

Marjo Peltomaa

KUNTOUTUMISVALMIUS
TARPEENMUKAISEN
MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN
SUUNNITTELUN PERUSTANA

Lisensiaatintutkimus

Ammatillinen lisensiaatinkoulutus

Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala/

sosiaalityö

kevät 2005

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Mielenterveyskuntoutus.....	4
2.2 Hoito- ja kuntoutus mielenterveystyössä.....	10
2.3 Kuntoutumisvalmius.....	14
2.4 Kuntoutumisvalmiuden rakentuminen.....	20
2.4.1 Kuntoutuja kuntoutumisprosessissa.....	20
2.4.2 Vuorovaikutteiset hoito- ja kuntoutustilanteet	26
2.4.3 Toimintaympäristön merkitys kuntoutumisen mahdollisuuksien luojana ...	31
3 KUNTOUTUMISVALMIUS EVALUAATIOTUTKIMUKSEN KOHTEENA	38
3.1 Realistinen arviointitutkimus	38
3.2 Kuntoutumisvalmius realistisen arviointitutkimuksen kohteena	44
3.3 Tutkimuksen tavoite ja kyselylomakkeen laatimisen prosessi.....	46
3.4 Kyselyaineiston keruu ja analyysi	53
4 TUTKIMUSTULOKSET.....	55
4.1 Kyselyaineisto	55
4.2 Kyselyaineistosta muotoutuva kuntoutumisvalmiuden käsite	57
4.3 Kuntoutujan elämäntilanteessa kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat mekanismit..	60
4.3.1 Sosiaalinen tuki.....	60
4.3.2 Kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio.....	67
4.3.3 Koherenssin tunne.....	72
4.3.4 Kuntoutujan elämäntilanteen merkitys	77
4.4 Hoito- ja kuntoutustilanteiden merkitys kuntoutumisvalmiudessa	85

4.5 Toimintaympäristö kuntoutumisen kontekstina	96
4.5.1 Toimintaympäristön mekanismit	96
4.5.2 Mielenterveyspalveluiden rakennemuutoksen realisoituminen kuntoutujien kokemuksissa	106
5 POHDINTA.....	111

LÄHTEET

LIITE

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Sheetsin malli psyykkisten sairauksien seurauksista.....	13
Taulukko 2. Kuntoutujan arkikokemuksesta sekä kuntoutustutkimuksesta ja tutkijan kokemuksellisista jäsenyyksistä lähtevät kuntoutumista tukevat tekijät kuntoutujan tilanteessa, hoito- ja kuntoutustilanteissa sekä toimintaympäristössä	49
Taulukko 3. Mielenterveyspalveluiden käyttöaika	56
Taulukko 4. Sairaalahoitokertojen määrä.....	56
Taulukko 5. Kuntoutumisvalmiuden osatekijät bostonilaisessa mallissa sekä aineistosta muotoutuvissa 5- ja 6-faktorimalleissa	59
Taulukko 6. Kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen vaikuttavat mekanismit	113

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Kuntoutumisvalmius ja sen rakentumiseen vaikuttavat tekijät.....	19
Kuvio 2. Realistisen vaikuttavuuden kehä	43
Kuvio 3. Kuntoutumisvalmiuden operationalisoimisen prosessi tässä tutkimuksessa	47
Kuvio 4. Kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat mekanismit kuntoutujan, tilannesidonnaisen toiminnan ja puitteiden tasolla sekä yhteiskunnallisen tilanteen luoma konteksti....	51

Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana

TEKIJÄ: Marjo Peltomaa

Koulutusohjelma/oppiaine: Ammatillinen lisensiaatinkoulutus, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala/sosiaalityö

Työn laji: Lisensiaatintutkimus

Sivumäärä: 120 (11)

Vuosi: kevät 2005

Tiivistelmä:

Tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutumisvalmiuden käsitettä ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä sosiaalityön näkökulmasta, jossa lähtökohtana on ihminen elämäntilanteessaan, ja jossa keskeistä on vuorovaikutuksellisuus ja ihmisen suhde ympäristöönsä. Tutkimuksessa kehitettiin kyselylomake kuntoutumisvalmiuden ja siihen vaikuttavien tekijöiden tutkimiseksi. Tarkoituksena oli tuottaa työväline käytettäväksi kokonaisvaltaisen ja tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelussa.

Tutkimus on luonteeltaan osin kvalitatiivinen osin kvantitatiivinen. Realistisen arviointitutkimuksen periaatteita soveltaen selvitettiin kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavia mekanismeja ja laadittiin niiden pohjalta kyselylomake. Kyselylomake on muotoutunut sirkulaarisissa vuorovaikutusprosesseissa kuntoutujien kanssa. Prosessin tuloksena muotoutunut kyselylomake antoi tietoa kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavista mekanismeista kuntoutujan tilanteessa, hoito- ja kuntoutustilanteissa sekä toimintaympäristön tasolla. Kysely toteutettiin Mielenterveyden keskusliiton järjestämällä opintopäivillä ja kyselyyn vastasi 93 kuntoutujaa.

Kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat monet kuntoutujan elämäntilanteen tekijät, kuten sosiaalinen tuki, arjen mielekkyys, perhe- ja asuinolosuhteet, mielekkään toiminnan mahdollisuudet, fyysinen hyvinvointi, elämäntilanteen kuormittavuus ja koherenssin tunne. Tämän johdosta mielenterveystyön tulisi olla kokonaisvaltaista, eikä keskittyä pelkästään psyykkiseen oireiluun.

Kuntoutujan oman asiantuntijuuden kunnioittaminen ja muutokseen rohkaiseva työote ovat kuntoutumisvalmiuden kannalta erityisen merkittäviä tekijöitä. Hoidon ja kuntoutuksen tilanteenmukainen joustavuus ja vuorovaikutuksen voimavarakeskeisyys ovat myös merkityksellisiä kuntoutumisvalmiuden rakentumisen kannalta.

Toimintaympäristön luomat puitteet voivat sekä tukea ja mahdollistaa että ehkäistä kuntoutusta. Todelliset valinnan vaihtoehdot ovat keskeisiä kuntoutumisessa. Asuinympäristön turvallisuus ja yhteisöllisyys sekä ympäristön suvaitsevaisuus tukevat kuntoutumisvalmiuden rakentumista. Palveluiden saatavuus ja riittävyys sekä niissä saatu kohtelu luovat mahdollisuuksia kuntoutumiselle. Lainsäädäntö ja mielenterveystyölle osoitetut resurssit luovat palveluiden tuottamisen reunaehdot.

Tutkimus osoitti moniammatillisuuden tarpeellisuuden mielenterveystyössä. Kuntoutujat, joilla keskustelukäynnit olivat ainoa kuntoutuksen muoto, olivat useammin tyytymättömiä palveluunsa. Heillä ei ollut tietoa kuntoutuksen vaihtoehdoista, he kokivat valinnanmahdollisuutensa kapeina ja saamansa palvelut riittämättöminä.

Tutkimuksen perusteella voidaan väittää, että mielenterveysasiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen tulisi olla eri työntekijöiden vastuulla, jotta kuntoutus olisi riittävän monialaista ja tarpeenmukaista. Kuntoutuksen tulisi nivoutua hoitoprosessiin niin, että hoidosta ja kuntoutuksesta muodostuu koordinoitusti toimiva kokonaisuus. Kuntoutuksen tulee luoda toivoa kuntoutujalle selviytymisestä, tarjota tietoa sairaudesta, kuntoutumisesta ja kuntoutuksen vaihtoehdoista. Kuntoutujalla tulee olla mahdollisuus kokeilla taitojaan ja etsiä resurssejaan sekä työntekijän että muun sosiaalisen verkostonsa tukemana.

Avainsanat: kuntoutumisvalmius, mielenterveyskuntoutus, kuntoutuminen, realistinen arviointitutkimus

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Psykiatrisen kuntoutuksen taustalla on pitkään vaikuttanut ajattelumalli, jonka mukaan psykiatrinen kuntoutus koskee lähinnä pitkäaikaisasiakkaita. Ajattelu liittyy 1980-luvulla käynnistyneeseen psykiatrisen hoidon rakennemuutokseen, jolloin psykiatrisia sairaalapaikkoja alettiin vähentää merkittävästi. Laitoshoidon purkaminen merkitsi sitä, että kuntoutuksessa painottui laitoksesta avohoitoon siirtyneiden pitkäaikaissairaiden sopeutuminen laitoksen ulkopuoliseen elämään. Arjessa selviytymisen tukeminen on kuntoutuksessa keskeinen alue, joka edelleen vaatisi kipeästi resurssointia ja työmenetelmien kehittämistä. Sen sijaan mielenterveyskuntoutuksen näkökulman nivominen psykiatriseen hoitoon heti alkuvaiheista lähtien on alue, jolla työmenetelmien kehittäminen olisi erittäin tarpeellista. Mielenterveyskuntoutuksen keskittyminen pitkäaikaissairaiden kuntoutukseen ei ole jättänyt tilaa sellaisten menetelmien kehittämiseen, jotka auttaisivat kohtaamaan mielenterveysongelmien seurausvaikutuksia jo sairauden alkuvaiheessa. Mielenterveystyön laatusuosituksissa todetaan, että avohoito on ensisijainen palvelumuoto ja kaikessa hoidossa on kuntouttava ote (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 42).

Kuntoutuksen tutkimuksessa keskeisiä teemoja ovat olleet kuntoutujassa tapahtuneet muutokset, kuntoutuksen kannattavuus ja kuntoutuksen vaikutukset. Vähemmän on kuitenkin tutkittu itse kuntoutumisen prosessia ja sitä, mikä eri sairauden ja kuntoutumisen vaiheessa on tarkoituksenmukaista. Kuntoutus on ollut toteutukseltaan pitkälle järjestelmäkeskeistä, idealtaan toimenpidekeskeistä ja toteutukseltaan yksilökeskeistä (Suikkanen & Lindh 2001b, 11). Näin on mielestäni myös kuntoutuksen tutkimuksen laita. Kuntoutusta on tutkittu järjestelmän ja toimenpiteiden vaikuttavuuden näkökulmasta, mutta tutkimuksessa ei ole otettu riittävästi huomioon toimintaympäristön ja rakennemuutoksen merkitystä kuntoutuksessa.

Erityisesti mielenterveysongelmien kohdalla ongelmaksi kuntoutuksen näkökulmasta on osoittautunut hoidon ja kuntoutuksen rajanvedon hankaluus, jolloin kuntoutuksesta tulee helposti hoidolle alisteinen. Hoitomenetelmiä on kehitetty systemaattisesti, mutta kuntoutusmenetelmien kehittäminen on ollut vähäisempää. Mielenterveystyötä on arvosteltu sen ”psykoterapeutisoitumisesta” ja lääketiedepainotteisuudesta. Vajaakuntoisuutta ymmärretään perinteisen ja vallitsevan lähestymistavan mukaan yksilöllisinä rajoituksina, kun taas vajaakuntoisuuden sosiaaliset syyt ja seuraukset ovat jääneet vähäiselle huomiolle. Mielenterveysongelmat kuitenkin altistavat monille sosiaalisille ongelmille ja sosiaaliset ongelmat

puolestaan mielenterveysongelmille. Mielenterveysongelmat ja sosiaaliset ongelmat ovat usein kietoutuneet toisiinsa niin, että vyyhdistä on vaikea enää erottaa ongelmien syitä ja seurauksia.

Olen toiminut mielenterveyskuntoutuksen parissa sosiaalityöntekijänä viimeisten yli kymmenen vuoden ajan, mielenterveystoimistossa noin yhdeksän vuotta ja psykiatrisessa sairaalassa kaksi vuotta. Lisäksi työkokemusta on kertynyt sosiaalitoimiston sosiaalityöstä noin kaksi vuotta ja lastensuojelussa lastenkodin lastenhoidosta ja perhetyöstä noin kahdeksan vuotta. Olen työssäni tavannut useita kuntoutujia, joiden tilanne vuodesta toiseen näyttää ainakin työntekijän näkökulmasta pysyvän samanlaisena. Kuntoutuja ei näytä saavan resurssejaan käyttöönsä tai ei usko enää niiden olemassaoloon. Kuntoutuja ei itsekään näytä olevan tyytyväinen tilanteeseensa, mutta ei kykene muuttamaan mitään elämässään. Toisaalta olen nähnyt todellisia sankaritarinoita, joissa ihminen kuntoutuu todella vaikeastakin tilanteesta sellaiseen elämänmuotoon, johon hän itse näyttää olevan tyytyväinen. Kuntoutumisvalmiuden käsite sai minut pohtimaan, voisiko kuntoutumisvalmiuden käsitteen purkamisesta löytyä ymmärrystä siihen, miksi toiset selviytyvät ja toiset ajautuvat marginaaliasemaan.

Selviytyminen ja suoriutuminen eivät ole kovinkaan vahvoja teemoja tutkimuksessa (Hyväri 2001, 19). Olen erityisen kiinnostunut siitä, millä tavoin selviytymisen uralle pääsee ja mikä kuntoutuksessa on sellaista, joka auttaa selviytymisen uralle. Kuntoutumisvalmius käsitteenä herättää mielikuvan selviytymisen toiveesta, orastavasta halusta muutokseen. Törmäsin kuntoutumisvalmiuden käsitteeseen ensimmäisen kerran Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa kuntoutusprojektissa. Projekti toteutettiin vuosina 1998 – 2000 Mielenterveyden keskusliiton, alueen toimijoiden ja kuntoutujien yhteistyönä siten, että projekti sisälsi useita seminaareja ja eri teemojen alle kerääntyneitä työryhmiä. Seminaarit ja työryhmät olivat avoimia sekä alueen kaikille toimijoille että kuntoutujille. Kuntoutumisvalmiuden käsitettä ovat kehittäneet Bostonin yliopiston alaisen kuntoutuskeskuksen (Center for Psychiatric Rehabilitation) tutkijat, joista osa on itse mielenterveyskuntoutujia. Suomalaiseen mielenterveystyöhön käsitteen on tuonut kuntoutussuunnittelija Jari Koskisuu Mielenterveyden keskusliitosta. Kuntoutumisvalmius haastoi pohtimaan sitä, millä tavoin valmius kuntoutukseen muotoutuu ja millaiset tekijät vaikuttavat sen rakentumiseen. Valmiuteen on sisäänrakennettuna ajatus yksilön suhteesta ympäristöön. Valmius ei ole yksilön ominaisuus, vaan valmius on aina valmiutta johonkin. Näin ollen kuntoutumisvalmius on vahvasti vuorovaikutuksellinen ja siten sosiaalityön näkökulmasta lupaava käsite.

Bostonilaisen näkemyksen mukaan kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tavoitteena on luoda pohja tarkoituksenmukaiselle ja oikea-aikaiselle kuntoutuksen suunnittelulle (Farkas ym. 2000, 32). Kuntoutumisvalmiuden voisi käsittää eräänlaisena siirtymävaiheena, jolloin kuntoutuja voi alkaa nähdä itsellään mahdollisuuksia toisenlaiseenkin elämänmuotoon. Kuntoutumisvalmiuden arvioimisen ja kehittämisen tekniikka on tarkoitettu auttamaan kuntoutujia niin, että he tulisivat tietoisemmiksi kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä ja sitoutuneemmiksi omaan kuntoutumiseensa (Cohen ym. 1997, 644). Kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tarkoitus ei ole kategorisoida kuntoutujia uudella tavalla, vaan tavoite on etsiä niitä toimenpiteitä, joista voisi olla maksimaalinen hyöty kulloisessakin tilanteessa. Löytyisikö tästä väline tarpeenmukaisen kuntoutuksen suunnitteluun?

Useiden tutkimusten mukaan kuntoutumisen suunnittelu on edelleen satunnaista. Sitä toteuttavat hyvin monet toimijat, joiden toiminta ei välttämättä koordinoitu, eikä kuntoutujilla ole riittävästi mahdollisuutta osallistua kuntoutussuunnitelmiansa tekoon. Usein kuntoutujat eivät ole edes tietoisia siitä, onko heillä kuntoutussuunnitelmaa tai jos sellainen on, eivät aina koe sitä omakseen (Lauri 2004, 57 - 58). Kuitenkin kuntoutuksen edellytetään olevan suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jossa kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja sen suunnittelussa on ydinkysymys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3).

Tutkin tässä tutkimuksessa kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteeni on operationalisoida kuntoutumisvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät kyselylomakkeeksi. Kyselylomakkeen kehittämisen tavoite on paitsi tutkia kuntoutumisvalmiutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä, myös samalla tuottaa sellainen työväline, jonka avulla voidaan tutkia kuntoutujan elämäntilanteen kokonaisuutta ja vuorovaikutussuhteita sekä niiden merkitystä kuntoutumisvalmiuteen. Tämän tarkoituksena on toimia kuntoutussuunnitelman laatimisen pohjana. Pyrin tarkastelemaan kuntoutumisvalmiutta kuntoutujan näkökulmasta niin, että kiinnitän huomiota myös organisatorisiin ja yhteiskunnallisiin prosesseihin. Kuntoutujan näkökulma toimii ikään kuin ikkunana kuntoutumiseen, kuntoutukseen ja toimintaympäristön merkitykseen kuntoutumisessa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyden häiriöistä toipuvien ihmisten kuntoutuksesta on käytetty käsitteitä psykiatrinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus, joilla kullakin on omat historialliset taustansa ja ammatilliset kytkentänsä. Psykiatrisella kuntoutuksella on suppeimmassa merkityksessä tarkoitettu avohoidossa tapahtuvaa mielenterveyden häiriöiden ja usein laitoshoidossa olevien tai olleiden psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kuntoutusta. Psykiatrinen kuntoutus on määritelty myös kuntoutukseksi mielisairauksista, jolloin sen tavoitteena on oireidenhallinnan paraneminen, sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja potilaiden autonomian lisääminen asumisessa, sosiaalisissa tilanteissa, kouluttautumisessa, työtoiminnoissa ja perhe-elämässä. (Suomen mielenterveysseura ry. 1998; Lähteenlahti 2001, 173.) Psykiatrisen kuntoutuksen käsite painottaa medikalistisia toiminta- ja ajattelumalleja, kun taas psykososiaalisen kuntoutuksen käsite laajentaa näkökulmaa myös valtaistavan kuntoutuksen suuntaan. Käsite ottaa huomioon yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen, joka kuntoutuksessa on keskeinen elementti. Psykkinen kuntoutus on käsitteenä harvemmin käytetty. Psykkisellä kuntoutuksella on tarkoitettu prosessia, jolla pyritään kehittämään ihmisen psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja sekä edistämään ihmisen ja hänen ympäristönsä välistä vuorovaikutusta. (Riikonen ym. 1996, 15 – 16.) Tässä tutkimuksessa olen päätenyt käyttämään mielenterveyskuntoutuksen käsitettä, joka on viime vuosina vakiintunut käyttöön mielenterveyden häiriöistä koskevasta kuntoutuksesta puhuttaessa. Myös mielenterveyskuntoutajat käyttävät mielenterveyskuntoutuksen käsitettä.

Mielenterveyskuntoutus on psykiatrista kuntoutusta ja psykososiaalista kuntoutusta laajempi käsite. Mielenterveyskuntoutus ei käsitteenä rajaa kohderyhmäänsä vaikeimpiin psykiatrisiin sairauksiin. Se ei viittaa minkään asiantuntija-alueen ensisijaisuuteen, ja toisaalta käsite sisältää myös laajasti sosiaalisen verkoston tuen mahdollisuudet sekä työelämässä, koulutuksessa että muissa sosiaalisissa tilanteissa. (Riikonen & Järvikoski 2001, 162.) Riikonen ym. (1996, 21) määrittelevät mielenterveyskuntoutuksen Järvikosken ja Härkäpään (1995, 21) kuntoutuksen määritelmän pohjalta toiminnaksi, ”jonka avulla pyritään tukemaan kuntoutujan elämänhallintaa ja selviytymistä tilanteessa, jossa hänen elämänprojektinsa ja integraationsa sosiaaliseen yhteisöön ovat henkisen uupumuksen tai psykososiaalisten ongelmien takia uhattuina tai heikentyneet. Kuntoutuksen

tehtävänä on auttaa kuntoutujaa arvioimaan omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan, etsimään keinoja niiden saavuttamiseksi, muokkaamaan niitä tarvittaessa uudestaan, luopumaan saavuttamattomissa olevista ja muodostamaan uusia”. Näin määriteltynä mielenterveyskuntoutus ei rajaudu pelkästään asiantuntijatoiminnaksi, vaan kuntoutustyöntekijän tehtävä on tukea nimenomaan kuntoutujasubjektin toimintaa. Määritelmässä mainittu kuntoutujan elämänprojektien ja pyrkimysten uudelleen arvioimisen periaate vastaa myös kuntoutumisvalmiuden taustalla olevaa ajattelua, jonka mukaan kuntoutumisvalmius liittyy mahdollisuuteen ja tarpeeseen asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita.

Mielenterveyskuntoutus on vahvasti vuorovaikutuksellista. Riikonen ym. (1996, 22) jakavat kuntoutujan ja asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen neljälle ulottuvuudelle: informaation kerääminen, vajavuuksien poistaminen tai lievittäminen, yhteistyösuhteen muodostaminen ja ylläpitäminen sekä mahdollisuuksien etsiminen, innostaminen, motivointi ja rohkaiseminen. Vajavuudet on tässä ymmärretty esimerkiksi rajoituksina, ongelmina, sairautena, häiriöinä, oireina, tietojen tai taitojen puutteena. Häiriöiden poistamisella viitataan muuhunkin kuin lääketieteen alaan kuuluvaan toimintaan, kuten harjoitukseen, koulutukseen ja tiedottamiseen. Riikonen ym. (mt. 22) pitävät yhteistyösuhteen muodostamista ja ylläpitämistä keskeisimpänä, sillä ilman luottamusta kaikki muu on helposti turhaa. Kuntoutuksen vuorovaikutuksellisuus korostuu myös tämän tutkimuksen kysymyksenasettelussa.

Käytän tässä tutkimuksessa siis mielenterveyskuntoutuksen käsitettä, koska haluan korostaa kuntoutujalähtöisyyttä ja kuntoutujan omaa asiantuntijuutta asiassaan. Psykiatrinen kuntoutus yhdistyy mielikuvissa helposti ammattilaisten erityisasiantuntijuuteen. En halua asettaa tässä tutkimuksessa minkään ammattikunnan osaamista erityisasemaan. Mielenterveyskuntoutus sisältää hyvin monenlaisia toimijoita ja monenlaista toimintaa. Kuntoutumista tapahtuu muuallakin kuin kuntoutuspalveluiden piirissä. Mielenterveyskuntoutuksessa on mahdollista tulla lähelle kuntouttamisen laajennusta elämänpolitiikka-käsitteen alueelle. Elämänpolitiikka liittyy arkeen, elämäkokemuksiin ja tulevaisuuteen, jossa tarjotaan enemmän vaihtoehtoja. (Suikkanen & Lindh 2001a, 49.) Mielenterveyskuntoutuksen käsite on laaja-alaisuutensa vuoksi tässä tarkoituksenmukainen.

Keskeistä kuntoutuksen ja kuntoutumisen määrittelemisessä on se, millaisena toimintana kuntoutus määritellään ja minkä tieteiden pohjalta määrittely tapahtuu (Suikkanen 2000, 19). Kuntoutus perustuu hyvin laajalti WHO:n vuonna 1980 julkaisemaan sairauden ja vamman

seurausvaikutusmalliin, jossa sairauden seurausvaikutuksia nähdään kolmella tasolla: vauriona, toiminnanvajavuutena ja sosiaalisena hättana. Vauriosta seuraa elimistön toiminnan tasolla ilmenevä puutos tai poikkeavuus, jonka seurauksena syntyy toiminnanvajavuus. Vajaakuntoisuus syntyy, kun toiminnanvajavuus estää ihmistä suoriutumasta iälleen, sukupuolelleen ja sosiaaliselle sekä kulttuuritaustalleen normaalilla tavalla.

WHO:n mallia on kritisoitu monin tavoin. Mallia on kritisoitu, paitsi itse luokitusjärjestelmästä, myös sen kapea-alaisuudesta, luonnontieteellisestä painotuksesta, normatiivisuudesta sekä kokemuksellisen elementin puuttumisesta. Malli ei sisällä muuta vajaakuntoistumista kuin lääketieteellisesti todetun vian tai vamman perusteella. Kokemuksellinen ja sosiaalinen ulottuvuus rajautuvat mallin ulkopuolelle. Ympäristö näyttäytyy mallissa etupäässä normittajana, ei esimerkiksi häitä tuottavana ulottuvuutena. Vaurio viittaa ihmisen fyysisiin ja psykologisiin rajoituksiin, sosiaalisen ulottuvuuden jäädessä taustatekijän asemaan. Sosiaalinen häitä syntyy mallissa pelkästään fyysispohjaisten tilojen tuloksena. Vaikka mallin on katsottu laajentavan medikalistista näkökulmaa sosiaalitieteisiin, sitä edelleenkin on kritisoitu lääketieteellisyydestä, normatiivisuudesta, käyttäytymisen mallittamisesta, kokemuksellisen elementin puuttumisesta sekä poikkeavuuden erottamisesta ja vertaamisesta. Syysuhteet palautuvat yksilöön ja hänen ominaisuuksiinsa. Mallia on pidetty luonteeltaan kielteisenä ja deterministisenä. (Järvikoski 1994, 35 – 39; Suikkanen 1999, 79 – 80.)

Vammaisuuden sosiaalinen malli on syntynyt vammaisuusliikkeen muodostumisen ja radikalisoitumisen myötä ja siinä korostetaan vammaisuuden yhteiskunnallista merkitystä ja määräytyvyyttä. Sosiaalisen mallin mukaan ihminen, jolla on vamma tai vajavuus, on vajaakuntoinen, koska yhteiskunta ei onnistu vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Sosiaalisessa mallissa yksilölliset rajoitukset eivät ole vammaisuuden syitä, vaan tärkeämpää on yhteiskunnan epäonnistuminen sopivien palveluiden tarjoamisessa. On erotettava toisistaan vamma ja sosiaalinen tilanne. Vammaiset ihmiset joutuvat elämään niukoilla taloudellisilla resursseilla, koska heille ei anneta mahdollisuutta ansaita itse elantoaan. Sosiaalinen malli ei ulotu asiakkuuden muotoutumisen tarkastelemiseen, vaan tarkastelee enemmän kansalaisuutta, jossa resurssit, kustannukset ja mahdollisuudet ovat toissijaisia ja ensisijaista on oikeudenmukaisuus ja tasa-arvon toteutuminen. (Suikkanen & Lindh 2001a, 42; Oliver 1996, 20 – 23.) Vammaisuuden sosiaalisella mallilla on ollut suuri merkitys vammaisten emansipaatioon, mutta mallia on kritisoitu siitä, ettei se ota huomioon vajavuuden tai sairauden merkitystä vammaisen ihmisen elämäkokemuksena. Lisäksi mallin on katsottu liiaksi kiinnittävän huomiota sosiaalis-rakenteellisiin esteisiin kulttuuristen ja

kokemuksellisten ulottuvuuksien kustannuksella. Malli ei tavoita henkilökohtaista ja kokemuksellista tasoa, eikä se tavoita niitä sosiaalisia prosesseja ja käytäntöjä, jotka tuottavat hyvinvointia vammaisille tai vajaakuntoisille ihmisille. (Reeve 2002, 495.)

Vammaisuuden sosiaalisessa mallissa on puutteensa, mutta sen ansiosta yksilö-yhteiskuntasuhde on noussut kriittisen tarkastelun kohteeksi. Kuntoutuksessa on korostunut lääketieteellinen, yksilöllinen ja henkilökohtainen malli pitkälle siitä syystä, että kuntoutus useimmiten perustuu lääketieteelliseen arvioon kuntoutuksen tarpeesta ja kuntoutusmahdollisuuksista, jolloin yksilön ominaisuudet korostuvat. Lääketieteellinen malli on perinteisesti tarkastellut ongelmia yksilöllisinä, mutta se on yhä enemmän alkanut ottaa huomioon myös psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Sosiaalinen malli puolestaan on painottanut toista ääripäätä, sosiaalisesti tuotettua vammaisuutta. Suikkanen & Lindh (2001a, 49) ehdottavat lääketieteellisen mallin laajentamista elämänpolitiikka-käsitteeseen, jossa liikutaan enemmän arjen, elämäkokemuksen, elämänhallinnan ja ihmisen tulevaisuuden alueilla. Ihmisillä tulisi olla enemmän vaihtoehtoja, uusia mahdollisuuksia silloin, kun entiset käyvät mahdottomiksi. Kuntoutuksen lääketieteellisen ja sosiaalisen mallin rinnalla voitaisiin puhua mahdollistavasta kuntoutuksesta, jolloin kuntoutuksen toimintatilanteissa painopiste siirtyy menneestä tulevaan, yksilöllisten ominaisuuksien selvittämisestä toimintamahdollisuuksien edistämiseen. (Suikkanen 1999, 84 - 86; Suikkanen & Lindh 2001a, 48 - 51.) Myös kuntoutumisvalmiuden näkökulmasta mielenterveyskuntoutuksessa liikutaan elämänhallinnan ja tulevaisuuden alueilla. Kuntoutumisvalmiuden kannalta oleellinen kysymys on tulevaisuuden mahdollisuuksien löytäminen ja usko siihen, että ne ovat saavutettavissa.

Kuntoutus ja kuntoutuminen tarkastelevat samaa kuntoutumisen prosessia eri näkökulmista. Kuntoutuksella tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla kuntoutujaa pyritään tukemaan. Kuntoutumisessa on kyse kuntoutujan henkilökohtaisesta prosessista, jonka kuluessa hänen toimintamahdollisuutensa laajenevat. Mahdollistavan kuntoutuksen näkökulmasta kuntoutus tarkoittaa toimintamahdollisuuksien uudenlaista avaamista myös normatiivisten käytäntöjen ulkopuolelta. Kuntoutujan kannalta mahdollistava kuntoutus olisi ”toisten mahdollisuuksien” avautumista. Uusissa tilanteissa kuntoutujilla tulisi olla ulospääsy aikaisemmasta sosiaalisesta tilanteesta ja tarjolla uudenlainen ratkaisumahdollisuus (Suikkanen & Lindh 2001a, 49). Tällöin kuntoutuksen toimintakäytännöissä korostuu kuntouttajan välittäjän rooli mahdollisuuksien maailmaan.

Mielenterveysongelmista kuntoutumisessa on omat erityispiirteensä. Hallinnan tunne on mielenterveyskuntoutuksessa erityisen keskeinen, sillä mielenterveysongelmat ovat usein pitkäaikaisia ja niiden syitä ja seurauksia on vaikeampi hahmottaa. Leventhalin ym. (1984, 223 - 229) mukaan sairauden merkityksen arvioinnissa voidaan erottaa neljä ulottuvuutta: sairauden syy, sairauden kesto, sairauden tuntomerkit ja sairauden seuraukset. Akuutteihin sairauksiin on useimmiten osoitettavissa jokin ulkopuolinen tekijä, mutta pitkäaikaissairauksissa syyt löytyvät usein myös omista elintavoista. Sairauden syyn osalta keskeistä on ihmisen kannalta se, miten hän tulkitsee sairauden seuraukseksi omasta käyttäytymisestä ja missä määrin jostain ulkopuolisesta tekijästä. Pitkäkestoiset sairaudet alkavat usein hitaasti ja vaikeasti havaittavasti ja sairauden kesto on vaikea hahmottaa. Pitkäaikaissairauksien kohdalla luo epävarmuutta myös epätietoisuus yleensä sairauden parannettavuudesta ja kuluista. Sairauden tuntomerkeillä tarkoitetaan ihmisen käsityksiä siitä, mikä hänen kehossaan on vialla. Akuuteissa sairauksissa useimmiten on havaittavissa tunnistettavia oireita, kun taas pitkäaikaissairauksissa sairauden syytä ei aina voida yksiselitteisesti määritellä ja oireet voivat olla epämääräisiä. Akuuteissa sairauksissa sairauden aiheuttama vajaakuntoisuus lievittyy suhteellisen nopeasti, toisin kuin pitkäaikaissairauksissa. Pitkäaikaissairauksille lisäksi on tyypillistä se, että sairaus pitkittyessään aiheuttaa yhä uusia sopeutumisvaatimuksia ja sairaudelle voi olla vaikeampi saada sosiaalista hyväksyntää.

Mielenterveysongelmissa sairauden syytä, kestoja, tuntomerkkejä ja seurauksia on vaikeampi hahmottaa kuin somaattisissa sairauksissa. Elämönhallinnan tunnetta on vaikea ylläpitää tilanteissa, joissa ihminen ei kykene hahmottamaan, mistä on kysymys. Mielenterveysongelmissa syytä sairastumiseen haetaan useimmiten itsestä, mikä merkitsee itsetunnon laskua, häpeää ja vetäytymistä sosiaalisista rooleista. Sairauden tuntomerkit ovat usein sellaisia, jotka tulevat osaksi henkilön persoonallisuutta. Sairas leimautuu usein negatiivisesti. Positiivisetkin piirteet muuttuvat mielenterveysongelmaisten kohdalla, ilman näkyviä sairauden merkkejä, helposti negatiivisiksi: ulospäin suuntautuneisuus ja aktiivisuus muuttuvat maanisuudeksi, masennuksesta johtuva jaksamattomuus laiskuudeksi, työttömyys työhaluttomuudeksi ja vihaisuus aggressiivisuudeksi. Mielenterveysongelmat ovat usein pitkäkestoisia ja jatkuessaan tuovat monenlaisia sosiaalisia ongelmia, kuten vuorovaikutuksellisia ongelmia, yksinäisyyttä ja taloudellista niukkuutta. Mielenterveysongelmaiset ajautuvat usein eristyneeseen asemaan monilla eri elämänalueilla.

Vuorovaikutuksellisuus korostuu kuntoutuksessa monin tavoin. Kuntoutustoimenpiteitä ja –ohjelmia toteuttavat kuntouttajat, jolloin oleellista on tilanteessa syntyvä vuorovaikutus. Kuntoutumisen mahdollisuuksien realisoituminen riippuu paitsi yksilöllisistä eroista, yhteiskunnan

tarjoamista mahdollisuuksista, myös kuntouttajan kyvykkyydestä. Kuntoutustilanteet ovat oppimistilanteita, joissa oleellista on kuntoutujan osallisuus. Kuntoutuminen ei merkitse muutosta pelkästään kuntoutujassa, vaan myös hänen suhteensa ympäristöön muuttuu. Kuntoutujan toiminnanvajavuudella on merkitystä, mutta on tärkeää tarkastella myös sosiaalisia rajoituksia, jotka muotoutuvat sosiaalisissa rakenteissa. Kuntoutuksen käytännöissä on löydettävissä yksilöllisen ja yhteiskunnallisen tilanteen muodostama kokonaisuus, joka määräytyy kontekstuaalisesti ja situationaalisesti. (Suikkanen & Lindh 2001a, 42 – 43; Suikkanen 2000, 19 - 22.)

Kuntoutuminen ja kuntoutus voidaan nähdä identiteettityönä, sillä kuntoutuja joutuu sopeutumaan toimintakykynsä muuttuneisiin ehtoihin sekä pohtimaan oma identiteettiään ja elämäntapaansa niiden pohjalta. Kuntouttajan tehtävä identiteetin rakentamisessa on luoda sellainen vuorovaikutus kuntoutustilanteisiin, joka mahdollistaa kuntoutujalle rakentavien ja myönteisten kokemusten saamisen. (Kettunen ym. 2003, 19, 29, 46 – 47.) Talon ym. (2001, 56) määrittelevät kuntoutumisen sellaiseksi vuorovaikutukseksi kuntoutujan ja ympäristön välillä, joka parantaa ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvointia. Kuntoutuminen voidaan nähdä kuntoutujan näkökulmasta oppimis- ja kasvatapahtumana, jonka kuluessa kuntoutuja oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa, vamman tai sairauden aiheuttamat rajoitukset huomioon otettavina tosiasioina. Prosessin edetessä entisistä suunnitelmista joudutaan usein luopumaan. Kuntoutuja oppii näkemään uusia mahdollisuuksia ja rakentaa tulevaisuuttaan jäljellä olevien voimavarojen varaan. Kuntoutujan tietoisuus oman toiminnan vaikuttavuudesta kasvaa. (Kähäri-Wiik 1997, 1.)

Davidsonin ja Straussin (2001, 28) pitkittäistutkimuksessa tutkittiin pitkäaikaisista psyykkisistä ongelmista toipuvien kuntoutujien kertomuksia kuntoutumisen prosessistaan. Keskeinen teema kuntoutujien kokemuksissa oli itseymmärrys, ja tutkijat määrittelivätkin kuntoutumisen minuuden uudelleen rakentumisen prosessiksi, jossa käsitys itsestä vastuullisena toimijana rakentuu. Käsitys itsestä rakentuu sosiaalisissa konteksteissa, toisten ihmisten tuen avulla. Kuntoutus on tästä näkökulmasta täysivaltaistamista, itsen uudelleen rakenteistumisen prosessin tukemista. Anthony ym. (2002, 31) määrittelevät kuntoutumisen ainutkertaiseksi ja yksilölliseksi prosessiksi, jonka kuluessa kuntoutujan asenteet, arvot, tunteet, tavoitteet, taidot ja roolit muuttuvat. Kuntoutuminen on uudenlaisen merkityksen ja tarkoituksen omaksumista ihmisen toipuessa mielisairauden katastrofaalisista seurauksista. Kuntoutumisen prosessin saamiseksi käyntiin, kuntoutujat ovat kuvanneet muutosprosessia, jonka kuluessa suhde sairauteen muuttuu: sairaus on pakko hyväksyä osaksi omaa elämänhistoriaa ja on löydettävä halu muutokseen ja löydettävä kanavat, jotka voivat toimia inspiraation ja toivon lähteenä. Kuntoutujat kuvaavat usein tätä vaihetta kaikkein

vaikeimmaksi, ja tämä vaihe liittyy myös kuntoutumisvalmiuden kehittymiseen. Kuntoutuminen on oppimista ja asenteiden muutosta suhteessa itseen, suhteessa sairauteen sekä suhteessa ympäröivään maailmaan. (Young & Ensing 1999; Koskisuu 2003, 38 – 39.) Näkemyksissä korostuu kuntoutujan yksilöllinen prosessi.

Deeganin (2001, 92 - 95) näkökulma kuntoutumiseen on omakohtainen. Hänelle kuntoutuminen merkitsee kokemusta, jonka kuluessa kuntoutuja oppii hyväksymään omat rajoituksensa ja tavoittaa uudenlaisen merkityksen ja tarkoituksen elämäänsä. Rajoitukset ovat itse asiassa se perusta, jolle kunkin ainutkertaiset mahdollisuudet voivat rakentua. Kuntoutumisen kulmakiviä ovat toivo, tahto ja vastuullinen toiminta. Tämä Deeganin näkemys muistuttaa Oliverin henkilökohtaisen tragedian käsitettä, jossa vammaisuus nähdään yksilökohtaisena ilmiönä, jossa vammaisuus medikalisoidaan, ja johon sisältyy pelkästään psykologisia ja lääketieteellisiä näkökulmia. Oliverin edustama vammaisuuden sosiaalinen malli puolestaan näkee vammaisuuden syyt sosiaalisessa alistamisessa ja sosiaalinen malli näkee vammaisuuden itse asiassa enemmän sosiaalisena ongelmana kuin henkilökohtaisena ongelmana. (Oliver 1996, 31 – 34.) Chamberlin (2001, 526) on myös itse mielenterveyskuntoutuja ja hänen kannanottonsa puolestaan lähestyvät vammaisuuden sosiaalista mallia. Chamberlin (mt. 526) toteaa, että kuntoutus ei voi olla pelkästään kuntoutujaan kohdentuvia toimenpiteitä, vaan kuntoutuksessa tulisi ottaa huomioon sosiaaliset toimintakäytännöt, jotka estävät kuntoutujan kuntoutumista. Deeganin ja Chamberlinin näkemykset ovat osoitus siitä, että mielenterveyskuntoutujien omassa keskuudessakin kuntoutumista selitetään hyvin erilaisista lähtökohdista. Näkemykset edustavat sekä yksilöllistä että sosiaalista vammaisuuden käsittämisen tapaa.

Tässä tutkimuksessa kuntoutumista ja kuntoutumisvalmiutta, eli tarvetta ja kykyä asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita, tarkastellaan vuorovaikutuksellisinä ilmiöinä pyrkien ottamaan huomioon sekä kuntoutujan, kuntoutustilanteiden että toimintaympäristön tasot. Kuntoutumisvalmiutta tarkastellaan ekososiaalisena ilmiönä, joka on kokonaisuutta korostava näkökulma. Talo ym. (2001, 56) kuvaavat kuntoutumista toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvointia sääteleväksi yksilön ja ympäristön väliseksi vuorovaikutukseksi. Lopputulosta muokkaavat yksilön, yhteisön ja vallitsevan sosiaalipolitiikan vaikutukset toistensa toimintoihin. Kuntoutumisessa korostuu kuntoutujan autonomia ja kuntouttajan tehtävä on luotsata kuntoutujaa asettamaan ja saavuttamaan tavoitteitaan sekä pyrkiä avaamaan kuntoutujalle uusia mahdollisuuksia. Toimintaympäristö ja myös laajemmin ympäröivä yhteiskunta luovat tälle toiminnalle puitteet.

2.2 Hoito ja kuntoutus mielenterveystyössä

Erityisesti psykiatrian alueella kuntoutus ei erotu hoidosta yhtä selkeästi kuin useimmissa muissa sairausryhmissä. Psykiatriassa hoito ja kuntoutus limittyvät toisiinsa niin, että useinkaan ei kyetä yksiselitteisesti määrittelemään, kummastako on kyse (Riikonen & Järvikoski 2001, 162; Salminen 2002, 109; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3). Koskisuun (2002, 145) mukaan hoidon ja kuntoutuksen rajanvedon epämääräisyys on vaikeuttanut mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä. Samat toiminnot tai interventiot voivat palvella sekä hoidon että kuntoutuksen päämääriä. Esimerkiksi kuntoutujan rohkaiseminen ja positiivisen palautteen antaminen voivat tähdätä sekä itsetunnon rakentumiseen että kuntoutumisprosessiin osallistumiseen motivoimiseen. Rajaa ei myöskään ole aina tarpeen vetää, sillä hoito ja kuntoutus ovat toisiaan täydentäviä. Kuntoutuslontoon mukaan kuntoutus eroaa hoidosta monialaisuutensa ja menetelmiensä perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3).

Laurin (2004, 49) tutkimuksen mukaan kuntoutujien kokemuksissa hoito ja kuntoutus ovat samaa prosessia, hoito on jo kuntoutusta ja toisaalta kokemukset hoidon aikana vaikuttavat kuntoutumisprosessiin. Vaikka käytännöissä hoito ja kuntoutus mielenterveyskuntoutuksessa sekoittuvatkin toisiinsa, on käsitteellinen ero hoidon ja kuntoutuksen välillä on tarpeellinen. Lauri (2004, 71 - 72) toteaa tutkimusprosessinsa myötä itselleen vahvistuneen käsityksen hoidon ja kuntoutuksen erillisyyden tarpeesta mielenterveyskuntoutuksessa. Hoidon ja kuntoutuksen tulisi kulkea rinnakkaisina ja vastavuoroisina prosesseina tukemassa kuntoutujan toipumista. Hoidon lisäksi useimmiten tarvitaan kuntoutuksen toimenpiteitä kuten kuntoutumiseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta, tiedon antamista ja sopeutumisvalmennusta. Laurin (mt. 71) tutkimuksessa kuntoutajat ja heidän läheisensä kokivat tarvitsevänsä tietoa sairauden oireista, hoitovaihtoehdoista, lääkkeitä sekä sosiaaliturvasta ja kuntoutuksen mahdollisuuksista.

Anthony ym. (2002, 11 - 12) toteavat hoidon ja kuntoutuksen prosessien olevan päällekkäisiä ja niiden parhaimmillaan täydentävän toisiaan. Hoitoa ja kuntoutusta toteuttavat joskus samat henkilöt. Kuitenkin heidän mukaansa ero on tarpeen tehdä, jotta kuntoutajat saavat myös asiantuntevaa ja tehokasta kuntoutusta. Ellei näin tehdä, voi kuntoutuksen näkökulma joko puuttua kokonaan tai kuntoutuksen ajatellaan olevan vasta seuraava vaihe hoidon päätyttyä. On myös mahdollista, että kuntoutus aloitetaan siinä vaiheessa, kun todetaan, ettei hoitotoimenpiteillä kyetä

enää auttamaan kuntoutujaa. Tällöin hoito ja kuntoutus ovat irrallisia prosesseja eivätkä kuntoutujan kokemuksissa muodosta eheää kokonaisuutta.

Omassa työssäni olen havainnut, että kuntoutujat ovat hoidossa ja kuntoutuksessa eri rooleissa. Kuntoutujat tulevat esimerkiksi keskustelukäynneille ja kuntoutuskursseille erilaisin odotuksin. Keskustelukäynneillä pohditaan enemmän omaa psyykkistä vointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä, oireita sekä elämää kuormittavia asioita. Hoidossa tai terapiassa keskitytään usein pelkästään kuntoutujan vaikeuksiin ja puutteisiin, kun taas kuntoutuksessa keskitytään enemmän siihen, mikä on rajoitteista huolimatta mahdollista. Kuntoutujat etsivät kuntoutuskursseilta virikkeitä, tulevat tapaamaan toisia kuntoutujia ja haluavat kokeilla omia voimavarojaan ja jaksamistaan. Reeve (2002, 498) toteaa, että subjektius ei ole pysyvä, vaan sitä luodaan erilaisissa tilanteissa ja suhteissa yhä uudelleen ja uudelleen. Subjektius riippuu kontekstista, ts. siitä, millä tavoin eri tilanteissa ihmisen on mahdollista toimia subjektina, missä tilanteissa subjektius hänelle annetaan ja missä tilanteissa hän sen ottaa. Kuntoutuksessa kuntoutujan subjektius toteutuu helpommin kuin terapiatilanteissa. Subjektius on Reeven (mt. 498) mukaan joustava identiteetti, joka muotoutuu ajan, paikan, kulttuurin ja yhteisön mukaan. Näin ollen on erityisen tärkeää, että kuntoutujalla on mahdollista saada kokemuksia erilaisissa rooleissa toimimisesta. Erään kuntoutujan näkemyksen mukaan hän on ollut hoidossa potilaan roolissa ja kuntoutuksessa kuntoutujan roolissa.

Hoito ja kuntoutus lähtevät eri lähtökohdista. Hoidon toteutumisessa diagnoosi on usein merkittävä, kun taas kuntoutuksessa diagnoosien on todettu ennustavan hyvin huonosti kuntoutustuloksia. Hoidolla pyritään enemmän oireiden hallintaan, keskitytään enemmän sairauteen ja sen parantamiseen, terapeuttisten oivallusten löytämiseen, kun taas kuntoutuksessa keskitytään voimavaroihin ja ympäristössä selviytymiseen. Anthony näkee aikaperspektiivin hoidossa ja kuntoutuksessa erilaisena. Hoidossa nykyisyyttä selitetään menneisyydellä, kun taas kuntoutuksessa menneisyydellä ei ole samanlaista merkitystä, vaan fokuksessa ovat kuntoutujan nykyiset voimavarat, selviytyminen ja tulevaisuuden tavoitteet. Kuntoutuksen juuret ovat resurssien kehittämisessä, ammatillisessa kuntoutuksessa, fyysisessä kuntoutuksessa, erityispedagogiikassa, psykoedukaatiossa ja sosiaalisen oppimisen teorioissa, kun taas hoidon juuret ovat psykodynaamisessa ajattelussa ja lääketieteessä. (Anthony ym. 2002, 12 – 13.)

Hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat osittain päällekkäisiä, mutta osittain myös erilaisia. Hoidossa painottuvat keskusteluterapiat eri muodoissaan, kun taas kuntoutuksessa harjoitellaan taitoja, pohditaan mahdollisuuksia ja suunnitellaan tulevaa. Kuntoutuksessa tuetaan kuntoutujan

vahvuuksia ja keskitytään kuntoutujan omiin ja saatavilla oleviin resursseihin. Hoidossa kuntoutuja saa diagnoosin oireiden ja mahdollisten syiden perusteella, kun taas kuntoutuksen ”diagnoosi” perustuu nykyisiin ja harjoiteltaviin taitoihin sekä tarvittavaan tukeen. (Anthony ym. 2002, 12.) Kuntoutus on monialaista toimintaa. Useilla paikkakunnilla on verkostoituneita hoitokäytäntöjä, mutta väitän, että myös verkostoituneessa hoitotavassa fokuksena ovat enemmän sairaus ja sen oireet, kun taas kuntoutusnäkökulman fokus on selkeästi resursseissa ja selviytymisessä. Kuntoutuksessa painottuu viranomaisten välinen yhteistyö sekä yhteistyö monenlaisten kuntoutusta tarjoavien ja toisaalta rahoittavien tahojen kanssa. Hoidon ja kuntoutuksen tarpeiden erottaminen on tärkeää kuntoutuksen oikea-aikaisuuden ja tarpeenmukaisuuden kannalta. Ihmisen sairastumisessa ja siitä kuntoutumisessa on monenlaisia vaiheita, joissa kuntoutustarpeet muuttuvat. Tämä edellyttää työntekijältä sensitiivisyyttä, ammattitaitoa ja kuntoutujan todellista kuuntelemista.

Sheets (1997) on hahmotellut hoidon ja kuntoutuksen eroa WHO:n sairauden seurausvaikutusmallin pohjalta, jossa sairauden seuraukset nähdään neljällä tasolla: vaurion, toiminnanhäiriön, toiminnanrajoitusten ja haitan tasoilla. Sheetsin (mt.) malli poikkeaa WHO:n mallista siinä, että hän erottaa vaurion ja siitä aiheutuvan toiminnanhäiriön sekä häiriön aiheuttamat rajoitukset toiminnassa. Sheets (mt.) määrittelee tarvittavat palvelut ja palveluiden tarkoituksen sairauden seurauksien eri tasoilla (taulukko 1). Jaottelun perusteella on mahdollista hahmottaa myös hoidon ja kuntoutuksen eroa.

Taulukko 1: Sheetsin malli psyykkisten sairauksien seurauksista

	Vaurio (impairment)	Toiminnan- häiriö (dysfunction)	Toiminnan- rajoitus (disability)	Haitta (disadvantage)
Määritelmä	Psyykkiset oireet; ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen häiriöt	Toiminnallisen tason pudotus tai häiriintyminen	Kyvyttömyys toimia rooleissaan ja ympäristössään	Valinnanmahdollisuuksien väheneminen
Tarvittavat palvelut	Hoito	Hoito, kuntoutus, kriisi-interventio	Kuntoutus	Case management, asianajo, aktivoiminen

Palvelun tarkoitus	Oireiden tasaantuminen, ahdistuksen vähentäminen	Turvallisuuden luominen, kyvykkyyden palauttaminen	Taitojen kehittäminen, roolitoiminnoista suoriutumisen tukeminen	Tasa-arvoisuus erilaisissa rooleissa, ympäristön mahdollisuuksien käyttäminen
---------------------------	--	--	--	---

Sheetsin jaottelun mukaan vaurion hoitaminen on selkeästi hoidon aluetta, jolla pyritään oireiden tasaantumiseen ja ahdistuksen vähenemiseen. Vaurion aiheuttaman toiminnan häiriön alue on hoidon ja kuntoutuksen näkökulmasta ”harmaata aluetta”, jossa on vaikea erottaa, kummastako on kyse. Turvallisuuden luominen ja kyvykkyyden palauttaminen ovat niin hoidon kuin kuntoutuksenkin alueita. Toiminnanrajoituksen ja haitan asteella ollaan selkeästi kuntoutuksen alueella.

