lääkehoidot ja asiakkaan omaisille ohjatut tuet. Toinen ylätasoon kategoria, yhdessä toimiminen, sisälsi asiakkaiden esille tuomana kokemusten jakamista ja fyysisistä yhdessä olemista esimerkiksi vertaistuellisissa yhteisöissä tai retkillä. (Kokko 2004.)

10 TUTKIMUKSEN KULKU

10.1 Tutkimuksen tausta

Opinnäytetyömme on tilaustyö Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle (KPSPY), ja sen matalan kynnyksen yksikölle Kulmakartanolle. Tutkimus on ajankohdainen ja tarpeellinen, sillä Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys on päättämässä kuusivuotista RAY:n rahoittamaa projektia vuonna 2009. Projektin tavoitteena on ollut kehittää Kokkolan alueen mielenterveyskuntoutujien oloja. Yksi projektin kehittämishanke oli matalan kynnyksen yksikön toiminnan aloittaminen ja vakinaistaminen.

Tutkimuksen aihe tuli esille työharjoittelun yhteydessä yhdistyksen työtoimintaprojektin tiimipalaverissa. Työtämme helpottaa se, että olemme molemmat olleet työharjoittelussa yhdistyksen toimissa ja kiinnostuneet mielenterveystyöstä sosiaalialalla. Päätimme yhteistyöstä Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen ja työelämäohjaajanamme toimivan Kulmakartanon työntekijän Eeva Lätin kanssa maaliskuussa 2009. Tuolloin aloimme myös työstää opinnäytetyöprosessia kahdestaan. Ohjaavaa opettajaa meille ei tuolloin vielä ollut nimetty, mutta saimme kuitenkin ohjausta tutkimussuunnitelman tekemiseen koulumme opettajilta.

Työharjoittelukokemusten myötä meidän on ollut helpompaa asennoitua ja valmistautua haastatteluihin sekä laajentaa teoriaosaamistamme alan kirjallisuuteen paneutumalla. Pitkän yhteisen pohdintamme ja opettajiltamme saatujen palautteiden avulla tutkimuksemme aiheeksi muodostui Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujien arki kuntoutujien näkökulmasta. Huhtikuussa 2009 esittelimme tutkimussuunnitelmamme ja sen liitteet KPSPY:n työtoimintaprojektin projektitiimille. Huhtikuun aikana toimimme myös tutki-

muksemme aiheen esiin ensimmäisen kerran kuntoutujille Kulmakartanon yhteisökokouksessa ja annoimme saatekirjeet (LIITE 1) haastattelusta kiinnostuneille.

Syyskuussa 2009 laadimme yhteistyösopimuksen ja tutkimuslupa-anomuksen ohjaavan opettajamme Juha Pekolan ja työelämäohjaajamme Eeva Lätin kanssa. Tutkimuslupa-anomuksen osoitimme sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminnanjohtajalle Leena Veiskolalle, jolta saimme myönteisen päätöksen tutkimuksen toteuttamiselle.

10.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa ja kehittämismahdollisuuksia työn tilaajalle Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle ja muille alueemme mielenterveystoimijoille. Tarkoitus on myös tuoda esille kuntoutujien oma näkökulma ja siten lisätä ymmärrystä mielenterveystyötä ja kuntoutujia kohtaan. Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys voi käyttää opinnäytetyötämme haastattelutuloksia esimerkiksi vuosiraporttiansa tekoon.

Tutkimuksessamme on kaksi pääkysymystä, joiden lisäksi on niitä määritteleviä lisäkysymyksiä. Pyrimme tutkimuksessamme vastaamaan seuraaviin kysymyksiin.

1 Millaista on Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien arki?

1.1 Millainen on mielenterveyskuntoutujan viikko-ohjelma?

1.2 Mitkä ovat mielenterveyskuntoutujan kokemukset mielekkäästä tekemisestä sekä sen määrästä ja laadusta?

2 Mitä Kulmakartano ja sen luoma jäsenyhteisö mahdollistaa mielenterveyskuntoutujan arjessa ja itse kuntoutuksessa?

2.1 Millainen on mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen verkosto?

2.2 Millaisia kokemuksia kuntoutujalla on psykososiaalisesta tuesta ja yhteisöllisyydestä?

10.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu

Tutkimuksemme kohdejoukkona ovat Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujat ja rajasimme tutkimuksemme koskemaan vain henkilöitä, jotka käyvät Kulmakartanossa viikoittain. Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun, jossa käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelulomaketta (LIITE 2). Tämä menetelmä oli sopiva tutkimuksen subjektiivisen luonteen vuoksi. Haimme haastateltaviksi henkilöitä, joiden arjessa Kulmakartano saattaisi olla yksi merkittävistä tekijöistä. Syyskuussa 2009 kävimme Kulmakartanossa ja kysyimme kuntoutujilta heidän kiinnostuksestaan haastattelua kohtaan. Osallistuminen haastatteluihin oli vapaaehtoista, mutta pyysimme sitovaa ilmoittautumista kirjaamalla haastatteluajat. Kerroimme tuolloin haastatteluihin lupautuneille vielä nauhurin käytöstä, haastattelun kulusta ja haastatteluun valmistautumisesta. Toistimme siis saatekirjeessä annetut ohjeet.

Kaikki ilmoittautuneet haastateltavat osallistuivat vuorollaan haastatteluun sovittuna ajankohtana, mikä helpotti opinnäytetyöprosessin etenemistä. Loka-marraskuussa 2009 haastattelimme viittä kuntoutujaa. Haastattelut toteutettiin Kulmakartanon tiloissa tiistai- ja torstai-iltapäivisin ja ne kestivät tunnista kahteen tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin ja olimme molemmat läsnä haastattelutilanteessa. Haastateltava oli tuttu henkilö joko toiselle meistä tai meille molemmille, joten kummankin läsnäolo auttoi osaltaan haastattelun luontevan keskustelun ja luotettavan ilmapiirin muodostumisessa. Toisen mukana oleminen helpotti myös asioiden etenemistä haastattelussa ja tutkimukseen vastaavien asioiden esiin tuomista.

10.4 Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksemme on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen, koska tarkoitus on kuvata Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien kokemuksia ja näkemyksiä omasta elämäns-

tään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 156–157). Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyyppillistä on haastateltavien näkökulmien ja ”äänien” pääseminen esille. Tässä tutkimusmenetelmässä kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Tämän vuoksi valitsimme tutkimukseen juuri Kulmakartanossa usein käyviä kuntoutujia. (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 204–205.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään laadullisia menetelmiä, kuten tutkimuksessamme käyttämäämme puolistrukturoitua teemahaastattelua. Suora vuorovaikutustilanne haastateltavan kanssa tekee haastattelusta ainutlaatuisen tiedonkeruumenetelmän. Silloin se auttaa niin vastaamista, kuin vastausten ymmärtämistäkin. Teemahaastattelu antaa tutkijalle mahdollisuuksia syventää saatavia asioita lisäkysymyksillä. Siten tutkijan on mahdollista saada kokonaisvaltainen kuva haastateltavan tilanteesta. Haastattelu kasvotusten mahdollisti meille opinnäytetyön tekijöille myös osallistuvan havainnoinnin haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 204–205.)

Puolistrukturoidussa teemahaastattelussamme haastattelurunko ja haastattelun teema olivat kaikille haastateltaville samat. Kysymysten asettelu tai muodot eivät kuitenkaan olleet sidottuja. Tämä antoi haastateltavalle mahdollisuuden tuoda paremmin esiin oman elämysmaailmansa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48). Käytimme haastattelukysymysten ohella verkostokarttaa (LIITE 3) ja viikko-ohjelmารunkoa (LIITE 4), jotta saimme tarkempaa tietoa asiakkaiden sosiaalisista suhteista ja arjen rutiineista. Verkostokartan avulla tutkimme haastateltavan sosiaalisia suhteita. Sen avulla myös kartoitimme haastateltavien kokemuksia Kulmakartanon yhteisön muista jäsenistä ja työntekijöistä. Viikko-ohjelmaa käytimme apuna, kun kirjasimme haastattelutilanteessa yhdessä asiakkaan kanssa ylös hänelle merkittävimmät viikoittaiset tapahtumat ja näiden avulla tarkastelimme esimerkiksi mielekkään tekemisen määrää.

Tutkimus sisältää myös kvantitatiivisia eli määrällisiä piirteitä. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään kuvailemaan esimerkiksi numeerisesti tutkittavia asioita. Tutkimuksemme määrällinen näkökulma tuli esiin kirjatessamme haastateltavien verkostokarttoi-

hin nimeämien henkilöiden lukumääriä sekä haastateltavien viikko-ohjelmassa säännöllisesti esiintyviä asioita, kuten Kulmakartanossa käyntejä.

