

”Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ”

Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta

Katja Pihlaja

Pro gradu –tutkielma
Kasvatustieteiden laitos/
erityispedagogiikan yksikkö
Jyväskylän yliopisto
kevät 2008

*”Olemme elämäkoulussa,
jossa pyrimme oppimaan
inhimillisyyttä ja
yhteisöllisyyttä.
Ehtoja ei saada,
eikä luokalle jäädä.”*

(Tutkimusyhteisö 2)

Tiivistelmä

Katja Pihlaja

Pro gradu – tutkielma: ”*Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ*”. Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta.

Kasvatustieteiden laitos / erityispedagogiikan yksikkö

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: professori Paula Määttä

124 sivua, 3 liitettä

Tämä tutkimus kartoitti aikuisten mielenterveyskuntoutujien arkipäivän oppimista. Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, miten työntekijät kuvaavat mielenterveyskuntoutujaa oppivana kuntoutujana ja millaista on kuntoutumisen ohjaaminen. Tutkimus selvitti myös yhteisöllisyyden ja vertaisryhmän merkitystä kuntoutujan arjessa. Tutkimuksen tavoitteena oli dokumentoida ja tuoda esiin arjen tapahtumia ja prosesseja kahdessa kuntoutumisyhteisössä. Tämä laadullinen tutkimus oli lähestymistavaltaan etnografinen, joten aineisto kerättiin havainnoiden tutkimusyhteisöjen toimintaa ja haastatellen henkilöitä (N=7).

Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että hoitotyöntekijät korostavat kuntoutujien subjektivisuutta, toimijuutta. Työntekijät uskovat kuntoutujan mahdollisuuksiin kuntoutua ja tulla arjessa itsellisiksi ja pärjääviksi oikein mitoitettun tuen avulla. Haasteellisia kuntoutettavia ovat nuoret aikuiset, joilla ei ole selkeää psykiatrista diagnoosia, vaan jotka ovat sekä päihde- että mielenterveysongelmaisia ja jotka ovat arjen taidoissaan aloitekyvyttömiä.

Kuntoutujaa ohjataan ja tuetaan monenlaisissa arjen askareissa, psykososiaalisessa ja fyysisessä toimintakyvyssä, taloudellisissa asioissa, sosiaalisten kontaktien ylläpitämisessä ja luomisessa sekä toiminnallisuudessa. Ohjaamistapana korostuu counselling-tyyppinen, kokemusperäinen ja kannustava ohjaaminen. Kuntoutujat tarvitsevat toisia henkilöitä ja liikkumisen mahdollisuutta oppimistilanteisiin sekä erilaisia vaihtoehtoja milloin, missä ja miten he oppivat. Näin ollen esimerkiksi erilaiset toiminnalliset ryhmät ovat tarkoituksenmukaisia oppimiseen.

Yhteisöllisyyden merkitys kuntoutujalle on ilmeinen sosiaalisten suhteiden, yhteenkuuluvuuden tunteen ja osallisuuden vuoksi. Yhteisöllisyys ilmenee joko tavoitteellisena yhteisöhoitona tai yhtenäisyyden ilmapiirinä tutkimusyhteisöissä.

Vastedes on tärkeää tutkia mielenterveyskuntoutujien oppimistyylejä ja oppimiskykyjä, jotta ne voidaan integroida osaksi kuntouttavaa oppimisprosessia. Käytännön kannalta oleellista on myös tutkia ja kehittää yhteistoiminnassa ammatillisten oppilaitosten kanssa työelämässä tarvittavien perusvalmiuksien kuntoutusta sekä sovellettua ammattiopeutusta. Psykiatrisessa avohoidossa ei ole tehty tutkimuksia yhteisöhoidon näkökulmasta, joten myös sen aiheen esitän jatkotutkimushaasteeksi.

Avainsanat: psykiatrinen kuntoutus, arkipäivän oppiminen, kokemuksellinen oppiminen, ohjaaminen, yhteisöllisyys, etnografia

SISÄLTÖ

1	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN OPPIMINEN TUTKIMUSKOHTENA	6
2	MIELENTERVEYS JA PSYKIATRINEN KUNTOUTUS	10
2.1	Mielenterveys ja mielenterveyden ongelmat	11
2.2	Kuntoutujan elämäntilanne ja toimintakyky	14
2.3	Psykiatrinen kuntoutus	18
3	ARJESSA OPPIMINEN JA OHJAAMINEN	27
3.1	Arkipäivän oppiminen	28
3.2	Merkittävät oppimiskokemukset ja kokemuksellinen oppiminen	29
3.3	Ohjaaminen	33
4	YHTEISÖLLISYYS JA OPPIMINEN	38
4.1	Yhteiskunta toimintaympäristönä	39
4.2	Yhteisöhoito ja yhteisökasvatus	41
4.3	Yksilönä yhteisössä ja vertaisryhmä	44
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	47
5.1	Tutkimusyhteisöt ja –henkilöt	47
5.2	Etnografia tutkimusmenetelmänä	51
5.3	Aineiston keruu	52
5.4	Aineiston analyysiprosessi	56
5.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	62
6	OPPIVA KUNTOUTUJA	70
6.1	Työntekijöiden kuva kuntoutujasta	70
6.2	Kuntoutujan toimintakyky	76
7	KUNTOUTUJAN OHJAAMINEN ARJESSA	80
7.1	Arkeen sisältyy monenlaista	80
7.2	Ohjauksen tavat	87

8	YHTEISÖLLISYYDEN MERKITYS	94
8.1	Yksilöt yhteisöissä	94
8.2	Yhteisöt	98
8.3	Yhteiskuntaan sosiaalistuminen	102
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	105
	LÄHTEET	110
	LIITTEET	
	Liite 1 Tutkimussopimus	119
	Liite 2 Aineiston keruu	120
	Liite 3 Aineiston luokittelu	122
	KUVIOT	
	Kuvio 1 Pystyvyyssodotusten vaikutus yksilön ajatteluun ja elämään.....	15
	Kuvio 2 Psykiatrisen kuntoutuksen tavoitteet ja keinot	21
	Kuvio 3 Oppimisprosessi kuntoutumisessa	23
	Kuvio 4 Kokemus ja merkityksellinen oppiminen	30
	Kuvio 5 Yksilö- ja yhteisöohjautumisen hierarkia	36
	Kuvio 6 Yhteisökasvatuksen ekologinen malli	39
	Kuvio 7 Mielenterveyspalveluiden jakautuminen eri toimijoiden vastuul- le	48
	TAULUKOT	
	Taulukko 1 Aineiston esittely	58
	Taulukko 2 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen aineiston avulla	59
	Taulukko 3 Malli aineiston luokittelusta	61

1 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN OPPIMINEN TUTKIMUSKOHTEENA

Tutkimuksen lähtökohdat

Aikuisuutta ja mielenterveyskuntoutujia ei ole erityispedagogiikan tieteenalalla juuri-kaan tutkittu. Kuntoutukseen ja psykiatriseen hoitoon liittyvät tutkimukset ovat erityispedagogiikan kannalta tärkeitä ja tarpeellisia. Myös aikuisuus teemana on ajankohtainen erityispedagogiikassa, sillä ajatus elinikäisestä oppimisesta on tätä päivää. Monet aikuiset mielenterveyskuntoutajat ovat aikanaan koulusta ja yhteiskunnasta syrjäytyneitä tai syrjäytettyjä, joten mahdollisuudet oppimiseen ja kasvuun ovat olleet heikommat. Aiempien oppimis- ja kasvatuskokemusten synnyttämien esteiden voittaminen ja oppimisen lukkojen avaaminen vaativat pitkälistä, tiivistä työtä ja tukea. Sen jälkeen kuntoutuja voi saada mahdollisuuden uuden oppimiselle ja henkiselle kasvulle. Mitä enemmän tukea kuntoutuja tarvitsee, sitä enemmän vastuuta ammatti-ihmisellä on hänen oppimisensa ja kasvunsa edistämisestä. (Lehtinen 2001, 60, 67.) Myös Ojanen ja Sariola (1996, 139) tuovat esiin paradoksin, että mitä enemmän kuntoutuja tarvitsee apua, ja mitä enempi häntä autetaan, niin sen avuttomampi hänestä tulee. Kuntoutustyön ydinkysymys onkin, miten kuntoutustyöntekijä voi tukea kuntoutujaa niin, että hän toiminnallaan vahvistaa kuntoutujan kyvykkyyttä.

Psykiatrian keskuudessa on esitetty, että elämisen ongelmat vaativat eri ongelmiin specialisoitunutta käyttäytymistieteilijää, jonka tehtävänä on opettaa kuntoutujia selviytymään ongelmistaan. Perinteisten kuntouttavan auttamistyön periaatteiden jalostaminen kehitys- ja oppimisenäkökulmalla on ajankohtaista. (Ojanen 1980, 334; Mattila 2002, 105.) Arjessa selviytymisen tukeminen on mielenterveyskuntoutuksessa keskeinen alue, joka edelleen vaatii resursointia ja työmenetelmien kehittämistä. Erityisesti mielenterveysongelmien kohdalla haastavaksi on osoittautunut hoidon ja kuntoutuksen rajanvedon hankaluus, jolloin kuntoutuksesta tulee helposti hoidolle alisteinen. Hoitomenetelmiä on kehitetty, mutta kuntoutusmenetelmien kehittäminen on ollut vähäisempää. Mielenterveystyötä on arvosteltu sen ”psykoterapeutisoitumisesta” ja lääketiedepainotteisuudesta. Muun muassa sen vuoksi tutkimukseni kohdentuu avohoidon kuntoutuskäy-

täntöihin ja hoitotyöntekijöiden keinoihin tukea kuntoutujia arjessa selviytymisessä ja kokemuksistaan oppimisessa.

Tutkimukseni aiheen koen olevan yhteiskunnallisesti merkittävä, sillä mielen sairastuminen on yhteiskunnallinen ongelma. Palvelujen kysyjistä jää osa nykyisten palvelujen ulkopuolelle, koska heidän tarpeensa ”eivät kuulu kenellekään”. Mielenterveysasioissa on kyse monitahoisesta ja vaikeasta kansanterveysongelmasta, jonka parantamiseen sosiaali- ja terveydenhuolto ei riitä. Avohoitoon tulisi antaa reilusti resursseja, sillä sairaalahoito on kallista ja on jo yhteiskunnankin kannalta taloudellisempaa satsata ennalta ehkäisevään ja kuntouttavaan avohoitoon. Erilaisia kehittämishankkeita on meneillään, esimerkiksi monivuotinen psykiatrisen hoidon ja palvelujen kehittämisohjelma. Ohjelma sisältää uusien toimintojen suunnittelun, valmistelun, henkilöstökoulutuksen ja ohjauksen sekä toiminnan kokeilun, seurannan ja arvioinnin. Niiden pohjalta tehdään johdopäätökset ja sopimukset siitä, missä muodossa uutta toimintaa toteutetaan. Esimerkiksi asumis- ja kotikuntoutuksen osalta tavoitteena on tuottaa kattava porrasteinen hoidollisesti tuettu asumis- ja kotikuntoutusjärjestelmä pitkäaikaispotilaille.

Pro gradu -tutkimuksen aihe nousee omasta mielenkiinnostani ja motivaatiostani tarkastella mielenterveyskuntoutuksen käytänteitä. Olen työskennellyt 17 vuotta mielenterveyshoitajana psykiatrisessa sairaalassa ja työtapani on pohjautunut hoitotyön viitekehykseen. Erityispedagogiikan opintojeni myötä olen alkanut kiinnittämään huomiota myös pedagogiseen näkökulmaan kuntoutuksessa. Pro seminaari – työni Mielenterveyskuntoutuksen monta mallia – palvelut hajallaan oli tutkimuksien (N= 16) kirjallisuuskatsaus. Työssäni kartoitin, tukevatko mielenterveyskuntoutuksen käytänteet kuntoutujan kuntoutumista ja oppimista sekä millaisin keinoin kuntoutujaa voidaan tukea arjessa selviytymiseen. Näin ollen pro gradu – tutkielmani on jatkoa aiheelle ja samalla aiheen syventämistä ja oman ymmärrykseni lisäämistä myös ammatillisesti.

Tutkimustehtävät

Tämä laadullinen tutkimus kartoittaa mielenterveyskuntoutuksen oppimistilanteita. Tehtävänä on kuvata aikuista mielenterveyskuntoutujaa oppijana, työntekijöiden toimintaa kuntoutujien oppimisen tukemisessa ja ohjaamisessa sekä yhteisöllisyyden ja vertaisryhmän merkitystä. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva, koska sen tarkoituksena on dokumentoida ja tuoda esiin arjen tapahtumia ja prosesseja hoitotyöntekijöiden näkö-

kulmasta kahdessa (2) kuntoutumisyhteisössä.

Tutkimustehtäviin etsin vastauksia havainnoimalla yhteisöjen toimintaa ja ohjaustilanteita työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutuksessa sekä yhteisöissä että kotikuntoutuksen ohjaustilanteissa. Haastattelin lisäksi seitsemää työntekijää. Haastattelut olivat tyypiltään etnografisia haastatteluja, joten varsinaista teemarunkoa ei ollut. Tutkimusaineistoksi näin ollen muodostuivat nauhoitetut ja litteroidut haastattelut, yhteisöissä ja kotikuntoutuksessa tapahtunut havainnointi, spontaanit keskustelut, kenttämuistiinpanoni sekä dokumenttiaineistot.

Tutkimuksen tehtävänä on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1. Miten työntekijät kuvaavat aikuista mielenterveyskuntoutujaa oppivana kuntoutujana?**
- 2. Millaista on kuntoutujan ohjaaminen arjessa?**
- 3. Mikä merkitys yhteisöllä ja vertaisryhmällä on kuntoutujan oppimiselle ja kuntoutumiselle?**

Tutkimusraportin rakenne

Tutkimusraporttini alussa esittelen aiheeseen liittyviä käsitteitä ja teorioita, jotka ovat osa esiyymmärrystäni. Taustaosiossa keskityn määrittelemään mielenterveyttä ja siihen liittyviä ongelmia sekä psykiatrista kuntoutusta ja oppimisen näkökulmaa psykiatrisessa kuntoutuksessa. Luon myös katsauksen kuntoutujan elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn sekä sen tukemiseen. Käytän tutkimuksessani mielenterveyskuntoutuja -termiä, koska haluan korostaa yksilön aktiivista roolia kuntoutujana. Siten en ole valinnut esimerkiksi psyykkisesti vajaakuntoinen -käsitettä. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 80;

2004, 152.) Mattilan (2002) käyttämä mielenkuntoutuja – termi on minulle sen verran uusi, joten en osaa sitä luontevasti käyttää.

Liitän aiheeni tarkastelun aikuisen kuntoutujan arjessa oppimiseen, merkittäviin oppimiskokemuksiin ja kokemukselliseen oppimiseen. Lisäksi määrittelen ohjaamisen keskeiset periaatteet ja ohjauksen ulottuvuudet. Päätän teoreettisen taustaosion esittelemällä yhteisökasvatuksen ekologisen mallin. Se avulla tarkastelen yhteisön, yhteisön jäsenten ja vertaisryhmän merkitystä oppimis- ja ohjaustilanteiden mahdollisuuksien luojana.

Tutkimuksen toteuttamista käsittelevässä luvussa kerron tutkimusprosessin vaiheista kuvailemalla tutkimukseen osallistuneita yhteisöjä (N=2) ja haastattelujen toteuttamista sekä osallistuvaa havainnointiani. Lisäksi perustelen, millä tavalla työni sijoittuu kvalitatiiviseen tutkimusperinteeseen ja etnografiseen lähestymistapaan. Tarkastelen myös aineistoni analysointiprosessia sekä tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

Kolmessa seuraavassa luvussa (luvut 6, 7 ja 8) kuvailen ja tulkitsen aineistoani ja siitä nousseita teemoja. Tarkastelen saamiani tuloksia tutkimustehtävittäin ja vertaan niitä teoreettisessa osuudessa (luvut 2, 3 ja 4) esiin nostettuihin asioihin sekä aikaisempiin tutkimuksiin. Päätän tutkimusraporttini johtopäätöslukuun, jossa tarkastelen tämän tutkimuksen tuloksia liittäen niitä laajempaan erityispedagogiseen ja yhteiskunnalliseen keskusteluun. Lopuksi esittelen jatkotutkimusaiheita.

2 MIELENTERVEYS JA PSYKIATRINEN KUNTOUTUS

Mielenterveys on moniulotteinen, suhteellinen ja kulttuurisidonnainen käsite, joten sitä on vaikea määrittellä yksiselitteisesti (Lahti 1995, 25 – 26; Latikka 1997, 7 - 8). Freudin usein lainattu määritelmä mielen-terveydestä on kyky rakastaa ja tehdä työtä. Mielenterveyteen liittyy psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Tämän tutkimuksen kannalta mielekäs on Lahtisen, Lehtisen, Riikosen ja Ahosen (1999) määritelmä mielen-terveydestä tasapainotilana yksilön ja ympäristön välillä. Mielenterveyteen liittyvät kyvyt ja toiminnot ovat välttämättömiä kaikilla elämänalueilla. Niiden avulla voidaan kokea elämä mielekkäänä ja toimia kehittyvinä, luovina ja tuottavina yhteisön jäseninä. Mielenterveydellä on keskeinen merkitys muodostettaessa ja ylläpidettäessä sosiaalisia suhteita. (Lahtinen ym. 1999; Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004.)

Mielenterveyden häiriöstä on kyse, kun oireet aiheuttavat monenasteista psyykkistä vajaakuntoisuutta ja rajoittavat työ- ja toimintakykyä sekä osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia (Salonen 1998, 70). Mielenterveysongelmat vaikuttavat yksilön toimintakykyyn eri tavoin häiriön luonteesta ja vaikeusasteesta riippuen. Oireiden vaikutus arjesta selviytymiseen on aina yksilöllistä. Oireita ja diagnoosia enemmän toimintakykyyn vaikuttavat ihmisen yksilölliset ominaisuudet, elämäntilanne, elämäntapa sekä ympäristön tarjoama tuki. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 121 - 122.)

Kuntoutus on prosessi, jonka kuluessa yksilöä pyritään saattamaan epätyytyttävästä elämäntilanteesta kohti parempaa elämää, toimintakykyä, selviytymismahdollisuuksia tai elämänlaatua. Kuntoutuminen mielen-terveyden ongelmista on henkilökohtainen ja ainutlaatuinen muutos- ja oppimisprosessi, jossa ihmisen arvot, asenteet, tunteet, elämän päämäärät, taidot ja roolit muuttuvat. Kuntoutuja oppii näkemään omat mahdollisuudet ja olemassa olevan toimintakykynsä realistisesti (Koskisuus 2003, 17).

2.1 Mielenterveys ja mielenterveyden ongelmat

Mielenterveyttä ja sen häiriöitä on selitetty osin päällekkäisin painotuksin eri tieteenalojen näkökulmista. Biologis-geneettinen lähestymistapa korostaa mielenterveyshäiriöiden perinnöllisyyttä ja geenitutkimusta sekä hermoston ja aivojen välittäjäaineiden toimintaa psyykkisten häiriöiden tarkastelussa. Lisäksi se tutkii psyykelääkkeiden vaikutusmekanismeja. (Isohanni 1998, 20 – 23.) Mielenterveyden kriteeri on tällöin mielenterveysongelman tai sen oireiden puuttuminen (Vuori-Kemilä 2000, 15). Psykososiaalisen selitystavan mukaan mielenterveyden häiriöitä pidetään tuloksena vahingollisten ympäristötekijöiden ja sisäisten ristiriitojen kietoutumisesta toisiinsa (Jokinen & Räsänen 2000, 25). Psykologinen ja psykodynaaminen lähestymistapa on puolestaan kiinnostunut ihmismielen sisäisistä lainalaisuuksista, mielikuvista ja henkisestä kasvusta, jotka tapahtuvat vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Isohanni 1998, 20 – 23; Jokinen 2000, 26). Mielenterveys liittyy täten ihmisen omaan kokemukseen psyykkisestä hyvinvoinnista (Vuori-Kemilä 2000, 15).

Kognitiivisen lähestymistavan mukaan henkilöllä, jolla on mielenterveyden ongelmia, on opittuja, vääristyneitä ajattelumalleja suhteessa itseensä, muihin ja ympäristöön. Ajattelumallien purkamiseksi yksilön tulisi saada myönteisiä kokemuksia hyödyntämällä vahvuuksiansa. (Jokinen 2000, 27 – 28.) Sosiaalinen selitysmalli painottaa ihmissuhteita, perheen ja yhteiskunnan vuorovaikutusta sekä mielenterveysongelmia yhteiskunnallisena ilmiönä (Isohanni 1998, 22 – 23). Mielenterveyden kriteerinä pidetään yksilön kykyä sopeutua yhteisöön ja toimia erilaisissa vuorovaikutussuhteissa (Vuori-Kemilä 2000, 16). Kiteytetysti hyvälle mielenterveydelle ominaisena voidaan pitää eheää identiteettiä, kykyä tiedostaa tunteet ja elämän realiteetit sekä kykyä hallita sisäisiä impulsseja pitäytymättä liiaksi puolustusmekanismeihin. Tarkoituksenmukaiset ja joustavat hallintakeinot mahdollistavat tasapainon säilymisen itsen ja ympäristön välillä. (Lahti 1995, 25 – 26.)

Kaikilla lähestymistavoilla on kuitenkin rajoituksensa ihmismielen ymmärtämisessä. Sen vuoksi erilaisia lähestymistapoja on pyritty sovittamaan yhteen biopsykososiaalisessa mallissa, joka ei näe psyykkisen kehityksen ja häiriöiden taustalla pelkästään yhtä lähestymistapaa, vaan niiden summautumisen ja yhteisvaikutuksen. Mallissa korostetaan monitasoisten lähestymistapojen hyödyllisyyttä sairauden syiden ymmärtämisessä

ja hoidon toteuttamisessa. (Isohanni 1998, 23 - 24.) Yksi käytännöllinen malli, jolla voidaan ymmärtää psyykkisiä sairauksia, on haavoittuvuus-stressi – malli. Teorian mukaan sairauden puhkeaminen selittyy henkilön alttiuden ja ympäristön aiheuttaman stressin vuorovaikutuksena. Haavoittuvuus viittaa tekijöihin, jotka altistavat ihmistä kehittämään tietyn oireyhtymän. (Johansson 2007, 22.) Stressi – haavoittuvuus – malli ja sen pohjalta suunnitellut hoito- ja kuntoutumisohjelmat ovat saavuttaneet viime vuosina laajaa kannatusta. Esimerkiksi Suomen ja Ruotsin psykiatriyhdistysten skitsofrenian hyvää hoitoa koskevissa suosituksissa ja kansainvälisten psykoedukatiivisten perheyön ohjelmissa malli on perustana.

Mielenterveyden moninaiset määritelmät ovat myös aikasidonnaisia (Latikka 1997, 7 – 8; Lönnqvist 2003, 83). Länsimaisessa ajattelussa yleinen hyvinvointi liitettiin vielä 1960-luvulla ihmisen perustarpeisiin ja niitä seuraaviin korkeampiin henkisiin tarpeisiin, minkä myötä hyvinvointi jaettiin eri tasojen ulottuvuuksiin ihmisen toimiessa passiivisena tarpeidensa täyttäjänä. Nykyinen hyvinvointiajattelu korostaa ihmisen kokonaisvaltaisuutta ja näkee mielenterveyden uusiutuvien luonnonvarojen kaltaisena inhimillisenä voimavarana, joka moniulotteisuutensa ja dynaamisuutensa vuoksi kytkee yhteen biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. (Alanen 2003, 17 – 18.) Tämänkaltaisessa voimavara-ajattelussa korostuu ihmisen aktiivinen ja luova rooli omien voimavarojensa tunnistajana ja hyödyntäjänä sekä luontainen pyrkimys säilyttää mielen tasapaino erilaisia uhkia kohdatessa. Mieli kaipaa uusia kokemuksia ja rajojen rikkomista epäonnistumistensa uhalla, jolloin inhimillinen kyky uusiutua, muuttua ja kehittyä tukee merkittävästi elämänhallintaa, selviytymistä ja toimintakykyä jatkuvasti muuttuvassa maailmassa. (Lönnqvist 2003, 83 – 86; Punkanen 2001, 9; Taipale 1993, 10 – 11.)

Mielenterveys ja mielen sairaus eivät ole pysyviä tiloja, vaan ne vaihtelevat läpi elämän fyysisen kunnon tapaan. Terveiden ja sairauden välille ei voida asettaa selkeää rajaa, koska mielenterveyden ongelmat ilmenevät eri tavoin. Usein ongelmat näyttäytyvät päivittäisinä mieltä painavina ja voimia heikentävinä asioina, jotka vaikeuttavat henkistä hyvinvointia. Mielenterveyden ongelmat voivat myös ilmetä somaattisina tuntemuksina ja kipuina. Pahimmillaan mielenterveydenhäiriöt voivat vammauttaa yksilön ja sulkea tämän yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Salonen 1998, 70, 73.) Mielenterveysongelmissa syytä sairastumiseen haetaan useimmiten itsestä, mikä merkitsee itsetunnon laskua, häpeää ja vetäytymistä sosiaalisista rooleista. Mielen-

terveysongelmat ovat usein pitkäkestoisia ja jatkuessaan tuovat monenlaisia sosiaalisia ongelmia, kuten vuorovaikutuksellisia ongelmia, yksinäisyyttä ja taloudellista niukkuutta. (Peltomaa 2005, 15 – 16.)

Mielenterveyden ongelmia Lavikaisen ym. (2004, 16) mukaan ovat esimerkiksi:

- psyykkinen stressi, joka liittyy elämäntilanteisiin, tapahtumiin ja ongelmiin
- tavalliset mielenterveydenhäiriöt (esim. masennus, ahdistuneisuushäiriöt)
- vakavat psyykkiset häiriöt, joihin liittyy aistiharhoja sekä vääristyneitä uskokuksia ja ajatusprosesseja (psykoosit)
- päihteiden väärinkäyttö (liiallinen alkoholin, huumeiden ja tupakan käyttö sekä niihin kohdistuva riippuvuus)
- poikkeavat luonteenpiirteet, joista on haittaa yksilölle ja toisille
- etenevät elimelliset aivosairaudet. ¹

Mielenterveyden ongelmiin liittyy aina psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen pysvästi tai ajoittaisesti. Mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmia ovat muun muassa aloitekyvyttömyys, pelot, heikentynyt keskittymiskyky, huono itsearvostus sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen vaikeus. Myös passiivisuus ja yksinäisyys ovat yleisiä ongelmia. Pitkään jatkunut stressi ja muut pitkäaikaiset mielenterveysongelmat aiheuttavat kognitiivisten taitojen heikkenemistä, mikä ilmenee oppimis- ja ajattelukyvyntalantumisenä. (Kettunen ym. 2002, 121 - 122.)

¹ Tarkemmin diagnooseista ja diagnostisista kriteereistä ICD-10-luokituksesta (WHO 1992).

2.2 Kuntoutujan elämäntilanne ja toimintakyky

Mielenterveyskuntoutajat ovat oppineet ongelmien olevan heissä itsessään, jolloin kuntoutuksen tavoite on muuttaa itseä. Mielenterveysongelmissa sairaudesta muodostuu usein osa persoonallisuutta. (Deegan 1992, 11.) Mielenterveysongelman kehittyminen on yleensä prosessi, jossa ihminen suhteuttaa itseään ympäristöönsä ja tulkitsee sitä oman kielteisen minäkuvansa kautta. Kramerin ja Gagnen (2001, 470 – 472) mukaan mielenterveyskuntoutujista tulee taitavia arvioimaan itseään pelkästään heikkouksien näkökulmasta. Monista tulee epävarmoja ja he pelkäävät epäonnistumisia ja yrittämistä. Alistuminen ja avuttomuus ovat kuntoutujien kokemuksen mukaan seurausta epätoivosta sekä liiallisesta luottamuksesta terapeutteihin ja lääkkeisiin sekä sosiaalisten taitojen surkastumisesta ja eristäytyneeseen elämäntapaan liittyvistä käyttäytymismalleista (Kramer & Gagne 2001, 471 – 472).

Elämäntilanne

Kuntoutumiseen vaikuttaa paljon se, millaisessa elämänvaiheessa ihminen sairastuu. Sairastuminen merkitsee muutoksia elintavoissa, sosiaalisissa suhteissa, rooleissa ja elinolosuhteissa. Sairastumisen aikaansaama elämänmuutos saa hyvin erilaisen merkityksen elämänkaaren eri vaiheissa (Härkäpää & Järvikoski 1995b, 136). Mielenterveyskuntoutajat painottavat sairastumisen hyväksymisen merkitystä kuntoutumisen perustana. Mielenterveyden häiriöiden syiden, seurauksien ja toipumisen ymmärtäminen on vaikeampaa kuin somaattisissa sairauksissa. Lisäksi mielenterveyden ongelmiin liittyy voimakkaita asenteita ja pelkoja, joita on niin sairastuneilla itsellään kuin ympäristössäänkin. Kuntoutuksen kannalta on merkityksellistä, pyrkiikö kuntoutuja puolustautumaan sairautta vastaan vai onko hän jo hyväksynyt tilanteensa. Kuntoutuminen lähtee liikkeelle siitä, että kuntoutuja hyväksyy sairastumisensa ja tarvitsevansa apua selviytyäkseen. Toinen tärkeä tekijä kuntoutumisen käynnistymiseksi on toivon herääminen. Kun sairastumisesta on kulunut aikaa, kuntoutajat yleensä oppivat tunnistamaan sairauden vaihteitaan ja merkkejä sairauden muutoksesta, mikä luo tunnetta sairauden hallittavuudesta. Vastuun ottaminen itsestä nostaa itsekunnioitusta ja riittävän pienistä asioista aloittaminen lisää uskoa oman toiminnan vaikuttavuuteen. Toisten ihmisten usko kuntoutujan toipumisen mahdollisuuteen on yksi merkittävimmistä tekijöistä. (Young & Ensing 1999.)

Ihmislouenteelle on ominaista pyrkimys turvata mielen sisäinen tasapaino ja täten hallita elämäntulkua ja sen tapahtumia, mikä heijastuu kokonaisvaltaisesti yksilöllisiin toiminta- ja ajattelutapoihin (Bandura 1999, 1; Lönnqvist 2003, 85). Hallinnan tunteet luovat uskoa henkilökohtaisiin vaikutusmahdollisuuksiin ja tuovat elämään miellekyyttä, kun elämää voidaan paremmin ennakoida ja siten valmistautua tulevaan omin voimavaroin. Yksilön elämäntulkun kannalta merkityksellistä on yksilön subjektiivinen, sisäinen kokemus siitä, mihin hän voi vaikuttaa, eikä niinkään se, mihin hän todellisuudessa pystyisi. Pystyvyyskäsitteiden vaikuttavuutta yksilön elämään voidaan tarkastella kognitiivisten, affektiivisten (tunneperäisten), motivaatiollisen ja valintaprosessin kautta (kuvio 1).

	Vahvat pystyvyysodotukset	Heikot pystyvyysodotukset
Kognitiivinen	”Vain taivas rajana”	”Turha kurkotella kuuta taivaalta”
Affektiivinen	”Positiivisen ajattelun voimalla eteenpäin”	”Ahdistaa ja pää halkeaa”
Motivaatiollinen	”Mikä ei tapa, se vahvistaa”	”Menee pieleen kuitenkin”
Valintaprosessi	”Kohti uutta ja tuntematonta”	”Tutut ja turvalliset kuviot”

KUVIO 1. Pystyvyysodotusten vaikutus yksilön ajatteluun ja elämään

Subjektiiviset käsitykset hallinnan mahdollisuuksista kehittyvät neljällä eri tavalla. Ensimmäinen ja tehokkain keino muokata uskomuksia itsestään on hankkia kokemuksia erilaisista hallinnan tilanteista, minkä kautta on mahdollisuus objektiivisemmin tarkastella omia kykyjä. Toisena tapana on hyödyntää ryhmässä saatavia sijaiskokemuksia, jolloin muiden itsensä kaltaisten ihmisten onnistuminen edesauttaa uskoa omiin kykyihin. Kolmantena uskomusten vahvistajana voidaan nähdä ohjaajan positiiviset palautteet ja kannustus. Neljäntenä keinona voidaan vahvistaa yksilön fyysisiä ominaisuuksia ja korjata niihin liittyviä vääristyneitä ajattelumalleja sekä vähentää negatiivisia tunnetilapumuksia ja stressiä. (Bandura 1999, 2 – 4.)

Aaron Antonovskyn (1993) mukaan me kaikki olemme elämän vaarallisessa joessa – kukaan ei ole rannalla. Kysymys kuuluukin: Kuinka vaarallinen jokemme on ja kuinka hyvin osaamme uida? (Sohlman 2004, 40 – 41.) Antonovsky kehitti käsitteen koherenssi kuvaamaan elämäneheyden tunnetta, joka perustuu riittäviin selviytymiskeinoihin ja voimavaroihin vastata elämän haasteisiin ja luottamukseen elämän ennustettavuudesta ja selitettävyydestä. Koherenssin tunne viittaa ihmisen tapaan havaita ja ymmärtää ympäristöään (Järvikoski 1994, 110).

Koherenssin tunteessa keskeistä on ensinnäkin kokemus oman itsensä, ympäristönsä ja elämänsä ymmärrettävyydestä (*comprehensibility*), joka pohjautuu realistiseen itsetuntemukseen, vuorovaikutustaitoihin ja tunneälyyn sekä ongelmatilanteiden kognitiiviseen arvioimiseen. Toiseksi koherenssin tunteeseen liittyy mielekkyyden kokemus (*meaningfulness*), joka syntyy persoonallisuuden, toimintaroolien, arvomaailman ja elämäntilanteen yhteisvaikutuksesta. Mielekkyys merkitsee elämän kokemista elämisen arvoisena, mikä kannustaa käsittelemään ristiriitaisia tilanteita tarkoituksenmukaisin keinoin. Mielekkyyden tunne on Antonovskyn mukaan keskeisin osatekijä koherenssin tunteessa, koska se luo perustan motivaatiolle toimia. Kolmas koherenssiin kytkeytyvä tekijä on hallinnan kokemus (*manageability*), mikä merkitsee omaa elämää koskevien valintamahdollisuuksien tiedostamista. Hallinnan kokemus perustuu sekä henkilökohtaisiin voimavaroihin että fyysisiin ja sosiaalisiin resursseihin. (Antonovsky 1993, 725 - 733; Kettunen ym. 2002, 56 – 57; Peltomaa 2005, 30 – 31, 64; Raitasalo 1996, 63 – 65.)

Asetettujen vaatimusten ja ongelmien ratkaisu edellyttää kaikkia kolmea koherenssin tunteen osatekijää, joista ymmärrettävyyden katsotaan edustavan kognitiivista, mielekkyyden motivaationaalista ja hallinnan kokemuksen välineellistä näkökulmaa (Feldt 2000, 11). Korkeilan (2000) mukaan koherenssin tunne on terveyden, niin emotionaalisten kuin kognitiivistenkin resurssien mittari. Koherenssin tunne käsitteenä on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen ja sen pohjana on tunne, että asiat ovat hallittavissa joko omin keinoin tai toisten avustamana (Järvikoski 1994, 99).

Toimintakyky

Koskisuu (2003, 16) on määritellyt toimintakyvyn seuraavasti: ”Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä toimia ja tehdä erilaisia asioita tavalla, joka on itselle tyydyttävä ja suhteellisessa sopuosoinnussa ympäristön ja sen odotusten kanssa.” Ongelmat toimintakyvyssä voivat ilmetä niin fyysisenä, psyykkisenä kuin sosiaalisena avuttomuutena, mikä voi vähitellen johtaa tavoitteista ja haasteista luovuttamiseen, lamaantumiseen sekä eristäytymiseen sosiaalisesta maailmasta. Mikäli yksilöltä puuttuu elämässä tarvittavia aineellisia, psyykkisiä tai sosiaalisia resursseja tai hän ei kykene tunnistamaan eikä hyödyntämään niitä, hän kokee omat vaikutusmahdollisuutensa elämänsä suhteen puutteellisina. Tämän myötä on vaarana vieraantuminen yhteisöllisistä sidoksista sekä aloittekyvyttömyyden, riippuvuuden ja riittämättömyyden tunteet. Tämänkaltainen syrjäytymisprosessi etenee useimmiten vähitellen vaihe vaiheelta ja siinä korostuu ongelmien limittäisyys ja kasautuminen, mikä saa yksilön vetäytymään elämän keskeisiltä osa-alueilta. (Kettunen ym. 2002, 68 – 69.)

Psykososiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä selviytyä itsenäisesti arkielämästä ja sen tuomista ongelmatilanteista sekä taitoa solmia ihmissuhteita ja toimia ympäröivässä yhteiskunnassa. Psykososiaalinen toimintakyky rakentuu pala palalta yksilön taustan, historian ja elinympäristön vuorovaikutuksessa läpi elämän, jolloin se on aina yksilöllinen käsitys omista kyvyistä kussakin elämänvaiheessa. Riittävä psykososiaalinen toimintakyky voidaan nähdä myös syrjäytymisen vastakohtana, koska sen ansiosta yksilö voi vaikuttaa elämäänsä omakohtaisten valintojensa kautta sekä osallistua laajemmin yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen elämään. (Kettunen ym. 2002, 53 – 55, 64.) Psykososiaalisen toimintakyvyn kannalta avohoidon tukipalveluilla on tärkeä rooli kuntoutujan tukemisessa. Ne varmistavat kuntoutujan selviytymistä. Tukipalveluita voivat olla erilaiset asumispalvelut (kuntoutuskodit, tuettu asuminen), päivätoiminta- ja työtoimintapalvelut sekä päiväsairaala. Lääkehoidolla on tärkeä merkitys pitkäaikaisissa mielen-terveysongelmissa, joten lääkehoidon toteutus ja seuranta ovat ensisijaisen tärkeitä mielen-terveyskuntoutujan tukemisessa. (Kettunen 2002, 124; Nordling 2007, 224 – 226.)

Psykososiaalinen toimintakyky kytkeytyy ihmisen identiteettiin ja siten kykyyn liittää minän eri puolet, persoonallinen ja sosiaalinen identiteetti sekä elämän eri osa-alueet yhtenäiseksi kokemukseksi minuudesta. Identiteetti voi muovautua perustavanlaatuisesti

elämänkriisien, vammautumisen tai sairastumisen myötä niiden heijastuessa toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Identiteetillä tarkoitetaan sitä puolta minäkuvasta, joka vastaa kysymyksiin kuka minä olen ja mihin ryhmään kuulun (Repo-Kaarento 2007, 22). Wagerin (1996) mukaan identiteetin käsitettä käytetään, kun halutaan korostaa ihmisen persoonallisuuden sosiaalista puolta (Repo-Kaarento 2007, 22). Aikuisen identiteettiin vaikuttavat identiteetin perustana olevat varhaiset samastumiskohteet (vanhemmat ja muuta kasvuympäristön ihmiset), nuoruuden koulu- ja ystäväpiiri sekä koko elämänkaaren tärkeät tapahtumat, kuten koulutus, työpaikat ja muutokset perhe-elämässä. Mielen-terveyskuntoutujalla identiteettiin vaikuttavat myös sairastuminen, sen tuomat häiriöt ja vaikutukset elämäntapaan sekä suhteet hoitavien tahojen viranomaisverkostoon että vertaisryhmään. Identiteetin kehittyminen ja uudelleen määrittely on elämänmittainen prosessi, jonka läpi siivilöityvät muut oppimiskokemukset (Repo-Kaarento 2007, 23).

Fyysinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi selviytyä itsenäisesti arjen toiminnoista, ruumiillista ponnistusta vaativista työtehtävistä sekä vapaa-ajan aktiviteeteista. Se pohjautuu yksilön perusterveydentilaan ja subjektiiviseen kokemukseen omista toiminnallisista resursseista ja on yhteydessä aina kulloinkin vallitseviin elinolosuhteisiin sekä henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn siten, että vaativien fyysisten taitojen kokeilu ja harjoittaminen edellyttää oman halun ja motivaation lisäksi muilta saatua sosiaalista vahvistusta ja palautetta. Yksilön mielentila ja ympäristön palaute heijastuvat usein myös fyysiseen olemukseen aiheuttaen erilaisia fyysisiä reaktioita sekä muutoksia omassa kehonkuvassa. (Kettunen ym. 2002, 135 – 138.)