Jako hoidon ja kuntoutuksen välillä on Anthonyn ajattelussa, samoin kuin Sheetsinkin jaottelussa sangen dikotomista eikä niissä eroteta toisistaan eri hoito- ja terapiamuotoja. Terapia katsotaan monissa yhteyksissä kuntoutukseksi. Erilaisia terapiasuuntauksia on hyvin monenlaisia ja suhde menneisyyteen, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen vaihtelevat, kuten myös suhde kyvyttömyyteen ja voimavaroihin tai suhde psykopatologiaan ja terveyteen. Oleellisempaa kuin itse terapiamuoto on se, millainen vuorovaikutus kuntoutujan ja työntekijän välille muodostuu. Anthony ja Sheets tuovat kuitenkin mielestäni esiin hoidon ja kuntoutuksen taustalla olevat eroavuudet ja ulottuvuudet, joiden pohtiminen jokaisen hoito- ja kuntoutusprosessin kohdalla on tärkeää. Hoidon ohella on tärkeää pohtia sitä, mitä sairaus merkitsee kuntoutujan arjen sujuvuuden kannalta, millaisia mahdollisuuksia kuntoutujalla on rajoitteista huolimatta ja millaisia voimavaroja kuntoutujan on mahdollista löytää joko itsestään tai ympäristöstään. Kuntoutujalla tulee olla mahdollisuus myös kokeilla omaa jaksamistaan ja saada kokemuksia siitä, selviytyminen erilaisissa tilanteissa on mahdollista.

2.3 Kuntoutumisvalmius

Kuntoutumisvalmiuden käsitettä on kehitetty Bostonin yliopiston alaisessa Psykiatrisen kuntoutuksen keskuksessa (Center for Psychiatric Rehabilitation). Kuntoutumisvalmiuden käsitteen ja kuntoutumisvalmiuden arvioimisen kehittäminen perustuvat mielenterveyspalveluiden käyttäjiltä ja kuntouttajilta saatuun palautteeseen, jonka mukaan kaikki asiakkaat eivät ole samalla tavoin valmiita aloittamaan kuntoutusprosessiaan. Ihmiset suhtautuvat yleensä elämänmuutoksiin hyvin eri

tavoin: toiset pysyvät mieluummin tilanteissa, jotka ulkopuolisesta saattavat näyttää hyvin epätydyttäviltä, kun taas toiset pyrkivät saamaan muutosta mahdollisimman nopeasti kohdatessaan tilanteita, joissa elämää joudutaan arvioimaan uudelleen. Kuntoutujan näkökulmasta hänen kokemansa epäonnistumiset, pelottavat sairauden oireet, leima, yksinäisyys ja epävarmuus vaikuttavat hänen hakeutumiseensa kuntoutukseen ja uskoon, että todellinen muutos on mahdollinen. Kuntoutumisen prosessi tähtää siihen, että kuntoutuja saavuttaisi tärkeänä pitämänsä tavoitteet. Prosessi tarkoittaa samalla usein omien käyttäytymismallien muuttamista, uudenlaista elämäntapaa, muutosta asenteissa ja uskomuksissa. Kuntoutusprosessi on usein monivaiheinen ylä- ja alamäkineen ja näin ollen edellyttää kuntoutujalta sitoutumista kuntoutumisprosessiin. Monet tarvitsevat aluksi mahdollisuutta ja tukea arvioidakseen sitä, onko kuntoutus tässä elämäntilanteessa järkevää ja mikä elämässä on vielä mahdollista. Kuntoutumisvalmius liittyy ihmisen mielenkiintoon kuntoutukseen ja hänen itseluottamukseen osallistua siihen. Se ei tarkoita vielä kykyä saavuttaa tavoitteitaan, vaan tarpeen ja halun laatia omaa elämää koskevia tavoitteita ja sitoutua niihin. (Anthony ym. 2002, 133; Farkas ym. 2000, 23 – 25; Cohen ym. 1997, 644; Koskisuu 2002, 148.)

Kuntoutumisvalmius sisältää Bostonin yliopiston tutkijoiden mukaan viisi osa-alueita, joita ovat

- tarve muutokseen,
- sitoutuminen muutokseen,
- tietoisuus ympäristöstä,
- tietoisuus itsestä sekä
- yhteisyyssuhteet.

Tarve muutokseen voi syntyä sekä ihmisestä itsestään että ulkopuolisista paineista. Tarvetta muutokseen ei ole, kun ihminen kokee, että hänen tarpeensa, kykynsä ja pyrkimyksensä ovat tasapainossa ympäristön resurssien, vaatimusten ja mahdollisuuksien kanssa. Sisäinen muutostarve syntyy tyytymättömyydestä nykyiseen tilanteeseen. Tyytyväisyys ja tyytymättömyys voivat liittyä päivittäiseen elämäntilanteeseen, oppimisen ja kehittymisen mahdollisuuksiin, työtilanteeseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Ulkoisia muutostarpeita voivat synnyttää monet tahot, läheiset tai viranomaiset, joiden toiminta vaikuttaa kuntoutujan elämään. Muutospaineita voi syntyä erilaisten säännösten tai politiikkojen muutosten seurauksena, jolloin paine tulee organisaatioista tai instituutioista. Kun ulkoinen paine synnyttää sisäisen muutostarpeen, kuntoutuminen mahdollistuu. (Farkas ym. 2000, 33 – 39; Cohen & Mynks 1993, 6; Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools 2001.) Samoin voidaan ajatella, että sisäinen muutostarve synnyttää ulkoista muutospainetta.

Kuntoutumisen edetessä ihmisen suhde ympäristöönsä muuttuu, jolloin ympäristön on avattava mahdollisuuksia kuntoutujalle.

Muutostarve ei ole sama kuin sitoutuminen muutokseen. Sitoutuminen muutokseen liittyy siihen, kuinka voimakkaasti kuntoutuja haluaa muutosta. Sitoutuminen on sitä vahvempaa mitä enemmän ihminen uskoo positiivisen muutoksen mahdollisuuteen. Muutokseen sitoutumiseen vaikuttaa se, että ihminen arvioi saavuttavansa enemmän kuin menettää, ja uskoo siihen, että omalla toiminnalla on merkitystä. Jotkut ihmiset näyttävät sietävän epätyytyttäväiäkin oloja mielummin kuin hakeutuvat tuntemattomaan muutosprosessiin. Muutos voi olla pelottava tai he eivät usko voivansa todella vaikuttaa tilanteeseensa. Ihmisen sitoutumiseen muutokseen vaikuttaa myös se, kuinka hän on onnistunut aiemmissa muutosyrityksissä, ja kuinka vaikeana hän pitää muutoksen aikaansaamista. Sitoutumiseen vaikuttaa myös hänen luottamuksensa siihen, kuinka hän kykenee hallitsemaan muutosta. Myös ihmisen käsitys saatavilla olevasta tuesta vaikuttaa sitoutumiseen. (Farkas ym. 2000, 33 – 39; Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools 2001; Koskisu 2003, 101.)

Tietoisuus ympäristöstä tarkoittaa sitä, kuinka tietoinen ihminen on nykyisen ympäristöstänsä mahdollisuuksista ja rajoituksista. Tietoisuudella ympäristöstä tarkoitetaan myös ihmisen tietoisuutta aiemmista elinympäristöistään, sillä kokemukset erilaisissa ympäristöissä toimimisesta värittävät ihmisen käsityksiä tulevista mahdollisuuksistaan. Esimerkiksi aiemmat vaikeudet yksin asumisessa voivat estää kuntoutujaa näkemästä yksin asumista tulevaisuudessakaan mahdollisena. Ympäristöillä tarkoitetaan tässä elinympäristöjen lisäksi mahdollisia opiskelu- ja työympäristöjä sekä erilaisia sosiaalisen toiminnan ympäristöjä. Tietoisuudella ympäristöstä halutaan tarkastella sitä, kuinka tietoinen ihminen on mahdollisuuksistaan tehdäkseen tulevaisuuttaan koskevia ratkaisuja. (Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools 2001; Farkas ym. 2000, 44 – 45.) Bostonin yliopiston tutkijat näkevät tietoisuuden ympäristöstä toisaalta tietämyksenä erilaisista mahdollisuuksista ja toisaalta mahdollisina rooleina. Mallissa pidetään toisaalta tärkeänä, että kuntoutajat tietävät, millaisia mahdollisuuksia on olemassa ja toisaalta pohditaan sitä, millaisissa rooleissa kuntoutuja haluaa tulevaisuudessa toimia: työntekijänä, opiskelijana, järjestöaktiivina, kuntoutuskodin asukkaana tai vertaistukijana.

Tietoisuus itsestä sisältää tietoisuuden siitä, mistä pitää, mikä kiinnostaa, millaisena ihmisenä pitää itseään, mitä pitää tärkeänä ja mitä tulevaisuudeltaan haluaa. Itsetietoisuus viittaa siihen, kuinka hyvin ihminen on prosessoinut sisäisiä kokemuksiaan, erityisesti reaktioitaan ja päätöksiään. Kun ihminen on tietoinen arvoistaan, mielenkiinnoistaan, tavoitteistaan, voimavaroistaan ja puutteistaan,

kuntoutumisen prosessi pääsee käyntiin, sillä silloin on helpompi asettaa myös kuntoutumiselle tavoitteita. Sairastuminen useimmiten vaikuttaa merkittävästi ihmisen arvoihin, maailmankuvaan ja omaan paikkaan siinä. Entinen arvojärjestys voi muuttua sairauden myötä, tai ihmisen käsitys kyvystään toteuttaa entisiä arvojaan muuttuu. (Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools 2001; Farkas ym. 2000, 43.) Tyypillisimmillään tämä näkyy suhteessa palkkatyöhön, sillä palkkatyön merkitys ihmisen statuksen, vapaa-ajan, identiteetin ja sosiaalisten suhteiden määrittäjänä on keskeinen. Sekä tietoisuus itsestä ja tietoisuus ympäristöstä auttavat kuntoutumisen tavoitteen asettamisessa ja nähdäkseni ovat päällekkäisiä kuntoutujan rooliodotusten osalta. Se, millaisissa rooleissa kuntoutuja haluaa tulevaisuudessa toimia, liittyy sekä tietoisuuteen itsestä että ympäristöstä.

Yhteisyysuhteilla tarkoitetaan bostonilaisessa kuntoutumisvalmiuskäsityksessä sitä, kuinka halukas ihminen on liittymään toisiin ja millä tavalla hän haluaa olla toisten kanssa. Tässä yhteydessä arvioidaan lisäksi sitä, kuinka ihminen suhtautuu kuntouttajiin ja muihin työntekijöihin. Yhteisyys on ihmisen halua muodostaa henkilökohtaisia suhteita. Avoimuus lisää mahdollisuutta saada tukea. Kuntoutujan tyytyväisyys yhteistyösuhteeseen kuntouttajan kanssa on yhteydessä kuntoutumisen edistymiseen. Kuntoutumisen prosessi sisältää tyypillisesti erilaisia vaiheita, jolloin kuntoutuminen tuntuu pysähtyneen tai jopa taantuneen. Erityisesti näissä vaiheissa tuki on tarpeellista. Lisäksi kuntoutuja tarvitsee tietoa kuntoutumisesta, sen vaihtoehtoista, hän tarvitsee kannustusta ja rohkaisua. (Farkas ym. 2000, 40 – 42; Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools 2001.) Yhteisyysuhteiden osalta on muistettava, että kyseessä ei voi olla pelkästään kuntoutujan kyky vuorovaikutussuhteisiin, vaan vuorovaikutustilanteissa on vähintään kaksi osapuolta, jotka molemmat vaikuttavat tilanteeseen.

Cohen ym. (1997, 644) kiteyttävät kuntoutumisvalmiuden siten, että ihmisellä, joka on valmis kuntoutukseen, on tarve kuntoutukseen, jotta hän saavuttaisi asettamiaan tavoitteita. Kuntoutukseen valmis ihminen pitää muutosta tavoiteltavana ja hän on avoin muodostamaan suhteita. Lisäksi hänellä on riittävästi itseymmärrystä ja kykyä merkitykselliseen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa. Hänellä on olemassa merkityksellisiä läheisiä, jotka kannustavat osallistumaan kuntoutukseen. Kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tarkoitus on selvittää kuntoutukseen sitoutuminen tiettyinä aikoina ja arvioida samalla, mitä kuntoutumisvalmiuden alueita pitää edelleen kehittää.

Kuntoutumisvalmiuden käsite kuvaa halukkuutta ja sitoutumista muutokseen, ei kykyä saavuttaa tavoitteita. Kuntoutumisvalmiudessa on kyse enemmän asenteista ja käsityksistä kuin kapasiteetista. Aktiivinen osallistuminen edellyttää mielenkiintoa prosessiin sekä käsitystä kuntoutuksen hyödyllisyydestä. Kuntoutumisvalmius on ajassa muuttuva. Sitoutuminen muutokseen vaihtelee, sillä ihmisen ympäristössä (esim. taloudellisessa tilanteessa, terveydessä, sosiaalisessa ympäristössä) tapahtuu lukuisia asioita, jotka vaikuttavat ihmisen tunteisiin ja asenteisiin, uskoon itseän ja muutoksen mahdollisuuteen. Kuntoutumisvalmius ei tarkoita valmiutta sitoutua muutokseen kaikilla elämänaalueilla, vaan ihminen voi olla halukas muuttamaan esimerkiksi elinympäristöään, mutta hänellä ei ole halukkuutta muutokseen työtilanteessaan. (Farkas ym. 2000, 29 – 31.)

Farkasin ym. (2000, 44) mukaan kuntoutumisen prosessi perustuu ihmisen ja hänen ympäristönsä väliseen suhteeseen. Ihmisen ja ympäristön välinen suhde ymmärretään tässä lähinnä mahdollisuuksien arenoina. Psykiatrisen kuntoutuksen tavoite perustuu siihen, millaisessa ympäristössä kuntoutuja haluaa tulevaisuudessa toimia. Ympäristön asettamat vaatimukset määräävät, millaisia taitoja ja resursseja ihminen tarvitsee saavuttaakseen päämääränsä. Tietoisuus ympäristöstä pitää sisällään tietoa ympäristön ihmisistä, toimintamahdollisuuksista ja fyysisestä ympäristöstä. Ihmisen käsitykset tulevasta rooleistaan erilaisissa ympäristöissä voivat olla huomattavan motivoivia. Tietoisuus ympäristöstä liittyy kuntoutujan käsityksiin tulevaisuuden mahdollisuuksista. Ympäristöt on nähty tässä mahdollisuuksina ja potentiaalisina toimintaympäristöinä, joista ihmisen vain tulee olla tietoinen problematisoimatta itse ympäristöjä, niiden asenteita tai toimintarajoituksia. Ihmisten syrjityksi tai leimatuksi tulemisen kokemusten taustalla on kuitenkin usein konkreettisia tilanteita, jotka kuntoutuja herkästi havaitsee ja myös sisäistää (Lauri 2004, 50 – 52; Anonymous 2001, 461; Deegan 1992, 11).

Bostonilainen kuntoutumisvalmiuden käsite on mielestäni yksilöpainotteinen. Vaikka kuntoutumisvalmiuden yksi keskeinen ulottuvuus on tietoisuus ympäristöstä, siinä painottuu vahvasti kuntoutujan suhde ympäristöön, ei niinkään ympäristön suhde kuntoutujaan. Farkas ym. (2000, 44) painottavat ympäristöjen erilaisuuksia, jolloin kuntoutujat tarvitsevat erilaisia taitoja ja resursseja erilaisissa ympäristöissä. Deeganin artikkeleissa ympäristöä koskeva voimakas kritiikki kohdentuu ympäristön asettamiin rajoitteisiin kuntoutujalle, jotka ovat sekä leimaavia, diskriminoivia että vahvasti asenteellisia. Bostonilaisessa kuntoutumisvalmiuden käsitteessä mielestäni korostuu Oliverin henkilökohtaisen tragedian malli ja kuntoutumisessa puolestaan henkilökohtaisen yritteliäisyyden vaatimus. Kuntoutuja toimii aina jossain ympäristössä ja

monenlaisissa vuorovaikutussuhteissa. Näen sen vuoksi tarpeelliseksi laajentaa tarkastelua koskemaan myös kuntoutuspalveluja ja niiden vuorovaikutusta sekä toimintaympäristöä ja sen merkitystä rajoittavana ja mahdollistavana tekijänä.

Sosiaalityö nähdään laajasti ymmärrettynä vuorovaikutustyönä, jonka lähtökohta on ihminen tilanteessaan. Sosiaalityössä on keskeistä asiakkaan tosiasiallinen tilanne, sen kulttuuriset ja yhteiskunnalliset yhteydet sekä työn kohdentaminen elämänmuutostilanteisiin, elinympäristössä selviämiseen ja ihmisten vuorovaikutussuhteisiin. (Karvinen 1996, 16.) Sosiaalityön lähtökohta on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Sosiaalityön näkökulmasta painottuu vuorovaikutuksellisuus ja yhteiskunnallisten tekijöiden yhteys mielenterveyteen. Ihmistä pyritään ymmärtämään suhteessa hänen elämäkokemuksiinsa ja vuorovaikutussuhteisiinsa. Sosiaalityön kohteena ei ole itse sairaus, vaan elämäntilanne, tapahtumat ja vuorovaikutus. Sosiaalityössä tarkastellaan mielenterveysongelmien vaikutusta arkeen, sosiaalisiin suhteisiin ja yhteiskuntaan osallistumiseen. Näin ollen olen purkanut kuntoutumisvalmiuden käsitettä erityisesti vuorovaikutuksen näkökulmasta. Vuorovaikutus liittyy sekä kuntoutujan vuorovaikutukseen toisten ja ympäristön kanssa että kuntoutuksen vuorovaikutukseen.

Kuntoutuminen, kuten mielenterveysongelmien kehittyminenkin ovat prosesseja, joihin vaikuttavat kuntoutujan lisäksi kuntouttaja, hänen taustaorganisaationsa ja toimintaympäristö (Kuvio 1). Kuntoutumisvalmius ei voi kehittyä tyhjiössä, vaan se kehittyy tai jää kehittymättä ihmisen suhteuttaessa itseään ja omia mahdollisuuksiaan ympäristöönsä. Kuviossa 1 kuntoutumisvalmiuden osatekijät ovat bostonilaisen kuntoutumisvalmiuden määrittelyn mukaisia. Yksilön tilanteen, hoito- ja kuntoutustilanteiden sekä toimintamahdollisuuksien osalta kuvio 1 liittyy omaan pohdintaani siitä, mitkä tekijät vaikuttavat kuntoutumisvalmiuden kehittymiseen yksilötasolla, hoito- ja kuntoutustilanteiden tasolla sekä toimintaympäristön tasolla. Kuviossa 1 esitetty malli kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavista tekijöistä on teoreettinen lähtökohta kuntoutumisvalmiuden operationalisoimiselle tässä tutkimuksessa.

Kuvio 1: Kuntoutumisvalmius ja sen rakentumiseen vaikuttavat tekijät

YKSILÖN TILANNE

- elämäntilanne (kuormittavuus)

HOITO- JA KUNTOUTUS- TILANTEET

- dialogisuus, vuorovaikutus
- toimintamallit, työtöteet, roolit

- vuorovaikutustaidot
- sosiaalinen tuki
- koherenssin tunne
- hallinnan tunne

- kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus, saatavuus, riittävyys
- mahdollisuuksien luominen, joustavuus
- oikea-aikaisuus

KUNTOUTUMISVALMIUS

- tietoisuus itsestä
- tietoisuus ympäristöstä
- tarve muutokseen
- sitoutuminen muutokseen
- yhteisyysuhteet

TOIMINTAMAHDOLLISUUDET

- ympäristön tarjoamat mahdollisuudet
- ympäristön turvallisuus
- palveluiden saatavuus ja joustavuus yksilöllisten tarpeiden mukaan
- palveluiden integraatio
- asenteet
- työmarkkinat, työllisyys
- lainsäädäntö, säännökset, sosiaaliturva

Kuntoutujan yhteisyysuhteet ovat keskeisiä kuntoutumisvalmiuden indikaattoreita. Vähemmälle tarkastelulle on kuitenkin jäänyt vuorovaikutussuhteen toinen osapuoli. Bostonilaisessa kuntoutumisvalmiuden määritelmässä ei tarkastella sitä, millaisen palvelun kuntoutuja kohtaa, millainen ideologia ja toimintapolitiikka ovat palveluiden tarjoajan toiminnan taustalla. Toisaalta se, millaisiksi kuntoutujan yhteisyysuhteet muodostuvat, riippuu sekä kuntoutujan että läheisten vuorovaikutustaidoista. Sairauden pitkittyessä läheisten jaksaminen on usein koetuksella. Akuuteissa tilanteissa omaisverkostot usein tiivistyvät, mutta ongelmien pitkittyessä läheisiltä saatu tuki voi heiketä.

Bostonin yliopiston tutkijoiden määrittelemä kuntoutumisvalmius ottaa huomioon ihmisen avoimuuden luoda henkilökohtaisia suhteita sekä tietoisuuden ympäristöstään, mutta ei problematisoi niitä. Mahdollisuus yhteistyösuhteeseen liittyy myös kuntouttajan kyvykkyyteen, työmenetelmiin ja työotteisiin, kuntoutustilanteen dialogisuuteen, tarkoituksenmukaisuuteen ja saatavuuteen. Toimintamahdollisuudet omassa ympäristössä liittyvät myös ympäristön ominaisuuksiin, sen tarjoamiin mahdollisuuksiin, asenteisiin ja todellisiin valinnan

mahdollisuuksiin. Tämän tutkimuksen kohteena ei ole yksin kuntoutuja ja hänen kuntoutumisvalmiutensa, vaan myös kuntoutumisvalmiuden kehittymisen suhde kuntoutukseen, toimintajärjestelmään ja toimintaympäristöön.

2.4 Kuntoutumisvalmiuden rakentuminen

2.4.1 Kuntoutuja kuntoutumisprosessissa

Mielenterveyskuntoutujien vaikeudet liittyvät hyvin yleisesti vuorovaikutussuhteisiin ja suhteeseen ympäristöön. Mielenterveyskuntoutujille on tavallista minäkuvan negatiivisuus ja ympäristön kokeminen negatiivisena, jopa vihamielisenä. Mielenterveysongelmat aiheuttavat ongelmia juuri niille persoonallisuuden alueille, jotka ovat tarpeellisia kuntoutumisen kannalta, kuten aktiivisuus elämänprojektejaan suunnittelevana subjektina, pitkäjänteisyys, kyky asettaa tavoitteita ja sitoutua niihin sekä mahdollisuus toimia omien tavoitteidensa suuntaisesti. Ellei ihminen usko oman toimintansa vaikuttavuuteen ja positiivisen muutoksen mahdollisuuteen, on hänen hyvin vaikea sitoutua muutosprosessiin, joka voi olla joskus vuosienkin mittainen.

Mielenterveyskuntoutajat ovat oppineet ongelmien keskeisesti olevan heissä itsessään, jolloin kuntoutuksen tavoite on muuttaa itseä. Mielenterveysongelmissa sairaudesta muodostuu usein osa koko persoonallisuutta. (Deegan 1992, 11.) Mielenterveysongelman kehittyminen on yleensä prosessi, jossa ihminen suhteuttaa itseään ympäristöönsä ja tulkitsee sitä oman kielteisen minäkuvansa kautta. Hän saa mahdollisesti ympäristöstään kielteistä palautetta, kun ei kykene selviytymään rooleistaan tai käyttäytyy poikkeavasti. Mielenterveysongelmien pitkittyessä suhteet omaisiin ja läheisiin joutuvat koetukselle. Mielenterveyskuntoutuksessa sosiaalinen ulottuvuus korostuu, sillä psyykinen oireilu aiheuttaa ongelmia ihmisen suhteeseen ympäristönsä kanssa ja toisaalta ihmisen sosiaaliset taidot ovat keskeisiä elementtejä, joiden varaan kuntoutuminen rakennetaan. Ihminen tarvitsee vuorovaikutustaitoja kyetäkseen luomaan luottamuksellisia suhteita ja saadakseen tukea eri tahoilta kuntoutumisen prosessinsa eri vaiheissa, vaikka tosin on myös muistettava, että hyvä yhteistyösuhde asettaa ehtoja myös suhteen toiselle osapuolelle.

Kramerin ja Gagnen (2001, 470 - 472) mukaan mielenterveyskuntoutujista tulee taitavia arvioimaan itseään pelkästään heikkouksien näkökulmasta. Sisäistyneet kielteiset asenteet voivat olla peräisin niin omasta perheestä, kulttuurista kuin hoitojärjestelmistäkin. Monet kielteiset asenteet ovat peräisin uskuksesta psykiatristen ongelmien kroonisuudesta. Kuntoutajat saavat usein kuulla,

että heidän tavoitteensa ovat epärealistisia, ja että he eivät tiedä, mikä on heille parhaaksi. Kuntoutujien kokemuksen mukaan omat sisäistyneet asenteet ovat vaikein este kuntoutumisen ja valtaistumisen edessä. Monista tulee epävarmoja, ja he pelkäävät epäonnistumisia ja yrittämistä. Alistuminen ja avuttomuus ovat kuntoutujien kokemuksen mukaan seurausta epätoivosta sekä liiallisesta luottamuksesta terapeutteihin ja lääkkeisiin. Alistuminen ja avuttomuus ovat seurausta myös sosiaalisten taitojen surkastumisesta ja eristäytyneeseen elämäntapaan liittyvistä käyttäytymismalleista (mt. 471 – 472).

Mitä vahvempi luottamus ihmisellä on oman toimintansa vaikuttavuuteen, sitä valmiimpi hän on asettamaan itselleen tavoitteita, ja sitä sitkeämpi hän on ponnistelussaan tavoitteitaan kohti (Härkäpää & Järvikoski 1995a, 141). Hallinnan tunne kietoutuu ihmisen elämänrakenteeseen ja elämäntapaan: suotuisat elämäntapahtumat heijastuvat hyvänä hallinnan tunteena ja kielteiset tapahtumat johtavat helposti negatiiviselle kehälle. Kuntoutuksen kannalta tällöin on keskeinen kysymys, millä tavoin kuntoutuksessa pystytään murtautumaan hallinnan menetystä vahvistavalta uralta sellaiselle uralle, jossa kuntoutujan käsitys omasta pystyvyydestä voi kehittyä. Hallinnan tunteella on todettu olevan sekä toimintaa motivoiva että terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävä vaikutus.

Toinen tapa tarkastella hallintakäsityksiä on koherenssin tunne. Koherenssin tunne viittaa ihmisen tapaan hahmottaa ja ymmärtää ympäristöään. Sillä on kolme osatekijää: ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. Ymmärrettävyys tarkoittaa tunnetta siitä, että sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet ovat sekä ymmärrettäviä, ennakoitavia että selitettävissä olevia. Vaikka ärsykkeet olisivat yllätyksellisiäkin, ne ovat jollain tavoin selitettävissä. Hallittavuus tarkoittaa sitä, että ihminen uskoo hänellä olevan keinoja selviytyä haasteista ja erilaisista tilanteista. Keinot voivat liittyä joko omiin tai saatavilla oleviin ympäristön tarjoamiin resursseihin. Mielekkyys viittaa siihen, että eteen tulevat tilanteet ja haasteet ovat merkityksellisiä emotionaalisesti, että niihin kannattaa panostaa ja sitoutua. (Antonovsky 1987, 17 – 19.) Koherenssin tunne ei ole ominaisuus, vaan se on suhde, johon myös ympäristö vaatimuksineen vaikuttaa. Koherenssin tunne on hallinnan tunnetta laajempi konstruktio. Hallinnalla tarkoitetaan ympäristön asettamien vaatimusten ja omien kykyjen ja resurssien sopusointuisuutta (Härkäpää & Järvikoski 1995b, 171). Koherenssi liittyy hallittavuuteen, mutta viittaa myös laajemmin luottamukseen asioiden selitettävyydestä, mielekkyydestä ja myönteisestä etenemisestä. Koherenssin tunne on käsitteenä vuorovaikutuksellinen, sillä se pohjautuu ajatukseen siitä, että asiat ovat hallittavissa joko omin keinoin tai toisten avustamana. (Järvikoski 1994, 110.)

Kuntoutuminen voidaan määritellä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten valmiuksien löytämisenä ja kehittämisenä. Mielenterveysongelmien ja mielisairauksien kehittyminen on yleensä pitkäaikainen prosessi. Ihminen kohtaa elämänsä varrella tapahtumia, joista toipuminen edellyttää psyykkisiä voimavaroja. Elämäntapahtumien vaikutus riippuu siitä, millainen merkitys niillä on ihmisen kokemuksissa ja toisaalta myös itse tapahtumista, niiden kasautumisesta ja vakavuudesta. Terveiden kannalta sellaiset elämäntapahtumat ovat vahingollisimpia, joiden ihminen katsoo olevan hallinnan ulkopuolella. Jos ihminen kohtaa usein elämänsä varrella sellaisia elämäntapahtumia, joista hän ei koe selviytyvänsä, ympäristö alkaa muodostua uhkaavaksi ja ihmisen käsitys itsestä muuttua kielteiseksi. Jos ihminen toistuvasti kokee muutoksista seuraavan ikävyyksiä, hän lakkaa toivomasta muutoksia ja lakkaa myös uskomasta oman toimintansa vaikuttavuuteen. Elämänmuutokset aiheuttavat stressiä silloin, kun ne aiheuttavat uusia vaatimuksia normaalitoimintojen ylläpitämisessä (Bäckman 1987, 67). Kuormittuminen kertoo aina siitä, että ihminen ei kykene vastaamaan itselleen tärkeäksi kokemiin, ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Jos hän katsoo omien resurssiensa riittävän tilanteesta selviämiseen, tilannetta ei koeta stressaavana, mutta toisaalta pieneltäkin näyttävä vastoinkäyminen voi tuntua stressaavalta, ellei ihminen näe keinoa selvitä siitä (Helasti 1999, 14). Kuormittavat elämäntilanteet sitovat ihmisen energiaa ja resursseja, millä on keskeinen merkitys kuntoutuksen ajoitukselle.

Sairauteen sopeutumista voidaan tarkastella sairastumisen vaihemallien kautta. Niissä sairauteen sopeutumisen ajatellaan seuraavan ajallisesti tietynlaisena reaktiosarjana ja sopeutumisprosessina. Sairastumista seuraa aluksi järkytyksen ja uhkan kokemukset sekä hallinnan menetyksen pelko. Ihminen puolustautuu kriisin seurauksia vastaan esimerkiksi selittäen ongelmat jostain muusta kuin sairaudesta johtuviksi. Hyväksymisvaiheessa ihminen joutuu hyväksymään tilanteensa ja sopeutumisvaiheessa hän kykenee käsittelemään tilannettaan rakentavasti. Toisaalta katsotaan, että sairastuminen sinällään ei välttämättä aiheuta hallinnan menetyksen tunnetta ja avuttomuutta, vaan tällaiset reaktiot seuraavat ihmisen hahmottaessa sairauttaan suhteessa ympäristön vaatimuksiin, rajoituksiin ja asenteisiin. Ihmisten reaktiot sairastumiseen vaihtelevat hyvin paljon tulevaisuuden haaveiden täydellisestä romahtamisesta ja oman identiteetin syvällisestä työstämisestä tapahtumasarjaan, joka edellyttää joitakin käytännön järjestelyjä. (Härkää & Järvikoski 1995a, 129 - 130.) Kuntoutumiseen vaikuttaa hyvin 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 (Härkää & Järvikoski 1995a, 136).

Vaikka sairauteen sopeutumisen käsite voidaan problematisoida monin tavoin, on käsitettä tässä yhteydessä käytetty juuri mielenterveyden häiriöiden erityispiirteiden vuoksi. Mielenterveyskuntoutujat itse painottavat sairastumisen hyväksymisen merkitystä kuntoutumisen perustana. Ihminen joutuu usein luopumaan monista asioista sairastuttuaan, kuten unelmistaan, tavoitteistaan ja rooleistaan. Sopeutuminen tässä yhteydessä viittaa enemmän tietoisuuteen itsestä ja rajoituksista, joiden varaan kuntoutuminen voidaan rakentaa. Sopeutumista ei ajatella tässä sisäisenä prosessina, vaan ihminen suhteuttaa itseään aina ympäristöönsä. Mielenterveyden häiriöiden syiden, seurausten ja häiriöistä toipumisen ymmärtäminen on vaikeampaa kuin somaattisissa sairauksissa. Lisäksi mielenterveyden ongelmiin liittyy hyvin voimakkaita asenteita ja pelkoja, joita on niin sairastuneilla itsellään kuin ympäristössäänkin. Sairauteen sopeutumisen vaihemallit tarjoavat myös yhden näkökulman kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen. Kuntoutuksen kannalta on erittäin merkityksellistä se, pyrkiikö ihminen puolustautumaan sairautta vastaan, vai onko hän hyväksynyt tilanteensa.

Kuntoutuminen on Deeganin (2001, 92) mukaan uudenlaisen itsekäsityksen ja elämäntarkoituksen luomista sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Henkilökohtaiset rajoitukset ovat perusta, joille ainutkertaiset mahdollisuudet perustuvat. Deegan puhuu kuntoutumisen paradokseista tarkoittaessaan sitä, että hyväksymällä sen, mitä ei voi olla, löytää vähitellen sen, miksi voi tulla. Young ja Ensing (1999) ovat tutkineet mielenterveyskuntoutujien käsityksiä kuntoutumisen prosessista sekä sitä, millaisia vaiheita kuntoutumisessa on ollut. Vaikka kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, on löydettävissä prosessia kuvaavia yhteisiä piirteitä. Kuntoutujien kuvausten perusteella tutkijat hahmottivat kuntoutumisen prosessissa viisi vaihetta: irti pysähtyneisyydestä, oman täysivaltaistumisen mahdollisuuden löytäminen ja kasvattaminen, itsen uudelleen määrittelemineen, perusasioista vastuun ottaminen uudelleen (itsestä huolehtiminen, aktiivisuus ja toisiin ihmisiin liittyminen) ja elämänlaadun parantaminen. Myös oman työkokemukseni perusteella olen todennut, että alku kuntoutumiselle edellyttää kuntoutujan oivallusta siitä, ettei entiseen ole paluuta ja oman tilanteensa hyväksymistä. Vasta sen jälkeen kuntoutujan on mahdollista arvioida tilannetta uudelleen, mikä hänelle on mahdollista. Kuntoutumisvalmiuden kannalta mielenkiintoisin vaihe on se, miten ihmiset pääsevät irti pysähtyneisyydestä, mikä saa heidät suuntautumaan tulevaisuuteen ja asettamaan tavoitteita. Kuntoutujat kuvasivat tätä vaihetta usein vaikeimmaksi.

Hyväri (2001, 66 – 72, 127, 136) on tutkinut marginaalista selviytymistä. Hän käyttää marginaalin käsitettä syrjäytymisen käsitteen sijasta, koska marginalisaatio käsitteenä tavoittaa paremmin

elämäkokemukset ja -kohtalot. Marginaali tarkoittaa reuna-aluetta. Marginaalissa olijalla ei kuulu tavallaan mihinkään, hän on paikaton. Marginaalin tila ei muutu, ellei itse tila tai siinä vaikuttavat suhteet liiku. Uudet mahdollisuudet voivat syntyä ainoastaan toiminnasta ja merkitysten muutoksista marginaalisissa paikoissa. Vierauden ja eristyneisyyden tilaa uusintavien suhteiden ja niihin liittyvien merkitysten on muovauduttava uudelleen. Tarvitaan uusien yhteisösuhteiden syntymistä marginaalistuneiden suhteiden tilalle. Mikä sitten saa muutoksen aikaan, sillä myös syrjässä eläminen on mahdollisuus? Marginaalissa oleminen voi muodostua osaksi identiteettiä.

Deegan (2001, 94) kuvaa omakohtaista kokemusta siitä, kuinka pienenkin toivon viriäminen voi muodostua käännekohdaksi, johon on tartuttava. Laurin (2004, 47) tutkimuksessa toivon viriäminen saattoi liittyä merkityksellisiin ihmisiin ja asioihin omassa elämässä, sosiaaliseen tukeen, kuulluksi tulemisen kokemukseen, kokemukseen tilanteen paranemisesta ja voimavarojen löytymisestä sekä tietoon. Rosen ja Blackin (1985, 20) mukaan kuntoutujan täytyy ymmärtää alistumisen todellisuus, ei suljettuna maailmana, josta ei pääse ulos, vaan rajoittavana tilanteena, jonka voi muuttaa. Hyvärin (2001, 97) kuvaamissa selviytymistarinoissa kuljettiin vaikeuksien kehkeytyemisestä syviin kriiseihin ja lopulta kohti muutosten mahdollisuuksia. Hyväri (mt. 250) pitää marginaalin murtamista eettisenä tekona, ja se edellyttää vastuullisen suhteen syntymistä toiseen. Kuntoutujan näkökulmasta marginaalista murtautuminen edellyttää vastuullisen suhteen syntymistä itseän. Uusien roolien omaksuminen edellyttää toimintaa. Kurki (2000, 133 – 134) kuvaa hieman samaa teemaa innostamisen ja motivoinnin käsitteillä. Hänen mukaansa aitoa osallistumista ei synny ilman herkistymistä ja motivoitumista. Herkistyminen tarkoittaa puuduttavassa arjessa elävien ihmisten herättelemistä ja heidän tietoisuutensa koskettamista. Herätellään ihmistä sellaiseen toimintaan, jonka hän voisi kokea subjektiivisesti merkitykselliseksi, ja sitä kautta hänessä herää tarve saada lisää tietoa elämästään, suhteestaan historiaansa ja ympäristöönsä.

Vaikka ei-toivotuilla elämäntapahtumilla on todettu olevan yhteys terveyteen, on myös havaittu, että jotkut hyvinkin vaikeita tilanteita kohdanneet ihmiset eivät näytä samalla tavoin haavoittuvilta. Erilaiset psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, kuten sosiaalinen verkosto, sosiaaliset taidot, psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset resurssit, elämäntapahtumat, elämäntapa tai työhistoria voivat sekä altistaa että suojata sairaudelta (Järvikoski 1994, 42). Uuden tasapainon saavuttamisessa yksi merkittävä tekijä on sosiaalisen tuen saatavuus. Ihmiset, joilla on useita erilaisia ihmissuhteita, ja jotka kuuluvat kiinteästi erilaisiin yhteisöihin, selviytyvät kriittisistä elämäntapahtumista helpommin kuin ne, joilla on staattiset sosiaaliset kontaktit ja vähemmän valinnanmahdollisuuksia ympäristössään. Vuorovaikutussuhteet lisäävät edellytyksiä sopeutua yllättäviin ja vaikeisiin tilanteisiin. (Bäckman

1987, 76 – 77.) Vaikeatkin kriittiset elämäntapahtumat voidaan kokea positiivisiksi haasteiksi, jos ihminen mieltää käytettävissään olevat resurssit riittäviksi. Sosiaalisella tuella on todettu olevan merkitystä sekä sairastumisessa että kuntoutumisessa. Sosiaalinen tuki voi olla tiedollista tai konkreettista apua, arvostusta, kumppanuutta tai mahdollisuus positiiviseen identifiikaatioon. Sosiaalinen verkosto toimii paitsi hyvinvointia ja hallinnan tunnetta lisäävänä tekijänä, se toimii myös puskurina stressiä vastaan. (Järvikoski 1994, 20 – 22.) Mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisen kertomuksissa on useimmiten korostunut sellaisen ihmisen olemassaolo, jonka läsnäoloon voi luottaa tarpeen tullen.

”Kaikki, jotka ovat kokeneet vaikean sairastumisen, tietävät ja tuntevat epätoivon ja ahdistuksen. Se on itsesääliä. Se on elämistä pimeydessä ilman toivoa, ilman tulevaisuutta tai menneisyyttä. Se on elämän vihaamista. Se on itseen suunnattua raivoa ja vihaa. Se on niin syvä haava, ettei mikään huuto pysty sitä kuvaamaan. Se on kuin elävältä kuolemista ilman toivoa ylösnousemuksesta. Se on epätoivon vammauttamana olemista. (...) En pysty muistamaan, koska tarkalleen hento ja hauras toivon ja rohkeuden liekki alkoi valaista epätoivon pimeyttä. Muistan, että vaikka itse olin luovuttanut, oli ihmisiä, jotka eivät olleet. Ihmisiä, jotka eivät hylänneet minua. He eivät kyenneet muuttamaan minua, eivätkä parantamaan minua. He eivät voineet nousta vuorelle kanssani, mutta ymmärsivät, miten vaikea minun oli nousta. He eivät hukuttaneet minua optimistisiin suunnitelmiinsa, mutta pysyivät toiveikkaina, että itse voin muuttua, kaikesta huolimatta.” (Pat Deegan, suom. Koskisuus 2003, 26.)

Sairastumisen merkitys ihmisen elämässä vaihtelee hänen voimavarojensa, sosiaalisen tilanteensa ja tavoitteidensa mukaisesti (Härkäpää & Järvikoski 1995a, 129). Ihmisen joutuessa kuormittavan ja vaativan tilanteen eteen, hän arvioi tilanteen uhkaavuuden ja vahingollisuuden ja omien voimavarojensa riittävyyden tilanteesta selviytyäkseen. Tilanteen erityispiirteistä ja ihmisestä itsestään riippuu, millaiseksi tilanne koetaan.

Kuntoutujien näkökulmasta kuntoutuminen lähtee liikkeelle siitä, että kuntoutuja hyväksyy oman sairastumisensa ja hyväksyy myös tarvitsevansa apua selviytyäkseen. Kuntoutujat kertovat vähitellen löytäneensä halun kasvuun ja muutokseen toivottomuuden tunteesta huolimatta, ensimmäisenä yksinkertaisesti halun huolehtia itsestään. Toinen tärkeä tekijä kuntoutumisen käynnistymiseksi on toivon herääminen. Monet kertovat löytäneensä toivon toisten kuntoutujien kertomuksista, toisten selviytymistarinat toimivat eräänlaisina roolimalleina. Usein toivo on löytynyt jollain tavoin toisten ihmisten kautta. Tieto sairaudesta, hoitomenetelmistä, kuntoutusmahdollisuuksista ja vaihtoehtoista voivat virittää toivoa myös omista mahdollisuuksista. Kun sairastumisesta on kulunut aikaa, kuntoutujat yleensä oppivat tunnistamaan sairauden

vaiheitaan 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 tärkeimmistä tekijöistä. Omia käyttäytymistapoja on opittava tunnistamaan, ja tuhoisia, vahinkoa tuottavia toimintatapoja on opittava välttämään. (Young & Ensing 1999; Koskisuu 2003.)

2.4.2 Vuorovaikutteiset hoito- ja kuntoutustilanteet

Kuntoutus määritellään suunnitelmallisena ja prosessinomaisena toimintana, johon sisältyy prosessin jatkuvan arvioimisen idea. Kuntoutuksen tulisi perustua kuntoutujan ja kuntouttajan yhdessä laatimaan suunnitelmaan, jota ajoittain tarkistettaisiin. Kettunen ym. (2003, 34) toteavat, että kuntoutuminen perustuu kuntoutujan tarpeiden, edellytysten ja voimavarojen sekä elämäntilanteen tarkkaan kartoittamiseen, joiden pohjalta laaditaan kuntoutujan kanssa yhteistyössä kuntoutussuunnitelma. Käytännössä kuitenkin käy niin - ainakin mielenterveyskuntoutuksessa, ettei kuntoutussuunnitelmia useinkaan tehdä, kuntoutujat eivät ole tietoisia kuntoutussuunnitelmasta tai eivät koe sitä omakseen (Lauri 2004, 57 – 58). Kuntoutussuunnitelman tekeminen liittyy yleensä hallinnolliseen käytäntöön, jossa kuntoutussuunnitelma sisältyy lääkärin laatimaan b-lausuntoon, mutta useinkaan tämä ei ole sellainen idealistisissa tavoitteissa tarkoitettu yksityiskohtainen suunnitelma, joka kuntoutujan kanssa yhdessä laadittaisiin. Lauri (mt. 57, 60) totesi tutkimuksessaan, että kuntoutussuunnitelmista ei ollut eläväksi välineeksi kuntoutujan ja kuntouttajan väliseen vuorovaikutukseen, ja kuntoutuksen suunnittelu oli asiantuntijakeskeistä ja sattumanvaraista.

Kuntoutustoimenpiteet eivät toimi sellaisenaan, vaan niitä on toteuttamassa aina ihmisiä ja tilanteissa olennaista on sosiaalinen vuorovaikutus. Kuntoutusohjelmat voidaan ymmärtää erilaisia mahdollisuuksia sisältävinä kokonaisuuksina, joissa mahdollisuuksien realisoituminen riippuu subjektien persoonallisten ja yhteiskunnallisten potentiaalien erojen ohella myös toimeenpanevan organisaation kyvykkyydestä (Suikkanen 2000, 20 – 21). Kuntoutustilanteen ja järjestelmän kannalta oleellinen kysymys on, vahvistaako kuntoutus ja siinä syntyvä vuorovaikutus kuntoutujan identiteetin ja siihen liittyvän avuttomuuden rakentumista vai vapauttaako se niistä (Järvikoski 1994, 47). Kuntoutujan saama hyväksyntä, rohkaisevat ja hyväksyvät ihmiset ovat tärkeitä itseluottamuksen ja -arvostuksen rakentumiseksi. Kuntoutuksen määrittelemisen vaikuttaa työotteisiin ja menetelmiin. Kuntoutujan ja kuntouttajan välinen vuorovaikutus on erittäin tärkeä

kuntoutumisprosessissa ja siinä, miten kuntoutuja hahmottaa omia mahdollisuuksiaan. Kun kuntoutumisvalmiuden oleellisin kysymys kuntoutujan kannalta on käsitys oman toiminnan vaikuttavuudesta, kuntouttajan ja kuntoutuksen toteutuksen kannalta keskeistä on, tukeeko kuntoutus kuntoutujan pystyvyyden kokemuksia, ja avaaako kuntoutus mahdollisuuksia.

Kuntoutumisvalmiuden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää onnistumisen kokemuksia ja todellisten vaihtoehtojen olemassaoloa. Kuntoutuksen keskeinen kysymys on, kyetäänkö sillä vaikuttamaan kuntoutujan hallintakäsitykseen ja sellaiseen hallinnan menetyksen tunteeseen, jossa yleensä negatiiviset tapahtumat kumuloituvat (Härkäpää & Järvikoski 1995, 142). Myönteiset kokemukset lisäävät kuntoutujan tunnetta elämäntapahtumien hallittavuudesta ja vahvistavat pystyvyysodotuksia. Hallinnan tunteen kasvaminen on yleensä tapahtumasarja, joka voi käynnistyä millä tahansa elämänalueella laajentuen kattamaan myös muita alueita (Järvikoski 1994, 153).

Kuntoutuksen taustaoletukset ja arvot ohjaavat toimintaa ja tietoisuus niistä on tärkeää. Auttajista tulee osa ongelmaa Kramerin ja Gagnen (2001, 473) mukaan silloin, kun he pitävät asiakkaitaan sairaina, jatkuvaa tukea tarvitsevinä. Tällaiset asenteet saavat työntekijän suojelemaan asiakastaan liiaksi epäonnistumisilta ja riskeiltä, he sitovat kuntoutujan asiakkuuteen, he voivat nähdä asiakkaan onnistumiset tai vaikeudet riippuvaisina työntekijöiden kyvyistä eivätkä näe asiakkaan potentiaalisia mahdollisuuksia. Palveluissa keskittyminen oireisiin ja patologiaan voimavarojen ja resurssien sijasta tuottaa mielenterveyskuntoutujalle kielteisen kuvan omista mahdollisuuksistaan. Hyvää tarkoittavat ja suojelevat työntekijät pyrkivät suojaamaan kuntoutujaa epäonnistumisilta, eikä tällöin käy mahdolliseksi oppiminen omista elämäkokemuksistaan. Lääketieteellisessä toimintamallissa painottuu sairaus, sen kroonistavat tai pitkäaikaiset seuraukset. Kuntoutujalle voidaan kertoa, että hänen pitää jatkossa aina ottaa huomioon sairautensa, hänen pitää käyttää lääkitystä pitkään, joskus jopa loppuiän, ja mallin mukaisessa kuntoutuksessa keskitytään oireiden hallintaan (Kramer & Gagne 2001, 473 – 474). Oireenmukainen hoitaminen tekee kuntoutujan riippuvaiseksi hoitojärjestelmästä, sillä siinä ei pureuduta sairauden syihin tai seurauksiin.

Deeganin (1992, 12) mukaan toivottomuuden ja alistamisen kehä syntyy, kun mielenterveysongelmaista pidetään kykenemättömänä määräämään itsestään, koska mielenterveysongelmien ajatellaan vaikuttavan ajatustoimintoihin. Mielenterveysongelmaista pidetään irrationaalisenä ja hänen ajatuksiaan, valintojaan ja ilmaisujaan usein epäadekvaatteina, minkä johdosta järjestelmä ottaa vastuuta ihmisestä ja hänen valinnoistaan. Tämän tuloksena mielenterveysongelmainen oppii avuttomuutta ja näin järjestelmän luoma ennuste täyttyy. Oman

elämän kontrolli ja vastuu siirtyy järjestelmälle. Ihminen oppii avuttomuutta tilanteissa, joissa hänellä ei ole itsellään vastuuta. Avuttomuus vaikuttaa motivaatioon, ajatustoimintoihin ja tunteisiin. Avuttomuuden seurauksia ovat apatia, vetäytyminen, masennus, luopuminen, viha ja ahdistus. Hoitojärjestelmässä nämä oireet lisäksi tulkitaan usein psykoottisten häiriöiden negatiivisiksi oireiksi, vaikka niiden alkuperä voi olla myös hoitomenetelmissä.

Kuntoutujalähtöisyydestä puhutaan paljon, mutta usein se jää vain retoriikan asteelle (Riikonen ym., 1996, 1; Kostamo-Pääkkö 2001, 18; Salo 1996, 268). Mielenterveyskuntoutus on asiantuntijakeskeistä, jossa kuntoutujan subjektiivisuus ohitetaan helposti (Riikonen ym. 1996, 1). Kuntoutuja- tai asiakaslähtöisyyden käsitteissä on jopa myyttisiä aineksia ja niiden eetos on niin vahva, ettei kukaan asiantuntija halua tunnustaa toimivansa muista lähtökohdista. Kuntoutuksessa väistämättä vaikuttavat valta-asetelmat peittyvät idealististen tavoitteiden taakse. (Piirainen 1999, 3, 11; Ala-Kauhaluoma 2000, 13.) Kuitenkin byrokraattisuus, professionalismi, palveluiden yhdenvertaisuuden periaate eivät ole samansuuntaisia asiakas- tai kuntoutujalähtöisyyden periaatteiden kanssa. Työntekijä tuo tilanteisiin oman kielensä, joiden avulla ilmiöitä selitetään, omat toimintatapansa ja menetelmänsä, joiden hän katsoo olevan hyödyksi. Mitä nopeammin työntekijä ymmärtää, mistä on kysymys, sitä vähemmän jää tilaa dialogille ja uusille mahdollisuuksille. Työntekijällä voi olla kokemuksensa perusteella standardiluokittelut, joiden avulla ongelmia selitetään ja standardimenetelmät, joiden avulla kuntoutujia kuntoutetaan. Suikkanen ja Lindh (2001a, 53) painottavat tarvetta nostaa perinteisen asiantuntijuuden rinnalle toisenlaisia, yhteisöllisempiä, asiantuntijuuden muotoja, kuten dialogisuutta, kommunikatiivisuutta ja mahdollistavaa tilanteiden määrittelyä.

Kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tarkoitus on Anthonyn ym. (2002, 134) mukaan selvittää kuntoutujan halu osallistua kuntoutukseen tietynä ajankohtana. Kuntoutumisvalmiudessa on Anthonyn ym. (mt. 134) mukaan kyse enemmän kuntoutujan itseluottamuksesta kuin kyvystä. Farkasin ym. (2000, 32) mukaan kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tarkoitus on auttaa suunnittelemaan seuraavia tarkoituksenmukaisia toimintamuotoja. Elli Peterin (2003, 28 - 29) pro gradu -työssä tarkasteltiin kuntoutumisvalmiuden käsitettä sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitajat kokivat tärkeäksi antaa kuntoutujalle riittävästi aikaa. Tutkimuksessa määriteltiin kuntoutumisvalmius kuntoutuksen oikea-aikaisuudeksi, jonka nähtiin kuvaavan kuntoutujan kykyä osallistua omaan kuntoutumisen suunnittelu- ja toteutusprosessiin. Kuntoutumisvalmiuden arvioimisessa kuntoutuja nähtiin avainasemassa: kuntoutuja itse määritteli voimavaransa ja halunsa

pitkäjänteiseen prosessiin. Ellei kuntoutuja kokenut olevansa valmis, hoitajat katsoivat kuntoutujan tarvitsevan aikaa lisää hoitoprosessiinsa.

Prochaskan.(1992, 1103 – 1104) muutoksen vaiheiden tarkastelu avaa yhden näkökulman kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen. Hänen mukaansa muutos käyttäytymisessä tapahtuu esiharkinnan, harkinnan, valmistelun, toiminnan ja ylläpidon vaiheiden kautta. Ihmisen ollessa esiharkinnan vaiheessa hän ei ole valmis ryhtymään toimintaan muutoksen aikaansaamiseksi, eikä hän välttämättä itse edes ole tietoinen ongelmien olemassaolosta. Tässä vaiheessa pikemminkin toiset pyrkivät muuttamaan ihmistä, joka voi pakon edessä osallistua toimenpiteisiin. Esiharkinnan vaiheessa kuntoutujalla voi olla toive muutoksesta, mutta hän ei ole vielä valmis sitä harkitsemaan. Harkinnan vaiheessa kuntoutujan oma tietoisuus ongelmasta herää, mutta ei vielä toimintaan sitoutuminen. ”Jumiutuminen” tähän vaiheeseen pitkiksi ajoiksi on tavallista. Kuntoutuja puntaroi muutoksen hyviä ja huonoja puolia sekä muutokseen tarvittavaa energiaa ja ponnisteluja suhteessa omaan tilanteeseensa. Valmisteluvaiheeseen liittyy pienten muutoksen suuntaisten askelten ottaminen, mutta suunnitelmaa tavoitteen saavuttamiseksi ei vielä ole. Toimintavaiheessa kuntoutuja toimii tavoitteiden suuntaisesti. Ylläpitovaiheessa saavutukset pyritään lujittamaan ja sairauden uusiutuminen ehkäisemään. Ylläpidon vaihe ei ole staattinen vaihe, vaan tarvitaan aktiivinen toimintasuunnitelma tilanteen vakiinnuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Kuntoutuksen oikea-aikaisuus on sitä, että kuntoutustoimenpiteet vastaavat kuntoutujan tarpeita. Muutoksen eri vaiheissa tarpeet ovat erilaisia, jolloin myös kuntoutus on suunniteltava siten, että se vastaa kuntoutujan tarpeita.

Useissa yhteyksissä on todettu kuntoutujien poikkeavan hyvin paljon toisistaan siinä, kuinka paljon he haluavat muutosta (Peteri 2003, 28; Anthony ym. 2002, 133; Farkas ym. 2000, 23 – 24). Kuntoutujat eivät hyödy kuntoutuksesta, ellei heillä ole tarvetta tai halua kuntoutukseen, elleivät he näe muutosta haluttavana tai mahdollisena, tai heidän tietoisuutensa itsestään tai muutoksen mahdollisuudesta on liian rajoittunut. Pysähtyminen esiharkinnan ja harkinnan vaiheisiin on tyypillistä mielenterveysongelmissa, sillä kuntoutujien ongelmat ilmenevät usein juuri niissä tekijöissä, joita tarvitaan kuntoutumiseen, kuten aktiivisuus sosiaalisissa suhteissa, toiminnallisuus, usko muutokseen sekä hallinnan ja koherenssin tunteet. Kuntoutumisvalmiuden näkökulmasta kuntoutuja tarvitsee sellaista kuntoutusta, joka herättelee kuntoutujan toivoa ja omaa halua muutokseen, herättää mahdollisesti puuduttavasta arjesta tietoisuuteen siitä, että muunkinlainen todellisuus on mahdollinen. Ilman toivoa paremmasta on vaikea asettaa tavoitteita ja sitoutua toimintaan. Kuntoutujan käsitys itsestä voi muuttua ainoastaan vuorovaikutuksessa.

Kuntoutumiseen osallistuminen voi olla rituaalista, kun se tapahtuu muiden vaatimuksesta. Myös kaavamaiset kuntoutusmenetelmät tuottavat rituaalista osallistumista.

Kuntoutumisvalmius tarkoittaa kuntoutujan kannalta sitä, että hän näkee kuntoutumisen mahdolliseksi. Kuntoutumisen halun viriämisen on koettu olevan kuntoutumisprosessin vaikein tehtävä niin kuntoutujien kuin kuntouttajienkin näkökulmasta. Kuntoutujat ovat kuvanneet sitä jämähtäneisyyden vaiheeksi, josta irtaantumisen edellytyksiä ovat tietoisuus omasta tilanteesta, toivo siitä, että tilanne voi muuttua ja tieto siitä, että kuntoutujalla on riittävästi tukea saatavilla. Kuntouttajien kannalta kuntoutumisvalmiuden kehittäminen tarkoittaa todellista uskoa kuntoutujan mahdollisuuksiin, toivon herättämistä, kuntoutujan huomion kiinnittämistä sellaiseen toimintaan, jonka hän voisi kokea mielekkääksi. Kuntoutumisessa on tärkeää yhteyden löytäminen kannustaviin, tukeviin ja ymmärttäviin ihmisiin (Koskisuus 2003, 29). Kuntoutumisvalmiuden kannalta tiedolla katsotaan olevan keskeinen merkitys. Tietoa tarvitaan sairaudesta, kuntoutumisesta, kuntoutuksesta ja sen eri vaihtoehdoista. Kuntoutujat eivät useinkaan tiedä, mistä he voivat todellisuudessa valita. Kuntouttajan tehtävä on antaa kuntoutujalle tietoa siitä, mitkä vaihtoehdot todellisuudessa on käytettävissä. Vaihtoehdot liittyvät päivittäiseen toimintaan ja asumiseen, opiskeluun ja itsensä kehittämiseen, työhön ja sosiaalisen elämän rikastamiseen. Tietoisuus valinnanmahdollisuuksista lisää toivoa.

Mahdollistava kuntoutus on toimintamahdollisuuksien edistämistä. Kuntouttaja toimii lähtökohtanaan yksilön mahdollisuudet ja resurssit. Kuntoutus on perinteisesti toiminut järjestelmäkeskeisesti. On katsottu, millaisia palveluja kuntoutusjärjestelmä tarjoaa, ja mitä siitä kyseinen kuntoutuja voisi hyödyntää. Kuntoutujan työmarkkina-asema on pitkälle mahdollisuuksia määrittävä tekijä. Mahdollistava kuntoutus toimii päivittäiseen suuntaan. Mahdollisuuksia voidaan etsiä myös normatiivisten käytäntöjen ulkopuolelta, esimerkiksi taiteesta ja arjesta. Mahdollistava kuntoutus avaa aidompia valinnanvapauden mahdollisuuksia ja sitä kautta luo kuntoutujille aidompia elämänpolitiikan ja elämänhallinnan resursseja. Mahdollistavassa kuntoutuksessa vuorovaikutuksen merkitys korostuu ja tarjottaessa vaihtoehtoja kuntoutujan oma subjektiivisuus korostuu. (Suikkanen 2001, 51 – 53.) Myös Riikonen ja Järvikoski (2001, 164) korostavat mielenterveyskuntoutuksessa koulutuksen, työn, työllistymisen, vuorovaikutuksen ja vuorovaikutustaitojen merkitystä. Tämän johdosta mielenterveyskuntoutuksessa korostuu kuntoutujan lähipiirin ja sen voimavarojen hyödyntäminen. Toimintakyvyn palautumista tukevat asiat sijoittuvat myös heidän näkemyksen mukaan usein perinteisen kuntoutuksen ulkopuolelle, arkeen, ihmissuhteisiin, työhön ja vapaa-aikaan.

Deegan (2001, 96 – 98) hahmottelee kuntoutustilanteiden piirteitä, jotka tukevat kuntoutumista. Kuntoutuksessa on otettava huomioon kuntoutumisen luonne. Kuntoutuminen ei etene lineaarisesti saavutuksista toiseen, vaan se sisältää tasanteita ja taantumia, kriisejä ja epäonnistumisia. Kuntoutusohjelmien tulisi olla tässä suhteessa joustavia. Toiseksi kuntoutuksen keskeytyessä tulisi aina olla mahdollisuus päästä takaisin kuntoutusohjelmaan kuntoutujan tilanteen kohennuttua. Kolmanneksi kuntoutujilla tulisi olla erilaisia valinnanmahdollisuuksia erilaisten palveluiden välillä. Neljänneksi kuntoutuksen taustalla olevien arvojen selkiyttäminen on tärkeää. On tärkeää tiedostaa, toteutetaanko kuntoutuksessa kuntouttajien keskiluokkaisia arvoja, kuten itsenäisen elämisen ja työssä käymisen arvoja vai kuntoutujille itselleen tärkeitä arvoja? Viidenneksi Deegan korostaa, että kuntoutuksessa tulisi olla myös käytettävissä toisten kuntoutujien kokemuksia kuntoutumisesta, sillä kuntoutujien tarjoamat roolimallit luovat toivoa omasta selviytymisestä. Tärkein kuntoutumista tukeva tekijä kuntoutuksessa on kuitenkin kuntouttajien asenteet. Jos taustalla on tavoite ”poikkeavan normaalistamisesta”, luodaan painostava ilmapiiri, jossa kuntouttaja asettuu kuntoutujan yläpuolelle, ja jossa kuntouttajan ja kuntoutujan maailmat ovat kaukana toisistaan. Deegan perää vuorovaikutustilanteita, joissa kuntouttaja ja kuntoutuja ovat tasavertaisia, sillä elämän kriisitilanteet ja inhimillinen kasvu ovat mitä todennäköisimmin kuntoutujalle ja kuntouttajalle yhteisiä kokemuksia.

2.4.3 Toimintaympäristön merkitys kuntoutumisen mahdollisuuksien luojana

Anglo-amerikkalainen ekologisen sosiaalityön traditio korostaa kokonaisvaltaista ja systeemistä näkökulmaa sosiaalisiin ongelmiin sekä elinympäristön merkitystä ihmisen selviytymiseen ja hyvinvointiin. Ekologinen orientaatio näyttäytyy lähinnä ihminen – ympäristö –suhteen kautta sekä kokonaisvaltaisuutena hahmotettaessa ihmisten ongelmia. Kokonaisvaltaisen työtteen keskeisiä elementtejä ovat resurssit ja verkostot, ja tavoitteena on tiedon kerääminen ja analysointi sekä yksilö-, verkosto- että paikallisyhteisötasolla. Tämä merkitsee metodisesti sosiaalityön työtteen muutosta kokonaisvaltaisempaan ja moniammatilliseen suuntaan. Ekososiaalinen lähestymistapa tarkastelee ympäristöä laajasti sosiaalisena, kokemuksellisenä, toiminnallisena ja fyysisenä ympäristönä. Yksittäisen ihmisen kannalta kyse on siitä, millaisia riskejä ja mahdollisuuksia elinympäristö sisältää. (Närhi 1996, 2 – 9; Matthies ym. 2001, 8; Matthies 1993, 231.) Ekososiaalinen näkökulma laajentaa myös kuntoutumisvalmiuden tutkimisen ihmisen elinympäristöön ja paikalliseen kontekstiin. Systemisyys sisältää oletuksen siitä, että muutokset jossain systeemin osassa aiheuttavat muutoksia myös muissa systeemin osissa. Näin ollen

kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa myös kuntoutujan elinympäristön merkitys kasvaa, kun perinteisesti kuntoutusta on tarkasteltu hyvin yksilökeskeisesti ja järjestelmäkeskeisesti.

Ekologisen sosiaalipolitiikan teksteissä korostuu paikallisuus sekä paikallistason konkreettinen ja kokonaisvaltainen näkökulma (Matthies 1993, 242). Ekologinen näkökulma laajentaa kuntoutuksen näkemyksen käsittämään myös kuntoutuksen yhteiskunnalliset ulottuvuudet ja ympäristötekijät. Ekologisen näkökulman mukaisessa työotteessa tutkitaan myös kuntoutujan elinoloja, ympäristöä, kuntoutumisen rakenteellisia esteitä sekä etsitään keinoja näiden voittamiseksi, sillä ihmisen sosiaalinen ja fyysinen ympäristö määrittää hänen autonomiansa ja itsemääräämisesensä rajat. Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen ei ole useinkaan riittänyt parantamaan hänen yhteiskunnallista asemaansa. (Järvikoski 1994, 144.) Mielenterveyskuntoutujan työllistyminen edellyttää usein myös työssä, työn sisällöissä tai työn tekemisessä tapahtuvia muutoksia. Työelämän koventuneet vaatimukset voivat olla pelottavia kuntoutujan kannalta. Lisäksi asenteellisuus voi estää kuntoutujaa saavuttamasta uusia toiminnan areenoita.

Kuntoutumisen ja kuntoutuksen tavoitteet asetetaan aina jossain kontekstissa. 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 asuinympäristö, ja kuntoutumista tapahtuu muuallakin kuin kuntoutuspalveluissa. Laajasti ajatellen paikalliset mahdollisuudet tarjoavat erilaisia optioita, joita kuntoutujat hyödyntävät tai jättävät hyödyntämättä. Paikallisyhteisöt luovat ehtoja ja edellytyksiä, joiden kautta sosiaalinen elämä muotoutuu. Paikallinen elinkeinorakenne, väestörakenne ja työttömyys luovat edellytyksiä, joissa toiset selviytyvät ja toiset ajautuvat marginaaliasemaan. Paikallisten työmarkkinoiden mahdollisuudet suuntaavat myös sitä, miten kuntoutujat hahmottavat omia mahdollisuuksiaan. Palveluiden saatavuus on yksi epätasa-arvon lähde. Sen voidaan katsoa olevan eräänlaista institutionaalista valtaa, jossa kansalaiset asetetaan eriarvoiseen asemaan. Palveluiden taso on pitkälle kunnallisen päätöksenteon vallassa, paikalliset lainsäädännön ja muiden ohjaavien säännösten tulkinnat voivat poiketa toisistaan hyvinkin paljon.

Ringenin (1995, 5 - 8) mukaan ihmiset toimivat erilaisilla areenoilla tehden niillä valintojaan. Hyvinvointi liittyy hänen mukaansa siihen, kuinka rajoittuneita valinnat ovat. Tärkeää ei niinkään ole se, millaisia asioita valitaan, vaan se, voiko valita mitä haluaa. Mahdollisuuden käsite johtaa Ringenin mukaan väistämättä pohdintaan vapauden rajoituksista, joita voivat olla esimerkiksi

tietämättömyys siitä, mitä on valittavissa tai eriasteinen avun tarve yleensä omaa elämää järjestettäessä. Valintoihin liittyy aina rajoituksia ja väistämättömyyksiä, jotka liittyvät toisaalta käytettävissä oleviin resursseihin ja toisaalta niihin mahdollisuuksiin, joita sosio-ekonominen ympäristö tarjoaa. Resurssit ovat esimerkiksi rahaa, taitoja, kompetenssia, fyysistä voimaa ja yhteyksiä. Mitä enemmän resursseja on, sitä enemmän on mahdollisuuksia valita. Mitä enemmän erilaisia toiminnan areenoita ihmisillä on käytössään, sitä enemmän mahdollisuuksia ne tarjoavat.

Paikallisympäristöt ja paikallisyhteisöt käsitteinä sekoittuvat usein tarkoittamaan lähes samoja asioita. Yhteisöistä puhuminen kuitenkin 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. Alueellinen läheisyys ja yhteisöllisyys kuitenkin useimmiten yhdistyvät. (Lehtonen 1990, 24, 219.) Asuin- ja paikallisympäristöjä voidaan ajatella erilaisina areenoina, toiminnan mahdollisina näyttämöinä ja paikallisyhteisöitä vuorovaikutuksen kenttinä. Kuntoutumisvalmiuden kannalta molemmilla on merkitystä. Asuin- ja paikallisympäristöt ovat monimuotoisia toiminnan areenoita, mutta samalla ne voivat olla identiteetin ja kulttuurin rakenteen muokkaajia.

Asuin- ja paikallisympäristö ja paikallisyhteisöt ovat tärkeitä kuntoutumisen ympäristöjä, joissa läheisten ja muiden ihmisten asenteet, suvaitsevaisuus ja erilaisuuden sietäminen ovat kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Asuinympäristö on tässä erotettuna muusta paikallisympäristöstä, sillä asuinympäristöllä voi olla välittömämpi merkitys ihmisen arkeen. Asuinympäristöt voivat olla monimuotoisia vastavuoroisten suhteiden verkostoja ja resursseja, mutta toisaalta myös asuinalueita, joissa toisten tekemisiin ei puututa ja suhteet jäävät etäisiksi. Asuinympäristössä ihminen on naapurin roolissa ja paikallisyhteisössä pikemminkin kuluttajana ja kuntalaisena. Paikallisyhteisöllä on merkitystä identiteetin ja kulttuurisen rakenteen muokkaajana. Paikallisyhteisöt vaikuttavat siihen, miten ihmiset hahmottavat arkisia valintojaan, mahdollisuuksiaan ja asemaansa sosiaalisessa rakenteessa (Jolkkonen ym. 1991, 43).

Hyväri (2001, 73 - 74) kuvaa marginaalisuutta osuvasti paikattomuuden käsitteellä. Vaikka ihminen on aina jossain ympäristössä, hän voi samanaikaisesti olla sosiaalisesti paikaton. Ihminen kokee itsensä uloslyödyksi sosiaalisesta ja kulttuurisesta yhteydestä. Syrjäytymisen tila vahvistaa marginaalisuutta ylläpitäviä suhteita ja paikattomuuden tilat muodostuvat sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa.

Yhteisöjen toimintamuodot ja tavoitteet ovat hyvin moninaisia, joiden vuorovaikutuksessa määrittävät jäsenten väliset vuorovaikutussuhteet sekä yksittäisten jäsenten käyttäytymisen vapausasteet ja valintavaihtoehdot (Lehtonen 1990, 25). Mielenterveyskuntoutujien yhteistoiminnallisuus on yhteisyyden muotona tullut yhä merkityksellisemmäksi. Vertaistuen on todettu olevan erityisen merkityksellistä toivon ja tuen löytymisessä kuntoutumiseen. Vertaistuki voi tosin toimia myös toiseen suuntaan: eri vammaisryhmien sisällä saattaa kehittyä erilaisia alakulttuureja, jotka eivät aina ole kuntoutumista tukevia. Luovuttaminen ja omaan osaan tyytyminen on monen mielenterveyskuntoutujan omaksuma selviytymiskeino. Mielenterveyskuntoutujien järjestöjen merkitys on alkanut korostua myös etujärjestönä.

Deeganin (1992, 12-13) mukaan mielenterveysongelmaisten kohtaamat ympäristön sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset esteet ovat yhtä lailla hankalia kuin liikuntarajoitteisten ihmisten kohtaamat fyysiset esteet. Ympäristön esteet mielenterveyskuntoutujilla liittyvät köyhyyteen, leimaamiseen ja ennakkoluuloihin, pelkoon ja välinpitämättömyyteen, heikompiin mahdollisuuksiin päästä koulutukseen ja työhön sekä valinnan mahdollisuuksien vähäisyyteen. Hänen mukaansa psyykkisesti sairaat kohtaavat asenteellisia esteitä, jotka liittyvät siihen, miten psyykkisiä ongelmia määritellään. Psyykkisesti sairaan ihmisen näkemykset voidaan jättää huomiotta, sillä häntä ei pidetä kykenevänä rationaaliseen päätöksentekoon sairautensa vuoksi. Hoitojärjestelmät ottavat vastuun ja usein tekevät päätöksiä hänen puolestaan. Mitä enemmän järjestelmä ottaa vastuuta asiakkaan elämästä ja valinnoista sitä avuttommammaksi ja riippuvaisemmaksi asiakas käy. Avuttomuus vahvistaa käsitystä henkilön kykenemättömyydestä päätöksentekoon ja näin oravanpyörä pyörii. Deeganin näkemykset muistuttavat tässä suhteessa hyvin pitkälle brittiläistä sosiaalista vammaiskäsitettä, jossa vammaisuutta pidetään yhteiskunnallisten reaktioiden tuotteena, kulttuurisesti tuotettuna ilmiönä. Sosiaalinen malli ei kiellä vammaisuuden tai vajavuuden merkitystä, mutta se painottaa sosiaalisissa rakenteissa muotoutuvia rajoituksia. (Suikkanen & Lindh 2001a, 42.)

Asenteet ja syrjintä ovat usein hyvin hienovaraista ja pinnan alle piilotettua. Asenteet ovat usein julkilausumattomia ja ilmentävät pelkoja, arvoja ja uskomuksia ihmisten vajavuuksista. Rasistiset ja diskriminoivat asenteet pidetään taustalla, mutta ne voivat tulla näkyviksi, kun esimerkiksi omalle asuinalueelle tuodaan vaikkapa kuntoutuskoti. (Kramer & Gagne 2001, 470.) Reeve (2002, 495) käyttää sisäistyneen alistamisen käsitettä kuvaamaan sitä kuntoutujien kokemaa vihaa, häpeää ja turhautumista, jotka seuraavat syrjinnästä ja erilaisista esteistä. Mielenterveyskuntoutujat ovat oppineet, että esimerkiksi työnhakutilanteessa tai koulutukseen hakiessa rehellisyys ei aina ole paras

toimintatapa. Syrjintä näissä tilanteissa esitetään korrektilla tavalla vedoten joihinkin muihin tilannetekijöihin kuin mielenterveysongelmiin. (Anonymous 2001, 461.) Media vahvistaa asenteita kertomalla näyttävästi ihmisistä, jotka eivät ole päässeet hoitoon ja jotain paha tapahtuu. Ruotsin ulkoministerin surman yhteydessä keskusteltiin Suomen televisiossa siitä, ovatko sellaiset ihmiset vaarallisia, jotka kuulevat ääniä.

Kuntoutumisen asenteelliset esteet voivat olla sekä sisäisiä että ulkoisia. Sisäiset esteet liittyvät mielenterveyskuntoutujien omiin asenteisiin ja ajatuksiin itsestä ja ulkoiset ympäristön ajatuksiin. ”Suurimpia esteitä mielenterveydenongelmista kuntoutumiselle ovat sisäistyneet mielikuvat ja asenteet, jotka kuntoutujat ovat itsekkin omaksuneet” (Kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi – projekti). Mielenterveyskuntoutujia koskevia stereotyyppisiä olettamuksia on kutsuttu ”mentalismiksi”. Tällaisia olettamuksia ovat esimerkiksi, että mielenterveyskuntoutujat ovat vaarallisia ja arvaamattomia ja toimivat kuten lapset, eivätkä kuten aikuiset. He ovat erilaisia kuin toiset ihmiset eivätkä itse tiedä, mikä on heille parasta. Tästä syystä toisten täytyy tehdä valintoja ja päätöksiä heidän puolestaan. He eivät voi myöskään ottaa riskejä, eikä heidän mielipiteillään ole samanarvoista painoa kuin muiden ihmisten mielipiteillä. Mentalistisia asenteita ei ole pelkästään yhteisöissä, vaan myös kuntoutujilla itsellään. (Kramer & Gagne 2001, 469 – 470; Deegan 1992, 14.) Kuntoutuminen mielenterveysongelmista merkitsee kuntoutumista myös niiden aiheuttamasta stigmasta ja häpeästä. Ulkoiset kuntoutumisen esteet sisältävät olosuhteita, jotka vaikeuttavat tai tekevät mahdottomaksi mielenterveyskuntoutujien ylläpitää riippumattomuuttaan ja itsenäisyyttään sekä elää arvokkaasti elämäänsä yhteisöissä. Tällaisia esteitä ovat esimerkiksi syrjiminä asunto-, koulutus- ja työmarkkinoilla, leimaaminen, köyhyys ja eristäminen.

Kuntoutuspalveluita tarjoavat hyvin monenlaiset organisaatiot, jotka toimivat omien säännöstensä ja toimintapolitiikkojensa ohjaamina. Laadunhallinnan käsitteen alla palveluita yhdenmukaistetaan ja ohjeistetaan. Kysymys on siitä, ketkä saavat kuntoutusta ja miten. Mitä keskeisemmin kuntoutus liittyy työssä käymiseen tai eläkkeelle jäämiseen, sitä objektivoivampaa toimintaa kuntoutus on (Piirainen 1999, 10). Yksityisellä sektorilla kysymys palautuu hintaan – rahalla saa. Yhteisöllisten palveluiden saaminen liittyy toisenlaisiin kysymyksiin: asiantuntijat ja asiantuntijatieto ovat niitä, joiden perusteella palveluita jaetaan ja kohdennetaan. Resurssit ovat yleensä rajallisia, mikä edellyttää normatiivista arviointia ja palvelun ylikysynnän karsintaa. (Suikkanen 2001, 44.) Oleellista on myös se, ovatko palvelut kuntoutujan käytettävissä etäisyyden ja kulkuyhteyksien tai palvelun toimintakäytäntöjen seurauksena. Palveluun pääseminen voidaan erilaisin menettelyin tehdä niin vaikeaksi, että moni käyttäjä jää ulkopuolelle. Esimerkiksi se, että saa esittää asiansa

jollekin muulle kuin vahtimestarille tai vastaanoton työntekijälle, voi vaatia joskus palvelun hakijalta sitkeyttä. Kuntoutujan kannalta on merkityksellistä myös, muodostuuko kuntoutusprosessista integroitu kokonaisuus, kiteytyvätkö erilaiset palvelut eheäksi kokonaisuudeksi, muodostuuko kuntoutujan näkökulmasta liikkuminen eri järjestelmissä saumattomaksi ketjuksi ja joustetaanko palveluissa kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kuntoutujan tietoisuus palvelujärjestelmästä, kuntoutusmahdollisuuksista ja valinnanmahdollisuuksista luovat toivoa, mutta toisaalta eri palvelut eivät tosiasiasa olekaan välttämättä kuntoutujan käytettävissä. Erityisesti kuntoutuksen rahoitus voi osoittautua pullonkaulaksi. Esimerkiksi osallistuminen ammatilliseen koulutukseen ei onnistu, ellei kuntoutuja suorita rahoittajan (Kelan) vaatimia opintosuorituksia tietyssä aikataulussa. Kun kuntoutusohjelma tai koulutusohjelma ei joustaa, joustavuutta edellytetään kuntoutujalta, jolloin helposti kuntoutus keskeytyy.

Ihmisen tarpeita, vahvuuksia ja puutteita voidaan arvioida vain suhteessa ympäristöön, mikä tarkoittaa sitä, että ihminen on kyvykäs tai kyvytön aina suhteessa tiettyyn paikkaan ja rooliin. Ihmiset toimivat eri tavoin eri ympäristöissä. (Farkas ym. 2000, 9, 11.) Näin ollen myös tutkimuksessa ihmisen suhde ympäristöön tulee olla tarkastelun kohteena. Suikkasen (2000, 20 – 21) mukaan lääketieteellisesti painottuneessa kuntoutuksen hyödyn, tehokkuuden ja vaikuttavuuden arvioinnissa, jossa kuntoutusta tarkastellaan pääasiassa yksilön muutoksena, puuttuu yksilön ja ympäristön muutoksen tarkastelu. Kuntoutuksessa korostuu subjektien tahdon merkitys, heidän olosuhteensa ja vaikuttamismahdollisuutensa. Kuntoutuksen tutkimuksella ei ole selitetty juurikaan sitä, miksi jotkut toimenpiteet toimivat ja jotkut eivät toimi. Suikkasen (mt. 21) mukaan toimintaympäristön olosuhteilla ja erilaisilla vuorovaikutussuhteilla on aivan oleellinen merkitys.

Tutkin kuntoutumista tässä tutkimuksessa paikallisissa konteksteissaan. Kuntoutumista ja kuntoutusprosessia ohjaavat paikalliset mahdollisuudet ja paikallinen kulttuuri. Saatavilla olevat palvelut määrittävät sitä, minkälaisia interventioita kuntoutusprosessi sisältää. Ympäristön asenteet konkretisoituvat kaventuneina valinnan mahdollisuuksina, suoranaisena diskriminaationa tai kuntoutujan omissa mielikuvissa, jotka voivat olla ankarampia kuin asenteet todellisuudessa ovatkaan. Ihmisen kokemus omasta ympäristöstään ohjaa sitä, miten hän hahmottaa omia mahdollisuuksiaan. Lainsäädäntö ja organisaatioiden luomat rakenteet ja toimintaideologiat näyttäytyvät konkreettisella tasolla työntekijän työotteina ja –menetelminä. Näin ollen tutkimus paikantuu lähelle anglo-amerikkalaista ekologisen sosiaalityön perinnettä. Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota myös siihen, miten kuntoutuja kykenee käyttämään lähiympäristönsä ja

sosiaalisen verkostonsa tarjoamaa tukea hyväkseen asettaessaan omaa elämäänsä koskevia tavoitteita.

Kuntoutuksen tehtävä on tarjota kuntoutujille ympäristöjä, joissa he kuntoutuvat. Kuntoutujan tulee olla tietoinen ympäristöstään, ja sen mahdollisuuksistaan. Ilman tietoa on mahdoton tehdä valintoja. Tieto valinnanmahdollisuuksista ei vielä riitä, vaan kuntoutujalla on myös oltava mahdollisuus todellisiin valintoihin ja osallistumiseen. Monenlaiset toimintapolitiikat ja –käytännöt, lainsäädäntö ja asenteet joko edistävät tai rajoittavat valinnanmahdollisuuksia. Oleellista on, millaiset ovat mielenterveyskuntoutujien vapausasteet toimintaan ja osallistumiseen, ja millaiset ovat työntekijöiden vapausasteet toiminnan järjestämiseen.

3 KUNTOUTUMISVALMIUS EVALUAATIOTUTKIMUKSEN KOHTEENA

3.1 Realistinen arviointitutkimus

Arviointi tarkoittaa aina arvottamista, jota tapahtuu useimmilla elämänalueilla. Arviointi on myös systemaattista tiedonkeruuta toimintaohjelmien toiminnoista ja tuloksista, ja sen tarkoitus on tuottaa arvopäätelmiä sisältävää systemaattista informaatiota niin, että tietoa voidaan käyttää toiminnan tehokkuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseen (Suikkanen ja Lindh 2001b, 15). Kun puhutaan tutkimuksesta, jolla pyritään kuvaamaan, selittämään tai ymmärtämään ilmiötä, tarvitaan malleja, käsitteitä, teorioita, hypoteeseja ja metodeja järjestämään arvioitavaa ilmiötä. Arviointi ja tutkimus yhdistyvät, kun tutkimusasetelma on harkittu, ja havaintoaineiston keruu, analyysi ja tulkinta ovat systemaattisia (Robson 2001, 25). Arviointitutkimus on lopputuloksen tai vaikuttavuuden arvioimista, tai toimeenpanon ja prosessien arvioimista. Kuntoutuksen arvioinnissa on painottunut kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioiminen, mutta tämä näkökulma ei ole riittävä, vaan on tarpeellista myös itse toiminnan jäsentäminen sekä toimintaprosessin ja toimintaympäristön tutkiminen. Kuntoutuksen arviointitutkimuksessa kysymyksenasettelu liittyy esimerkiksi kohderyhmän tarpeiden arvioimiseen, toiminnan ja toimeenpanon arvioimiseen, vaikutusten ja tulosten arvioimiseen, kustannusten ja hyötyjen arvioimiseen tai vaikutusmekanismien ymmärtämiseen. (Järvikoski ja Härkäpää 2001, 4 - 5.)

Realistisen arviointitutkimuksen peruskäsitteitä ovat sosiaalisen todellisuuden kerroksellisuus, vaikuttavat mekanismit, kontekstit ja olosuhde-mekanismi-tulos yhdistelmien selvittäminen. Realistisessa arviointitutkimuksessa sosiaalinen todellisuus nähdään kerroksellisena, millä tarkoitetaan yhteiskunnallisen todellisuuden, ohjelmien, prosessien ym. systeemisyttä, jossa toimijat ja rakenteet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Inhimillinen toiminta on aina yhteydessä erilaisiin sosiaalisiin prosesseihin, ts. toiminnalla on merkitystä vain suhteessa laajempiin sosiaalisiin sääntöihin ja instituutioihin. Ihmisten toiminta liittyy aina osaksi laajempia sosiaalisia suhteita ja organisatorisia rakenteita, jotka muodostavat avoimia systeemejä. (Rostila & Kazi 2001, 83 – 84; Kazi 2003, 23; Pawson & Tilley 1997, 64.) Rostilan (2001, 35) mukaan realistisessa arviointitutkimuksessa voidaan painottaa samanaikaisesti paikallisuutta, yksittäisiä organisaatioita ja toimintamalleja koskevaa kehittämistyötä. Koska realistisessa arviointitutkimuksessa arvioidaan vaikutusmekanismeja ja se on lähestymistavaltaan kokonaisvaltaista, se on myös tämän tutkimuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukainen tutkimusmenetelmä.

Mekanismit luovat säännönmukaisuutta, ja ne liittyvät mm. ihmisten käytettävissä oleviin resursseihin ja ajattelumalleihin, jotka voivat joko pahentaa tai estää ongelmia tai edistää niiden ratkaisua. Realistisen arviointitutkimuksen tarkoitus on osoittaa ne mahdollistavat ja ehkäisevät mekanismit, jotka aikaansaavat muutosta sekä tunnistaa ne olosuhteet ja ihmiset, joiden kohdalla mekanismit toimivat. Toimenpideohjelmien tarkoituksena on vaikuttaa ihmisten mahdollistaviin ja ehkäiseviin mekanismeihin, mikä tarkoittaa sitä, että ihmisille ja/tai ryhmille tarjotaan uusia resursseja sekä ajattelun ja toiminnan mahdollisuuksia. Mekanismien lisäksi on otettava huomioon konteksti, jossa interventio toteutetaan, eli ne olosuhteet, joihin interventiolla ei voida vaikuttaa. Tarkastellaan sitä, millä tavoin paikallinen ja yhteiskunnallinen ympäristö vaikuttavat mekanismien toimintaan. Konteksti on ehdollistava tekijä, sillä se vaikuttaa mekanismien käynnistymiseen. Evaluaation tavoite on tutkia toimenpiteiden edesauttamia ihmisten valintoja ja resursseja sekä sitä, miten kulttuuri ja vuorovaikutus mahdollistavat mekanismien käynnistymisen, ts. miten olosuhde-mekanismi-tulos-yhdistelmä toimii. (Rostila & Kazi 2001, 71 – 72; Rostila 2001, 37.)

Realistisen tutkimuksen näkökulmasta kuntoutuksen ja kuntoutumisen tutkimus liittyy siihen, millaiset mekanismit tuottavat kuntoutumista ja miten kyseiset mekanismit ovat yhteydessä taustalla vaikuttaviin sosiaalisiin prosesseihin. Kuntoutusohjelmat tuotetaan aina jossakin ympäristössä, joka säätelee osaltaan toimintaa. Ympäristöllä ei tarkoiteta pelkästään paikallisia toimintaympäristöjä, joissa ne sijaitsevat, vaan myös sitä, millaisia sääntöjä, normeja, arvoja ja vuorovaikutussuhteita ne sisältävät, ja millaisia mahdollisia rajoituksia ne luovat mekanismien toiminnalle. (Pawson & Tilley 1997, 70.) Toimintaympäristö asettaa kuntoutukselle ja kuntoutumiselle rajoituksia ja mahdollisuuksia, joita myös tässä tutkimuksessa tarkastellaan.

Guba ja Lincoln (1989, 35 - 38) kritisoivat voimakkaasti arvioinnin liiallista sitoutumista tieteelliseen realismiin, eli siihen, että olisi olemassa objektiivinen todellisuus, joka toimisi omalakisesti ja jonka toimintaan eivät mitkään intressit vaikuttaisi. Tieteellisen realismin mukaan tieteen tehtävänä olisi kuvata tuo todellisuus ja selvittää sen lainmukaisuudet. Tutkijan tulisi olla ilmiön ulkopuolella niin, ettei hän vaikuttaisi ilmiöön tai antaisi ilmiön vaikuttaa itseensä tai näkemykseensä. Uhkana on tällöin, että ilmiö irrottautuu kontekstistaan. Tieteellisessä realismissa totuus uhkaa muodostua pakottavaksi. Totuus ei ole neuvoteltavissa eikä arvojen uskota vaikuttavan siihen, jolloin yksi totuus rajaa pois toiset selitysmahdollisuudet. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan inhimillinen tietämys on aina sosiaalisesti rakentunutta. Todellisuudet ovat aina sosiaalisia konstruktioita, konstruktioit ovat ihmisen pyrkimyksiä jäsentää ilmiöitä, ja ne ovat aina kokemukseen perustuvia tulkintoja (mt. 68, 70).

Konstruktivistinen, relativistinen ontologia on kuntoutumisen ja kuntoutuksen tutkimuksessa vähintäänkin yhtä mielenkiintoinen kuin realistinen arviointitutkimus. Kysymys ”totuudesta” on mielenterveyskuntoutuksessa mielenkiintoinen. Konstruktivistinen arviointitutkimus tuottaa tulkintoja, joissa tosiasiat ja arvot liittyvät yhteen, kun taas realismissa ajatellaan, että tieteellisen tiedon tulee pitää arvot ja tosiasiahavainnot erillään toisistaan. Konstruktivismissa tuodaan eri toimijoiden näkökulmat esiin tasaveroisina: ei ole olemassa yhtä totuutta, vaan on erilaisia näkemyksiä siitä. Kuntoutusprosessissa kuntoutujan ja eri viranomaisten todellisuudet voivat olla hyvinkin erilaisia. Viranomaisten tieto syntyy toisaalta työkäytännöissä, toisaalta professionaalisten käsitysten ja mallien pohjalta, jotka usein poikkeavat ihmisten arkikokemuksista. Kuntoutujat useimmiten kokevat vaikeimpien ongelmien liittyvän arjen tilanteisiin, kun taas kuntoutuksen ammattilaiset kääntävät arkikokemuksen diagnooseiksi, kuntoutustarpeiksi ja –motivaatioksi sekä tarjoavat tulkintojensa mukaisesti kuntoutujalle palveluita ja resursseja.

Konstruktivismi ei kuitenkaan tavoita yhteiskunnan rakenteellisia ja institutionaalisia ilmiöitä, jotka ovat jossain määrin riippumattomia yksilöiden määrittelystä. Sosiaalinen todellisuus koostuu muustakin kuin ihmisten uskomuksista, toiveista ja odotuksista. Guba ja Lincoln eivät Pawsonin ja Tilley'n mukaan ota huomioon sitä, että valta jakaantuu epätasaisesti, ja kaikkien toivomuksilla, uskomuksilla tai käsityksillä ei ole yhtä paljon painoarvoa. (Pawson ja Tilley 1997, 23.) Konstruktiiivinen näkökulma ei anna välineitä muutoksen selittämiseen (Rostila 2001, 37). Tutkimusten mukaan kuntoutusprosessissa on kuitenkin osoitettavissa sellaisia kausaalisuhteita, joissa tietyt mekanismit edistävät lopputulokseen pääsemistä, kun taas toiset vaikeuttavat. Kausaalisuus viittaa tässä tutkimuksessa enemmän Suikkasen (2000, 22) kuvaamaan ehdottavaan, vuorovaikutusyhteyksiä tunnistavaan ja ymmärtävään tutkimukseen luonnontieteellisen kausaalisuuden sijasta. Kyse on myös siitä, ovatko kuntoutumista tuottavat mekanismit kuntoutujan tilanteessa mahdollisia, ja kuntoutujan todellisista valinnan mahdollisuuksista.

Realistista arviointitutkimusta on arvosteltu sen sitoutumisesta empirismiin ja positivismiin. Julnes ja Mark (1998, 36 - 37) eivät pidä mielekkäänä tutkijan valintaa loogisen empirismin ja konstruktivismin välillä, vaan esittävät vaihtoehdoksi uusrealismia, johon sisältyy elementtejä sekä empirismistä että konstruktivismista. Uusrealismi nojaa empirismiin siinä, että on olemassa inhimillisistä käsityksistä riippumaton sosiaalinen, psyykkinen, biologinen ja fysikaalinen todellisuus, jossa vallitsevat moniulotteiset syysuhteet. Samalla uusrealismi jakaa konstruktivismin kanssa käsityksen siitä, että havaintomme todellisuudesta ovat omien kokemustemme värittämiä.

Kun positivistinen tutkimus tutkii lainomaisuutta ja konstruktiiivinen tutkimus kontekstisidonnaisia tulkintoja, uusrealismissa ollaan kiinnostuneita säännönmukaisuuksista. Positivistinen tutkimus on reduktionistista ja konstruktiiivinen tutkimus holistista, kun taas uusrealismissa tutkitaan kerroksellisia systeemejä.

Julnesin ja Markin (1998, 38 - 39) mukaan tutkijan havainnot monikerroksisista sosiaalisista todellisuuksista ovat aina rajoittuneita ja arkitodellisuuden värittämiä. Sosiaalisessa todellisuudessa vaikuttavat samanaikaisesti monentasoiset avoimet systeemit, jolloin kokonaisuuden kontrolloitu kokeellinen tutkimus on epärealistista. Evoluution myötä on syntynyt yhä monimuotoisempia biologisia ja sosiaalisia prosesseja. Mekanistiset mallit tuottavat hyödyllistä tietoa, mutta eivät koskaan tavoita koko kompleksisuutta. Realistisen näkökulman mukaan ihmisen käsityksistä riippumaton todellisuus on olemassa ja tämä todellisuus voi olla kokemusperäisesti rakentunut, mutta realiteetit eivät ole pelkästään sosiaalisia konstruktioita.

Indeksikaalisen näkemyksen mukaan on olemassa havainnoitsijasta riippumaton todellisuus, jonka mukaan tieto todellisuudesta riippuu kontekstista, missä tieto syntyy. Lähtökohtaisesti indeksikaalinen näkemys perustuu maltilliseen realismiin, jossa kausaalisuhteita voidaan tarkastella. Indeksikaalinen näkemys kuitenkin poikkeaa tieteellisestä realismista siinä, että realismeja ajatellaan olevan useita, ts. eri tieteillä on erilaisia tapoja maailman tulkitsemiseen. Havainnot sinänsä eivät ole teoriapitoisia, mutta raportoinnit havainnoista kylläkin. Havaintojen uskomukset vaikuttavat oleellisesti havaintoihin. Kaikki tulkinnat ja teoriat eivät voi olla yhtä päteviä, sillä sosiologinen tutkimus on selvästi osoittanut joidenkin teorioiden toimivan toisia paremmin. Sosiologisen finitismien mukaan kokemus vaikuttaa luokitteluihin, jokainen luokittelu perustuu johonkin aikaisempaan ja ne ovat myös myöhemmin muutettavissa. Relativismin näkökulmasta kokemuksen merkitystä on vaikea selittää. Ihmiset tekevät luokittelujaan automaattisesti ja siten soveltavat realistista strategiaa. Realismi on oikeastaan tapa, jolla kulttuurit toimivat, ja realistisen ajattelutavan ulkopuolelle on hyvin vaikea päästä. (Mäntysaari 1999, 58 – 60.)

Konstruktivistisen tutkimuksen näkökulmasta kausaalisuuden oletaminen on positivistisen tieteen keskeinen ongelma. Suoraviivaiset kausaaliolotukset eivät olekaan mielekkäitä, sillä ihmiset toimivat oman vapaan tahdon mukaisesti. Lainomaisuudet eivät ole kuitenkaan samanlaisia kuin luonnonlait, vaan monin tavoin joustavampia. Yhteiskunnallisissa suhteissa vallitsee aina kausaalisuutta. Täydellisiä malleja ei ole olemassa. Sattumanvaraiset tulkinnat voivat vaikuttaa jonain historiallisena hetkenä, mutta tulkintojen säilyminen edellyttää jonkinlaisen kausaalisuuden

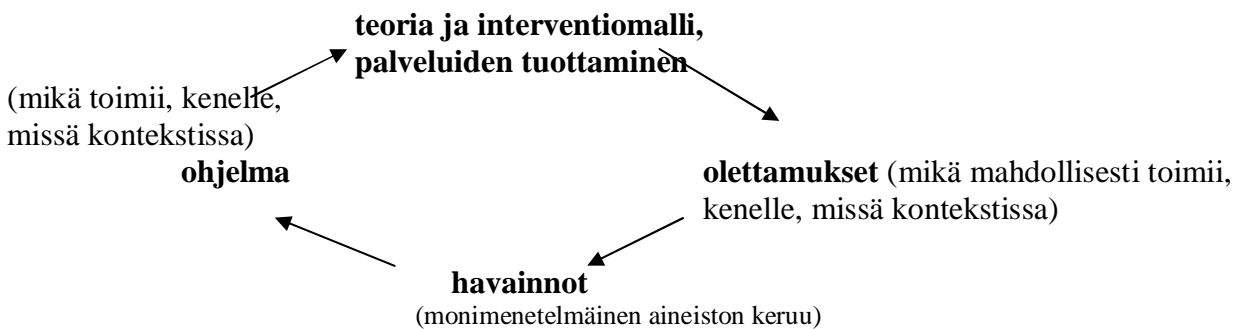
olemassaoloa eikä sattumanvaraisuus ole sosiologisesti kiinnostavaa. (Mäntysaari 1999, 61.) Konstruktiivisia selityksiä ei voida soveltaa muihin tilanteisiin, sillä niissä totuuden katsotaan aina syntyvän tilannekohtaisesti, totuus on aina sosiaalinen konstruktio.

Kuntoutusta ajatellen tilannekohtaiset tulkinnat voivat olla konstruktiivisia. Kokemus tilanteesta on konstruktiivinen, mutta se ei poista sitä mahdollisuutta, etteivätkö jotkut lainalaisuudet voisi toimia kuntoutustilanteissa. Lainalaisuudet eivät ole deterministisiä, vaan mahdollisia ja todennäköisiä vaikutusyhteyksiä. Realistisen arviointitutkimuksen tarkoituksena on osoittaa ne muutosta aiheuttavat mekanismit, jotka ovat projekteissa tai ohjelmissa interventioden takana ja samalla tunnistaa ne olosuhteet ja ihmiset, joiden kohdalla ne toimivat (Rostila 2001, 37; Pawson ja Tilley 1997, 75). Pawsonin ja Tilley'n realistinen arviointi nojaa kriittiseen realismiin, jossa todellisuus nähdään kerroksellisena, jossa tavoite ei ole selvittää intervention vaikuttavuutta vaan sitä, miksi vaikutus syntyi (Rostila 2004). Myöskään tässä tutkimuksessa ei etsitä kausaalisuhteita sinällään, vaan tarkastellaan sitä, mitkä tekijät kuntoutuksessa ovat auttaneet kuntoutumisen prosessissa, ja mitkä ympäristön olosuhdetekijät edesauttavat näiden tekijöiden toimintaa.

Realistinen arviointitutkimus tutkii toimintamallien vaikutusta mekanismin toimintaan, esimerkiksi kuntoutusinterventioiden vaikutusta niihin mekanismeihin, joiden ajatellaan edesauttavan kuntoutusta. Interventioiden taustalla toimivien mekanismien selvittämisessä voidaan erottaa kaksi perusorientaatiota: hypoteeseja koetteleva, deduktiivinen tutkimusote ja toisaalta induktiivinen, aineistolähtöinen tutkimusote (Rostila 2001, 38). Kazin (2003, 24 - 25) mukaan realistisessa arviointitutkimuksessa lähestymistapa ei välttämättä ole puhtaasti kumpaakaan, vaan tutkimus voi sisältää molemmat orientaatiot. Vaikuttavien mekanismien selvittämisen prosessi voi olla toisaalta ennako-oletuksia testaavaa ja toisaalta aineistolähtöistä tutkimusta (Rostila 2001, 38).

Realistisessa arviointitutkimuksessa merkityksellisten tekijöiden paikantamisessa voidaan käyttää realistisen vaikuttavuuden kehää (kuvio 2). Kehä edustaa vahvasti empirististä perinnettä ja tässä tutkimuksessa kehää on käytetty kuvaamaan lähinnä tutkimusprosessin kehämäistä etenemistä. Kazin (2003, 28 - 29) mukaan tutkijalla on teorioihin perustuvia oletuksia vaikuttavista mekanismeista ja siitä, miten ne tietyssä ohjelmassa toimivat. Olettamusten perusteella valitaan aineiston keruumenetelmät, jonka jälkeen olettamukset suhteutuvat todellisuuteen, mikä johtaa teorian kehittämiseen ja näiden pohjalta uusien olettamusten kehittämiseen.

Kuvio 2: Realistisen vaikuttavuuden kehä (Kazi 2003, 29; Pawson & Tilley 1997, 85)



Pawsonin ja Tilley'n näkemys kausaalisuhteista perustuu generoivaan mekanismiin, ts. muutosta aikaansaavaan mekanismiin. Generoiva mekanismi tarkoittaa sitä, että syiden ja seurauksien välillä on jokin sisäinen suhde, ne eivät ole pelkästään kontingenteja tapauksia. Sisäinen suhde viittaa siihen, että jokin tutkittavan ilmiön struktuurissa oleva ominaisuus aiheuttaa muutoksen. Pelkkä generatiivisten mekanismien etsiminen kuitenkin ei ole riittävä. Yhteiskuntatieteissä on vaikea löytää yhtä selkeitä syy-seuraussuhteita kuin luonnontieteissä, ja myös generoiva selitys voi olla vain näennäinen. Yhteiskuntatieteissä kyse on usein rakenteellisista olosuhteista, jotka ovat suotuisia tietyille tulokselle. Yhteys joidenkin tekijöiden välillä on helppo osoittaa, mutta mahdollisia selityksiä voi olla useita. (Toivonen 1999, 33 – 36.) Todellisuus voi olla siis kokemukseräisesti rakentunut. Tästä näkemyksestä lähtien näen mahdolliseksi tarkastella kuntoutumisvalmiutta realistisen arviointitutkimuksen lähtökohdista. Vaikka kuntoutujan kuntoutumisen prosessi on subjektiivinen ja ainutkertainen kokemus, voidaan kuntoutumisen prosessia tutkia realistisen arviointitutkimuksen menetelmin, sillä kuntoutumisen prosessiin liittyy myös sellaista säännönmukaisuutta, joka on tiettyjen mekanismien toiminnan seurausta, ja tietyt olosuhdetekijät edesauttavat mekanismien toimintaa.