Aineistoa analysoidessamme käytimme kolmivaiheista sisällönanalyysimenetelmää, jolla kuvasimme nauhoittamiemme dokumenttien sisältöä. Tämä prosessi koostui sisällön pelkistämisestä, pelkistettyjen käsitteiden ryhmittelystä ja niitä kautta luotavista teoreettisista johtopäätöksistä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–113). Aineistoanalyysin alkuvaiheessa loka-marraskuussa kuuntelimme haastattelut ja litteroimme ne eli kirjoitimme sana sanalta auki. Aineiston auki avaamisen ja pelkistämisen jälkeen vertasimme kaikkien haastatteluiden sisältöjä toisiinsa ja etsimme yhteneväisyyksiä. Pelkistäminen tarkoitti meidän kohdallamme sitä, että poimimme saadusta aineistosta vain tutkimuksellemme olennaisen osan. Tutkimuskysymyksiämme seuraten luokittelimme haastatteluiden sisällön selkeisiin kategorioihin, joista jäsennettiin tutkimuksen tulokset.

10.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan todentaa monella tavalla. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aineisto on koottu luonnollisissa todellisissa tilanteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että aineisto koottiin Kulmakartanon tiloissa. Haastattelupaikan valinnassa otettiin huomioon myös eettinen näkökulma. Paikka valittiin sen vuoksi, että kuntoutujilla oli mahdollisuus tulla tuttuun paikkaan, joka vähensi haastattelutilanteen luomaa jännityksen tunnetta. Haastattelutila oli rauhallinen ja hiljainen ja kevensimme tilannetta vielä tarjoamalla haastateltaville juotavaa ja syötävää. Toisaalta valittu paikka saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, sillä haastateltavan ajatukset saattoivat pyöriä liikaakin Kulmakartanon ja sen jäsenten ympärillä.

Tutkimuksen pätevyydellä viitataan tutkimusmenetelmän kykyyn mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus tutkia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Haastateltavat vastasivat Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien perusjoukkoa, jonka valitsimme tutkimuksemme haastatteluryhmäksi. Käytimme kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaista teemahaastattelua ja kolmivaiheista sisällönanalyysia, jotta saisimme mahdollisimman kattavan kuvan haastateltavien kokemuksista tutkittavista asioista. Tarkasti tehty kolmivaiheinen sisällönanalyysi lisäsi tutkimuksen pätevyyttä, sillä sen avulla saimme esiin tutkimuksellemme olennaiset asiat haastatteluaineistoista.

Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä oli työllemme sopivin, sillä se mahdollisti vapaan dialogisen vuoropuhelun haastateltavien kanssa. Tämä lisäsi tutkimuksen pätevyyttä, sillä pystyimme kesken haastattelun syventämään ja tarkentamaan kysymyksiämme. Tähän ei esimerkiksi strukturoitu rajattu kyselylomake olisi kyennyt.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että olemme kuvanneet tutkimusprosessiamme tarkasti ja objektiivisesti. Työharjoitteluidemme aikana karisseet ennakoasenteet mahdollistivat objektiivisuutemme. Luotettavuutta toi myös haastatteluiden nauhoittaminen ja niiden sanatarkka aukiavaaminen. Tutkimuksemme pätevyyttä lisää se, että olemme huomioineet haastateltavien omakohtaiset kokemukset haastatteluiden sisältöä analysoidessamme. Pätevyyttä toi myös näiden kuntoutujien kokemusten näkyminen valmiissa työssämme.

Tutkimuksemme luotettavuutta ja pätevyyttä lisäävät myös seuraavat seikat. Lähdemateriaaleina käytimme hyvin saatavilla olleita uusia tutkimuksia ja muuta kirjallisuutta monipuolisesti. Olemme pystyneet yhdistämään haastatteluista saamamme aineiston teorian kanssa. Tutkimustuloksemme vastasivat myös useiden aiempien tutkimusten tuloksia. Suhtauduimme kuitenkin kaikkiin käyttämiimme lähteisiin kriittisesti arvioiden.

Luotettavuudella voidaan tarkoittaa myös mittaustulosten toistettavuutta, joka tulee huomioida tutkimustuloksissa. Tällöin useammat henkilöt vastaavat yhtenevästi samoi-

hin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tässä tutkimuksessa tämä ilmeni esimerkiksi usean haastateltavan samankaltaisina kokemuksina siitä, mitä Kulmakartano mahdollistaa heidän arjessaan.

Tehdessämme tutkimusta olemme ottaneet eettiset ja yleiset normit huomioon. Eettisesti tutkimusprosessissa on perusteltua tuoda esiin sen käyttötarkoitus, tutkimusmenetelmät ja niiden luonteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelua suunniteltaessa pohdimme muun muassa haastattelukysymysten luonnetta, jotta emme ottaisi esille liian arkaluonteisia asioita. Haastateltavien valinnassa käytimme apuna Kulmakartanon työntekijän näkemyksiä kuntoutujien voinnista. Valikointi perustui kuitenkin vapaaehtoisuuteen.

Eettisyys tuli monella eri tavalla esiin tutkimuksen eri vaiheissa. Esimerkiksi teema-haastattelun rakenteen selkiytyttyä meille haimme tutkimuslupaa sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminnanjohtajalta Leena Veiskolalta, joka myönsi luvan tutkimuksellemme. Lisäksi saatekirjeessä ja Kulmakartanossa käyntien aikana kerroimme haastateltaville haastattelun tarkoituksesta ja käyttötavasta. Painotimme haastateltavien pysymistä anonyymeina ja että käsittelemme nauhoitettuja dokumentteja luottamuksellisesti. Tutkimuksen valmistuttua nauhoitetut dokumentit on hävitetty asianmukaisesti. Tutkimustuloksissa on käytetty myös kuntoutujien sitaatteja, mutta olemme tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi muokanneet niitä suojataksemme haastateltavien tunnistamattomuutta.

11 TUTKIMUSTULOKSET

Esitämme seuraavassa tutkimustulokset samassa järjestyksessä, kuin tutkimuskysymyksemme olivat. Tutkimustuloksissa esiintyy sulkuihin merkittyjä lukuja, jotka tarkoittavat henkilömäärää haastateltavista, jotka tukevat kyseistä tulosta. Esimerkiksi lauseessa: ”Harrastuksiin sisältyy esimerkiksi kitaran soittamista (1)”, numero yksi tarkoittaa sitä, että yksi haastatelluista kuntoutujista harrastaa kitaransoittoa.

11.1 Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien arki

Tutkimuksen mukaan haastateltavat kokevat arkensa säännölliseksi ja rutiininomaiseksi suorittamiseksi. Kolmella heistä arki on vieläpä jollakin tavoin ulkopuolisen henkilön taholta ohjelmoitua. Arkea ohjaavat esimerkiksi läheiset ja erilaiset tukevat, terapeutit ja hoidolliset kontaktit.

Kolme haastateltavista koki yksinäisyyttä, joka kulminoitui sosiaalisten ja fyysisten kontaktien vähyteen.

”...käyn aina sillo tällö jossai katsomassa ihmisiä.”

”...harmi, ku sukulaisia ja tuttavvia tavataan vain erityisistä syistä.”

”Mun täytyy miettiä mihin mä tästä lähen, että saan yhteyttä ihmisiin”

Sosiaaliset kontaktit sisältävät tavallisen keskustelun, kun taas fyysinen kontakti edellyttää konkreettisen kosketuksen toiseen ihmiseen. Kolmesta yksinäisyyttä kokeneesta haastateltavasta kahdella kyse oli myös psyykkisten kontaktien vähydestä. Heillä ei toisin sanoen ollut läheistä ihmissuhdetta, jossa käsitellä emotionaalisia asioita.

”...en voi kertoa asioista, ku ei oo ketää kelle kertoa... Mä oon varmaan maailman yksinäisin ihminen tai toiseksi yksinäisin.”

Kolme haastateltavista on hyvin itsenäisesti toimivia ja osa heistä kantaa myös vastuuta muista henkilöistä, kuten esimerkiksi perheenjäsenestä. Neljä haastateltavista on myös vastuussa tai osallisena oman kotinsa ulkopuolella erinäisistä toimista, kuten avotyöstä tai esimerkiksi Kulmakartanossa annetusta tehtävästä. Yksi haastateltavista ei osallistu kotinsa ulkopuolella vastuullisiin toimiin, mutta hänkin hoitaa henkilökohtaiset asiansa itse. Hänen lisäksi myös toisella haastatelluista arki on melko tuettua. Tuki ilmenee esimerkiksi edunvalvontana, kotipalveluna, kotikuntoutuksena ja hoidollisina kontakteina eri yksiköihin. Näiden tarkoituksena on tukea itsenäistä asumista, kehittää arjenhallintataitoja ja edesauttaa kuntoutumista.

Haastateltavien arki koostuu pääasiallisesti kodinhoidollisista asioista ja Kulmakartanossa olemisesta. Haastateltavat käyvät Kulmakartanossa kolmesta (3) viiteen (5) kertaan viikossa ja viettävät siellä aikaa viikoittain noin viidestä (5) tunnista jopa kahteenkymmeneen (20) tuntiin. Yksi heistä kuvaa arkeaan tavalliseksi, toinen tapahtumaköyhäksi ja kolmas muiden mukana menemiseksi. Haastateltavista kaksi pitää arkeaan usein itseään toistavana ja pitkästyttävänä.