2.3 Psykiatrinen kuntoutus

Kuntoutuksen lähtökohtana on tavallisesti hyvin konkreettinen elämänongelma: pitkäaikais sairaus, vamma, päihdeongelma, toiminnanrajoitus, työkyvyttömyys tai sen uhka. Näitä moninaisia ongelmia voidaan myös kuvata sosiaalisen selviytymisen tai elämäntapa- hallinnan heikkenemisenä. (Järvikoski 2000, 247.) Kuntoutuksen tavoitteena on entistä useammin yksilön kokonaisvaltaisen elämäntapa- hallinnan tukeminen työllistymisen ja työ- elämään palaamisen sijaan tai rinnalla. Mielen-terveyskuntoutujien kuntoutuksessa työ on ymmärrettävä riittävän laajasti eli siihen kuuluvat kodinhoito, erilaiset päivätoimin- nat ja suoja-työ, joillakin kuntoutujilla myös tuettu työ tai opiskelu. Kuntoutujan voima-

varoja, toimintakykyä, toimintamahdollisuuksia ja elämänhallinnan tunnetta pyritään lisäämään. Tavoitteena on aikaisempaa parempi itsenäinen arjesta selviäminen ja arkielämän haasteisiin vastaaminen, missä oppimisella on hyvin keskeinen merkitys. (Ladonlahti 2001, 25.)

Kuntoutuksessa on kysymyksessä työntekijän näkökulma hänen tehtävänsä, kun taas kuntoutumisessa samaa asiaa tarkastellaan kuntoutujan näkökulmasta (Nojonen 1990, 23). Yksi tapa hahmottaa kuntoutumista on ajatella sitä tienä potilaasta kuntoutujaksi: Potilaana ihminen on oikeutettu saamaan hoitoa ja olemaan hoidettavana, mutta vähitellen voimien lisääntyessä ja oireiden lievittyessä hän voi lähteä hakemaan muutosta ja parempaa elämänlaatua. Kuntoutuminen ei välttämättä ole sama asia kuin oireiden poistuminen tai paraneminen. Kuntoutumista voi tapahtua, vaikka oireita olisikin jäljellä, sillä kuntoutumisen myötä ne yleensä lievittyvät ja ne hallitaan paremmin. (Koskisuu 2003, 15.)

Nykypäivän kuntoutuskäytännöissä korostuu aiempaa enemmän ennalta ehkäisevä, terveyttä ylläpitävä ja yhteisöllistä osallisuutta painottava ajattelumalli, joka konkretisoituu yksilön hyvinvoinnin, motivaation, innostuksen ja resurssien tukemisena ja edistämisenä (Riikonen 2000, 42 - 43). Keskeiseksi kuntoutustyön toimintamalliksi on siten kliinisen mallin rinnalle noussut kuntoutuja- ja resurssikeskeinen malli, jonka lähtökohtana on kuntoutuja itse aktiivisena toimijana omine voimavaroineen ja vaikutusmahdollisuuksineen kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Yksilön omaa motivaatiota, sitoutumista ja omatoimisuutta pidetään edellytyksenä toiminnan onnistumiselle. Kuntoutujaa itseään pidetään asiantuntijana sen suhteen, mitkä asiat tuottavat ja tukevat parhaiten psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä yksilön omassa elämäntilanteessa. Tällaisessa voimavara- ja lähtöisessä kuntoutusmallissa keskitytään ongelmien ja puutteiden sijasta mahdollisuuksiin, joita hyödyntämällä yksilön on mahdollista kehittyä ja kuntoutua kohti tavoitteitaan sekä vahvistaa jo olemassa olevia resurssejaan. (Härkäpää & Järvikoski 1995a, 79 – 81; Kettunen ym. 2002, 19, 38 – 40, 42 – 43; Riikonen 2000, 48 – 50.) Myös ekologinen tai situationaalinen näkökulma hallitsee kuntoutusta sen korostaessa yksilön oikeuksia ja mahdollisuuksia integroitua osaksi yhteiskuntaa ja elää täysipainoista elämää sosiaalisen yhteisön jäsenenä. Integroitumista pyritään edistämään kiinnittämällä huomio ympäristöön ja sen asettamien esteiden ja haittojen poistamiseen. (Härkäpää & Järvikoski 1995a, 76 – 77; Härkäpää & Järvikoski 1995b, 17 – 18.)

Psykiatrinen kuntoutus

Psykiatrisen kuntoutuksen keskeisenä funktiona pidetään asiakkaan henkistä hyvinvointia ja toimintakykyä tuottavien tekijöiden tukemista ja näin ollen itsenäisen selviytymiskyvyn edistämistä. Lähtökohtana mielenterveyskuntoutuksessa on kuntoutujan persoonallisuuden ja elämäntilanteen laaja-alainen huomioiminen, jonka pohjalta yksilölliset tavoitteet ja tarkoituksenmukaiset keinot ovat järkevästi rakennettavissa. (Corrigan 2003, 346 – 347.) Tämänkaltaisessa selvitystyössä kuntoutujan oma asiantuntijuus elämästään nousee arvoonsa (Riikonen 2000, 43 – 44). Kyse on subjektiivisista, kunkin yksilön intresseistä ja voimavaroista juontuvista elämän näköaloista ja projekteista, jolloin ne asiat, jotka ovat yhdelle hyväksi, voivat koitua toiselle pahaksi (Järvikoski 2000, 254; Riikonen 2000, 45). Lähteenlahden (2001, 173) mukaan psykiatrinen kuntoutus kohdistuu eniten kahteen mielisairausryhmään: kognitiivisiin psykooseihin eli skitsofrenioihin sekä affektihäiriöihin eli psykoottiseen pitkäkestoiseen masennukseen ja maniaan. Tämän tutkimuksen kannalta oleellisin kuntoutujaryhmä on skitsofreniaa sairastavat kuntoutujat.

Mielenterveyskuntoutusta voidaan tarkastella Corriganin (2003) luoman rakenteellisen mallin mukaan, joka koostuu ensisijaisesti kuntoutuksen tavoitteista ja muutosta edesauttavista keinoista (kuvio 2, seuraavalla sivulla). Corriganin mallissa otetaan huomioon myös kuntoutuksen konteksti ja sen tuottajien roolien näkökulmat. Kuntoutuksen pääasiallisimmaksi tavoitteeksi katsotaan sellaisten toimien rakentaminen, joilla voidaan tukea sairaudesta toipumista. Toipumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä pitkälti yksilön kykyä kontrolloida oireitaan (oireenhallinta) ja irtaantua sairauteen liittyvistä häiriöistä erilaisten vaihtoehtoisten ratkaisujen kautta. Lisäksi toipumisessa on tärkeää hyväksyä psyykkisen sairauden tuomat esteet, jotka eivät estä yksilöä luomasta mielekästä elämää. (Corrigan 2003, 346, 348 – 353.) On tyypillistä, että yksilö on valmis arvioimaan realistisesti omia voimavarojaan ja kykyjään sekä asettamaan tulevaisuuden tavoitteitaan vasta, kun hän on hyväksynyt sairautensa osaksi elämäänsä. Ymmärrys sairauden vaikutuksista minuuteen ja elämän valintoihin voi mahdollistaa syvemmän henkisen kasvun. (Härkäpää & Järvikoski 1995b, 131 – 132.)

TAVOITTEET	Sairaudesta toipuminen
	Selviytyminen arkielämässä
	Osallistumisen ja toiminnallisuuden mahdollistuminen
	Itsenäisyys
	Valtaistuminen
	Elämänlaatu
KEINOT	Välineellinen ja sosiaalinen tuki
	Tavoitteiden asettelu
	Taitojen harjoittelu
	Siirtovaikutuksen opettelu
	Kognitiivinen kuntoutus ja terapia
	Perheopastus ja – tuki

KUVIO 2. Psykiatrisen kuntoutuksen tavoitteet ja keinot (Corrigan 2003, 353)

Psykiatrisen kuntoutuksen muihin tavoitteisiin lukeutuvat kuntoutujan ohjaaminen arkielämän toimintoihin ja kokemuksiin sekä pohjan luominen erilaisille osallistumis- ja toimintamahdollisuuksille. Yhteiskunnassa vallitsevien erottelevien ja ennakkoluuloisten asenteiden vuoksi tässä vaiheessa törmätään usein leimaamiseen. Itseohjautuva ja subjektiivinen kokemusten etsintä sekä omaa elämää koskevien päätösten tekeminen ovat myös merkittäviä kuntoutuksen tavoitteita. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteena on saavuttaa hyvä elämänlaatu, joka edellyttää riittävien elämähallinnallisten taitojen harjoittamista. (Corrigan 2003, 348 – 349.)

Psykiatrisen kuntoutuksen toimintamuotoina tavoitteiden saavuttamiseksi käytetään ensinnäkin välineellistä ja sosiaalista tukea, joista välineellinen tuki merkitsee esimerkiksi tuettua asumista, kun taas sosiaalisen tuen keskeisenä muotona on muiden antama emotionaalinen ja tiedollinen tuki. Toisena psykiatrisen kuntoutuksen keinona on päämäärien asettaminen, taitojen harjoittaminen ja siirtovaikutuksen opettelu, millä tähdätään realististen tavoitteiden asettamiseen ja saavuttamiseen sekä niiden integroimiseen osaksi arkielämää. Myös kognitiivisten strategioiden harjoittaminen on oleellinen toimintakeino, koska mielenterveyskuntoutujalla on usein huomattavia kognitiivisia toi-

minnan puutteita esimerkiksi päätöksenteossa, muistamisessa tai kielellisessä ilmaisussa. Lisäksi perhettä ja läheisiä opastetaan ja tuetaan selviytymisessä ja sopeutumisessa. (Corrigan 2003, 346, 348 – 353.)

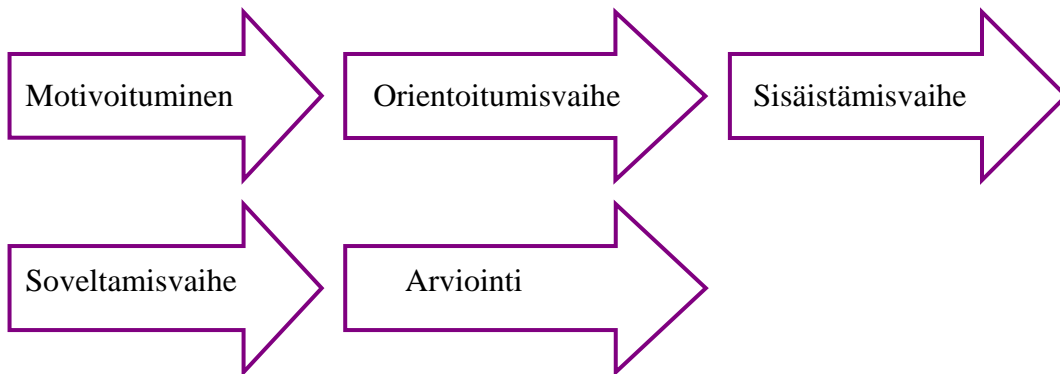
Mielenterveyskuntoutuksen keinot liittyvät lääkinnällisten sairaus- ja oireistospesifien menetelmien ohella merkittävästi erilaisiin arkipäivän tilanteisiin ja toimintoihin, joiden kautta voidaan mielekkäästi tukea yksilön mielenterveyttä sekä huomioida aiempaa enemmän sosiaalisen ja fyysisen ympäristön merkitys yksilön hyvinvoinnille (Latikka 1997, 5 – 6; Riikonen & Järvikoski 2001, 162 – 163). Arkielämään kytkeytyviä keinoja ovat muun muassa erilaiset sosiaalisen kanssakäymisen muodot, toiminnalliset ja liikunnalliset ratkaisut, harrastukset, kulttuurielämykset sekä elinolojen järjestely niin, että niillä voidaan tukea mielenterveyshäiriöiden heikentämää toimintakykyä (Riikonen & Järvikoski 2001, 162 – 163).

Oppimisen näkökulma psykiatriseen kuntoutukseen

Kuntoutusta voidaan tarkastella oppimisen näkökulmasta, jolloin elämä nähdään jatkuvana kehityksenä ja uuden oppimisena. Ihminen rakentaa minäkäsitystään sekä omak-suun tietoja, taitoja, asenteita, käsityksiä ja emotionaalisia reaktiotapoja vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Kokemusten, yritysten ja erehdyksen sekä muilta saadun palautteen kautta luodaan pohja yksilöllisille ajattelu-, tunne- ja toimintamalleille, jotka taas ohjaavat ja muokkaavat käyttäytymistä tilanteen mukaan. (Kettunen ym. 2002, 46.)

Kuntoutustilanteet ovat oppimistilanteita, joissa oleellista on kuntoutujan osallisuus. Mielenterveyskuntoutujat kykenevät oppimaan arjen taitoja siinä missä kuka tahansa ihminen. Psykkiset häiriöt saattavat vaikeuttaa oppimista, mutta eivät tee sitä mahdottomaksi. Yleensä suurimmat ongelmat ovat siinä, etteivät kuntoutujat jaksa enää olla kiinnostuneita arkielämän asioista. Arkiset asiat ja sosiaalinen vuorovaikutus ovat tuottaneet lähinnä ahdistusta ja kielteistä palautetta. Etenkin paljon sairaalassa aikaansa viettäneet kuntoutujat ovat saattaneet tottua siihen käsitykseen, että elämänvaikeuksien keskeltä voi aina paeta laitoshoitoon tai lääkkeisiin. Ongelmien käsittelykyky on heikentynyt tai ehkä ollut alusta alkaen puutteellinen. Stressinsietokyvyn heikkous vaikeuttaa sopeutumista normaaliin elämään. Avuttomuuden tunne aiheuttaa negatiivista riippuvuutta joihinkin tiettyihin henkilöihin ja ympäristöihin. (Ojanen & Sariola 1996, 139,

191.) Kuntoutumisprosessissa voidaan erotella oppimisprosessille tyypilliset vaiheet (kuvio 3).



KUVIO 3. Oppimisprosessi kuntoutumisessa

Onnistunut kuntoutumis- ja oppimisprosessi edellyttää kuntoutujalta ensinnäkin hyvää motivoitumista, mikä pohjautuu realistisesti asetettuihin tavoitteisiin ja uskoon omista kyvyistä. Motivoituminen sairastumisen akuutissa vaiheessa on yleensä lähes mahdollonta toimintakyvyn lamaanumisen vuoksi ja siksi kuntoutus onkin mielekäästä aloittaa vasta myöhemmin yksilön sopeuduttua muuttuneeseen tilanteeseen. Motivaation ylläpitämiseksi muutosprosessille on varattava riittävästi aikaa, suuremmat tavoitteet on pilkottava pienemmiksi lähitavoitteiksi ja kuntoutujan voimavarat on pyrittävä aktivoimaan mahdollisimman tehokkaasti. (Kettunen ym. 2002, 46, 48 – 49; Virsu & Haapasalo 2001, 82.)

Kuntoutumis- ja oppimisprosessi käynnistyy varsinaisesti orientoitumisvaiheessa, jolloin kuntoutujan tehtävänä on tarkastella subjektiivisia resurssejaan ja toimintakykynsä osa-alueita. Kartoituksen pohjalta on mahdollista arvioida keskeiset oppimistarpeet ja rakentaa niihin liittyvät tavoitteet riittävän laajasti huomioiden koko elämäntilanne. (Kettunen ym. 2002. 49 – 50; Virsu & Haapasalo 2001, 80.) Ihmisen toimintaa luonnehtii epämääräisessäkin elämäntilanteessa tietynlainen tavoitteellisuus, joka perustuu elämän ennustettavuuteen ja jatkuvuuteen. Tavoitteiden asettelu ilmentää tarvetta pitää yllä psyykkistä toimintakykyä turvaamalla riittävän eheä sisäinen tasapaino ja minäkuva. Vaikka suuri osa tavoitteista asetetaan suunnitelmallisesti, rakentuu osa tavoitteista tie-

dostamattomasti elämäkokemusten, tunteiden ja muiden ohjaavien tekijöiden myötävaikutuksesta. (Kivinen, Latikka & Oja-Koski 1994, 9 – 10, 25, 29 – 30.)

Aiemmin opittujen muutoksen tarpeessa olevien ajattelu-, tunne- ja toimintatapojen muokkaaminen tapahtuu sisäistämisvaiheessa, kun kuntoutuja yhdessä muiden henkilöiden kanssa käy läpi sairauten tai vammaan liittyviä tietoja, kokemuksia ja merkityksiä. Uudenlaisten käyttäytymismallien sisäistämiseen vaikuttaa kuntoutujan yksilöllisten oppimisvalmiuksien lisäksi se, kuinka subjektiivisesti merkittävänä opittavat asiat koetaan. Mielenterveyskuntoutujan selviytymisprosessia voivat haitata monenlaiset oppimis- ja keskittymisvaikeudet, joiden vuoksi kuntoutumiselle on varattava tarpeeksi aikaa, samoin kuin siinä on pyrittävä huomioimaan läheisesti kuntoutujan arkipäivän tarpeet. (Kettunen ym. 2002, 50 – 51.)

Muuttuneet käyttäytymismallit todentuvat vasta soveltamisvaiheessa, kun opitut asiat ulkoistetaan käytäntöön. Uusien tapojen testaaminen yrityksen ja erehdyksen kautta mahdollistaa vähitellen aiempaa joustavamman toiminnan eri tilanteissa. (Kivinen ym. 1994, 39.) Opitun soveltaminen vaatii pitkäjänteistä harjoittelua, ohjausta ja tukea ennen kuin tiedot ja taidot rutinoituvat arkipäivän eri tilanteisiin. Kuntoutuksessa on oleellisesti huomioitava oppimisen tilannesidonnaisuus ja käytännönläheisyys, jotta opitun siirtovaikutus mahdollistuisi. (Kettunen ym. 2002, 51 – 52.) Myös juurtuneiden tapojen pysyvyys ja ympäristön osittainen kielteinen palaute voivat jarruttaa käyttäytymisen pysyvää muutosta (Kivinen ym. 1994, 39).

Kuntoutumisprosessi päättyy kuntoutujan arviointiin omasta oppimisestaan ja toiminnastaan, joka perustuu muilta saatuun palautteeseen. Oman toiminnan arviointi eli itse-reflektio merkitsee tilanteen selkeyttämistä omien mielikuvien, tuntemusten, tunteiden ja ajatusten tarkastelun kautta. Pyrkimyksenä on tavoittaa sellaiset toimintaa haittaavat ajattelu- ja toimintatavat, jotka automatisoituneina jäisivät muuten huomioimatta sekä kyseenalaistaa niiden toimivuus nykytilanteessa. (Kivinen ym. 1994, 36 – 37, 42.) Arvioinnin ja rakentavan palautteen käsittelyn myötä kuntoutuja kykenee tarkastelemaan käyttäytymistään objektiivisemmin ja kehittymään tarpeen mukaan edelleen. (Kettunen ym. 2002, 52.)

Toimintakyvyn tukeminen psykiatrisella kuntoutuksella

Toimintakyvyn eri osa-alueita voidaan tukea erilaisten avohoidon tukipalvelujen, lääkeshoidon ja terapioiden avulla. Mielenterveyshäiriöt heikentävät toimintakyvyn eri osa-alueita aina jossain määrin, mutta vaikutusten laatu ilmenee yksilöllisesti riippuen häiriön luonteesta ja vaikeusasteesta, yksilön persoonallisuudesta, ulkoisista elinolosuhteista sekä kognitiivisista ja sosiaalisista taidoista. Tyypillisimmät toimintakykyyn heijastuvat ongelmat liittyvät vähäiseen omanarvontuntoon, passiivisuuteen ja aloitekyvyttömyyteen, arkitaitojen puutteellisuuteen, heikentyneeseen keskittymis- ja oppimiskykyyn sekä yksinäisyyteen ja erilaisiin pelkoihin. Myös ympäristön torjuvat asenteet ja kielteinen suhtautuminen psyykkisiin ongelmiin sekä sosiaalisen tuen puute vaikuttavat negatiivisesti yksilön kokemukseen itsestään rajoittaen toimintamahdollisuuksia merkittävästi. (Kettunen ym. 2002, 121 – 122.) Lisäksi fyysisen ja sosiaalisen ympäristön luomat stressitekijät, kuten taloudellinen ja fyysinen turvattomuus sekä sosiaalisen yhteisöllisyyden mureneminen heijastuvat kielteisinä kokemuksina yksilöön (Latikka 1997, 5 – 6, 9, 17).

Hyvänä lähtökohtana psykiatrisessa kuntoutuksessa toimintakyvyn tukemiseksi voidaan pitää voimavarojen tarkastelua ja tunnistamista sekä yksilö- että ympäristötasolla. Kuntoutujan yksilöllisiin voimavaroihin sisältyvät ensinnäkin psykososiaaliset kyvyt, kuten motivaatio, realistinen itsetuntemus, sosiaaliset vuorovaikutustaidot ja kyky ylläpitää ihmissuhteita sekä kyky tunnistaa niin omia kuin muiden tunteita. Voimavaroihin vaikuttavat myös kuntoutujan maailmankatsomus, arvomaailma sekä kognitiiviset havainnointi-, muistamis-, ajattelu- ja oppimistaidot. Kuntoutujalla on lisäksi fyysiset voimavaransa, joihin kuuluvat fyysinen kunto ja yleinen terveydentila, kuntoutujan ikä sekä ruumiilliset ominaisuudet. Ympäristön voimavarat voidaan jakaa vastaavasti niin sosiaalisiin kuin fyysisiin. Sosiaalisiksi resursseiksi ymmärretään vuorovaikutuksellisuuden perustuvat voimanlähteet, kuten muilta saatu apu ja tuki sekä tiedon saanti koskien omaa kuntoutumista ja arjessa selviytymistä. Fyysisillä resursseilla tarkoitetaan niitä yhteiskunnallisia palveluja, tiloja ja rakenteita, jotka mahdollistavat arjen toiminnot sekä kotona että muissa elinympäristöissä. (Kettunen ym. 2002, 92 – 96; Riikonen 2000, 43 – 45.) Yksilölliset ja ympäristölliset resurssit eroavat toisistaan melkoisesti, mutta niiden kartoittamisen avulla on mahdollista löytää kullekin yksilölle sopivimmat selviytymiskeinot (Riikonen 2000, 46).

Psykososiaalinen kuntoutus on tarkoituksenmukaista tähdätä ensisijaisesti kuntoutujan senhetkisen toimintakyvyn vahvistamiseen, jotta voidaan keskittyä konkreettisesti arjessa selviytymiseen. Omatoimisen elämänmallin todentuminen arkielämässä edellyttää kuntoutujalta valmiuksia kohdata muutos ja omaksua uudenlaisia ajattelu- ja toimintatapoja. Kuntoutujan aiemmin hyödyntämät keinot eivät aina ole riittäviä haastavissa muutostilanteissa, jolloin kuntoutujaa on autettava löytämään rakentavampia selviytymiskeinoja. (Järvikoski 2000, 247, 250 – 251, 253 – 255; Kettunen ym. 2002, 90 – 92.)

Psykososiaalisen toimintakyvyn rinnalla on tärkeää kohdistaa tukitoimenpiteitä myös fyysiseen toimintakykyyn, sillä fyysisellä toimeliaisuudella ja mielenterveydellä on todettu olevan selkeästi toisiaan täydentävä, positiivinen yhteys (Kettunen ym. 2002, 302 – 303). Liikunta ja sen myötä vahvistuva fyysinen kunto auttavat kestäämään paremmin henkisiä paineita samalla kun niiden avulla on parempi rentoutua ja purkaa ylimääräisiä jännitteitä. Mielenterveyskuntoutujalla on usein masennuksen, ahdistuksen ja jännityksen myötä huomattavasti heikentynyt fyysinen kestävyys sekä ylipaino- ja keskittymisongelmia, joiden lisäksi lääkehoito tuo omat rajoituksensa liikkumiseen. Nämä rajoitukset huomioon ottaen psykiatrisen sairauden mukanaan tuomia haittaavia tekijöitä voidaan lieventää mm. kävelyn ja luonnossa liikkumisen, musiikkia ja itseilmaisua hyödyntävän liikunnan sekä rentoutumisharjoitusten avulla. (Kettunen ym. 2002, 303 – 303.)

Liikunnan hyödyntämistä eri tavoin on korostettu siksikin, että psykiatrinen hoito on enenevässä määrin laajentunut laitosten ulkopuoliseen avohoitoon. Tämän myötä mahdollisuudet liikkumiseen laajenevat, samoin kuin fyysisen toimeliaisuuden merkitys elämässä selviytymisen tukijana kasvaa. (Lahti 1995, 63; Teini 1994, 3.) Toiminnallisilla kuntoutus- ja hoitokeinoilla on mahdollista vähentää lääke- ja laitoshoidon tarvetta (Erityisryhmien liikunta 2000 – toimikunnan mietintö 1996, 23). Liikunnallisen hoito- ja kuntoutustyön onnistuminen on pitkälti riippuvainen ensinnäkin kuntoutujien motivaatiosta ja voimavaroista, mutta myös palvelujen toimintaperinteistä sekä tila- ja henkilöstöresursseista, joissa korostuu erityisesti liikuntamyönteisten arvostusten ja asenteiden merkitys (Teini 1994, 3, 5 – 6).

3 ARJESSA OPPIMINEN JA OHJAAMINEN

Mielenterveyskuntoutujien pedagogiseen ja ohjaukselliseen tukemiseen erikoistuneet ammattilaiset ovat hyvin marginaalinen ryhmä. Ojaseen (1980, 334) mukaan psyykkistä terveyttä voidaan parhaiten edistää kouluttamalla eikä hoitamalla. Rauhala (1997, 21) katsoo, että psykoterapeuttinen toiminta on luonteeltaan kasvatusta, jota on ”kaikki kokemusta sen omalla mielellisyystasolla muuntelemaan pyrkivä toiminta.” Psykiatrian keskuudessa on esitetty, että elämisen ongelmat vaativat eri ongelmiin specialisoitunutta käyttäytymistieteilijää, jonka tehtävänä on opettaa kuntoutujia selviytymään ongelmistaan. Jotkut mielenterveyskuntoutajat eivät ole koskaan saaneet edes mahdollisuutta oppia arkielämän peruseikkoja. Syitä tähän on useita: Heihin on saatettu suhtautua ylisuojelevasti tai torjuvasti tai ympäristössä on saattanut olla niin vähän virikkeitä, ettei heillä ole ollut mahdollisuutta harjoitella elämässä tarvittavia perustaitoja. (Ojanen & Sariola 1996, 139.)

Aikuiset, myös mielenterveyskuntoutajat, haluavat toimia omilla ehdoillaan ja oppiminen on kiinnostavaa vain, jos sillä on käyttöä todellisessa elämässä. Arkielämään sisältyville oppimiskokemuksille on tyypillistä suunnittelemattomuus, informaalisuus ja virheiden kautta oppiminen (Aittola 1998, 78). Kokemuksellisen oppimisen ja arkipäivän oppimisen pyrkimyksenä on löytää ja edistää sellaista oppimista, jota tapahtuu ihmisten jokapäiväisissä toiminnoissa, osana arkipäiväisten ongelmien ratkaisua ja jokapäiväiseen elämään liittyvien haasteiden kohtaamisessa (Aittola, Koikkalainen & Vaherva 1997, 87). Arjessa oppiminen ulottuu ihmisen kaikille elämäalueille, mutta se helposti ”piiloutuu muihin toimintoihin” (Aittola 1998, 59). Kaikki arkielämän tilanteet eivät johda oppimiseen, sillä oppimiskokemuksen syntyminen edellyttää, että kokemuksesta tai tilanteesta tulee yksilölle jollain tapaa merkityksellinen (Lehtinen 2001, 62). Aikuiset ihmiset oppivat merkityksestä, jonka he antavat kokemuksilleen (Ojanen 2000, 22). Ohjaava kuntoutus korostaa ohjauksen tapaa, miten ohjata. Mattila (2002) yhdistää ohjauksellisuuden, kuntoutuksen ja kokemuksellisen oppimisen ohjaavaksi kuntoutukseksi, jossa oppimisen ja ohjauksen aiheet nousevat arkikokemuksista.

3.1 Arkipäivän oppiminen

Erityispedagogiikka on arjen pedagogiikkaa ja lähtee ihmisen mahdollisimman hyvin sujuvasta arjesta. Arjessa selviytymiseen tarvitaan “onnen” lisäksi voimavaroja, joilla pystytään hallitsemaan ja ohjaamaan elämää. Oleellista on auttaa yksilöä löytämään tai huomaamaan erilaiset mahdollisuudet ja vaihtoehdot elämässään. On tärkeää tunnistaa yksilöissä olevat positiiviset voimavarat, jolloin sovelletaan voimavarakeskeistä strategiaa. Sen avulla voidaan hankkia tietoa siitä, millaisilla keinoilla, tyyliillä ja resursseilla yksilöt selviytyvät vaikeista tilanteista joutumatta hakemaan apua viralliselta auttamisjärjestelmältä. (Raunio 2000, 235 - 236.)

Mielenterveyskuntoutujalla on usein ongelmia arjessa selviytymisessä, minkä vuoksi lääkinnällisen kuntoutuksen ohella sosiaalisen kuntoutuksen asumis-, työ- ja viriketoiminnalla on tärkeä rooli kuntoutujan psykososiaalisen toimintakyvyn vahvistajana (Kettunen ym. 2002, 331–334). Aittolan (1998, 61) mukaan arkipäivän oppimisena voidaan pitää oppimista, jota tapahtuu ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Arkielämään orientoitu oppiminen on tärkeää, koska se tapahtuu suhteellisen pienissä, ihmiselle läheisissä ja tutuissa toimintaympäristöissä. Arjessa oppiminen piiloutuu usein muihin päivittäisiin toimintoihin, minkä ohella sille on ominaista informaalisuus, satunnaisuus ja kiinteä yhteys erilaisiin elämän tilanteisiin. Arkipäivässä tapahtuvalle oppimiselle on usein tyyppillistä myös se, etteivät ihmiset aina huomaa oppineensa uusia asioita ja taitoja, vaan niiden merkitys paljastuu myöhemmin tilanteissa, joissa tietoa, asiaa tai taitoa sovelletaan (Aittola ym. 1997, 10, 23).

Oppiminen liittyy monisyisin sitein arkielämään, sosiaalisiin tilanteisiin, verkostoihin ja toimintaympäristöihin. Oppiminen olisi hyvä kontekstualisoida osaksi elämänhallintaa, vuorovaikutustilanteita, erilaisten taitojen hankintaa ja kykyä orientoitua toimintaympäristöihin, jotka usein ovat muuttuvia. (Aittola ym. 1997, 22.) Uusien taitojen ja asioiden oppiminen tulisi nähdä osana kuntoutujan arkielämää, toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta tilanteissa, joihin kuntoutujat joutuvat ja joissa heidän oletetaan osaavan toimia asiallisesti. Arkielämässä tapahtuvaa oppimista on perinteisesti pidetty vähemmän merkityksellisenä kuin esimerkiksi koulutusinstituutioiden tuottamaa muodollista oppimista (Aittola ym. 1997, 23). Aittola ym. (1997, 23) tarkastelevat aikuisten arkipäivään sisältyviä oppimisen teoreettisia perusteita Günter Dohmenin (1996, 46 – 47) ana-

lyysien pohjalta. Dohmen kuvaa arkipäiväistä oppimista koskevia käsityksiä seuraavasti:

1. Arkipäivän oppiminen tapahtuu ihmisen jokapäiväisessä elämässä.
2. Arkielämä tuottaa suhteellisen rajattuja oppimiskokemuksia, koska kokemuksekkenttä on jokseenkin rajoitettu.
3. Jokapäiväiseen arkielämään liittyvä oppiminen on tärkeää, koska se tapahtuu suhteellisen pienissä ja tutuissa tilanteissa.
4. Arkielämän oppiminen ei pysty tuottamaan riittävästi tietoja, taitoja tai muita valmiuksia, jotta ihminen pystyisi orientoitumaan monimutkaiseen maailmaan.
5. Kaikkien ihmisten jokapäiväinen elämismaailma tuottaa monia mahdollisuuksia oppimiselle.

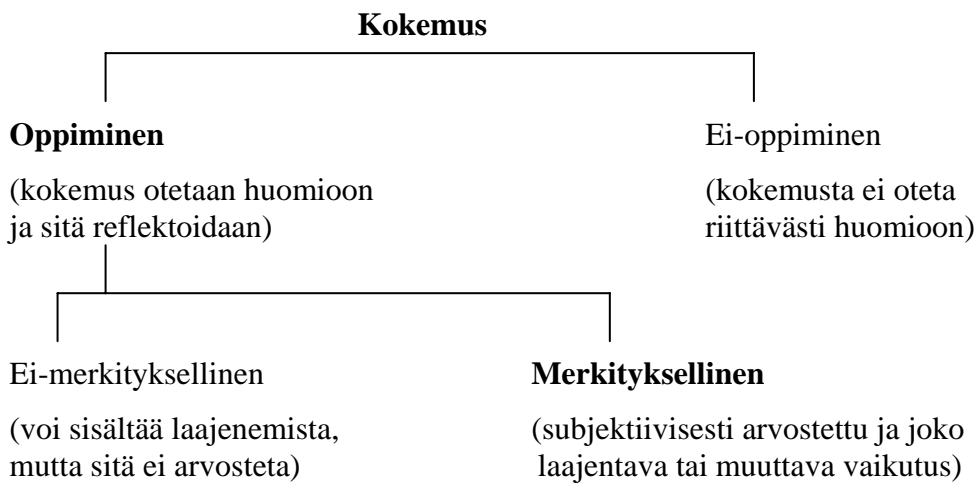
Kaikelle arkielämässä tapahtuvalle oppimiselle on tyypillistä konteksti- ja tilannesidon- naisuus (Aittola ym. 1997, 24). Yhdysvaltalaisten antropologien Laven ja Wengerin (1991, 29 – 37; myös Wenger 1998) mukaan tilannekohtaisen oppimisen lähtökohtana ovat havainnot ihmisten arkipäivän tilanteisiin liittyvistä oppimisprosesseista, tiedoista, taidoista, ymmärryksestä ja kommunikaatiosta sekä osallistumisesta. Keskeisiksi tarkas- telun kohteeksi tulevat niiden sosiaalisten toimintatilanteiden ja oppimisen väliset suh- teet, joissa ihmiset päivittäin elävät ja toimivat. Oppiminen on osa ihmisten jokapäiväis- tä elämismaailmaa ja siinä esiintyviä käytännön toimia. Yhdessä työskenteleminen ja osallistuminen edistävät oppimista.

3.2 Merkittävät oppimiskokemukset ja kokemuksellinen oppiminen

Arkipäivän oppimiseen kytkeytyvät merkittävät oppimiskokemukset ja kokemuksellisen oppimisen näkökulma, jonka mukaan oppiminen mahdollistuu parhaiten toiminnan kautta. Merkittävät oppimis- ja elämäkokemukset tarjoavat hyvän perustan kaikelle oppimiselle, mikäli ihmiset osaavat hyödyntää niiden tarjoamia mahdollisuuksia (Aitto- la ym. 1997, 27). Merkitykset synnyttävät tietynsuuntaisia asenteita ja odotuksia suh- teessa ympäristöön, mutta myös minään ja omaan toimintaan. Ihmisen minä rakentuu merkitysten kyseenalaistamisen ja uudelleen jäsentymisen kautta. Kun ihminen tiedos- taa omat mahdollisuutensa ja niihin liittyvät rajoitukset, hänen on helpompi ymmärtää

itseään ja myös toisten ihmisten erilaisuutta. Ihminen pyrkii luontaisesti luomaan ja löytämään merkitystä elämälleen. (Ojanen 2000, 161.)

Jotta jokin oppimiskokemus voidaan kuvata merkitykselliseksi, sillä tulee olla joko henkilökohtaista tunneperäistä vaikuttavuutta tai kokemuksen tulee olla subjektiivisesti merkittävä (Aittola ym. 1997, 28; Antikainen 1996, 225). Erilaisten elämäkokemusten mahdollistamaa oppimista tai ei-oppimista Merriam ja Clark (1993) ovat kuvanneet seuraavan kuvion avulla:



KUVIO 4. Kokemus ja merkityksellinen oppiminen (Aittola ym.1997, 28)

Merkittävien oppimiskokemusten suhde ihmisten toimintakykyisyyden lisääntymisessä ja valtaistumisessa on tullut esiin myös Antikaisen (1996, 251 - 254) tutkimusprojektin yhteydessä. Merkittävät oppimiskokemukset ovat kokemuksia, jotka ohjaavat ihmisen elämäntapaa ja/tai muuttavat tai vahvistavat hänen identiteettiään. Merkittävät elämäntapahtumat ovat usein enemmän muutostapahtumia kuin vakiintunutta elämäntapaa, minkä ohella ne saattavat sisältää jonkin luovaksi aikaansaannokseksi tunnistettavan tuotoksen tai ne mahdollistavat tekijälleen uuden merkitysrakenteen. Merkittävät oppimiskokemukset saattavat merkitä valtaistumista, sillä niihin liittyy ihmisen maailmankuvan tai kulttuurisen ymmärryksen laajentumista sekä heidän ”äänensä” ja sosiaalisten identiteettien vahvistumista tai roolien alan laajenemista.

Antikaisen (1996) mukaan kokemukset voivat vaihdella kestoiltaan, ne voivat olla joko myönteisiä tai kielteisiä sekä praktista, instrumentaalista tai itseisarvoista toimintaa. Kokemukset voivat erota sen suhteen, missä tilanteessa ja ympäristössä ne tapahtuvat. Ne voivat erota myös sisällön suhteen, kuten erilaisten käytännöllisten, kognitiivisten, sosiaalisten tai kommunikatiivisten taitojen oppiminen. (Antikainen 1996, 254 – 256.) Kokemus on syntynyt, kun ihmismieli on sen tulkinnut ja antanut merkityksen tapahtumille (Ojanen 2000, 161). Kokemus sisältää toiminnan, ajatukset ja tunteet. Oppiminen on monisyinen prosessi, joka voi johtaa muutostapahtumaan, ellei oppimista kohtaan ilmene vastarintaa. Aikaisemmat kokemukset voivat joko elvyttää tai ehkäistä oppimista. (Ojanen 2000, 79, 98.)

Kokemuksellinen oppiminen

Kokemuksellinen oppiminen painottaa ennen kaikkea kokemista ja tekemistä kaiken oppimisen lähtökohtana sekä jo aiemmin opitun testaajana. Kokemuksellinen oppiminen on alkujaan muotoutunut Deweyn oppimisprosessimallin, ”learning by doing” – ajattelun pohjalta 1940 – luvun taitteessa. Myöhemmin sitä on laajennettu ja muutettu, muun muassa Lewin 1950 – luvulla, Piaget 1970 – luvulla ja Kolb 1980 – luvulla. (Kolb 1984, 20.) Seuraavassa tarkastelen lyhyesti Dewey’n, Lewinin ja Piagetin oppimisprosessimallien sisältämiä yhteneväisyyksiä Kolbin (1984, 25 – 26) näkökulman mukaan.

Ensinnäkin mallit luonnehtivat oppimista ensisijaisesti prosessina, mikä eroaa kokemuksellisen oppimisen behavioristisista teorioista, joissa oppiminen nähdään yksinomaan tuloksena. Tosin behaviorististen oppimisteorioiden vaikutus oppimiseen ja kunnoutukseen on yhä nähtävissä taipumuksena määritellä oppiminen pelkästään yksilöllisten tulosten ja suoritusten perusteella. Kokemuksellisen oppimisen teoria pohjautuu oletukseen siitä, ettei tieto ole järjesteltyä eikä pysyvää, vaan kokemusten kautta muokattua. (Kolb 1984, 27 – 29.)

Toiseksi jatkuvan oppimisprosessin katsotaan perustuvan kokemuksiin. Tietämys johdetaan oppijan kokemuksista ja testataan uusien kokemusten kautta, mikä merkitsee sitä, että oppiminen perustuu aina uudelleenoppimiseen. Jokainen oppimistilanne kohdataan näin enemmän tai vähemmän siitä tietoisena. (Kolb 1984, 27 – 29.) Kakkuri (2001, 149 – 151) viittaa kirjoittaessaan kokemuksellisesta oppimisesta aikuiserityispedagogiikan

perustana Maliseen (2000) ja toteaa, että aikuisen oppijan keskeinen lähtökohta on hänen elämäkokemuksensa. Elämäkokemukset ovat Malisen (2000, 55 – 62) mukaan ensisijaisia kokemuksia, jotka määrittävät oppimistilanteessa aikuisen olemisen tapaa ja sitä, miten hän näkee sen hetkisen maailmansa, toiset ja itsensä.