Suikkanen (2000, 22 - 24) esittää, että kuntoutuksen tutkimuksessa perinteinen kausaalinen selittäminen olisi vaihdettava ehdottavaksi vuorovaikutusyhteyksiä tunnistavaksi tutkimukseksi. Realistinen arviointi merkitsee kuntoutusohjelmien toimivuuden arvioimista siten, että kuntoutus nähdään erilaisten mahdollisuuksien esittämisenä erilaisille kuntoutustarveryhmille samalla ottaen huomioon myös kulttuuriset ja sosiaaliset olosuhteet. Realistinen asetelma ymmärretään teorioiden ja empiiristen havaintojen kombinaationa. Suhde kuntoutuksen mekanismien ja niiden vaikutuksen välillä ei ole suora, vaan satunnainen tai mahdollinen. Kuntoutuksen tuloksia selitetään enemmän

kuntoutusmekanismien toimivuutena tietyissä olosuhteissa. Kuntoutuksen arvioinnissa tällöin kysymys asettuu siten, että mitkä ovat kuntoutuksen toimintamekanismit, jotka tuottavat muutoksia kuntoutuksen toimeenpano-ohjelmien kautta, ja toisaalta mitkä ovat ne sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet, jotka ovat välttämättömiä kuntoutuksen muutosmekanismeille.

3.2 Kuntoutumisvalmius realistisen arviointitutkimuksen kohteena

Tässä tutkimuksessa realistisen arviointitutkimuksen menetelmää on sovellettu kuntoutumisvalmiuden käsitteen tutkimiseen. Kuntoutumisvalmiuden käsite on monikerroksinen. Kuntoutumisvalmius kehittyy ihmisen suhteuttaessa itseään omaan ympäristöönsä. Kuntoutuksen tarkoitus on tuottaa kuntoutujalle sellaisia resursseja, jotka edesauttavat kuntoutumista. Kuntoutumisvalmiuden kannalta on oleellista tarkastella sitä, mitkä vaikutusmekanismit kuntoutuksessa rakentavat kuntoutumisvalmiutta. Kuntoutumisen ympäristö on kuntoutusta ehdollistava ja mahdollistava. Ympäristön normit ja asenteet sekä sen tarjoamat resurssit luovat kuntoutusvalmiuden rakentumiselle reunaehdoja. Tässä tutkimuksessa lähtötilanteena oli kuntoutumisvalmiuden käsite, jota oli kehitetty Yhdysvalloissa jo pitkään yhteistyössä tutkijoiden ja palveluiden käyttäjien kanssa. Kiinnostukseni on kohdentunut erityisesti siihen, mitkä tekijät vaikuttavat kuntoutumisvalmiuden kehittymiseen. Pyrin sisällyttämään sosiaalityön näkökulman eri konteksteja ja kerroksia tarkasteltaessa.

Kun vaikuttavia mekanismeja koskevat teoriat ovat spekulatiivisia, selityksiä pyritään muodostamaan empiirisen aineiston avulla. Kartoittavan analyysin avulla voidaan kehittää oletuksia mahdollisista taustalla vaikuttavista mekanismeista. Viitteellistä vahvistusta saaneiden mekanismien perusteella muodostetaan ennusteita ja selvitetään niiden paikkansapitävyys. (Rostila 2001, 40; Julnes ja Mark 1998, 43.) Tässä tutkimuksessa kuntoutumisvalmiuden ja sen rakentumiseen vaikuttavien tekijöiden tutkiminen on sekä ennakko-oletuksia testaavaa että aineistolähtöistä tutkimusta. Aiemman kuntoutustutkimuksen ja käytännön kokemuksen perusteella olen johtanut olettamuksia siitä, millaiset mekanismit kuntoutumisvalmiuden taustalla toimivat. Käytäntöön soveltaminen tuo puolestaan tietoa käsitteen sovellettavuudesta mielenterveyskuntoutukseen.

Kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavien mekanismien tutkimiseen liittyy piirteitä kokemuksellisen oppimisen periaatteesta. Kolbin (1984, 21 - 22) mukaan kokemuksellisen oppimisen kehä muodostuu konkreettisista kokemuksista, havainnoista ja reflektiosta, abstraktien käsitteiden muodostamisesta sekä niiden kokeilemisestä ja testaamisesta. Oppiminen kulkee spiraalimaisesti,

jossa on tärkeää konkreettiset kokemukset ja niistä saatu palaute. Näiden perusteella käytäntöjä ja teoriaa mahdollisesti muutetaan. Olen jäsenellyt työkokemukseni ja kuntoutusta koskevan tutkimuksen perusteella kuntoutumisvalmiuden käsitettä. Kuntoutujilta ja kollegoilta saamani palaute on ohjannut prosessia, jonka tavoite on ollut kuntoutumisvalmiuden ja siihen vaikuttavien mekanismien selvittäminen sekä näiden operationalisoiminen. Reflektiivisyydellä tavoitellaan uutta suhdetta ammattiin, jossa työtä ja sen kohdetta sekä tarkoitusta on jatkuvasti rajattava ja käsitettävä uudestaan. Karvinen (1996, 57 - 58) määrittelee reflektiivisen työtavan oppimisen näkökulmasta kokemusten tutkimiseksi uuden ymmärryksen luomiseksi. Omassa tutkimisen prosessissani ei ole ollut mahdollista asettua ilmiön ulkopuolelle, vaan pikemminkin päinvastoin. Olen tarkastellut ilmiötä osallisena, osaltaan työntekijänä, osaltaan oman organisaationi edustajana pyrkien säilyttämään ilmiössä kuitenkin myös kuntoutujan näkökulman.

Kokemuksellisen oppimisen kehään sisältyy erilaista tietämystä. Siinä tarvitaan konkreettisten kokemusten lisäksi taitoa nähdä asioita eri näkökulmista ja taitoa tehdä yleistyksiä. Tarvitaan myös induktiivista päättelyä ja kykyä luoda teoreettisia malleja sekä soveltaa niitä käytännössä. (Kolb 1984, 42.) Niin konkreettiset kokemukset, kuntoutujat ja kuntoutustyöntekijät kuin tutkimuskin tarjoavat erilaisia näkökulmia kuntoutumisvalmiuteen. Oma työkokemus väistämättä on ohjannut prosessia ja oma persoonallisuus ja työkokemus sitä, millaiseksi keskustelutilanteet kuntoutujien kanssa ovat muotoutuneet. Kokemuksellisen oppimisen teoria korostaa induktiivista, kokemuksiin perustuvaa refleктоivaa oppimista. Kokemuksellisen oppimisen peruselementit ovat konkreettiset kokemukset, joiden avulla ideoita voidaan testata ja palautteet, joiden perusteella käytäntöjä ja teorioita muutetaan (Kolb 1984, 21 - 22). Kuntoutumisvalmiuden ja sen rakentumiseen vaikuttavien tekijöiden tutkimisen ja operationalisoimisen prosessi on perustunut näihin peruselementteihin.

Tämä tutkimus ei ole realistinen arviointitutkimus sen perinteisessä mielessä, vaan olen käyttänyt tässä realistisen arviointitutkimuksen menetelmiä työn kehittämisen välineenä. En pyri arvioimaan tai arvottamaan tässä tutkimuksessa toimintaohjelmia tai interventiota ja niiden vaikutuksia, vaan pyrin operationalisoimaan kuntoutumisvalmiuden käsitettä sosiaalityön näkökulmasta käyttämällä realistisen arviointitutkimuksen menetelmiä. Yhteistä arviointitutkimukseen on se, että saatua tietoa voidaan käyttää kuntoutustoiminnan tehokkuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseen. Tutkimuksessa olen pyrkinyt säilyttämään kerroksellisuuden, jossa toimijat ja rakenteet ovat vuorovaikutuksessa. Näin ollen olen tutkinut kuntoutumisvalmiutta sekä yksilötasoisena kysymyksenä, tilannekohtaisen toiminnan tasolla sekä toimintaympäristön tasolla. Tämä tutkimus liittyy vahvimmin realistisen

arviointitutkimuksen perinteeseen vaikuttavien mekanismien tutkimisessa. Tarkastelen sitä, mitkä mekanismit vaikuttavat kuntoutumisvalmiuteen. Kuntoutumisvalmiuden operationalisoiminen ja käsitteellistäminen tuottavat seurantatietoa, joka on tarkoitettu työvälineeksi kuntoutumisvalmiuden arvioinnin käytäntöihin.

Realistisessa arviointitutkimuksessa arvioidaan yhteiskunnan monitasoisessa todellisuudessa esiintyviä käytäntöjä. Realismilla viitataan siihen, että arvioinnissa pyritään huomioimaan kaikki oleelliset käytännön tuloksellisuuteen liittyvät kysymykset, kuten konteksti, eri osapuolten näkökulmat, toimintoja ohjaava tausta-ajattelu, etiikka ja käytäntöjen sisällöt. (Rostila & Kazi 2001, 71, 83 – 84.) Käytännön moninaisissa tilanteissa kaikkien asiaan vaikuttavien tekijöiden huomioon ottaminen on mahdoton tehtävä, sillä kuntoutumisen prosessi on pitkäkestoinen. Kuntoutukseen vaikuttavat elementit ja rakenteet vaihtelevat toimintatilanteesta toiseen ja kuntoutumisen prosessiin sisältyy aina myös satunnaisuutta. Selitykset ovat usein päättymättömiä ja vaikuttavien mekanismien takana on uusia selitysmalleja, esimerkiksi siirryttäessä sosiaalisen vuorovaikutuksen tasolta psykologiselle tasolle (Rostila 2001, 38). Näin ollen on tehtävä valintoja sekä tutkimuksellisesta että toisaalta arvoihin liittyvästä käytännön näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tarkastelen kuntoutumisvalmiutta sosiaalityön näkökulmasta, jossa vuorovaikutuksellisuus ja kuntoutujan suhde omaan ympäristöönsä korostuvat.

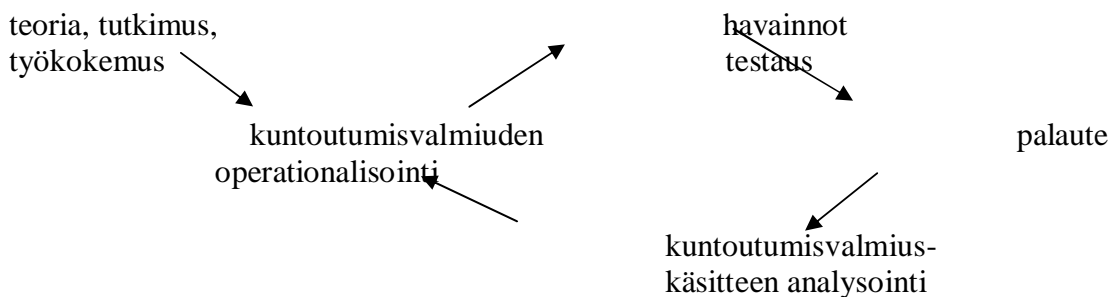
3.3 Tutkimuksen tavoite ja kyselylomakkeen laatimisen prosessi

Tarkastelen tässä tutkimuksessa kuntoutumisvalmiuden käsitettä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on kuntoutumisvalmiuden käsitteen ja sen rakentumiseen vaikuttavien tekijöiden tutkiminen ja niiden operationalisointi. Tavoitteena on kuntoutumisvalmiuden operationalisoinnin kehittäminen niin, että tutkimuksessa käytettyä lomaketta voisi käyttää kuntoutumisvalmiuden arvioimisen työvälineenä. Tarkastelen sitä, millaiset tekijät kuntoutujan elämäntilanteessa, kuntoutuksessa ja toimintaympäristössä ovat olennaisia kuntoutumisvalmiuden kannalta ja mitkä ovat ne vaikutusmekanismit, jotka aikaansaavat muutosta. Tavoitteena on kehittää lomakkeesta työväline, jonka avulla voidaan arvioida kuntoutumisvalmiuden ohella niitä ulottuvuuksia, jotka vaikuttavat kuntoutumisvalmiuteen. Näin ollen lomake voi toimia myös kuntoutussuunnitelman laatimisen työvälineenä. Kuntoutumisvalmiuden arvioimisen tarkoitus on auttaa mielenterveyskuntoutujaa arvioimaan myös itse omaa valmiuttaan muutokseen tunnistamalla muutoksen tiellä olevia esteitä sekä auttaa kuntoutujaa arvioimaan, millä alueilla muutos on tarpeellinen ja mahdollinen.

Kyselylomakkeen kehittäminen on ollut noin vuoden pituinen prosessi. Kuntoutumisvalmiuden käsitteen operationalisoiminen on ollut vahvasti dialoginen prosessi, jossa olen muodostanut kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat tekijät monentasoisissa vuorovaikutusprosesseissa. Kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen vaikuttavat mekanismit ovat usein hyvin yksilökohtaisia, joten tutkin kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä haastattelemalla kuntoutujia. Kyselylomakkeen laatimisessa tutkimusaineistona ovat olleet kahdella eri kuntoutuskurssilla käydyt ryhmäkeskustelut ja niistä tehdyt muistiinpanot. Lisäksi olen käyttänyt tutkimusaineistona seitsemästä lyhytkurssista koostuneen kurssikokonaisuuden kirjallisia kurssipalautteita. Kyselylomakkeen sisältöön on vaikuttanut myös oma työkokemukseni ja lomakkeen eri versioiden testaaminen neljän kuntoutujan ja kahden kollegan kanssa.

Ensimmäinen versio kyselylomakkeesta syntyi toisaalta mielenterveyskuntoutusta ja kuntoutumisvalmiutta koskevaan kirjallisuuteen perustuen, ja toisaalta omaan työkokemukseen perustuen. Ensimmäinen kyselylomakkeen versio syntyi aiemmin tässä tutkimuksessa hahmottelemani mallin perusteella, jossa kuvasin kuntoutumisvalmiutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä (kuvio 1). Seuraaviin versioihin vaikuttivat eri käyttökertoilla kuntoutujien kanssa käydyt keskustelut, jotka liittyivät toisaalta kysymysten ymmärrettävyyteen ja toisaalta myös kuntoutujan käsityksiin kuntoutumisvalmiudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi yksittäisiä kysymyskokonaisuuksia on testattu erikseen kahdella muulla kuntoutuskurssilla. Realistisen vaikuttavuuden kehän tavoin on lähdetty liikkeelle teorioista, joiden ohjaamana on kerätty havaintoaineistoa. Niiden perusteella on jälleen tarkennettu kyselylomakkeen osioita ja jälleen testattu lomakkeen toimivuutta (kuvio 3).

Kuvio 3: Kuntoutumisvalmiuden operationalisoimisen prosessi tässä tutkimuksessa



Olen käynnistänyt kahdella eri kuntoutuskurssilla ryhmäkeskusteluja siitä, mitä kuntoutujat ymmärtävät kuntoutumisvalmiuden käsitteellä, ja mitkä tekijät ovat olleet merkityksellisiä oman

kuntoutumisen etenemisessä, millaiset tekijät ovat vaikeuttaneet omien kuntoutumisen tavoitteiden asettamista. Kuntoutuskursseilla ei ollut samoja osallistujia. Kurssien osallistujat olivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueelta. Olen tehnyt muistiinpanot keskusteluista. Ensimmäisessä ryhmäkeskustelussa kuntoutumisvalmiuden kulmakivinä tuli esiin oman tilanteen hyväksyminen ennen kuin tavoitteita voi asettaa, oma sinnikkyys ja aktiivisuus, tiedon hakeminen ja läheisten tuki. Esteenä kuntoutumiselle oli pelko siitä, että sairaus pahenee. Kuntoutuksessa tärkeänä pidettiin työntekijöiden kykyä luoda turvallisuuden tunnetta silloin, kun se itseltä puuttuu. Tukea ei pidä olla liikaa eikä liian monta tahoja tukea antamassa. Kuntoutujat muistelivat erityisen merkittävinä tilanteita, joissa työntekijä oli kiireestä huolimatta pysähtynyt kuuntelemaan. Kuntoutujilla oli kokemuksia toimintaympäristön rajoituksista. Rajoitukset liittyivät toisaalta asenteisiin ja toisaalta sosiaaliturvapolitiikkaan. Toiset kuntoutujat koettiin sekä toivon lähteenä että varoittavina esimerkkeinä. Varoittavina esimerkkeinä niissä tapauksissa, jolloin kuntoutuja oli eristäytynyt sosiaalisista suhteista ja alkanut elää poikkeavasti yleisesti hyväksytyistä normeista.

Toisella kuntoutuskurssilla pohdittiin enemmän sitä, millainen on hyvä kuntoutumisen ympäristö. Tärkeimpiä kuntoutumista tukevien ympäristöjen ominaisuuksia olivat osallistujien mielestä turvallisuus, ympäristön tuttuus ja se, että ihmiset välittävät siitä, mitä ympärillä tapahtuu. Suurkaupungit koettiin pelottavina paikkoina, joissa ei uskalla yksin kulkea, joissa on paljon ihmisiä ja joissa kukaan ei välitä, jos jollakin on hätä. He kokivat myös palveluiden saatavuuden tärkeänä, niiden toimintaperiaatteiden tuntemisen ja sen, ettei palvelussa jää pelkäksi numeroksi, ellei kykene pitämään puoliaan. Toisaalta ympäristön ihmisten tuttuus voi olla myös ahdistava kokemus, sillä kuntoutujat kokivat tullessa helposti leimatuiksi. Kaikki tuntevat ja tietävät heidät erityisesti silloin, jos on käyttäytynyt poikkeavasti.

Suullisten keskustelujen lisäksi olen tarkastellut erään kuntoutujaryhmän kirjallisia kurssipalautteita. Ryhmä koostui seitsemästä kuntoutujista, jotka toistuvasti olivat palanneet psykiatriseen sairaalahoitoon. Heille järjestettiin seitsemän eri kuntoutuskurssijaksoa noin 1,5 vuoden aikana. Jokaisella seitsemällä kurssilla kuntoutujilta kysyttiin, mitä he ovat odottaneet kurssilta, millaisia tavoitteita he ovat asettaneet, ja mikä on kurssilla ollut hyödyksi heidän kuntoutumisessaan. Kurssilla saadut virikkeet oli koettu myönteiseksi, mutta myös vuorovaikutus työntekijöiden kanssa koettiin merkitykselliseksi. Hyväksyvä, arvostava ja tasavertainen vuorovaikutus koettiin erityisen merkityksellisenä kuntoutumisen kannalta.

Taulukossa 2 olen esittänyt yhteenvedon kuntoutumista edesauttavista tekijöistä toisaalta kuntoutujien arkikokemuksen näkökulmasta ja toisaalta tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista siten, että tarkastelu ulottuu kuntoutujan tilanteeseen, hoito- ja kuntoutustilanteisiin sekä toimintaympäristöön. Sekä kuntoutujien arkikokemuksen näkökulma että teoreettiset jäsennykset ovat ohjanneet kyselylomakkeen sisällön muotoutumista.

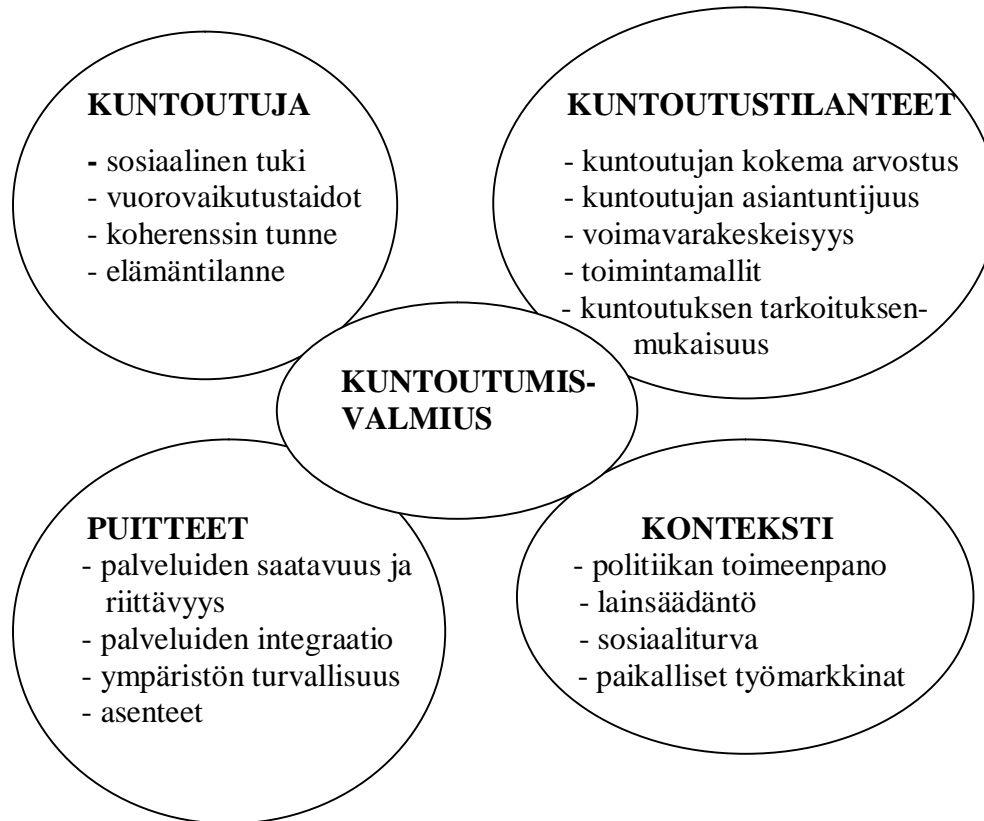
Taulukko 2: Kuntoutujan arkikokemuksesta sekä kuntoutustutkimuksesta ja tutkijan kokemuksellisista jäsennyksistä lähtevät kuntoutumista tukevat tekijät kuntoutujan tilanteessa, hoito- ja kuntoutustilanteissa sekä toimintaympäristössä.

	Kuntoutujan arkikokemuksesta lähtevä näkökulma	Teoriasta, aiemmasta tutkimuksesta ja tutkijan työkokemuksesta lähtevä näkökulma 55
Kuntoutujan tilanne	<ul style="list-style-type: none"> - usko positiivisen muutoksen mahdollisuuteen, toivo - onnistumisen kokemukset - tilanteen hyväksyminen - läheisten tuki - arjen sujuminen, taloudellinen tilanne - sinnikkyys, aktiivisuus, oma aloitteellisuus 	<ul style="list-style-type: none"> - vuorovaikutusorientaatio - hallinnan ja koherenssin tunteet - sosiaalinen tuki
Hoito- ja kuntoutus-tilanteet	<ul style="list-style-type: none"> - turvallisuuden tunne, luottamus työntekijään - työntekijän osoittama arvostus, hyväksyntä, kuunteleminen, rohkaiseminen, mielipiteiden kunnioittaminen - tasavertaisuuden kokemus suhteessa työntekijään, työntekijän aktiivisuus keskustelussa - mahdollisuus kokeilla jaksamistaan ja taitojaan - tieto sairaudesta, palveluista, kuntoutuksesta, kuntoutumisesta, sosiaaliturvasta 	<ul style="list-style-type: none"> - työmenetelmät: sosiaalisen tuen aktivoiminen, tieto sairaudesta, kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta, onnistumisen kokemukset, mahdollisuuk- - sien luominen ja hyödyntäminen laajasti - vuorovaikutus, voimavarakeskeisyys, toivon ylläpitäminen, dialogisuus - tarkoituksenmukaisuus, suunnitelmallisuus - taustalla vaikuttavat arvot ja ammatilliset käsitykset
Toimintaympäristö	<ul style="list-style-type: none"> - ei liikaa auttajia - työntekijöiden pysyvyys - palveluiden saatavuus ja niissä kohtelu - palveluiden toimintaperiaatteiden tuntemus - ympäristön turvallisuus - ympäristön asenteet 	<ul style="list-style-type: none"> - palveluiden saatavuus - ympäristön tarjoamat mahdollisuudet - asenteellisuus, diskriminaatio - elinkeinorakenne, työllisyys - toimintapolitiikat, monitoimijuus

Tavoitteenani on ollut säilyttää tutkimuksessa samoin kuin kyselylomakkeessakin sosiaalisen todellisuuden kerroksellisuus. Suikkanen ja Lindh (2001b, 20) ovat jaotelleet kuntoutuksen arvioinnin ulottuvuudet neljään tasoon, jota ovat konteksti, puitteet, tilannesidonnainen toiminta ja yksilö. Tutkimuksessa heidän (mt. 21 - 22) mukaansa on tärkeää ottaa huomioon politiikan toimeenpanon muutokset, sillä meneillään olevat muutostrendit sekä ehdollistavat että mahdollistavat kuntoutustoimintaa. Puitetasolle sijoittuvat paikalliset työmarkkinat ja palvelujärjestelmä, joissa arviointi kohdentuu palvelujärjestelmän toimintaan ja yhteistyöhön. Tilannesidonnainen toiminta tarkoittaa kuntoutuksen toimintamalleja ja työkäytäntöjä ja yksilötasolla tarkastellaan yksilöllistä selviytymistä arkielämässä.

Sosiaalityön lähtökohtana on ihminen tilanteessaan. Sosiaalityön näkökulmasta tarkastellaan kuntoutujan kokonaistilannetta, hänen yhteyksiään omaan ympäristöönsä ja vuorovaikutussuhteitaan sekä toisaalta ympäristön ja yhteisöllisten tekijöiden merkitystä kuntoutujan tilanteeseen. Tässä tutkimuksessa olen tutkinut kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavia mekanismeja sosiaalityön näkökulmasta. Olen käyttänyt vaikuttavien mekanismien tunnistamisessa eri aineistoja, joita ovat työkokemuksen ja aiemman tutkimuksen lisäksi kuntoutujien kanssa käydyt ryhmäkeskustelut, kyselylomakkeen testaamisen yhteydessä käydyt yksilökeskustelut sekä kurssipalautteet. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ollut tutkia kuntoutumisvalmiutta yksilötasolla, hoito- ja kuntoutustilanteiden tasolla sekä toimintaympäristön tasolla (kuvio 1). Konteksti ymmärretään realistisessa arviointitutkimuksessa olosuhteena, johon ei interventiolla voida vaikuttaa. Tästä syystä olen tarkastellut toimintaympäristöä Suikkasen ja Lindhin (2001b, 20) esittämien tasojen mukaisesti, sillä hahmottelemani toimintaympäristössä vaikuttavat tekijät ovat sekä kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavia mekanismeja että kuntoutumisvalmiutta kontekstoivia tekijöitä. (Kuvio 4.) Suikkasen ja Lindhin (mt. 21) mukaan konteksti liittyy yhteiskunnan muutoksen ja uudelleen rakenteistumisen vaiheeseen. Konteksti liittyy politiikan toimeenpanon muutoksiin ja lainsäädännön arviointiin, jotka ehdollistavat ja mahdollistavat kuntoutustoimintaa. Puitetasolla Suikkanen ja Lindh (mt. 21) viittaavat paikalliseen palvelujärjestelmään, niiden toimintaan ja dynamiikkaan. Kuviossa 4 todetut eri tutkimuksen tasoilla vaikuttavat mekanismit ovat kiteytyneet monentasoisissa kuntoutujien ja kollegoiden kanssa käydyissä vuorovaikutustilanteissa sekä kyselylomakkeen testaamisen tuloksena.

Kuvio 4: Kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat mekanismit kuntoutujan, tilannesidonnaisen toiminnan ja puitteiden tasolla sekä yhteiskunnallisen tilanteen luoma konteksti (vrt. Suikkanen ja Lindh 2001b, 20).



Kuntoutujan tilanteessa ovat sosiaalityön näkökulmasta korostuneet eri aineistoissa sosiaalisen tuen, vuorovaikutuksen ja hallinnan merkitykset. Näitä tekijöitä tulen tarkastelemaan tässä tutkimuksessa kuntoutujan tilanteessa vaikuttavina mekanismeina. Hallinnan osalta olen päätenyt käyttämään Antonovskyn koherenssi-mittaria, koska koherenssin tunne on käsitteenä hallinnan tunnetta laajempi. Koherenssin tunteeseen sisältyy hallinnan tunteen lisäksi elämän mielekkyys ja ymmärrettävyys, jotka ovat mielenterveysongelmien kannalta keskeisiä tekijöitä. Koherenssin tunne viittaa ihmisen tapaan havaita ja ymmärtää ympäristöään (Järvikoski 1994, 110). Näin ollen koherenssin tunne on sosiaalityön näkökulmasta relevantti.

Kuntoutustilanteiden osalta erityisen merkittäväksi tekijäksi on osoittautunut kuntoutustilanteissa syntyvä vuorovaikutus, joka myös sosiaalityön näkökulmasta on oleellinen tekijä. Vuorovaikutuksen kunnioitavuus, empatia, arvostus ja tasavertaisuus ovat useissa kuntoutujien kanssa käymissäni keskusteluissa sekä aiemmassa tutkimuksessa osoittautuneet tärkeiksi tekijöiksi

kuntoutumisen kannalta. Kuntoutujat odottavat kuntoutukselta tietoa, rohkaisua, mahdollisuutta kokeilla omia kykyjään ja rajojaan sekä toiminnan mahdollisuuksia. Kuntoutuksen osalta painottuu siis monenlainen resurssoinen, sekä omien voimavarojen ja asenteiden osalta, että toiminnan mahdollisuuksien osalta. Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus liittyy siihen, että kuntoutujan tilanne todella muuttuu ja hän tulee valitsemassaan ympäristössä toimeen sairaudestaan huolimatta. Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus liittyy toisaalta myös kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen, ts. kuntoutujan yksilöllinen tilanne otetaan huomioon tarjottaessa erilaisia kuntoutusmahdollisuuksia.

Toimintaympäristön osalta on oleellista tarkastella sitä, millaisia normeja, arvoja ja vuorovaikutussuhteita se sisältää sekä sitä, millaiset puitteet paikalliset olosuhteet luovat kuntoutumiselle. Toimintaympäristön osalta käydyissä ryhmäkeskusteluissa kuntoutujat kokivat tärkeiksi alueiksi ympäristön turvallisuuden ja asenteellisuuden sekä ympäristön tarjoamat resurssit ja toimintamahdollisuudet. Lisäksi monilla kuntoutujilla oli kokemuksia moniasiakkuudesta, jossa toimijat eivät toimineet koordinoitusti ja kuntoutujat kokivat tilanteen hämmentäväksi. Lisäksi kuntoutujilla oli kokemuksia siitä, kuinka erityisesti sosiaaliturva ja muu lainsäädäntö voivat kaventaa valinnanmahdollisuuksia.

Olen tutkinut kyselylomakkeen avulla kuviossa 4 mainittujen mekanismien merkitystä kuntoutumisvalmiuteen (liite). Olen laatinut kyselylomakkeen myös silmällä pitäen kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden arvioimista työtilanteissa. Lomakkeessa on kysymyskokonaisuus (nro 7), jonka osiot olen laatinut bostonilaisen kuntoutumisvalmiuden määrittelyn pohjalta, ts. lomakkeessa kysytään muutoksen tarpeellisuuden kokemuksia, tietoisuutta itsestä, ympäristöstä, valmiutta yhteistyösuhteisiin sekä muutokseen sitoutumista. Muut lomakkeen kysymykset liittyvät kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen liittyviin tekijöihin, jotka olen rakentanut taulukossa 1 tiivistettyjen teemojen perusteella.

Lomakkeen kysymyksillä tutkitaan kuntoutujan arviota nykytilanteestaan sekä ennakointia tulevaisuudesta (kysymys 1). Käsitys nykyisestä elämäntilanteesta liittyy oleellisesti muutostarpeeseen ja näin ollen liittyy kuntoutumisvalmiuteen. Ennakointi tulevaisuudesta kertoo osaltaan kuntoutujan uskosta muutoksen mahdollisuuteen ja sillä puolestaan on merkitystä muutokseen sitoutumiseen. Vuorovaikutustaitojen osalta (kysymys 2) olen kysynyt kuntoutujalta sitä, kuinka halukas hän on hakeutumaan muiden ihmisten seuraan ja miten hän kokee vuorovaikutuksen heidän kanssaan. Kysymyksellä ajattelen olevan merkitystä siihen, kuinka hän pystyy käyttämään hyödykseen sosiaalista tukea. Lisäksi hakeutuminen toisten seuraan avaa

enemmän valinnanmahdollisuuksia ja mahdollisuutta hyötyä sekä palveluista että sosiaalisesta tuesta. Sosiaalisen tuen (kysymys 3) osalta olen katsonut tarpeelliseksi kysyä sitä, onko kuntoutujalla tarvittaessa tukea käytössään, mikä on edellytys tuen saamiselle. Elämäntilanteen kuormittavuus (kysymys 4) vaikuttaa lähinnä hoidon ja kuntoutuksen tarpeenmukaisuuteen ja oikea-aikaisuuteen. Syvässä kriisissä oleva ihminen on aivan eri tilanteessa tulevaisuuden tavoitteidensa asettelussa kuin vaikeimman kriisivaiheen ohittanut kuntoutuja. Kysymyksessä mielenterveyspalveluiden käytöstä saaduista kokemuksista (kysymys 5) olen tavoitellut kokemuksia hoito- ja kuntoutustilanteiden vuorovaikutuksesta, jossa oleellista on kuntoutujan asiantuntijuus ja hänen monenlainen tukemisensa ja arvostamisensa. Kysymyksen sisältöön on oleellisesti vaikuttanut kuntoutuskurssilaisten antamat palautteet, joissa he katsoivat merkityksellisimmäksi kuntoutumistaan edistäväksi tekijäksi tasavertaisen ja hyväksyvän vuorovaikutussuhteen työntekijöiden kanssa. Antonovskyn kehittämässä koherenssi-mittarissa (kysymys 6) tarkastellaan kuntoutujan hallintaa, elämän mielekkyyttä ja ymmärrettävyyttä. Kuntoutujan pystyvyys ja hallinta ovat kuntoutumisvalmiuden kannalta oleellisia tekijöitä. Koherenssissa tulee myös ympäristön merkitys esiin. Toimintaympäristöä (kysymys 8) koskevien osioiden osalta tarkastelen kuntoutujan kokemusta ympäristön turvallisuudesta, palveluiden saatavuudesta ja kokemuksia niiden laadusta sekä kokemuksia ympäristön asenteista.

Suikkasen ja Lindhin (2001a, 49, 51) mukaan tutkimuksen tulisi olla toimintatilanteisiin painottuvaa tutkimusta, jossa kuntoutumista tarkastellaan prosessina ja kuntoutumisen toteutumista situationaalisenä tapahtumana. Kuntoutustilanteet eivät ole toisistaan irrallisia, vaan jatkumo tilanteesta toiseen. Tämän tutkimuksen lähtökohta on, että kuntoutustilanteissa esiintyy sellaisia mekanismeja, jotka voivat suotuisissa olosuhteissa edesauttaa muutosprosessia. Laajennus kuntoutuspalveluista muuhun palvelujärjestelmään tuo esiin toimintaympäristön kuntoutumisen kontekstina. Salo (1996, 203) on löytänyt 1960-luvun psykiatrisessa kuntoutuksessa viidenlaisia rakenteellisia esteitä: asuntopoliittisia, työvoimapoliittisia, hoidollisia, sosiaalipoliittisia ja kulttuurisia esteitä. Mielestäni nämä kaikki elementit ovat edelleen olemassa. Ajattelen, että kuntoutuminen on kuntoutujan, kuntoutustilanteiden ja toimintaympäristön vuorovaikutusta. Kuntoutujan kuntoutuminen ei vie eteenpäin, ellei ympäristö avaa mahdollisuuksia kuntoutumiselle. Kuntoutuja tarvitsee tukea kuntoutumiselleen, joka on jokaisessa tapauksessa yksilöllinen prosessi niin tuen kuin kuntoutujankin näkökulmasta.

3.4 Kyselyaineiston keruu ja analyysi

Keräsin tutkimusaineiston kyselylomakkeella, jonka jaoin keväällä 2004 Mielenterveyden Keskusliiton järjestämällä koulutuspäivillä 120 kuntoutujalle. Kurssin päätteeksi lomakkeista palautettiin 84 ja myöhemmin vielä postitse 9 lomaketta. Palautusprosentiksi muodostui näin ollen 77,5 %. Lomakkeen laajuudesta huolimatta kuntoutujat vastasivat lomakkeeseen huolellisesti, sillä puuttuvaa tietoa on vähän. Koulutuspäivien osallistujat olivat sellaisia mielenterveyskuntoutujia, jotka olivat lähteneet kotoaan liikkeelle, osallistuvat koulutukseen ja useat heistä ovat hyvin aktiivisia omissa paikallisosastoissaan. Vaikka vastaajat ovat valikoitunut osa mielenterveyskuntoutujista, on aineisto käyttökelpoinen tämän tutkimuksen yhteydessä. Vastauksia ei pyritäkään suhteuttamaan muihin mielenterveyskuntoutujiin tai yleensä mielenterveyspalveluihin, vaan aineistoa käsitellään suhteessa kuntoutumisvalmiuden käsitteeseen ja sen osatekijöihin.

Tilastanalyysit on toteutettu SPSS-ohjelmistolla. Tilastollisessa analysoinnissa olen käyttänyt tutkimusmenetelminä aluksi frekvenssejä ja korrelaatioita. Nykyisestä elämäntilanteesta, kuntoutujan vuorovaikutusmalleista, kuntoutuspalveluissa saaduista kokemuksista ja toimintaympäristöstä tein aluksi reliabiliteettianalyysit, minkä tarkoituksena oli tarkastella, kuinka hyvin osiot liittyvät samaan asiakokonaisuuteen. Tämän tuloksena poistin erityisesti toimintaympäristöön liittyvän kokonaisuuden kohdalla kysymyksiä, jotka eivät kuuluneet reliabiliteettianalyysin perusteella kyseisiin aihealueisiin. Tämän jälkeen tein kysymyskokonaisuuksista faktorianalyysit ja laskin kullekin faktorille latautuneista osioista yksinkertaiset summamuuttujat. Tulkinnan kannalta pidin selkeämpänä määrittellä kunkin osion vaikutuksen faktoriin samanarvoiseksi. Faktoripisteittäinen tarkastelu olisi muuttanut kysymysten painoarvoja.

Ryhmien välisessä vertailussa lähinnä taustamuuttujien osalta olen käyttänyt sekä Kruskal-Wallis testin että yksisuuntaista varianssianalyysia (Anova), sillä kaikkien taustamuuttujien osalta yksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset eivät täyty.

Koska sosiaalitieteissä asiakokonaisuudet ovat harvoin yksiulotteisia, olen käyttänyt analyysissä summamuuttujien tarkastelun lisäksi osioittaista tarkastelua silloin, kun mittarin luotettavuutta kuvaava Cronbachin alfa-kerroin on jäänyt matalaksi. Olen esitellyt käyttämiäni analyysitapoja vielä erikseen kunkin tuloksen tulkinnan yhteydessä.

4 TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Kyselyaineisto

Kyselyyn vastanneista kuntoutujista naisia ja miehiä oli jokseenkin yhtä paljon. He olivat kotoisin pääasiassa Etelä- ja Keski-Suomesta. Suurin osa kuntoutujista oli kaupunkilaisia (2/3). Taajaan asutuista kunnista ja maaseutumaisista kunnista oli yhteensä kolmannes vastaajista. Vastaajien ikä vaihteli 30-vuotiaasta 77-vuotiaaseen, mutta painottui keski-ikäisiin niin, että lähes puolet (47 %) vastaajista oli 40 – 55 -vuotiaita. Keskiarvoikä oli 51 vuotta. Hieman yli kolmasosa vastaajista oli kansakoulun käyneitä, perus- ja keskikoulun käyneitä jonkin verran enemmän (40 %) ja neljäsosa ylioppilastutkinnon suorittaneita. Vain kolmella vastaajalla ammatillinen koulutus puuttui ja suurimmalla osalla oli joko ammattikoulu tai opistotasoinen tutkinto suoritettuna. Vastaajista 20 %:lla ei ollut peruskoulun jälkeistä tutkintoa, kun luku tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2002 koko 15 vuotta täyttäneellä väestöllä oli 39 %. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita tässä aineistossa oli 60 %, kun vastaava osuus koko maassa vuonna 2002 oli 37 %. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneita oli tässä aineistossa 19 %, kun koko maassa vastaava osuus oli 24 %.

Vastaajista puolet oli eläkkeellä olevia kuntoutujia ja kuntoutustuella olevia oli 17 %. Työssä tai työttömänä olevia oli neljännes. Hyvin suuri osa kuntoutujista oli siis tällä hetkellä työmarkkinoiden ulkopuolella. Ainoastaan 14 % oli työssä käyviä kuntoutujia. Neljännes vastaajista on käyttänyt mielenterveyspalveluita alle 5 vuotta (taulukko 3). Mielenterveyspalveluiden käytön mediaani on tässä aineistossa 8 vuotta, mitä voidaan pitää melko pitkänä asiakkuutena. Pitkäaikaisairauksissa kuitenkin asiakkuuden yleensä ajatellaan olevan voimassa, vaikka asiakkuus ei olisikaan kovin intensiivinen. Mielenterveysongelmissa usein asiakkuus vuosien jälkeen jatkuu seurantana ja reseptien uusimisena ja tarvittaessa tilanteen muuttuessa palvelut tiivistyvät. Mielenterveyspalveluiden käyttöaika kuvaa mahdollisesti enemmän mielenterveysongelmien kestoa.

Taulukko 3: Mielenterveyspalveluiden käyttöaika

käyttöaika	n	%	valid %	kumulatiivinen %
1 - 4 vuotta	18	19,4	21,2	21,2
5 - 9 vuotta	33	35,5	38,8	60,0
10 – 14 vuotta	22	23,7	25,9	85,9
vähintään 15 vuotta	12	12,9	14,1	100,0
yhteensä	85	91,4	100,0	
puuttuva tieto yhteensä	8	8,6		

Vastaajista 45 % ei ollut tarvinnut sairaalahoitoa lainkaan, kolmannes oli ollut sairaalahoidossa enintään kolme kertaa ja viidennes vastaajista vähintään neljä kertaa (taulukko 4). Sairaalahoitokäytännöissä on suuria eroja paikkakunnittain. Joillakin paikkakunnilla sairaalaan on vaikea päästä esimerkiksi sairaalapaikkojen vähyyden takia, tai joillakin paikkakunnilla toimintaideologiana voi olla mahdollisimman pitkään hoitaminen avohoidossa verkoston tuella. Tässä kuitenkin sairaalahoidon käyttämisen olen ajatellut kuvaavan mielenterveysongelmien astetta, se voi kertoa myös omien ja verkoston resurssien niukkuudesta tai myös kuntoutujan toimintamallista.

Taulukko 4: Sairaalahoitokertojen määrä

hoitokerrat sairaalassa	n	%	valid %	kumulatiivinen %
en ole ollut	41	44,1	45,1	45,1
1-3 kertaa	33	35,5	36,3	81,3
4-10 kertaa	12	12,9	13,2	94,5
useammin kuin 10 kertaa	5	5,4	5,5	100,0
yhteensä	91	97,8	100,0	
puuttuva tieto	2	2,2		

Koska vastaajina on valikoitunut joukko, taustatekijöitä ei tarkastella siten, että niiden perusteella voitaisiin tehdä yleistyksiä. Taustatekijöiden merkitys on lähinnä tutkittavan ilmiön paikantamisessa.

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa vastaaja saattoi tuoda esille muita asioita, jotka vaikuttavat haluun tai mahdollisuuteen asettaa kuntoutumistaan koskevia tavoitteita. Tutkimustuloksissa esitetyt sitaatit ovat näitä vastauksia. Vaikka sitaatit eivät aina suoranaisesti liitykään niihin vaikuttaviin mekanismeihin, joihin tässä tutkimuksessa erityisesti keskitytään, on tässä pidetty tärkeänä raportoida myös kuntoutujien omaehtoisesti esiin tuomat teemat. Kuntoutujat avaavat mahdollisesti sellaisia puolia, jotka tutkijan ja sosiaalityöntekijän positiosta katsottuna olisi jäänyt huomiota vaille. Kuntoutujien sitaatit kertovat siitä, mitä erilaiset ilmiöt arkikokemuksen tasolla merkitsevät.

4.2 Kyselyaineistosta muotoutuva kuntoutumisvalmiuden käsite

Kuntoutumisvalmius on abstrakti käsite, jonka johdosta olen tutkinut sitä epäsuorasti sellaisten arkielämässä esiintyvien ilmiöiden välityksellä, joiden olen ajatellut kuvaavan kuntoutumisvalmiutta. Kuntoutumisvalmiuden operationalisoinnin pohjana oli siis bostonilainen määrittely kuntoutumisvalmiudesta ja sen viidestä osatekijästä: tietoisuudesta itsestä ja ympäristöstä, tarpeesta ja sitoutumisesta muutokseen sekä yhteisyyssuhteista. Kun etsitään suuresta muuttujien määrästä ne tekijät, jotka korreloivat muita enemmän ja muodostavat täten kokonaisuuden, on faktorianalyysi mielekäs tutkimusmenetelmä. Faktorianalyysi tiivistää järjestysasteikollisten muuttujien informaatiota keskeisiin faktoreihin, jotka nimetään sisällöllisin perustein. Faktorianalyysi soveltuu myös mittarin rakentamiseen. (Metsämuuronen 2001, 17.)

Useiden faktorianalyysimallien kokeilun tuloksena löytyi kaksi käyttökelpoista tulosta: 5-faktorimalli ja 6-faktorimalli, joista 5-faktorinen malli mukaili bostonilaista kuntoutumisvalmiuden käsitettä jokseenkin hyvin (taulukko 5). Bostonilaisen määrittelyn mukaan siis sitoutuminen muutokseen liittyi tunteeseen muutoksen välttämättömyydestä, uskoon positiivisen muutoksen mahdollisuudesta, uskoon oman toiminnan vaikuttavuudesta ja tunteeseen tuen saatavuudesta. Tässä tutkimuksessa viiden faktorin mallissa ensimmäisen faktorin lataukset liittyivät pääosin näille

alueille: uskoon elämäntilanteen kohentumisen mahdollisuudesta, uskoon oman toiminnan vaikuttavuudesta ja valmiuteen omien toimintatapojen muuttamiseen. Tietoisuuteen itsestä sekä bostonilaisessa että tässä viiden faktorin mallissa kuului tietoisuus omista arvoista, kyvyistä ja tavoitteista. Tosin tavoitteellisuus ja elämänarvojen merkitys latautuivat sekä ensimmäiselle että toiselle faktorille. Muutostarve on bostonilaisessa määrittelyssä joko sisäistä tarvetta tai ulkoista painetta muutokseen sekä tyytymättömyyttä omaan ympäristöön. Viiden faktorin mallissa muutostarve mukaili bostonilaista määrittelyä. Bostonilaisessa mallissa sosiaalinen tuki liittyi muutokseen sitoutumiseen, mutta tässä operationalisoinnissa kyseiset osiot latautuivat omalle faktorilleen. Bostonilaisessa määrittelyssä yhteistyösuhteen muodostamisessa painotetaan erityisesti kuntoutuja ominaisuuksia, kuinka kuntoutuja liittyy toisiin ihmisiin ja kykenee käyttämään hyväkseen tukea. Viiden faktorin mallissa yhteistyösuhdetta kuvaavat osiot latautuivat samalle faktorille, mutta samalle faktorille latautui myös muita osioita.

Kuuden faktorin malli oli selkeämpi, sillä osiot latautuivat selkeämmin eri faktoreille. Faktoreiden teemat olivat samat, mutta jotkin kokonaisuudet painottuivat hieman eri tavoin. Muutostarvetta kuvaavan faktorin lataukset olivat sekä viiden että kuuden faktorin mallissa lähes identtiset, mutta viiden faktorin mallissa osiot latautuivat muillekin alueille. Kuuden faktorin malli oli siis teknisesti selkeämpi. Tietoisuus itsestä ja ympäristöön liittyvistä asioista, jotka viiden faktorin mallissa latautuivat samalle faktorille, latautuivat kuuden faktorin mallissa eri faktoreille. Ympäristön osuus oli siis mahdollista erottaa kuuden faktorin mallissa paremmin. Muutostarpeen faktori viiden faktorin mallissa liittyi sekä sisäiseen ja ulkoiseen muutostarpeeseen että tyytymättömyyteen omaan ympäristöön. Kuuden faktorin mallissa nämä kokonaisuudet saattoi erottaa. Lisäksi kuuden faktorin mallissa kiinnostavaa oli se, että tietoisuus itsestä ja tietoisuus kuntoutumisesta erottuivat omiin asiakokonaisuuksiinsa. On mielestäni kaksi eri asiaa olla tietoinen omista kyvyistään, arvoistaan ja tavoitteistaan kuin siitä, mikä olisi kuntouttavaa. Kuuden faktorin mallissa sitoutuminen muutokseen painottui myös sitoutumiseen oman toiminnallisuuden kautta. Viiden faktorin mallissahan muutokseen sitoutumiseen liittyivät usko omasta pystyvyydestä ja muutoksen mahdollisuudesta. Kuuden faktorin mallissa muutokseen sitoutumisessa painottuu myös oma aktiivisuus ja valmius omien toimintatapojensa muuttamiseen. Koska toiminnallisuus painottui kuuden faktorin mallissa voimakkaammin, tuntui kuuden faktorin malli tästäkin syystä perustellummalta. Kaavamaiset toimintatavat voivat olla hyvin rajoittavia, ja valmius niiden muuttamiseen on kuntoutumisen kannalta oleellinen tekijä. Kuuden faktorin mallissa siis ulottuvuudet olivat selkeämmät ja sisällöllisesti siinä painottui paitsi valmius muuttaa toimintatapojaan myös tietoisuus kuntoutumisesta. Toisin kuin bostonilaisessa

kuntoutumisvalmiuden mallissa, kuuden faktorin ratkaisussa sosiaalinen tuki on irrottautunut omaksi kokonaisuudekseen, mikä on tämän tutkimuksen kannalta hyvin oleellinen tekijä.