”...ku oikee ajattelee nii aika ykstoikkoista... Alkaa olla samanlaisia nuo viikot.”

11.2 Kuntoutujien viikko-ohjelmat

Kaikilla haastateltavista arki sisältää kodinaskareita ja kaupungissa asiointia eli omien asioiden huolehtimista. Kaikilla haastatelluilla on arjessaan lähes päivittäin sosiaalisia kontakteja, esimerkiksi Kulmakartanossa. Kaikki osallistuvat myös viikoittain omaeh-

toisesti Kulmakartanossa järjestettyyn toimintaan, kuten erilaisiin piireihin. Yksi heistä osallistuu tuettuun avotyöhön ja kaksi mielenterveyskuntoutujille suunnattuun ohjattuun päivätoimintaan.

Kaikilla haastatelluilla on arjessaan omia henkilökohtaisia harrastuksia ja rutiininomaisia päivätoimia. Suurin osa heistä harrastaa arkiliikuntaa päivittäin ja kaksi heistä osallistuu kerran tai kaksi kertaa viikossa ohjattuun liikunnalliseen toimintaan. Harrastuksiin sisältyy esimerkiksi kitaran soittamista (1), radion kuuntelua (2) käsitöitä (2), sisustamista (1), lukemista (2), ruuanlaittoa (1) ja mekaniikkaa (1). Tämän lisäksi aikaa kuuluu kaikilla television katseluun ja kodinhoidollisiin toimiin. Kaksi haastateltavista nosti esille aikaisen nukkumaanmenon. Kaksi haastateltavista myös nukkuu tavallista myöhempään.

11.3 Kuntoutujien kokemukset mielekkästä tekemisestä

Haastateltavilla oli hieman erilaiset käsitykset mielekkästä tekemisestä, mutta yhteeneviäkkin asioita tuli esille. Kaikki haastateltavat pitivät mielekkäänä Kulmakartanossa käymistä, sen jäsenten tapaamista ja heidän kanssaan keskustelemista. Kolme haastateltavaa toi esille myös Kulmakartanon piireihin osallistumisen mielekkyyden.

”...tietenkin täällä käyminen on piristävää.”

”...mulla on onneksi tämä Kulmakartano.”

Sosiaaliset kontaktit olivat kaikkien mielestä arkea piristäviä. Tähän kategoriaan sisältyvät kyläilyjen ja erilaisten keskustelutilanteiden lisäksi myös puhelut (3) ja tekstiviestien lähettely (1). Kaikki kokivat perheen ja läheisten kanssa yhdessä olemisen ja tekemisen tärkeäksi. Vuorovaikutustilanteista myös ihmisten mukana oleminen (3), muiden keskusteluiden kuunteleminen (2) ja ihmisten katseleminen (1) koettiin mielekkääksi.

Lemmikkieläimet katsottiin myös piristäviksi (2), vaikkei omia lemmikkejä olisi ollutkaan. Lemmikit korvaavat osaltaan fyysisten kontaktien vähyyttä.

Muita arkea piristäviä asioita olivat erilaiset harrastukset, kuten ohjattu liikunta (2), oma liikunta tai ulkoilu (4), lukeminen (2) ja erilaiset käsityöt (2). Kodinhoidolliset asiat, kuten ruoan tekeminen ja tiskaaminen (3), kaupassa käyminen (2) ja kodin sisustaminen (1) koettiin myös mielekkääksi. Mielekkääksi tekemiseksi koettiin myös erilaisissa tapahtumissa käyminen (3), matkustus (2) ja mökkeily (1).

”...pääsee pois paineista kun lähtee kotoa arjesta... Saa nukuttua palio paremmin.”

Yksi haastateltavista mainitsi myös suihkussa käymisen ja toinen saunomisen mahdollisuuden mielekkääksi. Lähes jokainen haastateltavista mainitsi myös television katselun, mutta he eivät puhuneet siitä mielekkäänä tekemisenä. Radion kuunteleminen sai kahdelta erityismaininnan.

11.4 Kulmakartano kuntoutujien tukena

Haastatteluiden perusteella Kulmakartanon tärkein tehtävä on mahdollistaa mielenterveyskuntoutujille fyysinen paikka sosiaaliselle kanssakäymiselle.

”...käyn ainoastaan täällä kulmakartanossa, jos tätä paikkaa ei olisi eikä mitään paikkaa muutakaan, nii missä me kaikki oltais.”

”...tämä paikka on hyvä, jos en täällä kävis nii missä kävisin.”

”...muuten ei olisi mitään paikkaa missä kyläillä.”

Kulmakartano tuo kaikille haastatelluille viikkoon kaivattua säännöllisyyttä, joka luo samalla jatkuvuuden ja turvallisuuden tunnetta. Kulmakartanon aukioloajat ja sen toiminta luovat neljälle haastateltavista myös päivärytmin. Haastateltavat kokevat myös, että ilman Kulmakartanoa heillä olisi liikaa aikaa kotona olemiseen ja se olisi pitkästyttävää.

”...täällä käyminen kuuluu mun elämään ja päivärytmiin.”

”Tulee helpompi olo, ku saa olla toisten kans... Kyllä mä kuulun niin ku tänne kulmakartanoon.”

”Ja on nii ihana, kun voi käyä täällä Kulmakartanolla sitte. Siis, ois kauhia, jos makais viikkotolkulla vaan kotona ja söis vaan.”

Kulmakartano mahdollistaa muutoksen kuntoutujien arkeen uusilla sosiaalisilla kontakteilla ja erilaisella toiminnalla. Kolme haastateltavaa koki, että Kulmakartano aktivoi ja motivoi heitä poistumaan kotoa ja osallistumaan erilaisiin toimintoihin, kuten esimerkiksi leivontaan. Kulmakartano tukee myös neljää haastatelluista vastuullisuuden opeteluun erilaisten heille suunnattujen tehtävien avulla. Haastateltavista neljä pitää Kulmakartanoa niin sanotusti ”omana juttunaan”, jolla hän erottuu muusta, Kulmakartanon ulkopuolisesta sosiaalisesta verkostostaan.

”Erittäin paljon, silleen erittäin paljon vaikuttaa. Liikutaan yhdessä ja retkeillään, leivotaan yhdessä, kaikkea.”

Haastateltavista neljä toi esille Kulmakartanon suuren merkityksen vaihtoehtona hoidollisille tai terapeuttisille toimipaikoille. Kaikki haastateltavat toivat esille Kulmakartanon yhtenä edellytyksenä heidän hyvinvoinnilleen.

”No on helppo tulla joo... saa käyä täällä, on todella helppo tulla tänne, ni ei tarvi sit käyä sairaalassa. Joo mä saan täältä asioita.”

”Joo, tää on ollu iso asia mulle tämä. En mä olis muuten selevinnykään, jos ei tätä olis ollu.”

”...Ja onhan se sisältöä elämään. Mutta annan suuren merkityksen kulmakartanolle ja annan arvoa sille, että kulmakartano on olemassa.”

11.5 Kulmakartanon jäsenyhteisö kuntoutujien tukena

Kulmakartanon jäsenyhteisö mahdollistaa psykososiaalisen tuen. Tämä tuki näkyy kaikkien haastateltavien kokemuksissa vastavuoroisesta vertaistuesta ja neljän haastateltavan kokemuksissa jäsenyhteisöön kuulumisesta. Jokainen haastateltavista kokee kuitenkin kuuluvansa jonkinlaiseen ryhmään jäsenyhteisön sisällä. Yhdessä oleminen ja tekeminen antavat kaikille haastateltaville kokemuksia yhteisöllisyydestä, joka on merkittävässä roolissa arjen ja kuntoutuksen tukemisessa.

Jokainen haastateltavista toi esille sekä kuuntelemisen, että puhumisen mahdollisuuden tärkeyden. Samalla tämä sosiaalinen kanssakäyminen mahdollistaa kaikille kokemusten jakamisen. Kulmakartanon jäsenyhteisöön liittyminen on tuonut kaikille haastateltaville uusia kaveri- ja ystävyysuhteita ja kahdelle haastateltavista yhteisö on tuonut mahdollisuuden yksinäisyyden ehkäisyyn.

”...mielenkiintoista, kun voi tutustua uusiin ihmisiin.”

”Kyllähän se vaikuttaa paljon. Näkee etten mä yksin ookaan.”

”...ihmiselle on toiset ihmiset tärkeitä.”

”Ei tarvi kaupungille lähteä kahville, kun siellä on kalliimpaa... ja saa kuunnella muita ja ihtekin puhua siinä välillä.”

Sosiaaliset kontaktit jäsenyhteisön sisällä mahdollistavat kaikille haastateltaville myös vuorovaikutustaitojen kehittämisen ja erilaisten roolien opetteluun. Roolien opettelu pitää sisällään myös vastuunkantamisen itsestä, omasta tehtävästä ja muista jäsenistä.