Kolmanneksi oletetaan, että oppimisprosessin edetessä syntyy ristiriitoja, säröjä, eri toimintatapojen välille, jolloin oppiminen mahdollistuu eriäväisyydet ratkaisemalla. Kokemuksellisessa oppimisessa tarvitaan ensisijaisten kokemusten lisäksi toissijaisia kokemuksia, jotka aiheuttavat särön oppijan ensisijaisiin kokemuksiin ja aukaisevat ne avoimiksi uusille tulkinnoille. Ne voivat aiheuttaa myös negatiivisia tunteita ja sekavaa oloa. Malinen (2000, 66) ajattelee, että oppimisen tarve syntyy, kun ensisijaiset ja toissijaiset kokemukset ovat kohdanneet, jolloin ihmisessä herää tarve saattaa kokemukset tasapainoon. Oppiminen on täten luonteeltaan jännitteinen ja konfliktipainotteinen prosessi, jossa oppimisen taso riippuu näiden ongelmien ratkaisutavasta. Tärkeää on, että oppijat osallistuvat täysin, avoimesti ja ilman ennakkoluuloja uusiin kokemuksiin ja kykenevät refleктоimaan ja havainnoimaan kokemuksiaan eri näkökulmista. (Kolb 1984, 29 – 31.)

Neljäs yhteinen piirre malleissa on, että oppiminen nähdään kokonaisvaltaisena läpi elämän jatkuvana sopeutumisprosessina maailmaan. Tavallisesti välitön reaktio rajatussa tilanteessa on mielletty toiminnaksi oppimisen sijasta. Yhtä lailla pitkäkestoisia sopeutumisprosesseja vaihtelevissa elämäntilanteissa tarkastellaan pikemmin kehityksenä kuin oppimisena. Silti toiminta, oppiminen ja kehitys kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta tarkasteltuina muodostavat ympäristöön sopeutumisen jatkumon vaihdellen vain ajan ja tilan laajuuden asteella. (Kolb 1984, 31 – 34.) Toisin sanoen toiminta ilmenee reagoitena tapahtumiin, oppiminen kuvaa pidempiaikaista tilanteen hallintaa ja kehitys käsittää elinikäisen sopeutumisen elämäntilanteeseen. Kakkurin (2001, 152) mukaan aikuisoppijan elämäntilanne on ratkaiseva tekijä jokaisessa oppimistilanteessa. Kyvykyys, sitoutuminen ja itseluottamus vaihtelevat eri tilanteissa, samoin oppijan tuen tarve ja riippuvuus.

Viidenneksi oletetaan, että oppiminen liittyy aina yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen. Kokemuksellisen oppimisen teoriassa vuorovaikutuksellinen suhde yksilön ja ympäristön välillä kuvataan kokemus – termin kahdella merkityksellä: subjektiivinen ja

henkilökohtainen kokemus viittaa yksilön sisäiseen tilaan, kun taas objektiivinen ja ympäristöllinen kokemus on konkreettisemmin määriteltävissä oleva asia. Nämä kaksi kokemuksen muotoa ovat vuorovaikutussuhteessa monimuotoisin tavoin. (Kolb 1984, 34 – 36.)

Kuudenneksi oppimista pidetään tiedon luomisen prosessina. Oppimista käsittääksemme on ymmärrettävä ihmisen tietoisuuden luonne ja muodot sekä ne prosessit, joissa tämä tietämys luodaan. Tämä luomisprosessi ilmenee kaikilla tasoilla lasten havainnoinnista tieteellisiin tutkimuksiin. Tieto rakentuu sosiaalisen tiedon ja henkilökohtaisen tiedon vuorovaikutuksessa. Sosiaalinen tieto ilmenee objektiivisena kasautumana ihmiskulttuurin aiemmista kokemuksista, kun taas henkilökohtainen tieto merkitsee yksilön subjektiivisten elämäkokemusten varantoa. Tieto on tulosta näiden objektiivisten ja subjektiivisten kokemusten vastavuoroisesta prosessista, jota kutsutaan oppimiseksi. (Kolb 1984, 36 – 38.)

3.3 Ohjaaminen

Kasvatuksen keskeisiä menetelmiä ovat opetus, ohjaus ja neuvonta, joiden tavoitteena on kuntoutujan oppiminen, kehittyminen ja kasvu. ”Kasvatus on tavoitteellista ja määrätietoista toimintaa, jolla pyritään edistämään kasvatettavan persoonallisuuden kehittymistä. Kasvatuksella pyritään tukemaan yksilön valmiuksia selviytyä itsenäisesti elämässä eli hallita todellisuutta.” (Peltonen 1995, 16.) Opetus on toimintaa, jonka kohteeksi joudumme koko elämämme ajan. Opetuksen muodot ja tarkoitukset muuttuvat eri ikäkausien mukaisesti ja erilaisten tavoitteiden säätelemänä. (Peltonen 1995, 55.) Kuntouttavassa hoidossa opettamisella pyritään auttamaan kuntoutujaa mahdollisuuksien mukaan palaamaan normaaliin arkielämään. Opetuksella tuetaan toimintakyvyn palauttamista, autetaan kuntoutujaa hyväksymään mahdolliset rajoitukset ja pyritään löytämään uusia ratkaisuja muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996, 172 – 173.)

Ohjaus eroaa opetuksesta ja puhtaasta neuvonnasta siinä, että ohjaajalla ei ole useinkaan valmiina kuntoutujan tarvitsemia tietoja ja vastauksia, vaan niitä etsitään yhteistyössä ohjausprosessin kuluessa. Ohjauksessa kuntoutujaa tuetaan tuomaan esille omia näkökulmiaan ja ajatuksiaan omasta kuntoutumisestaan ja rohkaistaan tekemään omia valin-

toja. (Narumo 2006, 20.) Ohjaustyö nähdään asettuvan terapian ja neuvonnan välimaastoon. Sen keskeinen näkökulma on muutosnäkökulma. Se soveltuu hyvin myös kuntoutumisen hahmottamiseen ja kuntoutumisen edellytysten luomiseen. Perimmältään ohjaus voidaan nähdä neuvotteluprosessina (Spangar 2000, 16). Ohjattavalla ja ohjaajalla on mahdollisuus keskustellen ja sovitellen hyödyntää kummankin asiantuntemusta asioiden selkeyttämiseksi. Ohjaus voidaan ymmärtää myös kuuntelemisena ja sitä kautta asiakkaan oman äänen etsimisenä (Onnismaa 2007) ja 'toisen äänen' kuulemisena (Mattila 2002, 114).

Ohjauksen tehtävä on tarjota puitteet vuorovaikutukselle eli aikaa ja tilaa käsitellä asioita ja luoda ohjaussuhteeseen tasavertainen asetelma, jotta kuntoutujan omaehtoisuutta tukevaa keskustelua voi syntyä. Kuntoutujan tehtävänä on puolestaan tuoda omia asioitaan yhteisesti pohdittavaksi ja hänen vastuullaan on toimia tai olla toimimatta ohjauskeskustelujen pohjalta. Kuntoutujan kanssa tehdään yhdessä johtopäätöksiä, ei kuitenkaan pitkälle vietyjä analyysejä ja tulkintoja, jotka kuuluvat terapian kenttään. Kyse on vuorovaikutuksellisesta tukemisesta, jonka tavoitteena on tukea kuntoutujassa jo olevia voimavaroja, auttaa häntä ratkomaan päivittäisen elämän ongelmia ja synnyttää valtaistumisen kokemuksia. Myös yhdessä kokeminen ja kokemusten jakaminen on tärkeää. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 23.)

Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen välinen rajanveto on vaikeaa (Riikonen & Järvi-koski 2001, 162). Ohjaava työote eroaa hoitavasta työotteesta, vaikka niissä osittain onkin samanlaisia elementtejä. Psykiatrisessa hoidossa pyritään lievittämään psyykkisiä oireita selvittämällä oireiden alkuperää ja niitä ylläpitäviä tekijöitä. Hoidon keskiössä on siis psyykkinen vointi ja siihen vaikuttaminen. Kuntouttavassa ohjauksessa puolestaan keskiössä on kuntoutumisen mahdollisuuksien tunnistaminen ja yhteiskunnan palvelujen hyödyntäminen kuntoutumisen tukena. Hoitotieteellisistä lähtökohdista poiketen ohjauksen juurten voi nähdä olevan enemmän yhteiskuntatieteessä. (Narumo 2006, 18.) Narumo (2006, 18 – 19) perustelee näkemystään seuraavasti: Kuntoutuja on syrjäytynyt sairautensa vuoksi niin sanotusta normaalista elämänrytmistä. Hänen kanssaan pohditaan uusia tapoja rakentaa arkea ja häntä tuetaan löytämään omaa paikkaansa yhteisössä, yhteiskunnassa. Tällöin kuntoutujan tilanne nähdään koko yhteiskunnan ongelmana, jota kuvastavat esimerkiksi mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvat ennakkoluulot, leimaaminen ja erilaiset esteet heidän osallistumiselleen moniin kansalaistoimintoihin.

Mattila (2002, 216) puolestaan näkee ohjaavan kuntoutuksen toiminnan perustan olevan poikkeittieteellinen, missä kasvatustieteen rooli on keskeisellä sijalla. Myös Ojanen (1980), Ojanen ja Sariola (1996) ja Rauhala (1997) painottavat kasvatustieteen merkitystä psykiatrisen kuntoutuksen käytänteissä.

Ohjauksessa ei rajata sairauden käsittelyä kokonaan pois. Psykiatrissa avohoitoa ja ohjausta yhdistävät terapeutin vuorovaikutus sekä asiakasta tukevat ja motivointiin pyrkivät keskustelut. Olennainen ero on siinä, mitä asioita painotetaan ja mikä on toiminnan tavoite. Keskitytäänkö psyykkiseen vointiin (hoitaja-potilas – suhde) vai pääsääntöisesti siihen, miten kuntoutuja voisi löytää tilanteeseensa sopivia edellytyksiä toimia oman elämänsä hyväksi (ohjaaja-ohjattava – suhde). Lisäksi on kysymys siitä, voiko työntekijä olla aktiivisesti mukana kuntoutujan asioiden selvittämisessä siten, että kuntoutujalla on päätävä ja vastuu asioiden hoitamisessa. Pitkäaikaista avohoitoa ja kuntoutusta ei tulisi nähdä peräkkäisinä toimintoina, vaan niiden tulisi tukea kuntoutujan toipumista rinnakkain ja joutaen. Hoidon lisäksi tarvitaan kuntoutuksen toimenpiteitä, kuten neuvontaa, ohjausta, tiedon antamista ja sopeutumisvalmennusta. (Peltomaa 2005, 19.)

Mattilan (2002) mukaan kokemusten arvostaminen, niiden käsitteleminen ja niihin puuttuminen eli ohjaukselliset interventiot ovat yksilöllisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen vaikuttamisen välineitä tai keinoja. Kokemusten esille nostamiseksi voidaan käyttää monenlaisia ohjauksellisia välineitä, joita Mattila tarkastelee counselling-, guidance- ja supervision -tyyppisen ohjauksen ulottuvuuksien näkökulmasta asettaen ne hierarkkiseen järjestykseen. (Kuvio 5, Mattila 2002, 113; myös Anttinen & Ojanen 1984, 204 – 211.) Normeja antava ohjaus (*supervision*) pitää ohjaustapahtumaa käynnissä normien avulla. Se viittaa kontrolliin, silmällä pitoon ja valvontaan. Nominaalinen (*guidance*) ohjaus muistuttaa asiantuntijaneuvoineen medikaalista mallia eli se korostaa asiantuntijuutta. Sen mukaisesti ammatti-ihminen tekee diagnooseja, auttaa, hoitaa ja parantaa sekä arvioi, neuvoo, opettaa, pelastaa ja käännyttää. Asiantuntija osaa ja tietää toisia paremmin. Neuvominen on opettavaa ohjausta. Se voidaan myös tulkita arvostelevaksi ohjaukseksi, jossa annetaan ymmärtää, että ohjattava on alempiarvoisessa asemassa, eikä kykene ohjaamaan itseään. Reflektiivinen eli *counselling* – tyyppinen ohjaus kohdentaa toiminnan laajempaan päätöksentekoon, kokonaisvaltaiseen ja kokemukselliseen oppimiseen, ei vain opetettuun asiaan. Tällöin ohjaajan tehtävä on selkiyttää asioita ja

rohkaista ohjattavaa kuunnellen ja reflektoiden. Edistyksellisen ohjauksen piirteitä ovat luottamuksellisuus, ymmärtämisen mahdollistava kokemus, kuntoutujan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja rohkaiseminen dialogiin. (Ojanen 1990, 9-10; Mattila 2002, 41–42.)



KUVIO 5. Yksilö- ja yhteisöohjautumisen hierarkia (soveltaen Anttinen & Ojanen 1984, 206; Mattila 2002, 114 - 115)

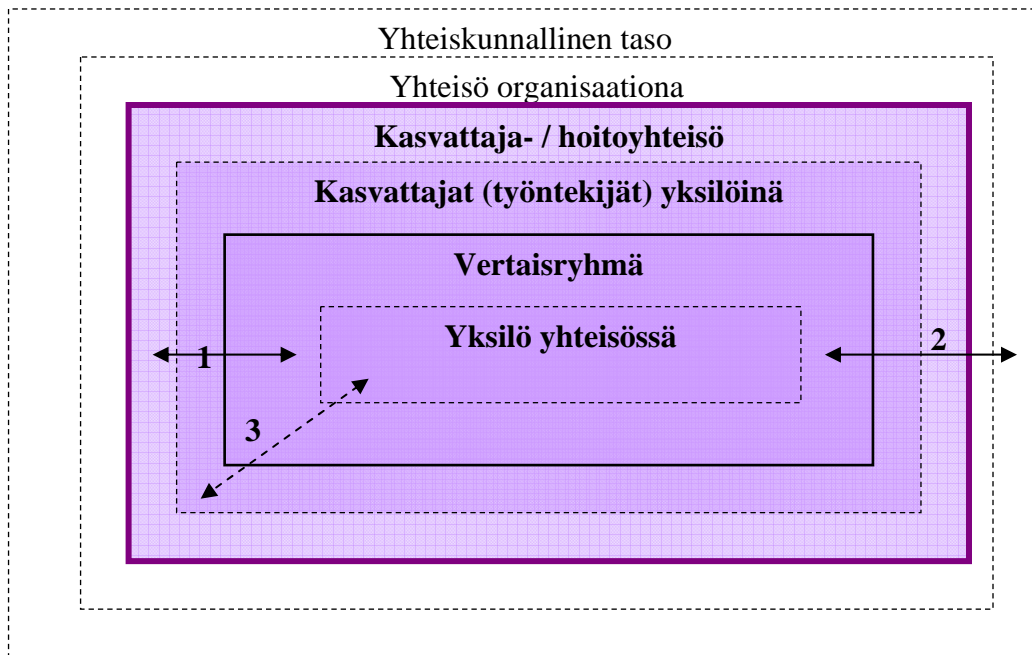
Mattila (2002, 114) muistuttaa, että ohjauksen luonne määräytyy usein siitä tilanteesta, missä yksilöt ovat kokemuksineen, käsityksineen ja tunteineen. Kaikki ulottuvuudet ovat tarpeen yksilön kehittämisessä omaksi itsekseen. Kuntoutusyhteisöissä on hyvä miettiä, millaisena kuntoutujat kokevat esimerkiksi päiväohjelman tai muut rutiinit ja kuinka paljon opettamista, neuvomista tai yhteistyötä niiden toimittamiseen yhteisöissä käytetään. Anttinen ja Ojanen (1984, 206) kuvaavat tavoitteisia yhteisötyyppejä vuorovaikutuksen ja kontrollin näkökulmasta, jota Mattila (2002, 114 – 115) soveltaa sijoittamalla johtamistavan paikalle ohjauksen. Olen yhdistänyt tavoitteiset yhteisötyypit ohjaus- ja toimintatavan mukaan edellä olevaan kuvioon (kuvio 5).

4 YHTEISÖLLISYYS JA OPPIMINEN

Yhteisöllisyyden käsite on ohjauksen ohella ongelmallinen, sillä se ymmärretään eri yhteyksissään ja eri aikoina eri tavalla. Yhteisöllisyyden käsitteeseen liitetään lukuisia lähikäsitteitä, jotka eroavat merkityksiltään toisaalta suuresti ja toisaalta vain vivahteiltaan. Lehtonen (1990, 14 – 17) tarkastelee yhteisöä kolmesta näkökulmasta: 1) Yhteisö ainutkertaisena pienryhmänä empiirisen tutkimuksen näkökulmasta, jolloin se on yksityistapauksena marginaalinen ja alueellisesti rajattavissa. 2) Yhteisö uusiyhteisöllisenä hyvinvointivaltion ominaisuutena yhteiskuntapoliittisesta näkökulmasta, jolloin yhteisö nähdään laajasti pienyhteisöjen toimintakenttänä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen yksikönä. 3) Yhteisö ryhmänmuodostuksen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tapoina, jolloin yhteisö ilmentää yhteenkuuluvuuden tunnetta tai jotain muuta symbolista yhteisyyttä.

Tarkastelen yhteisöllisyyttä yhteisöhoidon ja –kasvatuksen käsitteiden kautta. Yhteisöhoito voidaan ymmärtää sateenvarjo-käsitteeksi, jonka alle mahtuvat erilaiset yhteisöhoidon suuntaukset psykodynaamisista ja sosiodynaamisista terapeuttisista yhteisöistä yhteisökasvatuksellisiin yhteisöihin ja kasvatuksellisiin kollektiiveihin (Murto 1997, 15). Yhteisöhoito tarkoittaa kuntoutujien hoidollista ja psyykkistä kasvua edistävää vuorovaikutukseen perustuvaa tietoista toimintaa. Yhteisökasvatus puolestaan painottaa vertaisryhmän tietoista ja aktiivista vastuuta ja siihen liittyvää valtaa koko yhteisön toimintoista ja hyvinvoinnista. Käytän tässä raportissa pääsääntöisesti yhteisöhoidon käsitettä, koska se on tutkimukseen osallistuneiden yhteisöjen käyttämä nimitys toimintaperiaatteilleen.

Kaipio (1999, 149 - 164) tarkastelee ekologista ajattelua yhdistäessään sosiologisen ja psykologisen sekä yhteisöllisen ja yksilöllisen lähestymistavan ja teorian. Hän on muodostanut yhteisökasvatuksen ekologisen mallin (kuvio 6, seuraavalla sivulla), jonka avulla hän jäsentää kasvatuksen ja toiminnan eri ulottuvuuksia sekä tarkastelee ilmiöitä yksilötasosta yhteiskunnalliseen tasoon saakka.



KUVIO 6. Yhteisökasvatuksen ekologinen malli (mukaillen Kaipio 1999, 157)

4.1 Yhteiskunta toimintaympäristönä

Yksilön kehitykseen ja käyttäytymiseen vaikuttavat ne ympäristön piirteet, joilla on merkitystä yksilölle. Huomion kiinnittäminen kokemiseen on tärkeää, jotta voidaan tehdä ekologisesti oikeaan osuneita havaintoja. Oleellista tässä on huomion kiinnittäminen vuorovaikutukseen, koska yksilön kehitys nähdään hänen ja ympäristön vuorovaikutuksen tuotteena. (Kaipio 1999, 153.) Peltomaa (2005, 42) nostaa esiin ekososiaalisen lähestymistavan, joka tarkastelee ympäristöä laajasti sosiaalisena, kokemuksellisenä, toiminnallisena ja fyysisenä ympäristönä. Kuntoutujan elinympäristön merkitys kasvaa, kun perinteisesti kuntoutusta on tarkasteltu hyvin yksilö- ja järjestelmäkeskeisesti. Ekologinen näkökulma laajentaa kuntoutuksen näkemyksen käsittämään myös kuntoutuksen yhteiskunnalliset ulottuvuudet ja ympäristötekijät. Ekologisen näkökulman mukaisessa työssä tutkitaan kuntoutujan elinoloja, ympäristöä, kuntoutumisen rakenteellisia esteitä sekä etsitään keinoja näiden voittamiseksi, sillä ihmisen sosiaalinen ja fyysinen ympäristö määrittää hänen autonomiansa ja itsemääräämisesä rajat.

Kuntoutuminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ihminen tarvitsee kuntoutumiseen ympäristöään, hän hahmottaa valintojaan ja mahdollisuuksiaan omassa ympäristössään saaden sieltä palautetta. On huomattava, että kuntoutumisen ympäristö on myös oma asunoympäristö ja kuntoutumista tapahtuu muuallakin kuin kuntoutuspalveluissa. (Peltomaa 2002, 42 – 43.) Yhteisöistä puhuminen edellyttää, että on olemassa ihmisryhmä, joka toimii vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus voi olla monentasoista: konkreettista, symbolista, todellista tai kuviteltua. Yhteinen ympäristö ei välttämättä edellytä yhteistä toimintaa tai tietoisuutta. (Lehtonen 1990, 24, 219.) Yhteisökasvatuksen ekologisen mallin avulla on mahdollista ymmärtää ja käytännössä kehittää kasvatusta ja yhteisöjen toimintaa yleensä sekä yksilön elämänmittaisen henkisen kasvun että yhteisön muutoksen hallitsemisen ja jatkuvan kehittymisen tarpeista. Malli voidaan laajentaa käsittämään myös yhteiskuntien ja kulttuurien välinen globaalitaso, jolloin on mahdollista ymmärtää maailmalajuisia tapahtumia, eri tasojen kehittymistä ja lopulta yksilön kehitystä. Kasvattajat joutuvat jo nyt kohtaamaan maailmanlaajuiset tapahtumat myös käytännössä, sillä esimerkiksi tietotekniikka tuo erilaiset ilmiöt ihmisten arkeen. (Kaipio 1999, 167 – 169.)

Kaipion yhteisökasvatuksen ekologisen mallin (kuvio 6, s. 39) nuoli kaksi kuvaa yhteistä todellisuuskäsitystä. Yhteisön, organisaation ja yhteiskunnallisen tason yhteinen todellisuus rakentuu jokapäiväisen elämän todellisuudessa, sosiaalisena vuorovaikutuksena. Yhteistä sosiaalista todellisuutta luonnehtii keskinäinen eri tasojen ymmärrys ja samansuuntaiset tulkinnat toiminnoista ja niiden sisällöstä. Yhteinen todellisuus näyttäytyy myös eri tasojen yhteisenä kielenä, joka yhdistää jokapäiväisen todellisuuden eri alueet ja nivoo ne yhteen mielekkääksi kokonaisuudeksi. Kielen avulla eri todellisuusalueet yhdistyvät yhteisiksi symboleiksi ja tiedoksi. (Kaipio 1999, 160 – 161; ks. myös Berger & Luckmann 1994.) Parhaimmillaan nuolen kaksi mukainen yhteinen todellisuuskäsitys voi muodostua eri tasojen välille yksilöstä yhteiskunnalliseen tasoon muodostaen yhteisen kokonaisuuden. Toisaalta nuolen yksi mukaiset yhteisön yhteiset normit, joita yhteisö voi itse määrittää ja kontrolloida, voivat olla parhaimmillaan ristiriidattomia organisaation ja yhteiskunnallisen tason normien kanssa. (Kaipio 1999, 165 – 166.)

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen ei ole useinkaan riittänyt parantamaan hänen yhteiskunnallista asemaansa (Järvikoski 1994, 144). Deeganin (1992, 12 – 13) mukaan

mielenterveysongelmaisten kohtaamat ympäristön sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset esteet ovat hankalia. Ympäristön esteet liittyvät köyhyyteen, leimaamiseen ja ennakkoluuloihin, pelkoon ja välinpitämättömyyteen sekä heikompiin mahdollisuuksiin päästä koulutukseen ja työhön ja valinnan mahdollisuuksien vähäisyyteen. Hänen mielestään psyykkisesti sairaat kohtaavat asenteellisia esteitä, jotka liittyvät siihen, miten psyykkisiä ongelmia määritellään. Esimerkiksi hoitojärjestelmät ottavat vastuun ja tekevät päätöksiä mielenterveyskuntoutujan puolesta. Mitä enemmän järjestelmä ottaa vastuuta kuntoutujan elämästä ja valinnoista sitä avuttomammaksi ja riippuvaisemmaksi kuntoutuja käy. Avuttomuus vahvistaa käsitystä henkilön kykenemättömyydestä päätöksentekoon ja näin oravanpyörä pyörii. Deeganin (1992) näkemykset muistuttavat brittiläistä sosiaalista vammaiskäsitettä, jossa vammaisuutta pidetään yhteiskunnallisten reaktioiden tuotteena, kulttuurisesti tuotettuna ilmiönä. Sosiaalinen malli ei kiellä vammaisuuden merkitystä, mutta se painottaa sosiaalisissa rakenteissa muotoutuvia rajoituksia. (Suikkanen & Lindh 2001, 42.)

4.2 Yhteisöhoito ja yhteisökasvatus

Yhteisökasvatuksellisten ja terapeuttien yhteisöjen toiminta eroaa lähinnä menetelmällisiltä ja toiminnallisilta rakenteiltaan. Terapeutit ja yhteisöt jaetaan Tom Mainen kollegojensa kanssa kehittämään psykodynaamisiin terapeutteihin yhteisöihin ja Maxwell Jonesin kokemukselliseen oppimiseen pohjautuvaan sosiodynaamisiin yhteisöihin. (Isohanni 1986, 134; Murto 1997, 15, 18.) Isohanni (1986) kirjoittaa myös hoitoyhteisöstä. Suomessa terapeutit ja yhteisöt alkoivat kehittyä 1970 – luvulla Sopimusvuori ry:n asuntoloissa Nokialla ja Tampereella. Samaan aikaan toisistaan riippumattomina alkoi yhteisökasvatukseksi kutsuttu kasvatuskäytäntö Jyväskylän kaupungin poikien oppilaskodeissa. (Murto 1997, 189.) Yhteisökasvatus – termiä käytetäänkin yleisemmin esimerkiksi lasten päivähoitossa, kouluissa ja huumehoitoyksiköissä sekä aikuiskasvatuksessa erityyppisissä koulutuksissa, kun taas yhteisöhoito on käytössä psykiatrian alueilla. Joissain yhteisöissä terapeutit ja kasvatukselliset tavoitteet menevät päällekkäin. (Kaipio & Murto 1996, 59; Murto 1997, 15.)

Yhteisöhoito psykiatrian käytännön kentillä on varsin laajasti ymmärretty käsite ja toimintamuoto. Yksiköiden toimintasuunnitelmissa on usein tapana kertoa sen toimivan yhteisöhoidollisesti tai yhteisöhoitoon olevan osa hoitoa. Isohannin (1986) mukaan tera-

peuttisella yhteisöllä tarkoitetaan joko hoitoperiaatetta tai psykiatrasta yksikköä, jossa hyödynnetään tietoisesti inhimillisyyttä ja ihmisiä yhdistäviä rakentavia ryhmäilmiöitä. Terapeuttinen yhteisö pyrkii tukemaan yksilön kasvua kehollisella, mielen sisäisellä, ihmissuhteiden sekä perhe-, ryhmä-, organisaatio- ja sosiaalisella tasolla. Terapeuttinen yhteisö on siis kokonaisvaltainen toiminnallinen kokonaisuus, joka muodostuu sen kaikkien jäsenistä yksilöinä resursseineen.

Yhteisöhoidolla tarkoitetaan koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Yhteisö toimii näiden tavoitteiden toteuttamisen välineenä silloin, kun kaikki mitä yhteisössä on ja tapahtuu, nähdään osana perustehtävää. Yhteisöhoidolla pyritään kasvattamaan itseensä luottavia, aktiivisia ja vastuuntuntoisia ihmisiä. Yhteisö ilmentää yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä ihmisten muodostamaa sosiaalisen vuorovaikutuksen järjestelmää. Yhteisöllisen ajattelutavan merkitys pohjautuu pitkälti sen toiminnalla antamaan struktuuriin ja yhdessä sovittuun toimintamalliin. Yhteisön tarjoamia mahdollisuuksia tulee käyttää tietoisesti hyväksi, jotta yhteisö tukee yksilön hoitoa tai kuntoutusta. (Kaipio & Murto 1996, 13; Mattila 2002, 107 – 108; Murto 1997, 13.) Yksilölliset vuorovaikutussuhteet jäävät irrallisiksi, ellei niille anneta tukea selkeillä ja sovitulla toimintamalleilla. Tämän perusteella on kehitetty yhteisöjä koskevia hoito- ja kuntoutusohjelmia. Keskeisiä periaatteita yhteisöillä voivat olla esimerkiksi kouluttavat yhteisöt, kodinomaiset yhteisöt jne. (Nojonen 1990, 30).

Yhteisöissä ja ryhmissä opitaan yhdessä, vaikkakin oppiminen on yksilöllinen prosessi – kenenkään puolesta ei voi oppia. Ryhmässä ja yhteisössä oppiminen tarjoaa jäsenilleen sosiokognitiivisia ristiriitoja, säröjä, kun oma ajattelu poikkeaa toisen ajattelusta. Oman ja toisen ajattelun tai toiminnan vertaaminen voi innostaa ponnistelemaan uuden oppimiseksi. Toisinaan oppiminen on kehittymistä uudelle ajattelun tai toiminnan tasolle. Venäläinen psykologi Vygotski kehitti lähikehityksen vyöhykkeen käsitteen kuvaamaan yksilön tosiasiallisen kehitystason ja autettuna saavutetun kehitystason eroja. Yhdessä oppiessaan yhteisön jäsenet voivat tukea toisiaan ylittämään oman kehitystasonsa. Yhdessä oppiminen vahvistaa myös motivaatiota, jos ryhmän jäsenillä on yhteinen tavoite, jota kohti kaikki ponnistelevat ja jonka saavuttamiseen kaikkia ryhmän jäseniä tarvitaan. Yhteinen tavoite motivoi, vaikka yksilön oma innostus välillä hiipuisikin. Yhteisön ja ryhmän oppimista edistävä vaikutus perustuu myös oppimisprosessin emo-

tionaalisuuteen. Jos yksilöstä oppiminen tuntuu vaikealta, niin toisten tuki kannustaa ja lohduttaa. Hankaluuksien jakaminen vertaisryhmässä paljastaa, etteivät ongelmat ole vain yksilöllisiä, vaan ne kuuluvat oppimisprosessiin. Vaikeudet eivät ne ole ainutlaatuisia, vaan ongelmia on muillakin. Vertaisryhmä myös kannattelee, jos ryhmän jäsen epäonnistuu. Ryhmässä jaetaan myös oppimisen ilon ja onnistumisen kokemuksia. (Repo-Kaarento 2007, 24 – 25.)

Yhteisö voidaan siis käsittää toiminnalliseksi yhteisöksi, jossa yhteisöllisyys viittaa lisäksi sosiaalisen vuorovaikutuksen ominaisuuteen, tapaan ja toimintaperiaatteeseen sekä tavoitteena ja oppina tietystä vuorovaikutustavasta (Kaipio 1999, 159). Yhteisökasvatuksen ekologisessa mallissa kuvattu nuoli yksi (kuvio 6, sivu 39) kuvaa työntekijäyhteisön ja vertaisryhmän yhteistä normien muodostumista. Oleellista normien muodostumisessa on eri ekologisten tasojen vuorovaikutus ja se, miten yhteiset normit muodostuvat ja muuttuvat vuorovaikutusprosessina. Yhteisön yhteiset normit, toimintaa ohjaavat pelisäännöt, ovat toimintoja ohjaavien arvojen käytännön ilmentymä ja ohjenuora. Arvot ovat ympäristöstä opittuja, yleisiä valintatapumuksia, joiden mukaan reagoidaan tietyissä tilanteissa. Arvot ja toiminta ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa, vaikkakaan arvoja ei voida suoraan havaita. Normit ovat keinoja, joiden avulla tehdään arvojen edellyttämiä valintoja. (Kaipio 1999, 160; Lehtonen 1990, 26.) Yhteisön kehittyminen perustuu keskeisesti yhteisten normien yhteisölliseen kontrolliin ja tarvittaessa yhteisölliseen muuttamiseen. Yhteisöllinen kontrolli merkitsee yhdessä määriteltyjen, sovittujen ja hyväksytyjen normien kontrolloimista, valvomista ja muuttamista jatkuvasti työntekijöiden ja vertaisryhmän yhteistyönä. Normit heijastuvat tavoitteisiin ja niiden noudattamisesta tulee myös yksilöiden elämänprosessin osa, mikä luo yhteistä arvoperustaa. (Kaipio 1999, 160.)

Eheän yhteisön ja ryhmän luominen on Murroneen (1997, 210) mukaan ratkaisevasti kiinni henkilöstön yhtenäisyydestä ja toiminnan johdonmukaisuudesta. Myös Kaipio (1999, 201) peräänkuuluttaa johdonmukaisuutta, määrätietoisuutta ja varmuutta sekä luottamusta, jotta yhteisöllisyys onnistuu. Hän kuitenkin myöntää, että arkipäivän käytännöt ja toimintaprosessi osoittautuvat ihanteita monimutkaisemmaksi. Ratkaisuksi Kaipio (1999, 203 – 204) esittää, että yhteisten keskustelujen, todellisuuskäsityksen ja kielen kautta yhdessä ymmärretään sitoutumisen merkitys arkipäivän konkreetille toiminnalle ja sitoudutaan sovittuihin toimintalinjoihin.

Yhteisökokouksella on yhteisöhoidollisessa yhteisössä monia tehtäviä. Se vahvistaa uskoa kuntoutumisprosessiin, on yhteisön kommunikaation perusta, vaikuttamisen ja kontrollin väline sekä oppimisen foorumi. Murto (1997, 221 -222) on Wineria ja Lewisia lainaten jäsentänyt yhteisökokouksen tehtäviä seuraavasti: Ensiksikin yhteisökokouksen tehtävänä on tiedon vaihto, jossa jokapäiväiseen elämään kuuluvista asioista keskustellaan ja luodaan ”kognitiivista karttaa” yhteisön tapahtumista. Toiseksi kokousten tehtävänä on kuntoutujien päivittäisen elämänhallinnan vahvistaminen ja ongelmien ratkaisemisen oppiminen kokemuksen kautta. Kolmanneksi yhteisökokousten avulla vahvistetaan yhteisöllisyyttä ja yksilön kuulumista siihen tasavertaisena jäsenenä. Neljänneksi yhteisökokouksen tehtävänä on uskomusten ja arvojen teroittaminen, jolloin työntekijöiden ja kokeneimpien kuntoutujien arvoja ja uskomuksia välitetään ja vahvistetaan. Viidenneksi yhteisökokouksissa rohkaistaan realiteettien testaamiseen, mitä varten kokoukset ovat suunniteltuja ja strukturoituja. Viimeisenä tehtävänä kokouksilla on sairaan käyttäytymisen tukahduttaminen ja terveen käyttäytymisen rohkaiseminen henkilökunnan toimiessa mallina.

Käsiteltäessä yhteisökasvatuksen ekologisen mallin (kuvio 6, sivu 39) mukaista tummennettuna alueena kuvattua yhteisöä on luontevaa käsittää yhteisö Lehtosen (1990) kuvaamana yhteisyyden lähtökohdista määrittynään toiminnallisena yhteisönä. Tällöin yhteisyys yhteisössä kehittyy vuorovaikutuksellisenä ilmiönä ja jäsenten ryhmäidentiteetti muotoutuu konkreetin toiminnan seurauksena. Vaikka yhteisöt vaihtelevatkin toimintamuodoiltaan ja tavoitteiltaan, niille on yhteistä verraten pysyvä ja välitön vuorovaikutus, jossa muotoutuvat ja määrittyvät jäsenten väliset vuorovaikutussuhteet (jäsenten keskinäiset käyttäytymissäännöt, moraaliset sitoumukset, normit, sanktiot ja sisäinen hierarkia), yksittäisen jäsenen yksilöllisen käyttäytymisen vapausasteet ja valintavaihtoehdot yhteisössä (poikkeavan käyttäytymisen sieto) sekä jäsenten ja ei-jäsenten välisen vuorovaikutuksen säännöt (jäseniä ja ulkopuolisia koskevien käyttäytymisnormien ero). (Kaipio 1999, 159; Lehtonen 1990, 14 – 17, 25.)

4.3 Yksilönä yhteisössä ja vertaisryhmä

Kasvatuksen suppein määritelmä määrittelee kasvatuksen kahden henkilön vuorovaikutuksena, tavoitteellisenä toimintana, jolla pyritään ohjaamaan yksilön persoonallisuuden

kehitystä. Kasvatuksen laajin, antropologinen määritelmä, liittää kasvatuksen ihmislajin kehitykseen, jolloin kasvatuksen sosiaalinen alkuperä nähdään ihmisen pyrkimyksenä säilyä elossa mukautumalla ympäristöönsä ja kehittämällä sen hallintaa. Kasvatuksen sosiologinen määritelmä sijoittuu jonnekin kahden edellä mainitun määritelmän väliin. Kasvatus on sosiaalistumista siihen yhteiskuntaan, yhteisöön ja ryhmään, jossa yksilö elää. (Antikainen 1998, 12 – 14; Kaipio 1999, 161 – 162.) Sosialisatio on yhteisökasvatuksen ekologisessa mallissa (kuviokuva 6, sivu 39) yksi tärkeä ulottuvuus. Yhteisökasvatuksen yhteydessä sosialisatio on luonnollista nähdä käsitteenä, jossa yhteisön jäsenet ovat sosiaalisia toimijoita. Näin sosialisatio on vuorovaikutusprosessi, jossa vertaisryhmän jäsenet (kasvatettavat) voivat sosiaalistaa työntekijöitä (kasvattajia) ja vaikuttaa toiminnallaan yhteisökasvatuksen ekologisten mallin kaikille tasoille. (Kaipio 1999, 163 – 164.)

Yksilöllinen ja yhteisöllinen kuntoutus eivät ole toistensa vastakohtia, vaan ne täydentävät toisiaan limittäin toteutettuna. Yhteisöllisessä hoidossa ja kasvatuksessa yksilöä autetaan mukaan lukien hänen lähiympäristönsä. Kuntoutujan on voitava kokea, että hänen taustansa, ympäristönsä, kokemuksensa ja tietonsa ovat arvokkaita ja että niitä käytetään kuntoutuksen tukena. (Anttinen & Ojanen 1984, 174.) Yhteisössä tapahtuu yhdessä oppimista. Sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla oppija voi ulkoistaa omaa ajatteluaan, saada reflektion aineksia muilta sekä saada ja antaa sosiaalista tukea. Vertaisoppimisessa ryhmän toimintaan ei yleensä liity työnjakoa, vaan osallistujat ratkaisevat tilanteen yhdessä, työnjako on spontaania ja roolit joustavia. Yhteistoiminnallisessa oppimisessa on siis kyse toiminnoista, joita käytetään hyväksi, jotta voidaan tuottaa oppimismekanismia. (Tynjälä 2002, 152 – 154.)

Kaipion yhteisökasvatuksen ekologisessa mallissa (kuviokuva 6, sivu 39) yhteisöllinen ja yksilöllinen näkökulma yhdistyvät. Kasvatusyhteisö muodostuu yksilöistä eli kasvattajayhteisöstä ja vertaisryhmästä. Siitä, miten yhteisön kasvattajat eli työntekijät toimivat, määräytyy keskeisesti koko yhteisön toiminta. Vertaisryhmä on se yhteisön ryhmä, joiden kasvattamista, opettamista tai hoitamista varten yhteisö on olemassa. Tutkimusyhteisössä vertaisryhmän muodostavat mielenterveyskuntoutujat. Se, millaisia työntekijät ja vertaisryhmän jäsenet yksilöinä yhteisössä ovat, miten työntekijä yksilönä toimii yhteisön jäsenenä suhteessa vertaisryhmään ja sen yksilöihin, on luonnollisesti osa yhteisökasvatuksen kokonaisuutta. Toisaalta myös yhteisö, yhteisö organisaationa ja yhteis-

kunnallinen taso vaikuttavat kaiken aikaa yksilöihin, heidän toimintaansa ja käyttäytymiseensä. (Kaipio 1999, 157 – 158.)

Yksilöllisyyttä yhteisössä voidaan tarkastella subjektiviteettina eli miten yksilö omasta ainutlaatuisesta subjektiviteetistaan kokee ympäristön tapahtumat. Tällöin eri yksilöt voivat kokea saman tapahtuman hyvin eri tavoin ja tuo kokemus on jokaiselle yksilöllisesti ehdottoman aito, vaikkakin erilainen. Subjektiviteetti on yksilön oma subjektiivinen kuva itsestään ja suhteestaan ympäristöönsä ja siihen kuuluu persoonallisuus, kokemukset ja suhteet ympäröivään yhteiskuntaan. Subjektiviteetin käsite itse asiassa yhdistää persoonallisuutta ja ympäristöä kuvaavia yksilön kehitystekijöitä yksilön itsensä kokemasta subjektinäkökulmasta. Kasvatettavan subjektiviteetin ymmärtäminen ja arviointi sekä tarvittavien tietoisien yhteisöllisten toimenpiteiden avulla subjektiviteettiin vaikuttaminen mahdollistavat myönteisen yksilöllisen identiteetin kehittymisen riittävän hyvässä yhteisössä. (Kaipio 1999, 199 – 200; Nikkonen 1996, 56.)