Taulukko 5: Kuntoutumisvalmiuden osatekijät bostonilaisessa mallissa sekä aineistosta muotoutuviissa 5- ja 6-faktorimalleissa

	Kuntoutumisvalmius		
	Farkas ym. 2000, 34 – 45	5-faktorimalli	6-faktorimalli
muutostarve	<ul style="list-style-type: none"> - sisäinen muutostarve - ulkoinen muutospain - tyytymättömyys omaan ympäristöön 	<ul style="list-style-type: none"> - koen muutoksen tarpeelliseksi (.796) - läheisteni mielestä muutos on tarpeellinen (.484) - päivittäinen arkeni ei tyydytä minua (.523) - en pysty käyttämään kykyjäni nykyisessä ympäristössäni (.694) 	<ul style="list-style-type: none"> - koen muutoksen tarpeelliseksi (.710) - läheisteni mielestä muutos on tarpeellinen (.792)
sitoutuminen muutokseen/	<ul style="list-style-type: none"> - tunne muutoksen välttämättömyydestä - usko positiivisen muutoksen mahdollisuuteen - tuen saatavuus - usko oman toiminnan vaikuttavuuteen 	<ul style="list-style-type: none"> - uskon, että elämäntilanteeni voi kohentua (.541) - uskon, että voin vaikuttaa elämäntilanteeni (.769) - olen valmis muuttamaan toimintatapojani (.757) - toimin mieluummin itse aktiivisesti kuin odotan eteeni avautuvia mahdollisuuksia (.779) - minulla on tavoitteita (.592) - tiedostan mikä elämässäni on tärkeää (.582) - päivittäinen arkeni ei tyydytä minua (-.546) 	<ul style="list-style-type: none"> - uskon, että elämäntilanteeni voi kohentua (.494) - uskon, että voin vaikuttaa elämäntilanteeni (.791) - olen valmis muuttamaan toimintatapojani (.775) - toimin mieluummin itse aktiivisesti kuin odotan eteeni avautuvia mahdollisuuksia (.810) - minulla on tavoitteita (.601) - tiedostan mikä on elämässäni tärkeää (.470)
yhteisyyssuhteet	<ul style="list-style-type: none"> - halu muodostaa henkilökohtaisia suhteita - suhtautuminen työntekijöihin, terapeuttiin 	<ul style="list-style-type: none"> - terapisuhde on minulle tärkeä kuntoutumiseni kannalta (.720) - minun on helppo puhua terapeutini kanssa vaikeistakin asioista (.728) - läheisteni mielestä muutos on tarpeellinen (.411) - minulla on riittävästi ammattiapua (.407) 	<ul style="list-style-type: none"> - minulla on tarvitsemani läheisten tuki (.582) - minulla on riittävästi ammattiapua (.832) - terapisuhde on minulle tärkeä (.646)
tietoisuus itsestä	<ul style="list-style-type: none"> - kykyjen, taitojen ja rajoitusten tunnistaminen - tietoisuus arvoista - tietoisuus tavoitteista 	<ul style="list-style-type: none"> - minulla on tavoitteita (.508) - tiedostan, mikä on elämässäni tärkeää (.535) - osaan säädellä toimintaani jaksamiseni kannalta (.666) - tiedostan kykyini ja voimavarani, joiden varaan rakennan kuntoutumistani (.733) - olen pohtinut vaihtoehtoja, mikä olisi minulle tulevaisuudessa mahdollista (.698) - olen tietoinen tekijöistä, jotka ympäristössäni edesauttavat kuntoutumista (.665) - tunnistan ympäristössäni hyvinvointini kannalta haitalliset tekijät (.616) 	<ul style="list-style-type: none"> - minulla on tavoitteita (.528) - tiedostan, mikä elämässäni on tärkeää (.410) - osaan säädellä toimintaani jaksamiseni kannalta (.657) - tiedostan kykyini, joiden varaan rakennan kuntoutumistani (.677) - olen pohtinut vaihtoehtoja, mikä olisi minulle tulevaisuudessa mahdollista (.801)
tietoisuus ympäristöstä	<ul style="list-style-type: none"> - tietoisuus omista nykyisistä elinympäristöistä - tietoisuus mahdollisista ympäristöistä ja ympäristön mahdollisuuksista 		<ul style="list-style-type: none"> - päivittäinen arkeni ei tyydytä minua (.741) - en pysty käyttämään kykyjäni nykyisessä ympäristössäni (.826)
sosiaalinen tuki		<ul style="list-style-type: none"> - minulla on tarvitsemani läheisten tuki (.737) - minulla on riittävästi ammattiapua (.714) - uskon, että elämäntilanteeni voi kohentua (.521) 	

tietoisuus kuntoutumise			<ul style="list-style-type: none">- tiedostan, mikä elämässä on tärkeää (.427)- olen tietoinen tekijöistä, jotka edesauttavat kuntoutumistani (.804)- tunnistan ympäristössäni haitalliset tekijät kuntoutumiseni kannalta (.514)- minun on helppo puhua terapeutini kanssa (.663)
----------------------------	--	--	---

Bostonilaisen kuntoutumisvalmiuden mukaan tietoisuus ympäristöstä sisältää ihmisen käsityksen ympäristön vaatimuksista ja mahdollisuuksista sekä tietoisuuden ympäristön erityispiirteistä. Tietoisuuteen ympäristöstä on liitetty myös tietoisuus sekä aikaisemmista että mahdollisista tulevaisuuden sosiaalistumisen, oppimisen, kehittymisen ja työn ympäristöistä. Asiakokonaisuutena käsite on hyvin laaja ja tässä tutkimuksessa onkin pitäydytty tietoisuudessa nykyisen ympäristön mahdollisuuksista. Oman itsensä, arvojen, mielenkiinnon kohteiden, tavoitteiden ja voimavarojen pohtiminen on tässä aineistossa yhteydessä siihen, että ihminen on tietoinen myös ympäristöstään. Käsitys itsestä syntyy kosketuksissa ympäristön kanssa. Tässä tutkimuksessa tietoisuuteen ympäristöstä liittyy lähinnä kokemus nykyisen ympäristön tyydyttävyydestä.

Kuuden faktorin mallissa osiot jakautuivat siis seuraavasti. Ensimmäiselle faktorille suurimmat lataukset saivat usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin, valmius omien toimintatapojen muuttamiseen, valmius aktiiviseen toimintaan eteen avautuvien mahdollisuuksien odottamisen sijaan ja tavoitteiden olemassaolo. Nimesin tämän faktorin **toimintavalmiudeksi**. Toisen faktorin suurimmat lataukset olivat elämän tärkeiden asioiden tiedostaminen, oman toiminnan säätely jaksamisen kannalta, omien kykyjen tiedostaminen ja mahdollisten vaihtoehtojen pohtiminen. Nimesin faktorin **tietoisuudeksi itsestä**. Kolmannen faktorin suurimmat lataukset liittyivät tietoisuuteen kuntoutumista edesauttavista tekijöistä, hyvinvoinnin kannalta ympäristön haitallisten tekijöiden tunnistamiseen ja siihen, että terapeutin kanssa vaikeatkin asiat on helppo jakaa. Tämän faktorin nimesin **tietoisuudeksi kuntoutumisesta**. Neljännelle faktorille latautui läheisten tukeen ja ammattiapuun liittyvät osiot, joten faktori kuvaa **yhteisyyssuhteita**. Viides faktori muodostui siitä, ettei päivittäinen arki tyydytä eikä kuntoutuja koe kykenevänsä käyttämään kykyjään nykyisessä ympäristössään. Faktori kuvaa **tietoisuutta ympäristöstä**. Kuudennen faktorin lataukset liittyivät **muutoksen tarpeellisuuteen**. Muutoksen kokivat tarpeelliseksi toisaalta kuntoutujat itse, toisaalta heidän läheisensä.

4.3 Kuntoutujan elämäntilanteessa kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat mekanismit

4.3.1 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisten suhteiden merkityksestä fyysisen ja psyykkisen terveyden kannalta on runsaasti tutkimuksellista näyttöä. Sosiaalinen tuki on sosiaalisista suhteista saatava voimavara. Se avaa parhaimmillaan uusia muutoksen mahdollisuuksia ja on tästä syystä kuntoutumisvalmiuden

yhteydessä oleellinen tekijä. Sosiaalisen tuen ajatellaan useimmiten olevan emotionaalista tukea, kuten kuuntelemista, rohkaisua, mutta sosiaalinen tuki on myös tietotukea (neuvot, ehdotukset, tilanteen uudelleen määrittely), instrumentaalista tukea (raha, tavarat, palvelut), arvioivaa tukea (päättöksenteossa auttaminen, palautteen antaminen) ja tunnetta tuen saatavuudesta. (Berkman ym. 2000, 848.) Sosiaalisen tuen muodoista tunnetuen, instrumentaalisen tuen ja arvostustuen on tutkimusten mukaan todettu vaikuttavan suoraan stressin vähenemiseen (Helasti 1999, 19; Suominen 1996, 90). Perinteisesti sosiaalisen tuen tasot on jaettu primaariin (perhe, lähisuhteet), sekundaariin (ystävät, naapurit, työtoverit) ja tertiääritason (viranomaiset) sosiaaliseen tukeen. Jaottelu kuvaa lähinnä tuen tuottajan etäisyyttä tukea tarvitsevasta. Kinnusen (1998, 77) tapa hahmottaa sosiaalisen tuen tuottajat on jakaa ne henkilökohtaiseen tuttavuuteen perustuviin, vertaisuuteen perustuviin ja syy- ja normiperusteisiin suhteisiin. Tässä jaottelussa tulee edellistä paremmin esiin se, millaisiin suhteisiin tuki perustuu.

Sosiaalisen tuen jaottelemisessa on ongelmansa, koska erilaiset tuen muodot eivät ole jaoteltavissa puhtaasti määrällisiksi tai laadullisiksi. Subjekttiivisten arviointien mukaan vähäinenkin, mutta laadukas sosiaalinen tuki on parempi kuin laaja, mutta kriittisessä tilanteessa passiivinen tuki. (Peltonen 1994, 43.) Tutkimusten mukaan kokemus tuen saatavuudesta on tärkeämpi koetun stressin lieventäjä kuin todellisuudessa saatu tuki (Helasti 1999, 20; Suominen ym. 1996, 90; Vahtera 1993, 26). Huonoksi koettu sosiaalinen tuki voi liittyä ihmisten kyvyttömyyteen luoda ja ylläpitää sosiaalisia verkostoja ja tuen tarpeen ilmaisuun (Suominen ym. 1996, 90). Kyse on usein myös siitä, että ihminen kokee saavansa tukea liian vähän. Lisäksi on todettu, että ihmiset, joilla on hyvä sosiaalinen integraatio, saavat enemmän apua. Ne, jotka saavat apua vähän yhdestä lähteestä, saavat sitä vain vähän myös muista lähteistä ja toisaalta ne, jotka kokevat saavansa paljon apua, myös antavat sitä muille. (Peltonen 1994, 43.)

Hyvin monenlaiset tekijät vaikuttavat kykyyn saada ja toisaalta antaa sosiaalista tukea. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sosiaaliset roolit, itseluottamus ja hallintakeinot. Ihminen, jolla on vähäiset psyykkiset ja sosiaaliset resurssit, on oppinut selviytymään vähäisellä sosiaalisella tuella, kun taas sellainen, jolla voimavaroja on enemmän, on oppinut käsittelemään ongelmiaan laajemman sosiaalisen tuen avulla. (Peltonen 1994, 44.) Jaottelun ja mittaamisen ongelmallisuuden vuoksi tässä tutkimuksessa on päädytty kysymään sitä, kenen puoleen kuntoutuja on voinut kääntyä tarvittaessa, sillä tuen saatavuus tarvittaessa on välttämätön ehto tuen toteutumiseksi.

Tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisen tuen lähteitä ja mielenterveyspalveluiden käytön yhteydessä myös saadun tuen laatua. Kysymyksellä kartoitettiin sitä, onko kuntoutujalla potentiaalisia tuen lähteitä. Toisaalta kysymysmuodolla haettiin sitä, onko tukea tarvittaessa saatavilla. Perhe on useimmille ihmisille tärkein sosiaalisen tuen lähde (Peltonen 1994, 42). Näin myös tässä tutkimuksessa. Oma puoliso, omat lapset ja vanhemmat ovat merkittävämpiä tuen lähteenä ainakin määrällisesti kuin muut tahot, ts. jos kuntoutujalla oli puoliso, lapsia tai vanhemmat, he saivat tukea heiltä paljon, kun taas esimerkiksi ystävät ja tuttavat antavat apuaan vähemmän. Puolisolta saatu tuki oli yhteydessä nykyiseen psyykkiseen terveyteen. Onko niin, että hyvässä psyykkisessä voinnissa puoliso jaksaa tukea enemmän, vai johtaako puolisolta saatu tuki psyykkiseen hyvinvointiin? Viidesosa kuntoutujista kertoi saavansa puolisoltaan ja lapsiltaan ja 38 % kuntoutujista vanhemmiltaan tukea vain vähän. Lapsilta ja vanhemmilta saatu tuki oli yhteydessä kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä yhteisyssuhteisiin, mikä saattaa liittyä siihen, että lapset ja vanhemmat usein motivoivat kuntoutujaa käyttämään mielenterveyspalveluja.

Berkman ym. (2000, 846 – 847) väittävät sosiaalisten verkostojen vaikuttavan käyttäytymisen tasolla neljällä tavalla: sosiaalisen tuen, sosiaalistavan vaikutuksen, sosiaalisten sitoumusten ja sosiaalisten resurssien kautta. Berkman ym. puhuvat psykososiaalisista mekanismeista. Sosiaalinen tuki toimii siis instrumentaalisenä, tiedollisena, arvioivana ja emotionaalisenä tukena. Sosiaalistava merkitys liittyy normeihin ja vertaisuuden luomiin normipaineisiin, ryhmän terveystyöskäytännön omaksumiseen ja sosiaaliseen vertailuun. Sosiaalinen sitoutuminen tarkoittaa sosiaalisten roolien vahvistumista merkityksellisissä vuorovaikutussuhteissa sekä kumppanuutta ja sosiaalista osallisuutta. Sosiaaliset resurssit ovat esimerkiksi työtä, taloudellista tukea ja asumiseen liittyviä resursseja.

Ystävien ja tuttavien merkitys avun lähteenä painottuu hieman eri tavoin kuntoutumisvalmiuden kannalta. Ystäville ja tuttavilla on merkitystä tietoisuuden lisääntymisessä kuntoutumisesta. Sen sijaan tuttavilta saatu tuki on yhteydessä toimintavalmiuteen, kun taas ystävien antamalla tuella ei toimintavalmiuden kannalta ole merkitystä. Suhteet ystävien ja tuttavien välillä olen tässä ajatellut eri tavoin emotionaalisesti latautuneiksi, sillä ystävyys- ja tuttavuussuhteissa kiinteys ja läheisyys ovat erilaisia. Tähän mahdollisesti perustuu myös se, että tunnetuella, instrumentaalisella tuella ja arvostustuella on suurempi merkitys stressin vähenemisessä. Näin ollen ystävyysuhteet liittyvät enemmän elämän mielekkyyteen, kun taas tuttavuussuhteet ovat voimakkaammin yhteydessä toiminnallisuuteen. Tuttavuuteen perustuvalla sosiaalisella tuella on tässä aineistossa sosiaalistava, normittava ja toimintavalmiutta kohottava merkitys.

Naapuruuteen perustuvan sosiaalisen tuen merkitys todettiin Kinnusen (1998, 81, 90) tutkimuksessa varsin vähäiseksi. Sohlmanin (2004) tutkimuksessa helppoudella saada naapureilta tarvittaessa käytännön apua oli merkitystä mielenterveyden kannalta. Tässä tutkimuksessa lähes puolet vastaajista koki suhteensa naapureihin etäiseksi ja puolet oli tyytyväisiä naapuruussuhteisiinsa. Näin ollen todennäköisesti monet vastaajista olivat tyytyväisiä myös suhteiden etäisyyteen, mikä kertoo osaltaan lähiyhteisöön integroitumisesta tai siitä nykyisin hyvin tavallisesta ilmiöstä, ettei naapureiden kanssa olla tekemisissä yhtä paljon kuin joskus aikaisemmin. Kolmasosa vastaajista uskoi, että naapurit auttavat hädän tullen, ja kolmasosa koki myös saaneensa apua naapureilta tarvitessaan. Maaseudulla asuvat kuntoutujat luottivat naapureiden apuun jonkin verran useammin kuin kaupungeissa ja taajamissa asuvat kuntoutujat. Naapuriapu liittyi myös hyvään psyykkiseen terveyteen, mikä voi olla viite siitä, että vain hyvässä psyykkisessä voinnissa naapureiden kanssa on mahdollista olla vuorovaikutuksessa. Kolmasosa vastaajista koki, että naapurustossa suhtaudutaan erilaisuutta kohtaan suvaitsevasti ja suurin osa (80 %) koki liikkumisen ympäristössään turvalliseksi. Huono psyykinen terveys johtaa vetäytymiseen naapuruussuhteista, jolloin sosiaalisen tuen mahdollisuudet eivät voi toteutua. Naapuruussuhteet voisivat olla fyysiseen läheisyytensä perustuen sosiaalisen tuen resurssi, sillä sosiaalinen tuki järjestyy suurelta osin paikallisesti sitoutuneena. Kysymys on siitä, miten naapuruuteen perustuvia sosiaalisen tuen järjestelmiä voitaisiin tehostaa. (Kinnunen 1998, 81.)

Vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutuksessa on alettu arvostaa yhä enemmän. Viiteryhmien normeilla, asenteilla, arvoilla ja toimintatavoilla on merkitystä kommunikaatio- ja käyttäytymismallien antajana tai kuten Berkman ym. (2000, 846) toteavat, niillä on sosiaalistava merkitys. Toisten kuntoutujien tarjoama apu liittyi tässä tutkimuksessa juuri kuntoutumisesta tietoisuuteen. Kuntoutujat ovat useissa käymissään keskusteluissa tähdentäneet myös vertaistuen emotionaalista merkitystä. Ihmiset kokevat, että vertaiset ymmärtävät heitä hyvin erityisellä tavalla: aina ei tarvita edes sanoja. Järjestöjen merkitys palveluiden tuottajina, verkostoitumishankkeisiin osallistujina ja asiakaskeskeisten toimintamallien innovoijina on kasvanut suuresti viime vuosina. Vammaisryhmissä toimitaan paitsi sairauteen liittyvissä asioissa, myös diskriminaation vähentämiseksi ja täysivaltaistumisen lisäämiseksi. (Talo ja Hämäläinen 1997, 8 – 9.) Kolmasosa vastaajista koki saavansa tukea järjestöiltä vähän ja lähes puolet koki saneensa paljon tukea. Toiset mielenterveyskuntoutujat olivat vain vähän tukena kolmasosalla kuntoutujista, samoin kuin kolmasosa koki saaneensa toisilta mielenterveyskuntoutujilta paljon tukea. Lähiyhteisöjen, itseavun, järjestöjen ja yhdistysten organisoiminen sosiaalisen tuen tuottajiksi on noussut osin hyvinvointipalvelua kohtaan esitetystä kritiikistä. Niissä tuotettu sosiaalinen tuki perustuu enemmän tuttavuuteen, yksilölliseen vastuuseen, samaistumiseen ja

vapaa-ehtoisuuteen, jotka usein koetaan vastakkaiseksi professionaalille auttamiselle. Asiantuntijoiden valta ja mahdollisuus manipuloida ovat aiheuttaneet epäilyjä asiantuntijoiden aidosta kansalaisten etujen ajamisesta. (Kinnunen 1998, 105 – 107.)

Paikkakunnat vaihtelevat hyvin suuresti siinä, miten vertaistuen mahdollisuudet on järjestetty. Kuntatyyppittäin vertaistuki vaihteli merkittävästi siten, että kaupungeissa vertaistukeen oli mahdollisuuksia enemmän kuin maaseutukunnissa tai taajaan asutuissa kunnissa. Vastaajista 40 %:lla vertaistukea oli tarjolla huonosti tai erittäin huonosti ja myös 40 %:lla vertaistukea oli saatavilla hyvin tai erittäin hyvin. Mielenterveyskuntoutujien yhdistystoiminnan periaatteita kuvaa osuvasti toveruusyhteisön käsite, jonka mukaan toveruusyhteisöihin hakeudutaan vapaaehtoisesti ja ne perustuvat yhteisöllisen itseavun ideaan. Toveruusyhteisöt muodostavat ”valtion ja perheen väliin” uuden sosiaalisen vuorovaikutusjärjestelmän, joka luo moraalista tietoisuutta, oikeuksien ja velvollisuuksien tajua. (Lehtonen 1990, 149.) Sitaatit kertovat järjestötoiminnalla olevan suuri merkitys, kunhan sen palveluiden piiriin pääsee.

”Oli lottovoitto päästä MTKL:n kuntoutuskurssille, mistä vasta varsinainen kuntoutuminen on lähtenyt käyntiin ja jatkuu edelleen. Ei ehkä työelämään, mutta kuitenkin elämään.” (L19)

”Minulle on ollut erittäin merkittävä asia nämä MTKL:n kurssit. Hakeutuminen ja pääsy kursseille oli oma tarinansa sinänsä sairauden ollessa päällä lamaannuttaen kaiken toimintakyvyn. Kiitokset siitä kuuluu omahoitajalle ja tietenkin niille, jotka valitsivat minut.” (L46)

”Olen saanut todella hyvää hoitoa ja vähitellen on nyt käsillä ihme: olen palaamassa entiseen työpaikkaan, ensin työkokeiluna...Elämä tuntuu hyvältä, sitä on kiva makustella – olen kuin juuri kävelemään oppinut pikkulapsi...Olen oppinut tietämään omat rajani ja olemaan armollinen itselleni...Voimavarojani ovat uudet ystävät, joita olen saanut mm. kuntoutuskursseilta.” (L62)

Sosiaalipalveluiden asiakkaita vastaajista oli vain noin viidennes, ja huomio kiinnittyi siihen, etteivät kotipalvelun, toimeentulotuen tai vammaispalvelun asiakkaat kokeneet saaneensa tukea kovinkaan paljoa ko. palveluista. Sen sijaan suurin osa vastaajista (yli 4/5), oli mielenterveystoimistojen palveluiden käyttäjiä. Vastaajista yli puolet koki saaneensa mielenterveystoimiston omalta hoitajalta tai terapeutilta apua tarvitessaan paljon ja viidesosa koki saaneensa apua vähän. Mielenterveystoimiston lääkäri ei ole yhtä usein käytettävissä tukena, sillä lääkäriltä vähän tukea saaneiden osuus on suurempi kuin hoitajalta/terapeutilta tukea saaneilla. Mielenterveyspalvelut tuen lähteenä on yleisempi kuin oma perhe, lapset tai vanhemmat, mikä kertoo viranomaisten tuen merkityksen kasvusta. Viranomaiset korvaavat puuttuvia läheissuhteita. Vai onko niin, että viranomaisten tuki hajottaa kuntoutujan omia ”luomuverkostoja”?

Psykiatrasta sairaalahoitoa on tarvinnut vastaajista ainoastaan viidennes, mutta heistä puolet ei kokenut saaneensa sairaalasta tukea. Tulos sinällään antaa aihetta pohtimiseen. Sairalahoito ei välttämättä ole aina tarvittaessa käytettävissä sairaalaan pääsyn hallinnollisten menettelytapojen vuoksi, eikä siten palvele aina akuuteissa tilanteissa, muutoin kuin pakkohoitotilanteissa. Tosin eri sairaaloilla on hyvin erilaisia menettelytapoja akuuteissa kriisitilanteissa. Sairalahoidolla on merkitystä kuntoutujan sosiaaliseen verkostoon ja sieltä saatavaan tukeen. Psykkisen kriisin hoitaminen sairaalassa vähentää verkoston merkitystä kuntoutujan elämässä, sillä heti ensimmäisen hoidon jälkeen verkosto näyttää pienenevän suvun ulkopuolisen verkoston osalta (Seikkula 1994, 46). Hyväri (2001, 138) näkee laitosten tuottavan ja uusintavan syrjäyttäviä prosesseja, sillä yksinäisyys ja yhteydetttömyys korostuvat laitoksissa. Mielisairaalassa kuntoutujien tarpeet kohdataan ja luodaan sairaalan luomassa todellisuudessa, jossa kuntoutujilta puuttuu vastuullisuus, itsemäärääminen ja autonomia. Kuntoutujat ovat irrallaan rooleistaan, elinympäristöstään ja vuorovaikutussuhteistaan. Tätä Rose ja Black (1985, 29) kutsuvat dekontekstualisaatioksi. Kun sairaalan todellisuus ei vastaa kuntoutujan arkitodellisuutta, sairaalasta paluu arkeen ei välttämättä ole helppo, jolloin sairaalahoidon merkitys asettuu kuntoutujan näkökulmasta kyseenalaiseksi.

”Haluaisin läheiset mukaan silloin, kun joku sairastuu, varsinkin psykkisen sairauden kohdatessa. Itselläni avioliitto joutui kriisiin. Läheiset eivät vielääkään ole saaneet apua ja suhtautuminen sairauteeni on heille ongelma, josta on vaikea puhua.” (L51)

Seurakuntien ja uskonnollisten yhteisöjen merkitys sosiaalisen tuen lähteenä on mielenkiintoinen. Vastaukset kertovat samalla tietynlaisesta elämäntilanteesta, ei pelkästään sosiaalisesta tuesta. Tuen saaminen uskonnollisilta yhteisöiltä liittyi kuntoutumisvalmiuden osalta tietoisuuteen itsestä ja tietoisuuteen kuntoutumisesta. Yhteys oli lisäksi nykyiseen psykkiseen terveyteen ja koherenssiin.

Miesten ja naisten sosiaalisissa verkostoissa on todettu olevan eroja: naisten verkostot ovat laajempia ja sisältävät enemmän läheisiä luottamuksellisia ihmissuhteita (Suominen 1996, 91). Naiset ovat Vahteran (1993, 28) mukaan valmiimpia puhumaan asioistaan, ja sitä kautta heillä on paremmat mahdollisuudet saada tukea miehiä enemmän. Näin oli myös tässä aineistossa, mutta erot kuitenkin olivat melko pieniä.

Mielenterveyspalveluiden käytön osalta lomakkeen kysymykset antoivat mahdollisuuden tarkastella henkilökunnan antaman sosiaalisen tuen laatua ts. tunnetta tuen saatavuudesta,

tunnetukea, tietotukea ja arvioivaa tukea. Vahtera (1993, 22) tosin toteaa, että tuen muodot yleensä ovat vahvasti keskenään yhteydessä ja epäselvyyttä on siitä, kuinka hyvin kysymyksillä pystytään tavoittamaan tuen eri muotoja. Myös tässä tutkimuksessa tuen muodot korreloivat vahvasti keskenään, mutta pieniä eroja löytyi. Henkilökunnan antama sosiaalinen tuki kaikissa muodoissaan liittyy ensisijassa yhteistyösuhteen luomiseen. Ilman yhteistyötä ei ole kuntoutumista. Hoito- ja kuntoutuspalvelut eivät sinällään auta kuntoutujia, vaan niiden sisällöt ja niissä syntyvä vuorovaikutus. Deegan (2001, 92) kuvaa tilannetta seuraavasti: kuntoutujan on päätettävä nousta sängystään, pukeutua, lähteä kotoaan, kohdata mahdollisesti matkalle liittyviä pelkojaan ja kohdata pelko, ettei kuntoutus auta. Kuntoutujan luottamus tuen saatavuudesta ja emotionaalisen tuen saaminen luovat pohjaa hyvälle yhteistyösuhteelle.

Henkilökunnan antaman tietotuen merkitys on erittäin tärkeä. Kuntoutujan tietämyksen kasvaessa mahdollisuuksien valikoima ja usko oman toiminnan vaikuttavuuteen lisääntyvät. Tietotuki oli yhteydessä sekä tietoisuuteen ympäristöstä ja kuntoutumisesta että toimintavalmiuteen. Kuntoutumista koskevan tietämyksen lisääntyminen oli yhteydessä kuntoutujan aktiivisuuteen, tavoitteisiin ja arvojen tiedostamiseen. Arvioiva tuki liittyi tässä aineistossa siihen, että henkilökunta on auttanut pääsemään vaikeiden asioiden yli ja rohkaissut kokeilemaan erilaisia vaihtoehtoja. Arvioiva tuki on siis apua päätöksenteossa ja tilanteen uudelleen arvioimisessa. Arvioivalla tuella oli merkitystä kuntoutujan uskoon oman toiminnan vaikuttavuuteen ja kokemukseen siitä, että kykenee säätelemään toimintaansa oman jaksamisen kannalta. Tunnetuella oli merkitystä sekä tietoisuuteen itsestä että kuntoutumisesta. Tässä tutkimuksessa tunnetuki liittyi kuntoutujan mielipiteiden huomioon ottamiseen sekä kunnioittavaan kohteluun mielenterveyspalveluissa

Noin 40 % vastaajista koki, että työntekijät ovat tulleet tueksi, kun heitä on tarvittu. Henkilökunnan taholta tulevalla tuella oli merkitystä elämän ymmärrettävyyteen. Henkilökunnan tuella oli myös yhteys nykyisiin lähisuhteisiin, perheeseen ja ystäviin, mikä mahdollisesti kuvaa sitä, että kun suhteet ovat hyvät henkilökuntaan, suhteet ovat kunnossa useammin myös muihin ihmisiin.

Henkilökunnan sosiaalisella tuella oli yhteys myös siihen, että kuntoutuja saattoi kokea vaikeaksi oman kantansa puolustamisen. Kuntoutuksen keskeinen kysymys onkin, vahvistaako kuntoutus oman pystyvyyden kokemuksia vai lisääkö se avuttomuuden tai kykenemättömyyden kokemuksia. Kun työntekijä asetetaan tai asettuu asiantuntijan asemaan, kuntoutujalle jää autettavana olemisen positio. Työntekijän on toisaalta esittäydyttävä asiantuntijaksi, sillä muutoin kuntoutujalla ei ole

mitään syytä kiinnittää toivoaan työntekijään (Arnkil & Eriksson 1996, 72). Vaikka kuntoutustilanteessa asiakkuus alkaisikin ongelman määrittämänä, on mahdollista löytää tilanteesta voimavaroja, jotka tukevat kuntoutujan omaa suoriutumista. Työntekijän liiallinen kyvykkyys tekee kuntoutujasta kyvyttömän. Tuen pyytäminen niin omaisilta kuin työntekijöiltäkin voi olla kokemuksena riippuvuutta lisäävä tai itsetuntoa heikentävä. Jos tuki on aina samansuuntaista, tuen saaja kokee joutuvansa kiitollisuudenvelkaan.

Tuen riittävyys on kuntoutujan kannalta oleellinen asia. Tuen tarjoaminen on kaksiteräinen miekka, milloin tukea on riittävästi, milloin liikaa. Tukeeko tarjottu tuki kuntoutujaa riippuvuuteen vai omaan vastuullisuuteen? Milloin kuntoutus on edennyt pisteeseen, jossa se voidaan lopettaa? Kuntoutumisen esteeksi voi tulla myös se, että kuntoutumisen edetessä tarjottu tuki loppuu. Toisaalta taas liiallinen tuki voi laistoa kuntoutujan myös avohoidossa. Kramerin ja Gagnen (2001, 471) mukaan mielenterveyskuntoutujan yksi yleisimmistä peloista on tuen menettämisen pelko silloin, kun kuntoutujan tilanne ja elämäntilanne kohenee. Tuen tulee olla joustavaa ja jatkua niin kauan, kun kuntoutuja kokee sitä tarvitsevansa.

”Siinä vaiheessa, kun tervehdyin terapeutin mielestä tarpeeksi (olin käynyt 2 v), minut kirjattiin ulos mielenterveyshoidosta. Mielestäni olisin tarvinnut ja tarvitsisin vieläkin terapiaa. On olo, että kuntoutuminen on vielä kesken. Ulkoinen olemukseni on vahva ja positiivinen ja se hämää ihmisiä.” (L32)

”Terapiakäynnit päätettiin lopettaa kahteen paritapaamiseen....Todettiin parisuhdekurssin tarpeellisuus, mutta ei mahduttu mukaan. Peruutuspaikkaakaan ei tullut.” (L40)

Kuntoutuksen tavoitteena tulee olla kuntoutujan sosiaalisen verkoston mobilisoiminen siten, että se voi auttaa kuntoutujaa vastaantulevissa elämäntilanteissa ja vaikeuksissa. Sosiaalisen tuen avulla kuntoutujan on mahdollista kasvattaa elämäntilannan autonomisuutta (Kinnunen 1998).

4.3.2 Kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio

Vuorovaikutusorientaation käsitteellä tarkoitan Mönkkösen (2002, 14) tapaan sellaisia vakiintuneita tai opittuja vuorovaikutuksellisia toimintatapoja, jotka tulevat esiin sosiaalisissa tilanteissa. Tarkastelin vuorovaikutustaitoja koskevan kysymyksen osioita aluksi faktorianalyysin avulla. Faktorianalyysin tuloksena syntyi kolmen faktorin malli, joista ensimmäinen ilmaisee sosiaalisuutta ja kiinnostusta toisiin ihmisiin, toinen konflikteja ihmissuhteissa ja vetäytymistä omiin oloihin sekä kolmas miellyttämisen taipumusta, jossa kuntoutujan on vaikea ilmaista omaa

kantaansa ja hän pyrkii välttämään loukkaamasta toisia ihmisiä. Faktorianalyysin perusteella tein summamuuttujat asiakokonaisuuksien tarkastelun yksinkertaistamiseksi. Avoimuusmuuttujan Cronbachin alfa-kerroin oli $.79$, vetäytymistä kuvaavalla muuttujalla $.77$ ja miellyttämisen muuttujalla $.58$. Miellyttämisen muuttujan alfa-kerroin on melko alhainen, mikä liittyy Cronbachin alfan taustaolettamuksena olevaan yksiulotteisuuteen. Sosiaaliset ilmiöt kuitenkin harvoin ovat yksiulotteisia. Summamuuttujat sisältävät seuraavat osiot:

Avoimuus:

1. Minun on helppo tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa.
2. Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
3. Ystäväni purkavat minulle huoliaan.
4. Keskustelen mielelläni henkilökohtaisista kokemuksistani ja tunteistani toisten kanssa.
5. Autan mielelläni toisia, vaikka siitä olisi vaivaakin.

Vetäytyminen:

1. Jos joku arvostelee minua, masennun sen sijaan että vihastuisin.
2. Tulen helposti väärin ymmärretyksi.
3. Toisten suhtautuminen minuun tuottaa minulle usein stressiä.
4. Menetän usein kärsivällisyyteni toisiin ihmisiin.
5. Elän enimmäkseen omilla oloissani.
6. Koen usein itseni erilaiseksi kuin muut ihmiset.

Miellyttäminen:

1. Vältän kaikin tavoin loukkaamasta toisia ihmisiä.
2. Vaikka tiedän, että olen jossain asiassa oikeassa, minun on vaikea puolustaa kantaani.

Avoimuudella ihmissuhteissa oli merkitystä nykytilanteen hahmottamisessa ihmissuhteiden osalta: avoimuudella on taipumus johtaa parempiin sukulais- ja ystävyys-suhteisiin. Avoimuudella oli heikommin yhteys myös mielekkään arjen kokemukseen. Avoimuudella ihmissuhteissa oli selkeästi merkitystä tulevaisuuden ennakkointiin siten, että avoimuus lisäsi myönteisiä tulevaisuuden odotuksia arjen sujuvuuden sekä ystävyys- ja sukulaissuhteiden osalta. Sen sijaan vetäytyminen vaikutti useammille alueille nykytilanteessa. Vetäytyminen liittyi nykyisen arjen sujumattomuuteen ja fyysiseen hyvinvoinnin puutteisiin sekä jonkin verran heikommin myös lähiyhteisön toimimattomuuteen, eli tässä tapauksessa asumiseen ja perhesuhteisiin. Toisia miellyttämään pyrkivä toimintamalli oli yhteydessä nykyisen elämäntilanteen osalta ainoastaan fyysisen hyvinvoinnin heikkouteen. Vuorovaikutusorientaatiolla näyttää siis olevan merkitystä arjen mielekkyyden ja ihmissuhteiden sujuvuuden kannalta. Avoimuus avaa valinnanmahdollisuuksia ja positiivisia tulevaisuuden odotuksia, kun taas vetäytyminen kaventaa

niitä. Vetäytyminen liittyy usein myös huonoon psyykkiseen kuntoon ja käsitykseen omien vaikutusmahdollisuuksien vähäisyydestä.

Vetäytymisellä omiin oloihin on hyvin monentasoisia vaikutuksia. Roolit luodaan ja uusinnetaan sosiaalisissa verkostoissa, joissa myös identiteetti rakentuu. Jättäytyminen sosiaalisten areenoiden ulkopuolelle synnyttää lisää ulkopuolisuuden tunnetta. Marginaalissa muotoutuvat kokemukset vaikuttavat käsityksiin elämästä ja itsestä ja ne värittyvät negatiivisesti. Roolit ovat tilannesidonnaisempia kuin identiteetti, joka rakentuu historiallisesti. Molemmat kuitenkin edellyttävät toimintaa. Roolit alkavat elää ja samalla ne asettavat ehtoja toiminnalle. Hyväri pitää rooleja ja niistä muotoutuvia identiteettejä pikemminkin seurauksina kuin syinä. Hänen mukaansa roolit myös ansaitaan ja lunastetaan, niitä tavoitellaan ja niistä kilpaillaan. Oman paikan raivaamiseen tarvitaan itseluottamusta, uskallusta ja taitoa. Vaikka rooleja vaihdetaan ja muokataan, uudet syntyvät aina suhteessa aikaisempaan. Halutun ja tavoitellun kadottaminen voi ajaa umpikujaan ja näköpiiri kaventuu, kun uutta ei tule tilalle. Pettymykset jäävät uuden identiteetin pohjaksi. Vaikka roolit muuttuvat ja vaihtuvat, ne jäävät osaksi identiteettitarinaa. Yhteisöllisyys rakentuu yhdistävän tekijän ympärille. Marginaalista murtautumisen merkitsee identiteettiä muovanneiden suhteiden muotoutumista uudelleen. Identiteettiä rakennetaan enemmän moniäänisenä keskusteluna kuin monologisessa yksinpuhelussa. (Hyväri 2001, 102 – 108, 167, 235 - 237.) Vetäytyminen siis tavallaan ruokkii itse itseään. Vetäytyminen ei anna rooleille mahdollisuutta muotoutua eri tavoin, ja valinnan mahdollisuudet pahimmillaan kaventuvat kiihtyvällä vauhdilla.

Vuorovaikutusorientaatiolla oli merkitystä myös kuntoutumisvalmiuden osatekijöihin. Avoimuus oli yhteydessä toimintavalmiuteen, kun taas vetäytyminen toimintavalmiuden puutteeseen, vähäiseen tietoisuuteen itsestä ja kuntoutumisesta sekä muutostarpeeseen. Vetäytyminen liittyy myös tietoisuuteen ympäristöstä, ts. kuntoutuja ei koe saavansa kykyjään käyttöön omassa ympäristössään. Tietoisuus itsestä muotoutuu monenlaisissa vuorovaikutussuhteissa. Muutostarpeen osalta yhteys liittyi läheisten näkemukseen muutoksen tarpeellisuudesta, ei kuntoutujan omaan tarpeeseen. Toisia miellyttämään pyrkivällä vuorovaikutustavalla oli yhteys samalla tavoin muutostarpeeseen siten, että muutostarpeen näkivät nimenomaan läheiset, ei kuntoutuja itse. Kuntoutuminen tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten ja ympäristön kanssa. Kuntoutujan itse on löydettävä mieli kuntoutumiselleen. On selvää, että hyvät vuorovaikutussuhteet ja taitavuus sosiaalisissa suhteissa luovat edellytyksiä kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen. Vetäytyminen etäännyttää tavoitteista. Osa kuntoutujista

on tyytynyt tilanteeseensa, mutta suuri osa kuntoutujista voi erittäin huonosti jouduttuaan tai ajauduttuaan elämään irrallaan sosiaalisista suhteista.

Funktionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksen peruslähtökohta on, että sosiaalinen vuorovaikutus luo minäkuvan, joka muuttuu osaksi persoonallisuutta, ja tämä yhdistää ihmisen yhteiskuntaan. Käsitys itsestä riippuu siten sijainnista sosiaalisten suhteiden järjestelmässä sekä sosiaalisista rooleista. Sosiaalinen identiteetti tarkoittaa siis ihmisen kokemaa mielekästä ja tarkoituksellista olemassaoloa, jonka rakentuu sosiaalisten siteiden varaan. Sosiaalinen vuorovaikutus auttaa ihmistä oppimaan ja ymmärtämään omaa tilannettaan. (Bäckman 1987, 99 - 100.) Vetäytymisestä voi tulla helposti sosiaalinen identiteetti, tapa jolla ihminen pyrkii selviytymään sosiaalisten tilanteiden haasteista. Tässä tutkimuksessa lähes puolet vastaajista koki itsensä erilaiseksi ihmiseksi kuin muut. Erilaisuuden kokemus liittyy huonoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, tyytymättömyyteen omaan asuinympäristöön sekä mielekkään toiminnan puutteeseen. Avoimuus sosiaalisissa suhteissa liittyy koherenssin osatekijöistä elämän mielekkyyden kokemukseen, kun taas vetäytyminen niin hallittavuuden, mielekkyyden kuin ymmärrettävyydenkin puutteisiin. Voimakas hallinnan tunne liittyy siihen, että kuntoutuja haluaa liittyä toisten ihmisten seuraan ja kokee pärjäävänsä heidän kanssaan.

Sosiaalinen kyvykkyys vaikuttaa sosiaalisten suhteiden määrään ja laatuun. Heikot vuorovaikutustaidot johtavat kanssaihminen tulkintoihin epäystävällisyydestä ja viileydestä, jolloin ihminen jää ilman sosiaalisia suhteita (Vahtera 1993, 26). On kuitenkin muistettava, että kyvykkyys tai kyvyttömyys eivät ole yksin kuntoutujassa, vaan myös vuorovaikutussuhteen toisessa osapuolella sekä samanaikaisesti monenlaisissa tilannetekijöissä. Vierauden tila luodaan yhteisösuhteiden keskellä ja yhteisöissä (Hyväri 2001, 100). Vetäytyminen omiin oloihin on sosiaalisesti hyväksyttävämpää kuin käyttäytyä poikkeavasti tai huomiota herättävästi. Tässä aineistossa jopa 40 % vastaajista ilmoitti vetäytymisen omiin oloihin kuvaavan omaa tilannettaan joko hyvin tai erittäin hyvin. Osuus on suuri, kun ajatellaan, että vastaajat ovat järjestötoimintaan osallistuvia kuntoutujia. Vetäytyminen omiin oloihin liittyi huonoon psyykkiseen vointiin, kokemukseen itsestä erilaisena ihmisenä kuin toiset, tunteeseen, ettei kykene vaikuttamaan omaan elämänsä kulkuaan ja siihen, ettei elämässä ole tavoitteita, joita kohden olisi pyrkimässä. Kuntoutujat, jotka vetäytyivät omiin oloihinsa, eivät usein myöskään kokeneet saavansa tukea riittävästi läheisiltään.

Kuntoutujan kokemus henkilökunnan antamasta sosiaalisesta tuesta on yhteydessä kuntoutujan perhesuhteisiin ja ystävyysuhteisiin. Mahdollinen selitys tälle on se, että kuntoutujan

vuorovaikutustaidot näkyvät sekä omissa lähisuhteissa että suhteessa työntekijöihinkin. Ihminen, joka kykenee vastaanottamaan erilaisia näkemyksiä kokematta niitä uhkaksi, saa käyttöönsä erilaisia vaihtoehtoja ongelmiansa ratkaisuksi. Erilaiset ryhmät toimivat vertailukohtina, joihin omia arvoja ja normeja voi peilata. Erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin kuulumisen edistää psykologista kehitystä, sillä niiden avulla ihminen voi omaksua erilaisia näkökulmia ja rakentaa sisäistä dialogia (Seikkula 1994, 31). Ihmisen ja hänen lähiympäristönsä väliset ristiriidat vuorovaikutuksessa voivat olla hyvin merkittäviä kuormittavuustekijöitä. Avoimuus vuorovaikutusorientaationa luo edellytyksiä selviytyä erilaisista eteen tulevista tilanteista, sillä sosiaalisen tuen saamiseksi tarvitaan ihmisiä, joiden kanssa on mahdollista olla vuorovaikutuksessa.

Sosiaalinen vuorovaikutus on myös kuntoutuskurssien osallistujien palautteiden mukaan tärkeimpien kuntoutumista edistävien tekijöiden joukossa. Palautteiden mukaan kuntoutujat kokivat vuorovaikutuksen erityisesti työntekijöiden kanssa, mutta myös ystävien ja toisten mielenterveyskuntoutujien kanssa merkityksellisimmiksi tekijöiksi oman kuntoutumisensa kannalta. Vuorovaikutuksessa työntekijöiden kanssa kuntoutujat arvostivat tasavertaista kohtaamista, ystävällisyyttä ja ammatillisuuden mukanaan tuomaa turvallisuutta ja erilaisuuden hyväksyntää. Laurin (2004, 62) tutkimuksessa toipumisessa oli auttanut eniten mahdollisuus vuorovaikutukseen, ensisijaisesti omaisten kanssa ja toissijaisesti työntekijöiden kanssa.

Kuntoutujan vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys kuntoutumisen kannalta. Jos rajat kuntoutujan ympärillä ovat liian tiukat, hän ei kykene hyödyntämään ulkopuolista apua tai saa uusia toimintamalleja umpikujaan ajautuneiden ratkaisumallien tilalle. Eristäytyneisyyteen ajautuminen ei ole välttämättä yksin kuntoutujan psyykkisen tilan seurausta, vaan tapahtuu myös vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Hyväri (2001, 101, 136 - 137) tulkitsee yksinäisyyden, muukalaisuuden ja vierauden kuvaukset vallan läpäisemiksi tiloiksi. Valtasuhteet ovat suhteita toisiin ihmisiin. Valta tuottaa sitä, mitä pidetään normaalina ja yhteisöjen ulkopuolelle joutuminen johtaa mitätöintiin ja kyseenalaistamiseen. Yhteisöllisyydestä ulkopuolelle joutumisesta ei seuraa tyhjiö, vaan eristyneisyydessä viriää voimakkaita tunteita. Marginaalista murtautuminen edellyttää yhteisöjen tuottamien alistussuhteiden ylittämistä, se edellyttää tietoisuutta omaan asemaan sisältyvien näkökulmien vaihdettavuudesta ja suhteiden luomista uudelleen. Leimaavien roolien murtaminen edellyttää sitä, että kuntoutuja aktiivisesti hakeutuu tilanteisiin, jossa vakiintuneita käsityksiä voidaan purkaa. Se edellyttää toimimista oletetusta poikkeavalla tavalla.

4.3.3 Koherenssin tunne

Vaikeat elämäntilanteet pelkästään eivät ole ratkaisevia ihmisen hyvinvoinnille, vaan tärkeää on se, miten ihminen kykenee käsittelemään erilaisia tilanteita ja selviytymään niistä. Koherenssin tunteen vaikutuksesta koettuun hyvään terveyteen, toimintakykyisyyteen, koettujen stressitekijöiden vähäisyyteen, elämään tyytyväisyyteen ja työn hallintaan on saatu tutkimuksellista näyttöä (Suominen ym. 1996, 88; Peltonen 1994, 158; Bäckman 1987, 157; Vahtera, 1993, 37; Sohlman 2004, 41.) Koherenssin tunnetta ei ole käytetty mielenterveyskuntoutuksen tutkimuksessa kovinkaan paljon, lähinnä tutkittaessa yleisesti terveyttä, psyykkistä hyvinvointia ja selviytymistä. Helastin (1999, 40, 50) tutkimuksessa tutkittiin mielenterveyskuntoutujien omaisten kuormittuneisuutta, ja koherenssilla todettiin olevan merkitystä sekä potilaan että hänen omaisensa kannalta: omaisen koherenssin tunne liittyi huolestuneisuuteen, ilmapiirin kuormittavuuden kokemukseen sekä yleensä kuormittuneisuuden erityisesti miehillä. Mitä huonompi kuntoutujan koherenssin tunne oli, sitä enemmän kuormittui myös omainen. Sohlmanin (2004, 54) tutkimus liittyi osaksi eurooppalaista monikeskustutkimusta, jonka tavoitteena oli mm. tuottaa tietoa masentuneisuuden sekä eri depressiosairauksien esiintyvyydestä, riskitekijöistä ja ennusteesta.

Sohlmanin (2004, 7) tutkimuksessa koherenssin tunteen keskiarvo oli 64,1. Tässä tutkimuksessa keskiarvo oli 50,7. Sukupuolten välillä eroja ei ole todettu olevan, kuten ei tässäkään aineistossa. Miesten koherenssin tunteen keskiarvo oli jonkin verran alhaisempi ja havainnot sijoittuivat lähemmäksi toisiaan (miehillä 48,7 ja naisilla 52,6), mutta ero ei ole merkitsevä. Koherenssin tunteen vahvistumisesta iän myötä on saatu tutkimuksellista näyttöä (Sohlman 2004, 45). Tässä aineistossa koherenssin tunteella ja iällä ei ollut em. yhteyttä, mutta koherenssin tunne oli vahvimmillaan 20 – 30-vuotiailla. Vahteran (1993, 102) tutkimuksessa psyykkisen häiriön ja koherenssin tunteen välillä vallitsi kohtuullisen voimakas korrelaatio. Tässä tutkimuksessa samaa teemaa on mahdollisuus tarkastella kuntoutujan oman kokemuksen kautta psyykkisestä voinnistaan. Yhteys koherenssin ja koetun tämänhetkisen psyykkisen terveydentilan välillä on voimakas myös tässä tutkimuksessa. Sohlmanin (2004, 68) tutkimuksessa maaseudulla asuvien koherenssin tunne oli vahvempi kuin kaupungissa asuvien. Tässä tutkimuksessa erot kuntatyyppien välillä olivat erittäin pienet, maaseudun asukkailla oli hieman korkeampi koherenssin tunne kuin kaupungeissa ja taajaan asutuissa kunnissa (kaupunkimaisissa kunnissa 51, taajaan asutuissa kunnissa 49,9 ja maaseutumaisissa kunnissa 51,6).

Vaikka koherenssin tunne ei ole aikuisiässä kovin altis muutoksille, useissa tutkimuksissa on todettu, että merkittävillä kuormittavilla tekijöillä on yhteys koherenssin tunteen heikkenemiseen (Suominen ym. 1996, 89; Vahtera 1993, 35; Sohlman 2004, 49, 83). Tässä aineistossa kuormittavissa elämäntilanteissa olevien ja niistä selviytyneiden kuntoutujien ryhmissä oli merkittäviä eroja. Jos kuntoutuja koki elämäntilanteensa kuormittavaksi jollain alueella, hänen koherenssin tunteensa oli alhaisempi kuin niillä, jotka eivät olleet kohdanneet kyseistä kuormittavuustekijää. Toisaalta kysymyksen muotoilu liittyi kuormittavasta elämäntilanteesta selviytymiseen ja kuormittavasta elämäntilanteesta selviytyminen pääsääntöisesti nosti koherenssin tunteen keskiarvoa. Elämäntilanteen kuormittavuus on ilman muuta yhteydessä ainakin hetkellisesti elämän mielekkyyteen, mutta vahvemmin kompetenssiin ja myös ymmärrettävyyteen. Selviytyminen lisää tunnetta omasta pystyvyydestä, ja kun ihminen kokee, että omilla toimillaan kykenee vaikuttamaan, elämä on myös ymmärrettävämpää.

Koherenssin tunnetta voidaan pitää eräänlaisena yleisenä selviytymisvoimavarana, joka vahvistaa selviytymistä elämässä väistämättömistä kriisitilanteista ja kuormitustekijöistä. Koherenssin tunne viittaa luottamukseen asioiden myönteisestä etenemisestä ja asioiden hallittavuudesta. Sen on todettu olevan yhteydessä sekä selviytymiseen että seurantahetken elämäntilanteeseen (Järvikoski 1994, 111). Myös tässä tutkimuksessa koherenssin tunteella oli selvä yhteys elämäntilanteeseen lähes kaikilla tutkimuksessa kysytyillä elämäalueilla, mutta voimakkaimmillaan yhteys tuli esiin nykyisen arjen sujuvuuden, psyykkisen voinnin ja itsensä kehittämisen mahdollisuuden kohdalla. Ainoastaan opiskelumahdollisuuksiin yhteyttä ei ollut ja yhteys oli heikohko fyysiseen kuntoon, perhe- ja sukulaisuussuhteisiin, mahdollisuuteen palkkatyöhön sekä vapaa-ajanviettomahdollisuuteen.