Jäsenyhteisö muodostaa lähes kaikille haastateltavista paikan, jossa voi tuoda esille itsensä, omaa minäkuvaansa ja elämänkatsomustaan. Eräs haastateltavista painotti myös oman elämänhistoriansa esilletuomisen merkitystä hänelle itselleen.

11.6 Kuntoutujien sosiaaliset verkostot

Kuntoutujien sosiaaliset verkostot olivat neljällä haastatelluilla määrällisesti pienet. Näiden neljän henkilön sosiaalisissa verkostoissa oli henkilöitä 14–16. Yhden haastatellun verkostossa oli 22 henkilöä, jonka kuvasimme määrällisesti keskiweroksi. Haastateltavat tapaavat verkostokarttaansa merkitsemistään ihmisistä viikoittain vain pientä osaa.

”...ihmiset yleensä soittavat vaan ku heillä on tarvetta.”

”...muiden sukulaisten kanssa ei oo mitää tekemistä.”

”Sukulaisia en oo tavannu moneen vuoteen, vaikka asuvat samassa kaupungissa.”

Kahdella haastateltavista oli vain yksi sosiaalisesti hyvin merkitsevä suhde verkostossaan. Kummallakaan näistä haastatelluista ei ollut perheenjäsentensä lisäksi puolisoa tai läheistä ystävää. Nämä henkilöt kokivat myös itsensä hyvin yksinäisiksi. Muista haastatelluista kahdella oli verkostossaan tukeaan joko perheenjäsen ja läheinen ystävä tai puoliso ja läheinen ystävä. Yhdellä haastateltavista oli kattavassa verkostossaan todella läheisinä henkilöinä puoliso, perheenjäseniä ja ystävä.

Yksi sosiaalisen tuen laatuun vaikuttava tekijä on sosiaalisen verkoston henkilöiden henkinen ja fyysinen tasapainotila. Haastateltavien kuntoutumisprosessiin negatiivisesti vaikuttava tekijä on muun muassa läheisen ihmisen sairaus tai kuolema. Esimerkiksi kolmella haastateltavalla ilmeni verkostossa olevan tai olleen päihde- tai mielenterveys-

ongelmasta kärsivä läheinen. Kolmella haastatelluista oli kuollut joku niin läheinen ihminen, että haastateltava halusi merkitä hänet verkostokarttaansa. Verkostokartoissa tuli myös esiin haastateltavan kuntoutumiseen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä, kuten läheisen ihmisen avioituminen, lasten syntyminen ja varttuminen. Myös muut läheisten onnistumisen kokemukset vaikuttivat kaikilla mielialaan positiivisesti.

Haastateltavien kuntoutujien verkostot olivat hajanaisia ja rajattuja, sillä verkostokartan eri sektoreihin kuuluneet henkilöt eivät olleet tekemisissä toistensa kanssa. Neljä haastatelluista koki myös, että sektoreiden henkilöiden ei tarvitsekaan olla tietoisia toisistaan. Poikkeuksena oli yksi haastateltu, joka haluaisi, että hänen perheensä tietäisi tarkemmin hänen sosiaalisista suhteistaan esimerkiksi Kulmakartanossa.

Mielenterveyskuntoutujien sosiaaliset verkostot olivat kaikilla muuttuneen tilanteen, esimerkiksi sairastumisen, muokkaamia. Yksi haastateltavista toi esille muuttuneen tilanteen vaikutuksen uusien ystävien saamiseen, sillä sairastumisen mukana menetetty itseluottamus heikensi mahdollisuuksia luoda uusia luottamussuhteita.

”...silloin menneisyydessä oli eräs läheinen kaveri.”

”Sairastuminen muutti ihmissuhteita. Menneisyyden kavereista minä en tiedä mitään.”

”...silloin kun sairastuin niin huomasin, että kuka oli oikea ystävä, kaverit vaihtu sairastuessa.”

Samalla verkostot ovat muovautuneet rakenteellisesti painottuneiksi. Kolmella kuntoutujalla painottui ammattilaisten sektori. Yhdellä ammattilaiset muodostivat 29 prosenttia, toisella 41 prosenttia ja kolmannella ammattilaiset muodostivat jopa 50 prosenttia hänen sosiaalisesta verkostostaan. Perhe- ja sukulaissektori olivat painottuneita kahdella muulla haastateltavalla. Kaksi haastateltavista nimesi Kulmakartanon jäsenen lähimmäksi ystäväkseen. Eräs nimesi neljä ja toinen nimesi seitsemän yhteisön jäsentä kaverikseen. Yksi haastateltavista halusi merkitä verkostokarttaansa koko jäsenyhteisön tut-

tavikseen. Haastatelluista kolme merkitsi Kulmakartanon työntekijät ammattilaisten sektorille, kun taas yksi merkitsi heidät kavereiksi ja toinen merkitsi heidät ammattilaisten ja kaverisektorin välimaastoon.

11.7 Kuntoutujien kokemukset psykososiaalisesta tuesta

Kaikkien haastateltujen mukaan kaikenlaisen tuen saaminen koettiin merkittäväksi. Tu-
ki ilmeni pääosin esimerkiksi motivointina osallistumiseen erinäisiin toimiin Kulmakar-
tanolla ja muissa mielenterveyskuntoutuksen yksiköissä. Se myös koettiin kannustami-
sena itsensä kehittämiseen ja eräät haastateltavat toivat sen esiin ohjaamisena ja akti-
voimisena.

”...työntekijät ovat osaavia kannustamaan.”

Parhaimmillaan kuntoutujat saavat tarvittavan psykososiaalisen tuen yhteisöltä, jolloin
ohjaajien rooli on pienempi. Tämä tuli esiin kahdessa haastattelussa siten, että haastatel-
tavat kertoivat saavansa tukea erikseen toisilta kuntoutujilta ja ohjaajilta.

”...mä tykkään et on hyvä näin, että ohjaajat on oma porukkansa ja ettei ollakaan
noiden ohjaajien kanssa liikaa.”

Kaikki haastatelluista kokivat kuuluvansa johonkin ryhmään, kuten perheeseen, ystävä-
piiriin tai työntekijöihin. Kaikki haastateltavat kokivat kuuluvansa myös johonkin ryh-
mään mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa yksiköissä. Neljä haastatelluista koki
vahvaa yhteisöllisyyttä mielenterveyskuntoutujien joukossa ja he toivat esiin myös
Kulmakartanon jäsenyhteisöön kuulumisen.

Kokemukset yhteisöllisyydestä ilmenivät esimerkiksi yhdellä haastateltavista yhteisenä toimintana ja toisella keskinäisenä luottamuksena. Kaksi haastateltavaa toi esille jäsenten välisen samanvertaisuuden ja kaksi mainitsi myös vastavuoroisen keskustelun merkityksen jäsenyhteisössä. Yksi haastatelluista koki yhteisöllisyyden myös fyysisenä läheisyytenä muihin yhteisön jäseniin esimerkiksi tiiviimmässä yhteistoiminnassa. Kolme haastatelluista toi esiin lisäksi kokemuksen samankaltaisesta elämänhistoriasta yhdistävänä tekijänä.

”Joo, kyllä, kyllä minä tänne kuulun. Täällä on näitä samanvertaisia ihmisiä.”

”Joo, on tullu törmättyä torilla näiden ihmisten kans... Ja Kelen baarissa pullakahvit ja torilla jätskiä yhdessä. On näitä tuttuja ihmisiä, me ollaan samaan porukkaan kuuluvia ja on mukavaa kun voi olla yhdessä.”

12 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Saatuja tutkimustuloksia on vertailtu muutaman samankaltaisen tutkimuksen tulosten kanssa ja niiden perusteella olemme luoneet seuraavanlaisia johtopäätöksiä liittyen Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien arkeen.

12.1 Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien arki

Tästä tutkimuksesta käy ilmi, että haastateltaviemme, Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien, arki on säännöllistä ja rutiininomaista. Tämä tulee esiin myös Hayesin ja Halfordin tutkimuksessa, jonka mukaan mielenterveysasiakkaiden arki ei eroa juurikaan heidän viikonlopuistaan. Tutkimuksemme mukaan haastattelemamme kuntoutujat ovat varsin itsenäisiä ja vastuussa erilaisista toimista kotonaan tai sen ulkopuolella, vaikka Hayesin ja Halfordin tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakkaiden osallistuminen vastuullisiin toimiin on vähäistä. (Hayes & Halford 1996.)