Mielenterveyskuntoutujien yhteistoiminnallisuus on yhteisyyden muotona tullut yhä merkityksellisemmäksi. Vertaistuen on todettu olevan erityisen merkityksellistä toivon ja tuen löytymisessä kuntoutumiseen. Kuntoutujat kokevat, että vertaiset ymmärtävät heitä eri tavalla, aina ei tarvita edes sanoja. Vertaistuki voi tosin toiseenkin suuntaan, sillä eri ryhmien sisällä saattaa kehittyä erilaisia alakulttuureja, jotka eivät aina ole kuntoutumista tukevia. (Peltomaa 2005, 44, 79.) Vertaisryhmän tietoinen käyttäminen on Kaipion (1999) mielestä jäänyt liian vähälle huomiolle. Yksilö toimii pitkälti sen mukaan, mikä hänen vertaisryhmässään on hyväksyttyä. Vertaisryhmä käyttää valtaa, luo statuksia ja säätelee käyttäytymistä ryhmässä. Käyttäytymisen ja itsesäätelyn rajat ja normit rakentuvat yhteistyönä yhteisön yksilöiden ja yhteisön tason pohjalta. Perustellut ja yhdessä sovitut, tarvittaessa yksilö- ja yhteisökehityksen myötä muuttuvat normit saavat aikaan turvallisuuden ja luottamuksen yhteisöön, mitä onnistunut yhteisökasvatus aina edellyttää. Yhteisöä ja vertaisryhmää tulisikin käyttää tietoisena intervention välineenä, mihin liittyy myös yhteisön jäsenten vastuu toisten vertaisryhmän jäsenten kuntoutuksesta. (Kaipio 1999, 215 - 216.) Yhteisöhoidossa vertaisryhmän vaikutuksen saaminen palvelemaan kuntoutujatovereiden kuntoutumista on keskeisempiä haasteita (Murto 1997, 249).

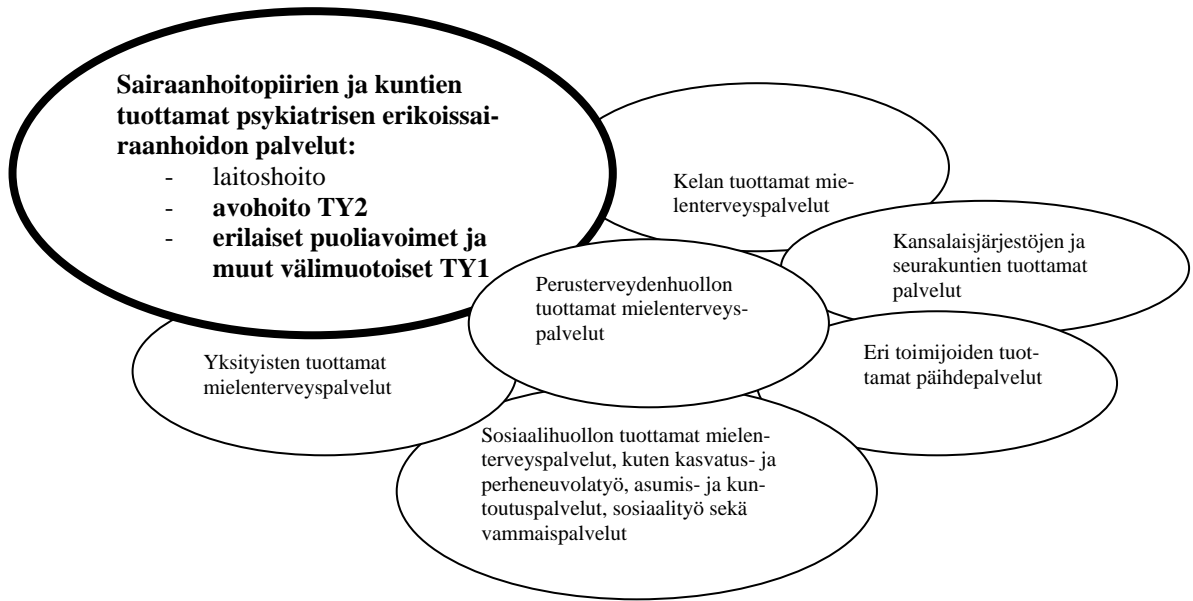
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Etnografia kehittyi antropologian ”vieraiden” kulttuurien tutkimuksen yhteydessä. Sen avulla tuotetaan kuvauksia ja selityksiä ihmisistä, jotka muodostavat yhteisön.

Etnografia avaa tuoreita näkökulmia psykiatrisen hoito- ja kuntoutustyön käytännön kehittämiseen. Arkitodellisuutta paljastavana tutkimusmenetelmänä etnografian avulla tutkija voi tavoittaa oleellista tutkittavasta asiasta, sen konkretiasta ja käytännön kulttuurista. (Nikkonen, Janhonen & Juntunen 2001, 44 – 45.) Tutkijana tehtävänäni oli kenttätöissäni arvioida ja huomioida ihmisten käyttäytymistä tutkimukseni näkökulmasta vastaten asettamiini tutkimustehtäviini. Aineistoa keräsin tätä tutkielmaa varten tyypillisiä etnografisia metodeja käyttäen: havainnoiden, haastatellen ja kirjallisia dokumentteja hyödyntäen. Aineistoa luokittelin sisällönanalyysin keinoin aineistolähtöisesti. Aineistoa pelkistäen ja tiivistäen etsin aineistosta tutkimustehtäviini liittyviä ilmiöitä. Samalla pyrin systematisoimaan ja välttämään tulkinnan mielivaltaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102 – 104.) Analyysituloksena kuvaan ja selitän tietyissä yhteisöissä elävien ja toimivien ihmisten toimintamallia tutkittavien ilmiöiden osalta. Tutkijana tarkastelen, miten yhteneväinen ja miten eroavainen toimintamalli on muihin yhteisöihin ja aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna koittaen löytää yleistyksiä. (Nikkonen ym. 2001, 48 – 49.)

5.1 Tutkimusyhteisöt ja – henkilöt

Tutkimuksessani halusin keskittyä sairaanhoitopiiriin tai kuntien tuottamaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon palveluihin, koska itse työskentelen psykiatrisen sairaalan osastolla, niin tutkijan rooliin asettuminen olisi voinut olla hankalaa subjektiivisuuden vuoksi. Seuraavan sivun kuviossa (kuvio 7) paikantuu tutkimusyhteisöjen asema mielenterveyspalvelujen kentällä.



KUVIO 7. Mielenterveyspalveluiden jakautuminen eri toimijoiden vastuulle (Työnjako ja rasisista mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio 2004, 26)

Aluksi tavoitteenani oli saada mukaan yksi yhteisö, kuntoutumiskoti tai muu vastaava asumisyksikkö. Lähetin tutkimuslupapyyntöni kahteen erilaiseen paikkaan: yhteen sairaanhoidopiirin palveluihin kuuluvaan tehostetun psykiatrisen kuntoutumisasumisen yksikköön ja yhteen terveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveyspalveluihin kuuluvaan mielenterveyskeskuksen kuntoutumiskotiin. Lopulta molemmat tahot vastasivat myöntävästi, ja jouduin pohtimaan, mikä on tarkoituksenmukaista tutkimukseni kannalta. Kävin tutustumassa molempiin paikkoihin keskustellen henkilökunnan kanssa. Lisäksi kuntoutusasumisyksikössä vietin ”tulla tutuksi” – päivän yhteisössä. Näiden tutkimiskäyntien perusteella päädyin ottamaan molemmat yhteisöt tutkimukseeni mukaan, sillä ne edustavat nykyaikaisia psykiatrisen kuntoutuksen palveluja ja ovat tutkimustehävieni puolesta relevantteja.

Tutkimusyhteisö 1

Kuntoutusasumisyksikkö on toiminut keväästä 2006, jolloin kyseinen palvelumuoto muodostettiin tarjoamaan suunnitelmallista kuntoutusta, jotta sen asukkaat saavuttaisivat parhaan mahdollisen toimintakyvyn päivittäisissä toiminnoissaan, sosiaalisissa suh-

teissaan sekä itseään kiinnostavien harrastusten parissa. Yksikkö toimii kaupungin keskustan välittömässä läheisyydessä vuokratessa pienkerrostalossa. Talossa on 11 kuntoutusasuntoa, erilaisia harrastustiloja, oleskeluhuoneita sekä yksikön toimisto. Yksikön tavoitteena on tukea asukkaitaan siten, että he kykenevät jatkossa asumaan vähemmän tukea tarjoavissa asumismuodoissa.

Asukkaat muuttavat asumisyksikköön pääasiassa alueen psykiatrisista sairaaloista. Asukasvalinnat tapahtuvat yhdessä sairaalan hoitavan työryhmän ja asumisyksikön työryhmän arvioinnin perusteella. Arvioinnissa painottuvat potilaan vaikeaoireinen sairaus, kuten skitsofrenia, toistuvat ja/tai pitkittyneet sairaalahoidot sekä kotikuntoutuksen ja erityisturvan tarve sairaalahoidon jälkeen. Valintaan vaikuttaa myös hakijan motivaatio sitoutua asumisyksikön sääntöjen noudattamiseen.

Asumisyksikössä työskentelee vastaava hoitaja ja viisi psykiatrista sairaanhoitajaa ja kaksi mielenterveyshoitajaa. Työntekijävalinnoissa on kiinnitetty erityistä huomiota henkilökunnan erityistaitoihin ja koulutuksiin. Asumisyksikön kuntoutus sisältää ohjausta niin kotitalouden, musiikin, liikunnan, eräretkeilyn, kädentaitojen kuin puutarhaterapiainkin muodossa. Henkilökunta tekee kolmivuorotyötä eli asukkaat saavat tukea ja ohjausta vuorokauden ympäri.

Asumisyksikön kuntouttava toiminta on suunnitelmallista, turvallisuutta korostavaa, vuorovaikutteista sekä asukkaiden arkea tukevaa. Jokaisen asukkaan kanssa laaditaan kirjallinen kuntoutumissuunnitelma ja jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja. Asumisyksikkö toimii itsenäisen asumisen ja yhteisohoidon periaatteiden välimuotona ja sillä on tavanomaisista kerrostalon järjestyssäännöistä jonkin verran poikkeavat omat sääntönsä, mm. päihitteettömyyssopimus. Asukkaat sitoutuvat noudattamaan myös lääkärin määräämää lääkitystä, jonka toteutumista henkilökunta valvoo päivittäin. Asukkaiden vuorovaikutustaitoja tuetaan järjestämällä yhteisökokouksia, pitämällä yhdessä huolta talon siisteydestä ja viihtyisyydestä, harrastamalla piha-, puu- ja käsitöitä sekä virkistäytymällä erilaisilla retkillä ja viettämällä pieniä juhlia ja tapahtumia. Asumiskuntoutus on arkipäivän haasteisiin vastaamista. Jokainen asukas huolehtii päivittäin ruokailustaan, hygieniastaan sekä vaatteidensa ja asuntonsa siisteydestä. Henkilökunta seuraa jaksamista ja auttaa tarvittaessa. Asukkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja tukea tarjotaan hänen yksilöllisten tavoitteidensa ja voimavarojensa mukaan.

Tutkimusyhteisö 2

Kuntoutumiskoti on palvelujärjestelmän ja asiakaskunnan muuttumisen takia muuttanut toimintamuotoansa kesällä 2007. Aiempina vuosikymmeninä kuntoutuja asuivat kuntoutumiskodilla, mutta nykyisellään he asuvat joko omissa kodeissaan saaden sinne tarvittavat tukitoimenpiteet (kotikuntoutus) tai erilaisissa hoito- ja palvelukodeissa. Kuntoutumiskoti sijaitsee kaupungin liepeillä sairaalan ja mielenterveyskeskuksen läheisyydessä kaksikerroksisessa rivitalossa. Talossa on oleskelutiloja, keittiöitä, henkilökunnan tiloja ja asukashuoneita, joissa intervalliasiakkaat voivat tarvittaessa yöpyä sovitun ajan.

Kuntoutumiskoti toimii henkilökunnan kuvaamana avohoidon asiakkaiden perushuolto- paikkana, jossa he saavat seuraa, keskustelutukea, aktiviteetteja ja kuntouttavaa apua ja tukea esimerkiksi lääkannostelijoiden täytössä, asioinnissa sekä arjen askareissa. Yhteisöllisyys on toimintaa kannattelevana toimintaperiaatteena. Henkilökuntaa kuntoutumiskodilla on neljä: osastonhoitaja, kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa ja sairaala-apulainen. He ovat töissä maanantaista perjantaihin klo 8-16 välisenä aikana. Henkilökunnan työ muodostuu ohjaamisesta, asiakkaiden yksilökäynneistä ja erilaisista ryhmien pitämisestä. Ison osan henkilökunnan työajasta vie kotikuntoutus, joka tuo kuntoutuspalvelut asiakkaan luo – hänen omaan kotiin. Kotikuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakasta hänen omassa arjessaan. Kotikäyntejä tehdään yksilöllisten suunnitelmien mukaisesti ja tarvittaessa useamminkin.

Kotikuntoutusasiakkaat (8-16 kpl) ovat yleensä aikuisia pitkäaikaispotilaita, joilla voi olla useampia sairaalahoito- ja kuntoutusjaksoja takanaan. Diagnoseina heillä on useimmiten skitsofrenia tai muu vastaava pitkäaikainen psykoosi. Kuntoutumiskodin päiväkävijöillä, joita on kahdesta kahdeksaan kävijää/päivä, on tavallisesti kaksoisdiagnosi, mikä tarkoittaa, että heillä on sekä päihde- että mielenterveysongelmia.

Kuntoutumiskeskuksen, johon kuuluvat kuntoutumiskodin lisäksi myös päiväkeskus ja mielenterveystoimisto, asiakkaalle laaditaan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, joka voi koostua esim. kuntoutumiskäynneistä, ryhmistä ja kotikuntoutuksesta. Kuntoutujalla voi olla yksilökäyntejä myös mielenterveystoimistossa ja työtoimintaa työkeskuksessa. Kuntoutumissuunnitelmaa arvioidaan ja tarkistetaan vähintään kerran vuodessa, joka tapauksessa aina tarpeen niin vaatiessa. Palavereihin toivotaan omaisten lisäksi osallistuvan myös kuntoutujan hoitoon osallistuvia tahoja, kuten sosiaalitoimi, kotisai-

raanhoito, edunvalvoja ja työvoima. Psykoedukatiivisen hoito-otteen mukaisesti tavoitteena on asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen, sairaalahoidon estäminen ja elämänlaadun parantaminen. Kuntoutumistyön avulla autetaan asiakasta integroitumaan yhteiskuntaan ja normaaliin elämään.

5.2 Etnografia tutkimusmenetelmänä

Etnografia ei ole mikään yksittäinen tiedonkeruumenetelmä vaan pikemminkin tutkimuksen tyyli, jossa tavoitteena on ymmärtää ihmisten toimintaa ja sen sisältämiä sosiaalisia merkityksiä tietyssä ympäristössä. Sana etnografia merkitsee kirjaimellisesti ihmisen kuvaamista tai ihmisestä kirjoittamista. Tutkittaviin asioihin kuuluvat muun muassa ryhmän ja sen jäsenten väliset suhteet ja vuorovaikutus, kulttuurin sisäiset toimintatavat ja normit sekä ryhmän jäsenten tietämys ja taidot. Vaikka itse tutkimuksen yksityiskohdat saattavat vaihdella, etnografinen tutkimus sisältää yleensä luonnollisissa olosuhteissa tehtävää periodimaista kenttätöitä sen kulttuurin tai ryhmän parissa, joka on tutkimuksen kohteena. Ajatuksena on tietoinen kohteeseen sisälle meneminen, siihen henkilökohtaisesti tutustuminen, havainnointi ja oppiminen. (Eskola & Suoranta 2000, 104 - 106; Metsämuuronen 2003, 173; Vuorinen 2005, 63.) Yleensä etnografialle ominaisia piirteitä ovat kohtuullisen aikaa kestänyt kenttätö, aineistojen, menetelmien ja analyytisten näkökulmien monipuolisuus, tutkimuksen suorittaminen niissä olosuhteissa, joissa tutkimukseen osallistuvat ihmiset elävät tai työskentelevät. Osallistumisella, havainnoinnilla ja kokemuksellisuudella on keskeinen merkitys tutkimusprosessissa. (Lappalainen 2007, 11; Metsämuuronen 2003, 171.)

Etnografiselle tutkimukselle on ominaista, että aineiston tuotanto, analyysi, tulkinta tai teoretisointi kulkee limittäin: alustavaa analyysia tutkija tekee jo kentällä ja ensimmäisiä luonnoksia saatetaan kirjoittaa jo kenttätöväiheen aikana - tai ainakin perehdytään erilaisiin teoreettisiin viitekehyksiin. (Lappalainen, 2007, 13; Metsämuuronen 2003, 173.) Etnografisille tutkimuksille on tyypillistä se, että tutkimussuunnitelmat ovat yleensä aluksi väljiä ja kiinteytyvät ajan myötä. Usein varsinaiset tutkimustehtävätkin muotoutuvat vasta, kun tutkija on seurannut tutkittavaa kohdetta jo jonkin aikaa. Tällä varmistutaan siitä, että kysymykset ovat relevantteja kohteeseen nähden ja kasvavat yhteisön sisältä päin. (Metsämuuronen 2003, 205.)

Tutkimusstrategian valinta oli minulle alusta lähtien selvä: laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, koska sen tavoitteena on tutkimuskohteen ymmärtäminen ja se mahdollistaa tutkittavien henkilöiden äänen kuulemisen/kuulumisen. Kiinnostukseni kohteena olivat yhteisössä tapahtuvat ohjaamistilanteet ja näitä luonnollisia tilanteita tutkin suhteessa niiden ympäristöön. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 125 – 126.) Laadullisen tutkimuksen perinne näkyy raportointitavassa, sillä olen kirjoittanut tekemistäni valinnoista ja tutkimuksen etenemisestä minämuodossa. Kvalitatiivisessa traditiossa tutkija nähdäänkin yhdeksi tutkimusvälineeksi, jonka ajattelu ja toiminta tulee tuoda tutkimuksessa esiin. (Patton 2002, 14.)

Tutkimus kartoittaa hoitotyöntekijöiden toimintaa mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksen ja arkipäivän tukemisessa sekä oppimaan ja kuntoutumaan ohjaamisessa. Tutkimuksen tehtävänä on myös selvittää, miten työntekijät kuvaavat mielenterveyskuntoutujaa oppivana kuntoutujana. Tutkimus selvittää lisäksi yhteisöllisyyden merkitystä kuntoutujan arkipäivän elämässä. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva, koska sen tarkoituksena on dokumentoida ja tuoda esiin arjen tapahtumia ja prosesseja hoitotyöntekijöiden näkökulmasta kahdessa (2) kuntoutumisyksikössä. (Hirsjärvi ym. 2004, 129 – 130.)

5.3 Aineiston keruu

Etnografisessa tutkimuksessa itse tutkijalla (etnografilla) on merkittävä rooli. Tutkijan tehtävänä on analysoida ja tulkita tuloksia. Etnografia ei ole koskaan puolueetonta, vaan tutkijan rooli vaikuttaa merkittävästi lopullisiin tuloksiin. Tutkijan rooli tulisikin tiedostaa, jolloin tutkijan on oltava tietoinen vääristymille herkistymisessä ja epärehelliselle näkemänsä ja kokemansa tulkitsemiselle. (Syrjäläinen 1994, 41; Metsämuuronen 2003, 174.) Etnografisen tutkimuksen yksi elementti on erilaisten ja eri tilanteissa kerättyjen aineistojen yhdistäminen (Nikkonen 1998, 140). Yleisimmin käytetyt tutkimustavat ovat osallistuva havainnointi sekä haastattelut. Tutkimusaineisto perustuu yleensä oma-kohtaiseen kokemukseen luonnollisessa toimintaympäristössä sekä ihmistoimijoiden havainnointiin.

Kenttätyö ja osallistuva havainnointi

Keskeisin tapa kerätä aineistoa etnografisessa tutkimuksessa on kenttätyö (*field work*). Kenttätyössä etnografi joko elää tai vierailee toistuvasti tutkittavien parissa. Kenttätyötä tekevän tutkijan tehtävänä on päästä sisälle yhteisöön ja tehdä siitä havaintoja. Etnografi on tutkimuksessaan kiinnostunut muun muassa yhteisön sosiaalisista käytännöistä, tietämyksestä, uskomuksista, asenteista ja toimintamalleista. Tehdessään kenttätyötä esimerkiksi työpaikalla tutkija viettää aikaa työympäristössä ja havainnoi sen tapahtumia ja toimintaa. Käytännössä tutkija esimerkiksi havainnoi työntekoa ja sen käytäntöjä, seuraa kokouksia, tutustuu työvälineisiin ja työtiloihin sekä haastattelee työntekijöitä ja keskustelee yhteisön jäsenten kanssa. (Eskola & Suoranta 2000, 106; Metsämuuronen 2003, 173.)

Osallistuva havainnointi (*participatory observation*) on keskeisin etnografisessa kenttätyössä käytettävä tiedonkeruumenetelmä. Osallistuva havainnointi on ainutlaatuinen menetelmä kerätessä kokemuksia tutkimushenkilöiden vuorovaikutuksesta, toiminoista ja merkityksistä. se mahdollistaa tutkittavan ilmiön läheisen tarkastelun. (Eskola & Suoranta, 2000, 98 - 100; Jorgensen 1989, 21, 84.) Se voidaan jakaa neljään päätyyppiin sen mukaan, onko tutkijan rooli julkinen vai ei ja onko tutkija vuorovaikutuksessa havainnoitavan kanssa vai toimiiko hän ainoastaan tarkkailijana. Päätyypit ovat täydellinen havainnoija, havainnoija osallistujana, osallistuja havainnoijana ja täydellinen osallistuja. (Eskola & Suoranta 2000, 100; Metsämuuronen 2003, 19.)

Roolini tutkimuksessani oli osallistuja havainnoijana. Metsämuurosen (2003,191) mukaan tarkkailutilanteissa on joskus hankalaa olla täysin ulkopuolinen havainnoija, eikä se ole tarpeellistakaan. Oleellista on, että tutkija tuntee tutkimuskohteensa kielen ja toiminnot niin, että hän voi tarkastella tilanteita yhteisön toimintakulttuurin lähtökohdista käsin. Tämän tavoitteen saavutin tutkijana hyvin, sillä mielenterveyshoitajana tunnen tutkimuskohteiden toimintatavat ja käytetyn kielen sekä mielenterveyskuntoutajat. Osallistuvan havainnoinnin yksi keskeinen piirre on tutkijan tekemät kenttämuistiinpanot havainnoimistaan tapahtumista ja keskusteluista. Joidenkin näkemysten mukaan tutkijan omat tulkinnat ja suorat havainnoinnit tulisi erottaa erillisiksi muistiinpanoiksi, kuten esimerkiksi Hännikäinen-Uutela on tutkimuksessaan tehnyt (Hännikäinen-Uutela 2004, 233). Tein muistiinpanoja tapahtumista ja keskusteluista kenttämuistiinpanovih-

kooni. Omia heränneitä tunteita, kysymyksiä ja tulkintoja kuin myös keskustelujen sisällöistä nousseita teemoja kirjasin vihkoni vasemman puoleiselle sivulle. Oikean puoleisille sivuille kirjasin havainnointia näkemästäni ja kuvauksia toimintojen kulusta, fyysisestä ympäristöstä sekä vallitsevasta ilmapiiristä.

Havainnoimani ja kirjaamani asiat valikoituivat tutkimukseni kannalta relevantteihin asioihin. Ajoittain yhteisössä tapahtui useita asioita yhtä aikaa (esimerkiksi kaksi asukasta keskusteli hieman syrjemmässä tai joku käveli ohitse tokaisten jotakin), joten jouduin valikoimaan tilanteen, johon huomioni keskittyi, esimerkiksi ruoan laitton ohjaaminen tai jo havainnointini kohteena oleva keskustelu. Kotikuntoutuskäynneillä en kirjannut vihkooni mitään, sillä koin sen häiritsevän havainnointitilannetta. Kirjasin asiat välittömästi käynnin jälkeen, mikä heikentää jonkin verran kenttämuistiinpanojeni luotavuutta.

Havainnointi yhteisöissä auttoi minua muodostamaan omakohtaisen käsityksen yhteisöstä, työympäristöstä ja ohjaustilanteista. Käsityksen saaminen oli eduksi haastattelutilanteissa sekä analysoidessani haastatteluaineistoa. Haastateltavien kuvatessa työtään tiesin, mistä hän puhui. He saattoivat puheissaan viitata havainnointipäivien aikana yhteisesti nähtyihin ja koettuihin tilanteisiin. Minulle tutkijana ja haastateltaville oli syntynyt yhteisiä kokemuksia, jotka edesauttoivat ymmärryksen syntymistä haastattelujen kuluessa. Havainnointikokemuksen pohjalta saatoin myös tarkentaa haastateltavien puheita käyttäen viittauksia joihinkin havainnoimiini tilanteisiin. Havainnoinnin avulla pystyin muodostamaan omakohtaisen kokemuspohjan tutkimastani ilmiöstä.

Haastattelut

Haastatteluilla ja keskusteluilla voi tarkentaa osallistuvan havainnoinnin aikana nähtyä tai kuultua. Parhaimmillaan metodit toimivat toisiaan täydentävinä ja sosiaalisen elämän eri puolia valottavina lähestymistapoina. Etnografiaan soveltuvat kaikenlaiset haastattelutyypit avoimesta strukturoituun. Käytin tutkimuksessani avointa haastattelua. Haastateltaviksi valikoitui vapaaehtoisesti toisesta tutkimusyhteisöstä kolme haastateltavaa, joista kahta henkilöä haastattelin kaksi kertaa ja yhtä henkilöä yhden kerran. Toisessa tutkimusyhteisössä toteutin ryhmähaastattelun. (Ks. taulukko 1 Aineiston esittely s. 58 ja liite 2 Aineiston keruu.)

Avoimen haastattelun keinoin annoin haastateltaville tilaa kertoa ja kuvata tilanteita, ajatuksia, käytänteitä ja tunteitaan. Avoin haastattelu muistuttaa eniten keskustelua. Usein puhutaan myös syvähaastattelusta, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että saman haastateltavan kanssa avoimia haastatteluja tehdään enemmän kuin yksi. (Eskola & Suoranta 2000, 86; Metsämuuronen 2003, 189; Syrjäläinen 1994, 87–88.) Sain mielestäni tällä tavoin rikkaan aineiston, jolloin tärkeintä ei ole aineiston vertailtavuus tai sen määrällinen tarkastelu, vaan haastateltavien omien merkityksien esille nousu. Haastattelussa yksi merkittävä tekijä on, miten haastateltava osaa tai haluaa pukea kokemuksensa ja ajatuksensa sanalliseen muotoon ja miten hän osaa eksplikoida henkilökohtaisia käsityksiään ja näkemyksiään haastattelijalle tai ryhmän muille jäsenille. Tilannetta saattaa rajoittaa myös se, mitä henkilölle tulee mieleen juuri kyseisellä hetkellä. Yhden haastattelukerran rajoitteena onkin tilanteen ainutlaatuisuus.

Haastattelun tekniikan ohjenuorana minulla kulki Westbyn (1990) ohjeistukset, joissa pyydetään kertomaan, ei kysymään. Esimerkiksi "Kerro työstäsi asumisyksikön arjessa." tai "Kuvaa toimintaasi asukkaan kuntoutumiseen ohjaamisessa." ja "Kerro lisää..." tai "Kerro minulle esimerkki mainitsemastasi tilanteesta." Haastateltavan kertomaa ei saa arvostella, eikä hänen sanomaansa kommentoida (esim. "Niin, minäkin olen tuota mieltä..."). Minun oli myös hyvä tiedostaa, että olen tutkijan, en keskustelijan roolissa, vaikka tilanne keskustelulta helposti vaikuttaakin, jos haastateltava ei ole runsassanainen tai jännittää tilannetta.

Aineiston määrän rajauksen tein tutkimusprosessin aikana (saturaatio = ”kylläntyminen”) ja päädyin kuntoutumiskodilla kertaluonteiseen ryhmähaastatteluun, koska katsoin spontaanien keskustelujen ja niistä tehtyjen kenttämuistiinpanojen riittävän aineistoksi. Ryhmähaastattelussa tavoitteenani oli saada tietoa jaetuista kokemuksista ja yhteisesti annetuista merkityksistä. Eskolan ja Suorannan (2000, 97) mukaan tutkijan tulisi jo ennen aineistonkeruuta päättää onko kyseessä ryhmähaastattelu vai enemmän keskustelunomainen lähestymistapa. Keskustelun aikaansaaminen voi usein olla haasteellista, sillä ryhmässä ei välttämättä synny dialogia. Toteutin ryhmähaastattelun strukturoimattomana, etnografisena haastatteluna, koska en halunnut vaikuttaa teemoittelemalla keskusteluun. Haastattelukysymysten päättäminen etukäteen olisi ollut haastavaa, koska olisin voinut rajata sillä ulos monta antoisaa ja merkityksellistä aihetta. Tutkijan tulisi mielestäni edetä ryhmän tarpeiden ja kulloinkin kyseessä olevan tilanteen ehdoilla.

Ryhmähaastattelun aloituspuheenvuorossani aluksi rajasin aihealuetta kehottamalla haastateltavia keskustelemaan kuntoutustyöstänsä, mutta yksi haastateltavista puuttui siihen melko nopeasti ja ansiokkaasti: ”*Katja sanoi, että nyt puhutaan kuntoutuksesta, niin mulla --- ei pysty pää vaan lokeroitumaan, että nyt mä teenkin tänään kuntoutusta ja huomenna vastaanottoa ja tavallaan se oma työote on jotenki niin homogeeninen että sitä on vaikea jakaa...*” Näin edettiin haastateltavan ryhmän ehdoilla ja haastatteluaineisto muodostuikin rikkaaksi.

Ryhmähaastattelussa aineistoksi nousevat myös ryhmän dynamiikka, kuten ryhmän vuorovaikutus ja tavat keskustella käytänteistä. Ryhmäkeskustelun avulla on mahdollista saada selville, miten henkilöt keskustelevat asiasta, miten he käsittelevät mahdolliset erimielisyydet, kuka heistä puhuu eniten, kuka vähiten jne. Haastattelun pyrkimyksenä on saada mahdollisimman selkeä kuva tutkittavasta kohteesta haastateltavien näkökulmasta. Haastatteluissa ja keskusteluissa on tärkeää se, että tutkija pyrkii saamaan sellaista tietoa, josta on hyötyä tutkimuksen kannalta. (Eskola & Suoranta 2000, 85 - 97; Syrjäläinen 1994, 86 – 88.) Kaikki haastattelut nauhoitin ja litteroin sanatarkasti. Nauhoitteet ja litteroinnit ovat ainoastaan minun käytössäni ja olen tutkimussopimuksessa (liite 1) luvannut tuhota aineiston heinäkuussa 2008.

Kenttätöön ja haastattelujen lisäksi aineistoa voidaan täydentää tutkimalla artikkeleita, valokuvia ja filmejä tai saatavilla olevaa muuta kirjallista ja kuvallista aineistoa. Tutustuin tutkimusyhteisöjen kirjattuihin toimintaperiaatteisiin, erilaisiin yhteisön sääntöihin ja sopimuksiin, esillä oleviin ilmoituksiin, viikko-ohjelmiin, yhteisökokousten pöytäkirjoihin, työnjakolistoisiin, seinillä oleviin postereihin jne. Lisäksi sain katsoa valokuvia, joita oli otettu toisen tutkimusyhteisön alkuvaiheista.

5.4 Aineiston analyysiprosessi

...sinä saat sitten etsiä sieltä sitä pihviä, siinä on niin paljon majoneesia päällä ja mitä alta löytyykään... (TY1/H03)

Etnografiassa aineiston keruu ja analyysi eivät ole erilliset, toisiaan seuraavat vaiheet, vaan molempia tehdään koko ajan kenttätöön aikana. Analyysi ohjaa myös tiedonkeruun kulkua ja suuntaa koko tutkimuksen ajan. (Syrjäläinen 1994, 89; Vuorinen 2005,

65.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi alkaa ensimmäisestä kenttäpäivästä ja päättyy lopullisen raportin kirjoittamiseen. Se on pitkäjänteinen ja elävä prosessi, joka vaatii aikaa, kärsivällisyyttä, jatkuvaa ajattelua ja herkkyyttä aineistolle, teoretiedon etsimiselle ja jo kerätyn aineiston arvioimiselle. Analyysi luo aineistoon järjestystä ja selkeyttä nostamalla esiin uutta tietoa tutkimustehtävistä jäsentäen niitä. Metsämuuronen (2003, 195) varoittaa, etteivät tutkijan subjektiiviset ennakkokäsitykset muuta analysoitavaa aineistoa.

Analyysini tavoitteena ja lähtökohtana pidin ohjaajani Paula Määttäa lainatakseni ”anna aineiston yllättää” eli aineistolähtöistä, induktiivista, analyysimenetelmää. Aineistoa eli haastattelunauhoja, litteroituja tekstejä, kenttämuistiinpanoja ja muita aineksia tiivistetään eri tavoin koko tulkintaprosessin ajan. Tiivistäminen poimii aineistosta yleisiä, abstrakteja ja teoreettisesti perusteltuja piirteitä. (Eskola & Suoranta, 2000, 150 – 151; Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Kenttämuistiinpanojani analysoin sisällönanalyysin tavoin eli pohdinta tapahtui tutkijan ajattelun keinoin analyysin tuottaessa raaka-aineet tuohon pohdintaan (Metsämuuronen 2003, 196; Syrjäläinen 1994, 90).

Havainnointipäivien jälkeen olin vielä kiinni alun perin määritellyissä tutkimustehtävissäni. Kuitenkin jo haastattelujen aikana aineistosta alkoi hahmottua se tosiasia, että joudun muokkaamaan ja täsmentämään tutkimustehtäviäni. Jouduin pohtimaan uudelleen tutkimustehtäviäni, tutkimukselle asetettuja tavoitteita ja tutkimuksen aiheen rajaamista. Keskustelin ohjaajani kanssa teemoista ja aiheista, jotka mielestäni merkityksellisesti haastatteluaineistoista nousivat esiin. Päädyin aluksi kolmeen luokkaan, joiden pohjalta tutkimustehtäviäni täsmensin:

1. aikuinen mielenterveyskuntoutuja oppijana
2. kuntoutumaan ohjaaminen: miksi, mitä ja miten ohjataan
3. yhteisön merkitys oppimisessa.

Vielä tästäkin luokittelu täsmentyi ja muotoutui lopulliseen muotoonsa, jossa painottuu vahvemmin kuntoutujan toimintakyky ja elämäntilanne sekä arjessa oppimisen ja kokemuksellisen oppimisen näkökulmat. Lisäksi ohi tutkimustehtävieni muodostui aineistosta ”poikkeus” – luokka, johon sisältyi esimerkiksi hyvin mielenkiintoisia hoitotyön kulttuuriin ja paradigmoihin liittyviä asioita. Mutta kuten Tuomi ja Sarajärvi (2002, 93

– 94) tutkija Timo Lainetta lainaten ilmaisevat: Tee vahva päätös, mikä aineistossa kiinnostaa ja erota ne asiat kaiken muun jäädessä pois tästä tutkimuksesta. Näin tein, vaikka tutkimusaineisto oli suurehko ja tutkielmani rajaaminen olisi voinut olla tiiviimpi. Litteroituja tekstejä kertyi 117 sivua, Times New Roman 12, rivivälillä 1,5, sivun marginaali oli oikeassa ja vasemmassa reunassa 2 cm. Ylä- ja alamarginaalit olivat 2,5 cm. Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) ovat aineiston sivumäärät ja keruuseen käytetty aika koottu yhteen.

TAULUKKO 1. Aineiston esittely

Aineistonkeruumenetelmä	Litteroituja sivuja (A4)	Kesto minuutteina
Haastattelu TY1/H01	19	57 min.
Haastattelu TY1/H02/I	22	57 min.
Haastattelu TY1/H02/II	14	44 min
Haastattelu TY1/H03/I	17	70 min.
Haastattelu TY1/H03/II	13	59 min.
Ryhmähaastattelu TY2/H04-H07	32	79 min.
Haastattelut yhteensä	117 sivua	366 min (6 h 6 min)
Osallistuva havainnointi	kenttämuistiinpanot <u>48</u> sivua käsinkirjoitettua A4 –kokoiseen vihkoon	2750 min (45 h 50 min)
Yhteensä	165 sivua	3116 min (51 h 56 min)

Aineistostani kenttämuistiinpanot, jotka tein siis osallistuvan havainnoinnin aikana vastaavat ensisijaisesti toiseen ja kolmanteen tutkimustehtävään (taulukko 2). Haastattelut puolestaan antavat vastauksia ja löydöksiä kaikkiin tutkimustehtäviin. Erilaiset kirjalliset dokumentit täydentävät osallistuvaa havainnointia ja haastatteluja, mutta eivät sinänsä yksinään vastaa mihinkään tutkimustehtävään. Aikaisemmat tutkimukset ja teoreettinen aineisto ovat luonnollisesti merkittävässä osassa aineistosta nousseiden löydösten tarkastelussa.

TAULUKKO 2. Tutkimuskysymyksiin vastaaminen aineiston avulla

Tutkimuskysymys	Haastattelut	Osallistuva havainnointi	Kirjalliset dokumentit
1	X	x	
2	X	X	
3	X	X	x

Aloitin aineiston analysoimisen lukemalla litteroitua tekstiä useita kertoja läpi. Tavoitteenani oli muodostaa alustava kokonaiskuva aineistosta ja hahmottaa siitä olennainen tutkimustehtävien ja aiheen näkökulmasta. Merkitsin litteroituun tekstiin tutkimustehtäviini liittyviä aiheita ja ilmaisuja. Seuraavaksi määritin värit (esim. aikuinen oppijana sininen, ohjauksellisuus lila, yhteisöllisyys pinkki), joiden mukaan merkitsin tekstiin kuhunkin luokkaan liittyvät ilmaukset. Analyysiyksikkönä olivat ajatuskokonaisuudet, joita olivat eripituiset lauseet tai useita lauseita. Aloin redusoida eli pelkistämään aineistoani kirjaamalla sivujen reunaan kommentteja ja pelkistäviä ilmauksia, joita myös kokosin luetteloksi erillisille papereille. (Bogdan & Biklen 1998, 171; Tuomi & Sarajärvi 2002, 111 - 112.)

Seuraavaksi tarkastelin muodostamiani kokonaisuuksia ja niiden osia suhteessa kokonaisuuteen. Tarkastelin pelkistettyjä ilmauksia, joiden pohjalta aloin ryhmitellä eli klusteroida niitä muodostaen alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112 – 113.) Jossain vaiheessa ajauin tilanteeseen, jossa minun oli sääli muuttaa alkuperäisilmauksia pelkistetyksi ilmaisuksi ja yhdistellä niitä kuvaavilla käsitteillä. Tunsin, että kallisarvoiset kertomukset ja mielipiteet katoavat luokittelussa ja aineiston tiivistyessä.

Kirjoitin tiivistetyn version aineiston sisällöstä ja liitin tekstiin haastateltavien ilmaisuja. Käytin aineistositaatteja perustelevaan tulkintojani, kuvaamaan aineistoani sekä elävöittämään tekstiä. Olen merkinnyt aineistositaatit tekstiin kursiivilla. Sitaatteja käyttäessäni olen merkinnyt pois jättämäni sanat tai lauseet ajatusviivoilla (---). Lisäksi olen selventänyt joitakin aineistositaatteja esimerkiksi pronomini- ja viittausten osalta. Tällaiset kohdat olen merkinnyt tekstiin hakasulkeilla []. Aineiston abstrahointivaiheessa tein

erilaisia kuvioita ja kaavioita aineistostani, jotta hahmotin asioiden väliset suhteet. Tässä vaiheessa aineiston luokittelua jatkoin yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi, joista jatkoin tiivistämistä vielä pääluokiksi. Yläluokkien ja pääluokkien termit ovat yhteydessä teoreettisiin käsitteisiin (ks. taulukko 3 Malli aineiston luokittelusta sivulta 61). Näiden tarkastelujen myötä etenin johtopäätöksiin, joita tehdessäni pyrin ymmärtämään, mitä asiat tutkimusyhteisöjen jäsenille merkitsevät. Teoria ja johtopäätökset vertautuivat jatkuvasti alkuperäisaineistoon ja muodostetut yhdistävät luokat vastaavat jo tiivistetysti tutkimuskysymyksiin. Tulosluvuissa esitän empiirisestä aineistosta aineistoa kuvaavat teemat ja myös luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114 – 115.)