Koherenssin tunne oli tässä tutkimuksessa yhteydessä kuntoutumisvalmiuden kaikkiin muihin osatekijöihin (toimintavalmius, tietoisuus itsestä, tietoisuus kuntoutumisesta, tietoisuus ympäristöstä, muutostarve), paitsi yhteisyyssuhteisiin. Erityisen voimakas yhteys koherenssin tunteella on tietoisuuteen itsestä. Koherenssin tunteen osatekijöiden tarkastelu suhteessa kuntoutumisvalmiutta koskevan kysymyksen eri osioihin toi esiin muutaman oleellisen seikan. Ensiksikin koherenssin tunteen ja sen osatekijöiden yhteys oli negatiivinen silloin, kun kuntoutujan läheiset kokivat muutoksen tarpeelliseksi. Läheisten ”vaatimus” muutoksesta näyttää ainakin tässä aineistossa siis kaventavan kuntoutujan käsitystä omasta hallinnastaan, ymmärryksestään ja myös elämän mielekkyydestä. Toiseksi yhteisyyssuhteiden komponentilla ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen, mutta läheisten tuella ja ammattiavun riittävyydellä sen sijaan oli. Läheisten tuella oli merkitystä enemmän mielekkyyden kokemukseen ja ammattiavun

riittävydellä ymmärrettävyyteen. Kolmanneksi koherenssin tunteella ja terapiasuhteen kokemisella tärkeäksi oli myös negatiivinen yhteys, ts. luottamus terapeuttiin vähensi tunnetta omasta hallittavuudesta. Kysymys on tällöin siitä, luottaako kuntoutuja terapeuttiin liikaa, uskooko hän elämänhallintansa ammattilaisille.

Kinnunen (1998, 91 - 93) on ryhmitellyt tutkimuksessaan kansalaisten sosiaalisen tuen tuottamisstrategiat päätyen viiteen sosiaalisen tuen tuottamisen tapaan: laaja-alaiseen welfare mix -tyyppiseen toimijaan, virallistajatyyppiin, laaja-alaiseen lähiyhteisöön tukeutuvien joukkoon, suppeaan lähiyhteisötyyppiin sekä ulkopuolisten ryhmään. Welfare mix -tyyppiset toimijat ovat sosiaalisesti taitavia, taloudellisesti riippumattomia kansalaisia, jotka saavat tukea sukulaisilta, tuttavilta, ystäviltä, naapureilta, erilaisista järjestöistä, kunnallisista, valtiollisista ja yksityisiltä palveluntuottajilta. He siis ovat kansalaisia, jotka sujuvasti ja laajasti hankkivat tukea monenlaisista lähteistä. Virallistajatyyppi turvautuu pelkästään virallisiin palveluihin, sosiaali- ja terveystoimen, Kelan sekä työhallinnon palveluihin. Lähiyhteisöt eivät joko toimi tai niiden tuki ei ole riittävä. Laaja-alaiseen lähiyhteisöön tukeutuvien tuki muodostuu sukulaisten, naapureiden, tuttavien ja kolmannen sektorin toimijoista, kun taas suppea lähiyhteisötyyppi tukeutuu omiin sukulaisiinsa. Viides ryhmä koostuu ihmisistä, jotka jäävät sosiaalisen tuen järjestelmien ulkopuolelle. Tälle ryhmälle on tyypillistä alhainen koulutustaso ja vähäiset taloudelliset resurssit. Voisiko luottamus terapiasuhteeseen liittyä sellaiseen sosiaalisen tuen tuottamisen strategiaan, jossa kuntoutuja on oppinut hakemaan tukea ainoastaan julkisista palveluista?

Koherenssin osatekijät ovat yhteydessä toisiinsa, mutta tässä olen tarkastellut niitä myös erikseen, sillä osatekijät saavat jonkin verran erilaisia painotuksia. Mielekkyyden kokemus on keskeinen, sillä se usein määrittää muutoksen suunnan. Mielekkyys on luonteeltaan motivoiva. Mielekkyyden kokemus liittyy voimakkaimmin toimintavalmiuteen, mutta myös tietoisuuteen itsestä ja ympäristöstä. Tietoisuuteen kuntoutumisesta vaikuttaa eniten hallittavuuden kokemus. Korkea ymmärrettävyys yhdessä alhaisen hallittavuuden tunteen kanssa luovat muospainetta, jossa muutoksen suunnan ratkaisee elämän kokeminen mielekkäänä tai merkityksettömänä. Erityisen mielenkiintoinen on tilanne, jossa ihminen ei koe ympäristöään kovin ymmärrettäväksi eikä myöskään hallittavaksi, mutta kuitenkin mielekkääksi. Tällöin ihmisellä on halu etsiä muutosta ja hakea resursseja siihen, vaikka onnistumisesta ei olisi takeita. Riittää, että ihminen näkee onnistumisen mahdollisena. (Antonovsky 1987, 20 – 21.)

Koherenssin tunteella on merkitystä ihmisen kyvykkyyteen hankkia käyttöönsä tilanteen kannalta tarpeellisia resursseja (Suominen ym. 1996, 92). Koherenssin tunne oli monin tavoin yhteydessä

vuorovaikutusorientaatioon. Mitä vahvempi koherenssin tunne oli, sitä harvemmin kuntoutujat eristäytyivät omiin oloihinsa tai tunsivat itsensä erilaiseksi kuin toiset. Ymmärrettävyyden merkitys tulee esille lähinnä ristiriitatilanteissa, joissa toisten suhtautuminen tuottaa stressiä tai kuntoutuja jollain tapaa menettää kärsivällisyytensä toisiin ihmisiin. Mielekkyys on yhteydessä sosiaalisuuteen, kiinnostukseen toisia ihmisiä kohtaan ja vuorovaikutukseen heidän kanssaan. Vahvan koherenssintunteen omaavalla kuntoutujalla on myös palveluiden suhteen mahdollisuuksia enemmän. Hän on tietoinen palveluista, hänellä on enemmän valinnanmahdollisuuksia ja hän on tyytyväisempi palveluiden toimintaan. Tyytyväisyys palveluiden toimintaan on koherenssin kautta tarkasteltuna yhteydessä elämän ymmärrettävyyteen ts. vaikka ihminen saisi huonoa palvelua, hän kykenee ottamaan tilannetekijöitä huomioon eikä palvelusta tule niin helposti häntä itseään määrittävä tekijä. Vahvan koherenssin omaava kuntoutuja kykenee luottamaan omaan asiantuntijuuteensa palveluita käyttäessään.

Ihmisen hallintakeinoilla on merkitystä kuntoutumisessa, sillä ne vaikuttavat siihen, miten toiminnanrajoitteet tai toimintavalmiudet aktivoituvat vaikeissa elämäntilanteissa (Talo 1997, 7). Tutkimusten mukaan monipuolisella kuntoutuksella on mahdollista vaikuttaa pystyvyys- ja hallintakäsityksiin (Härkäpää ja Järvikoski 1995a, 144). Hallinnan tunteen ja koherenssin ero on käsitteiden laajuudessa. Hallinta liittyy uskoon oman toiminnan vaikuttavuudesta, kun taas koherenssi liittyy laajemmin myös elämän mielekkyyteen ja ymmärrettävyyteen. Tarkastelu koherenssin ja hallinnan tunteen yhteydestä tässä aineistossa nykyiseen elämäntilanteeseen tuo esiin käsitteiden eron laajuutensa suhteen. Koherenssin tunteella oli aineistossa merkitystä useimmille elämänalueille nykytilanteessa. Hallinnan tunne liittyi lähinnä nykyiseen arkeen, psyykkiseen terveyteen, vaikutusmahdollisuuksiin ja mahdollisuuteen itsensä kehittämiseen. Kuntoutujat kokevat voivansa omilla toimillaan vaikuttaa näihin, sen sijaan vapaa-ajanviettomahdollisuudet, mahdollisuudet opiskeluun tai työhön ovat kuntoutujien näkökulmasta oman hallinnan ulkopuolella. Koherenssin tunne oli puolestaan yhteydessä myös esimerkiksi opiskeluun ja vapaa-aikaan mielekkyyden tunteen kautta.

Kun kuntoutumisvalmiuden osatekijöitä ovat usko oman toiminnan vaikuttavuuteen, usko positiivisen muutoksen mahdollisuuteen ja tarve ja sitoutuminen muutokseen, on koherenssin tunne relevantti myös arvioitaessa kuntoutumisvalmiutta. Usko oman toiminnan vaikuttavuuteen ja sitoutuminen muutokseen liittyvät läheisesti elämän hallittavuuden, ymmärrettävyyden ja mielekkyyden tunteisiin. Jos kuntoutuja kokee elämänsä mielekkääksi, hänellä on paremmat valmiudet muutokseen. Kuntoutumisvalmiuden osatekijöittäin tarkasteleminen tuo esiin sen, että omaisten tuki ja tunne tuen saatavuudesta lisäävät ennen kaikkea elämän mielekkyyden

kokemusta. Sen sijaan kuntoutustyöntekijöillä näyttää olevan erityisesti merkitystä elämän ymmärrettävyyden kokemukseen. Vaikeiden ja hämmennystä aiheuttavien tilanteiden pohtiminen ääneen toisten kanssa selkeyttää omaa ajattelua, olipa kyseessä läheinen tai ammattilainen. Usein kuitenkin tämän kaltainen elämän pohtiminen kanavoituu terapeutin kanssa käytäviin keskusteluihin, kun sellainen kuntoutujan käytössä on. Useat kuntoutujat sanovat, etteivät halua rasittaa omaisiaan liiaksi ja käyvät keskustelut vaikeista asioistaan mieluummin työntekijän kanssa.

Antonovsky (1987, 119) pitää koherenssin tunnetta suhteellisen pysyvänä ominaisuutena, joka kehittyy noin 30 ikävuoteen mennessä. Jos yksiselitteisesti olisi näin, ei kuntoutuksen kannalta koherenssin tunteella olisi kovinkaan suurta merkitystä, sillä koherenssin tunteeseen ei voisi vaikuttaa. Myös Antonovsky (mt. 121 - 123) pitää mahdollisena, että merkittävät kokemukset voivat vaikuttaa koherenssin tunteeseen myöhemmällä iällä. Merkittävät kokemukset sinällään on hyvin tulkinnanvarainen käsite, mutta sairastumista mielenterveyden häiriöihin ja selviytymistä niistä nähdäkseen voidaan pitää merkittävinä kokemuksina. Tässä aineistossa kuntoutujien koherenssin tunteen keskiarvo oli huomattavasti alhaisempi kuin Sohlmanin aineistossa. Koherenssin tunteen heikkoutta voidaan toisaalta selittää mielenterveyden häiriöihin sairastumisella, joka alentaisi koherenssin tunnetta. Toisaalta taas voidaan ajatella, että mielenterveysongelmien syntyminen on tulosta heikosta koherenssin tunteesta. Koherenssin tunteen muuttumisesta merkittävien tapahtumien seurauksena kertoo tässä tutkimuksessa se, että kriittisen elämäkokemuksen kohtaaminen oli yhteydessä alhaisempaan koherenssin tunteeseen. Niillä, jotka eivät olleet kohdanneet kriittisiä elämäntapahtumia, koherenssin tunne oli korkeampi. Kuitenkin niillä, jotka tapahtuman olivat kohdanneet ja kokivat selviytyneensä siitä hyvin, oli korkeampi koherenssin tunne kuin niillä, jotka tapahtumaa eivät olleet kohdanneet. Koherenssin tunne on yhteydessä selviytymiseen myös tässä tutkimuksessa. Myös Antonovsky (mt. 124) toteaa vaikean elämäntilanteen voivan suistaa ihmisen ainakin hetkeksi raiteiltaan, jolloin maailma ei ole koherentti. Ne, joiden koherenssin tunne on voimakas, ovat neuvokkaampia ratkaisemaan eteen tulevia ongelmia ja selviytyvät niistä siten paremmin ja toisaalta uskovat positiiviseen muutokseen helpommin. Lisäksi myös Antonovskyn (mt. 28 - 29) mukaan merkitystä on sillä, ovatko vaikeat elämäntilanteet ohimeneviä, yhtäkkisiä vai jatkuvia. Erityisesti jatkuvilla vaikeilla elämäntilanteilla hän näkee yhteyden koherenssin tunteen alenemiseen. Selviytyminen vaikeista elämäntilanteista siis näyttäisi vaikuttavan koherenssin tunteeseen. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös esimerkiksi kuntoutusasiakkaiden selviytymisuratumuksessa sekä psykoterapiaprojektissa, jossa tutkittiin kahden eri periaatteella toimivan terapian vaikuttavuuden

eroja. Koherenssin tunne voimistui puolen vuoden terapian jälkeen. (Järvikoski 1994, 111; Knekt ja Lindfors 2004, 66).

4.3.4 Kuntoutujan elämäntilanteen merkitys

Kyselylomakkeen nykyisen elämäntilanteen operationalisoinnista tehty faktorianalyysi tuotti 5-faktorimallin, jonka faktorit nimesin mielekkääksi arjeksi (Cronbachin alfa-kerroin .82), lähiyhteisöksi (Cronbachin alfa-kerroin .68), toiminnallisuuden mahdollisuuksiksi (Cronbachin alfa-kerroin .73), fyysiseksi hyvinvoinniksi (Cronbachin alfa-kerroin .82) sekä suhteiksi ystäviin ja sukulaisiin (Cronbachin alfa-kerroin .54). Ystävyys- ja sukulaisuussuhteiden alhainen reliabiliteetti kuvaa sitä, että näiden suhteiden taustalla on löydettävissä erilaisia ilmiöitä, ts. ystävyys- ja sukulaisuussuhteilla on eri merkitys. Tästä syystä jatkossa ystävyys- ja sukulaisuussuhteita on tarkasteltu myös erikseen. Ystävyys- ja sukulaisuussuhteet muodostuvat eri tavoin ja niihin on usein ladattuna erilaisia odotuksia. Ajattelen kyseisen faktorin kuvaavan tässä perheen ulkopuolista verkostoa. Summamuuttajat sisälsivät seuraavat elämänalueet kuntoutujan senhetkisessä tilanteessa:

Mielekäs arki:

1. taloudellinen tilanne
2. päivittäinen toiminta/arjen sujuminen
3. psyykinen terveydentila
4. mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään
5. mahdollisuus mielekkääseen toimintaan ja elämäntilanteen kokonaisuus

Lähiyhteisö:

1. asumistilanne
2. asuinympäristö
3. perhesuhteet

Toiminnallisuuden mahdollisuudet:

1. mahdollisuudet palkkatyöhön
2. vapaa-ajanviettomahdollisuudet
3. opiskelumahdollisuudet
4. mahdollisuudet itsensä kehittämiseen

Fyysinen hyvinvointi:

1. fyysinen kunto
2. fyysinen terveys

Suhteet ystäviin ja sukulaisiin:

1. suhteet sukulaisiin
2. suhteet ystäviin ja tuttaviiin

Arjen mielekkyys yhdistyy siis paitsi psyykkiseen vointiin, myös taloudelliseen tilanteeseen ja siihen, että kuntoutuja voi mielekkäällä tavalla toimia ympäristössään. Laurin (2004, 43) tutkimuksessa todetaan, että arjen sujuminen on kuntoutujalle usein viite siitä, että hän on paremmassa psyykkisessä kunnossa, ja arjen sujuminen on samalla sekä saavutus että selviytymiskeino. Toisaalta voidaan myös tarkastella tilannetta ympäristöstä käsin niin, että taloudellinen tilanne, mielekkään toiminnan mahdollisuudet ja vaikutusmahdollisuudet luovat reunaehdot psyykkiselle hyvinvoinnille. Mielekkään arjen kokemus on taustamuuttujien osalta yhteydessä ainoastaan mielenterveyspalveluiden käyttöaikaan siten, että pitkään mielenterveyspalveluita käyttäneet olivat useammin tyytymättömiä omaan arkeensa. Ero ei kuitenkaan ole kovin merkittävä. Mielenterveyspalveluita 1 – 3 vuotta käyttäneiden ryhmän keskiarvo oli 3,5 mielekkään arjen kokemuksessa, kun 10 – 15 vuotta käyttäneiden kohdalla 3,1 ja vähintään 16 vuotta käyttäneiden kohdalla 3. Ikäryhmissä vastaavaa lineaarisuutta ei ollut.

Mielekäs arki liittyy oleellisesti koherenssin tunteeseen ja vetäytymiseen sosiaalisista suhteista. Ystävyysuhteilla on voimakkaampi yhteys arjen mielekkyyteen kuin sukulaisuussuhteilla, samoin kuin kokemukseen psyykkisestä hyvinvoinnistakin. Vetäytyminen sosiaalisista suhteista johtaa usein tilanteeseen, jossa kuntoutuja ei ole tyytyväinen arkensa sujumiseen, hän ei ole tyytyväinen palveluihinsa, kokee valinnanmahdollisuuksien kaventuneen ja myös kokee ympäristönsä turvattomaksi. Hyvärin (2001, 97 - 100) kuvaamissa selviytymistarinoissa sivullisuutta kuvataan sosiaalisista suhteista eristäytymisenä ja vetäytymisenä. Monien erilaisten tapahtumien tuloksena perheestä, ystävistä ja yhteisöistä ajaututaan sivullisuuteen. Kun identiteettiä luodaan sivullisuuden tilassa, avautuu yksinäisyyden ja erillisyyden mahdollisuudet. Sivullisuuden tila voidaan myös valita, mutta usein kyse on siitä, että ne hiljalleen rakentuvat valtasuhteiden määrittämässä prosesseissa.

Mielekkään arjen kokemus on yhteydessä vahvasti kuntoutumisvalmiuden osa-alueisiin. Selkeimmin yhteys liittyy tietoisuuteen omasta ympäristöstä. Mielekkään arjen kokemus liittyy siihen, että kuntoutuja kokee voivansa käyttää kykyjään omassa ympäristössään. Arjen kokeminen mielekkääksi liittyy toimintavalmiuteen sekä tietoisuuteen itsestä. Mielekkään arjen yhteys siihen,

ettei kuntoutuja koe itsellään olevan tarvetta muutokseen, tuo esiin keskeisen teeman. Tarvitaanko muutosta ja kenen mielestä muutosta tarvitaan? Muutospaine voi liittyä esimerkiksi kuntoutujan toimeentulon rahoittajaan. Hyvin paljon on merkitystä sillä, missä vaiheessa kuntoutuja on kuntoutumisen prosessissaan, ja onko hän jo saavuttanut tärkeänä pitämänsä tavoitteet. Sisäinen muutostarve syntyy tyytymättömyydestä nykyiseen tilanteeseen. Jos ulkoinen paine kohtaa sisäisen tarpeen, tilanne on yleensä selkeä. Vaikeuksia tulee silloin, kun muutospaine tulee muualta kuin kuntoutujasta, eikä kuntoutuja näe muutosta tarpeelliseksi tai mahdolliseksi. Usein kuntoutujan, hänen läheistensä ja kuntouttajien näkemykset muutoksen tarpeellisuudesta poikkeavat toisistaan. Kuntoutumisvalmiuden kannalta kysymys on myös siitä, kuinka avoimessa valinnan tilanteessa ollaan, mitkä asiat ja mitkä tahot valintaan vaikuttavat.

”Tavoitteeni on tasapainoinen elämä ilman työelämän pakkoa. Kuntoutustuesta päättävät tahot pitävät minua työkykyisenä, vaikka en jaksa tehdä kotitöitäkään.” (L24)

”Työvoimaviranomaiset eivät ole halukkaita tukemaan koulutustani johonkin muuhun ammattiin kuin mitä nyt opiskelen. Olen heidän mielestään liian vanha aloittamaan uuden ammatin harjoittamisen.” (L48)

Keskeinen mielekkään arjen kokemukseen vaikuttava kuormittavuustekijä oli huoli perheenjäsenen tai omaisen selviytymisestä. Lähiomaiset ovat usein keskeinen voimavara kuntoutumisessa, mutta toisaalta kuntoutujat näyttävät olevan huolissaan siitä, kuormittavatko he omaisiaan liiaksi. Helastin (1999, 13 – 14, 40 - 44) tutkimuksen mukaan depressiopotilaiden omaiset ovat kuormittuneita kaikilla tutkituilla osa-alueilla, joita olivat arkirutiineista huolehtiminen, subjektiivinen huolestuneisuus sekä potilaan ja omaisen välisen ilmapiirin kuormittavuus. Mitä vakavammasta masennuksesta on kyse, sitä enemmän omaisen kuormittui. Mitä heikompi sairastuneen koherenssin tunne oli, sitä enemmän omaisen kuormittui. Myös muista mielenterveyden häiriöistä kärsivien omaisten kuormittuneisuudesta on saatu samankaltaisia tuloksia. Omaisen kuormittumiseen vaikuttaa erityisesti perheessä vallitseva roolijako ja sairastuneen perheenjäsenen asema perheessä. Tutkimuksen mukaan vahva koherenssin ts. tunne elämän mielekkyydestä, hallittavuudesta ja ymmärrettävyydestä sekä sairastuneen vähäinen psyykinen oireilu ja perheen antama sosiaalinen tuki suojasivat omaista subjektiiviselta kuormittumiselta.

Taloudellinen tilanne oli yhteydessä hyvin moniin muihin nykyisen elämäntilanteiden alueisiin, kuten asumistilanteeseen, fyysiseen hyvinvointiin, mielekkään toiminnan ja vapaa-ajanvieton mahdollisuuksiin, omiin vaikutusmahdollisuuksiin ja elämäntilanteen kokonaisuuteen. Myös

Sohlmanin (2004) tutkimuksessa todettiin hyvän sosioekonomisen tilanteen ja toisten kanssa asumisen lisäävän positiivista mielenterveyttä ja taloudelliset kriisit sekä ongelmat läheisten kanssa heikentävät sitä. Taloudellinen tilanne oli myös tässä tutkimuksessa yhteydessä perhesuhteisiin. Tulos voi viitata myös siihen, että rahaa joudutaan pyytämään lainaksi ja tämä puolestaan vaikuttaa suhteisiin. Taloudellinen tilanne oli yhteydessä myös koherenssin tunteeseen. Taloudellinen niukkuus kaventaa kuntoutujan valinnan mahdollisuuksia, kun taas taloudelliset resurssit luovat edellytyksiä hankkia muita resursseja. Maslowin tarvehierarkiakäsitteen kautta tarkasteltuna taloudellinen tilanne ja asumistilanne liittyvät ihmisen perustarpeisiin. Jos ihmisen perustarpeiden tyydytyksessä on puutteita, on enemmän kuin ymmärrettävää, ettei hän kykene asettamaan kuntoutumisen tavoitteitaan – ainakaan kovin pitkällä tähtäyksellä, sillä arki taloudellisten ja asumisen vaikeuksien kanssa on pahimmillaan selviytymistä päivästä toiseen.

”Olen taloudellisesti niin tiukilla, että liikunta on ainoa harrastus. Huonokuntoinen saa hoitotukea. Minä en. Kovasti yrittävä vois saada kannustusrahaa pakollisiin harrastusmenoihin.” (L27)

Sohlman (2004, 121) on pohtinut tutkimuksessaan vahvan koherenssin tunteen ja hyvän taloudellisen tilanteen välistä yhteyttä. Sohlmanin tutkimus ei vahvistanut aiempaa tulkintaa siitä, että vahva koherenssin tunne kuvaisi hyvin koulutettujen, etuoikeutetussa asemassa olevien elämään asennoitumista, sillä sosiaaliluokka ja työllisyystilanne eivät selittäneet yhteyttä hänen tutkimuksessaan. Työtilanne ei myöskään tässä liittynyt koherenssin tunteeseen. Nykyiseen elämänmuotoon osallistuminen edellyttää taloudellisia resursseja, hyvin monet toiminnan areenat ovat pääsemättömissä niille kuntoutujille, joiden taloudellinen tilanne on kireä. Hyvä taloudellinen tilanne turvaa monenlaisten resurssien saatavuuden, sillä esimerkiksi sosiaalisten suhteiden säilyttäminen jossain määrin liittyy taloudellisiin resursseihin. Suurin osa kuntoutujista piti taloudellista tilannettaan keskinkertaisena, taloudellista tilannettaan huonona piti 16 % ja hyvänä neljäsosa kuntoutujista.

Lähiyhteisön toimivuudella on merkitystä sekä toimintavalmiuteen että yhteisyysuhteisiin. Lähiyhteisön toimivuus liittyy oleellisesti mielekkään arjen kokemukseen. Kokemus lähiyhteisöstä tässä siis liittyi asumiseen ja perhesuhteisiin. Perhesuhteiden yhteys asumiseen liittyy mahdollisesti osittain kuntoutujan asumiseen kotonaan, jolloin asumistilanne koetaan hyväksi, kun perhesuhteet ovat kunnossa. Kokemus lähiyhteisön toimivuudesta oli vahvasti yhteydessä lisäksi kokemukseen vaikutusmahdollisuuksista omassa elämässään sekä itsensä kehittämisen mahdollisuuksiin ja mielekkään toiminnan mahdollisuuksiin. Kun kuntoutujan asuinolot ja perhesuhteet eivät sido liiaksi energiaa, kuntoutujan on mahdollista asettaa kuntoutumistavoitteita, ja hän uskoo omalla toiminnallaan voivansa vaikuttaa elämänsä kulkuaan.

Ystävyysuhteilla oli yhteys kokemukseen lähiyhteisön toimivuudesta, mutta ei sukulaisuussuhteilla. Henkilökunnan tuella, niin tietotuella, tunnetuella kuin arvioivallakin tuella oli myös keskeinen merkitys kokemukseen lähiyhteisöstä. Vaikutus voi perustua siihen, että henkilökunnan tuki vähentää perheen paineita tuen tarjoamiseen. Läheiset voivat kokea itsensä kyvyttömäksi moninaisissa eteen tulevissa tilanteissa, jolloin henkilökunnan tuki ja pelkästään tunne tuen saatavuudesta helpottaa tilannetta. Perhe- ja verkostokeskeinen työtapa lisää omaisten tietoisuutta ja myös sitä kautta lähisuhteet helpottuvat.

Mielenterveyspalveluilla näyttää olevan merkitystä lähiyhteisön toimivuuteen. Muutokseen orientoitunut palvelu, tilanteenmukainen ja arvostava palvelu sekä myös palveluissa saatu kokemus omasta asiantuntijuudesta ovat yhteydessä lähiyhteisön toimivuuteen. Erityisen tärkeä lähiyhteisön toimivuuden kannalta on yleensä palveluissa saatu kohtelu, mutta myös palvelun riittävyydellä on merkitystä. Paikattomuuden kokemus, tyytymättömyys palveluihin ja kokemus kaventuneista valinnanmahdollisuuksista liittyvät lähiyhteisön toimimattomuuteen. Ympäristön turvattomuudella on yhteys lähiyhteisön toimivuuteen. Kuntoutujan kokema ympäristön turvattomuus vaikuttaa siihen, että kuntoutuja hakee turvaa lähiomaisistaan ja mahdollisesti eristäytyy omaan asuntoonsa, koska kokee sen turvapaikaksi.

Toiminnallisuus kertoo toisaalta kuntoutujan psyykkisestä hyvinvoinnista, mutta toiminta on riippuvainen myös ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista. Pelkkä palveluiden olemassaolo ei ole riittävä, vaan oleellista on myös toiminnan sisältö ja mahdollisuus osallistua siihen. Esteet toimintaan ovat moninaisia: itseluottamuksen puute, pelko omasta jaksamattomuudesta, eristäytyneisyys, yksinäisyys, leimautuminen, häpeä, köyhyys tai tunne, ettei saa riittävästi tukea. Pienetkin vastoinkäymiset voidaan kokea hyvin tuhoisina, sillä usko omaan pystyvyyteen rakentuu hitaasti. (Koskisu 2003, 48 – 49.) Tässä tutkimuksessa toiminnallisuuden yhteys läheisten tukeen ja ammattiapuun olivat vahvat. Toisaalta taas tilanteessa, jossa läheiset näkevät kuntoutujan muutoksen tarpeellisena eikä kuntoutuja itse, toiminnallisuudella on taipumus taantua. Kuntoutuja siis tarvitsee tukea toimintansa aktivoimiseen silloin, kun hän itsekin näkee sen tarpeellisena. Kun toiminnallisuuden vaatimus tulee pelkästään läheisiltä, vaikutus näyttää olevan päinvastainen. Toiminnallisuus on yhteydessä tavoitteellisuuteen, ja toiminnalla täytyy olla jokin merkitys kuntoutujalle.

Toiminnallisuus on yhteydessä kuntoutumisvalmiuden osalta vahvimmin tietoisuuteen omasta ympäristöstään ts. siihen, pystyykö kuntoutuja käyttämään kykyjään omassa ympäristössään ja tyydyttääkö nykyinen arki häntä. Toiminnallisuus on yhteydessä myös tietoisuuteen itsestä, ts.

tietoisuuteen siitä, mitä haluaa tehdä, mikä elämässä on tärkeää ja että kykenee säätämään toimintaansa jaksamisen kannalta. Uudelleen sairastumisen pelko varjostaa monella tavalla kuntoutujan elämää.

Myös kuntoutuskursseilla käymissäni keskusteluissa tämä teema tuli esiin. Erään kuntoutujan kokemuksen mukaan jaksamattomuuden pelko estää asettamasta tavoitteita. Muutos voi mielenterveysongelman kohdalla olla myös pelottava asia. Pitkäaikaissairaus sinällään edellyttää sairauden ja sen toiminnanrajoitusten ymmärtämistä ja hyväksymistä ja asettaa siten erityisiä paineita itsensä hyväksymiselle. Mielenterveysongelmissa hyväksyminen on vaikeampaa kuin muissa sairauksissa. Mielenterveysongelmat tuovat mukanaan monenlaisia muita ongelmia, kuten häpeää, eristäytymistä, ihmissuhdevaikeuksia. Valmius muutokseen liittyy mitä suurimmassa määrin omaan elämänselitykseen. Valmius muutokseen liittyy siihen, miten muutokset ovat tapahtuneet, miten johdonmukaisia ne ovat olleet, mitä niistä on seurannut ja miten niiden kanssa on pyrkinyt aiemmin selviytymään (Koskisuus 2003, 101). Vaikka mielenterveysongelmista kuntoutuminen olisi edennyt pitkällekin, pelko uudelleen sairastumisesta voi vaikuttaa usein pitkään erilaisten valintojen tekemisessä.

”Vaikka tällä hetkellä kaikki on niin hyvin kuin ihmisen elämä voi vain olla, niin pelko siitä, että jotain pahaa tapahtuu, enkä pysty sitä käsittelemään, on olemassa.”(L32)

”Omat ajatus- ja asennekaavat tuntuu olevan loputon tie saada oma pää tottumaan negatiivisista ajatusmalleista positiivisiksi.” (L23)

Fyysisen hyvinvoinnin ja muutostarpeen yhteys oli ilmeinen. Vastaajista 40 % koki fyysisen kuntosensa ja kolmasosa fyysisen terveytensä erittäin huonoksi tai huonoksi. Fyysinen hyvinvointi oli nykytilanteessa vahvasti yhteydessä taloudelliseen tilanteeseen, psyykkiseen terveyteen, vaikutusmahdollisuuksiin, asumistilanteeseen sekä mielekkään toiminnan mahdollisuuksiin. Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ovat tekijöitä, jotka ovat toistensa sekä syitä että seurauksia. Salokankaan ym. (2000, 190 – 191) tutkimuksessa todettiin, että psyykkisistä ongelmista kärsivien kuolleisuus on normaalia korkeampi. Sairaansijojen väheneminen ei selitä korkeampaa kuolleisuutta, mutta sen sijaan verrattain runsas somaattinen sairastavuus selittää. Tupakointi ja ylipainoisuus ovat mielenterveyskuntoutujien keskuudessa yleisempiä kuin muiden.

Fyysinen hyvinvointi oli yhteydessä myös toimintavalmiuteen. Hyvä fyysinen kunto on yksi tekijä kuntoutujan pystyvyyden kokemuksissa. Fyysinen kunto on pitkälle seurausta omista valinnoista ja elämäntavoista ja tällä alueella ehkä selkeämmin kuin psyykkisen hyvinvoinnin alueella on mahdollisuus nähdä oman toimintansa vaikuttavuus. Fyysisen hyvinvoinnin heikkous liittyi myös

siihen, ettei kuntoutuja kokenut voivansa käyttää kykyjään omassa ympäristössään ja he useammin kokivat valinnanmahdollisuutensa rajallisemmiksi.

Fyysisellä hyvinvoinnilla on monin tavoin vaikutusta psyykkisiin oireisiin ja niistä kuntoutumiseen. Mielenterveyspalveluissa fyysinen kuntoutus jää usein taustatekijän asemaan. Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseilla fyysisen kunnan merkitys kyllä tuodaan esiin, mutta mielenterveyspalveluissa siihen on harvemmin resursseja. Fyysisen kunnan hoitaminen on pääasiallisesti jokaisen kuntoutujan oman aloitteellisuuden varassa.

Ystävyys- ja sukulaisuussuhteilla on kuntoutumisvalmiudessa merkitystä yhteisyssuhteisiin ja tietoisuuteen kuntoutumisesta. Suhteet ystäviin ja sukulaisiin ovat merkityksellisiä monin tavoin, mutta kuten aiemmin todettiin, ystävyysuhteilla on sukulaissuhteita enemmän merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin, itsensä kehittämisen mahdollisuuksiin, kokemukseen lähiyhteisön toimivuudesta ja arjen sujuvuudesta sekä myös taloudelliseen tilanteeseen kuin sukulaisuussuhteilla. Ystävyysuhteiden merkitys näyttää siis olevan suurempi arjen mielekkyydelle ja viihtyvyydelle omassa lähiyhteisössä, kun taas sukulaisuussuhteilla oli merkitystä kokemukseen omista vaikutusmahdollisuuksista. Sukulaisuussuhteilla on merkitystä myös tiedon kannalta. Sukulaisuussuhteiden toimivuus liittyi ammattiavun riittävyyteen, omien kykyjen tiedostamiseen, kuntoutumista edesauttavista tekijöistä tietoisuuteen sekä omassa ympäristössä haitallisten tekijöiden tunnistamiseen. Keskustelut toisten ihmisten kanssa parhaimmillaan avartavat omaa tietämystä ja lisäävät tietoisuutta omista arvoistaan, ystävät näyttävät olevan erityisen tärkeitä omien arvojen ja aktiivisuuden kannalta, kun taas sukulaiset toimivat enemmän tiedon lähteenä. Sosiaalisen tuen muotoihin suhteutettuna ystävyysuhteet liittyvät enemmän tunnetukeen, kun taas sukulaiset arvioivaan tukeen.

Eri elämänalueille kohdistuvat myönteiset odotukset tulevaisuutta kohtaan olivat yhteydessä toisiinsa, mikä merkitsee sitä, että kun kuntoutuja näkee jonkin elämänalueen tulevaisuudessa positiivisesti, on sillä taipumus laajeta muillekin elämänalueille. Selvimmin nykytilanteen ja tulevaisuuden positiiviset odotukset olivat yhteydessä vaikutusmahdollisuuksien ja mielekkään toiminnan mahdollisuuksien kohdalla. Ts. tulevaisuuden positiivisiin odotuksiin oli suurin merkitys sillä, että kuntoutujalla nykyisessä tilanteessa oli hyvät mahdollisuudet vaikuttaa omaa tilanteeseensa ja mahdollisuus mielekkääseen toimintaan.

Tulokset nykyisen arjen merkityksestä viittaavat vahvasti siihen, että arjen sujuvuus vaikuttaa monin tavoin kuntoutumisvalmiuteen. Hoidossa ja kuntoutuksessa keskittyminen pelkästään

psykkiseen vointiin ei ole riittävä. Mielenterveyspalveluissa huomio kuitenkin hyvin usein kohdentuu psyykkiseen oireiluun ja toimintakykyyn. Salo (1996, 264) kritisoi mielenterveyspalveluita ”psykoterapeutisoitumisesta”, jossa ihmisen yhteyksien tarkasteleminen yhteiskuntaan jää vähemmälle huomiolle. Salo kritisoi samalla myös sosiaalityötä liiallisen yksilökeskeisyyden omaksumisesta ja vertaa sitä 1930-luvulla Yhdysvalloissa vallinneeseen psykoanalyttisesti suuntautuneeseen yksilökohtaiseen työtapaan. Jos psykiatrinen hoito keskittyy vain psyykkisen kärsimyksen lievittämiseen jättäen kuntoutujan ja hänen perheensä taloudellisen ja kulttuurisen selviytymisen muiden viranomaisten huoleksi, tuki ei ole riittävää. Asiakkaat eivät tule autetuiksi, ellei palveluiden ongelmakeskeistä lohkoutumista ja siihen liittyvää erityisammattillista asennetta kyetä purkamaan. (mt. 319.)

Elämänmuutokset ja kuormittavuus tuottavat stressiä, kun ne aiheuttavat muutoksia ja uusia vaatimuksia normaalitoimintojen ylläpitämiseen (Bäckman 1987, 67). Kuormittava elämäntilanne sitoo ihmisen voimavaroja, mutta on muistettava, että voimavaroja vaativat elämäntapahtumat voivat olla sekä kielteisiä että myönteisiä. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu kielteisiä elämäntapahtumia, sillä niiden on todettu olevan enemmän yhteydessä psyykkisiin oireisiin ja sairastavuuteen (mt. 73). Suurin osa ihmisistä on kokenut elämässään kuormittavia tilanteita. Tässä kuitenkin on painotettu niistä selviytymisen kokemusta, joka liittyy oleellisesti kuntoutumisvalmiuteen ja myös kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen.

Kuormittava elämäntilanne vaikuttaa psyykkiseen vointiin, ja sitä kautta myös kuntoutumisvalmiuteen. Yksittäisiä kuormittavuustekijöitä, jotka koskivat useimpia kuntoutujia, olivat taloudellinen kuormittavuus, huoli läheisen selviytymisestä sekä erimielisyydet sukulaisten kanssa – tässä järjestyksessä. Nykyiseen arjen mielekkyyteen ja aktiivisuuteen arjessa vaikuttivat keskeisimmin ristiriidat työpaikalla ja huoli omaisen selviytymisestä. On kuitenkin pidettävä mielessä, että jotkut vain muutamia kuntoutujia kohdanneet kuormittavuustekijät ovat hyvinkin merkittäviä, kuten puolison tai muun läheisen kuolema. Tämänkaltaisessa kyselyssä ei tavoiteta sitä, mitä tapahtumat ovat merkinneet kuntoutujan kohdalla. Työttömyys ja oma sairaus olivat yhteydessä omiin oloihin vetäytymiseen. Taloudellisen kuormittavuuden koettiin rajaavan valinnanmahdollisuuksia. Kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä kuormittava elämäntilanne luonnollisesti vaikutti lähinnä muutostarvetta lisäävästi. Suoranaisesti muille osa-alueille kuormittavuudella ei tässä ollut yhteyttä, mutta toisaalta yhteys läheisesti kuntoutumisvalmiuteen liittyviin tekijöihin oli, kuten vetäytymiseen omiin oloihin, hallinnan tunteeseen, kykyyn säädellä toimintaa oman jaksamisen kannalta.

Mielekkään toiminnan merkitys psyykkiseen hyvinvointiin on tullut tässä tutkimuksessa hyvin selkeästi esiin. Salon (1996, 324) mukaan laitospaikkojen purkaminen avohoitopalveluiksi ei riitä, vaan avohoidon käytännöt voivat olla yhtä lailla laitostavia. Laitospaikkojen tilalle tarvitaan monipuolisia hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksia. Salokankaan ym. (2000, 25) tutkimuksen mukaan sairaalapaikkojen väheneminen on merkinnyt uuden kroonistuneiden kuntoutujien ryhmän muodostumista, jolle on tyypillistä, että he eivät ole olleet pitkään sairaalahoidossa, mutta ovat muutoin riippuvaisia psykiatrisesta hoitojärjestelmästä. Nämä kuntoutujat ovat tyypillisimmillään iäkkäitä, yksinäisiä henkilöitä. Heille nykyisellä palvelujärjestelmällä on usein hyvin vähän tarjottavaa. Oireenmukainen hoitaminen johtaa helposti kroonistumiseen myös avohoidossa. Kuntoutujasta tulee riippuvainen mielenterveyspalveluista, ellei hänellä ole mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan, joka voisi vahvistaa hallinnan tunnetta. Hyvärin (2001, 221 – 222) havaintojen mukaan sairastaminen pitää yllä identiteettiä kahdella tavalla. Ulkoapäin asetetut leimat ja roolit kaventavat toimintamahdollisuuksia. Sairauden hallitsemisesta tulee keskeinen toiminta-alue, koska ainoa toivottava visio on päästä sairaudesta eroon. Kuntoutuja tarvitsee kokemuksia toimimisesta erilaisissa rooleissa, myös sellaisissa, jotka vahvistavat tunnetta omasta kykenevyydestään.

4.4 Hoito- ja kuntoutustilanteiden merkitys kuntoutumisvalmiudessa

Mielenterveyskuntoutuksessa vuorovaikutuksellisuus korostuu monin tavoin. Riikosen ym. (1996, 12) selvityksessä todettiin, että kuntoutusta tulisi tarkastella ensisijaisesti vuorovaikutuksena ja yhteistyönä. Isohanni (2002, 264) määrittelee psykoterapian ammatilliseksi ja tietoiseksi yritykseksi vaikuttaa psykologisin keinoin ja vuorovaikutuksen avulla. Kaiken auttamistyön perusta on hyvä vuorovaikutussuhde. Kuntoutujan, joka hakee tukea sosiaaliselta verkostoltaan, toisilta kuntoutujilta tai ammattilaisilta, on mahdollista saada uusia näkökulmia, tietoa, kokemuksia arvostetuksi tulemisesta ja kokemuksia sosiaalisesta yhteisyydestä tai jäsenyydestä. Työntekijän työvälineeksi useimmiten mainitaan oma persoonallisuus ja vuorovaikutustaidot, joten kuntoutuksen eteneminen on hyvin paljon riippuvainen myös työntekijän vuorovaikutustaidoista. Seuraavassa tarkastelen, mitkä tekijät kuntoutuksen vuorovaikutustilanteissa ovat niitä mekanismeja, jotka kuntoutumista edesauttavat. Lisäksi kiinnitän huomiota siihen, mitkä tekijät palveluiden tuottamisen tavassa ovat merkityksellisiä kuntoutumisen kannalta.

Mielenterveyspalveluista saatuja kokemuksia koskevan kysymyksen osiot koskivat vuorovaikutusta, palveluiden saatavuutta tarvittaessa, palveluiden joustavuutta sekä sitä, onko

niillä kuntoutujan näkökulmasta ollut merkitystä tiedon ja tietoisuuden lisääntymisessä sekä elämäntapojen muutoksessa. Faktorianalyysin tuloksena kokemuksista mielenterveyspalveluiden käytöstä syntyi 5-faktorimalli, jossa nimesin faktorit 1) tilanteenmukaiseksi, arvostavaksi palveluksi, 2) muutosorientoituneeksi palveluksi, 3) terapiapainotteiseksi palveluksi, 4) palvelun joustamattomuudeksi ja 5) omaksi asiantuntijuudeksi. Laadin faktoreista summamuuttujat, jotka sisältävät seuraavat kysymykset:

Tilanteenmukainen, arvostava palvelu:

1. Henkilökunta on ottanut mielipiteeni huomioon.
2. Henkilökunta on kohdellut minua kunnioittavasti.
3. Työntekijät ovat tulleet tuekseni, jos olen tarvinnut heitä.
4. Kun itsestäni on tuntunut, etten saavuta tavoitteitani, henkilökunta on auttanut minua pääsemään niiden tunteiden yli.

Muutosorientoitunut palvelu:

1. Minulle on kerrottu, millaisia vaihtoehtoja minulla on käytettävissä.
2. Henkilökunta on rohkaissut minua kokeilemaan erilaisia vaihtoehtoja.
3. Kuntoutus on muuttanut elämäntapojani.
4. Keskustelua on käyty enemmän vahvuuksistani ja voimavaroistani kuin oireistani ja vaikeuksistani.

Terapiapainotteinen palvelu:

1. Minulla ei ole ollut muuta kuntoutusta kuin keskustelukäynnit.

Palvelun joustamattomuus:

1. Palvelut eivät ole pysyneet mukana vaihtuvissa elämäntilanteissani.
2. Henkilökunnalla ei ole ollut riittävästi aikaa.

Oma asiantuntijuus:

1. Koen, että olen ollut asiantuntija omaa elämäni koskevissa asioissa.
2. Tietämykseni kuntoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä on kasvanut.

Tilanteenmukaisen ja arvostavan palvelun summamuuttujalla Cronbachin alfa-kerroin oli .87, muutosorientoituneen palvelun summamuuttujalla .77, palvelun joustamattomuuden summamuuttujalla .56 ja oman asiantuntijuuden summamuuttujalla .57. Koska kahden jälkimmäisen summamuuttujan kohdalla muuttujat sisältävät eri ilmiöitä alfa-kertoimesta päätellen, olen tarkastellut niihin sisältyviä osioita myös erikseen.

Tilanteenmukainen ja arvostava palvelu liittyy oleellisesti kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä yhteisyyssuhteisiin sekä kuntoutujan ihmissuhteisiin muutoinkin. Tilanteenmukaisella ja arvostavalla palvelulla oli yhteys kuntoutujan kokemukseen lähiyhteisön toimivuudesta sekä ystävyys- ja sukulaisuussuhteisiin. Kuntoutujan kohtaaminen tasa-arvoisena toimijana näyttää liittyvän siis laajemminkin siihen, miten kuntoutuja kokee sosiaalisen verkoston jäsenet. Voisi ajatella, että kyseessä on myös kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio. Tässä tutkimuksessa yhteyttä ei ollut kuntoutujan tapaan toimia vuorovaikutussuhteissaan, ts. siihen, miten avoimesti kuntoutuja liittyy toisten seuraan, vai onko hänellä taipumus vetäytyä omiin oloihinsa. Empatia, tuki ja luottamus ovat oleellisia yhteistyösuhteen rakentamisessa ja ylläpitämisessä. Kuntoutuskurssilla käydyissä keskusteluissa hyvän työntekijän ominaisuuksina pidettiin kuuntelutaitoa, työntekijän aktiivista osallistumista keskusteluun ja kuntoutujaa arvostavaa kohtaamista. Kuntoutujan hyväksyminen lieventää kuntoutujan syyllisyyden, häpeän ja alemmuuden tunteiden kokemusta, ja henkilökunnan arvostavan ja rohkaisevan asenteen seurauksena kuntoutujan on mahdollista saada myönteisiä kokemuksia itsestään (Isohanni 2002, 266). Kun kuntoutuja kokee, että hänen mielipiteitään kuunnellaan, vahvistuu myös kuntoutujan pystyvyyden kokemus. Lisäksi kuntoutujan kokema arvostus liittyi myös siihen, että hän oli tyytyväinen päivittäisen arkensa sujumiseen. Tilanteenmukainen ja arvostava palvelu liittyivätkin kuntoutujan kokemukseen elämän ymmärrettävyydestä.

Yli puolet vastaajista koki, että henkilökunta on ottanut heidän mielipiteensä huomioon, ja yli 60 % vastaajista koki heitä kohdellun kunnioittavasti. Mielipiteiden huomioon ottaminen liittyi kuntoutujan tietoisuuteen kuntoutumisesta ja kunnioittava kohtelu tietoisuuteen itsestä, kuntoutumisesta ja ympäristöstä. Tietämys kuntoutumisesta liittyy vahvasti toimintavalmiuteen. Tilanteenmukainen palvelu luo kuntoutujalle tunnetta tuen saatavuudesta tarvittaessa, jolloin kuntoutujan on helpompi asettaa itselleen tavoitteita. Palvelun muutokseen orientoituminen näyttää lisääntyvän jonkin verran palveluiden käyttöajan myötä, ts. mielenterveyspalveluiden asiakkuuden alussa keskustelu ei yhtä selvästi ole muutokseen rohkaisevaa kuin pidempään palveluita käyttäneiden kanssa. Erot tosin ovat hyvin pieniä ja voivat tässä aineistossa liittyä satunnaisvaihteluun, mutta ilmiö mielenkiintoinen kuntoutuksen kannalta, mikäli näin olisi.

Laurin (2004, 62 - 64) tutkimuksen mukaan kuntoutumisen etenemisessä keskeisintä on mahdollisuus vuorovaikutukseen ensisijaisesti oman perheen ja toiseksi hoitohenkilökunnan kanssa. Tuki on merkityksellistä erityisesti silloin, kun se sisältää vastavuoroisuutta. Kuntoutujat kertoivat tasavertaisen, vastavuoroisen, rehellisen ja tukea antavan suhteen olevan eheyttävä. Kuntoutujat kokivat tarvitsevansa tietoa erityisesti sairauden alkuvaiheessa ja toivoivat sitä

järjestettävän myös omaisille. Tasavertaisen ja erilaisuutta hyväksyvän vuorovaikutuksen merkitys nousi esiin myös kuntoutuskurssilaisten käymissä palautteissa tärkeänä kuntoutumista edistävänä tekijänä. Erilaisia terapiamuotoja on lukuisia, mutta tärkeämpää kuin tekniikka ja taustaideologia on se, millainen suhde kuntoutujan ja työntekijän välille syntyy. Useissa tutkimuksissa on todettu, että hyvän terapiasuhteen ominaisuuksia ovat empatia, aitous ja kunnioitus. Hyvä auttamissuhde sisältää vastavuoroisuutta, ystävällisyyttä ja luottamusta ja se pyrkii täysivaltaistamaan kuntoutujaa. (Salo 1996, 275 – 277; Kramer ja Gagne 2001, 474; Saleebey 2002, 82.)

Muutosorientoitunut palvelu on hyvin merkityksellistä kuntoutumisvalmiuden kannalta. Muutosorientoituneella palvelulla oli vahva yhteys kuntoutujan toimintavalmiuteen ja yhteistyösuhteeseen sekä heikommin myös tietoisuuteen itsestä. Muutokseen rohkaisu vahvistaa kuntoutujan tunnetta omasta pystyvyydestään ja sitä kautta rohkaisee asettamaan myös itselleen tavoitteita. Kuntoutuksen muutokseen orientoivuus liittyy myös tunteeseen tuen saatavuudesta ja siihen, että kuntoutuja kokee kykenevänsä säätelemään toimintaansa jaksamisen kannalta. Rohkaiseva, toivon ja elämänmyönteisyyden korostaminen vähentävät pessimismii, joka voi olla myös aiheetonta (Isohanni 2002, 266). Vaikeiden elämäkokemusten myötä muodostuu usein hyvin jäykkiä ja negatiivisesti värittyneitä ajattelumalleja, jotka saattavat perustua myös virheellisiin havaintoihin, joissa ympäristöä tulkitaan oman voimakkaan tunnetilan värityksenä.