12.2 Kuntoutujien viikko-ohjelmat

Mielenterveyskuntoutujien viikko-ohjelmat ovat tutkimuksemme mukaan hyvin samankaltaisia. Haastateltavat viettävät suuren osan kotinsa ulkopuolella viettämästään ajasta Kulmakartanossa. He harrastavat itsenäisesti esimerkiksi liikuntaa tai käsitöitä, mutta osallistuvat muita vähemmän sosiaalisiin tai ohjattuihin aktiviteetteihin. Hayesin ja Halfordin tutkimus tukee kyseistä asiaa. Sen mukaan mielenterveysasiakkaat viettävät enemmän aikaa passiivisten toimintojen parissa, joka meidän tutkimuksessamme kul-

minoitui television katseluun. Heidän mukaansa asiakkaiden sosiaalinen elämänsä oli vähäistä, vaikkakin asiakkaat viettivät aikaansa muita ryhmiä enemmän perheensä parissa. Sosiaalisen ja toiminnallisen passiivisuuden todettiin heikentävän kuntoutumisen mahdollisuutta. Kodinhoidolliset asiat ovat suuressa roolissa tutkimuksemme kuntoutujien arjessa. Edellä mainittu tutkimus tuki myös tätä, sillä sen mukaan mielenterveysasiakkaat käyttävät päivästä enemmän aikaa kodinhoidollisiin asioihin kuin muut ryhmät. Heidän tutkimuksensa mukaan asiakkaat nukkuivat kaksi tuntia yössä muita tutkimukseen osallistuneita ryhmiä enemmän. Tämä opinnäytetyö tukee osittain kyseistä tulosta viikko-ohjelmiin kirjattujen merkintöjen perusteella. (Hayes & Halford 1996.)

12.3 Kuntoutujien kokemukset mielekkästä tekemisestä

Tutkimukseen osallistuneet Kulmakartanossa käyvät mielenterveyskuntoutajat kokevat mielekkääksi tekemiseksi tavallisesta arjesta poikkeavat toiminnot, kuten tapahtumissa käymisen ja matkustamisen. Sosiaaliset kontaktit sekä perheen ja läheisten kanssa oleminen koettiin todella tärkeäksi. Erilaiset harrastukset ja liikunta piristivät myös arkea. Kulmakartanossa käyminen ja sen jäsenten tapaaminen oli kaikille haastateltaville mielekkästä, vaikkakin se koettiin jo melko tavalliseksi. Hayesin ja Halfordin tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakkaat eivät koe arkeaan tai erilaisia toimintoja yhtä mielekkäiksi kuin muut heidän tutkimukseensa osallistuneet ryhmät (Hayes & Halford 1996.) Haastatellut mielenterveyskuntoutajat kaipaavat muun muassa säännöllistä työtä arjen piristeeksi, sillä useallakaan heistä ei sitä ole. Jantusen tutkimuksen mukaan mielekkäseen tekemiseen tai esimerkiksi työhön osallistuminen tukee kuntoutujia omien voimavarojen tunnistamisessa ja uusien taitojen kehittämisessä. Aspvikin tutkimuksessa tuli esiin työn merkitys kuntoutujan itsetuntoa voimaannuttavana. Voimaantumisen edellytyksenä ovat tekemisen sopivat haasteet ja niissä onnistuminen. (Aspvik 2003.)

12.4 Kulmakartano kuntoutujien tukena

Tutkimuksemme perusteella Kulmakartanon ensimmäinen tehtävä on mahdollistaa mielenterveyskuntoutujille fyysinen paikka ja henkinen tila sosiaaliselle kanssakäymiselle. Kulmakartano tuo kaikkien tutkimukseen osallistuneiden viikkoon kaivattua säännöllisyyttä, joka luo samalla kuntoutujille jatkuvuuden ja turvallisuuden tunnetta. Kulmakartano mahdollistaa muutoksen kuntoutujien arjessa uusilla sosiaalisilla kontakteilla ja erilaisella toiminnalla. Tämä luo arkeen päivärytmin ja sen, että kuntoutujien ei tarvitse jäädä kotiin. Paikkana ja yhteisönä Kulmakartano motivoi ja aktivoi sekä tukee vastuullisuuteen. Se on myös vaihtoehto hoidollisille ja terapeuttisille yksiköille. Kulmakartanon osallistava ja vastuuttava toiminta tukee kuntoutujia heidän kuntoutumisprosesseissaan. Tähän päätyi myös Aspvik tutkimuksessaan painottamalla kuntoutujan roolia aktiivisena subjektina. Hän painottaa myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamista kuntoutujien voimavaroja tuettaessa. (Aspvik 2003.) Tähän Jantunen lisää, että osallistuminen ja sitä kautta osalliseksi tuleminen edellyttää vuorovaikutussuhteita, ryhmään kuulumisen tunnetta ja osallistavaa tukea muilta (Jantunen 2008). Näihin kuntoutujilla on mahdollisuuksia Kulmakartanossa.

12.5 Kulmakartanon jäsenyhteisö kuntoutujien tukena

Kulmakartanon jäsenyhteisö mahdollistaa mielenterveyskuntoutujille arjen tukea ja itse kuntoutuksessa monipuolista tukea, joka tulee esiin vertaistukena, ohjauksena, ja neuvontana. Jäsenyhteisö mahdollistaa myös itsensä esille tuomisen sekä osallisuuden ja ryhmään kuuluvuuden tunteet. Jantunen mukaan näiden tuntemuksien saaminen tuo mukanaan voimaantumisen tunnetta. Hänen mielestään tärkeintä on, että kuntoutujaa kuunnellaan, jotta hän saa kokemuksensa vahvistetuksi. Kulmakartanon jäsenyhteisö on luonut uusia kaveri- ja ystävyysuhteita sekä tukenut yksinäisiä. Kokon tutkimuksen mukaan vastavuoroinen keskustelu toisten kuntoutujien kanssa luo toivoa, sillä kuntoutajat näkevät samalla muiden henkilöiden kuntoutumisprosessien tuloksia (Kokko

2004). Jantusen tutkimuksessa jäsenyhteisön yhteisöllisyydelle vaateena ovat luottamukselliset suhteet kuntoutujien välillä. Suhteiden luominen edellyttää toisten kunnioitusta, avoimuutta, vastavuoroisuutta, aitoutta ja empatiaa. (Jantunen 2008.) Myös omis- sa tutkimustuloksissamme tuli vahvasti esille näitä suhteiden luomisen edellytyksiä.

12.6 Kuntoutujien sosiaaliset verkostot

Laatimiemme verkostokarttojen perusteella voimme kuvailla haastateltaviemme sosiaalisia verkostoja pieniksi, hajanaisiksi ja rajatuiksi. Ne ovat myös sairastumisen muokkaamia ja rakenteellisesti painottuneita. Kuntoutujilla ei ole paljoa sosiaalisia kontakteja ja osa heistä kokee itsensä yksinäiseksi. Kokko vahvisti tutkimuksessaan, että toisten kuntoutujien tapaaminen on oiva apu yksinäisyyden tunteeseen (Kokko 2004). Tutkimuksessamme tuli esille myös, että heikko itseluottamus on uusien tuttavuusuhteiden luomisen esteenä. Jantusen tutkimuksessa kävi ilmi, että mielenterveysasiakkaat kokevat olevansa irrallisia ja ulkopuolisia omassa elämässään ja suhteessa toisiin ihmisiin. Tämä johtaa tarpeeseen etsiä samankaltaisuutta ja yhteisiä asioita muiden kanssa. (Jantunen 2008.) Hayesin ja Halfordin tutkimuksessa tuli esiin, että mielenterveysasiakkaat kokivat vuorovaikutussuhteissaan muita huomattavasti enemmän ongelmia (Hayes & Halford 1996).

12.7 Kuntoutujien kokemukset psykososiaalisesta tuesta

Psykososiaalinen tuki ilmeni laajasti haastateltavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksissa. Vertaistuen lisäksi se ilmeni motivointina osallistumiseen erinäisiin toimiin, kannustamisena itsensä kehittämiseen sekä ohjaamisena ja aktivoimisena. Kuntoutujat kokivat saavansa tukea erikseen toisilta kuntoutujilta ja ohjaajilta. Kokon tutkimuksesta käy ilmi, että psykososiaalinen tuki saadaan helpoiten toisilta sairastuneilta erilaisissa

järjestetyissä ryhmissä, mutta laadukkaita tuki tulee mielenterveysasiakkaiden keskinäisissä vapaamuotoisissa keskusteluissa (Kokko 2004). Jantunen tutkimuksessa vuorovaikutuksessa oleminen, juuri näiden vapaamuotoisten keskusteluiden kautta, koostuu välittämisen osoittamisesta, kokemusten jakamisesta, elämänhistorian tarkastelusta ja toisten arjen tukemisesta (Jantunen 2008). Tutkimuksemme mukaan Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujat onnistuvat tässä vuorovaikutuksessa olemisessa, sillä he välittävät aidosti toisistaan, jakavat elämäkokemuksiaan ja tukevat monipuolisesti toistensa arkea.