TAULUKKO 3. Malli aineiston luokittelusta

	ALALUOKAT	YLÄ-LUOKAT	PÄÄ-LUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
TUTKIMUSKYSYMYKS 3	luottamus turvallisuus hyväksytyksi tuleminen huomatuksi tuleminen kuulluksi tuleminen vastuunotto asioiden, kokemusten ja tunteiden jakaminen oppiminen työntekijät; vertaisryhmä	yksilön sosiaalinen identiteetti osallisuus samaistuminen	Yksilöt yhteisissä	Yhteisön ja vertaisryhmän merkitys kuntoutujan oppimiselle ja kuntoutumiselle
	inhimillisyys sallivuus tasavertaisuus demokraattisuus yhteiset säännöt ja sopimukset yhteisvastuu	yhteisöjen peruseriaatteen	Yhteisöt	
	kodinomaisuus elämisen meininki arkisuus oleilu yhteen kuulumisuus yhdessä tekeminen yhteiset hetket: ruokailut, juhlat, retket	yhteisöjen ilmapiiiri		
	yhteisökokoukset tehtävien jako päivä- ja viikko-ohjelma yhteisöt yhteisön sisällä jäsenten homogeenisuus ja heterogeenisyys haasteet & ongelmat ryhmytyminen	yhteisöjen struktuurit verkostot		
	omaiset & läheiset viranomaiset opiskelu- ja työmahdollisuudet harrastukset osallisuus	yhteisöjen suhte yhteiskuntaan	Yhteiskuntaan sosiaalistuminen	

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arviointi koskee tutkijan ja tiedonantajien vuorovaikutusta, aineiston laatua ja aineiston analyysiprosessia sekä tulosten ja johtopäätösten esittämistä (Nikkonen ym. 2001, 73). Tutkimuksen uskottavuus (*trustworthiness*) on yksi luotettavuuden kriteereitä. Uskottavuuteen vaikuttavat, miten totuus on muotoutunut, millaisin aineistonkeruumenetelmin totuuteen pyritään ja miten tutkimuksen kieli muotoutuu ja on ymmärrettävissä tutkimukseen osallistuneiden kesken. (Nikkonen ym. 2001, 72.) Tynjälä (1991, 388) kirjoittaa relativismista, jonka mukaan ei ole tavoitettavissa vain yhtä ainoaa totuutta, vaan on olemassa useita totuuksia, sillä eri yksilöillä on oma kokemuksensa ja oma totuutensa. Näin tällä tutkimuksella ei tavoiteta ”objektiivista” totuutta vaan tietty näkökulma tutkittavista ilmiöistä. Näkökulmaan ovat väistämättä vaikuttaneet sekä tiedonantajien että minun totuudet koetuista asioista; kuinka me ne ymmärrämme, kuinka me ne eksplikoimme ja kuinka toisiamme tulkitsemme. Näin myös tämän tutkimuksen arviointikriteereiksi sopivat Lincolnin ja Guban (1985) kriteerit, jotka Tynjälä (1991, 390 – 395) on suomentanut.

Tutkimuksen merkityksellisyys tutkittavan ilmiön yhteydessä edellyttää tutkijalta kuvattujen tapahtumien ja toimintojen kontekstuaalista ymmärtämistä, niiden liittämistä erityisiin tilanteisiin tai laajempaan ympäristöön (Nikkonen ym. 2001, 72). Minulla on pitkä työkokemus psykiatrisesta sairaanhoidosta, mutta ei tutkimusyhteisöjen kaltaisista mielenterveyspalveluista muuten kuin työhöni liittyvien tutustumiskäyntien ja kuntoutujien verkostopalaverien myötä. Kuitenkin minun oli vaivatonta ymmärtää yhteisöjen toimintakulttuuria ja siellä käytettävää kieltä. Yhteisöihin sisälle pääsy onnistui luontevasti, sillä minun oli helppo kohdata mielenterveyskuntoutujia, ja myös he suhtautuivat minuun kannustavasti, ymmärtävästi ja avoimesti. Kuntoutujat olivat vilpittömän uteliaita roolistani ja siitä, mitä punakukalliseen vihkooni raapustelin.

Luotettavuutta mittaa myös toistuvuus, mikä tarkoittaa sosiokulttuuristen ilmiöiden tai prosessien toistuvuutta, muuttuvuutta tietyn kaavan tai mallin mukaisesti pitkällä aikavälillä (Nikkonen ym. 2001, 72). Tutkijana minulla ei valitettavasti resurssit riittänyt pitkän aikavälin havainnointiin, mitä etnografinen tutkimusmenetelmä vaatii. Uskon, että useimpien havainnointikertojen aikana olisin päässyt syvemmälle toimintakulttuuriin sisään ja nähnyt erilaisia päiviä ja hetkiä yhteisöissä. Olisin voinut enemmän osal-

listua yhteisöissä arkipäivän toimintoihin sekä eri ryhmiin ja tapahtumiin, jolloin olisin saanut havainnoida yhteisön eri jäseniä erilaisissa toimintaympäristöissä. Toisaalta tässä olisi piillyt riski mennä liian syvälle ja oma tutkijan roolini olisi hämärtynyt. Haastateltavat henkilöt valikoituivat vapaaehtoisuuden pohjalta. Kuitenkin spontaaneja keskusteluja kävin muidenkin työntekijöiden kanssa, kuin myös kuntoutujien kanssa. Havainnoimissani tilanteissa oli lisäksi mukana opiskelijoita, kuntoutujien läheisverkostoa ja avohoidon muuta henkilökuntaa. Kotikuntoutusta olin havainnoimassa niin, että kiersin kahden eri työntekijän mukana, joten saatoin havainnoida erilaisia tapoja tehdä työtä.

Kyllästeisyyttä olen pohtinut sivulla 57, jossa perustelen, miksi päädyin toisen tutkimusyhteisön osalta ryhmähaastatteluun. Tietyt aiheet alkoivat jo toistua aineistossa, mutta toisaalta olisin varmasti saanut paljon uuttakin, jos haastattelukertoja olisi ollut enemmän. Tämä olisi tosin tuonut hankaluuksia tämän aineiston raportoinnissa aiheen rajaamisen suhteen.

Tutkimustulosten siirrettävyys (*transferability*) toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltainen tutkittu ympäristö on sovellusympäristön kanssa (Tynjälä 1991, 390). Tynjälän (1991, 390) mukaan johtopäätöksiä siirrettävyydestä ei voi tehdä vain tutkija, joka tuntee ainoastaan tutkimusympäristön, joten sovelluksen arvon vastuu on myös tutkimustulosten hyödyntäjällä. Olen pyrkinyt kuvaamaan aineistoani ja tutkimustani, jotta se avautuisi lukijalle ja tämä voi arvioida tutkimukseni soveltuvuutta muihin yhteisöihin. Tämän tutkimuksen tulokset ovat mielestäni siirrettävissä toisiin samantyyppiisiin, ei välttämättä identtisiin, avohoidon kuntoutumispalveluihin, vaikka kullakin yhteisöllä on omanlaisensa toimintakulttuurinsa ja – tapansa. Uskon, että tuloksista on myös hyötyä sairaalassa kuntoutustyötä tekeville mielenterveystyön ammattilaisille, jotka haluavat kehittyä työsssänsä ja pohtia potilasta tai kuntoutujaa myös oppivana aikuisena.

Etnografisessa tutkimustilanteessa täytyy aina pitää mielessä itse tutkijan herkkyys virheille. Tynjälä (1991, 391) ei ole löytänyt Lincolnin ja Guban käyttämälle *debendability* – termille sopivaa suomen kielen vastinetta, joten hän puhuu tutkimustilanteen arvioinnista. Tutkija voi joutua harhaan monesta syystä. Osallistuvassa havainnoinnissa vuorovaikutus tapahtuu havainnoitavien henkilöiden ehdoilla, joten kohteet voivat valehdella tai olla itse tietämättömiä tai harhaanjohtettuja tutkittavan ympäristön tai ammattialansa asioiden suhteen. Ihmiset voivat olla taipuvaisia muuntelemaan totuutta henkilökohtai-

sista syistä tai tabujen ja kollektiivisten salaisuuksien varjelemiseksi. Toisaalta ne henkilöt, joiden pitäisi olla asioista parhaiten perillä, eivät välttämättä sitä ole. Lisäksi on aina riski oletuksille, jotka otetaan annettuina. Haastateltavat eivät välttämättä osaa puheke sanoiksi tyypillisiä käytäntöjään ja tutkijalla voi olla myös omia ennakkolehtämuksia, joita hän ei itse pysty huomaamaan. Tutkijan ja tutkittavan suhde ja etäisyys vaikuttavat aina tuloksiin. Tutkija ei välttämättä pääse tarpeeksi lähelle tutkittavaa liian lyhyen perehtymisen tai muiden ongelmien vuoksi. Jos tutkittava kohde on tutkijalle ennestään tuttu, hän saattaa olla taas liian lähellä tutkittavaa, mikä vääristää tuloksia. Lisäksi tutkijan ennakoasenteet saattavat olla luutuneita, liian yksipuolisia tai tarkoituksellisia. (Eskola & Suoranta 2000, 100 – 102.) Viimeksi mainitun asian kanssa minun tuli olla jatkuvasti tarkkana tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa, etteivät omat työkokemukseni, ennakoasenteeni ja oletukseni vaikuttaneet aineiston keruuseen, analyysiprosessiin ja raportointiin.

Yleensä etnografi on ainakin aluksi noviisi tutkittavassa ympäristössä. Tämä mahdollistaa sen, että hän voi tehdä sellaisia havaintoja ja kysyä sellaisia kysymyksiä, joita ekspertit eivät normaalisti pystyisi tekemään. Tutkimuksessa on kuitenkin aina se riski, että tutkija muuttuu ympäristön jäseneksi ja sitä kautta menettää herkkyytensä puolueettomien ja analyttisten havaintojen tekemiseen. Siksi etnografille suositellaan säännöllisin väliajoin etäntymistä kohteesta. (Vuorinen 2005, 67.) Osallistuvana havainnoijana tutkijan on hyvä olla välillä sisällä tapahtumissa ja välillä tarkkailla niitä ulkopuolisen silmin saadakseen kuvan kokonaisuudesta. Paradoksaalisesti etnografina tulee päästä lähelle kohdetta voidakseen tehdä tehokkaita havaintoja ja hyviä tulkintoja, mutta hän ei voi tulla liian asiantuntevaksi tutkittavassa ympäristössä, jotta ei menettäisi kykyään olla objektiivinen. (Järvinen & Järvinen 2000, 56.) Tunnistin edellä kuvatun tutkijan roolisani, joten tietoisesti ja harkitusti kävin tutkimusyhteisöissäni harvakseltaan. Muutamia jaksoja oli, jolloin vierailin tiiviimmin yhteisöissä joko havainnoiden tai haastatteluja tehden, ja yhteisön jäseneksi sulautuminen vaani heti nurkan takana. Tähän tulkintani mukaan vaikutti muun muassa se, että olen ammatiltani hoitaja, joten minun on helppo tarttua toimintaan mukaan ja toimia kuntoutujan kuuntelijana ja tukijana. Myös vertaisuus tutkimusyhteisöjen henkilökunnan kanssa vaikutti siihen, että minun tuli olla tarkkana oman roolini kanssa. Toisaalta se mahdollisti avoimen, syvän haastattelumenetelmän, sillä tutkittavan ja tutkijan välillä vallitsi positiivinen suhde, josta Metsämuuronen (2003, 189) mainitsee.

Tynjälän (1991, 392) mukaan Lincoln ja Guba ovat siirtäneet riippumattomuuden, neutraalisuuden ja tietyn etäisyyden korostuksen tutkijan sijasta aineistoon. Neutraalisuuden kriteerinä ovat tällöin vahvistettavuus (*confirmability*) eli miten tutkimustulokset perustuvat tutkimusaineistoon ja empiriaan (ks. myös Nikkonen ym. 2001, 72). Olen käynyt useaan kertaan huolellisesti läpi kenttämuistiinpanoni ja haastattelujen litteroinnit sekä tehnyt niistä systemaattista sisällönanalyysia. Tarkemmin olen kuvannut aineiston analyysiprosessia luvussa 5.4. Olisin voinut palata tutkimusyhteisöihin, mikäli olisin tarvinnut lisää tietoa analyysivaiheessa (Alasuutari 1995, 108 - 109). Lähetin raportin sähköpostitse oikolukuvaiheessa luettavaksi tutkimuksen haastatteluihin osallistuneille henkilöille, joilla oli näin mahdollisuus tarkistaa ja kommentoida tulkintojani. Aineistoa ja tulosten vahvistettavuutta arvioivat lisäksi myös pro gradu – tutkielmani ohjaaja sekä tiedonantajat omalta osaltaan.

Luotettavuuden arvioinnista ja varmistamisesta Tynjälän (1991, 392 – 395) mukaan kertovat triangulaatio, kenttätyön ja analyysin tekniikat sekä tutkimusprosessin julkaisu. Triangulaatioksi nimitetään tutkimusotetta, jossa käytetään useita eri menetelmiä, aineistoja tai teorioita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useita kvalitatiivisia menetelmiä toistensa tukena. Olen tässä tutkimuksessa käyttänyt aineistoni lisäksi aiempia tutkimuksia tarkastellakseni tutkimukseni ilmiöitä. Aikaisempien tutkimusten pääpaino on suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa, sillä ne ovat mielestäni laadukkaita ja ajan mukaisia sekä antavat luotettavaa tietoa nykyaikaisista käytänteistä. Mikäli resurssini olisivat antaneet myöten, olisin halunnut haastatella kuntoutujia, jotta olisin voinut verrata heidän kertomaansa työntekijöiden tuottamaan aineistoon. Olen paikoittelun verrannut eri teorioiden näkemyksiä tutkittavasta asiasta, esimerkiksi kasvatustieteen ohjauksellisuutta hoitotieteen kuntoutukseen, jolloin olen havainnut eroavaisuuksia hoitotyöntekijöiden orientaatioissa suhteessa kasvatustieteilijöiden orientaatioihin. Nämä eroavaisuudet johtunevat pitkälti henkilöiden koulutustaustoista ja palvelujärjestelmien viitekehyksistä.

Kenttätyön tekniikoistani olen raportoinut aineiston keruu – luvussa 5.3 ja pohtinut sen rajallisuutta myös tässä luotettavuuden arvioinnissani. Analyysini tekniikasta olen kirjoittanut aineiston analyysiprosessi-luvussa 5.4. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimuksen vaiheet ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään, niin myös tämän tutkimuksen osalta. Olen syklimäisesti tarkastellut teoriaa, luokitellut ai-

neistoa, palannut taas kirjallisuuden pariin, käynyt välillä kentällä, käsitellyt aineistoa, tulkinnut sitä ja taas tutkinut aikaisempia tutkimuksia ja niin edelleen. Aineistoa analysoidessani olen harhautunut sivuraiteille suhteessa tutkimustehtäviini, sillä ajoittain aineisto on tuottanut mielenkiintoisia poikkeamia tai ”negatiivisia tapauksia”, kuten Tynjälä (1991, 394) niitä nimittää. Nämä sivupolut heijastuvat aineistoni luokittelun epäjohdonmukaisuutena ja eksplikoinnin epätarkkuutena. Tutkimusprosessin julkisuuden vaatimukset eli intersubjektiveisen arvioinnin olen pyrkinyt tekemään raportoinnissani: olen kuvannut tutkimusprosessin eri vaiheita ja olen kertonut omasta taustastani suhteessa tutkittavaan ilmiöön, sillä ammatillinen taustani vaikuttaa aineiston keräämiseen, analyysiin ja tulkintaan sekä tiedostetusti että tiedostamattani.

Eettisyys

Tutkijan perustehtävä on luotettavan informaation tuottaminen todellisuudesta. Informaatio käsittää todellisuuden ilmiöiden tulkinnan, kuvailun ja selittämisen. Tutkijan etiikkaan liittyvät vaatimukset kohdistuvat mm. informaation tuottamiseen, sen välittämiseen ja käyttämiseen. Eettiset periaatteet muodostuvat neljästä näkökulmasta, jotka ovat hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, autonomian kunnioituksen periaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. (Holmila 2005, 19 - 20.)

Jurgen Habermas kutsuu tiedonintresseiksi niitä tiedollisia strategioita, jotka ohjaavat erilaisia tutkimustapoja. Tiedonintressit kuuluvat erottamattomasti kaikkeen tiedonhankintaan, koska tietoa tarvitaan aina johonkin tarkoitukseen. Jotta tutkija voi toimia tutkimuksen eri vaiheissa eettisesti oikein, hänellä pitää olla selkeä käsitys omista tiedonintresseistään (Holmila 2005, 20). Oma tiedonintressini on praktinen eli tutkijana pyrin turvaamaan ja edistämään itseymmärrystäni ja keskinäistä ymmärtämistä tiedonantajien ja itseni välillä. Tämän mielestäni toin selväksi hakeutuessani tutkimusyhteisöihini, sillä tutustumiskäynneilläni keskustelin tutkimukseen osallistuvien yhteisöjen jäsenten kanssa tutkimuksen tarkoituksesta ja miten tämän tutkimus pyrkii kehittämään psykiatrisen kuntoutuksen käytänteitä erityiskasvatuksen näkökulmasta. Kerroin tutkimuslupapöytäkirjassani ja tutustumiskäynneilläni, että tutkimustehtävät voivat vielä muokkautua tutkimuksen edetessä. Kuitenkin päätavoite on kasvatuksellisten menetelmien tutkiminen mielenterveyskuntoutujan arkielämän oppimisessa.

Holmilan (2005, 21) mukaan hyödytön tutkimus ei ole eettistä. Hän esittääkin kysymyksen, pitääkö tutkimuksen hyödyttää tutkittavaa yhteisöä itseään. Holmilan mielestä yhteisötutkimuksen ei tarvitse suoraan hyödyttää tutkittavana olevaa pieniyhteisöä, sillä hyödyn voi ajatella tulevan kiertotietä ja tutkimusyhteisö on eräänlainen esimerkkitapaus jostain elämän- tai toimintamuodosta. Mielestäni tutkimuksen hyödyllisyys tutkimusyhteisöille on tärkeää, sillä tiedonantajien motivaatio ja sitoutuminen tutkimukseen on silloin suurempaa. Tiedonantajille on tärkeää, että he kokevat itsensä kuulluksi tai että he ovat saaneet uutta tietoa tai näkökulmia (Holmila 2005,21). Yhteisöille tulee hyöty molemminpuolisesta yhteistyöstä tutkijan kanssa. Huonosti tehty kvalitatiivinen tutkimus on hyödytön, vaikka se kuinka kuvailee ja raportoi havaintoja ja haastattelukatkelmia. Tutkimus ei lisää kenenkään itseymmärrystä, jos se ei ole laadukas. Yksi eettisyyden vaatimuksista on, että jos kvalitatiiviseen tutkimukseen ryhdytään, on sille taattava riittävät onnistumisen edellytykset. Tämän tutkimuksen onnistumisen arvioivat sen arvioitsijat sekä tutkimusyhteisöt itse. Sainko tutkijana ilmennettyä tiedonantajien äänet, kuten he toivovat, osasinko kuvata yhteisöjä oikein ja tuonko mitään uutta esiin, jotta yhteisöt voivat kehittää toimintaansa edelleen. Näen tutkimukseni heikkoudet ja vahvuudet, joita molempia löytyy, ja joita olen arvioinut luotettavuusosiossa. Tutkimusluvassani on esitetty tavoitteeksi, että tulokset kehittävät tutkimusyhteisöissä tapahtuvaa hoitotyötä.

Tutkijan tulee osaltaan vaikuttaa siihen, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Laajan kannan mukaan tutkijat ovat osaltaan vastuussa informaation seurauksista, ja siksi heidän tulisi vaikuttaa siihen, miten tutkimuksen tuloksia käytetään. Suppean kannan mukaan ammattietikasta ei seuraa mitään informaation soveltamiseen nähden ja on tutkijan oma asia haluaako hän vaikuttaa yhteiskunnalliseen keskusteluun. (Holmila 2005, 22.) Lainauksia ja kuvailuja käytettäessä on syytä muistaa tutkimuksen kohteen oikeus anonymiteettiin ja noudattaa muutenkin tarvittaessa luotamuksellisuutta tiedon keruussa ja sen käsittelyssä. On itsestään selvää, että saatua aineistoa tulee käsitellä vastuullisesti. Tulosten esittämisessä minun tulee ottaa huomioon yksilön ja ryhmän suoja ja oikeus anonymiteettiin. Sellaista aineistoa, jonka esiintulo saattaa vahingoittaa kohdetta, tulisi käsitellä varoen. Myös tiedonkeruun aikana kohteeseen tulisi suhtautua kunnioittavasti. Kulttuurin tapoja, uskomuksia ja käytäntöjä tulisi kohdella kunnioittavasti ja varoen. Tutkijan tehtäväni on tehdä tutkimusta, ei opettaa tai valistaa kohdetta. Tutkija ei saa mielestäni kyseenalaistaa yhteisön toimintatapoja. Ta-

poja vähentää tai ehkäistä tutkimuksessa vastaantulevia ongelmia ovat muun muassa avoimuus tutkijan roolista, tutkimuksen tavoitteista ja kirjallisen suostumuksen pyytäminen kohteelta. Tutkijan tulisi mahdollisuuksien mukaan yrittää saada kohde ymmärtämään tutkimuksen mahdolliset seuraukset. Tämän tutkimuksen osalta olen sitoutunut tiedottamaan tutkimustuloksista tutkimukseen osallistuneille yhteisöille sitä varten järjestetyssä koulutustilaisuudessa. Myös mahdolliset julkaisut tulee tehdä heidän kanssaan yhteistyössä.

Etnografisiin aineiston keruumenetelmiin kuuluvan osallistuvan havainnoinnin osalta pohdin eettisyyttä seuraavaksi. Osallistuvan havainnoijan ottamat riskit ja vastuut ovat suurempia kuin haastatteluja käytettäessä. Tosin usein yhteisö toimii tehokkaana ”tutkimuseettisenä komiteana”, suojaten jäseniään. Jos tutkija ei ole tarkkana, hän voi syyllistyä vaarattomilta näyttävien tietojen levittämiseen henkilöltä toiselle. (Holmila 2005, 24.) Päälimmäinen riski koskee ennen kaikkea omien tutkimusedellytysten säilyttämistä; jos tutkija saadaan kiinni luottamuksellisuuslupauksensa pettämisestä, yhteisö sulkee hänet nopeasti ulos. Ollessaan lähellä tutkittavia ryhmiään, tutkija useimmiten herkistyy erilaisille ongelmille ja ristiriidoille ja omaksuu tutkittavan ryhmänsä toimintakulttuurista osia.

Eettiseltä kannalta suurin vastuu lienee siinä, ettei tutkija tule vaikeuttaneeksi tutkimukseen osallistuvien asemaa. Homanin (1991) mukaan suostumus tutkimukseen edellyttää, että henkilö on pätevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja (Hirsjärvi ym. 2004, 27). Koivisto, Janhonen, Latvala ja Väisänen (2001) kirjoittavat eettisistä periaatteista hoitotyön tutkimuksessa, kun kohderyhmänä ovat mielenterveyspotilaat. He pohtivat, ovatko mielenterveyspotilaat kykeneviä antamaan suostumuksensa tutkimushaastatteluihin. Avohoidossa olevat potilaat tai kuntoutujat pystyvät arvioimaan osallistumisensa ja ovat kiitollisia siitä, että joku on kiinnostunut heidän omista mielipiteistään ja tunteistaan. (Koivisto ym. 2001, 329, 337.) Vaikkakin tutkimukseni pääasialliset tiedonantajat olivat työntekijöitä, niin tutkimuksestani oli kerrottu kuntoutujille ja kysytty heidän lupansa tutkijan havainnoinnille yhteisöissä ja kotikäynneillä. Esittäydyin yhteisöihin mennessä itse kuntoutujille yhteisökokouksessa sekä vapaamuotoisissa keskusteluissa. Tutkijan roolini oli avoin ja roolissani kunnioitin kuntoutujia, jos he halusivat pitää etäisyyttä minuun. Koin merkittäväksi edetä kuntoutujien ehdoilla: haluavatko he tulla jut-

tusille ja millä tasolla keskustelua käydään. Sama koski tietysti myös tutkimuksen ulkopuolella ollutta henkilökuntaa.

Tutkittavilla on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja kieltää häntä koskevan aineiston käytön. Suostumukset havainnointiin ja haastatteluun tehtiin kirjallisena ja samalla toin selväksi tutkittavan henkilöllisyyden säilyminen anonymiteettinä sekä minun salassapitovelvollisuuteni tutkijana. Tutkimuksesta ei saa olla haittaa tutkittaville henkilöille eikä tutkimusyksiköille. (Eskola & Suoranta 2000, 101.) Aineiston käsitteleminen luottamuksellisesti, käyttäminen ja säilyttäminen selvitettiin myös kirjallisessa suostumuksessa, joka tehtiin kahtena kappaleena, toinen tutkimusyhteisöön ja toinen tutkijalle. Tutkimussopimus pohja on liitteenä 1.

6 OPPIVA KUNTOUTUJA

Mielenterveystyöntekijät kuvasivat kuntoutujia pitkän työkokemuksensa ja toisen ihmisen tuntemiseen perustuvien tulkintojen perusteella. Työntekijät osasivat kertoa kuntoutujista ja kuntoutustilanteista vivahteikkaasti ja moniulotteisesti. Vaikka hoitajakoulutuksessa on korostettu huomion kiinnittämistä kuntoutujan ulkoiseen käyttäytymiseen, niin tutkimuksen tiedonantajat enemmänkin kiinnittivät huomiota kuntoutujan sisäiseen tilaan, kokemukseen. Kuntoutujan toimintakykyä arvioitiin monipuolisesti ja ymmärrettiin sairauden vaikutuksen siihen. Työntekijät hahmottivat kuntoutujien käsitystä itsestä kuntoutumisprosessin kautta, jolloin pääpaino oli sairaalasta tutkimusyhteisöön tai kotiin siirtymisessä ja kuntoutumisen alkuaskeleista. Kuntoutuminen nähdään pitkänä, jopa loppuelämän kestäväenä tienä, joka vaatii kuntoutujalta itseltään motivaatiota ja kykyä muuttaa omia aiemmin opittuja toimintatapojaan – sekä suuren määrän jokapäiväistä työtä itsensä kanssa.

6.1 Työntekijöiden kuva kuntoutujasta

Kuntoutujan tunteet, kokemukset ja käsitykset

Mielenterveyskuntoutujan käsitykseen omasta itsestään, hänen identiteettiinsä ja oman itsensä hyväksymiseen vaikuttavat olennaisesti hänen mielenterveyshäiriönsä laatu ja sen vaikutus hänen toimintakykyynsä. Myös kuntoutujan elämänhistoria vaikuttaa siihen, miten kuntoutuja kokee ja näkee itsensä. Jos kuntoutujan sairastumiseen liittyy paljon negatiivisia väritteitä, on hänen vaikea hyväksyä sairauttaan ja hänen identiteettinsä on tällöin hyvin hauras suhteessa ympäristöön. ”*Sitä epäonnistumista ja sitä moittimista -- ei tuokaan onnistu*” (TY1/H03). Kuntoutujaa varjostaa usein häpeän tunne siitä, että on sairastunut, ja tätä tunnetta ovat vahvistaneet myös hänen ympäristönsä reaktiot.

”Kun on ollu oikein huonossa kunnossa ja on sössiny monet asiat -- siis semmoinen niinku nolostus, häpeä siihen, mitä on tapahtunut. Ja ne kulkee pitkään mukana -- varjostaa sitä kuntoutumista ja ne aina nousee joistakin asioista pintaan...” (TY2/H07).

Hoitohistoria ja se, kuinka hänen asioitaan on käsitelty, vaikuttavat siihen, miten kuntoutuja kokee itsensä ja sairautensa. Usean kuntoutujan on hankala hyväksyä itseänsä, sillä hoitokokemuksiin on saattanut liittyä kokemus, että kuntoutujan on muututtava toisenlaiseksi ihmisenä. ”*Se kokemus -- puuttuu, että ne tulee hyväksytyksi ihmisenä ihan juuri semmoisena kuin ne on eikä niitä kohdella niin kuin potilaita*” (TY2/H05). Mielenterveyskuntoutujan ongelmia on saatettu hoidon aikana korostaa, eikä ole osattu huomioida hänen vahvuuksiaan. Kuntoutuja on alkanut käyttäytyä rooli-odotusten mukaisesti, ja hänen olemisensa on ollut ulkoapäin ohjautuvaa. ”*Huomaahan näistä pitkään sairaalassa olleista, että kyllä niistä on aika tehokkaasti oma tahto viety pois -- kauheen paljon ne kyselee, mitä saa tehdä ja vähän niinku anteeks pyytää*” (TY1/H01).

Mielenterveyskuntoutujan elämä sisältää epäonnistumisen kokemuksia ja menetettyjä mahdollisuuksia, jotka mahdollisesti ovat muokanneet mielikuvaa itsestä ja heikentäneet itsetuntoa. Kuntoutujat eivät aina uskalla edes yrittää, koska he pelkäävät epäonnistumista (Deegan 1992; Kramer & Gagne 2001). ”*Että se oma elämä on niinku semmonen... pilalle menneitten mahdollisuuksien takana loistava tulevaisuus – elämä.*”

(TY1/H03) Kuntoutuja saattaa helposti alkaa käyttäytyä häneltä odotetulla tavalla eli jos hänen kykyihinsä kuntoutua ei uskota, ei hän itsekään niihin usko. Jos häneen luotetaan ja uskotaan, että hänellä on voimavaroja ja kykyjä suhteessa realistisesti asetettuihin tavoitteisiin, niin kuntoutujakin haluaa ja jaksaa yrittää – ja onnistua. Osallistuvan havainnointini ja haastattelujen aineisto toi selkeästi esiin, että tutkimusyhteisöissä kuntoutujaan uskotaan, hänen voimavaransa huomioidaan ja häntä kunnioitetaan tasavertaisena ihmisenä. Deegan (2001, 94) kuvaa omakohtaista kokemusta siitä, kuinka pieninkin toivon viriäminen voi liittyä merkityksellisiin ihmisiin ja asioihin omassa elämässä, sosiaaliseen tukeen, kuulluksi tulemisen kokemukseen, kokemukseen tilanteen paraneemisesta ja voimavarojen löytymisestä sekä tietoon omasta sairaudestaan.

Kun kuntoutujalla on yhteen tai muutamaan työntekijään luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jonka jatkuvuuteen ja kestävyYTEEN hän voi luottaa mahdollisista epäonnistumisistaan huolimatta, hän voi alkaa paremmin luottaa tulevaan muillakin alueilla.

”Mä uskon -- tasavertasuuteen enemmän. -- niinku se luottamus just että, että ne luottaa siihen... ja se, että emmä tiijjää kaikkee tosiaan. Jos en tiij-

jä, niin voin ottaa selevää tai se ihminen voi ottaa ite selevää.”

(TY1/H01)

Kun kuntoutuja saa kokea, että hänellä on väliä, hänen motivaationsa paranee, hänen kuntoutumisensa voi edistyä niin, että hänen riippuvuutensa eri tukimuodoista pienenee.

Kuntoutumisprosessi

Kuntoutuminen voidaan nähdä kuntoutujan näkökulmasta oppimis- ja kasvutapahtumana, jonka kuluessa kuntoutuja oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa, sairauden aiheuttamat rajoitukset huomioon otettavina tosiasioina.

”Kun sairaalasta tulee, niin on tavallaan kroonistunut siihen potilaan rooliin, mä oon potilas ja mä en oikein...Niin, miten asukas herää siihen kuntoutujan rooliin...Vähitellen ruppee kypsymään, että hei, mä voin vaikuttaa ihan ite tähän juttuun.” (TY1/H02)

Työntekijöiden mielestä varsinainen kuntoutuminen ja kuntoutujan roolin omaksuminen alkaa kuntoutujan siirryttyä sairaalasta pois, vaikkakin kuntoutujaksi itsensä mieltäminen ei ole itsestään selvä asia.

”Ja mitä se kuntoutuminen sitten on yleensä, meidän mielestä ja asukkaiden mielestä ja.. Miettiny oon sitäkin, että miten nää meidän asukkaat mieltää itsensä kuntoutujiksi. Mä luulen, että moni ei tiijäkään, mikä se juttu oikein on.” (TY1/H02)

Sairaalassa kuntoutuja on potilaan roolissa ja kuntoutuu korkeintaan ”sairaalaolosuhteisiin, ei siviiliin” (TY1/H01) tai kuntoutuja jollain tavalla ryhdistäytyy päästäkseen sairaalasta pois, ellei sitä ennen ole ”henkilökunta kyllästynyt katsomaan samaa naamaa” (TY1/H01). Varsin usean ns. pyöröovisyndroomakuntoutujan kohdalla kyse on juuri tästä ilmiöstä. Kuntoutumisvalmius herää usein siirtymävaiheessa, jolloin kuntoutuja alkaa nähdä itsellään mahdollisuuksia toisenlaiseenkin elämänmuotoon, ja samalla käynnistyy oppimisprosessi kuntoutumisessa (ks. kuvio 3, s. 23).

”Ihmiset on niin kauhean skarppeja ja pingottuneita alussa, kun tähän muuttaa -- suurin piirtein nyökyttelevät kaikelle, niin kuin se auton takaikkunalla oleva koira -- kaikkein ihaninta on sitten olla rauhassa niiden omien tavaroiden kanssa siellä omassa asunnossa, omassa kotona ja että saa sen oven kiinni ja että siitä ovesta ei tulla avaimilla sisään.”

(TY1/H03)

Toipuminen *”sairaalastressistä”* (TY1/H02 & TY1/H03) vie aikansa ja kun kuntoutujalle se annetaan, niin sitten kuntoutuminen voi alkaa ja *”palautuu se ihmisarvo”* (TY1/H02). Aineistoni haastatteluissa kerrotaan, kuinka tärkeää on antaa kuntoutujan huoahtaa sairaalasta siirtymisensä jälkeen. Hienovaraisesti häntä pikku hiljaa kannustetaan osallistumaan yhteisön toimintaan, kokeilemaan jotain uutta ja osallistumaan toiminnallisiin ryhmiin. Mihinkään ei pakoteta, ellei kuntoutuja ole siihen valmis tai innostunut. *”Ne, jotka ei välttämättä halua tarttua mihinkään, niin ne sitten lompehtivat siinä mukana”* (TY1/H03).

Työntekijällä on mahdollisuus huolellisen paneutumisen ja riittävän tilan ja ajan antamisen kautta päästä ymmärtämään kuntoutujaa niin hyvin, että hän pystyy auttamaan kuntoutujaa tunnistamaan ja muotoilemaan omat ajatuksensa ja tunteuksensa. Esimerkiksi vuosikymmenten aikana potilaan roolin omaksuneella mielenterveyskuntoutujalla ei ehkä enää edes ole omia mielipiteitä asioista, ellei hänelle anneta tukea ja mahdollisuutta niitä muodostaa. Myös oman sairauden hyväksyminen ottaa aikansa: *” on vielä tosi hankala hyväksyä, että on kipii ja saanu diagnoosin, että onko vasta vuoden ol- lu...”* (TY2/H06). Eräs kuntoutuja kuvaa, että työntekijät, omahoitaja etunenässä, olivat *”juonineet selän takana”*, jotta saisivat hänet innostumaan taas maalaamisesta. Kuntoutuja koki, että kehotus kokeilla maalausta tuli oikeaan aikaan silloin, kun hänellä oli jo vointinsa puolesta rohkeutta yrittää ja kokeilla. (Kenttämuistiinpanot 9.11.2008.) Oppiminen muodostuu usein pienistä asioista, joista ajan kuluessa voi kasvaa kehitysprosessi.

Kuntoutujan kuntoutumisvalmius riippuu hänen motivaatiostaan kuntoutua ja ottaa vastuuta elämästään ja sen valinnoistaan. Kuntoutujan asenne tarjolla olevaan tukeen vaikuttaa myös siihen, miten hän sitoutuu kuntoutumissuunnitelmassa yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin tai asuinyhteisön sääntöihin. Jos kuntoutuja ei halua tai ei kykene ottamaan

tukea vastaan, niin kuntouttavat toimenpiteet ja työntekijöiden panostus valuvat hukkaan. ”*Se on aivan yks lysti, mitä me tehhään, jos sillä ihmisellä ei oo yhtään minkäänlaista motivaatiota.*” (TY2/H07) Kuntoutuja, joka ottaa vastuun itsestään ja selviytymisestään, pystyy pyytämään apua tarvittaessa ja työskentelemään kuntoutumisensa eteen tavoitteellisesti. Kuntoutuja kertoi minulle saavansa tukea käytännön asioihinsa työntekijän käydessä hänen kotonaan joka toinen viikko. Tuen määrää tärkeämpi on tuen laatu. Hän itse käy joka perjantai yhteisössä ja maanantaisin päiväkeskuksen ryhmässä. Jos väliaikoina kuntoutujalle tulee ongelmia tai neuvottomia tilanteita, hän soittaa ensin omahoitajalleen. Soittamisen kuntoutuja kokee helpoksi ja siihen on matala kynnyks. Kuntoutuja kokee saamansa tuen riittävänä, kun hän tietää, että yhteisöön voi tulla, jos ongelmia on. (Kenttämuistiinpanot 16.11.2007.)

”...mä jotenkin näkisin, että se on hyvin paljon siitä potilaasta lähtöisin... potilas määrittelee ne tarpeet -- mihinkä hän tarvii sitä tukea ja apua. Öö, niinku suurimmaks osaks.. että tokihan sitten keskustellaan asioista ja tehdään kompromisseja, mutta ne on ihan sieltä potilaasta lähtöisin ne tarpeet.” (TY2/H07)

Kuntoutujan avun ja tuen tarpeen määrittely tehdään yleensä yhdessä. Työntekijän vastuulla on ohjata ja auttaa kuntoutujaa näkemään omat voimavaransa ja kiinnostuksen kohteensa, määrittelemään tuen tarpeen ja sen, mitä tarvitsee oppia, jotta voi pärjätä arjen toiminnoissaan. ”*Tunteeko sen ihmisen miten hyvin, että pystyykö arvioimaan että se on siinä vaiheessa se psyykkinen vointi, että se pystyy vastuun kantamaan --- Että eihän sitä aina tiijä sitä -- Mutta Siperia opettaa siinäkin! Hoitajia ja asiakasta itteekin*” (TY1/H01). Työntekijä auttaa laatimaan tavoitteet, jotka ovat realistiset ja optimaaliset kuntoutujan tilanteessa. Yksilöllisen kuntoutuksen perustana on se, että työntekijä tuntee kuntoutujan hyvin. Oleellista on myös kuntoutujan tunteminen erilaisissa toimintaympäristöissä: kotona, ryhmässä, yhteisössä sekä kodin ja yhteisön ulkopuolella.

Mistä pirusta sen tietää, miten ne ihmiset siellä selviää, jos [kaupungilla] mukana ei oo kahtomassa... tulee takaisin ja kysyy että no, miten meni, niin totta kai ne sanoo, että no, hyvinhän se meni -- ei ne voi, pystykään sitä analysoimaan, että miten se meni...(TY1/H01)

Erään tutkimukseeni osallistuneen kuntoutujan kuntoutuspolusta ”*sais kouluesimerkin kirjoitettua, että miten se parhaimmillaan menee*” (TY2/H05). ”Mallikuntoutuja” tuli kuutisen vuotta sitten psykiatrisesta sairaalasta kuntoutumiskodille, josta siirtyi ryhmien kautta tukiasuntoon. Nykyisellään hän jaksaa käydä työtoiminnassa kolmena päivänä viikossa. Kuntoutujalla on olemassa ihmissuhteita, ”*osaa muita vielä tukee*” (TY2/H05). Omahoitaja saattoi kotikäynnillä ehdottaa toiselle kuntoutujalle, että tämä ottaa yhteyttä tähän jo aktiivisempaan kuntoutujaan, jonka tietää harrastavan sauvakävelyä. Yhdessä lenkkeily voi olla innostavaa ja tulee paremmin lähdettyäkin. (Kenttämuistiinpanot 29.1.2008.)