Useissa yhteyksissä on todettu toivon viriämisen yhdeksi kuntoutumisen kulmakiveksi. Jos palvelussa keskitytään kuntoutujan ongelmiin, puutteisiin ja vajavuuksiin, kuntoutujan resurssit ja voimavarat jäävät taustalle. Ongelmien taustalta on mahdollista löytää uusia ongelmia. Mielenterveyskuntoutuksessa väistämättä joudutaan kohtaamaan ongelmia. Asiakkuus syntyy siitä, että kuntoutujalla on jokin puute tai ongelma, jota ryhdytään käsittelemään. Kyse onkin enemmän siitä, alkavatko ongelmat värittää koko keskustelua. Muodostuuko sairaudesta, kuten Deeganin kokemuksissa, kaikkea olemista värittävä tekijä? Diagnoosista tulee ikään kuin osa persoonallisuutta. Joihinkin diagnooseihin liittyy toisia enemmän pessimistisiä tulevaisuuden odotuksia. Ongelmakeskeiset lähestymistavat ovat usein myös yksilökeskeisiä, joissa ongelmat nähdään ihmisissä itsessään. Keskustelussa puutteista ja vajavuuksista on vaikea nähdä toivoa. Kun työntekijä uskoo kuntoutujan muutokseen, myös kuntoutujan on helpompi löytää toivoa ja uskoa omiin vaikuttamisen mahdollisuuksiinsa.

Terapian yksiselitteinen määrittäminen on vaikeaa, sillä usein terapialla viitataan yleisesti työntekijän ja kuntoutujan välisiin keskusteluihin. Terapiasuuntauksia on lukuisia ja terapeutit

soveltavat teorioita ja menetelmiä kukin omalla persoonallisella tavallaan. Tässä oleellista ei ollut se, millaisen suuntauksen mukaista terapiaa kuntoutuja sai, vaan halusin tarkastella sellaista kuntoutusta, joka perustuu pelkästään keskustelukäynteihin. Riikonen ym. (1996, 1) ovat todenneet, että psykoterapian asema on kuntoutuksessa keskeinen ja vuorovaikutustaitoja tai päivittäisistä toiminnoista selviytymistä tukevaa toimintaa on tarjolla liian vähän.

Terapiapainotteisella palvelulla oli yhteys kuntoutumisvalmiuteen siten, että terapiapainotteisuuden suhde toimintavalmiuteen ja tietoisuuteen kuntoutumisesta oli heikosti negatiivinen. Tarkoitan palvelun terapiapainotteisuudella tässä sitä, että kuntoutujalla ei ole ollut muuta kuntoutusta kuin keskustelukäynnit. Vastaajista 35 % koki kuvauksen vastaavan heidän omaa tilannettaan hyvin tai erittäin hyvin. Terapiapainotteinen palvelu liittyi heikosti ikään siten, että nuoremmilla kuntoutujilla useammin olivat keskustelukäynnit ainoa kuntoutusmuoto. Erot eivät kuitenkaan olleet merkitseviä. Terapiapainotteinen palvelu liittyi lisäksi heikohkosti siihen, ettei kuntoutuja uskonut kykenevänsä vaikuttamaan omaan tilanteeseensa, hänellä ei ollut kuntoutumisen tavoitteet selvillä eikä tietoisuutta siitä, mikä elämässä olisi tärkeää. Yhteyttä ei ollut kuntoutujan kokemaan psyykkiseen vointiin tai arjen sujumiseen, mistä on mahdollista päätellä, että terapiapainotteisuus ei liity kuntoutujan akuuttiin psyykkisen sairauden vaiheeseen. Sen sijaan terapiapainotteisella palvelulla oli selkeästi yhteys kuntoutujan keinottomuuteen omassa kuntoutumisessaan. Terapiapainotteinen palvelu oli yhteydessä myös kokemukseen mielenterveyspalveluiden joustamattomuudesta, mutta toisaalta se ei kuitenkaan liittynyt yleensä palveluihin tyytymättömyyteen. On mahdollista, että tyytymättömyys liittyy osaksi kuntoutujan tyytymättömyyteen terapiasuhteeseen. Kuntoutujilla on usein hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa oman terapeuttinsa valintaan – ainakin julkisissa palveluissa.

Terapiapainotteinen palvelu oli yhteydessä kokemukseen kaventuneista valinnanmahdollisuuksista ja palveluiden riittämättömyydestä. Mielenterveyskuntoutuksessa tarvitaan moniammatillisuutta. Salo (1996, 264) tosin toteaa moniammatillisten työryhmien vakiintuneen mielenterveystyön perusyksiköiksi niin, että mielenterveystyön viitekehys on yhtenäistynyt eri ammattien välillä. Palvelun rajautuessa terapiaan todennäköisesti myös moniammatillisuuden hyödyt jäävät toteutumatta. Palvelun terapiapainotteisuus liittyi vahvasti siihen, että kuntoutujan kokemuksen mukaan henkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa sekä heikommin myös siihen, ettei henkilökunta ole ottanut mielipiteitä huomioon sekä myös siihen, että kuntoutus ei ole muuttanut elämäntapoja eikä myöskään tietämys kuntoutumisesta ole kasvanut. Yksipuoliset kuntoutuspalvelut ovat yhteydessä kuntoutujan kokemukseen siitä, ettei hänellä ole riittävästi valinnanmahdollisuuksia. Tulos viittaa siihen, että terapiassa kuntoutuksen näkökulma ei tule riittävästi esille: kuntoutujalla

ei ole tietoa valinnan mahdollisuuksistaan, ja kuntoutujat eivät oikein tienneet, miten pitäisi toimia kuntoutuakseen. Tämä nostaa esiin kysymyksen siitä, pitäisikö hoidosta ja kuntoutuksesta vastata eri ihmiset. Ainakin tämä tulos viittaa siihen, että näin varmistettaisiin molempien näkökulmien olemassaolo.

Palvelun joustamattomuus tässä yhteydessä tarkoitti palvelua, joka kuntoutujan kokemuksen mukaan ei ole pysynyt mukana kuntoutujan vaihtuvissa tilanteissa eikä henkilökunnalla ole ollut riittävästi aikaa. Palveluiden toimintakäytännöt säätelevät usein työntekijöiden toimintaa ja valtuuksia, minkä asiakkaat usein kokevat virkailijoiden joustamattomuutena, kasvottomuutena ja huonona asiakaspalveluna (Kinnunen 1998, 86). Palvelun joustamattomuus voi liittyä paitsi tilannekohtaisiin tekijöihin, myös osapuolten persoonakohtaisiin tekijöihin. Palvelun joustamattomuus on yhteydessä kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä ainoastaan toimintavalmiuteen, mikä on sinällään hyvin mielenkiintoinen. Toimintavalmiuteen oli enemmän merkitystä sillä, kokiko kuntoutuja, että palvelut joustavat hänen tilanteensa mukaisesti. Se, ettei henkilökunnalla ole ollut riittävästi aikaa, liittyi erityisesti kuntoutuspalveluiden yksipuolisuuteen. Palveluiden joustamattomuus oli yhteydessä kuntoutujan omaan hallinnan tunteeseen sekä siihen, että kuntoutuja mieluummin itse halusi toimia aktiivisesti kuin odottaa eteen tulevia mahdollisuuksia. Lisäksi kuntoutujat uskoivat jonkin verran tulevaisuudessa itsensä kehittämisen mahdollisuuksiinsa, mutta vastaavasti odottivat muutoin vaikutusmahdollisuuksien vähenevän entisestään. Kinnusen (mt. 87) tutkimuksessa kansalaiset tunsivat tilanteensa turvattomaksi akuutin kriisin kohdatessa. Myös tässä tutkimuksessa mahdollinen selitys palveluiden joustamattomuuden yhteys toimintavalmiuteen on, että kuntoutujat eivät luottaneet palveluiden apuun tarvittaessa ja mieluummin tarttuivat itse toimeen, vaikka onnistumisesta ei ollutkaan kovin suuria odotuksia.

Kuntoutuksen tarpeet muuttuvat kuntoutumisen edetessä ja kuntoutustyöntekijöiden tulisi reagoida jatkuvasti kuntoutujan ja hänen perheensä sekä muun yhteisön muuttuviin tarpeisiin. Ympäristön mahdollisuudet näyttävät kuntoutujalle erilaisina eri kuntoutumisen vaiheissa. Hallinnan tunne muuttuu sairastumisen ja kuntoutumisen eri vaiheissa. Sairastumisvaiheessa ihminen tyypillisesti pyrkii puolustautumaan hallinnan menetystä vastaan selittäen oireet jostakin muusta johtuviksi kuin sairaudesta. Sopeutumisprosessin alkuvaiheessa Maslowin tarveteorian mukaiset turvallisuuden tarpeet ovat ensisijaisia ja kasvun tarpeet voimistuvat vasta prosessin edetessä. Seuraavassa vaiheessa ihminen sopeutuu tilanteeseen, pyrkii tulkitsemaan tapahtumia, näkee rajoituksensa ja alkaa pyrkiä hallinnan saavuttamiseen uudelleen ja lopulta opettelee elämään rajoitustensa kanssa. Vaihemallien tarjoama näkökulma on hyödyllinen pohdittaessa esimerkiksi

kuntoutuksen käynnistämistä ja sisältöjä, mutta samalla on muistettava niiden painottuminen ihmisen sisäisiin prosesseihin. (Härkäpää ja Järvikoski 1995a, 132 – 135.) Mielenterveyskuntoutuksen kannalta on oleellista se, että kuntoutujan on mahdollista kokeilla taitojaan ja jaksamistaan. Kuntoutuksessa toimintavalmius on kyettävä kanavoimaan mielekkääksi toiminnaksi kussakin kuntoutumisen vaiheessa. Tässä tutkimuksessa se, että kuntoutuja ei pystynyt käyttämään kykyjään nykyisessä ympäristössään, liittyi tietämyksen puutteeseen kuntoutumisesta.

Kuntoutuksessa oleellista on se, että kuntoutus muuttaa kuntoutujan toimintamalleja ja että ihminen selviytyy arkiympäristössään sairaudestaan huolimatta ja löytää omat voimavaransa. Arjen sujuminen ja kuntoutuksen vaikutus elämäntapojen muutokseen ovatkin tässä tutkimuksessa yhteydessä toisiinsa. Kuntoutuksen vaikutus liittyy myös lähiyhteisöön tyytyväisyyteen, siis perhesuhteisiin ja omaan asuinympäristöön. Tilanteenmukainen ja arvostava palvelu sekä henkilökunnan taholta tuleva sosiaalinen tuki liittyvät elämäntapojen muuttumiseen. Kuntoutuja tarvitsee henkilökunnalta rohkaisua ja tietoa valinnan mahdollisuuksistaan ja kuntoutumisesta. Kun kuntoutujalla ei ollut muuta kuntoutusta kuin keskustelukäynnit, kuntoutuksella ei useammin ollut merkitystä elämäntapojen muuttumiseen.

Kuntoutus on Laurin (2004, 71 - 72) mukaan kuntoutujalle mahdollisuus, joka tuo toivoa. Vaikka hoito ja kuntoutus kuntoutujan näkökulmasta ovatkin saman prosessin eri osia, ammattiavun näkökulmasta hoito on usein eri asia kuin kuntoutus. Psykiatrinen hoito on vuorovaikutuksellista, erilaisissa ammatillisissa kokoonpanoissa tapahtuva prosessi, joka pyrkii oivalluksiin ja uuteen ymmärrykseen. Psykoterapia usein on riittävä tuki kuntoutujan omien voimanlähteiden löytymisessä, mutta useimmiten hoidon lisäksi tarvitaan erilaisia kuntoutustoimenpiteitä. Kuntouttavina toimenpiteinä Laurin tutkimuksessa nousivat erityisesti hoitoprosessin tukena kulkeva ohjaus ja neuvonta, tiedon antaminen ja sopeutumisvalmennus. Tiedon ja koulutuksen tarve niin kuntoutujilla kuin heidän omaisillaankin sairauden oireista, hoitovaihtoehdoista, lääkityksestä, taloudellisesta tuesta ja kuntoutuksen mahdollisuuksista oli ilmeinen. Salokankaan ym. (2000, 34) tutkimuksessa todettiin omaisten tarvitsevan tietoa paitsi sairaudesta, myös siitä, miten menetellä sairauden eri vaiheissa.

Kuntoutujan oman asiantuntijuuden kunnioittaminen osoittautui hyvin merkittäväksi tekijäksi kuntoutumisvalmiuden kannalta. Kuntoutujan kokemalla omalla asiantuntijuudella omassa kuntoutumisessaan oli yhteys toimintavalmiuteen, tietoisuuteen itsestä, kuntoutumisesta ja ympäristöstä. Kokemus omasta asiantuntijuudesta liittyi myös avoimuuteen ihmissuhteissa sekä

myös arjen mielekkyyteen ja toiminnallisuuteen. Usko omaan pystyvyyteen kuntoutumisessa liittyy siten myös pystyvyyteen ihmissuhteissa ja arjessa - tai pystyvyys ihmissuhteissa ja arjessa pystyvyyteen kuntoutumisessa. Kyse voi olla esimerkiksi siitä, että sosiaalisesti kykenevä kuntoutuja saa tukea, kuntoutujan kyvykkyyttä on helppo tukea, vaikeuksia sen sijaan ei. Kun ihminen kykenee järjestämään oman arkensa mielekkäällä tavalla, hän myös kokee olevansa kuntoutumisessaan asiantuntija. Oman asiantuntijuuden kokemus avaa enemmän mahdollisuuksia ja se on voimakkaasti yhteydessä myös koherenssin tunteeseen. Yli puolet tämän aineiston vastaajista koki olevansa asiantuntija omaa elämää koskevissa asioissa ja neljäsosalla vastaajista tällaista tunnetta ei ollut.

Kuntoutujan omalla asiantuntijuudella oli kaksi ulottuvuutta: kokemus omasta asiantuntijuudesta sekä tietämys kuntoutumisesta. Tiedon saaminen on yhteydessä monipuolisiin palveluihin. Tiedolla on merkitystä enemmän toiminnan kannalta, kun taas kokemus omasta asiantuntijuudesta liittyy tietoisuuteen itsestä. Tiedon on todettu lisäävän toivoa. Myös kuntoutuskurssilaisten kanssa käydyssä keskustelussa tiedon hakemisen koettiin auttaneen. Tieto kuntoutumisen vaiheista koettiin tärkeäksi. Kuntoutajat kokivat myös, että tietoa on pitänyt itse lähteä hakemaan. Yli kolmasosalla kyselyaineiston vastaajista oli kokemuksena mielenterveyspalveluiden käytöstä, ettei heille oltu kerrottu, millaisia vaihtoehtoja heillä oli käytettävissään.

Jos kuntoutuja ei ole kuntoutuksessa tasa-arvoinen toimija, ja jos valta ja kontrolli ovat yksin kuntoutustyöntekijöillä ja – järjestelmillä, kuntoutusprosessi vahvistaa riippuvuutta myös muilla elämänalueilla (Järvikoski 1994, 46 – 47). Kun kuntoutuja kokee olevansa itse asiantuntija omassa prosessissaan, hän tämän tutkimuksen mukaan myös itse toimii aktiivisesti, kokee itsellään olevan mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäntapaansa, tuntee omat kykynsä ja voimavaransa ja on valmis muuttamaan toimintatapojaan. Kuntoutajat, jotka kokivat tässä tutkimuksessa terapiasuhteen tärkeäksi, eivät yhtä usein kokeneet itseään asiantuntijaksi omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Heillä oli useammin kokemus siitä, että henkilökunta on auttanut vaikeuksien yli. Liiallinen luottamus lääkkeisiin ja henkilökuntaan voivat olla esteinä kuntoutumiselle.

Kuntoutuksessa lääketieteellisellä arvioimisella on portinvartijan rooli sosiaaliturvaan ja useisiin kuntoutuksen toimenpiteisiin. Laurin (2004, 44) tutkimuksessa sopiva lääkehoito koettiin merkittäväksi avuksi. Sopivan lääkityksen koettiin vähentävän kärsimystä, auttavan uniongelmissa ja auttavan arjen selviytymisessä. Sopimaton lääkitys puolestaan koettiin ”myrkyksi”, joka lamaannutti, lisäsi kärsimyksiä sekä pelkoa siitä, ettei selviä (mt. 53). Lääketiede asettuu kuntoutuksessa erityiseen statukseen, vaikka lääketieteellinen kuntoutuksen malli on laajentunut

siten, että yhä enemmän kuntoutuksessa otetaan huomioon myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Myös kuntoutujat asettavat usein lääkärin erilaiseen asemaan kuin muut ammattikunnat. Kuntoutustilanne on väistämättä myös vallan käytön areena, olipa kyseessä lääkäri tai mikä tahansa muu mielenterveyskuntoutuksen ammattilainen. Kuntoutujan hakeutuessa asiantuntijan luo odotusarvo on, että kuntoutujalla on jokin vajavuus, josta asiantuntijan on päästävä perille kyetäkseen auttamaan kuntoutujaa. Kuntoutujalla on myös oikeus odottaa, että työntekijä tietää enemmän, ja että hänellä on välineitä auttaa häntä, työntekijä kykenee jollain tavoin helpottamaan hänen tilannettaan. Eräs kuntoutuja kertoi luottamuksensa työntekijään liittyvän aluksi pelkästään siihen hänen olettamukseensa, että työntekijän asemansa ja ammattinsa vuoksi on asiantuntija ja on lisäksi vaitiolovelvollinen. Tietoisuus tästä sai hänet luottamaan työntekijään. Spaniol ja Cattaneo (2001, 479) varoittavat vallan epätasapainon tarkoittamattomista vaikutuksista, kun työntekijän asiantuntijuus johtaa kuntoutujan avuttomuuteen ja riippuvuuteen.

”Enemmän keskustelua hoitajan kans tai lääkärin.” (L1)

”Valmius kuntoutumiseen alkoi sen jälkeen, kun monen vuoden jälkeen lopulta löytyi lääke joka sopi minulle ja auttoi. Sairaanhoidojärjestelmä ei tiedä eikä tarjoa mitään, mikä auttaisi kuntoutumisessa.”(L19)

Kokemus kuntoutujan asiantuntijuudesta luodaan kielessä. Puhutun kielen lisäksi merkitystä on sananvalinnoilla, korostuksilla, äänen sävyillä sekä monenlaisilla eleillä ja maneereilla. Puhuttu kieli voi sisältää lukuisia vihjeitä valta-asemasta ja tiedon ylivertaisuudesta. Joidenkin työntekijöiden työtapaan tai terapiasuuntauksen periaatteisiin kuuluu pysyä vaiteliaana. Spaniol ja Cattaneo (2001, 479) käyttävät termiä ”kielellinen riistäminen”, joka voi äärimmillään olla jopa eräänlaista väkivaltaa. Professioneilla on omat ammattiin liittyvät tehtävänsä ja tapansa määrittellä ongelmia. Ammattilaisten käyttämä kieli voi olla leimaavaa ja kategorisoivaa ja usein myös sisällöltään fatalistista, kuten puhuttaessa kroonisuudesta tai lääkityksen tarpeen elinikäisyydestä (Deegan 2001, 93). Käyttämällä ammattikieltä osoitetaan oma ylivertainen asema, sillä ammattilaisten kieli on sellaista, jota maallikko ei aina ymmärrä. Ennako-oletukset ohjaavat sitä, mitä kuullaan ja toisaalta kuntoutuja omassa positiossaan esittää sitä, minkä arvioi ammattilaisen näkökulmasta olevan asiassa oleellista. Hyvin pienetkin tekijät voivat olla vahvoja viestejä siitä, kuinka paneutunut keskustelukumppani on keskusteluun. Mikä on vuorovaikutustilanteissa tässä yhteydessä oleellista, on se, kokeeko kuntoutuja häntä kohdeltavan kunnioittavasti, onko hänen tilanteellaan ja hänen puheellaan merkitystä, ja tukeeko puhe kuntoutujan pystyvyyden tunteita vai heikentääkö se niitä.

Kuntoutujan asiantuntijuudella on kuitenkin aina myös rajansa. Kuntoutuksessa pidetään kiinni yhdenvertaisuuden periaatteesta, eli kuntoutujille pyritään tarjoamaan yhdenvertaisia palveluita, mikä voi saada käytännössä hyvin kaavamaisia piirteitä. Palveluita suhteutetaan menneeseen, eli siihen, miten muidenkin kuntoutujien kohdalla on menetelty. Tähän liittyen kuntoutusratkaisut ja –päätökset eivät ole käytännössä asiakkaan päätettävissä. Myös menettelytavat, asiantuntijoiden toiminta, kuntoutusprosessiin liittyvät hallinnolliset ja etuuksia koskevat ratkaisut ovat kuntoutujan ulottumattomissa. (Piirainen 1999, 12.) Kuntoutujilla ei välttämättä ole sanansijaa siihen, millä tavoin palveluita tuotetaan. Laurin (2004, 53) tutkimuksessa kuntoutuja halusi keskustella ainoastaan yhden työntekijän kanssa, mutta hänelle kerrottiin kyseisessä mielenterveystoimistossa olevan sellainen työtapana, että työskenneltiin työparina.

Asiakaslähtöisyydelle on ominaista, että siinä ei koskaan päästä perille. Reaalimaailmassa jää aina toivomisen varaa ja asiakaslähtöisyys uhkaa särkyä. (Piirainen 1999, 3.) Asiakkaan asiantuntijuudella ja vaikutusmahdollisuuksilla on rajansa. Hoidon sisältöön tai hoitajan valitsemiseen palveluiden käyttäjällä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa. Palveluiden taustalla voivat vaikuttaa keskiluokkaiset, kuntouttajan omaksumat arvot, jotka voivat kuntoutujista tuntua painostavilta (Deegan 2001, 97). Chamberlin (2001, 523) kertoo mielenterveyskuntoutujien yhdistystoiminnassa edelleen kuulevansa kokemuksia siitä, ettei kuntoutujia ole kuultu tai uskottu, heitä on pidetty lapsina, heiltä on otettu pois päätösvalta omiin raha-asioihin ja heitä on opastettu, miten viettää vapaa-aikaansa. Psykiatrisessa hoidossa käytetään edelleen pakkoa tietyissä tilanteissa. Pakkotilanteet ovat kuntoutujien kannalta erittäin merkityksellisiä. Merkityksellistä on se, mitä niissä tapahtuu, ymmärtääkö kuntoutuja, että toimitaan hänen parhaaksi, vai voiko kuntoutujan parhaaksi toimimisen asettaa kyseenalaiseksi. Chamberlin (mt. 524) toteaa, että vaikka ammattilaiset usein haastavat kuntoutujia yhteistyökumppaneikseen, on hyvin vaikea olla tasavertainen, kun osapuolten välillä vallitsee niin suuri vallan epätasapaino. Moninaiset käytännöt saattavat etäännyä asiakaslähtöisyyden ideasta hyvin pitkälle.

Asiakaslähtöinen työskentely voi perustua vain dialogisuuden ja vuorovaikutuksen varaan, jossa asiakkaan näkemys tulee otetuksi huomioon (Ala-Kauhaluoma 2000, 15). Dialogisen suhteen perusedellytys on tasavertaisuus siten, etteivät keskustelijat pyri dominoimaan tilanteen kulkua tai asioiden määrittämistä. Kaikki tasavertaisuuteen perustuva vuorovaikutus kuitenkin ei välttämättä ole dialogista, vaan dialogisuudessa korostuu vastavuoroinen vaikuttaminen: dialogisessa suhteessa osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja vaikuttuvat toisistaan. (Mönkkönen 2002, 41 – 42.) Mönkkönen (mt. 53 –59, 63) esittelee kolme erilaista vuorovaikutusorientaatiota: asiantuntijakeskeisen orientaation, asiakaskeskeisen orientaation ja dialogisen orientaation.

Asiantuntijakeskeisessä orientaatioissa toimintaa ohjaavat asiantuntijoiden määrittämät tavoitteet ja tulkinnat. Asiantuntija määrittää ja luokittelee ammatillisten kategorioidensa perusteella sekä pyrkii selvittämään ongelmien taustalla olevat tekijät. Asiantuntijakeskeisen orientaation tavoite on, että asiakas tiedostaa ongelmansa. Asiantuntijuudelle on paikkansa, sillä on tilanteita, jossa asiantuntijuutta tarvitaan, ja on epäeettistä jättää sitä käyttämättä. Asiantuntijakeskeisyyden kritiikistä on noussut asiakaskeskeisyys, joka puolestaan on asiakkaan tarpeista lähtevää ja asiakkaan määrittämiin perustuvaa orientaatiota. Asiantuntija on tässä kohtuullisen neutraalissa asemassa, empaattisen auttajan positiossa. Ongelmana kuitenkin tässä nähdään mukaan menemisen problematiikka ja asiakassuhteen ristiriitojen sekä valta- ja vastuusuhteiden huomiotta jättäminen. Dialoginen orientaatio puolestaan ymmärretään vastavuoroisena orientaationa, jossa tavoitteena on yhteisen ymmärryksen luominen. Dialogisuutta vastaan esitetty kritiikki koskee yhteisymmärryksen vaikeutta ja näennäisyyttä sekä suhteellisen pysyvien käyttäytymistapojen ja uskomusten huomiotta jättämistä. Monien mielestä täysin yhteistä ymmärrystä on mahdoton tavoittaa, sillä jokainen tulkitsee asioita aina oman henkilöhistoriansa, kokemustensa ja edellytystensä kautta.

Kuntoutuksessa ei useinkaan löydy puhtaasti yhtä kuntoutussuhteessa vallitsevaa vuorovaikutuksen orientaatiota, vaan samankin keskustelun aikana orientaatio voi saada eri sävyjä. Niin asiantuntijakeskeisellä, asiakaskeskeisellä kuin dialogisellakin orientaatiolla on oma paikkansa. Kuntoutuksen kannalta on oleellista se, millaiseksi kuntoutuja kokee positionsa, tukeeko kuntoutus ja sen vuorovaikutus kuntoutumista ja kenen tavoitteita vuorovaikutus palvelee.

Suikkasen (2000, 20 -22) mukaan kuntoutus on sosiaalinen ilmiökokonaisuus useine ulottuvuuksineen. Tilanteissa korostuu subjektien merkitys, heidän tahtonsa, olosuhteensa ja vaikutusmahdollisuutensa. Kuntouttaminen voidaan ymmärtää mahdollisuuksien tarjoamisena – mahdollistavana kuntoutuksena - jolloin tuen realisoituminen riippuu paitsi yksilöllisten ominaisuuksien eroista myös kuntouttajan ja hänen taustaorganisaationsa kyvykkyydestä sekä yhteiskunnallisten potentiaalien eroista. Kuntoutuksessa oleellista on osallistuminen ja osallisuus, tarjottavien mahdollisuuksien realisoituminen. Osallisuuden ulottuvuuksia ovat osallistumisen etiikka (kuntoutujan oikeus omaan kohtaloonsa), tarkoituksenmukaisuus, asiantuntijatiedon merkitys sekä motivoivat voimat. Suikkasen (mt. 23) mukaan kuntoutuksen ohjelmat toimivat vain silloin, kun kuntoutuksen toimeenpanossa esitetään toimivia ideoita ja mahdollisuuksia eri kuntoutustarveryhmille niin, että sosiaaliset olosuhteet ja kulttuuriset tekijät edesauttavat muutosta.

Ympäristön tarjoamat mahdollisuudet ohjaavat kuntoutujan käsityksiä muutoksen tarpeellisuudesta. Tarve muutokseen syntyy hyvin monista nykyisen elämäntilanteen tekijöistä, tässä tutkimuksessa muutostarpeita synnyttivät lähinnä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin puutteet, arjen sujumattomuus, asumistilanne, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja mielekkään toiminnan puute. Kuntoutujan usko positiivisen muutoksen mahdollisuuteen puolestaan oli yhteydessä opiskelumahdollisuuksiin, mahdollisuuteen mielekkääseen toimintaan ja itsensä kehittämiseen. Se, että ihminen on myös valmis muuttamaan omia toimintatapojaan, liittyi erityisesti nykyiseen psyykkiseen terveyteen ja arjen sujuvuuteen, mutta myös valinnanmahdollisuuksiin omassa ympäristössään. Aktiivisuuteen passiivisen odottamisen sijasta liittyi oleellisesti myös taloudelliset resurssit. Sillä, millaiseksi ihminen kokee psyykkisen vointinsa, on oleellinen merkitys lähes kaikkiin niihin teemoihin, joita kuntoutumisvalmiuden on ajateltu sisältävän. Kuntoutus toimii hyvin moninaisessa ja dynaamisessa kentässä kuntoutujan yksilöllisen elämäntilanteen ja toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien välissä.

4.5 Toimintaympäristö kuntoutumisen kontekstina

4.5.1 Toimintaympäristön mekanismit

Kyselylomakkeen operationalisomisen vaiheessa käydyissä toimintaympäristöä koskevissa keskusteluissa toimintaympäristön merkitys tuli kuntoutujien kokemuksissa esiin lähinnä palveluiden saatavuudessa ja niiden toimintaperiaatteiden tuntemisessa. Kuntoutujien kokemusten mukaan oli tärkeää, että palveluita ylipäättään on tarjolla ja että niiden piiriin pääsee tarvittaessa. Toisaalta kuntoutujat kokivat myös tärkeäksi tietää, mitä palveluissa tapahtuu, jos niiden apua tarvitsee. Ympäristön asenteilla ja ympäristön tarjoamilla toimintamahdollisuuksilla oli merkitystä: ne voivat olla kuntoutumisen prosessissa sekä mahdollistavia että rajoittavia. Kyselylomakkeen toimintaympäristöä koskevien osioiden suuren määrän vuoksi suoritin aluksi reliabiliteettianalyysin, jonka tuloksena jätin pois sellaiset kysymykset, jotka analyysin mukaan eivät liittyneet kyseiseen asiakokonaisuuteen kovin hyvin.

Faktorianalyysin tuloksena syntyi 6-faktorimalli osioista, jotka koskivat asuinympäristöä, toimintamahdollisuuksia ja palveluja. Faktorianalyysin perusteella tein summamuuttujat. Summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat tyytyväisyys palveluihin -summamuuttujalla .86, kaventuneet valinnanmahdollisuudet -summamuuttujalla .71, paikattomuuden summamuuttujalla .71, yhteisöllisyyden summamuuttujalla .60, työn arvostuksen summamuuttujalla .48 ja pysähtyneisyyden summamuuttujalla .39. Koska työn arvostuksen ja

pysähtyneisyyden summamuuttujiin sisältyy Cronbachin alfa-kertoimen perusteella erilaisia ilmiöitä, olen tarkastellut niihin sisältyviä osioita myös yksittäin. Faktorit kuvaavat siis kuntoutujan näkökulmaa asuin- ja toimintaympäristöihin sekä palveluihin, ei ympäristöjen tai palveluiden ominaisuuksia tai laatua sinällään. Summamuuttujat sisältävät seuraavat osiot:

Tyytyväisyys palveluihin:

1. Asuinpaikkakuntani tarjoaa tarvitsemiä palveluita.
2. Viranomaiset ovat palveluvalttiita.
3. Kun palveluiden tarve on suuri, niitä ei välttämättä tavoita.
4. Mielenterveyskuntoutujia kohdellaan palveluissa tasa-arvoisesti muiden kuntalaisten kanssa.
5. Viranomaiset ovat ottaneet huomioon yksilölliset tarpeeni.
6. Mielenterveyskuntoutujien pitää hakea palveluita liian monesta paikasta.
7. Eri palveluiden ristiriitaiset ohjeet ovat vaikeuttaneet kuntoutumistani.
8. Paikkakuntani tarjoamat kuntoutusmahdollisuudet eivät vastaa tarpeitani.

Kaventuneet valinnan mahdollisuudet:

1. Mielenterveyskuntoutujilla on vähemmän valinnanmahdollisuuksia kuin yleensä kuntalaisilla.
2. Minun on vaikea lähteä hakemaan tarvitsemiä palveluita kotipaikkakuntani ulkopuolelta.
3. Viranomaisten säännökset ovat vaikeuttaneet kuntoutumistani.
4. Kun kaipaan seuraa, tiedän mistä voin löytää sitä.
5. En tiedä miten toimisin, että kuntoutuisin.

Paikattomuus:

1. Suhteeni naapureihin ovat etäiset.
2. Naapurit auttavat tai kutsuvat apua paikalle, jos he tietävät, että jollakin on hätä.
3. Taloudellinen tilanteeni on vaikeuttanut kuntoutumistani.

Yhteisöllisyys:

1. Asuinympäristössäni on turvallista liikkua.
2. Asuinympäristössäni suhtaudutaan suvaitsevasti erilaisuutta kohtaan.
3. Olen tyytyväinen suhteisiin naapureihini.
4. Asuinympäristön vaihdos muuttaisi elämäni helpommaksi.
5. Ympäristön asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan rajoittavat osallistumistani paikkakuntani tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin.

Työn arvostus:

1. Koska asuinpaikkakunnallani on paljon työttömiä, minun ei kannata miettiä ammatillista kuntoutusta.
2. Vain työn kautta voi saada ympäristönsä arvostuksen.

Pysähtyneisyys:

1. Kuntoutuminen vaikuttaisi kielteisesti joihinkin nyt saamiini taloudellisiin etuuksiin.
2. Olen tyytyväinen paikkakuntani tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin.

Palveluihin tyytyväisyyden faktori kuvaa kuntoutujan tyytyväisyyttä sekä palveluiden riittävyteen että laatuun, kuten yksilöllisyyteen, kohteluun ja joustavuuteen. Tyytyväisyys palveluihin yhdistyi tässä tutkimuksessa sosiaalisiin suhteisiin. Kuntoutujat, jotka kokivat nykyiset ystävyys- ja sukulaisuussuhteet huonoiksi, olivat useammin tyytymättömiä myös palveluihin. Kuitenkaan kuntoutujan oma vuorovaikutusorientaatio, kuten vetäytyminen tai aktiivisuus sosiaalisissa suhteissa, taikka vaikeudet sosiaalisissa suhteissa eivät selittäneet yhteyttä palveluihin tyytyväisyyteen. Tyytyväisyys omiin sosiaalisiin suhteisiin liittyy mahdollisesti siihen,

että kuntoutuja saa omasta verkostostaan tarvittavan tuen, jolloin odotukset palveluihin eivät ole yhtä voimakkaita. Tyytyväisyys oli yhteydessä myös siihen, että kuntoutuja koki saaneensa kuntoutuspalveluissa tilanteenmukaista ja arvostavaa sekä muutokseen rohkaisevaa palvelua.

Tyytyväisyys palveluihin oli yhteydessä myös kuntoutumisvalmiuden osa-alueille: tietoisuuteen itsestä ja ympäristöstä sekä yhteisyyssuhteisiin. Tyytyväisyys palveluihin liittyi kuntoutujan tyytyväisyyteen omaan ympäristöönsä, eli kuntoutuja koki saavansa kykynsä käyttöön nykyisessä ympäristössään. Tyytyväisyys palveluihin oli yhteydessä myös tietoisuuteen itsestä, tietoisuuteen omista arvoista ja resursseista, mutta voidaan ajatella, että myös tietoisuus itsestä on yhteydessä palveluihin tyytyväisyyteen. Työntekijöiden kanssa käydyissä keskusteluissa on mahdollisuus peilata omaa ajatteluaan ja tulla sitä kautta tietoisemmaksi itsestään ja arvoistaan. Keskusteluissa on mahdollisuus myös saada tietoa siitä, mitä palveluita on käytettävissä, jolloin potentiaaliset mahdollisuudet tulevat käyttöön. Toisaalta tietoisuus itsestä voi liittyä palveluiden tarpeettomuuteen, ts. kun palveluiden käyttötarvetta ei ole, palveluiden tarve ei konkretisoidu.

Kuntoutuspalveluista saadut kokemukset olivat yhteydessä kokemukseen myös muista palveluista. Kun kuntoutuja kokee kuntoutuspalveluissa tullessa kohdelluksi kunnioittavasti ja hänen mielipiteensä on otettu huomioon, hän on tyytyväisempi yleensä myös muihin saamiinsa palveluihin. Luottamuksella yhteen palveluun on nähtävästi taipumus laajeta luottamukseksi myös muihin palveluihin.

Tyytyväisyydellä palveluihin on kaksi ulottuvuutta: palvelun riittävyys ja kohtelu palveluissa. Koska kyseessä on mielestäni hyvin oleelliset palveluihin liittyvät ulottuvuudet, katsoin tärkeäksi tarkastella näitä ulottuvuuksia myös erikseen. Laadin summamuuttujat, jotka nimesin palveluiden riittävyudeksi (Cronbachin alfakerroin .72) ja kohteluksi palveluissa (Cronbachin alfa-kerroin .77). Summamuuttujat sisälsivät seuraavat kysymykset:

Palveluiden riittävyys:

1. Asuinpaikkani tarjoaa tarvitsemani palvelut.
2. Olen tyytyväinen paikkakuntani tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin.
3. Mielenterveyskuntoutujilla on vähemmän valinnanmahdollisuuksia kuin yleensä kuntalaisilla.
4. Kun palveluiden tarve on suuri, niitä ei välttämättä tavoita.
5. Paikkakuntani tarjoamat kuntoutusmahdollisuudet eivät vastaa tarpeitani.

Kohtelu palveluissa:

1. Viranomaiset ovat palvelualttiita.
2. Mielenterveyskuntoutujia kohdellaan palveluissa tasa-arvoisesti muiden kuntalaisten kanssa.
3. Viranomaiset ovat ottaneet huomioon yksilölliset tarpeeni.
4. Eri palveluiden ristiriitaiset ohjeet ja toimintatavat ovat vaikeuttaneet kuntoutumistani.

Palveluiden riittävyys ja palveluissa kohtelu painottuvat hieman eri tavoin. Tunne palveluiden riittävydestä liittyi kohtelua vahvemmin siihen, oliko kuntoutujalla keinoja kuntoutumisensa edistämiseksi: mitä vahvemmin kuntoutuja koki, ettei tiedä mitä pitäisi tehdä kuntoutuakseen, sitä riittämättömämmäksi hän koki palvelunsa. Ellei oma keinovalikoima tunnu riittävän kuntoutumisen etenemiseksi, on selvä, että kuntoutuja odottaa enemmän tukea palveluilta. Tässä tutkimuksessa odotukset kohdistuivat useammin palveluiden riittävyyteen kuin palveluissa saatuun kohteluun.

Palveluissa saadulla kohtelulla on merkitystä kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä yhteisyyssuhteiden muodostumiseen. Sen sijaan palveluiden riittävyys on yhteydessä tietoisuuteen kuntoutumisesta ja tietoisuuteen ympäristöstä. Mitä vähemmän palveluita on tarjolla, sitä vähemmän kuntoutujat kokevat saavansa omat kykynsä käyttöön ympäristössään. Tämä näkyi myös terapiapainotteisen palvelun kohdalla: kun kuntoutus sisälsi yksistään keskustelukäyntejä, kuntoutujat kokivat palvelunsa riittämättömiksi. Monipuolinen palveluvalikoima näyttää olevan yhteydessä kuntoutujan hallinnan tunteeseen. Kuntoutuksen merkitys tietoisuuden lisäämisessä tulee tässä selkeästi esiin. Kohtelu palvelussa vaikuttaa lähinnä yhteistyösuhteen muodostumiseen, mutta palvelun riittävyyden merkitys tulee selvästi esiin tietoisuuden lisääntymisessä siitä, mikä olisi kuntouttavaa ja toisaalta tietoisuuteen myös omista kyvyistään ja oman toiminnan säätelemisestä.

Kaventuneiden valinnanmahdollisuuksien faktori kuvaa tilannetta, jossa kuntoutujat kokevat mielenterveyskuntoutujilla olevan vähemmän valinnanmahdollisuuksia kuin muilla ihmisillä, he kokevat viranomaisten säännökset kuntoutumista rajoittavina sekä kuvaavat vaikeutta lähteä hakemaan palveluita oman paikkakunnan ulkopuolelta. Kokemus kaventuneista valinnanmahdollisuuksista liittyi myös monien muiden elämänalueiden kapeutumiseen, kuten yksinäisyyteen, vaikeuksiin ihmissuhteissa, tyytymättömyyteen oman arjen kulkuun, vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin ja mielekkään toiminnan mahdollisuuksiin sekä tiedon puutteeseen kuntoutumisesta. Valinnanmahdollisuuksien kaventuminen liittyi kuntoutujan heikkoon koherenssin tunteeseen sekä koettuun heikkoon psyykkiseen terveyteen.

Kaventuneiden valinnanmahdollisuuksien kokemus suhteessa kuntoutuspalveluissa saatuihin kokemuksiin liittyi vahvasti siihen, että kuntoutujan kokemuksen mukaan hänen mielipiteitään ei ole otettu huomioon eikä kohtelu ole aina ollut kunnioittavaa. Kuntoutujat kokivat useammin, etteivät he olleet saaneet riittävästi kuntoutumista koskevaa tietoa. Kuntoutujien kokemukset ovat usein hyvin epämääräisiä ja sellaisena hallinnan ulkopuolella. Kun kuntoutujilla on mahdollisuus käydä selventäviä keskusteluja elämäntilanteistaan, ratkaisut tulevat lähemmäksi (Isohanni 2002, 266). Kuntoutujilla, joilla keskustelukäynnit olivat ainoa kuntoutuksen muoto, oli useammin kokemus kaventuneista valinnanmahdollisuuksista.

Kokemus kaventuneista valinnanmahdollisuuksista oli yhteydessä kuntoutumisvalmiuteen, lähinnä tietoisuuteen itsestä, kuntoutuksesta ja ympäristöstä sekä toimintavalmiuteen. Valinnanmahdollisuudet luovat toivoa. Kun kuntoutuja tietää, että hänellä on käytettävissä erilaisia väyliä, avaa se myös mahdollisuuksien maailman. Tosin eräs kuntoutuja kertoi kokeneensa erilaisten vaihtoehtojen tuputtamisen ahdistavaksi sellaisessa kuntoutumisen vaiheessa, jossa hänellä ei vielä ollut kykyä asettaa tulevaisuuden tavoitteita. Valinnanmahdollisuuksien realisoituminen on siis vahvasti yhteydessä kuntoutujan tilanteeseen. Kuntoutuksen oikea-aikaisuus liittyy juuri siihen, että kuntoutujalle tarjotaan sellaisia mahdollisuuksia, joihin hänellä tilanteensa vuoksi on mahdollista osallistua. Kuntoutuksen toimenpiteiden on oltava riittävän haasteellista, mutta ei sellaisia, jotka ovat omiaan lisäämään kuntoutujan kokemusta omasta kykenemättömyydestä. Vetäytyminen sosiaalisista suhteista luonnollisesti kaventaa valinnan vaihtoehtoja, mutta myös henkilökunnalta odotetun sosiaalisen tuen puute ja palvelun joustamattomuus ovat yhteydessä kokemukseen kaventuneista valinnanmahdollisuuksista.

Valinnanmahdollisuuksien vähäisyys voi toki olla kuntoutujan kokemus, etteivät valinnat ole juuri hänelle mahdollisia, vaikka niitä potentiaalisesti olisikin. Toisaalta palvelutarjonnan on todettu olevan vähäistä ja yksipuolista useissa mielenterveystyötä koskevissa selvityksissä. Alueelliset erot ovat huomattavia ja pienissä kunnissa palveluja ei ole yleensä kunnalaisille tarjolla kovin paljoa. Toisaalta on kyse myös siitä, mikä on mahdollista ja mikä on kuntouttavaa. Kuten jo aiemminkin on todettu, kuntouttavaa toimintaa on myös paljon kuntoutuspalveluiden ulkopuolella. Ihmisen joutuessa erilaisiin tilanteisiin, joissa hän joutuu arvioimaan uudelleen tavoitteitaan ja suunnitelmiaan, hänelle tulisi avata aitoja valinnanvapauden mahdollisuuksia myös normatiivisten käytäntöjen ulkopuolelta (Suikkanen ja Lindh 2001a, 52). Hyvin monenlaiset mielenterveyttä ylläpitävät toiminnot soveltuvat mielenterveyskuntoutuksen välineiksi (Riikonen ja Järvikoski 2001, 163).

Valinnanmahdollisuudet näyttävät siis olevan hyvin monenlaisten tekijöiden yhteispeliä. Paitsi valinnanmahdollisuuksien reaalinen olemassaolo ja niiden riittävyys, myös palveluissa saatu kohtelu vaikuttavat kokemukseen valinnanmahdollisuuksista. Kolmannes vastaajista koki, ettei omalla paikkakunnalla ole riittävästi toimintamahdollisuuksia, ja neljännes vastaajista koki paikkakunnan palvelutarjonnan riittämättömiksi. Viidesosa kuntoutujista ei pitänyt viranomaisia erityisen palvelualttiina. Luonnollisesti kuntoutuja tarvitsee myös tietoa siitä, mitä hänellä on valittavanaan. Palvelun joustamattomuus, kuntoutujan oman asiantuntijuuden ohittaminen ja epäkunnioittava suhtautuminen häneen ovat yhteydessä kokemukseen valinnanmahdollisuuksien kaventumisesta. Kysymys ei ole välttämättä palveluiden määrästä vaan myös siitä, kokeeko kuntoutuja työntekijällä olevan riittävästi aikaa hänelle ja miten häntä palveluissa kohdellaan sekä myös siitä, mikä hänen oma elämäntilanteensa on. Kuntoutuja ei kokenut valinnanmahdollisuuksiaan kaventuneiksi, jos kuntouttajalla oli hänelle riittävästi aikaa tai hän koki tulleen kohdelluksi arvostavasti ja hänen mielipiteitään kunnioittaen. Lisäksi kokemukseen vähäisistä vaihtoehdoista vaikuttavat monet kuntoutujan elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten psyykinen terveydentila, vaikeudet vuorovaikutussuhteissa, avoimuus sosiaalisissa suhteissa ja koherenssin tunne.

Paikattomuuden faktori kuvaa tässä tilannetta, jossa kuntoutuja ei luota naapureiden apuun, vaikka naapurit tietäisivätkin avun tarpeesta. Suhteet naapureihin olivat etäiset, mutta toisaalta kuntoutujan eristäytyminen liittyi myös taloudellisten resurssien puutteeseen. Kuntoutujan elämäntilanteen näkökulmasta eristäytyminen naapuruussuhteista liittyi tyytymättömyyteen nykyiseen ympäristöön, asumistilanteeseen, ystävyys- ja sukulaissuhteisiin sekä toiminnan mahdollisuuksiin. Asuinympäristö koettiin turvattomana. Kuntoutuspalveluiden osalta paikattomuuden kokemukseen liittyi epäluottamus tuen saatavuudesta tarvittaessa, kokemukset omien mielipiteiden huomiotta jättämisestä ja henkilökunnan päätöksenteosta kuntoutujan puolesta. Kuntoutuja ei siten kokenut olevansa subjekti omassa kuntoutuksessaan sen enempää kuin kuntoutumisessaankaan, sillä paikattomuuden kokemus liittyi kuntoutumisvalmiuden osalta siihen, ettei kuntoutuja ollut tietoinen arvoistaan tai tavoitteistaan eikä myöskään siitä, mikä olisi kuntouttavaa. Lisäksi kuntoutuja oli tyytymätön yhteistyösuhteeseen terapeutin kanssa sekä koki ammattiavun riittämättömäksi.

Paikattomuus kuvaa kuntoutujan kannalta hyvin hankalaa tilannetta, jossa nykyinen arki ei tyydytä ja muutos olisi tarpeellinen, mutta kuntoutuja ei tiedä, mitä tekisi tilanteen parantamiseksi eikä hänellä ole riittävästi sosiaalista tukea tilanteesta ulospääsyn pohtimiseen. Kuntoutuja koki

ympäristön asenteet rajoittavina ja kuntoutuksen kannattamattomuuden työllistymisen mahdollisuuksien puuttuessa. Mielenterveyspalveluiden käyttöajalla ja sairaalahoitokerroilla oli yhteys paikattomuuden kokemukseen, mutta yhteys ei ole lineaarinen. Niille kuntoutujille, jotka olivat käyttäneet mielenterveyspalveluita alle 5 vuotta tai yli 15 vuotta, paikattomuuden kokemukset olivat yleisempiä. Kyse voi olla sairauden negatiivisesta leimaavuudesta. Sairastuminen mielenterveysongelmaan altistaa vetäytymiselle sosiaalisista rooleista. Kun sairaus opitaan hyväksymään jollain tavalla osaksi omaa elämäntarinaa, kuntoutuja voi suhtautua ympäristöön avoimemmin. Pitkään sairastaneet usein syrjäytyvät, jolloin paikattomuuden kokemukset voimistuvat. Maaseutumaisissa kunnissa paikattomuuden kokemuksen keskiarvo oli hieman alhaisempi kuin taajaan asutuissa ja kaupunkimaisissa kunnissa.

Paikattomuuden kokemuksessa oli merkitseviä eroja sairaalahoidon ryhmien suhteen. Paikattomuuden kokemukset yleistyvät niillä kuntoutujilla, jotka ovat olleet 1 – 3 kertaa sairaalassa verrattuna siihen kuntoutujien ryhmään, joka ei ollut tarvinnut sairaalahoitoa. Vähintään neljä kertaa sairaalassa olleiden kuntoutujien paikattomuuden kokemukset harventuivat verrattuna 1- 3 sairaalahoitokertaa tarvinneiden ryhmään niin, että niiden keskiarvo oli alhaisempi kuin niillä, jotka eivät olleet tarvinneet sairaalaa ollenkaan. Siis paikattomuuden kokemuksen osalta kriittisin ryhmä on 1 -3 kertaa sairaalassa olleiden ryhmä. Tulos on mielenkiintoinen tarkasteltuna sitä Seikkulan (1994, 48 - 51) tutkimustuloksia vasten, joiden mukaan sosiaalisen verkoston koko pienenee jo ensimmäisen sairaalahoitokerran jälkeen. Sairalahoidon todettiin muuttavan sosiaalisen verkoston toimintakykyä. Kun suhde sairaalaan syntyy, on sosiaalisella verkostolla taipumus yhdenmukaistua, mikä näkyy esimerkiksi vastavuoroisten vuorovaikutussuhteiden vähenemisenä. Seikkula (1994, 107) toteaa myös, että ensimmäinen sairaalaan tuleminen on useimmiten elämän perusteita koetteleva kriisi, mutta pitkäaikaisasiakkailta se muistutti usein elämän kohokohtaa. Seikkulan (mt. 107) tutkimuksen mukaan näillä asiakkailla psyykinen sairastaminen oli hyvin määräävässä asemassa asiakkaan elämässä. Seikkulan tutkimustulos on sovellettavissa tämän tutkimuksen tulokseen. Kun ensimmäiset sairaalahoitokerrat ravistelevat ihmisen elämän perusteita ja sosiaalisen tuen verkostot repeytyvät, on ymmärrettävää, että paikattomuuden ja yhteydetttömyyden kokemukset voimistuvat. Kun sairaalahoito tulee tutummaksi, se ei enää vaikuta yhtä ratkaisevasti kuntoutujan elämään.

Yhteisöllisyyttä käsitteenä on käytetty hyvin monenlaisissa merkityksissä, mutta tässä käsite on otettu käyttöön korostamaan asuinympäristön vuorovaikutuksellisuuden kokemuksia. Lehtosen (1990, 17) mukaan yhteisölle on ominaista alueellinen rajattavuus, sosiaalinen vuorovaikutus ja

yhteenkuuluvuuden tunteet ja muut symbolista yhteisyyttä osoittavat ilmiöt. Kuntoutujien kanssa käydyissä keskusteluissa murteen koettiin olevan yhteisyyttä luova tekijä. Lisäksi yhteisöllisyys liittyi tapakulttuuriin ja siihen, että ulkona liikkua saattoi törmätä tuttuihin ihmisiin. Yhteenkuuluvuuden tunnetta kuvaa tässä tutkimuksessa esimerkiksi luottamus siihen, että naapurit tarvittaessa auttavat. Pelkkä viittaus yhteisöllisyyden ominaisuuksiin ei kuitenkaan riitä puhumaan varsinaisesti yhteisöstä, ja tässä yhteydessä on tärkeää pitää mielessä, että yhteisöllisyyden faktori kuvaa ainoastaan kuntoutujan kokemuksia asuinympäristön turvallisuudesta, hyvistä naapuruussuhteista, suvaitsevaisuudesta erilaisuutta kohtaan sekä halusta asua nykyisessä ympäristössä.