Tutkimukseen osallistuneiden, Kulmakartanossa käyvien kuntoutujien kokemukset yhteisöllisyydestä ovat vahvoja. Tämä ilmenee yhteisenä toimintana, keskinäisenä luottamuksena, jäsenten välisenä samanvertaisuutena, vastavuoroisena keskusteluna ja fyysisenä läheisyytenä. Taustalla olivat kokemukset samankaltaisesta elämänhistoriasta. Kokon tutkimuksessa tuli esille toisten samassa tilanteessa olevien henkilöiden tapaamisen tärkeys. Kuntoutuja voi verrata omaa tilannettaan toisten tilanteisiin ja saa tästä voimaa jaksamiseen. Kuntoutuja myös näkee oman tilanteensa kehittymismahdollisuuden. Toisten kuntoutujien tapaaminen todistaa myös sen, etteivät he ole yksin ongelmiansa kanssa. Kokon tutkimuksessa asiakkaat pitivät keskinäistä yhteisöllistä toimintaa yhtenä parhaista mielenterveystyön muodoista. Yhteistoiminta tuotiin esiin yhdessä olemisena ja yhdessä toimimisena. (Kokko 2004.) Jantunen lisää tähän, että yhteenkuulumisen tunne on yhtä tärkeä kuin yhteisössä osallistuminen (Jantunen 2008). Tämä toteutui myös meidän tutkimuksessamme, sillä Kulmakartanossa on passiivisia henkilöitä, jotka nauttivat yhteyden kuulumisesta ilman osallistumista yhteisiin toimintoihin.

13 POHDINTA

Opinnäytetyömme sai alkunsa Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen työtoimintaprojektin palaverissa, johon toinen meistä pääsi osallistumaan työharjoittelijana. Saimme harjoitteluista parityöllemme vahvan pohjan lisäksi hieman erilaiset näkökulmat, sillä toinen tutkimuksen tekijöistä oli harjoittelussa juuri Kulmakartanossa ja toinen yhdistyksen ylläpitämässä mielenterveyskuntoutujille suunnatussa kotikuntoutuksessa. Harjoitteluista saamamme kokemukset ja lisääntynyt käytännön osaaminen toivat meille myös lisää mielenkiintoa aihetta kohtaan. Harjoitteluiden aikana saimme mahdollisuuden tutustua yhdistyksen palveluihin osallistuviin mielenterveyskuntoutujiin. Tunsimme entuudestaan haastatteluihin osallistuneet kuntoutujat. Tämä mahdollisti avoimemman ja luottamuksellisemman haastatteluilmapiirin luomisen. Tämän perusteella uskomme, että heidän oli myös helpompi osallistua aktiivisesti dialogiseen haastatteluun.

Opinnäytetyön aihetta pohdimme pitkään ja tarkasti ja tämä siirsi työmme valmistumista kahdella kuukaudella. Ensimmäisissä suunnitelmissa tutkimuksen aihe oli liian laaja ja haastattelut kohdistuivat liian arkaluonteisiin asioihin. Opettajiemme ja työelämänohjaajamme avulla saimme kavennettua aihetta ja muokattua teemahaastattelumme runkoa. Tämä suunnitteluprosessi vaikutti vahvasti myös teoriaosuuden kirjoittamiseen tuolloin keväällä 2009. Keräsimme tuolloin vain peruskirjallisuutta koskien mielenterveysystyötä, sillä emme vielä olleet kohdistaneet tutkimustamme liittymään kuntoutujien arkeen ja sen psykososiaaliseen ulottuvuuteen.

Opinnäytetyömme on ollut ajallisesti tavallista pidempi prosessi. Laskemme prosessin alkaneeksi jo työharjoitteluistamme Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä. Itse opinnäytetyön kirjoittaminen prosessin loppuvaiheissa on ollut vain pieni osa tätä työtä ja katsomme sen olleen varsin syventävä osuus. Tämä toi haastetta teorian ja tuloksien esille tuomiseen, koska pelkäsimme tuovamme esiin jo pitkästi pohdittuja

asioita. Onneksemme pystyimme luomaan varsin pinnallisen tuotoksen, joka mahdollistaa työn helpon luettavuuden myös aiheeseen paneutumattomille.

Aiheen ja haastattelumenetelmien selkiytyttyä, eteneminen haastattelutilanteen suunnitteluun oli jo varsin helppoa. Teemahaastattelun runko oli lyhyt ja syntyi melko helposti. Osasimme odottaa, että haastateltavat toisivat laajasti tietoa jo muutamalla kysymyksellä. Haastatteluiden yhteensovittaminen muiden opintojen kanssa syksyllä 2009 oli melko haastavaa ja työlästä. Haastatteluiden ajankohdista sopiminen haastateltavien kanssa oli joustavaa ja haastattelut etenivät luontevasti. Tähän uskomme vaikuttaneen sen, että olimme molemmat tilanteessa läsnä. Tällöin meidän oli myös helpompi ylläpitää haastattelutilanteen vastavuoroisuutta ja mahdollisesti syventää esittämiämme kysymyksiä. Verkostokartan ja viikko-ohjelmien käyttäminen haastattelumenetelminä toimivat haastatteluissa onnistuneesti. Haastateltavat saivat itsekin hyviä kokemuksia siitä, että pysyivät näkemään konkreettisesti oman tilanteensa. Tutkimusmenetelmäksi valitsemamme puolistrukturoitu teemahaastattelu mahdollisti tämän joustavan keskustelun. Vaikka haastattelutilanteissa ilmeni myös joitakin hiljaisia hetkiä, ne eivät vaikuttaneet asian etenemiseen haittaavasti.

Tutkimusaineiston analysointi oli aikaa vievää ja työlästä. Nauhojen tarkka litteroiminen, aineiston pelkistäminen ja ryhmittely punnitsi moneenkin kertaan tutkimusmoraalimme. Olemme varsin tyytyväisiä siihen, että jaksoimme käydä nauhoja läpi useampaan otteeseen. Pystyimme myös säilyttämään objektiivisuutemme koko analysointivaiheen ajan ja se, jos mikä, on meistä onnistuneen ja luotettavan tutkimuksen perusta.

Mielenterveyskuntoutuksesta on saatavilla todella paljon lähdekirjallisuutta, mikä helpotti teoriaosuuden työstämistä. Toisaalta vaikeutena oli kuitenkin lähteiden kriittinen tarkastelu ja aiheen krooninen rajaaminen ja tiivistäminen. Aiheen rajauksessa vaikeinta oli pohtia, mikä oli työssämme tarvittavaa tietoa. Onnistuimme löytämään työhömmme laadukkaita lähteitä ja saimme niiden avulla tuotettua johdonmukaisesti kulkevan ja helposti luettavan kokonaisuuden. Lukuelämystä hiukan laimentavana tekijänä koemme sen, että työssämme ei ole kuvioita tai taulukoita. Olisimme voineet lisätä siihen esi-

merkiksi kuntoutujien omia runoja tai piirustuksia. Koemme työn valmistuttua, että kyseisille kuvioille, taulukoille, runoille tai piirustuksille, ei työssämme ollut tarvetta. Tutkimuksessa tulee esiin kuitenkin haastateltavien hiukan muokattuja lausahduksia, jotka tuovat elävyyttä työhömmе. Onnistuimme luomaan onnistuneen kokonaisuuden ja pääsimme itsellemme asettamiimme tavoitteisiin. Työmme laatu vastaa mielestämme kiittävästi opinnäytetyölle annettuja ohjeistuksia.

Tutkimusta tehdessämme olemme saaneet laajan kuvan mielenterveyskuntoutuksesta ja sen nykytilasta. Ennen tutkimusta meillä ei ollut juurikaan tietoa mielenterveystyön palvelujärjestelmästä, mutta olemme työn edetessä omaksuneet ne hyvin. Näin tutkimuksen valmistuttua meillä olisi jopa muutama sana sanottavana palvelujen kehittämisestä. Esimerkiksi tutkimuksessa vahvasti mukana ollut mielenterveystyön matalan kynnyksen yksikön toiminta tulisi mielestämme lisätä kuntien tuottamiin mielenterveyspalveluihin.

Tutkimustulokset olivat mielestämme odotettavia ja vastasivat useita aikaisempia tutkimuksia. Tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä varten olisimme tarvinneet vertailukohdiksi täsmällisempää tietoa siitä, mitä on tavallinen arki tai millaisia ovat tavallisten ihmisten kokemukset mielekkästä tekemisestä. Erityisen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisikin tehdä vastaavanlainen tutkimus ”tavallisille ihmisille”. Omalle työlemme sopiva jatkotutkimusaihe olisi muodostaa kehittämisehdotukset alueemme mielenterveyspalveluille. Kyseisessä tutkimuksessa voisi esimerkiksi pohtia mielenterveyspalveluiden laatua ja toimivuutta sekä muodostaa niille käytännönläheiset kriteerit.

Itse opinnäytetyön tekeminen on sujunut lähes moitteetta. Ainoastaan tutkimussuunnitelman luominen tuotti harmaita hiuksia. Tämän takia emme päässeet tekemään haastateluita suunnitelmienne mukaan jo kesällä, vaan vasta syksyllä. Sen vuoksi ohjaavan opettajan mukaan saaminenkin venyi ajateltua myöhempään. Parityöskentelymme on sujunut täysin moitteetta. Olemme pystyneet löytämään helposti yhteistä aikaa opinnäytetyötä varten ja sen valmiiksi saattaminen on ollut meillä molemmilla ensisijaisessa asemassa. Parityöskentelyn etuna on ollut tutkimuksen työmäärän jakaminen ja sen

tuomien haasteiden yhteinen pohtiminen. Opinnäytetyö on ollut iso oppimiskokemus ja se on antanut meille paljon uutta osaamista myös tutkimusprosessien työstämisessä.