”...siinä näkyy minusta hirveen hyvin se vastuu, mitä se ihminen itse on ottanut siitä kuntoutumisesta. Vaikka myö ois mitä tehty, vaikka myö oltais päällämme seisottu ja suunnilleen niinku nostettu tällä lailla paikasta A paikkaan B, tulos ei olisi sama ellei hän olisi itse ottanut vastuuta. Ja määritellyt itse sitä omaa aikataulua, määritellyt itse niitä omia tavoitteitaan...” (TY2/H07)

”Mallikuntoutujan” kohdalla koherenssin eli elämän eheyden tunne on hyvä. Hänellä on realistinen käsitys itsestä sekä kognitiivisia ja vuorovaikutustaitoja. Hän voi kokea olevansa hyväksytty läheistensä taholta, mikä ei ole aina ollut itsestään selvää ”*vanhempien... kun aattelee, miten ne on kasvanu hyväksymään jotenkin sen...*” (TY2/H05). Kuntoutuja kokee elämänsä mielekkääksi, elämä on elämisen arvoista, mikä luo perustan motivaatiolle toimia. Hän myös tiedostaa oman elämänsä valintamahdollisuudet, mikä tuo hallinnan kokemusta ja näin lisää voimavaroja ja omanarvon tunnetta. Hänen tulevaisuuden haaveena on siirtyä erityisammattikouluun ja opiskella itselleen ammatti. Työntekijöiden mielestä oireenhallintaryhmä oli iso askel hänen kuntoutumisessaan. Myös vanhempien hyväksyminen, että heidän lapsensa on psyykkisesti sairas, vaikutti kuntoutumisen alkamiseen. Mielenterveystyössä asiakas tulisi nähdä aina yhtenä perheensä tai yhteisön jäsenenä. Omaisten ja läheisten mukana olo ja tuki on tärkeää asiakkaan kuntouttavassa prosessissa. Kuntouttavassa työotteessa pyritään yhteistyöllä muun muassa tukemaan asiakkaan ja läheisten aktiivisuutta ja tukemaan heidän itseluottamustaan siten, että he uskaltaisivat osallistua asiakkaan kuntoutusta ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Holopainen 2000, 140 - 141, 147.) Omaisten rooli ei tutkimusaineistossani selvästi esille nouse. Omaisia ja perhettä on olemassa, mutta heihin ei aina ole

kiinteitä, jokapäiväisiä yhteyksiä, eivätkä omaiset ole aktiivisessa roolissa tukemassa kuntoutujien arkea.

6.2 Kuntoutujan toimintakyky

Kognitiiviset taidot

Kuntoutujan toimintakykyyn vaikuttavat kuntoutujan käsitykset itsestä ja muiden ihmisten suhtautumisesta häneen. Myös kuntoutujan sairauden laadulla ja kognitiivisilla kyvyillä on vaikutusta siihen, millaiseen toimintaan kuntoutuja on kyvykäs, miten oma-aloitteinen tai passiivinen hän on ja kuinka hän pystyy keskittymään toimintaan, muistamaan asioita tai millaiset ovat hänen kommunikaatiotaitonsa. Psykkinen sairaus voi taannuttaa ihmistä. Häntä on saatettu hoivata ja auttaa niin paljon, että hän kokee kaikkien osaavan tehdä asiat paremmin: *”tulee lapsenomainen rooli”* (TY1/H02). Eikä pidä unohtaa lääkityksen jonkun verran toimintakykyä lamaavaa osuutta: *”joku lääkemuutos -- tuo sitä motivaatiota, sitä pirteyttä lisää”* (TY1/H02).

Kognitiiviset häiriöt vaikuttavat kuntoutujan arjen toimintakykyyn. Kuntoutujan on hankala selviytyä omatoimisesti ja itsenäisesti arkitilanteissa. Muutostilanteet ovat kuntoutujalle usein hankalia, kuten edellä jo tuli ilmi kuntoutujan siirtyessä sairaalasta avohoitoon. Kognitiiviset häiriöt vaikeuttavat myös uusien taitojen, kuten ruoan valmistuksen ja tietokoneen käytön, oppimista. Mutta kuitenkin kuntoutuksen edetessä kognitiiviset taidot voivat kehittyä: *”kognitiiviset taidot korjaantuu, miten ihminen -- kirjoittaa paperiin niin yksi sana tuolla, toinen tuolla, tuolla ja tuolla - ja nyt ihan tasaisesti”* (TY2/H05) ja *”pystyy keskittymään aika vaativaankin työhön, harrastaa puutöitä, on itelleen luonu selkeen viikko-ohjelman, pystyy hahmottamaan sen...”* (TY2/H07). Kuntoutujalla saattaa olla hankalaa tehdä päätöksiä tai valintoja häntä koskevissa asioissa tai toiminnassa:

”Meidän asukkaille tosi vaikeeta esimerkiksi kitkeminen. Siis semmonen ihan pieni pinsettiotteella harventaminen -- sitä ei kukaan jotenkin tuskastumatta ja ahistumatta pystynyt tekemään -- mä aattelin, että joku siinä semmonen, että emmä osaa, emmä tiijä, mikä näistä nypätä pois ja mikä näistä pitää jättää... näistä taimista.” (TY1/H03)

Pitkään skitsofreniaa sairastavilla kuntoutujilla uusien asioiden oppiminen voi olla vaikeaa ja aikaa vievää. Opittuja asioita on hankala yleistää ja viedä oppimistilanteesta arkisiin ympyröihin. Oppiminen saattaa nivoutua tiettyyn henkilöön, paikkaan ja ajankohtaan. Skitsofreniaan liittyy yleensä kognitiivisia häiriöitä, jotka pitkään kestäessään vaikuttavat älylliseen suorituskyykyyn. Joskus sairastunut myös tulkitsee asiat hyvin kirjaimellisesti ja hänen voi olla vaikea tunnistaa omia tai muiden tunteita eri tilanteissa. Myös käsitykset ajankulusta ja tapahtumien järjestyksestä (syy-seuraus – suhteet) voivat olla epäselviä. (Berg 1999.)

Kotikuntoutus

Mielekkään tekemisen sisältyminen arkipäivään on merkittävä osa kuntoutumista. Arkipäivän askareet luovat tietynlaista rutiinia, jotta sängystä tulee noustua. Kuntoutujaa kiinnostavan ja innostavan työn tai harrastuksen löytäminen tukee hänen voimavarojaan ja tuo hänelle onnistumisen kokemuksia. Tällöin kuntoutuja kokee itsensä tasapainoisemmaksi ja tyytyväisemmäksi. Kuntoutujalle omassa asunnossaan ja kotona pärjääminen on iso onnistumisen kokemus. Onnistumisia hän tarvitsee oman identiteetin vahvistumiselle ja luottamukselle siihen, että hän pärjää.

Kai se kun [toivottomuus] on pois tullut tästä tekemisestä, ihmisillä on mihin tarttua. Ei ooteta vaan, että nyt tästä parannuttas, kun istutaan vaan tuolilla ja syyvään Leponexia -- ja juuvvaan kahvia ja käyvvään tupakalla. Että ihmiset -- hoitaa asioita. (TY1/H02)

Monen kuntoutujan arjessa selviytyminen ja sairauteen liittyvät oireet näkyvät selvimmän hänen kotiympäristössään. Siksi mielenterveyskuntoutujan elämäntilanne ja toimintakyky tulisi kartoittaa kotikäynnillä ja ryhtyä ajoissa kuntouttaviin tukitoimiin. Kokonaisuuden hahmottaminen ja kuntouttavan työtavan toteuttaminen mahdollistuu kotikäyntiyöskentelyssä huomattavasti paremmin kuin vastaanotolla mielenterveystoimistossa.

”Mentiin [lääkärin nimi] kanssa kotikäynnille, kun ikkunat olivat auki, oli marras-joulukuu, savua kämppä täynnä, monen vuoden sanomalehdet lattioilla, likaiset vaatteet sikin sokin, kylmää, likasta, paskasta... mä olin aa-

tellu, että siellä on puhtaampaa...-- se oli vielä muutaman kerran vastaanotolla... sitten vasta kun sen vaatteet oli väärin päin, minä rupesin miettii, että eei hittolainen... ei voinu kuvitella mitä sieltä löyty. Piipaa piipaa, äkkiä hoitoon.” (TY2/H06)

Kotikäynnit kuntoutujan kotona viestittävät arvonantoa kuntoutujan henkilökohtaiselle alueelle. Kun kuntoutuja tavataan hänen kotonaan, omassa toimintaympäristössään, luodaan hoitosuhteen perustaksi lähtökohta, jossa toimintaehdot painottuvat luonnostaan kuntoutujan näkökulmaan. Tuen, ohjauksen ja neuvonnan määrä suunnitellaan yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi. Kotikäynnit voivat olla säännöllisiä tai satunnaisia. Kodinhoidosta selviytymistä työntekijä voi edistää esimerkiksi järjestelemällä paikkoja kuntoutujan kanssa, valmistamalla yhdessä ruokaa tai auttamalla kaupassa tai virastoissa asioidessa. Työntekijän sanoessa minulle kuntoutujan selviävän jo ilman hänen apuaan, kuntoutuja tokaisee tomerasti, että omahoitajan ”pitää käydä!” hänen luonaan myös jatkossa (Kenttämuistiinpanot 29.1.2008). Tämä on tulkintani mukaan selvä osoitus siitä, kuinka merkittävä ja tärkeä omahoitaja kuntoutujalle on. Kuntoutujan ei tarvitse alkaa voimaan huonommin, jos pelkona on, että hoitaja ei enää hänen luonaan käykään. Arvioidaan vain yhdessä, millainen tarve tapaamisille on ja tehdään selväksi, ettei kuntoutujaa hylätä, vaikka hän voi ja selviytyy arjestaan hyvin.

Kotikuntoutuksesta hyötyvät myös nuorehkot asiakkaat, jotka eivät kuulu hoidon piiriin muutoin tai joille ei ole asetettu vielä edes diagnoosia. Nuorilla on usein ongelmia saada kiinni elämästään. Heitä on hankala saada sitoutumaan kuntoutumiseen, kun mikään arkinen asia ei kiinnosta, eikä heillä ole taitojakaan selviytyä arjestaan.

”Ne kun on niin jotenkin totaalisesti pihalla tästä koko elämästä... Kaikki tavallinen on tylsää-- kun astut autosta ulos ja nyt pitäis paistaa aurinko, eikä sadakaan, painaa kaukosäädintä eikä tapahdukaan näin, niin se on niinku sillä tasolla, että pitäisi kaikki muuttuu heti ... nyt ... minulle... oitis...” (TY2/H05)

Heidän kohdallaan työntekijät tuntevat itsensä usein keinottomiksi: ”sitä ei saa oikein mistään kiinni... pitäis johonkin tonne Siperiaan laittaa aloittaa alusta...” (TY2/H05),

”johonkin keskelle korpee, missä ei oo viinaa, naisia eikä huumeita eikä pelejä...”
(TY2/H07).

Ekonominen status

Mielenterveyskuntoutuja on usein väliinputoaja, mitä tulee lain hänelle turvaamiin oikeuksiin, joten taloudellista tukea on usein etsittävä useista eri palveluista mm. KELAs-ta, sosiaalitoimesta, työvoima- ja eläke-etuuksista. Usein tarvitaan monenlaista paperien täyttöö ja yhteydenpitoa viranomaisiin, joten ohjaustilanteiden sisältö voi olla tätäkin.

”Näitten nuorten kanssa on tätä byrokratiarumbaa -- asiointia ja asumistukien anomusten täyttämistä” (TY2/H05). Usealla kuntoutujalla on edunvalvoja, joka huolehtii kuntoutujan raha-asioista. Työntekijän tehtävänä on rohkaista kuntoutujaa ottamaan yhteyttä edunvalvojaansa. Kuntoutuja voi olla arka pyytämään edunvalvojalta rahaa tai sitten hänellä on edunvalvonnasta sellainen käsitys, että hän joutuu rahojaan jotenkin anelemaan.

Taloudellinen tilanne vaikuttaa kuntoutujan mahdollisuuksiin lähteä kotoaan osallistukseen tapahtumiin tai mennäkseen elokuviin. Nykyiseen elämänmuotoon osallistuminen edellyttää taloudellisia resursseja. Hyvin monet toiminnan areenat ovat niiden kuntoutujien ulottumattomissa, joiden taloudellinen tilanne on kireä. *”Rahan puute, köyhyys, väliin tipahtelu. Eli jos on ollut pitkään sairauslomalla, ei oo eläkettä, ei pääse töihin...”* (TY2/H06). Käytettävissä oleva raha ei riitä kuin aivan välttämättömyyksiin, kuten ruokaan, puhelinlaskuihin, hygienia- ja vaatteisiin. *”Nykyään varmaan aika monta jota vaivaa semmonen velkaantuminen. Ei osata hallita niitä omia raha-asioita, otetaan pikavippejä ja mietitään millä ne maksetaan...”* (TY2/H07). Mikäli kuntoutujalla on päihdeongelmaa, niin rahatilanne on vieläkin kireämpi. Toisaalta päihteiden käyttö kaventaa elämäntilannetta, sosiaalisia suhteita ja vaikuttaa myös toimintakykyyn lamaavasti. Varsinkin tutkimusyhteisö 2:n asiakaskuntaan kuuluu kaksoisdiagnoosi-kuntoutujat eli he, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelma.

7 KUNTOUTUJAN OHJAAMINEN ARJESSA

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutumaan ja oppimaan ohjaaminen on hyvin monisyinen prosessi, jossa tulee ottaa huomioon se, mitä ohjataan, miten ohjataan ja miksi ohjataan. Ohjaustilanteet ovat ainutlaatuisia ja ainutkertaisia, ja niiden vuorovaikutuksessa kohtaavat kuntoutuja ja hoitotyöntekijä (tässä tutkimuksessa). Tilanteissa voi olla mukana myös muita henkilöitä, kuten esimerkiksi kuntoutumissuunnitelmissa ja – palaverissa, yhteisössä tai ryhmissä. Ohjaustilanteeseen heijastuvat myös siihen osallistuvien henkilöiden aiemmat kokemukset vastaavanlaisista tilanteista, sen hetkinen ilmapiiri ja tunteet sekä tilanteen merkityksellisyys kullekin siinä toimivalle henkilölle.

7.1 Arkeen sisältyy monenlaista

Intrapsyykkiset asiat

”...jos aattelee yksilöjuttuja -- onhan meillä jokaisella henkilökohtaiset asukkaat, joittenka asioista pitää olla kartalla ja auttaa -- siihen kuuluu siivouksesta kaiken näköiseen sosiaalipuolen asioihin elikkä hoitamiseen, auttamiseen -- ja sitten tietysti tää perinteinen psykiatrinen hoitotyö eli keskustelut, tukeminen ja nämä tekijät.” (TY1/H01)

Kuntoutujan sisäiseen kasvuun ja kehittymiseen sekä sairauden kanssa selviytymiseen sekä sen hyväksymiseen liittyviä asioita eli intrapsyykkisiä asioita käsitellään monenlaisissa ohjaustilanteissa. Näitä ovat muun muassa kahdenkeskiset keskustelut, jotka voivat olla sovittuja tai spontaaneja, verkostopalaverit ja kuntoutumissuunnitelmat, intervallijaksot (TY2), erilaiset asiointi- ja ohjaustilanteet, kuten kaupassa käynti ja ruoanlaitto, sekä tapaamiset kotikäynneillä (TY2) ja spontaanisti kaupungilla. Näissä ohjaustilanteissa käsitellään aineistoni mukaan kuntoutujan kuulumisia, vointia, sairauden hyväksymistä ja tunnelmia sillä hetkellä. Keskusteluissa käydään läpi kuntoutujan elämänhistoriaa ja tulevaisuuden suunnitelmia. ”Kun tulee tähän meille kävijäksi tai kotikuntoutukseen, niin sieltä tulee se koko elämä. Sieltä tulee kissat, koirat, ex-vaimot, lapset -- että sitten se tavallaan se kontaktimäärä on moninkertainen...” (TY2/H06).

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä ominaisuuksia ovat erityisesti motivaatio, terveysuskomukset ja -kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyyli- ja -valmiudet. Kuntoutujan motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitaja voi esittää avoimia kysymyksiä, kuten ”Kerro lisää”, selkiyttääkseen niitä tekijöitä, jotka voisivat motivoida kuntoutujaa hoitoonsa. Myös hoitajan omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea kuntoutujan motivoitumista on merkitystä ohjauksen onnistumisessa (Karlsen 1997, 100). Jos työntekijän turhautuminen ja epäusko kuntoutujan kykyihin näkyy, niin kuntoutuja sen kyllä huomaa, eikä hän itsekään kykyihinsä usko.

Kuntoutujat ja työntekijät käyvät yhdessä läpi mahdollisia onnistumisen ja epäonnistumisen hetkiä. Yhdessä mietitään avun ja tuen tarvetta, motivaatiota ja vastuun ottamista sekä turvallisuuden tunnetta. Kuntoutujan helposti passiivista roolia pyritään muuttamaan aktiivisemmaksi ja autetaan häntä huomaamaan oma osuutensa oman elämän kullussa. ”*Se mikä ittelleen on jotenki päivän selvää niin se on sadan kilometrin päässä siitä, mitä [kuntoutuja] aattelee, mikä on hänelle tärkeää ja mahdollista. -- mikä siinä arkipäivässä on oikeesti mahdollista sille ihmiselle, ei me voida sitä tietää*” (TY1/H03).

Terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, miten kuntoutuja suhtautuu ohjaukseen. Kuntoutujalla voi olla myös omia mieltymyksiään, joista hän haluaa pitää kiinni ja näin annettu ohjaus on tehotonta. Mikäli hoitaja on perillä kuntoutujan mieltymyksistä, hän voi ohjauksessa etsiä yhdessä kuntoutujan kanssa kompromissia tilanteeseen. Myös keskusteleminen kuntoutujan ohjaukselle asettamista odotuksista on tärkeää, sillä kuntoutujan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeista voivat olla erilaiset. Kuntoutujista ne, joilla sairaus on ollut pitkän aikaa tai jotka itse etsivät aktiivisesti tietoa, osaavat arvioida ohjaustarpeensa hyvin ja ilmaisevat, mitä asioita ohjauksessa tulisi käsitellä (Elf & Wikblad 2001, 353). Osa kuntoutujista ei tunnista tai tuo ohjaustarpeitansa esiin, joten heidän käsityksensä ohjauksen sisällöstä tulisi selvittää.

”...me saatiin hänen kanssaan ostettua se kännykkä ja hän oli tosi tyytyväinen siihen reissuun, hän kiitteli pitkään ’olipa ihana juttu kun lähit hänen kanssaan, kun ei hän ois ymmärtänyt tästä yhtään mittään’. Sit vielä opeteltiin käyttämään sitä puhelinta -- ihan semmonen arkinen juttu ja sillä tavallaan sai työntekijänä semmosta luottamusta itelleen ja jotenkin

loksahti joku palikka paikalleen, ihan ilman mittään sen suurempaa terapiaa.” (TY2/H07)

Ohjauksella pyritään vaikuttamaan kuntoutujan pystyvyysodotuksiin eli hänen omaan sisäiseen kokemukseensa siitä, mihin hän voi vaikuttaa: ” *Kyllähän se vaikuttaa psyykkeeseen kun näkee että itekin vaikuttaa ympäristöön...* ” (TY1/H02). Kognitiivisena odotuksena aineistostani poimin esimerkiksi tutkimusyhteisö 1 piharyhmän, jossa suunnitellaan ja pohditaan kasvien istutusta: ” *...meillä on hirveet fantasiat, -- minkälainen viidakko sitten kymmenen vuoden päästä täällä takapihalla onkaan ja mitä kaikkea täällä kasvaa, jos ilmastoki vielä lämpenee, niin trooppiset kasvitkin tulee mukaan...* ” (TY1/H03). Tunneperäisen pystyvyyden kokemukseen voi ohjaavalla kannustamisella ja positiivisella palautteella auttaa kuntoutujaa ajattelemaan positiivisesti ja toivorikkaasti: ” *... tässä voijjaan tosissaan symbolisesti auttaa rakentamaan ja kasvattamaan jotakin uutta, -- yhdessä ja silleen positiivisessa hengessä eteenpäin.* ” (TY1/H03) Kuntoutustyöntekijät kritisoivat liiallista menneisyyden läpikäymistä, jolla voidaan heikentää kuntoutujan pystyvyysodotuksia:

”... ketkä on monta vuotta ollu terapiassa ja on pyöritetty niitä samoja asioita, kuinka lapsena on ollut vaikeeta ja kuinka veli on tehnyt sitä ja äiti tätä ja minä olen niin katkera ja olen niin helvetin katkera ja minulla on niin huono olo. Sitten [kuntoutuja] makaa kotona ja ei tee mitään ja on niin 'minulla on niin vaikeeta' ” (TY2/H05)

Kuntoutujan motivaatiollisiin pystyvyysodotuksiin on ohjauksella tärkeä vaikutustehtävä, sillä sen perusteella kuntoutuja suhtautuu omaan kuntoutumiseensa ja uuden oppimiseen. Jos kuntoutuja kokee, ettei mikään onnistu, niin hän ei edes halua yrittää ja näin vetäytyy entisestään.

”Tarvitaan -- paljon niitä positiivisia kokemuksia, jotta pystyy selviämään ja sitä positiivista palautetta -- kaikki sitä tarvii supportiota, tukee --- Niinkun jos jonku asian ryssii niin sitä ei saa selekään siitä, täällä ei tiputa portaalta alemmalle tasolle, vaan että no, näin kävi nytten -- Että ei tehdä semmosta haloota ja numeroo siitä -- sä et joudu kärsimään, jos joku asia huonosti menee.” (TY1/H01)

Kuntoutujaa ohjataan elämän valintaprosesseissa. Kuntoutuja helposti arkailee irrottautumisessaan tutusta ympäristöstä ja elämäntavastaan heikon pystyvyyssodotuksensa vuoksi. Tuttuun ja turvalliseen on helppo jäädä, vaikkei se esimerkiksi päihdenuoren kohdalla ole tulevaisuuteen kantava vaihtoehto. Kuntoutustyöntekijä saattaa kokea turhautumistakin tällaisen nuoren kohdalla: *”tekis mieli ottaa hartioista kiinni että... ravis-taa, että herää! herää! että elämää on muutakin kuin tämä”* (TY2/H07). Ohjauksella pyritään pikku hiljaa antamaan mahdollisuuksia uuden ja tuntemattomankin kohtaamiin. Näistä mahdollisuuksista kuntoutuja saa itse valita häntä itseään kiinnostavan ja innostavan vaihtoehdon. Kovin helppoa ja yksinkertaista ei valintaprosessin tekeminen ole, varsinkin jos kuntoutuja on ollut *”suljetulla [osastolla] hyvinkin pitkään -- siellä on toisaalta niin turvallista, niin sieltä sitten on hyvin vaikeaa pöngähtää -- yksinäiseen elämään... [osasto] on semmoinen kehto, kohtu --niin se tuntuu aika kylmältä mennä omaan asuntoon sitten yksin.”* (TY1/H02).

Arjen asiat

Arkielämän asioita ovat ruoanlaittoon, siivoukseen sekä kaupoissa, pankissa ja virastoissa asiointeihin liittyvät asiat. Niitä ovat myös omaan henkilökohtaiseen hygieniaan ja vaatehuoltoon tarvittavat tiedot. Päivittäiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös kuntoutujan vuorokausirytmii ja päivän sisältö eli viettääkö hän aikaansa yksin omassa asunnossaan, käymällä päivätoiminnassa, terapiassa, työssä tai koulussa, onko hänellä harrastuksia, laittaako hän ruoan itse, tuoko sen kotipalvelu vai käykö hän syömässä jossain kodin ulkopuolella. Arkielämän taitojen ohjaaminen on yksi kuntoutuksen peruselementtejä.

”Hyvin perusasioistahan se työ alkaa -- mihinkä vuorokauden aikaan sitä herätään: milloin ollaan hereillä, milloin mennään nukkumaan --katotaan ruoan laitot, siivoamiset, oma hygienia, vaatehuolto... monesti joudutaan lähtee ihan sieltä perusjutuista... joko sen takia että ihminen on niin nuori, että ei oo tavallaan sitä pohjaa perusasioille, tai sitten on sairauden takia jotenkin unohtanu, hävinny.” (TY2/H07)

Arjen kulkua helpottavien palveluiden ja ratkaisujen löytäminen voi luoda edellytyksiä kuntoutumisen käynnistymiselle. On hankalaa miettiä omaa kuntoutumista, jos mielessä painavat esimerkiksi selvittämättömät raha-asiat tai asumisen ongelmat. Tutkimusyhteisö 1:n kuntoutujista lähes kaikki ruokailevat lounaan oman asunnon ja asumisyksikön ulkopuolella, mikä antaa omalta osaltaan voimaa jaksaa päivää eteenpäin, turvaa monipuolisen ruokavalion ja integroittaa kuntoutujaa yhteiskunnan palveluihin, eikä ruoanlaitto vie joka päivä kuntoutujankaan voimavaroja. Tutkimusyhteisö 2:ssa on puolestaan päiväkävijöiden mahdollisuus ruokailla (aamupala, lounas ja päiväkahvi) pientä maksua vastaan.

Arkipäivän sujuminen on kuntoutujalle ja hoitotyöntekijälle usein viite siitä, että kuntoutuja on paremmassa psyykkisessä kunnossa. Arjen sujuminen on samalla sekä saavutus että selviytymiskeino. Mielekkään arjen kokemisella on selvä yhteys koherenssin tunteeseen. Jos kuntoutuja ei koe arkea mielekkäänä, hän useammin vetäytyy esimerkiksi sosiaalisista suhteista. Mielekkään arjen ja merkityksellisen toiminnan kokemus (ks. kuvio 4 sivulla 30) liittyy siihen, että kuntoutuja kokee voivansa käyttää kykyjään omassa ympäristössään. Arjen kokeminen mielekkääksi liittyy toimintavalmiuteen sekä tietoisuuteen itsestä. Toiminnan merkityksellisyys on hyvin olennaista silloin, kun kuntoutujaa tuetaan toimintansa aktivointiin. Kuten tutkimusyhteisö 2:n kertomuksessa nuorten kuntoutujien kohdalla on: jos nuori ei itse näe tarpeelliseksi toimia, eikä häntä työntekijän esittämät vaihtoehdot kiinnosta, niin hän ei kerta kaikkiaan toimi.

Psykososiaalinen tukeminen tarkoittaa tukea arjen tilanteista selviytymisessä. Siinä tavoitteet tulee asettaa psykososiaalisen toimintakyvyn edellyttämällä tavalla. Psykososiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä tulla toimeen erilaisissa tavanomaiseen elämään ja yhteisöelämään liittyvissä tilanteissa. Ihmisen, joka selviytyy itsenäisesti arkisesta elämästä, on helppo kokea itsenäisyyttä. Psykososiaalinen tukeminen on vaativaa. Kuntoutujan tarpeita voivat olla tutkimukseni aineiston mukaan esimerkiksi sosiaalisista peloista eroon pääseminen, hyväksyntä, oireiden hallinta arjesta selviytyminen (esim. pankkiasiat, kaupassa käyminen, asuin ympäristöstä huolehtiminen, oman edunvalvonta), lääkehoidon toteuttaminen itsenäisesti jne. Tarpeista lähtevä kuntoutustyö vaihtelee sisällöltään sekä sairauden eri vaiheissa että eri henkilöiden välillä. Keskeisenä tehtävänä hoitajalla on palveluiden jatkuvuuden varmistaminen ja että palvelut vastaavat asiakkaan tarpeita. (Kettunen ym. 2002, 53, 124; Suominen 2002, 58.) Psykki-

sen tuen antaminen on olennainen osa kuntouttavaa hoitotyötä. Siihen voidaan osa-alueina sisällyttää mm. empatiaa, minän tukea, voiman antamista ja hyväksyntää. Empatian piirteiksi on hahmotettu aitous, lämpö, inhimillisyys ja luottamus. *"Ei sitä syliin ottamista eikä rakkautta tähän passaa heittää, mutta joku taika se on semmonen... Niin... Empatia ja holding."* (TY2/H06). Empaattisella käyttäytymisellään oma-hoitaja antaa kuntoutujalleen kokemuksen myötäelämisestä, näin ihminen virittyy välittämään itsestään ja muista (Nojonen 1990, 28). *"Meillähän on kovin matala se semmonen ammatillisuuden... me ei olle hirveiden muurien takana tai tavoittamattomissa."* (TY2/H06)

Fyysinen vointi

Fyysiseen hyvin vointiin liittyvien asioiden esille tuominen ohjauksessa on myös hyvin oleellista, sillä tähän kuuluvat painonhallinta, liikunta, somaattiset sairaudet, kuten aineistossani esiin nousseet diabetes, keuhkohtaumatauti ja sukupuolitauti sekä päihteet ja myös fyysinen turvallisuus.

"Aika iso juttu se ruoka, mitä syödään... samaten se liikuntapuolikin, ---- että tulee semmoista pohjaa sillekin, että mitä varten lähetään lenkille...mitä varten tehhään terveellistä ruokaa...ei vaan se, että on hirvee nälkä, eikä muuta tekemistä niin tehhään tiistaina ruokaa...että ruppee ymmärtämään se terveellisen ruoan vaikutuksen." (TY1/H02)

Kuntoutujan fyysisistä ominaisuuksista esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden kesto, laatu ja sen vaikutus kuntoutujan arkielämään vaikuttavat hänen ohjaustarpeisiinsa (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10 - 12). Fyysiset taustatekijät vaikuttavat myös siihen, miten kuntoutuja kykenee ottamaan ohjausta vastaan: vältteleekö hän ohjausta, unohtaako asioita tai kieltäkö niitä. Nämä asiat otetaan tutkimusyhteisöissäni huomioon kiitettävästi.

"Ohjaajana koitan -- silleen innostaa ja kannustaa esimerkiksi tyttöjä tarttumaan lapioon ja poikia tarttumaan sipuliin. -- rooleja pikkusen kans sekottaa tai muistuttaa sitä, että ei oo näissäkään hommissa miesten ja naisten töitä -- ronskimpi lapiointi esimerkiksi voi jostakin naisihmisestä

tuntua tosi hyvältä. -- mulla on semmonen kokemus ja ajatus, että ronski lapiointi tuntuu tosi hyvältä kropassa, kun on lääkkeissä ja semmosessa -- pumpulimaisessa olossa noista lääkkeistä. -- voimankäyttö herättelee niitä lihaksia ja tuo vähän verenkiertookin taas.” (TY1/H03)

Iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjaukseen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 7 - 8). Kahden eri-ikäisen työntekijän välistä keskustelua yhteisön keittiössä ilmentää ajattelutapojen eroavaisuuksia hyvässä hengessä: *”Ossaa ne ite ottaa, älä passaa piloille.” ”Pittäähän niitä välillä hemmotella.” ”Jos ei aikuinen mies osaa pakkasesta leipää ottaa, niin onpi ilman.”* (Kenttämuistiinpanot 9.11.2007.) Aineistossani nousee esiin tilanteita, kun työntekijät ovat pohtineet mies- ja naistyöntekijöiden asenteita ja tapoja tehdä työtä: *”... teille naispuolisille heitellä siitä, että tota kyllä sitä niin ajetaan sitä demokratiaa ja tasavertaisuutta, mutta sit kun isketään se ruuvimeisseli kouraan, niin se ihmeesti häviää se demokratia-ajatus siinä...”* (TY1/H01) Mattilan (2002, 173) väitöskirjan tulosten mukaan työntekijöiden tavoissa ohjata nais- ja miesasukkaitaan ei ole suuria eroja.

Interpersoonalliset asiat

Sosiaalisten taitojen kehittymistä tuetaan yhteisillä tapahtumilla ja yhteisöllisyydellä, josta luvussa 8 enemmän. Erilaiset ryhmät ovat myös omiaan opettamaan kuntoutujalle ryhmässä toimimista ja sosiaalisuutta. *”Jokainen, joka ryhmään tulee, niin tulis jotenkin niinku nähdyksi ja kuulluksi ja huomioiduksi.”* (TY1/H03) Tutkimusyhteisöissä on erilaisia ryhmätoimintoja joko säännöllisesti viikko-ohjelmassa tai kehitteillä. Esimerkiksi tutkimusyhteisö 1:ssä ovat viikoittaisessa ohjelmassa piharyhmä, ruoanlaittoryhmä ja liikuntaryhmä. Myös vaapuntekoryhmä kuuluu säännöllisesti kokoontuvien ryhmien listaan. Piharyhmän jälkeen nuotiokahvituokiossa kuntoutujat muistelivat edellisenä kesänä kahden kuntoutujan kesken tehtyä etelänmatkaa ja yhteisiä eräretkiä, joilla oli saatu saalista itse tehdyillä vaapuilla (Kenttämuistiinpanot 13.9.2007).

7.2 Ohjauksen tavat

Hoitajan työssä ohjaamisella (counselling) tarkoitetaan eri lähteiden (Mattila 2002, Onnismaan ym. toimittamat teokset 1998, 2000; Vilén ym. 2002) mukaan henkilökohtaista, ammatillista ohjausta ja neuvontaa, jolla pyritään auttamaan kuntoutujaa itseään löytämään oikeat ratkaisut. Hoitajan työssä opetus on etukäteen hyvin suunniteltua, kuntoutujan oppimiseen tähtäävää, tavoitteellista toimintaa. Siihen sisältyy hyvien oppimistilanteiden luomista. Käytännössä tämä näkyy aineistoni arjen askareissa, asioinnissa kaupungilla, kotikuntoutuksen erilaisissa tilanteissa, toiminnallisissa ryhmissä ja yhteisökokouksessa. Oppimistilanteita on ja niitä osataan käyttää hyväksi. Ohjaus-käsitettä käytetään hoito- ja kuntoutustyössä paljon. Ohjausta kuvataan usein osana hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Ammatillisen toiminnan näkökulmasta ohjausta tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti kuntoutujan tilanteeseen liittyvistä asioista (Karlsen 1997, 99 - 100).

Ohjaukselliset interventiot eli toimenpiteet ovat yksilöllisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen vaikuttamisen keinoja ja tapoja, millä tavalla kuntoutujaa ohjataan oppimaan ja kuntoutumaan. Aineistoni olen luokitellut kolmeen luokkaan ohjauksen ulottuvuuksien mukaisesti (Mattila 2002, 114; tämän raportin kuvio 5 sivulla 36 sekä liite 3 Aineiston luokittelu). Ohjauksen luonne määräytyy usein siitä tilanteesta, missä ohjauksen osapuolet ovat kokemuksineen, käsityksineen ja tunteineen.

”Jotenkin mä näkisin oman työni semmosena, että enemmän mä oon ohjaaja kuin hoitaja. Mä ainakin omien asiakkaiden kohdalla mahdollisimman pitkään pyrin siihen, että se ihminen ottaa itse vastuuta asioista -- kannustan ensiksi, että hän itse menis hoitamaan jotakin asiaa ja jos se tuntuu, ettei se millään onnistu, -- sitten minä lähen mukaan... ja jos tuntuu, että se ei vielä sittenkään onnistu, niin sitten mä voin harkita sitä että mä teen tavallaan puolesta.” (TY2/H07)

Kontrolloiva ohjaus

Normatiivista eli supervision tyyppistä kontrolloivaa ohjausta ei aineistostani juurikaan noussut esille, ellei sen tyyppisenä voi pitää ehdotonta päihdeettömyyden vaatimusta tai

velvoitetta osallistua viikoittaiseen yhteisökokoukseen TY1:ssä. Ulkoa ohjautuvuutta, käskemistä tai painostusta ei tulkintani tai havainnointini mukaan käytetty lainkaan, eikä myöskään ohjaustilanteita pidetty käynnissä normien avulla. ”Käskyttäminen ei kuulu tämmöiseen paikkaan, tämmöseen kuuluu asioista keskustelu” (TY1/H01). Kontrolloiminen tunnistettiin toisessa tutkimusyhteisössä vaaraksi sen alkutaipaleella: ”suljetun osaston elämä on aika rajattua, ohjaavaa -- ja mietitään niinku lasten hoidossa, että miks täällä on niin hiljasta ja miks tuolla rapisee. Niin kyllähän [rooli] siirty tänne aluksi -- Ja sitä jatko sitten ihan joustavasti, vähän niinku huolehti liikaa” (TY1/H02).

Ajoittain työryhmässä pohditaan, minkä verran kuntoutujaa tuetaan lähtemään ja ottamaan vastuuta työ- tai opiskelutoiminnasta. Mikä on ohjauksen ja tuen sopiva määrä: ”Keskustellaan sitä, että -- pitäskö meidän aatella silleen, että kyllä aikuisen miehen pitää huolehtia aamuhäämistä” (TY1/H03) ja ”erimielipitoisuutta on ollu --, että mitenkä paljo näitten ihmisten kanssa liikutaan tuolla ulkopuolella -- sanotaan vaan, että kyllä sä pystyt ite menemään ja mee ite vai onko se toinen puoli siinä, että jos sä meet siellä niitten kanssa, niin mitä ne oppii siitä” (TY1/H01).

Opettava ohjaus

Asioista keskustelu kuuluu jo seuraavaan luokkaan eli nominaaliseen (*guidance*) ohjaukseen, joka asiantuntijaneuvoineen muistuttaa medikaalista mallia. Sen mukaisesti ammatti-ihminen tekee diagnooseja, auttaa, hoitaa ja parantaa sekä arvioi, neuvoo, opettaa, pelastaa ja käännyttää. Psykiatriassa käytetään tästä tavasta nimikettä psykoedukatio. Neuvominen on opettavaa ohjausta. Se voidaan myös tulkita arvostelevaksi ohjaukseksi, jossa annetaan ymmärtää, että ohjattava on alempiarvoisessa asemassa, eikä kykene ohjaamaan minäänsä. Aineistostani, sekä haastatteluista että havainnoinneista tehdyistä kenttämuistiinpanoistani, nousi jo useita asioita tähän luokkaan: hoitaja hoitaa (esimerkiksi antaa injektioita, täyttää lääkeannostelijan kuntoutujan puolesta, mittaa verenpaineen), antaa ohjeita lääkehoidosta, kertaa sukupuolitaudin hoito-ohjeita ja jälki-kontroleita sekä ohjaa lääkärin vastaanotolle, minkä jälkeen kertaa kuntoutujan kanssa lääkäriltä saatuja ohjeita. Hoitaja seuraa ja huomioi kuntoutuja psyykkistä ja fyysistä vointia ja siinä tapahtuvia vaihteluita. Hän myös opettaa, valistaa ja antaa terveystieteistä. (Kenttämuistiinpanot 24.1.2008 & 29.1.2008.) ”Me oltiin ihan hoitajina, me teh-

tiin puolestakin vähän liikaa, näytettiin mallia ja tehtiin samalla ne hommat, asukas seiso siinä vieressä” (TY1/H02).