14 KIITOKSET

Opinnäytetyön tekijöinä haluamme esittää erityiskiitokset haastatteluihin osallistuneille henkilöille ja työelämäohjaajallemme Eevalle. Eevalle suuri kiitos häneltä työhömmme saamistamme ideoista ja kehittämisehdotuksista. Kiitos myös Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle, joka mahdollisti tämän opinnäytetyön tekemisen. Haluamme myös kiittää ohjaavaa opettajaamme Juhaa, joka tuki meitä muutoksien keskellä. Muita työhön tai työn tekemiseen vaikuttaneita henkilöitä olivat muutamat opiskelijatoverit ja läheiset, jotka kulkivat rinnallamme prosessin eri vaiheissa. Iso kiitos siis heillekin.

Kulmakartanolaisten sanoin: ”Voimia!”

LÄHTEET

Painettu kirjallisuus

Cobain, B. Suom. Oittinen, R. 2001. Apua. Selviytymisopas masentuneelle nuorelle. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Estola, E. & Kaunisto, S-L. & Keski-Filppula, U. & Syrjälä, L. & Uitto, M. 2007. Lupa puhua. Kertomisen voima arjessa ja työssä. Juva: WS Bookwell Oy.

Harjajärvi, M. Pirkola, S. Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. STAKES Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Harju, U-M. Niemelä, P. Ripatti, J. Siivonen, T. Särkelä, R. 2001. Vapaaehtoistoiminta seurakunnassa ja järjestöissä. Helsinki: Edita Oyj.

Heiskanen, T. & Salonen, K. 1997. Miten hoidan mielenterveyttäni? Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Hietala, O & Valjakka, S. & Marikka, N.2000. ”Täällä tehdään töitä itseä varten.” Klubitilat ja jäsentilat mielenterveyskuntoutuksen ja työllistymisen uusina vaihtoehtoina. Kuntoutumissäätiön tutkimuksia 65/2000. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, Matti O. 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Tampere: Tammerpaino Oy.

Iija, A. 2009. Teoksessa Hentinen, K. Iija, A. Mattila, E (toim.) Kuuntele minua – mielenterveyshäiriöiden käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Järvikoski, Aila. Härkäpää, Kristiina. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: WSOY.

Kaipio, K. 1999. Kasvattava yhteisö. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.

Kaipio, K & Murto, K. 1996. Toimiva yhteisö. 4. painos. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.

Kallanranta, T. Rissanen, P. Vilkkumaa, I. (Toim). 2001. Kuntoutus. Riikonen, E. & Järvikoski, A. Mielenterveysongelmat. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Karila, A.1994. Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Seuruututkimus Peijaksen sairaanhoitoalueella. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Karila, A. 2003. Vertaistuki mielenterveyskuntoutujien yhteisössä. 2003. Teoksessa Pöyhönen, E. (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.
- Karjalainen, P. 2003. Klubitalo osana sosiaalipsykiatrista kuntoutusmallia. Teoksessa Pöyhönen, E. (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Mielenterveyden Keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin. Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Krok, S. 2008. Kerrostalonaapurusto yhteisöllisyyden kokemuksena. Teoksessa Roivainen, I., Nylun, M., Korkiamäki, R. & Raitakari, S. (TOIM.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kähäri-Wiik, K. Niemi, A. Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J. & Aromaa, A. 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksia julkaisuja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Narumo, R. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? – Ohjaava työote mielenterveystyössä. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Ojanen, M. 2003. Yhteisöllisyyden merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Teoksessa Pöyhönen, E. (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.
- Pöyhönen, E. (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.
- Raunio, K. 2004. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Roivainen, I., Nylun, M., Korkiamäki, R. & Raitakari, S. (TOIM.) 2008. Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla. Juva: WS Bookwell Oy.
- Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo – alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna: Salutonova Oy.

Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. Porvoo: WSOY.

Seikkula, J. 1996. Sosiaaliset verkostot: ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes. Tutkimuksia 137. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2004: Edita Prima Oy.

Suni, A. 2003. Työ kuntoutuksen menetelmänä. Teoksessa Pöyhönen, E. (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.

Suni, A, Heikkilä, T, Lehto, P, Korpi, S, Rantamäki, N & Rautakorpi, E. 2003. Työn tekeminen kuntouttaa – kun on töitä jaksaa paremmin. VATES-säätiö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tikka, K. 1990. Tuhoava yhteisö. Erään kasvatusyhteisön toiminnan erittelyä. 2. painos. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy. Jyväskylä: Rotaprint-Paino.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sähköiset julkaisut

Aspvik, U. 2003. Psykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta - toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514271289/html/c78.html>. Luettu 15.8.2009

Hayes, R.L. & Halford, W.K. 1996. Time Use of Unemployed and Employed Single Male Schizophrenia Subjects. Oxford Journals Schizophrenia Bulletin VOL22. NO. 4, 659-668. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/4/659.pdf>. Luettu 19.11.2009.

Immonen, T. 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Stakes. Aiheita 15/2005. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.groups.stakes.fi/MTR/FI/julkaisut/>. Luettu 19.11.2009.

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Licensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Juvenes Print Oy. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/A_18_ISBN_9789524930413.pdf. Luettu 19.11.2009.

- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2009. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kpsHP.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=51&d=keski/sairaalapalvelut/psykiatria.htm>. Luettu 29.12.2009.
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntatietokanta. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://palvelut.kpsHP.fi/kuntatietokanta/tulosta.php?kunta=1&tyyppi=Kolmas%20sektori>. Luettu 29.12.2009.
- Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2009. Työtoimintaprojekti. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kpspy.fi/tyoprojekti.html>. Luettu 29.12.2009.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273435/>. Luettu 19.11.2009.
- Kokkolan kaupunki. 2009. Mielenterveyspalvelut. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www3.kokkola.fi/perusturva/;http://www.kokkola.fi/perusturva/vanhusten_palvelut/vanhusten_tietolaari/palvelut_aakkosittain/palvelut_a_o/mielenterveyspalvelut/fi_FI/mielenterveyspalvelut/. Luettu 29.12.2009.
- Kokkolanseudun terveystakeskus kuntayhtymä. 2009. Terveyspalvelut. Mielenterveyskeskus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www3.kokkola.fi/terveyskeskus/psyksos.html>. Luettu 29.12.2009.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen V. (toim.) 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Www-dokumentti. Saatavissa: www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058805. Luettu 18.11.2009.
- Luhtasaari, S. 2005. Diagnoosi jäsentää masennusta. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=ama&p_artikkeli=ama00006. Luettu 6.11.2009.
- Reijneveld, S., Vogels, A., Brugman, E., Ede, J., Verhulst, F., & Verloove-Vanhorick, S. 2003. Psychosocial Factors. Early detection of psychosocial problems in adolescents. European Journal of Public Health Volume 13, Number 2. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/152>. Luettu 7.11.2009.
- Rouhiainen, H. 2006. ”Reunalla” – Kokemuksia syrjäytymisvaarassa olevien nuorten musiikkiterapiaryhmästä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9967/URN_NBN_fi_jyu-2006316.pdf?sequence=1. Luettu 1.11.2009.
- Salenius, P. 2009. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo: kuntoutujien osallisuuden kokemukset, vertaistuki ja identiteetin muotoutuminen klubitaloyhteisössä. Jyväskylän yliopisto, sosiaalityön pro gradu – tutkielma. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22365/URN_NBN_fi_jyu-200911054382.pdf?sequence=1. Luettu 1.12.2009.

Savolainen, K. 2008. Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Yhteisösosiaalityön erikoisala. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa:
http://www.sosnet.fi/includes/file_download.asp?deptid=16345&fileid=15091&file=20090126155144.pdf&pdf=1. Luettu. 15.12.2009.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Www-dokumentti. Saatavissa:
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Luettu 29.12.2009.

Sosiaaliportti. Lastensuojelun käsikirja: Verkostokartta. Www-dokumentti. Saatavissa:
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyovalineet/tyomenetelmat/verkostokartta/>. Luettu 15.12.2009.

Lait ja asetukset

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Www-dokumentti. Saatavissa:
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116. Luettu 15.8.2009

Raportit

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry. 2008. Työtoimintaprojektin (2004-2009) vuosiraportti 2008. (julkaisematon)

Työharjoittelut

Työharjoittelu Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä 2009.

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme sosionomiopiskelijat Janne Huhtala ja Satu Kuorikoski Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun Kokkolan yksiköstä. Teemme Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle opinnäytetyönämme tutkimusta, jonka tavoitteena on selvittää, millainen on Kulmakartanon kuntoutujan arki. Erityisemmin tutkimme, miten Kulmakartanon kuntoutujat kokevat kyseisen yksikön vaikuttavan heidän elämäänsä.