Kokemusperäinen ohjaus

Reflektiivinen eli counselling – tyyppinen ohjaus kohdentaa toiminnan laajempaan päätöksentekoon, kokonaisvaltaiseen ja kokemukselliseen oppimiseen. Tällöin ohjaajan tehtävänä on selkiyttää ja rohkaista kuunnellen ja reflektoiden ohjattavansa kanssa. (Ojanen 1990, 9-10; Mattila 2002, 41–42.) Ohjaamisen tarkoitus on tukea kuntoutujan sisältä, kokemuksista käsin ohjautumista, itsensä toteuttamista ja itseksi kasvamista. Ohjauksen ensimmäinen tehtävä oppimiseen ohjaamisessa on opettaa kuntoutujaa ottamaan vastuu omasta elämästään. *”Että omaa päätäänhän sitä puuhun hakkaavat nuo ihmiset -- jos asioita eivät hoijja, niin ei sitä mun päähän tuu sitä kuhmua -- se on eri ihmisten kohdalla hyvin erilainen se vastuunottokyky tai jakaminen” (TY1/H01).*

Counselling – tyyppisessä ohjauksessa korostuvat yhteistyö, yhteenkuuluminen, samastuminen, yhdessäolo ja kokemusten jakaminen, vastaanottaminen, ”minän” vastuu ”toisesta” sekä hyväksyminen. Aineistossa ilmenevät kuvaukset "katsellaan, kuunnellaan, keskustellaan, jutustellaan tai vaan ollaan yhdessä" ovat hyvin tärkeitä elementtejä ilmentämään yhteenkuuluvuuden tunnetta tutkimusyhteisöissä. *”Joskus on tosiaan sellaisia hienoja hetkiä, kun istutaan siinä” (TY2/H04).*

”Malli, että ollaan ja edustetaan jotakin erilaisissa rooleissa, että ollaan äitejä, mummoja ja tätejä ja siskoja, ja kuka mitäkin... Sitä ne varmaan poimii, että se käyttäyty noin -- jotenkin sen kokemuksen jakaminen...ei mitään yli-ihmisiä todellakaan olla. Ettei ne aattele, että se on hoitaja.” (TY2/H05)

Asioiden, onnistumisten ja myös epäonnistumisten, jakaminen on merkittävä osa ohjauksen keinoissa. *”Kyllä minä ilolla menen kattomaan jonku rehottavaa värinokkosta” tai ”noh, eikös se siellä oikein sitten menestynytään, että mitäs sitten, pannaan tämmönen kasvamaan, että kyllähän täällä näitä kasveja piisaa” (TY1/H03).* Kuntouttavan oppimisprosessin näkökulmasta ohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua, kuntoutujan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista (Phillips 1999). Oppimista tapahtuu

tiedostamattakin. Ohjaustilanteet ovat luonnikkaita, ja niiden tavoitteet ovat työntekijöiden ”selkäytimessä”, eikä niitä yleensä kuntoutustilanteissa kerrata. Tosin muistutetaan, miksi joku asia on tärkeää ja tarkoituksenmukaista opetella, esimerkiksi ruoan laittaminen ja kun työntekijä kehottaa kuntoutujaa tulemaan kuntoutumiskodille. (Kenttämuisiinpanot 24.1.2008.) Ohjaus ei tähtää ensisijaisesti oppimiseen tai kehittymiseen vaan ne mahdollistavaan vuoropuheluun ja – kuunteluun. Ohjaaja tekee aloitteen sopiessaan ohjattavansa kanssa, miten on hänen käytettävissään (Bond 2000; Ojanen 2000, 80).

Kannustaminen, kehottaminen, myötätunto, voimavaraohjaus, avun tunnustaminen ja eri tasojen asiantuntijuuden käyttäminen ovat kuvaavat myös counselling – ohjausta (Mattila, 2002, 114). Innostaminen, kehuminen, houkutteleminen, toiminnan mielekkääksi tekeminen ja fiilistely ovat usein käytettyjä tapoja mielenterveyskuntoutujan ohjaamisessa. ”Kehumista voi antaa siitäkkin, että olipa kiva, kun tulit meijjän kanssa ulos -- täällä on niin kivaa meillä ja että mitä enempi porukkaa niin sitä kivempaa on –ja jos ei vaikka oo paljon porukkaa, niin kivahan meijjän on tässä kahestaankin olla” (TY1/H03).

"Toisen äänen" kuuleminen, kuntoutujan mielipiteen kuuleminen ja sen kunnioittaminen ilmenee aineistossani monin tavoin:

”Pitää vähän katella tota ympärilleen ja vähän silleen hakee siltä ryhmältäkin, -- että puhuttiinks me viimeksi jotain, mitäs meijjän tässä niinku pitäis ja sitten sieltä tulee ehkä sieltä ryhmältä semmosia, että meijjän piti haravoیدا.” TY1/H03

Yksi tutkimukseeni osallistuneista työntekijöistä pohti, kuinka hoitajaopinnoissa on aikoinaan painotettu, ettei mielenterveyspotilaan harhoihin saa lähteä mukaan. Työntekijän mielestä se kuitenkin on kuntoutujan todellisuuden kieltämistä, koska harhamaailma usein on kuntoutujalle todellisuutta ja selviytymiskeino. Epärealistista toteamusta, esimerkiksi oravat ja varikset käyvät syömässä kuntoutujan ruoat, ei tyrmätä, vaan pyydetään kertomaan ilmiöstä lisää. Näin kuntoutujan kertomus tulee kuulluksi ja samalla antautuu mahdollisuus yhdessä pohtia, josko se onkin miesystävä, joka käydessään ruoat syö. (Kenttämuisiinpanot 24.1.2008.) Toinen työntekijä koetti aluksi rajata oman kuntoutujansa roskisdykkausta, muttei onnistunut siinä, koska kuntoutuja tätä jatkoi tai

jos hän olisi joutunut siitä luopumaan, olisi hänen olonsa tullut ahdistuneemmaksi. Tästä on omahoitajan kommentti kenttämuistiinpanoissani (24.1.2008): *"antaa hänen dyykata, jos se auttaa häntä selviytymään"*.

Avun tunnustaminen näyttäytyy tulkintani mukaan seuraavassa alkuperäisilmauksessa: *"Silloin autan, kun se apua pyytää, että jossain ikkunan pesussa, mutta se on sen vastuulla kämppä ja sen se pystyy hoitamaan tyylikkäästi"* (TY1/H01). Voimavaraohjaus eli kuntoutujan resurssien ja terveiden puolien huomioiminen ohjaamisessa on osa asiakaslähtöisyyttä. Varsinkin kotikuntoutuksessa, kun kohdataan kuntoutuja hänen omalla reviirillään, on tärkeää kunnioittaa kuntoutujaa ja hänen itsenäisyyttään. *"Ne on Ihmissiä, ja mä meen kohtailemaan niitä ja se on jokaisen oma kapasiteettinsa ja niiden tilanteiden ja niiden ongelmien perusteella.. ja niitten vahvuuksien perusteella"* (TY2/H06). Kuntoutujan kunnioittamista ja hänen omien voimavarojen tukemista kuvaa mielestäni myös se, kun yksi hoitajista kertoo käyneensä kesällä kotikäynnillä kuntoutujan kesämökillä saarella. Kuntoutuja oli saanut kokea olevansa tilanteen "herra", kun oli saanut noutaa soutuveneellä omahoitajansa vastarannalta. Samalla hoitaja oli tutustunut kuntoutujan toisenlaiseen ympäristöön saaden itsekin palautetta työstään, koska oli edellisen talven aikana kannustanut kuntoutujaa mökille lähtemään. Tämän talven kannustuspuhe on liittynyt autolla ajoon. (Kenttämuistiinpanot 29.1.2008.) Sekä kuntoutujan että työntekijän taustatekijöiden huomioiminen edellyttää ohjausvuorovaikutukselta kaksisuuntaisuutta. Tasa-arvoinen ja taustatekijät huomioiva vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. Vuorovaikutus, jossa kuntoutujaa kuunnellaan, häneltä kysytään, häntä rohkaistaan kertomaan omista taustatekijöistään ja hänelle annetaan palautetta, mahdollistaa luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumisen.

Toimiva ohjaussuhde

Toimivan ohjaussuhteen – sellaisen, jossa kuntoutuja ja työntekijä voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteiden saavuttamiseksi – edellytyksenä on, että molemmat kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. Kuntoutuja on aina oman elämänsä ja hoitaja ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Arnkil & Seikkula 2004, 201 - 203; Nikkonen 1996, 58.) *"Miten me voidaan ihmiseltä vaatia sitä että hän kertoo kaikki syvimmit tunteensa, ja kaikki tämmöset hankalat asiat elämästään, että jos me ei anneta tavallaan itsestä, tai kerrota itsestämme yhtään mi-*

tään..” (TY2/H07) Aineistostani nousevat tulokset painottuvat selvästi kokemusperäisen ohjaamisen (counselling) – luokkaan. Lisäksi havainnointia tehdessäni kiinnitin huomion tapaan, jolla kehotus, pyyntö tai ohjaus sanotaan kuntoutujalle. Esimerkkeinä sopivat tähän kenttämuistiinpanoistani poimitut tavat TY2:n lounaan valmistelusta: "Saiskos pyytää...", "Tiedätkö, mitä voisit tehdä?" sekä seuraava lainaus:

”...vähemmän ohjaisin. Ja enemmän olisin hölmönä ja niinku kyselisin sitä, pyörittelin sitä sipulia, että mistä päästä tää lähtee niinku kasvamaan. -- [ryhmää] vois vetää tavallaan kuka tahansa meidän ryhmäläisistä.”
(TY1/H03)

Eri tasojen asiantuntijuuden käyttäminen ilmenee aineistossani mm. siten, että ohjaajana toimiva työntekijä pyrkii vetäytymään sivuun antaen kuntoutujalle tilaa näyttää osaamisensa tai tietämyksensä jostain asiasta. Myös kuntoutuja voi opettaa ja neuvoa työntekijää. Myös yhdessä oppiminen ja yhdessä tekeminen, asioiden yhdessä kokeminen nousee esiin aineistossani useaan otteeseen. Eri tasojen asiantuntijuutta on myös moniammatillinen työryhmä, sen palaverit, työnohjaukset, myös yksilötyönohjaus, yhteydenpito muihin palvelujen tuottajiin ja kuntoutujan omaisiin ja läheisiin jne.

”...enempi voisin varmasti, ja ois niinku enempi sillä lailla hyväksi vielä korostaa sitä just sitä uunoutta, jotta sitten tulis sitä, sitä niinku tietäjyyttä sitten siitä ryhmästä. Ja ja että sitä tietoo ja taitoo ja ymmärrystä ja oival-luskykyä kyllä sieltä löytyy, jos ei kaikkia oo niin valmiiksi.. sitten suunniteltu.” (TY1/H03)

”...moniammatillisuus on parhaimmillaan, että siinä on ollu psykologit erittäin vahvassa asemassa silloin aikoinaan. [kuntoutujan nimi] ja toimintaterapeutti ja vanhemmat kannustamassa -- siinä on monta prosessia päällekkäin...” (TY2/H05)

Kuntoutuksen ja ohjauksen oikea-aikaisuus, kun kuntoutuja on valmis ottamaan apua ja tukea vastaan ja on siihen tarpeeksi motivoitunut: *”kuntoutuksen väliintulo on tullu sitten sopivaan saumaan ja se on ollu sopivanlaista -- ei se varmaan merkityksetöntä ole, mutta merkitys se ei ole niin suuri kuin sillä omalla motivaatiolla”* (TY2/H06).

Molempien tutkimusyhteisöjen toiminnassa ja työntekijöiden tavassa kohdata kuntoutuja ja ohjata häntä on nähtävissä Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen periaatteita. Kokemuksellisen oppimisen näkökulma ilmentyi toiminnallisuuden, aktivoitumisen sekä subjektiivisen kokemuksen korostamisena. Kokemukset käynnistävät kuntoutujassa eriaisteisia muutoksiin johtavia prosesseja, joiden myötä kokemusten merkityksiä voidaan oivaltaa vasta aikojenkin päästä (ks. kuvio 4 sivulla 30). Esimerkkinä tästä nousee aineistoni piharyhmän toiminta ja sen tuomat muutokset kuntoutujissa. Ryhmän jälkeen on tapana istuskella pihalla kahvilla. Näin haastateltava tilanteesta kertoo:

”...joku on sitten hilpassu kotonaan ja tuonu sieltä vaikka jonku keksipaketin -- asukkaat ite on halunnu tuoda siihen, kun meillä ei yleensä siinä oo muuta kuin se kahvi, niin sitten ovat halunneet siihen jotakin tuuva, tarjota muillekin -- se on semmosta ekstraa, jota on alkanu olee niinku tänä syksynä -- ei aikaisemmin kukaan kokenu semmosta, semmosta että sitä vois itekin henkilökohtaisesta ja vapaaehtoisesti panostaa tähän...”

(TY1/H03)

Kaiken mitä ja miten ohjataan ja tuetaan kuntoutujaa arjen askareissa ja oman itsensä kuntoutumisessa ja oppimaan oppimisessa on lause, joka tuli useaan otteeseen esille eri muodoissaan molemmissa tutkimusyhteisöissä: ”Eletään elämää!”

”Se työ, mitä minä tässä ite pyrin tekemään niin elän näitten ihmisten kanssa sen työajan, mitä tässä oon, semmosta normaalia elämää -- mitä jokainen vois tässä yhteisössä elää, kun aattelee, jos ite asus tässä -- joskus siivotaan ja joskus lähetään jonnekin, semmosta tavallista... niinku jokkainen kotonaan tekkee sitä...ja jos nuilla ihmisillä on, ettei yksin uskalla lähtee, niin hommana on lähtee mukaan.” (TY1/H01)

”Elämä on elämää ja että ihmiset on inhimillisiä ja kaikkea sattuu ja tapahtuu kaikille ihmisille.” (TY2/H05)

8 YHTEISÖLLISYYDEN MERKITYS

”...mitä se yhteisöllisyys sitten on... tänä päivänä niin se on varmaan monenlaista... monta yhteisöä yhden yhteisön sisällä.” (TY2/H05)

Yhteisö on paikka, jossa on turvallista olla ja johon on helppo tulla. Se on paikka, jossa välitetään, huomataan ja hyväksytään. Paikka, jossa huolletaan, johon kuulua, jossa eletään arkea ja tehdään sekä opitaan yhdessä. Siellä saa onnistua ja siellä on lupa mokata. Siellä jaetaan kokemuksia, asioita ja tunteita. Yhteisössä saa maata, istua, torkkua, lukea, katsoa televisiota, pelata, valmistella juhlia sekä suunnitella retkiä ja unelmoida matkoista. Siellä saa olla turvassa muulta ympäristöltä, mutta sieltä käsin yhteisön ulkopuolisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan voi pikku hiljaa tutustua, eikä sitä tarvitse tehdä yksin. Yhteisöstä löytyy tukea ja kavereita. Voidaan mennä yhdessä, jos ei yksin halua. (Kenttämuistiinpanoistani poimittuja kommentteja.)

8.1 Yksilöt yhteisöissä

Yksilön sosiaalinen identiteetti

”Tämän talon ikäjakauman laajuus ja -- sukupuoli jakauman tasapaino on kans tärkeää -- kaikki tavallaan tulee omina itsenään esille... paremmin. Ei tule keskinäistä kilpailua esille, vaan jokainen on omassa sarjassaan ainoana osallistujana, niin voitto on varma!” (TY1/H03)

Yksilön sosiaalinen identiteetti muotoutuu ja kehittyy ryhmän ja yhteisön kautta. Yksilöt luovat käsitystä itsestään vertaamalla itseään muihin ja toisilta ihmisiltä saadun palautteen kautta. Luokittelemalla itsensä yhteisön jäseneksi ja kuulumalla ryhmään yksilö omaksuu yhteisön normit ja ihanteet, joita hän haluaa käyttäytymisessään noudattaa saadakseen tukea itsetunnon. (Murto 1997, 205 – 206.) Esimerkiksi mielenterveyskuntoutuja voi olla syrjäytynyt tai syrjäytetty yhteiskunnan viitekehyksessä, mutta tuntea olevansa *joku* vertaistensa joukossa, mikä on aina parempi vaihtoehto. Oppiminen yhteisössä tarkoittaa paitsi taitojen ja tietojen oppimista myös minäkäsitykseen, käsityk-

siin toisista ihmisistä ja yhteisöstä liittyviä uusia havaintoja ja oivalluksia, jotka vaikuttavat asenteiden ja toimintaa ohjaavien sisäisten mallien muuttumiseen.

"...tämän talon yks hienous on se, että täällä vetäytyvät, vetäytymistäipuiset skitsofreenikot pääsevät näkyviin. Että täällä pystytään huomaamaan ja huomioimaan näitä -- tosi maan hiljaisia ja väistyviä ja syrjäänvetäytyviä ihmisiä."

(TY1/H03)

Kaipion (1999) mukaan yhteisöhoito pitää sisällään toimintaa, joka tukee yhteisön jäsenten persoonallisuutta kehittymään kohti rehellisyyttä, avoimutta, oikeudenmukaisuutta, vallan ja vastuun tasaista jakautumista ja keskinäisen vuorovaikutuksen tukemista. Yhteisöllisyys ei tarkoita sitä, että kaikki yhteisön jäsenet ovat vastuussa kaikesta. Vastuunjako pyritään tekemään mielekkäällä tavalla. Kokonaisvaltaisuus korostuu siten, että koko yhteisö, sen kaikki jäsenet ja resurssit sekä yksilöllisyys ovat toiminnallinen kokonaisuus. Yhteisöllisyydessä jokainen yhteisön jäsen jakaa ja ottaa osaa yhteiseen kokemiseen, kokeiluun ja muuttamiseen.

"Nythän meillä on tässä uus mahollisuus. -- nyt eletään tätä päivää ja nyt voidaan tänä päivänä kasvattaa tähän jotain semmosta, joka muistuttaa jostakin ja että se on sen asukkaan, oma, henkilökohtainen panos tähän taloon, tähän meidän yhteiseen taloon ja pihaan ja se jää sinne kasvaamaan ja elämään." (TY1/H03)

Osallisuus

Jokainen yhteisön jäsen pyritään saamaan mahdollisimman paljon osallistumaan siihen, mitä yhteisössä tapahtuu. Jokainen yhteisön jäsen koetaan arvokkaana ja tärkeänä.

"...meillä ei ole semmosia asukkaita asumassa, joilla olis hyvin paljon tarvetta päästä esille kaikessa asiassa, jotka niinku varastais silleen shown joka paikassa,-- joiden pitää aina olla keskellä lattiaa ja mieluummin pöyvällä.--- Meillä saa kuitenkin tässä joukossakin olla rauhassa ja olla. Hiljaiset ihmiset voi kaikessa rauhassa istua tossa sohvan nurkas-

sa välttämättä sanomatta yhtään mitään mutta että ihan selvästi ne on siinä ja kaikki huomaa toisensa." (TY1/H03)

Ryhmässä toimiminen tuo kuntoutujalle tunteen yhteisyydestä ja luo positiivista ilma-
piiriä. ”Kiva tulla tohon keittiöön noijjen kanssa touhuamaan -- useesti perjantaiamu-
na [kuntoutuja] aloittaa sen aamupuuron tekemisen ja todetaan, että taas me nyt tul-
tiin” (TY2/H04). Kuntoutuja voi olla aktiivinen ihmissuhteissaan, jolloin hän tulee toi-
meen ihmisten kanssa, hakeutuu valikoiden uusiin ihmissuhteisiin ja myös pitää yllä
vakiintuneita ihmissuhteitaan. Toisaalta taas kuntoutuja voi olla passiivinen sosiaalis-
sa kanssakäymisessään joko siksi, ettei hän osaa tai kykene olla toisten seurassa tai siksi
ettei hän ole luonteeltaan sellainen, joka tarvitsee muiden ihmisten seuraa. Jos kuntoutu-
ja ei ole hyväksynyt sairauttaan, niin hän helposti vetäytyy usein leimautumisen pelossa.

*”...ne ihmiset on tietysti pitkän tien kulkijoita ja hyväksyneet jo sairauten-
sa -- yksi, joka ei oo vielä sen oman sairautensa kanssa oikein -- niin se ei
sinne [keskusteluryhmään] sitten näköjään pystynyt tulemaan. Ja ne jotka
on ihan sinut saattaa nauraa, että mulla nyt on tämmöstä” (TY2/H06)*

*”...siinä on kaks naista semmosta ihan mahottoman yksinäistä, joittenka
liikkeelle lähtö on ihan kamalan vaikeeta, että ryhmään tulis -- jos vuori
tulis Muhammedin luokse, niin nehän olis mielellään niitten kotona, olo-
huoneessa ryhmä kokoontus, niin olis hirmu mielellään mukana, mutta sit-
ten kun pitää lähtee johonki toiseen paikkaa... niin sittenpä se onkin han-
kalaa.” (TY2/H06)*

Samaistuminen

Millä tavoin kuntoutujat sitten pystyvät samaistumaan yhteisöön riippuu heidän yksilöl-
lisestä tilastaan. ”Jotenkin tähän suomalaiseen mentaliteettiin... että se ryhmässä ole-
minen ja jakaminen ei välttämättä ole se...me ollaan semmosia yksilösuorittajia kum-
minkin... Sitä pitää harjoitella vaan.” (TY2/H05) Kuntoutuksen alussa vertaisryhmää
tärkeämpiä samaistumisen kohteina ovat työntekijäyhteisön yksittäiset ihmiset, mutta
ajan myötä myös vertaisryhmä ja sen jäsenet voivat toimia samaistumisen kohteina
(Murto 1999, 211). Hännikäinen-Uutela (2004) tutki huume kuntoutusyhteisöä, jossa

vertaisryhmä näyttäytyy huumeriippuvuudesta irrottautumisessa ja narkomaanien uudelleen sosiaalistumisessa merkittävimpänä tekijänä. Vertaisryhmän esimerkki edistää yksilön persoonallista kasvua ja impulssien hallintaa (Hännikäinen-Uutela & Määttä 2004, 4). ”Päihdeporukka tuo sen uuden elämän tähän. Aika paljonhan siellä on elettyä elämää takana... työ, sitten on parisuhteita, perhe-elämää --ryhmytynykin paremmin niiden keskenään... vertaisryhmiä...” (TY2/H06).

Mattila (2002) puolestaan tutki yksityisiä mielenterveystyön hoito- ja palvelukotiyhteisöjä, joiden asukkaille työntekijöiden merkitys oli suuri. Asukkaiden keskinäinen vuorovaikutus oli ”viileää, mutta ystävällistä”. Toiminnallisina aikoina, yleensä aamupäivällä, touhuttiin yhdessä työsaleilla ja kotiaskareissa, mutta vapaalle siirryttyään yhteisön jäsenten toiminnallisuus sekä keskinäinen vuorovaikutus vähenivät. (Mattila 2002, 128, 132, 140.) Yhteisyyttä kuntoutujan ja työntekijän välillä kuvaa myös Yhteisökasvatuksen ekologisen mallin nuoli numero kolme tässä raportissa (kuvio 6, 39). Oli varsin antoisaa havainnoida kolmen kuntoutujan lähtöä yhdessä farkkuostoksille. Mieskuntoutuja tarvitsi farkkuja, ja hänen mukaansa lähtivät ”arviointituomareiksi” kaksi naiskuntoutujaa. Heidän menoansa siivittivät sekä henkilökunnan että vertaisryhmän hyväntahtoiset ja humoristiset kommentit ja evästyksset. (Kenttämuistiinpanot 2.10.2007.)

Vertaisryhmän yhteistoiminnasta hyvä esimerkki on, kun yhteisön jäsenet suunnittelivat yhdessä tuumin illan elokuviin lähtöä. Suunnittelussa oli oleellista keskustella, syödäkö ennen vai jälkeen elokuvan – vai tilataanko pizzat yhteisöön palattua. Yhteisön jäsenet päätyivät kuitenkin syömään ravintolassa, koska ”*onhan se hienompaa*” ja tähän vaihtoehtoon työntekijäjäsenkin kannusti televisiohuoneessa poiketessaan. (Kenttämuistiinpanot 2.10.2007.) Henkilökunta todellakin toimii, kuten kertoo toimivansa: ”... *en minä [Tallinan matkan] järjestelyyn oikein millään tavalla oo osallistunut. [Kuntoutuja], joka tuossa vastapäisessä talossa asuu, niin se tiiviissä yhteydessä on minuun -- jotenkin hyväksyttää asiat mulla, mutta oon antanut hoitaa...*”(TY1/H01).

Työntekijä antaa kuntoutujalle tilaa ja aikaa oppimiseen, jonka hän saa tehdä omalla tyylillään. Työntekijä kannustaa ja innostaa kuntoutujaa tutkimusmatkalle tuntemattomaan, haastaa hänet ongelmien ratkaisujen kautta palkitsevaan oivaltamiseen, perää oppivan kuntoutujan omaa ääntä ja kokemuksia ja hänen niille antamia merkityksiä rohkaisten myös vuoropuheluun. Työntekijä toimii ”*katalysaattorina*” (TY1/H02) kan-

nustaan kuntoutujaa hakemaan seuraa ja tukea vertaisryhmältään. Vertaisryhmän jäsenet ovat kiinnostuneita toisen kuntoutujan voinnista, kannustavat toisiaan, seuraavat toisen onnistumisia, joista saavat itsekin uskoa tulevaan. Vertaiset lohduttavat toisiaan epäonnistumisissa, ja osoittavat ymmärtävänsä, miltä toisesta tuntuu.

8.2 Yhteisöt

Yhteisöjen peruseriaatteet

”Täällä on niin...voi sanoa, että osa on koulussa, osa on ryhmässä, ettei kukaan oo nukkumassa, sanotaan nyt keskellä päivä -- kaikki on touhuamassa jotain -- kun täällä on näitä ryhmiä...on piharyhmä ja vaappuryhmä yhtä aikaa ja sitten juotiin kahvit tuossa ja osa pesi talon ikkunoita -- niin siinä oli ihan semmoinen meiningin tuntu, että kaikki oli hommissa...ei ollu niinku apaattisena jossakin huoneessa istumassa ja oottamassa, että ilta tulee ja saa iltalääkkeit...” (TY1/H02)

Tutkimusyhteisö 1 eli kuntoutumisasumisyksikkö toimii yhtenä portaana kuntoutumisessa kohti kuntoutujan itsenäisempää asumista. Toiminnan periaatteena on antaa tukea ja ohjausta arkipäivän toimintoihin. Kuntoutuksen lähtökohtana on itsenäisen pärjäämisen tukeminen ja vastuullisuuden kehittäminen. Vastuullisuutta pyritään kasvattamaan yhteisen suunnittelun, päätöksenteon, osallistumisen ja erilaisten työtehtävien avulla. Myös sitoutuminen yhteisiin sopimuksiin on tärkeää. Yhteisön sisäistä sosiaalista rakennetta säätelevät yhteisesti sovitut säännöt, joita kaikki ovat sitoutuneet noudattamaan.

Tutkimusyhteisöissä ei ole perinteisistä sairaaloista poiketen kuilua ja vastakkain asettua henkilöstön ja kuntoutujien välillä.

”...me kaikki työntekijät jotenkin ollaan meidän kävijöitten kanssa samalla tasolla, samalla viivalla. Että se ammatillisuus on nimenomaan jossain tuolla takaraivossa, mutta ihan samalla lailla istutaan tuossa kahveepöydän ääressä ja jutellaan niitä näitä ja katellaan lehteä...” (TY2/H07)

"...miten näille ihmisille puhutaan oikein, mikä näitten statusero on suhteessa meihin, niin se -- hämärtyy ja häviää." (TY1/H01)

Yhteisöhoidossa korostuu avoimuus, välittömyys ja aitous. Avoimuus tarkoittaa esimerkiksi avointa kommunikointia kaksisuuntaisesti (dialogisuus), jolloin erityistä huomiota kiinnitetään työntekijöiden kommunikaatioon suhteessa kuntoutujiin. Avoimella kommunikaatiolla pyritään kuntoutuksellisiin päämääriin, jolloin konflikteja otetaan vastaan ja ongelmat myös selvitetään. (Punkanen 2001, 62 – 64.)

"...suisidaalisuusongelmat ja alkoholi-ongelmat, -- jotka on sitten tätä yhteisöä koskettavia ongelmia -- suisidaalisuus on tosi vaikee, koska se herättää niin paljon syyllisyyttä ja -- toisaalta myös vaitiolo-ongelmia, ei kauheen helposti voi yhteisöllisesti keskustellakaan -- outoja juttuja lähtee liikkeelle. Mutta kyllä nekin sitten, jos vaan puhutaan ja realisoidaan, niin sitten niin niistä asioista päästään ohi." (TY1/H03)

Yhteisön normien ja arvojen valvominen on kaikkien yhteisön jäsenten velvollisuus ja sitä vaaditaan myös uusilta tulokkailta. Lisäksi yhteisön toiminnot tai toiminnallinen rakenne erilaisine ryhmineen ja yhteisökokouksineen ehkäisee kuntoutujien yhteisön klikkiytymistä pienryhmiksi ja luomasta yhteisön vastaista alakulttuuria, kirjoittaa Murto (1997, 209).

"...siihen pohja mietittiin siihen että alkoholi ei sovi tähän paikkaan, niin se on hyväksytetty näillä ihmisillä.. se asia, että mitä mieltä nää on nää asukkaat siitä. Se ei oo mikään semmonen ylhäältä päin tullut direktiivi, vaan se on yhdessä päätetty asia." (TY1/H01)

Kaikissa yhteisökasvatuksen sovellutuksissa ovat yhdessä sovitut normit, yhteisön kehityksessä muuttuvat normit, joihin vertaisryhmä sitoutuu, oleellinen osa onnistumisen edellytyksiä. Normit ja vertaisryhmän ryhmänormeihin vaikuttaminen luovat puitteet tavoitteelliselle toiminnalle yhteisössä. Tavoitteiden saavuttamisen keskeinen yhteisöllinen lähtökohta on vertaisryhmän ottaminen mukaan muotoilemaan tavoitteita, suunnittelemaan, päättämään ja toteuttamaan päätöksiä. (Kaipio 1999, 220.)

*”...yhteisökokous on sitten, missä kerrataan näitä juttuja...kun näyttää että menee joku juttu ihan överiks -- niinku pizzan syönti oli yks juttu: tuntu että joka ilta pizza-auto kävi tuossa ja sitten sovittiin, että jokainen syö ainakin omassa asunnossaan... se kun ryhmäpainostus tässä tahtoo olla, kun joku yks sanoo, että tilataan pizza ja yhteisön henki on sitten niin hyvä, että kaikki sitten tilaa pizzaa...pyrittiin siinä sitten siinä suhteessa lan-
nistamaan sitä ryhmähenkee, ettei sitä pizzaa ihan joka ilta sitten tilat-
tas...” (TY1/H02)*

Yhteisöjen struktuurit

Kuntoutusasumisyksikön (TY1) toimintaan yhteisökokous kuuluu joka maanantaiseen ohjelmaan. Kokouksella on valmis runko, jonka mukaan edetään. Yksi kuntoutujista toimii puheenjohtajana ja yhteisön työntekijä sihteerinä. Havainnoimassani yhteisökokouksessa käsiteltiin kuntoutujien risteilymatkan suunnittelua, käytiin läpi yhteisön kuumisia (opiskelija aloittanut, uusi asukas tullut yhteisöön, yhden kuntoutujan umpisuolileikkauksen kokemukset ja vointi, luontoretken palaute sekä tutkijan esittäytyminen) ja jaettiin tulevan viikon vastuutehtävät. Vastuutehtäviä ovat seuraavan maanantain yhteisökokouskahvien keittäjät, sunnuntaiksi kahvitusta varten leipojat, tiistain ruokaryhmäläiset, keskiviikon liikuntaryhmäläiset ja toiminnan sisältö, torstainen alakerran kerran siivous sekä piharyhmän suunnitelma (aidan korjaus). Kokouksen ilmapiiri oli sangen leppoisa, keskustelu kulki tasapuolisesti ja jouhevasti, henkilökunta oli jakautunut ympäri huonetta, eikä ohjannut kokouksen keskustelua, vaan kommentoi ja täsmensi asioita. Kokouksen lopuksi juotiin kahvit toisessa huoneessa. Kahvitelulla jutustelu oli leppoista ja vapaata askarten hoituessa yhteisöllisesti. (Kenttämuistiinpanot 24.9.2007.)

Toisessa tutkimusyhteisössä (TY2) ei yhteisökokouksia säännöllisesti pidetä. Syyskuussa 2007 pidetyssä yhteisökokouksessa oli arvioitu edellisessä kokouksessa (1.6.07) sovittuja sopimuksia, joissa oli pysytty. Kokouksessa oli todettu toimintojen muuttuneen ja oli suunniteltu uuden viikko-ohjelman struktuuria sekä käyty läpi kuntoutuskodin ja vieressä sijaitsevan päiväkeskuksen rooleja ja toimintamalleja. Koska päiväkävijöitä on erilainen määrä päivittäin, niin kokouksille on tulkintani mukaan hankala löytää sopivaa säännöllistä aikaa. Tosin perjantaista, jolloin kävijöitä on enemmän (8-11 kuntoutujaa) ja teemana on tuolloin yhteisöpäivä, kokous voisi paikkansa löytää. Aamukokouksen

nimellä eräänä perjantaina kokoonnuttiinkin lounaalle, jossa kerrottiin yleisiä informaatioasioita (pikkujoulut, joulun ajan aukiolot, henkilökunnan lomat ja menot). Yhteisöllisyys näyttäytyy TY2:ssa enemmänkin henkisenä ilmapiirinä kuin rakenteellisena toimintana, ja tuosta ilmapiiristä havainnointini mukaan pidetään kiinni ja sitä vaalitaan päivittäin. Yhteisön toimintarakenne on vapaa, yhteisön jäsenillä on lupa vain olla.

”Päivää, tervetuloa, kiva kun sä oot täällä -- vähän taputtaa olkapäätä, vähän halata joskus kun itkettää -- tulee semmonen olo, että tänne on tervetullut, täällä hänestä välitetään, täällä on muitakin ihmisiä, ketkä välittää hänestä ja sitten että on muitakin ihmisiä, ketkä on samanlaisessa asemassa.” (TY2/H05)

”...yks perjantai-iltapäivä oli kyllä ihan ihana, kun oli paljon porukkaa tuossa ja juotiin kahveeta ja tota...ne rupes puhumaan, että miten työ jaksatte täällä meijjän kanssa aina olla ... niin melkein tulj kyyneleet silimiin ja sanoin, että työ annatte sitä voimaa...” (TY2/H04)

Sovittuja tekijöitä ei esimerkiksi keittiövuoroihin ole, vaan joku työntekijöistä aloittelee ruoan laittoa ja kuntoutujat tulevat auttamaan joko oma-aloitteisesti tai sitten ”pyynnöstä tai käskystä, riippuen ihmisestä ja siitä miten henkilökunta osaa markkinoida hommia” (TY2/H07). Havainnointipäivieni aikana havaitsin, että ruoka valmistui ajallaan, se oli monipuolista ja maukasta ja mukana laittamassa ruokaa tai kattamassa pöytää oli useampi yhteisön jäsen.

Yhteisöjen ilmapiiri

Yhteisöhoidossa nähdään yhteisten juhlatilaisuuksien merkitys tärkeäksi sekä yksilön että yhteisön identiteetin ja yhteenkuuluvuuden lujittamisessa. Nimi- ja syntymäpäiviä samoin kuin kansallisia juhlapäiviä juhlitaan perinteisin menoin. Juhlia valmistellaan, jolloin ne tarjoavat monia uusia ja haasteellisia tehtäviä tilojen järjestelyineen ja ohjelmineen. Ne tuovat myös vaihtelua ja kohokohtia arkirutiineihin. (Murto 1997, 247.)

”...keitetään se kahvi tuossa pihassa.. se on semmonen isompi oikein häpening ja tapahtuma sinänsä tai sitten, jos se on termoskannussa, niin si-

täkin kahvia kovasti kehutaan aina ja se on aina hirveen hyvää, koska se ulkona maistuu aina niin hyvälle. Ja suluissa on tämmösen rankan -- työn jälkeen kyllä kahvi maistuu...-- tavallaan korostetaan siinä ryhmässä koko ajan sitä yhdessä olemisen ja yhdessä tekemisen tunnelman tärkeyttä.”
(TY1/H03)

Havainnointipäivieni aikana alkoivat pikkujoulujen suunnittelut tutkimusyhteisöissä. Kun kävin tekemässä haastatteluita 3. ja 5.12.07, niin henkilökunnan tiloissa oli Suomi-konvehtipaketteja ja keskusteluissa tuli esiin joulupukille toivetta, jotta tämä toisi yhteisölle lahjaksi karaokelaitteen. Tosin edellä kuvatun kaltainen arjen juhlatilanne on myös merkittävä ilmapiirin, yhteisen kokemuksen ja yhteen kuulumisen tunteen vuoksi.

”...se oli hirmu hieno kommentti, kun Salkkarit alko yhtenä iltana ja vielä viimeinenkin siihen änkesi tuohon kulmasohvaan takapuolensa, että mahtuuko tähän, noh mahtuu kyllä mahtuu ja siinä sitten kökötettiin ja katottiin Salkkareita -- että nyt on koko jengi koossa.” (TY1/H03)

8.3 Yhteiskuntaan sosiaalistuminen

Verkostot

Tutkimuksessani oli mukana kaksi sosiaalista yhteisöä, joten kuntoutujaa ohjataan toimimaan vuorovaikutuksessa toisten henkilöiden, yhteisön ja ympäristönsä kanssa. Vuorovaikutukseen ja toisen henkilön kohtaamiseen kuuluvat kuuntelemaan oppiminen, oman mielipiteen ääneen sanominen, toisten hyväksyminen ja sietäminen sekä oman osallisuuden kokeminen. Tällaisen ohjauksen mahdollistavia forumeita ovat mm. yhteisön erilaiset tilanteet aina vapaamuotoisesta oleilusta veloitettuun yhteisökokoukseen osallistumiseen. Myös erilaiset ohjatut ryhmätilanteet sisältyvät tähän, kuten tutkimukseni piharyhmä ja ruoanlaittoryhmä. Merkityksellisiä yhteisiä hetkiä ovat tutkimusyhteisö 2:n päivittäiset ruokailu- ja kahvihetket, joissa vaihdetaan kuulumisia, jaetaan kokemuksia, informoidaan asioita, kerrotaan kunkin yhteisön jäsenen päivä suunnitelmista jne. Näiden yhdessä vietettyjen fyysisen ja henkisen ”tankkauksen” jälkeen kuntoutuja on taas jaksavampi lähteä ulkomaailmaan toimittamaan asioita, omaan kotiin, päiväkeskuksen ryhmään, työkeskukseen tai minne tahansa. Sosiaalisen kanssakäymisen osa-

aluetta vahvistavat ohjaustilanteet asioinnissa sekä erilaiset yhteiset tapahtumat, kuten pikkujoulut tai retket.

”Niinku Särkänniemen keikkakin -- jaettiin nuista asukkaista, että sä otat selvää, että moneen se on auki ja paljo sinne maksaa liput, että saat nettiä käyttää että... taisin siinä sanoakin, että mä lähen teille sinne kuskiks, että te saatte miettiä, sopikaa keskenänne, missä käyvvään syömässä ja minkä aikataulun teette että minä polen kaasua vaan.” (TY1/H01)

Mielenterveyskuntoutujaa ohjataan myös työn, opiskelujen ja harrastusten suhteen. Molemmissa tutkimusyhteisöissä tämä näyttäytyi kannustamisena, kiinnostuksena, kuinka opinnot tai työt ovat sujuneet jne. Kuntoutujalle suodaan valinnan mahdollisuuksia ja yhdessä etsitään niitä kuntoutujan mielenkiinnon ja jaksamisen mukaan. *”Retkiähän meillä on ja kaikkea virkistystoimintaa -- leffassa käyntiä” (TY1/H01).*

Yhteisöjen suhde yhteiskuntaan

Yhteisöhoidon lähtökohtana on selvän eron tekeminen yhteisön ja ulkomaailman välille (Murto 1997, 208). Kaikille kuntoutujille korostetaan tietoisesti oman yhteisön arvoa ja ainutlaatuisuutta sekä yksilölle itselleen että yhteiskunnalle. *”Oisko tämä yhteisö valmis ottamaan tämän ihmisen tähän -- yhteisön etu on tärkeä juttu, jos siihen pystyy vaikuttaa, että... on semmonen rauha kuntoutua ja päästä näkyväksi ja esille... niin vaalitaan sitä, jos se on mahdollista.” (TY1/H03)* Yhteisön tavoitteet, toimintatavat ja normit tehdään usein selväksi jo ennen uuden jäsenen yhteisöön tuloa ennakkoinformaation ja tutustumiskäynnin yhteydessä:

”Keskustelu käydään ennen kuin tänne taloon muutetaan. Tässä talossa ei juoda ollenkaan, edes pilsneriä. Niin.. jos siitä pääsee kulmiaan kohottamatta tai jotenkin oikeesti -- oivaltaa, että tässä talossa ihan oikeesti on semmosia sääntöjä...” (TY1/H03)

Esimerkiksi huumeiden käyttäjille tarkoitetuissa yhteisöissä tehdään jyrkkä pesäero asukkaiden entisiin rikollis- ja huumeryhmiin, joita kuvataan negatiivisin adjektiivein samaan aikaan, kun uutta yhteisöä ja sen jäseniä keuhutaan ja nostetaan esiin sen positiiv-

visia puolia: ihmisarvoisen elämän mahdollisuutta, rehellisyyttä, toisten auttamista ja tukea sekä turvallisuutta. (Hännikäinen-Uutela 2004; Murto 1997, 208.)