Haastattelemme tutkimukseen osallistuvat henkilöt. Osallistuminen tähän haastatteluun on vapaaehtoista. Haastatteluihin varataan aikaa yksi tunti ja ne pidetään Kulmakartanon alakerrassa. Haastattelut aloitetaan lokakuussa ja pidetään kuntoutujasta riippuen maanantaina, tiistaina tai torstaina. Kysymykset liittyvät kuntoutujan ihmissuhteisiin ja arjen tapahtumiin.

Haastatteluun vastataan nimettömästi ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti salapidon mukaisesti. Haastattelut nauhoitetaan tutkimusta varten ja nauhat tuhotaan jälkeensä. Haastateltavilta pyydetään erikseen kirjallinen lupa nauhoituksen tekemiseen ja mahdollisiin lainauksiin. Käytämme vastauksia vain tämän opinnäytetyön hyväksi. Tutkimus antaa tärkeää tietoa ensisijaisesti kuntoutujille, Kulmakartanon työntekijöille ja yhdistykselle. Lisäksi tutkimusta voidaan hyödyntää jatkossa mielenterveystyössä julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Kansitetut opinnäytetyöt tulevat Kulmakartanoon, yhdistyksen toimistoon, kirjastoon ja meille tutkiville opiskelijoille.

Ystävällisin terveisin

Janne Huhtala

Satu Kuorikoski

TEEMAHAASTATTELU

Taustatiedot (ikä, sukupuoli)

Verkostokartta

Kuntoutuja kirjaa verkostokarttaan itse tai ohjatusti sosiaalisen verkostonsa. Verkostokartassa käytetään etunimiä ystävistä ja tuttavista, ammattinimikkeitä ammattilaisista ja roolinimityksiä, kuten äiti ja isä, perheestä ja suvusta. Henkilöt merkitään symbolein ja heidän väliset sosiaaliset suhteet viivoilla ja tunnesiteet + ja – merkein. Läheisiksi koetut henkilöt merkitään karttaan lähemmäksi itseä. Haastateltava alleviivaa kartasta loppuksi ihmiset, jotka hän on tavannut Kulmakartanossa.

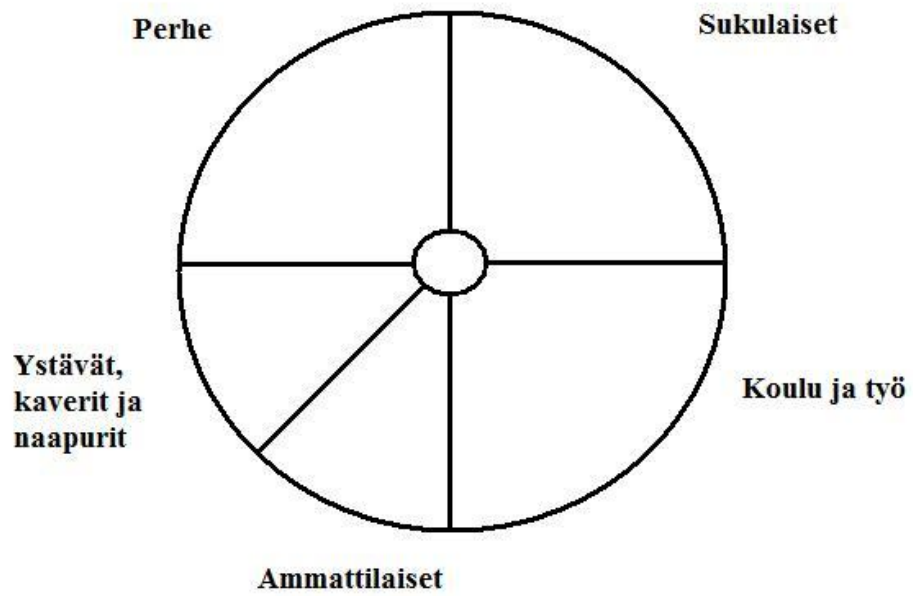
- Millaisiksi koet tämänhetkiset ihmissuhteesi?
- Tunnetko kuuluvasi johonkin ryhmään?
- Miten Kulmakartanon jäsenet vaikuttavat arkeesi?
- Tapaatko Kulmakartanon jäseniä myös Kulmakartanon ulkopuolella?

Viikko-ohjelma

Kuntoutuja kirjaa ylös itse tai ohjatusti valmiiseen viikko-ohjelmaan hänelle merkittävimmät arjen tapahtumat, kuten ryhmiin osallistumiset, työtoiminnat ja erilaiset tapaamiset.

- Mistä asiat viikko-ohjelmassa piristävät sinua?
- Mitä haluaisit lisää viikko-ohjelmaasi?
- Miten suhtaudut arjessa tapahtuviin muutoksiin?
- Miten Kulmakartano vaikuttaa arkeesi?

VERKOSTOKARTTA



(Seikkula 1996, 41)

VIKKO-OHJELMA

	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
08-10							
10-12							
12-14							
14-16							
16-18							
18-20							
20-22							

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tekijä/t Satu Kuorikoski Janne Huhtala	Aloituspäivämäärä Maaliskuu 2009
Koulutusohjelma Sosiaalialan KO	Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola
Koulutusohjelman yliopettaja Pirjo Forss-Pennanen	Ehdotus opinnäytetyön ohjaajaksi Juha Pekola
Opinnäytetyön työnimi (aihe) Kulmakartanon mielenterveyskuntotujien arki - kuntoutujien näkökulma	
Tutkimusongelma/kehittämistehtävä 1 Millaista on Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntotujien arki? 1.1 Millainen on mielenterveyskuntotujien viikko-ohjelma? 1.2 Mitkä ovat mielenterveyskuntotujan kokemukset mielekkäistä tekemisestä sekä sen määrästä ja laadusta? 2 Mitä Kulmakartano ja sen luoma jäsenyhteisö mahdollistaa mielenterveyskuntotujan arjessa ja itse kuntoutuksessa? 2.1 Millainen on kuntotujan sosiaalinen verkosto ja millaisia kokemuksia hänellä on yhteisöllisyydestä? 2.2 Miten psykososiaalinen tuki ilmenee yleisesti mielenterveyskuntotujan arjessa?	
Opinnäytetyön tavoite ja rajausta/tutkimustulokset Tavoite on kuvata Kulmakartanon mielenterveyskuntotujan arkea ja siihen liittyviä asioita. Tavoitteena on myös tuoda esille kuntotujan kokemuksia yhteisöllisyydestä. Rajaamme haastateltaviksi vain henkilöitä, jotka käyvät Kulmakartanossa viikoittain. Opinnäytetyön rajaamme koskemaan mielenterveyskuntotujan psykososiaalista hyvinvointia.	

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) []</p> <p>Toteutus suunnitelman esittäminen SYYSKUU 2009</p> <p>Väliraportointi MARRASKUU 2009</p> <p>Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri TAMMIKUU 2010</p> <p>Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen TAMMIKUU 2010</p> <p>Opinnäytetyön seminaariesitys MARRASKUU 2009</p> <p>Kypsyyskoe TAMMIKUU 2010</p>
<p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.</p> <p>Eeva Lätti 040 593 1136 eeva.latti@kpspy.fi</p> <p>Kaustintie 5, 69600 Kaustinen 06 861 1950</p>
<p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön 31.01.2010 mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan. Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, matka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat aaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p>
<p>Päiväys 4.9.2009</p>
<p>Työelämäohjaajan allekirjoitus <i>Eeva Lätti</i></p>
<p>Opiskelijan allekirjoitus <i>Jarmo Junttila Satu Knuerkoski</i></p>
<p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus <i>Ju. Junttila</i></p>

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiaattien
yhdistys ry

Vastuuhenkilö organisaatiossa Toiminnanjohtaja Leena Veiskola

Tutkimusluvan anoja(t) Satu Kuorikoski ja Janne Huntala

Osoite _____
 Puhelin _____
 Sähköpostiosoite _____

Tutkimuksen nimi Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujien arki-
kuntoutujien näkökulma

Tutkimuksen tarkoitus kuvata Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujien
arkea ja sosiaalisia suhteita

Tutkimuksen kohderyhmä Kulmakartanossa käyvät mielenterveyskuntoutajat

Aineiston keruun arvioitu ajankohta Lokakuu 2009

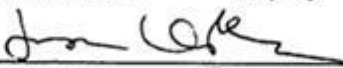
Tutkimusmenetelmä Puolistrukturoitu teemahaastattelu.

Tutkimussuunnitelma hyväksytty _____ / _____ 2009

Tutkimuksen ohjaaja Juha Pekola

Lupa myönnetään
 paikka Kuusshäme aika 10/9 2009

anomuksen mukaisesti
 muutosehdotuksin
 hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus 
LEENA VEISKOLA

LIITTEET
 Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mitkä _____