”...kasvattaa yhteiskuntaan, ottamaan vastuun itsestään, kun ei ookaan ihmistä, joka tekee puolesta kaiken -- laittaa sopivasti miettimään, että aattelepas ihan ite, niin se kasvattaa pois siitä lapsen roolista – ja yhteiskunnassa varmasti kohtaa erilaisia ihmisiä, on kivojakin, mutta on niitäkin, jotka ei oo niin kivoja...” (TY1/H02)

Yhteisöhoiton tavoitteena on aluksi sosiaalista kuntoutuja hoitoyhteisöön, jonka jälkeen hänen on mahdollista sosiaalistua myöhemmin myös yhteiskuntaan. Yksilössä tapahtuu kasvua ja muutos: hän oppii käyttäytymään aikuisen ihmisen tavoin. (Hännikäinen-Uutela & Määttä 2004, 4.)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Nykytietämyksen mukaan pitkä sairaalahoito huonontaa mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä, joten hoidon ja tuen toteutuminen sairaalaympäristön ulkopuolella on hoitollisesti perusteltua. Tutkimustieto vahvistaa sen, että mielenterveyskuntoutujien elämänlaatu yleensä paranee, kun heille tarjoutuu mahdollisuus hoitoon ja kuntoutukseen sairaalan ulkopuolella (Marshall, Gray, Lockwood & Green 2003). Aineistossani nousi selkeästi esiin sairaalahoidon jälkeinen toipumisaika, jonka jälkeen uusi alku, uusi elämä tai uusi mahdollisuus kuntoutumisen polulla saattoi alkaa. Nikkosen (1996) tutkimuksen mukaan sairaalan jälkeisen elämäntavan subjektiviteetin keskeisiä tekijöitä ovat leimautumisen pelko, työn ja mielekkään tekemisen puute, uusi oma koti ja tavarat sekä vapaus.

Tärkeää on, miten kuntoutuja kykenee käsittelemään erilaisia elämänsä tilanteita ja selviytymään niistä sekä miten kuntoutuja jaksaa päivittäin tehdä työtä kuntoutumisensa eteen. Koherenssin tunteen vaikutuksesta koettuun hyvään terveyteen, toimintakykyisyyteen, koettujen stressitekijöiden vähäisyyteen, elämään tyytyväisyyteen ja toiminnan hallintaan on saatu tutkimuksellista näyttöä (Peltomaa 2005, 89 – 94; Sohlman 2004, 41). Koherenssin tunnetta voidaan pitää selviytymisvoimavarana, joka vahvistaa selviytymistä elämän haastavista tilanteista ja kuormitustekijöistä. Koherenssin tunne viittaa luottamukseen asioiden myönteisestä etenemisestä ja asioiden hallittavuudesta. Sen on todettu olevan yhteydessä sekä selviytymiseen että elämäntilanteeseen (Järvikoski 1994, 111). Peltomaan (2005, 90) tutkimuksessa voimakkaimmillaan yhteys tuli esiin arjen sujuvuuden, psyykkisen voinnin ja itsensä kehittämisen mahdollisuuden kohdalla, erityisesti tietoisuuteen itsestä.

Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää tietämystä myös siitä, miten kuntoutuja omaksuu asioita eli millainen on hänen oppimistyylinsä. Kuntoutuja voi omaksua asioita kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtia avulla tai yhteistyössä muiden kuntoutujien kanssa (Phillips 1999, 27 – 32). Newmanin (1993) tutkimuksen mukaan kuntoutujilla on ainutlaatuisia oppimisen vahvuuksia ja heikkouksia, jotka voidaan tunnistaa. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli erityisiä tapoja oppia, joita voidaan käyttää hyödyksi toiminnassa ja

kuntoutuksen eri vaiheissa. Johtopäätöksenä voisin sanoa Newmania (1993, 48) mukailen, että kuntoutujat tarvitsevat toisia henkilöitä (vertaisia ja/tai työntekijöitä) ja liikkumisen mahdollisuutta oppimistilanteisiin sekä erilaisia vaihtoehtoja milloin, missä ja miten he oppivat. Näin ollen esimerkiksi erilaiset toiminnalliset ryhmät (esimerkiksi ruoka-, piha- ja vaappuryhmät) ovat oikein tarkoituksenmukaisia oppimiseen.

Oppimistyylin tunnistaminen edellyttää, että hoitaja perehtyy kuntoutujan taustatekijöihin ja keskustelee hänen kanssaan. Tässä on etuna pitkät hoitosuhteet ja keskinäinen tuttuus, kuten useassa yhteydessä aineistoani tuli esille. Työntekijä voi ehdottaa kuntoutujalle vaihtoehtoisia ohjausmenetelmiä ja neuvotella siitä, mikä tuntuisi parhaalta tavalta omaksua asiat. Siihen, miten hyvin hoitaja onnistuu tehtävässään, vaikuttavat hänen valmiutensa ohjata kuntoutujaa. Nordling (2007, 225) suosittaa psykiatrisen kuntoutuksen kehittämiseksi, että jokaisen uuden kuntoutusohjelmaan tulevan kuntoutujan kognitiivisten taitojen ja kykyjen profiili on selvitettävä. Tämä mielestäni tukee oppimistyylin tunnistamista ja sitä, millainen toimintakyky kuntoutujalla on. Sekä oppimistyylin että kognitiivisten taitojen selvittämisen myötä kuntoutujan tavoitteet voidaan asettaa realistisemmiksi, jolloin ylimääräisiltä pettymyksiltä ja epäonnistumisen kokemuksilta vältytään.

Mielenterveyskuntoutus hoitajan työssä on kuntoutujan henkilökohtaisen kuntoutumisprosessin tukemista. Tämän tutkimuksen tuloksena nimitän kuntoutumisprosessia kuntouttavaksi oppimisprosessiksi, joka viittaa vähintään kahden ihmisen, kuntoutujan ja tässä tutkimuksessa hoitajan väliseen dynaamiseen ja rakentavaan vuorovaikutussuhteeseen. Tämän tuloksena kuntoutujan kokonaisvaltainen toimintakyky paranee elämänlaadun parantuessa. Kuntoutustyössä ihmisen jokapäiväisestä elämästä huolehtiminen kuuluu myös kuntoutumisen tukemiseen. Tarpeet lähtevät kuntoutujan kokemusten ja elämän tavoitteiden näkökulmasta. Tutkimusaineistossa selvästi nousi esiin työntekijöiden halu ja tavoite kuulla kuntoutujaa ja tämän itsensä määrittelemiä tarpeita. Vaikkakin kompromisseja tehdään, niin silti tarpeet ovat kuntoutujasta lähtöisin ja tarpeiden mukaan suunnitelma tehdään. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät korostavat kuntoutujan subjektivisuutta, toimijuutta. He korostavat kuntoutujan kehittymismahdollisuuksia, tunnustavat kuntoutujan oikeudet ja aktiivisuuden, ottavat huomioon kuntoutujan persoonallisuuden eri puolet, kohtaavat kuntoutujat yksilöinä ja tunnistavat ympäristön

mahdollisena vaikeuksien aiheuttajana. Työntekijät perään kuuluttavat myös kuntoutujan omaa motivaatiota ja valmiutta kuntoutumistaan kohtaan.

Kuntoutuksen haasteeksi nousevat yksilöllisten, ympäristön huomioon ottavien ja joustavien opetus-, toiminta-, kommunikaatio- ja tukimuotojen kehittäminen ja niiden soveltaminen arjen käytänteisiin (Ladonlahti 2001, 39). Nordling (2007, 224 - 226) antaa väitöskirjassaan suosituksia skitsofreniapotilaiden kuntoutuksen kehittämiseksi. Hänen mukaansa avohoidossa tarvitaan kuntoutusohjausta, kotikuntoutusta, ryhmämuotoisia kuntoutusinterventioita ja tukea antavia yksilöterapiasuhteita, joiden teoreettiset viitekehykset painottuvat kognitiivisen psykoterapian suuntaan. Myös Corrigan (2003, ks. tämän raportin kuvio 2, s. 21) sisällyttää psykiatrisen kuntoutuksen keinoihin kognitiivisen kuntoutuksen ja terapian. Nostan rinnalle kasvatukselliset ja ohjaavat menetelmät, etenkin ohjaavan kuntoutuksen, joka korostaa kokemuksista oppimalla kehittymistä ja tilannekohtaista arkikokemusta, ongelmanratkaisua ja spontaanisuutta (Mattila 2002, 3; ks. myös Ladonlahti 2004, 153). Mielenterveyskuntoutuja ei ole opettamisen kohde, jota hän on ollut sosiaalisen oppimisen mallissa. Mattila (2002, 72 – 73) kritisoi mallia, koska siihen perustuvalla portaittaisella kuntoutuksella on pyritty luomaan sairaalaosastolle kuria ja järjestystä. Sama mielipide nousee esiin myös aineistostani. Malli koetaan enemmin kiristyksenä, mikä kuntouttaa enemmän harmituksen osa-alueita kuin kuntoutusmyönteisyyttä. Tutkimukseeni osallistuneet työntekijät uskovat enemmänkin tasavertaisuuteen. Kuntoutuja on kuntoutumisen ohjauksessa yhteistyökumppani, jonka inhimillinen perusoikeus on kommunikoida ympäristönsä kanssa kokemuksista ja oppia niille annettujen merkitysten kautta (Mattila 2002, 215).

Aikuispsykiatrian kehittämissuunnitelmissa tulisi ottaa huomioon myös yhteisöllisyyden tavoittelu. Esimerkiksi paljon kehitetty palveluohjausjärjestelmää on kritisoitu sen yksilöllisestä tuesta kuntoutujalle, joka helposti tulee riippuvaiseksi viranomaisverkostosta eikä täten integroidu luontevasti yhteiskuntaan tai yhteisöllisiin tukimuotoihin, joissa on mahdollisuus oppia myös sosiaalisia taitoja. Muun muassa Marshall ym. (2003) ovat tehneet katsauksen kansainvälisistä case management – mallia käsittelevistä tutkimuksista. Tulosten mukaan mallin käyttö tukee kuntoutujien pysymistä palvelujen piirissä parantamatta heidän toimintakykyä tai elämänlaatua. Samaan tulokseen päätyivät Björkman, Hansson ja Sandlund (2002) sekä Jorvin sairaalan tutkimusryhmä (Jääskeläinen, Mäntynen, Haavisto, Kurki, Peltola & Røyks 2001) case management – mallin

seurantatutkimuksissaan. Palveluohjausryhmällä oli tutkimusten mukaan huonompi sosiaalinen verkosto ja enemmän oireita kuin kontrolliryhmillä. Ladonlahti (2004) perään kuuluttaa tavallisessa yhteisössä elämistä ja heittää haastetta palvelujärjestelmälle, jonka tehtävä on kehittää yksilöllisiä, joustavia ja luonnollisiin ympäristöihin vietyjä palveluita. Itsenäisen suoriutumisen ja itsenäisen elämisen taitojen sijaan voidaan määritellä ihmisten keskinäistä riippuvuutta, toteaa Ladonlahti (2004, 158) McGeeta mukailleen.

Nojosen (1990) tutkimuksessa kehitettiin rinnakkain sekä yksilöllistä että yhteisöllistä työskentelytapaa. Ilman yhteisöllisen toiminnan jäsentymistä kuntoutujan saama yksilöllinen tuki jää irralliseksi. Yksilölliset vuorovaikutussuhteet jäävät irrallisiksi, ellei niitä tueta yhteisössä yhdessä sovitulla selkeillä toimintamalleilla. Hyvänä esimerkkinä hyviä kuntoutumistuloksia tuottavasta yhteisömallista on kouluttava yhteisö (ks. kuvio 5, 36). Myös Kellyn, McKennan ja Parahoon (2001, 143) mukaan menestyksekkäs mielenterveyskuntoutujan oppimistilanne sisältää interventioita, jotka liittyvät kuntoutujan luonnolliseen toimintaympäristöön ja sisältävät sosiaalisten taitojen harjoittelua ja ympäristön tukea. Sopimusvuori ry:n Tieto ja Taito Elämään -kurssin myötä kuntoutujat pohtivat omaa rooliaan erilaisissa yhteisön vuorovaikutustilanteissa (Pajala 2002). Kurssit voisivat olla omiaan tämän tutkimuksen yhteisöissä, sillä kuntoutujan kuntoutumisen ja oppimisen kannalta tärkein työ tehdään hänen omassa yhteisössään. Työntekijän tukemana kuntoutuja oppii niitä arkielämän taitoja, joita hän tarvitsee selviytyäkseen. Yhteisöissä tehtävän perustyön lisäksi systemaattinen arjessa tarvittavien taitojen ja tietojen opettaminen kurssimuotoisena kokonaisuutena tukee yhteisöjen perustoimintaa (Pajala 2002). Myös Dewey painottaa yhteisön ja ympäristön merkitystä oppimisessa. Koska ihmisen ympäristö on perin pohjin sosiaalinen, kasvattavan vuorovaikutuksen perusmuoto on yhteisöllisiin käytäntöihin osallistuminen. Sosiaalinen ympäristö on Deweyn mukaan kasvattava silloin, kun yksilö ottaa emotionaalisesti omakseen sen päämäärät ja oppii sen edellyttämät perustiedot ja taidot. (Kivinen & Ristelä, 2003, 10 – 11.) Kaikki se edellyttää kommunikaatiota ja kokemusten jakamista, mitä molemmissa tutkimusyhteisöissä esiintyi. Työntekijät edistävät kuntoutujien merkityksellisyyden kokemuksia sekä yksilöllisten että ryhmätoimintojen avulla.

Jatkotutkimushaasteet

Vastaan Mattilan (2002, 105) kysymykseen pitääkö suutarin pysyä lestissään: Ei pidä, vaan kasvatustieteilijöiden tulee tutkia psykiatrasta kuntoutusta, sillä ohjauksen suhde on läheinen psykiatriseen hoitotyöhön ja mielenterveyskuntoutukseen. Kasvatus ja ohjaus kuuluvat myös hoito- ja kuntoutustyötä tekevien alueeseen, eikä vain kouluttajille ja varsinaisesti kasvatusalan ammattilaisille. Ohjauksen tunnistaminen ja tiedostaminen asettaa haasteita hoito- ja kuntoutustyön perus- ja täydennyskoulutukselle. Koulutuksessa tulisi korostaa ohjauksen merkitystä, pohtia ohjauksen keskeisiä ominaispiirteitä, antaa välineitä ohjausta koskevan tutkimustiedon käyttöön, ohjausmateriaalien tuottamiseen ja vuorovaikutussuhteiden luomiseen.

Skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien kyky toimintaan on vaihtelevaa, mutta osalla heistä on edellytyksiä vaativaankin työntekoon. Kuntoutuksen turvin yhä useampi kuntoutuja voi saavuttaa tavoitteensa esimerkiksi työssä käynnin tai opiskelun suhteen. Näillä kuntoutujilla on kuitenkin usein muistin ja oppimiskyvyn heikkoutta, joka vaatii erityisopetuksen menetelmien käyttöä. Näin ollen olisi hyvä tutkia ja kehittää yhteistoiminnassa ammatillisten oppilaitosten kanssa työelämässä tarvittavien perusvalmiuksien kuntoutusta sekä sovellettua ammattiopetusta. Newman (1993, 14) raportoi tutkimuksessaan, että yritys löytää aikaisempaa tutkimusta pitkäaikaissairaiden kuntoutujien oppimistyyleistä osoittautui hyödyttömäksi, joten tästäkin syystä ehdotan jatkotutkimusaiheeksi mielenterveyskuntoutujien oppimistyylien tutkimista. Näin oppimisen näkökulma voidaan liittää osaksi kuntoutumisprosessia ja psykiatrisen kuntoutuksen käytänteitä, jolloin kuntouttava oppimisprosessi mahdollistuu ja mielenterveyskuntoutuja opitaan näkemään ja kohtaamaan oppivana kuntoutujana.

Psykiatrisessa avohoidossa ei ole tehty tutkimuksia yhteisohoidon näkökulmasta, joten myös sen aiheen esitän jatkotutkimushaasteeksi. Yhteisöllisyyttä tavoittelevien kuntoutumiskotien keskinäisen yhteistyön, vertaistuen ja verkostotyön selvittäminen etnografisena tutkimuksena voisi johtaa kuntoutujien nykyistä parempaan yhteiskuntaan kiinnittymiseen. Yhteisöllisyyden näkökulmasta on tärkeää tutkia myös yhteistoiminnallista oppimista ja sitä kautta dialogisuutta sekä sen vaikuttavuutta merkityksellisissä oppimiskokemuksissa.

Lähteet

- Aittola, T. 1998. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Teoksessa P. Sallila, & T. Vaherva (toim.) Arkipäivän oppiminen. Aikuiskasvatuksen 39. vuosikerta. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy, 59 - 89.
- Aittola, T., Koikkalainen, R. & Vaherva, T. 1997. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 6.
- Alanen, Y. O. 2003. Mielenterveystutkimuksen kehitys Suomessa: Kappale historiaa. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino, 14 – 21.
- Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. 1990. Psychiatric rehabilitation. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston: Boston University.
- Antikainen, A. 1996. Merkittävät oppimiskokemukset ja valtautuminen. Teoksessa A. Antikainen & H. Huotelin (toim.) Oppiminen ja elämänhistoria. Aikuiskasvatuksen 37. vuosikirja. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu, 251 – 295.
- Antikainen, A. 1998. Kasvatus, elämänkulku ja yhteiskunta. Porvoo: WSOY.
- Antonovsky, A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 36 (6), 725 – 733.
- Anttinen, E. & Ojanen, M. 1984. Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemuksen ja tutkimuksen perusteella. Tampere: Lege Artis Oy.
- Arnkil, T.E. & Seikkula, J. 2004. Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 193 - 207.
- Bandura, A. 1999. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Teoksessa A. Bandura (toim.) Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press, 1 – 45.
- Berg, L. 1999. Miksi henkilö joka kärsii skitsofreniasta vammautuu ja mitä voisi tehdä auttaakseen? *Labyrintti* 4/99.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus.

- Björkman, T., Hansson, L. & Sandlund, M. 2002. Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 37, 147 – 152.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. 1998. *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. 3. painos. Boston: Allyn & Bacon.
- Bond, T. 2000. *Standards and ethics for counselling in action*. London: Sage publications.
- Corrigan, P.W. 2003. Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26 (4), 346 – 358.
- Deegan, P. 1992. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15 (3), 3 – 19.
- Deegan, P. 2001. *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. Teoksessa L. Spaniol, C. Gagne & M. Koehler (toim.) *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston: Boston University, 92 – 98.
- Dohmen, G. 1996. *Lifelong learning – guidelines for a modern education policy*. Bonn: Federal Ministry of Education, Science, Research and Technology.
- Elf, M. & Wikblad, K. 2001. Satisfaction with information and quality of life in patients undergoing chemotherapy for cancer. *Journal of Advance Nursing* 24 (5), 351 - 356.
- Erityisryhmien liikunta 2000 –toimikunnan mietintö. Komissionen för specialgruppers motion och idrott år 2000. Komiteamietintö 1996:15. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Feldt, T. 2000. *Sense of coherence: structure, stability and health promoting role in working life*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmila, M. 2005. *Pienyhteisön tutkimisen eettiset ongelmat. Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset*. Kutsuseminaari 2.5.2005. Stakes, työpapereita 4.
- Holopainen, A. 2000. Teoriat ja psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen (toim.) *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Porvoo: WSOY, 136 - 151.

- Hännikäinen-Uutela, A-L. 2004. Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 252. Elektroninen aineisto.
<http://dissertations.jyu.fi/studeduc/9513919323.pdf>. Tulostettu 12.10.2006.
- Hännikäinen-Uutela, A-L. & Määttä, P. 2004. Yhteisökasvatuksen mahdollisuudet narkomaanien kuntoutuksessa.
http://www.jyvaskylankoulutuskeskus.fi/YY/artikkelit/2004_4_yk_narkomaani.php. Tulostettu 25.4.2008.
- Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 1995a. Elämäntilanne ja kuntoutus. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Juva: WSOY, 161 – 173.
- Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 1995b. Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Juva: WSOY, 128 – 160.
- Isohanni, M. 1986. *Työ- ja hoitoyhteisö*. Juva: WSOY.
- Isohanni, M. 1998. Psykiatrian erilaiset teoreettiset mallit ja lähestymistavat. Teoksessa U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni & P. Hakola (toim.) *Psykiatria*. Juva: WSOY, 20 - 24.
- Johansson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosite 3 –projektin loppuraportti 2003 – 2006. Lahti: Esa Print Oy.
- Jorgensen, D.L. 1989. *Participant observation: A methodology for human studies*. USA: Sage.
- Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämäntilanteeseen? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2*. Jyväskylä: PS-kustannus, 246 – 257.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995a. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Juva: WSOY, 49 - 92.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. *Tutkimustyön metodeista*. Tampere: Opinpajan Kirja.

- Jääskeläinen, I.P., Mäntynen, M., Haavisto, M., Kurki, M., Peltola, E. & Røyks, R. 2001. Case management –toiminnan integrointi osaksi Jorvin psykiatrista kuntoutusta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kaipio, K. 1999. Kasvattava yhteisö. Jyväskylän Koulutuskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kaipio, K. & Murto, K. 1996. Toimiva yhteisö. 4. painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Kakkuri, I. 2001. Lukemisen ja kirjoittamisen ongelmat elinikäisessä oppimisessa. Teoksessa T. Ladonlahti & R. Pirttimaa (toim.) Erityispedagogiikka ja aikuisuus. Helsinki: Palmenia-kustannus, 123 – 156.
- Karlsen B. 1997. Hospital nurses' perceptions of patient teaching. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11 (2), 97–102.
- Kelly, S., McKenna, H. & Parahoo, K. 2001. The relationship between involvement in activities and quality of life for people with severe and enduring mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 139 – 146.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kivinen, O. & Ristelä, P. 2003. Pragmatistisia näkökulmia konstruktivistisiin oppimiskäsityksiin. *Psykologia* 1, 4 – 11.
- Kivinen, R., Latikka, A-M. & Oja-Koski, R. 1994. Ihminen, tavoitteet ja toiminta. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu A:26.
- Koivisto, K., Janhonen, S., Latvala, E. & Väisänen, L. 2001. Applying ethical guidelines in nursing research on people with mental illness. *Nursing Ethics* 8 (4), 328 – 339.
- Kolb, D.A. 1984. *Experimental learning: Experience as the source of learning and development*. Englewoods Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Korkeila, J. 2000. *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: Stakes, Themes 6.
- Koskisuu, J. 2003. *Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry ja Edita Publishing Oy.
- Koskisuu, J. 2004. *Eri teitä perille – Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita.
- Kramer, P. J. & Gagne, C. 2001. Barriers to recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. Teoksessa L. Spaniol, C. Gagne & M. Koehler. *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Center of Psychiatric Rehabilitation.

- tion. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston: Boston University, 467 – 476.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (1), 10-15.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4-13.
- Ladonlahti, T. 2001. Oppimisen merkitys ja mahdollisuudet yhteisöön tukemisessa. Teoksessa T. Ladonlahti & R. Pirttimaa (toim.) *Erityispedagogiikka ja aikuisuus*. Helsinki: Palmenia-kustannus, 17 – 41.
- Ladonlahti, T. 2004. Haasteita palvelujärjestelmälle. Kehitysvammaiseksi luokiteltu henkilö psykiatrisessa sairaalassa. *Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research* 255.
- Lahti, P. 1995. *Mielenterveyden menu*. Porvoo: WSOY.
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. 1999. (toim.) *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES.
- Lappalainen, S. 2007. Johdanto. Mikä ihmeen etnografia? Teoksessa S. Lappalainen, P. Hynninen, T. Kankkunen, E. Lahelma & T. Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tampere: Vastapaino, 9 - 14.
- Latikka, A-M. 1997. Tilaa mielenterveydelle – Mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Väestö, ympäristö ja elinolot -yksikön, Yhdyskuntasuunnittelun sosiaaliset ja terveydelliset kytkennät –ryhmä ja Palvelut ja laatu –yksikön mielenterveysryhmä. *Stakes* 8.
- Lave, J. & Wenger, E. 1991. *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. *Mielenterveystyö Euroopassa*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17.
- Lehtinen, U. 2001. Ammatillisuus ja käyttäjakeskeisyys aikuiskasvatuksessa. Teoksessa T. Ladonlahti & R. Pirttimaa (toim.) *Erityispedagogiikka ja aikuisuus*. Helsinki: Palmenia-kustannus, 43 – 70.
- Lehtonen, H. 1990. *Yhteisö*. Jyväskylä: Vastapaino.
- Lähteenlahti, Y. 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 173 – 185.

- Lönnqvist, J. 2003. Mielenterveys suojelukohteena. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino, 80 –86.
- Malinen, A. 2000. Towards the essence of adult experimental learning. Jyväskylä: SoPhi.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. 2003. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Library, Issue 4. Wiley, Chichester.
- Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoitotai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylän Koulutuskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Narumo, R. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? – Ohjaava ote mielenterveystyössä. Pori: Kehitys Oy.
- Newman, M. K. 1993. Identification and analysis of learning preferences of mentally ill adults in rehabilitative psychosocial therapy at the Anderson Mental Health Center. Theory and Methods of Adult Education. Nova University.
- Nikkonen, M. 1996. Piiriltä siviiliin: etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Acta Universitatis Ouluensis nro 381.
- Nikkonen, M. 1998. Etnografinen malli. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 136 – 151.
- Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2001. Hoitokulttuuritutkimuksesta: Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 44 - 80.
- Nojonen, Kaija. 1990. Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. Acta Universitatis Tamperiensis. Ser. A; 283.
- Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Acta Electronica Universitatis Tamperiensis 639.
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7024-0.pdf>. Tulostettu 3.2.2008.

- Ojanen, M. 1980. Yhteisöllisen hoidon lähestymistavat, teorit ja menetelmät. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 115.
- Ojanen, M. & Sariola, E. 1996. Skitsofrenia tie paranemiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava
- Ojanen, S. 1990. Ohjausprosessi opettajankoulutuksessa. Helsingin yliopisto. Lahden koulutus- ja tutkimuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja 5.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Palmenia-kustannus.
- Onnismaa, J. 1998. Aikuisten ohjaus auttamiskäytäntönä. Helsinki: Opetushallitus.
- Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar T. (toim.) 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Helsinki: WS Bookwell.
- Onnismaa, J. 2007. Aikuisten ohjauksen etiikka. Luento 10.12.2007. Helsinki: Haaga-Helia.
- Pajala, H. 2002. Kokemuksia oppimisesta ja opetusmenetelmistä mielenterveyskuntoutujien koulutuskursseilta Sopimusvuori ry:ssä. Tampereen ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Patton, M. Q. 2002. Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks: Sage.
- Peltomaa, M. 2005. Kuntoutumisvalmius – tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 49.
- Peltonen, H. 1995. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. Helsinki: Kirjayhtymä Oy
- Phillips LD. 1999. Patient education. Understanding the process to maximize time and outcomes. *Journal of Intravenous Nursing* 22 (1), 19–35.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino.
- Raitasalo, R. 1996. Aaron Antonovskyn ”salutogeeninen malli” ja elämänhallinta. Teoksessa R. Raitasalo (toim.) Elämänhallintaa etsimässä. Helsinki: Kelan omatarvepaino, 57 – 73.
- Rauhala, L. 1997. Psykoterapia ja subjektiivinen maailmankuva. Teoksessa J. Ihanus (toim.) Psykoterapiat eilen ja tänään. Helsinki: Yliopistopaino, 11-25.
- Raunio K., 2000. Sosiaalityö murroksessa. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Yliopistokustannus.

- Repo-Kaarento, S. 2007. Innostu ryhmästä. Miten ohjata oppivaa yhteisöä. Vantaa: Dark Oy.
- Riikonen, E. 2000. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet, kuntoutuminen. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Jyväskylä: PS-Kustannus, 41 – 56.
- Riikonen, E. & Järvikoski, A. 2001. Mielenterveysongelmat. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 162 – 172.
- Salonen, K. 1998. Mielenterveys – kriisit – sairaus. Teoksessa T. Munnukka (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1998. Mielenterveys. Tampere: Tammer-Paino, 69 - 73.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Spangar, T. 2000. Ohjaajan ja asiakkaan kohtaaminen “sisältä ulos”. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2: Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-kustannus, 14 – 23.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes tutkimuksia 137. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Suikkanen, A. & Lindh, J. 2001. Kuntoutus kehossa – keho kuntoutuksessa. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 42 – 54.
- Suominen, S. 2002. Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielenterveys-työssä. Kokemäki: Satakunnan Painotuote Oy
- Syrjäläinen, E. 1994. Etnografinen opetuksen tutkimus: kouluetnografia. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1. – 3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä, 67 - 112.
- Taipale, V. 1993. Lasten mielenterveystyö. Juva: WSOY.
- Teini, P. 1994. Luontoliikunnan käyttö laitoksessa. kokemuksia psykiatrisen sairaalan luontoliikuntakokeilusta Harjavallan sairaalassa vuosina 1992 – 1993. Suomen Mielenterveysseura ry. SMS-Tuotanto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja. Kasvatus 22, 387 – 398.

- Tynjälä, P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktiivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Työnjakoa ja rasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/04/pr1080888826849/passthru.pdf> Tulostettu 20.5.2004. Tarkistettu 1.3.2008.
- Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WS Bookwell Oy.
- Virsu, V. & Haapasalo, S. 2001. Oppiminen ja aivojen muovautuvuus kuntoutumisen lähtökohtina. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 72 – 85.
- Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys. Teoksessa R. Saarelainen, E. Stengård & A. Vuori-Kemilä (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY, 11 - 21.
- Vuorinen, K. 2005. Etnografia. Teoksessa S. Ovaska, A. Aula & P. Majaranta (toim.) Käytettävyytutkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto: Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 63-78.
- Wenger, E. 1998. Communities of practice, learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press.
- Westby, C.E. 1990. Ethnographic interviewing: Asking the right questions to the right people in the right ways. Journal of Childhood Communication Disorders 13 (1), 101 - 111.
- WHO 1992. ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Young, S. L. & Ensing, D. S. 1999. Exploring recovery from perspective of people with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal 22 (3), 219 – 231.

Liite 1.

TUTKIMUSSOPIMUS

Kasvatustieteiden yo Katja Pihlaja (xxxxxx-xxxx) Jyväskylän yliopistosta tutkii pro gradu – tutkielmassaan kasvatuksellisia menetelmiä mielenterveyskuntoutujan arkielämän oppimisen tukemisessa. Tutkimuksen ohjaajana toimii professori Paula Määttä Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitokselta (erityispedagogiikka).

Katja Pihlaja seuraa yhteisön toimintaa, osallistuu erilaisiin yhteisön tapahtumiin, haastattelee henkilökuntaa sekä käyttää tutkimusaineistona myös erilaisia kirjallisia dokumentteja. Haastattelut tutkija nauhoittaa ja litteroi kirjalliseen muotoon. Havainnoinnista hän tekee kenttämuistiinpanoja.

Aineiston tutkija käsittelee luottamuksellisesti. Nauhoitteet, litteroinnit ja muistiinpanot jäävät tutkijan käyttöön. Tutkija huolehtii aineiston tuhoamisesta heinäkuussa 2008.

Tutkimuksesta ei saa olla haittaa tutkittaville henkilöille eikä tutkimusyksikölle. Tutkittavilla ja tutkimusyhteisön jäsenillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja kieltää häntä koskevan aineiston käyttö. Tutkimukseen osallistuvan yhteisön jäsenten henkilöllisyys tulee säilymään anonyymiteettina, ja tutkija noudattaa salassapitoa koskevia määräyksiä.

_____ssä _____kuun _____päivänä 2007

Yhteisön edustajan allekirjoitus:

Tutkijan allekirjoitus:

nimen selvennys ja virka-asema

Katja Pihlaja
 katuosoite
 postinumero postitoimipaikka
 matkapuhelinnumero
kanapihl@cc.jyu.fi

Liite 2 Aineiston keruu

pvm & klo	paikka	mitä tein	aineisto
ma 27.9.2007 10–11.30 (1,5h)	Tutki- musyh- teisö 1 (= TY1)	I tapaaminen vastaava hoita- jan kanssa; lopussa mukana toinenkin hoitaja	Muistiinpanot: keskustelua toimin- nan sisällöstä, paikan toiminnan historiasta yms., viikko-ohjelma; esite
to 13.9.2007 klo 11-15 (4h)	TY1	"Tulla tutuksi" asukkaiden & henkilökunnan kanssa alakerran siivouksen & piha- ryhmän havainnoiminen; fyysisen ympäristön kartoit- taminen	Kenttämuistiinpanot & vapaamuotoiset kes- kustelut henkilökun- nan ja asukkaiden kanssa
pe 21.9.2007 klo 12 – 14 (2h)	Tutki- musyh- teisö 2 (= TY2)	I tapaaminen; mukana kun- toutumiskodin neljä työnteki- jää; lopuksi kahvit, jossa län- nä kuntoutujiakin	Muistiinpanot; keskustelua toimin- nan sisällöstä, paikan toiminnan historiasta yms.
ma 24.9.2007 klo 10 – 15 (5 h)	TY1	Keskusteluja hoitajan (H02) kanssa; keskustelua asukkai- den kanssa; yhteisökokouk- sen valmistelun havainnoi- minen & yhteisökokoukseen osallistuminen & havainnoi- minen	Kenttämuistiinpanot & vapaamuotoiset kes- kustelut henkilökun- nan ja asukkaiden kanssa.
ti 2.10.2007 klo 11 – 15 (4 h)	TY1	Ruokaryhmän havainnoimi- nen; "telkkarihuoneessa" havain- noiden asukkaiden keskus- teluja (keskenään, hoitajan opiskelijan kanssa)	Kenttämuistiinpanot & vapaamuotoiset kes- kustelut henkilökun- nan ja asukkaiden kanssa.
ke 31.10.2007 klo 10-11 (1 h)	TY1	Keskustelua kansliassa (kaksi hoitajaa & opiskelija)	Kenttämuistiinpanot; vapaamuotoinen kes- kustelu asukkaan va- litsemisesta yksik- köön
11 - 12.30 (1,5 h)		Haastattelu TY1/H03/I Keskustelua	Nauhoite 70 min -> litteroitu teksti 17 s. vapaamuotoinen kes- kustelu <i>jatkuu...</i>

ti 6.11.2007 klo 16.30 – 18 (1,5 h)	TY1	Haastattelu TY1/H02/I	Nauhoite 57 min -> litteroitu teksti 22 s.
pe 9.11.2007 klo 8 – 14 (6 h)	TY2	Yhteisön toiminnan havainnointi: asukkaiden keskusteluja (keskenään, hoitajien & sairaala-apulaisen kanssa) Henkilökunnan välinen keskustelu. Spontaanit keskustelut. Ruokailuihin osallistuminen.	Kenttämuistiinpanot vapaamuotoiset keskustelut henkilökunnan ja asukkaiden kanssa.
pe 16.11.2007 klo 8 – 14 (6 h)	TY2	Yhteisön toiminnan havainnointi asukkaiden keskusteluja (keskenään, hoitajien, sairaala-apulaisen & opiskelijan kanssa) Henkilökunnan välinen keskustelu. Spontaanit keskustelut. Aamukokous Ruokailuihin osallistuminen	Kenttämuistiinpanot vapaamuotoiset keskustelut henkilökunnan ja asukkaiden kanssa.
ma 3.12.2007	TY1	Haastattelu TY1/H01/I	Nauhoite 57 min -> litteroitu teksti 19 s.
ke 5.12.2007	TY1	Haastattelu TY1/H03/II Haastattelu TY1/H02/II	Nauhoite 59 min -> litteroitu teksti 13 s. Nauhoite 40 min -> litteroitu teksti 14 s.
to 24.1.2008 klo 8 – 16 (8 h)	TY2	Kuntoutuksen palaveri Yhteisössä oleilua Havainnointia kotikäynneillä x 2	Kenttämuistiinpanot Vapaamuotoiset keskustelut
ti 29.1.2008 klo 8 – 16 (8 h) 48, 5 h	TY2	Ryhmäkeskustelu TY2/I Havainnointia kotikäynneillä x 3	Nauhoite 1 h 19 min -> litteroitu teksti 32 sivua Kenttämuistiinpanot Vapaamuotoiset keskustelut

Liite 3 Aineiston luokittelu

	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
TUTKIMUSKYSYMYS 1	<p>suhtautuminen epäonnistumisiin ja onnistumisiin sekä palautteeseen turvallisuuden ja hallinnan tunteet, kokemukset</p> <p>mielenterveyshäiriön laatu rohkeus, häpeä, nolous, katkeruus; arkuus, epävarmuus itsen hyväksyminen hyväksytyksi tuleminen rooli perheessä, potilaana, kuntoutujana</p> <p>elämäntilanne; sairauden aiheuttamat rajoitukset; toipuminen, kuntoutuminen; oireenhallinta, tuen vastaanottaminen</p>	<p>tunteet, kokemukset & käsitykset itsestä</p> <p>kuntoutumisprosessi</p>	<p>Työntekijöiden kuva kuntoutujasta</p>	<p>Aikuinen mielenterveyskuntoutuja oppivana kuntoutujana</p>
	<p>muisti keskittymiskyky oppimistaidot kyky tehdä valintoja ja päätöksiä aloitekyky sairauden vaikutus; lääkitys; päihitteet</p>	<p>kognitiiviset taidot</p>		
	<p>elämäntilanteen ja toimintakyvyn kartoitus; oireenhallinta & voimavarat</p> <p>kuntoutujan näkökulma vuorokausirytmii</p> <p>struktuurit nuoret kuntoutujat</p>	<p>kotikuntoutus</p>	<p>Kuntoutujan toimintakyky</p>	
	<p>taloudellinen tilanne; etuudet, tuet & oikeudet köyhyys velkaantuminen edunvalvonta</p>	<p>ekonominen status</p>		

	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄ- LUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
TUTKIMUSKYSYMYKS 2	sisäinen kasvu ja kehitys selviytyminen sairauden kanssa; psyykkinen vointi kokemukset avun ja tuen tarve motivaatio, vastuunotto turvallisuuden tunne oppimiskyky	intrapsyykkiset asiat	Arkeen sisältyy monenlaisia	Kuntoutuksen ohjaaminen arjessa
	selviytyminen arjen askareista (ruoka, siivous, hygienia, asiointi jne.) vrk- ja päivärhythmi toimintakyky	arjen asiat		
	painonhallinta, liikunta ravinto, somaattiset sairaudet	fyysinen vointi		
	vuorovaikutus osallisuus kyky tulla toimeen sosiaaliset suhteet asioiminen yms. toiminta	sosiaaliset (interpersoonalliset) asiat		
	valinnan mahdollisuudet kannustaminen, kiinnostus	opiskelu-, työ- ja harrasteet		
	velvoittaminen vastuuttaminen sääntöjen noudattaminen	supervision = kontrolloiva ohjaus		
	hoitaminen, ohjeiden antaminen huomioiminen opettaminen, valistaminen suostuttelemine	guidance = opettava ohjaus		
	selkiyttäminen kuunteleminen kunnioittaminen rohkaiseminen tukeminen yhteistyö samaistuminen vastuun ottaminen voimavaraohjaus	counselling = kokemusperäinen ohjaus		
	jaettu asiantuntijuus vastuun antaminen oikea-aikaisuus toiminnallisuus, aktiivisuus & subjektiivinen kokemine	toimiva ohjaussuhde		

	ALALUOKAT	YLÄ- LUOKAT	PÄÄ-LUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
TUTKIMUSKYSYMYKS 3	luottamus turvallisuus hyväksytyksi tuleminen huomatuksi tuleminen kuulluksi tuleminen vastuunotto asioiden, kokemusten ja tunteiden jakaminen oppiminen työntekijät; vertaisryhmä	yksilön sosiaalinen identiteetti osallisuus samaistuminen	Yksilöt yhteisöissä	Yhteisön ja vertaisryhmän merkitys kuntoutujan oppimiselle ja kuntoutumiselle
	inhimillisyys sallivuuus tasavertaisuus demokraattisuus yhteiset säännöt ja sopimukset yhteisvastuu	yhteisöjen peruseriaatteen	Yhteisöt	
	kodinomaisuus elämisen meininki arkisuus oleilu yhteen kuuluvuus yhdessä tekeminen yhteiset hetket: ruokailut, juhlat, retket	yhteisöjen ilmapiiri		
	yhteisökokoukset tehtävien jako päivä- ja viikko-ohjelma yhteisöt yhteisön sisällä jäsenten homogeenisuus ja heterogeenisuus haasteet & ongelmat ryhmytyminen	yhteisöjen rakenteet verkostot		
	omaiset & läheiset viranomaiset opiskelu- ja työmahdollisuudet harrastukset osallisuus	yhteisöjen suhteet yhteiskuntaan	Yhteiskuntaan soisaalistuminen	