Yhteisöllisyyden kokemus on tässä vahvasti sidoksissa toiminnallisuuden mahdollisuuksiin nykyisessä ympäristössä. Kuntoutujan kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista ja toisaalta mahdollisuudesta mielekkääseen toimintaan ja vapaa-aikaan olivat selkeästi yhteydessä yhteisöllisyyden kokemukseen. On muistettava, että mielekkääseen toimintaan ja vapaa-aikaan ei liity pelkästään toiminnallisuus, vaan niihin liittyy useimmiten myös sosiaalinen kanssakäyminen. Sosiaalisen tuen saatavuus tarvittaessa vaikutti myös yhteisöllisyyden kokemukseen. Sosiaalinen vuorovaikutus tuottaa symbolista yhteisyyttä, joka yleensä vaikuttaa kokemukseen elämisen arvoisesta elämästä (Lehtonen 1990, 27).

Kuntoutumisvalmiuteen yhteisöllisyys liittyi voimakkaammin yhteisyyssuhteiden ja ympäristöön liittyvän tietoisuuden osalta, mutta heikommin myös toimintavalmiuteen ja tietoisuuteen itsestä. Yhteisöllisyys liittyy paitsi sosiaalisiin suhteisiin, myös positiivisiin tulevaisuuden näkymiin. Kuntoutuja koki omalla toiminnallaan olevan vaikutusta ja uskoi, että elämäntilanne tulevaisuudessa voisi kohentua. Yhteisöllisyyden kokemus oli yhteydessä vahvasti tyytyväisyyteen palveluihin ja valinnanmahdollisuuksiin.

Koska mielenterveyskuntoutujien kielteiset asenteet ovat tulleet useissa yhteyksissä niin vahvasti esiin, tarkastelin erikseen asenteiden merkitystä. Miehet kokevat ympäristön asenteet tässä aineistossa jonkin verran voimakkaammin kuin naiset. Ympäristön asenteet murentavat tietoisuutta itsestä ja samalla luovat tyytymättömyyttä ympäristöön. Ympäristön kielteiset asenteet koetaan rajoittavan omia mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan ja vapaa-aikaan. Julkisuuden henkilöiden psyykkisten vaikeuksien käsitteleminen mediassa on vähentänyt mielenterveysongelmiin kohdistuvia ennakkoluuloja, ja muutoinkin mielenterveysongelmien ympärillä ollutta asenteellisuutta on jonkin verran pystytty vähentämään. Kuitenkin kuntoutujat edelleen kokevat kielteisiä asenteita itseään kohtaan.

”Julkisuudessa näiden asioiden käsittely on kiitettävästi lisääntynyt, se antaa muilta kanssaeläjiltä ymmärrystä, että tämä on sairaus muiden joukossa, eikä vain jos jalka on poikki, niin se olisi yleisen mielipiteen hyväksymä sairaus.” (L5)

”Ympäristön juoruilu on vaikeuttanut suunnattomasti kuntoutumistani.” (L14)

Työn arvostuksen faktori tarkoittaa sitä, että kuntoutuja kokee vain palkkatyöllä saatavan ympäristön arvostuksen ja toisaalta hän kokee, ettei kuntoutuminen kannata, ellei työtä voi saada. Palkkatyön kokeminen arvostuksen mittana liittyy käsitykseen omien vaikutusmahdollisuuksien vähäisyydestä, hallinnan tunteen puutteeseen, heikkoon koherenssin tunteeseen sekä kokemuksiin vähäisistä itsensä kehittämisen mahdollisuuksista. Työn arvostus oli yhteydessä myös koettuihin huonoihin ystävyys- ja sukulaisuussuhteisiin. Myös tulevaisuuden odotukset värittyvät negatiivisesti. Työn arvostus liittyy jonkin verran ikään ja sukupuoleen. Vanhemmissa ikäluokissa työn arvostus on korkeampi kuin nuoremmissa ikäluokissa, ja miehillä työn arvostus on hiivien korkeampi kuin naisilla. Kuntoutujan kokemus siitä, että vain työn kautta voi saada ympäristönsä arvostuksen, on lamaannuttava. Kokemus lisää tunnetta siitä, ettei itse pysty vaikuttamaan tilanteeseensa eikä ihminen koe saavansa kykyjään käyttöönsä omassa ympäristössään. Lisäksi hän kokee voimakkaasti ympäristön asenteet omaa toimintaansa rajoittavina.

Työn arvostus on yhteydessä kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä tyytymättömyyteen omaan ympäristöön sekä heikkoon tietoisuuteen itsestä. Työn arvostus liittyi siihen, ettei kuntoutuja uskonut elämäntilanteensa kohentumiseen, hänellä ei ollut tavoitteita eikä kokenut saavansa riittävästi ammattiapua.

”Tällä hetkellä vaikeinta on sopeutua työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Ei tahdo löytää voimia siihen, että uskoisin kaiken vielä muuttuvan paremmaksi.” (L59)

Palkkatyö on paitsi toimeentulon lähde, se myös määrittelee ihmisen sosiaalisen aseman ja sosiaalisen identiteetin, jäsentää elämänkulkua ja ajankäyttöä. Työyhteiskunnassa jokainen määrittellään selkeisiin kategorioihin kuten työllinen, työtön, opiskelija, koululainen, työkyvytön, eläkeläinen. Kun työyhteiskunnan jäsenet sijoitetaan näihin kategorioihin, sijoitteluun liitetään samalla identiteetti ja toimeentulon lähde. Sosiaaliseen järjestykseen sisältyy myös työmoraali, jossa ihmiset sisäistävät työnteon velvoittavuuden ja itsensä elättämisen normin. Selviytymisen eetos ja pärjääminen ovat edelleen oleellinen osa kulttuuriamme. (Julkunen 1998, 38.) Vaikka ns. normaalityösuhteiden tilalle on yhä enemmän tulleet epävakaut työsuhteet, jossa työllisyys ja

työttömyys vaihtelevat, työn arvostus on pysynyt korkeana. Yhä harvemmillä ihmisillä on mahdollisuus tavoittaa yleisesti hyväksytty ja arvostettu vakituinen ja kokopäiväinen työ. Työelämän ulkopuolelle joutuminen merkitsee häpeää, alemmuuden tunteita ja taloudellista niukkuutta.

Laurin (2004, 65 - 66) tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujien suhde työhön oli kahtalainen. Toisaalta työstä pois jääminen oli helpottava, toisaalta työstä luopuminen saattoi olla hyvin kipeä ja vaikea menetys. Monet kuntoutujista halusivat takaisin työhön. Kuntoutujat olisivat sairastuttuaan tarvinneet tukea työpaikoissaan, jota kuitenkin ei ollut riittävästi tarjolla. Ammatillisen kuntoutuksen mallit ovat perinteisesti painottuneet arviointiin, valmennukseen ja koulutukseen, ja työmahdollisuuksia on tutkittu sitten, kun työkyky on kehittynyt odotetulle tasolle (Riikonen ja Järvikoski 2001, 170). Tämänkaltaisessa kuntoutuksessa työkykykäsitys on hyvin yksilöllinen ja yksin kuntoutujan ominaisuus. Työhön kuntoutuminen näyttää muutoinkin olevan mielenterveyskuntoutujilla tavallista vaikeampaa. Työkyvyn lääketieteellisestä mallista kuitenkin ollaan vähitellen siirtymässä ajatteluun, jossa huomiota kiinnitetään myös työhönsijoitusvaiheen tukemiseen ja työllistymisen jälkeiseen ohjaukseen (mt. 171).

Kuntoutus toimii aina jossain yhteiskunnallisessa tilanteessa, joka ehdollistaa ja mahdollistaa kuntoutustoimintaa. Kuntoutusta toimeenpannaan aina paikallisilla työmarkkinoilla ja paikallisessa palvelujärjestelmässä. (Suikkanen ja Lindh 2001b, 21.) Tässä tutkimuksessa lähes puolet (46 %) kuntoutujista oli sitä mieltä, että vain työn kautta voi saada ympäristön arvostuksen. Vastaajista kolmasosa oli sitä mieltä, ettei ammatillinen kuntoutus kannata paikkakunnan korkean työttömyyden vuoksi.

Pysähtyneisyyden faktori kuvaa tilannetta, jossa kuntoutuja on tyytyväinen toimintamahdollisuuksiinsa ja kokee, että edelleen kuntoutuminen vaikuttaisi kielteisesti taloudellisiin etuuksiin. Pysähtyneisyys kuvaa kuntoutujaa, joka ei aseta enää kuntoutumiselleen merkittäviä odotuksia. Kuntoutujalla itsellään ei ole tarvetta muutokseen, mutta läheiset näkevät muutostarpeita. Kuntoutuja on tyytyväinen saamiinsa palveluihin ja kokee saaneensa sekä tukea että tietoa riittävästi. Kuntoutuja on tyytyväinen myös toimintamahdollisuuksiinsa. Tällaisessa tilanteessa kuntoutujalla on taipumus toimia toisten mieliksi, hän ei kykene puolustamaan mielipiteitään ja mieluusti toimii aiheuttamatta toisille harmia. Myös tulevaisuuden odotukset ovat kohtalaisen myönteisiä oman voinnin, vaikutusmahdollisuuksien ja mielekkään toiminnan mahdollisuuksien suhteen. Ympäristön asenteet eivät vaivaa häntä.

Pysähtyneisyys ei liity pitkäaikaisasiakkuuteen, sen sijaan kyllä sairaalahoitokertojen määrään. Pysähtyneisyys mahdollisesti liittyy ongelmien vaikeusasteeseen ja siihen liittyvään toivottomuuden tunteeseen. Hyväri (2001, 123 – 124) toteaa, ettei selviytyminen ole itsestäänselvyys, vaan marginaalisuuden muotoilema rooli voi sopia siinä missä muutkin roolit. Poikkeavuus voi käydä täysin luontevaksi, ellei muuta ole näköpiirissä. Pysähtyneisyyden faktori vaihtelee jonkin verran kuntatyyppin mukaan siten, että kaupunkimaisissa kunnissa pysähtyneisyyden faktorin keskiarvo on hieman korkeampi kuin taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa. Erot tosin ovat hyvin pieniä ja tässä aineistossa voivat selittyä myös satunnaisvaihtelulla.

Rose ja Black (1985, 30) kuvaavat laitostumista tilanteena, jossa kuntoutuja kadottaa kyvyn yhdistää subjektiivisia kokemuksia objektiivisiin olosuhteisiin. Sosiaalinen olemassaolo muuttuu sairaan ja potilaan rooleiksi. Laitostuminen on selviytymiskeino, jossa ihminen on irrallaan tavanomaisesta arjestaan, ja jossa hän selviytyy erilaisilla keinoilla kuin laitoksen ulkopuolella. Arjen tilanteiden tulkitseminen tapahtuu lääketieteellisessä ja hoidollisessa kehyksessä. Pitkäaikaispotilaiden käyttäytymistä on ymmärrettävä kahdesta lähtökohdasta: opittuna selviytymiskeinona ja niiden sosiaalisten suhteiden seurauksena, joissa hän on toiminut. Arnkil ja Seikkula (2004, 201 - 202) toteavat psykiatrisen pitkäaikaispotilaan elämässä usein tapahtuvan ratkaisun, jossa ahdistavasta kärsimyksestä päästään eroon alkamalla potilaaksi. Ratkaisu merkitsee samalla luopumista yrittämästä takaisin työelämään, luopumista ahdistusta tuottavista ihmissuhteista sekä pääsemistä tiiviin tuen ja seurannan piiriin. Potilaasta ja hoitohenkilökunnasta tulee ikään kuin vanhat tutut, sillä hoitohenkilökunnasta muodostuu tärkein osa sosiaalista verkostoa.

4.5.2 Mielenterveyspalveluiden rakennemuutoksen realisoituminen kuntoutujien kokemuksissa

Mielenterveyspalvelut toimivat nykyisin hyvin haasteellisessa kentässä. Viimeiset 20 vuotta ovat merkinneet mielenterveyspalveluille rajuja muutoksia ja sen toiminnanmahdollisuudet ovat kaventuneet myös kansallisen yhteiskuntapolitiikan seurauksena. 1980-luvulta alkaen sairaalapaikkoja vähennettiin ja samanaikaisesti psykiatrista avohoitoa kehitettiin voimakkaasti. 1980-luvun rakennemuutos oli vielä hallinnassa, mutta tultaessa 1990-luvulle muutos ei sitä enää kaikilta osin ollut. Sairaansijojen määrä putosi edelleen, mutta avohoidon kehittäminen lähes pysähtyi ja osin jopa taantui. 1990-luvun näkyvin piirre oli palvelujen kunnallistaminen erikoissairaanhoidosta osaksi perusterveydenhuoltoa. Muutoksella tavoiteltiin kokonaisvaltaisempaa mielenterveystyötä, mikä useissa kunnissa onnistuikin. Kuitenkin osin

voimavaroja tuolloin myös karsittiin. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita karsittiin paljon runsaammin kuin somaattisen sairaanhoidon palveluita. Mielenterveyspalveluiden kehittäminen perusterveydenhuollon tasolle ei ole kompensoinut erikoissairaanhoidon leikkauksia. Monien arvioiden mukaan psykiatriassa toteutettu rakennemuutos on 1990-luvulla ollut resurssien alasajoa, mikä on johtanut monin paikoin psykiatrinen potilaiden ja heidän perheidensä kannalta kestävämpään tilanteeseen. (Lehtinen ja Taipale 2000, 99 – 100.)

”Psykiatrin puute, viidestä psykiatrin paikasta on täytetty kaksi ja kun toinen on vuosi- tai sairaslomalla, puolet on poissa. Tai sitten kumpikin on poissa.” (L3)

”Kunnallisella puolella ei ole mahdollisuuksia tarjota kuin lääkehoitoa kuntoutumiseen. Kelta-terapiaan saisi lausunnon, mutta terapeutteja ei ole vapaana....omavastuu on myös liian korkea. Työnantaja irtisanoi, kun en jaksaa masennuksen vuoksi tehdä työtä riittävästi. Muistin ja keskittymiskyvyn kanssa on ongelmia.” (L48)

Palveluiden rakennemuutokseen vaikutti myös valtionosuusjärjestelmän purkaminen. Salon (1996, 257) mukaan psykiatria koskeva uudistaminen tapahtui kulttuurillemme tyypillisesti valtionhallinnon ohjaamana. Valtionapujärjestelmä määritteli, millaisia palveluita kuntien ja kuntayhtymien tuli tarjota. Vuoden 1993 valtionapujärjestelmä kuitenkin purettiin ja kunnat saivat perin itsenäisesti päättää, millä tavoin kunnassa toteutettiin mielenterveystyön sinällään hyvin väljästi määriteltyä mielenterveystyötä. Itsemääräämisestä on toki ollut myös hyviä puolia. Kun 1960-luvulla psykiatrisen sairaala toteutti kotisairaaloimintaa, pohdittiin toiminnan ”laittomuuden” seurauksia ja mm. sitä, saavatko kunnat valtionapua senkaltaiseen toimintaan, koska sitä ei ollut laissa määritelty (Salo 1996, 225). Valtionsäännöstelyn purkaminen merkitsi myös vapautta kehittää työmuotoja paikallisesti. Kuntien itsemääräämisoikeus ja toisaalta kuntien erilaiset mahdollisuudet tarjota ja rahoittaa palveluja ovat johtaneet suuriin kuntakohtaisiin eroavuuksiin palveluiden saatavuudessa. Myös palveluiden käytössä on merkittäviä alueellisia eroja. Paikkakunnittain on myös suuria eroja palveluiden tuottamisen tavassa. Eri tavoin suuntautuneiden terapioiden ja muiden työmuotojen tarjonta vaihtelee merkittävästi.

”Mielenterveystoimistojen toimintatapa on paikkakunnasta riippuva. Jossain kuunnellaan, toisissa taas ei.” (L50)

Vuonna 1991 kuntoutuslakiuudistusten yhteydessä todettiin, että mielenterveysongelmista kärsivien oikeus saada kuntoutusta toteutuu puutteellisesti. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan aloitteesta käynnistettiin tutkijaryhmän selvitystyö, jonka tavoitteena oli kartoittaa mielenterveyden ongelmista kärsivien henkilöiden kuntoutuksen kehitystarpeita. Tuon

selvitystyön tuloksena todettiin selkeästi tarvetta kehittää ja monipuolistaa mielenterveyskuntoutuksen palveluja. Eniten palveluiden kehittämistarve liittyi palveluiden räätälöintitarpeeseen, asiakaskeskeisyyden kasvattamiseen, toiminnan joustavuuden ja liikkuvuuden lisäämiseen sekä yhteistyökysymyksiin. (Riikonen ym. 1996, 6 – 7.) Mielekäs Elämä –ohjelman osana toteutettiin vuosituuhannen vaihteessa mielenterveyspalveluiden selvitys, jossa todettiin suurimmiksi epäkohdiksi resurssien niukkuus, palveluvalikoiman vähäisyys, suunnittelun hajanaisuus, asiakkaiden vähäinen vaikutusmahdollisuus sekä pula arkisen selviytymisen ja kuntoutuksen tuesta. Kuntien väliset erot ovat huomattavia. Joissakin palvelut on hoidettu mallikkaasti, mutta toisissa selvästi laiminlyöty. (Lehtinen ja Taipale 2000, 110.) Edelleen Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa todettiin mielenterveyskuntoutuksen osalta olevan tarvetta mm. kuntoutujalähtöisyyden ja työmuotojen kehittämiseen, riittävän varhaiseen puuttumiseen työpaikoilla ja työllistymisen eri muotojen kehittämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 22).

Vaikka mielenterveyskuntoutuksen puutteet on tunnustettu jo pitkään, näyttävät edelleenkin nousevan samat teemat esiin kehitystarpeita tarkasteltaessa. Kuntoutuksen kannalta mainitut epäkohdat ovat oleellisia. Kuntoutusta ei ole ilman henkilökuntaa ja erilaisia toimintamahdollisuuksia, ja lisäksi olemassa olevien palveluiden tulisi toimia koordinoitusti. Erityisesti huomio kiinnittyy asiakkaiden vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin, joka monissa selvitystöissä on todettu, sillä asiakkaiden oma asiantuntijuus ja vaikutusmahdollisuudet ovat kuntoutumisen kannalta peruskysymys. Myös kuntoutumisen todelliset vaihtoehdot luovat edellytyksiä mahdollistavalle kuntoutukselle, sellaiselle kuntoutukselle, jossa kuntoutuja löytää oman tilanteensa kannalta parhaan mahdollisen kuntoutusmuodon. Tässä tutkimuksessa kuntoutujien vastauksissa tulee selkeästi esiin kuntoutujien tyytymättömyys erityisesti palveluiden saatavuuteen. Maaseutumaisissa kunnissa asuvat ovat tyytymättömämpiä paikkakuntansa palveluihin kuin kaupungeissa ja taajamissa asuvat kuntoutujat. Paitsi palvelun saatavuus, myös palveluiden toimintamenetelmät voivat olla sellaisia, ettei kuntoutuja koe niiden olevan saatavillaan, tai niissä ei saa yksilöllisesti suunniteltuja palveluja. Lähes 40 % tämän aineiston kuntoutujista koki, etteivät viranomaiset ole huomioineet yksilöllisiä tarpeita, ja yhtä suuri osa katsoi, että mielenterveyskuntoutujilla on vähemmän valinnanmahdollisuuksia kuin muilla kuntalaisilla.

Kuntoutus jäsentyy toimintana sekä yksilöllisen toiminnan että yhteiskunnallisten ja järjestelmätasoisien ratkaisujen kautta (Järvikoski ja Härkäpää 2001, 5). Kuntoutuksen arviointitutkimuksessa on hyvin vähän otettu huomioon palvelujärjestelmän ja toimintaympäristön

välistä vuorovaikutusta. Suikkasen ja Lindhin (2001b, 14, 21) mukaan yksi keskeinen ongelma on ollut kontekstuaalisten ja sosiaalisten tekijöiden vähäinen huomioon ottaminen kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa. Yhteiskunnalliset tekijät, kuten myös paikallisen toimintaympäristön ehdot, on tärkeää ottaa myös huomioon. Kuntoutusorganisaatiot toimivat paikallisilla työmarkkinoilla, organisaatioiden toiminta on historiallisesti muotoutunut ja vaihtelee paikallisesti. Kuntoutujan kannalta oleellinen kysymys on, mitkä ovat tosiasialliset valinnan mahdollisuudet. Viidennes tämän tutkimuksen kuntoutujista koki, ettei omalla asuinpaikkakunnalla ole riittävästi palveluita ja lähes 40 % koki, ettei niitä tarvitessaan tavoita. Noin kolmannes koki, etteivät paikkakunnan kuntoutusmahdollisuudet vastaa omia tarpeita ja yli kolmannes oli tyytymättömiä paikkakuntansa toimintamahdollisuuksiin. On myös muistettava, että mahdollisuuksia tarjoavat monet muutkin kuin hoito- tai palvelujärjestelmät, jolloin voidaan kysyä, osataanko myös niiden tarjoamat resurssit hyödyntää.

Kuntoutujien kokemukset palveluissa saadusta kohtelusta liittyy osittain kuntoutuksen monitoimijuuteen. Kuntoutusta toteutetaan lukuisissa eri organisaatioissa, joilla on omat toimintatapansa ja –politiikkansa. Kolmannes kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että palveluiden ristiriitaiset ohjeet ovat vaikeuttaneet heidän kuntoutumistaan. Samoin kolmannes koki, että viranomaisten säännökset ovat vaikeuttaneet kuntoutumista. Kuntoutumisen prosessi eri vaiheissa ketjuttaa eri ammattikuntia ja eri organisaatioita yhteen. Kuntoutuksen tarpeesta tarvitaan lääkärin lausunto, rahoituksesta päättää pääsääntöisesti Kela tai yksityiset eläkelaitokset ja kuntoutusta toteuttavat erilaiset julkiset ja yksityiset toimijat. Palveluiden koordinoinnin on todettu useissa yhteyksissä ontuvan. Siirtyminen palvelujärjestelmästä toiseen tai palvelun tarjoajalta toiselle vaikuttaa kuntoutumisen prosessiin, mikäli kuntoutuksesta puuttuu palveluita yhteen kokoava punainen lanka. Henkilökunnan vaihtuvuudella on myös merkitystä kuntoutumisen prosessiin, sillä kuntoutumisen prosessi tapahtuu myös vuorovaikutussuhteissa, eikä osapuolen vaihtuminen voi olla vaikuttamatta prosessin kulkuun.

”Kun ihmiseltä murtuu jalka, se hoidetaan heti ja siihen laitetaan kipsi. Kun ihmiseltä murtuu mieli, sitä aletaan pompottelemaan kuin raakakumipalloa, kunnes hän on aivan totaalisesti sekaisin ja uupunut...ei neuvoja, jos niitäkin tulee, niin ovat täysin prinkkalaan...sotketaan taloudellinen tilanne aivan sekaisin.” (L61)

”Alan lääkäri vaihtuu jatkuvasti. Jokaisella on omat mielipiteensä ristiriidassa toistensa kanssa. Osastolle pääseminen mahdotonta tällä kertaa kohdallani, otetaan ainoastaan psykoottiset potilaat.” (L70)

Harjoitettu yhteiskuntapolitiikka konkretisoituu kuntoutujien arjessa moni tavoin. Toimintaperiaatteet ja ideologiat voivat abstraktilla tasolla olla kannatettavia, mutta yksittäisten ihmisten kohdalla niillä saattaa olla katastrofaalisia seurauksia. Itsenäinen suoriutuminen merkitsee monien kohdalla yksinäisyyttä ja eristäytynyttä elämää muusta yhteisöstä. Mielenterveystyöstä tehdyissä lukuisissa selvityksissä todetaan mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeita, mutta toisaalta rakennemuutosten seurauksena kehitys on kulkenut eri suuntaan. Palvelujärjestelmä toimii yhteiskunnan ja kansalaisten välissä, toimintakäytännöissä realisoituvat ne tavoitteet, joita kuntoutukselle on asetettu niillä resursseilla, joita mielenterveyspalveluille on osoitettu. Konkreettisissa face-to-face tilanteissa kuitenkin ongelmia voidaan kohdata monin tavoin. Niissä vaikuttavat taustalla vallitsevat toimintaideologiat, professionaaliset määrittelyt, vuorovaikutus, henkilökohtaiset ominaisuudet sekä lukuisat tilannetekijät.

5 POHDINTA

Kuntoutumisvalmiuden käsite on hoidon ja kuntoutuksen ammatillisessa toiminnassa uusi. Mielenterveyskuntoutujilla on ollut vahva panos kuntoutumisvalmiuden käsitteen kehittämisessä, mikä todennäköisesti on edesauttanut sitä, että kuntoutumisvalmiuden käsite omaksuttiin Suomessa ensimmäisenä Mielenterveyden Keskusliitossa, jossa se alkoi vakiintua käytännön toimintaan 2000-luvulle tultaessa. Kuntoutumisvalmiuden käsite tarkoittaa mielenterveyskuntoutuksen näkökulmasta pyrkimystä tukea ja edistää yksilöllistä kuntoutumisen prosessia löytämällä kuntoutujan henkilökohtaiset muutostarpeet ja –tavoitteet (Koskisuus ja Narumo 2004, 18). Kuntoutujan näkökulmasta kuntoutumisvalmius on kykyä asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita. Kuntoutumisvalmiutta on tarkasteltu pääasiassa yksilötasoisena ilmiönä. Kuntoutumisvalmius voi sisältää kuitenkin käsitteenä monentasoisia ilmiöitä, joiden tutkiminen on haasteellinen tehtävä.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä sosiaalityön näkökulmasta. Kuntoutumisvalmiuden tutkimisen prosessi oli tässä tutkimuksessa sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Laadin kuntoutumisvalmiudesta ja siihen vaikuttavista mekanismeista mallin (kuvio 1) ja sen pohjalta kyselylomakkeen, jonka olettamuksia testasin realistisen arviointitutkimuksen menetelmin.

Bostonilaisen määritelmän mukaan kuntoutumisvalmiuden osatekijöitä ovat tietoisuus itsestä ja tietoisuus ympäristöstä, muutostarve, sitoutuminen muutokseen sekä yhteisyyssuhteiden muodostaminen. Tässä tutkimuksessa kuntoutumisvalmiuden osatekijöiksi määrittyivät tietoisuus itsestä, ympäristöstä ja kuntoutumisesta sekä muutostarve, yhteisyyssuhteet ja toimintavalmius. Bostonilaisessa määrittelyssä kuntoutumisvalmiudessa painottuvat yksilötasoiset ilmiöt, kun taas tässä tutkimuksessa kuntoutumisvalmius on vahvasti vuorovaikutteinen. Kuntoutuminen on muutosta kuntoutujan ajattelussa, ja kuntoutuminen etenee aina vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ympäristön tulee tarjota mahdollisuuksia kuntoutumisen rakennusaineiksi ja avata uusia väyliä kuntoutumisen edetessä.

Kuntoutumisvalmiuden käsite ei ole ongelmaton, sillä se niputtaa yhteen monenlaisia ilmiöitä. Kuntoutumisvalmiuden osatekijöitä ei voi määritellä kovinkaan yksiselitteisesti, vaan ne sisältävät

erilaisia ulottuvuuksia. Esimerkiksi tietoisuus ympäristöstä sisältää bostonilaisen määritelmän mukaisesti sekä menneen, nykyisen että tulevan ulottuvuuden. Ts. tarkastellaan sitä, miten tietoinen ihminen on ympäristöistä, joissa hän on elänyt, nykyisen ympäristön mahdollisuuksista sekä mahdollisista tulevista ympäristöistä. Ympäristöt viittaavat itsensä kehittämisen ympäristöihin ja työympäristöihin, asumisen sekä sosiaalisen toiminnan ympäristöihin. Kuntoutumisvalmiuden ulottuvuutena rajoitin ympäristön tietoisuutta koskevan tarkastelun siihen, kuinka kuntoutuja kykenee saamaan kykynsä käyttöön nykyisessä ympäristössään ja kuinka tyydyttävää arkea kuntoutuja elää. Tietoisuutta itsestä ja tietoisuutta ympäristöstä on vaikea erottaa toisistaan, sillä käsitys itsestä syntyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Kuntoutujan tietoisuutta ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista ja rajoituksista olen tutkinut kyselylomakkeessa toisaalla.

Samoin muutokseen sitoutuminen sisältää bostonilaisen määritelmän mukaan hyvin erilaisia ilmiöitä, kuten tunteen tuen välttämättömyydestä, uskon positiivisen muutoksen mahdollisuuteen, tunteen tuen saatavuudesta sekä uskon oman toiminnan vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa tuen saatavuutta on tarkasteltu erikseen. Usko oman toiminnan vaikuttavuudesta on mielenterveyskuntoutuksessa keskeinen kysymys, ja myös sitä on tarkasteltu tässä tutkimuksessa erikseen. Tässä tutkimuksessa muutokseen sitoutumisessa korostui valmius muuttaa omia toimintamallejaan. Tarkastelin tätä ulottuvuutta toimintavalmiutena. Lisäksi tarkastelin tässä tutkimuksessa tietoisuutta kuntoutumisesta omana ulottuvuutena, sillä toisaalta on tärkeää erottaa halu ja valmius toimintaan ja toisaalta tietoisuus siitä, miten toimia kuntoutuakseen.

Keskeisen osan työstäni muodosti prosessi, jossa pyrin selvittämään kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen vaikuttavia mekanismeja. Tämä prosessi oli sekä ennakko-oletuksia testaavaa että aineistolähtöistä tutkimusta. Testasin vaikuttavia mekanismeja koskevia oletuksia sirkulaarisissa vuorovaikutusprosesseissa kuntoutujien ja kollegoiden kanssa. Kävin kuntoutujien kanssa ryhmäkeskusteluja siitä, mitä he ymmärsivät kuntoutumisvalmiudella ja mitkä tekijät olivat edesauttaneet heidän kuntoutumisvalmiuden rakentumistaan. Tutkin myös kurssipalautteita, jotka oli kerätty seitsemältä kuntoutuskurssilaiselta. Kurssilaiset olivat osallistuneet kuntoutusprosessiin, joka sisälsi seitsemän eri kuntoutuskurssijaksoa. Keskustelujen tuloksena muodotui kyselylomake, jota testasin neljän kuntoutujan ja kahden kollegan kanssa. Näiden aineistojen sekä aiemman kuntoutustutkimuksen ja työkokemukseni perusteella muodostin kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia mekanismeja tutkivan kyselylomakkeen. Realistisen arviointitutkimuksen perusteiden mukaisesti pyrin säilyttämään sosiaalisen todellisuuden kerroksellisuuden, mikä tässä tutkimuksessa merkitsi tutkimuksen ulottamista

yksilötasolle, tilannesidonnaisen toiminnan tasolle sekä toimintaympäristön ja kontekstin tasolle (kuvio 4).

Tutkimuksessa käytettyjen aineistojen perusteella luotu malli kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavista mekanismeista sai vahvistusta kyselylomakkeella kerätyssä aineistossa. Olen esittänyt taulukossa 6 tässä tutkimuksessa vahvistusta saaneet kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat mekanismit eri tutkimuksen tasoilla.

Taulukko 6: Kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen vaikuttavat mekanismit

	Mekanismit
Kuntoutujan tilanne (arkielämä)	sosiaalinen tuki, vuorovaikutusorientaatio, arjen mielekkyys, lähiyhteisö (asuinympäristö, perhesuhteet), mielekkään toiminnan mahdollisuudet, fyysinen hyvinvointi, suhteet ystäviin ja tuttaviiin, koherenssin tunne, elämäntilanteen kuormittavuus
Hoito- ja kuntoutustilanteet (tilannesidonnainen toiminta)	kuntoutuksen nivoutuminen hoitoprosessiin, arvostava, kuntoutujan mielipiteitä kunnioittava hoito ja kuntoutus, tilanteenmukaisesti joustava hoito ja kuntoutus, muutokseen suuntautuva, voimavarakeskeinen vuorovaikutus hoito- ja kuntoutustilanteissa, kuntoutujan asiantuntijuutta kunnioittava hoito ja kuntoutus, hoito- ja kuntoutusprosessin moninäkökulmaisuus
Puitteet (paikalliset työmarkkinat, palvelujärjestelmät ja yhteistyö)	todellisten valinnanmahdollisuuksien olemassaolo, asuinympäristön turvallisuus ja yhteisöllisyys, palveluiden saatavuus tarvittaessa, kohtelu palveluissa, palveluiden monipuolisuus, riittävyys ja koordinaatio, ympäristön asenteet, vertaistuen mahdollisuuksien luominen ja käyttäminen
Konteksti (hyvinvointivaltion uudelleen rakenteistuminen)	sosiaaliturvan taso, mielekkään toiminnan mahdollisuudet, palveluiden tuottamisen resurssit ja toimintatavat, työllisyys

Kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavien mekanismien monimuotoisuus edellyttää kuntoutuspalveluissa moniammatillisuutta. Moniammatillisuus edellyttää kuitenkin kunkin tahon oman asiantuntijuuden tunnistamista, sillä moniammatillisuutta on – syystäkin - arvosteltu sen

muuttumisesta mielenterveystyön perusyksiköksi niin, että samalla ammattien viitekehys on yhtenäistynyt. Sosiaalityön lähtökohta on ihmisen kokonaistilanne. Sektoroituneessa palvelujärjestelmässä palveluiden tuottajien työnjako on kehittynyt ongelmakeskeisesti niin, että erilaisiin ihmisten kohtaamiin ongelmiin on erikoistunut omat asiantuntijansa omissa organisaatioissaan. Eri organisaatioilla on omat tapansa jäsentää todellisuutta, omat kielensä, omat toimintapolitiikkansa ja ammatilliset käytäntönsä. Sektoroituminen mahdollistaa erityisalojen ammatillisen pätevytyksen ja erikoistumisen, mikä mielenterveyskuntoutuksessa on merkinnyt ongelmien professionalisoitumisen ohella niiden medikalisoitumista. Erikoistuneet ammatit rajaavat tietyt ongelma-alueet specialiteettinsa ulkopuolelle, jolloin kokonaisuuden hallitsemisesta voi tulla uudentasoinen ongelma. Kuntoutuksen käytännöissä on aina kyse moniasiakkuustilanteesta, sillä kuntoutus merkitsee aina palvelukokonaisuutta. Lääkinnällisen, ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestäjät toimivat useimmiten eri organisaatioissa, ja kuntoutumisen edetessä asiakkaan kuntoutumisen polku voi kulkea näiden kaikkien kautta. Kuntoutuja tarvitsee vuoroin terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden, Kelan ja työvoimahallinnon palveluita. Moniasiakkuus sisältää riskin pudota palveluiden ulkopuolelle ja toisaalta riskin siitä, että palveluista muodostuu sirpaleinen kokonaisuus. Toisaalta eri tahoja tarvitaan uusien mahdollisuuksien luojina ja moniammatillisuutta tarvitaan tilanteen kokonaisvaltaisen hahmottamisen vuoksi.

Tässä tutkimuksessa on selkeästi tullut esiin kuntoutujan kokonaistilanteen huomioon ottamisen merkitys hoito- ja kuntoutustilanteissa. Arjen mielekkyys liittyy paitsi psyykkiseen hyvinvointiin, myös vahvasti mielekkään toiminnan mahdollisuuksiin, vaikutusmahdollisuuksiin ja vapaa-ajanviettomahdollisuuksiin. Myös kuntoutujan taloudellinen tilanne vaikuttaa monille muille elämänalueille. Taloudellinen niukkuus rajaa toiminnan mahdollisuuksia, tuottaa kokemuksia vaikutusmahdollisuuksien puuttumisesta ja vaikuttaa välillisesti myös mahdollisuuteen ylläpitää ihmissuhteitaan. Kun kuntoutujan ongelmat ovat monilla elämänalueilla, liian rajatut toimenpiteet eivät tuota muutosta. Sektoroituneessa palvelujärjestelmässä palvelut joudutaan hakemaan monesta eri paikasta ja kuntoutujilla on kokemuksia siitä, kuinka palveluiden toimintatavat voivat olla ristiriitaisia keskenään. Moniammatillisuus parhaimmillaan on sitä, että kuntoutujan elämäntilannetta tarkastellaan kokonaisuutena ja eri ammattikunnat tuovat omat näkökulmansa tilanteen hahmottamiseksi. Toiminnan onnistumisen edellytys kuitenkin on, että palveluista muotoutuu koordinoitusti toimiva kokonaisuus eikä ”sekametelisoppa”, kuten eräs kuntoutuja kuvasi omaa moniauttajatilannettaan.

Moniammatillisuutta ja moninäkökulmaisuutta tarvitaan nimenomaan kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottamiseksi. Kun kuntoutujan toimintakyky on alentunut tilapäistä muutosta pysyvämmiin, on hoidon lisäksi järjestettävä tarkoituksenmukaista kuntoutusta. Näin vaaditaan mielenterveyspalveluiden laatuvaatimuksissa. Kuntoutujan monimuotoiset tarpeet eivät näytä tulevan otetuksi huomioon, jos terapiakeskustelut ovat ainoa hoidon ja kuntoutuksen muoto. Hoito ja kuntoutus voivat parhaimmillaan nivoutua yhtenäiseksi prosessiksi, ja kuntoutujat usein mieltävät hoidon ja kuntoutuksen samaksi prosessiksi. Hoito ja kuntoutus kuitenkin lähtevät eri lähtökohdista. Hoidossa korostuvat oireet ja niiden syyt, kun taas kuntoutuksessa resurssit, taidot ja tulevaisuuden tavoitteet. Molempien näkökulmien varmistamiseksi tulee mielestäni hoidosta ja kuntoutuksesta vastata eri työntekijät, sillä käytännön tilanteissa näyttää usein käyvän niin, että kuntoutuksen näkökulma jää taustalle. Kuntoutuksessa terapian ohella tarvitaan myös muuta toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa. Tämän tutkimuksen kuntoutujat, joiden kuntoutus painottui pelkästään keskustelukäynteihin, kokivat useammin valinnanmahdollisuutensa kapeina eivätkä olleet tietoisia kuntoutuspalveluista tai kuntoutumisesta. Heillä oli harvemmin tietämystä siitä, mitä tekisi kuntoutuakseen.

Kuntoutumisvalmiutta ja selviytymistä tukeva kuntoutus on muutokseen rohkaisevaa voimavarakeskeistä kuntoutusta, jossa kuntoutuja itse on oman elämänsä asiantuntija kuntoutustyöntekijän ohella. Tässä aineistossa on tullut selkeästi esiin kuntoutujan oman asiantuntijuuden merkitys. Tarjotun tuen pitäisi olla sellaista, ettei se opeta nojaamaan. Kuntoutustyöntekijällä on oltava tietoa kuntoutumisesta, kuntoutuksen vaihtoehtoista ja valinnanmahdollisuuksista. Kuntoutumisvalmiutta tukeva kuntoutus on mahdollistavaa kuntoutusta, jossa kuntoutumisen esteitä pyritään poistamaan, etsitään uusia mahdollisuuksia menetettyjen tilalle ja toimitaan erilaisia palveluja yhteen sovittaen. Kuntoutuksessa täytyy voida joustaa kuntoutujan tilanteen mukaisella tavalla, sillä kuntoutuminen ei etene lineaarisesti, vaan sille on ominaista tasanteet ja jopa taantumet. Kuntoutuksen tulee olla riittävän haasteellista niin, että kuntoutus tukee kuntoutujan pystyvyyden kokemuksia.

Kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välisen vuorovaikutuksen tulee perustua tasavertaisuuteen, kuntoutujaa arvostavaan ja kunnioittavaan vuorovaikutukseen. Myös moniammatillisuus edellyttää dialogisuutta eri ammattien välillä. Dialogisuuteen kuuluu, että osapuolet ovat valmiita kuuntelemaan toisiaan ja ovat kiinnostuneita ymmärtämään toistensa näkökulmia, eivätkä osapuolet pyri dominoimaan tilanteen kulkua. Kuitenkin on todettu, että mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujan subjektiivisuus ohitetaan helposti. Myös eri ammatit asetetaan erityisesti terveydenhuollossa erilaiseen asemaan. Piirainen (1999, 3) on todennut

asiakaslähtöisyydelle olevan ominaista, ettei siinä koskaan päästä perille. Näin käy mielestäni helposti myös dialogisuudessa. Käytännön moninaisissa tilanteissa dialogisuus uhkaa särkyä, kun monet satunnaiset ja tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat dialogin kulkuun.

Hoito- ja kuntoutuspalveluiden ohella muun palvelujärjestelmän toiminta samojen tavoitteiden suuntaisesti on tärkeää. Kuntoutujan tyytyväisyys palveluihin ennustaa kuntoutumista, sillä tällöin kuntoutuja voi käyttää palveluiden tarjoamia resursseja kuntoutumisensa hyväksi. Hyvä yhteistyösuhde avaa mahdollisuuksia. On muistettava, että palvelu on aina vuorovaikutusta, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat tilanteeseen. Paitsi kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio, myös kuntoutujan palveluissa saama kohtelu vaikuttavat kuntoutumisvalmiuteen. Se, millainen vuorovaikutus palveluissa syntyy, on yhteydessä yhteisyyssuhteiden muodostumiseen ja se, että palveluita saa kuntoutujan näkökulmasta riittävästi, on yhteydessä kuntoutujan tietoisuuteen omasta kuntoutumisestaan ja tyytyväisyyteen omaan ympäristöönsä. Kun kuntoutuja kokee valinnanmahdollisuutensa kapeina, hänen valmiutensa toimintaan ja usko omaan selviytymiseen ovat useammin heikompia kuin niillä kuntoutujilla, jotka näkevät omat valinnanmahdollisuutensa riittävinä. Kuntoutumisen polkuja etsittäessä oleellista on se, mitkä ovat tosiasialliset mahdollisuudet, jotka kuntoutujan käytössä ovat. Kuntoutumisen saavutukset eivät kannu, ellei kuntoutujan ole mahdollista löytää ympäristöstään väyliä, joissa hän voi toteuttaa kuntoutumisensa tuloksia.

Hyvärin (2001) käyttämällä marginaalista murtautumisen käsitteellä on yhtymäkohtia kuntoutumisvalmiuden käsitteeseen, sillä molemmissa on kyse uudenlaiseen kehitysprosessiin pääsemisestä yksilötasolla. Hyvärin (mt.) tutkimuksessa uudet yhteisöt ja niiden vuorovaikutussuhteet olivat selviytymistarinoissa keskeisiä identiteetin toteutumisen areenoita. Marginaalista murtautuminen edellyttää suhteiden muotoutumista ja muotouttamista uudelleen.

Kuntoutujan kokemus yhteisöllisyydestä, joka tässä tutkimuksessa tarkoitti ympäristön suvaitsevaisuutta, turvallisuutta ja hyviä naapuruussuhteita, liittyy myös vahvasti kuntoutumisvalmiuteen. Yhteisöllisyyden kokemukset liittyvät tyytyväisyyteen omaan ympäristöön, itsetietoisuuteen ja valmiuteen vastuun ottamiseen omasta kuntoutumisesta. Identiteetti muovautuu dialogisesti, joka perustaltaan on jatkuvaa suhteisiin asettumista. Suhde väistämättä edellyttää toisen osapuolen. Millaisia rakennusaineita ja esteitä ympäristö tarjoaa identiteetin muovautumiselle? Mitä uusia mahdollisuuksia ympäristöllä on tarjota, ja miten muut ihmiset reagoivat identiteetin muutokseen? Millä yhteiskunnan eri areenoilla on tilaa mielenterveyskuntoutujille? Sosiaalinen todellisuus rakentuu aina kussakin

vuorovaikutustilanteessa. Suvaitseva ympäristö avaa mahdollisuuksia selviytymiseen, kun taas leimaava ympäristö eristää mielenterveyskuntoutujan omiin oloihinsa tai käyttämään ainoastaan mielenterveyskuntoutujille suunnattuja palveluita. Sosiaalinen identiteetti on yhteydessä kuhunkin vuorovaikutustilanteeseen. Sosiaalinen identiteetti ei ole ihmisen pysyvä ominaisuus vaan se muuttuu alati tilanteiden mukaan (Seikkula 1994, 17 - 18). Hyväri (2001, 102, 126) puolestaan näkee, että roolit luodaan ja uusinnetaan sosiaalisten suhteiden verkossa, kun taas identiteetit luodaan historiallisesti ja kerroksellisesti. Aiemmat identiteetit jäävät osaksi identiteettitarinaa, mutta siitä huolimatta ne ovat muutettavissa. Näkemys avaa positiiviset näköalat selviytymisen kannalta.

Selviytymiseen liittyy kaksi keskeistä sosiaalisen kanssakäymiseen liittyvää taitoa: kyky ottaa vastaan tukea tuntematta häpeää tai riippuvuutta ja kyky tarjota tukea olematta liian holhoava. Näistä edellinen liittyy kuntoutujan mahdollisuuteen ottaa vastaan tukea ja jälkimmäinen kuntouttajan ja muun sosiaalisen verkoston tapaan tarjota tukeaan. Sosiaalisella tuella on monta funktiota. Se on paitsi tunnetukea, myös instrumentaalista ja arvioivaa ja monin tavoin kuntoutujaa resurssoivaa tukea. Sosiaalisen tuen muodot palvelevat kuntoutumisvalmiudessa eri tekijöitä. Toki sosiaalisella tuella on yleisesti merkitystä kuntoutujan psyykkiseen vointiin, mutta tuen eri lähteillä on myös hieman eri merkityksiä. Lähiomaisten, kuten omien lasten tai vanhempien antama sosiaalinen tuki, liittyy kuntoutujan yhteisyyssuhteisiin, siihen luottamukseen ja turvallisuuden tunteeseen, että tukea on tarvittaessa saatavilla. Sen sijaan vertaistuella on merkitystä erityisesti siinä, että kuntoutujan tietoisuus kuntoutumisesta lisääntyy. Vertaisten kokemukset ovat sellaisia, joihin on helppo samaistua, ne ovat uskottavia ja vertaisten omat selviytymisen kokemukset toimivat roolimalleina. Myös tuttavien merkitys liittyy tässä tutkimuksessa erityisesti toiminnallisuuteen. Tuttavilla on merkitystä erityisesti roolimalleina. Uskonnollisilta yhteisöiltä saatu tuki liittyi myös muuhun elämäkatsomukseen ja luottamukseen, ja uskonnollisten yhteisöjen tuki ulottuu tietoisuuteen itsestä ja tietoisuuteen kuntoutumisesta.

Työntekijöiden taholta tulevalla tuella on omat erityispiirteensä. Työntekijöiden tuki liittyy koherenssin tunteen osatekijöitä vasten tarkasteltuna kokemukseen elämän ymmärrettävyydestä, kun taas läheisten sosiaalinen tuki elämän merkityksellisyyteen. Työntekijöillä on enemmän merkitystä arvioivan ja instrumentaalisen tuen kannalta, kun taas omaisilla tunnetuen osalta. Niin omaiset kuin kuntoutujatkin kaipaavat tietoa, minkä lähteenä työntekijät koetaan tärkeimpänä. Henkilökohtaiseen sosiaaliseen tukeen perustuvat suhteet liittyvät siis enemmän elämän mielekkyyteen. Vertaisuuteen perustuvilla suhteilla on erityisesti sosiaalistava merkitys ja työntekijöiden tuella ts. normisuhteisiin perustuvalla tuella on yhteys lähinnä elämän

ymmärrettävyyteen sekä tietoisuuteen itsestä ja kuntoutumisesta sekä valinnanmahdollisuuksista. Näin ollen kuntoutuja tarvitsee hyvin monenlaisia ihmissuhteita. Mikään yksittäinen sosiaalista tukea tuottava taho ei riitä, vaan kuntoutuja tarvitsee dialogia näiden välillä. Kuntoutukselta tämä edellyttää kuntoutujan sekä ”luomuverkostoja” että viranomaisverkostoja luovaa ja eheyttävää toimintaa.

Lainsäädäntö sekä viranomaisten toimintapolitiikat ja säännökset luovat reunaehdot kuntoutumiselle. Mielenterveyspalveluiden resursseja on monilla paikkakunnilla leikattu. Avohoito ei ole kyennyt vastaamaan useinkaan siihen tarpeeseen, joka on syntynyt toisaalta laitospaikkojen purkamisen myötä ja toisaalta yhteiskunnassa lisääntyneiden turvattomuuden ja epävakauden myötä. Elämä ei ole enää samalla tavoin ennustettavaa kuin aikaisemmin. Työelämän kiristyneet vaatimukset ovat luoneet yhden uuden, suuren mielenterveyspalveluita tarvitsevien käyttäjäryhmän. Työntekijöiden pyrkiminen masennuksen vuoksi pois työelämästä on lisääntynyt hallitsemattomasti. Mielenterveysongelmat ovatkin jo suurin yksittäinen sairausryhmä työkyvyttömyyseläkkeissä ja niissä masennus yleisimpänä sairautena. Kuitenkaan masennuksen esiintyvyys väestössä ei ole noussut, mikä tarkoittaa piilossa olleen masennuksen tulemistä tilastoihin ja samalla myös palvelujärjestelmiin. Vuosien myötä on tehty useita selvityksiä mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuksen tilasta, mutta samat teemat ovat toistuneet selontekojen sisällöissä. Mielenterveyspalveluihin ei ole kuitenkaan saatu jostain syystä niitä resursseja, jotka ovat jo pitkään katsottu tarpeellisiksi. Mielenterveyskuntoutuksen palveluita tulee kehittää ja monipuolistaa, jotta mielenterveyskuntoutujien oikeus saada kuntoutusta toteutuu. Sisällöllisiä keittämistarpeita ovat olleet kuntoutujalähtöisyyden kehittäminen ja kuntoutusprosessien tukemiseen huomion kiinnittäminen. Työelämän haasteiden myötä myös varhaisten työelämässä toteutettavien toimenpiteiden kehittäminen sekä ammatillisen kuntoutuksen muotojen laajentaminen ovat tulevaisuuden haasteita.

Se, että kuntoutuja on valmis muuttamaan toimintatapojaan, liittyy mm. arjen sujuvuuteen. Arjen sujuvuuteen tässä tutkimuksessa kuului tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen, vaikutusmahdollisuuksiin ja mielekkään toiminnan mahdollisuuksiin. Lisäksi kuntoutumisvalmiutta rakentavat sosiaalinen tuki, lähiyhteisöjen toimivuus, kuntoutujan vuorovaikutusorientaatio ja toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien realisoituminen kuntoutujan arjessa. Kuntoutuksen suunnitteleminen edellyttää kokonaisvaltaista ja moniammatillista kuntoutujan tilanteen arviointia, jonka apuvälineenä voidaan käyttää tässä tutkimuksessa muotoutunutta kyselylomaketta. Kyselylomakkeella pyritään hahmottamaan kuntoutujan arjen kokonaistilanne vuorovaikutussuhteineen.

Kyselylomakkeen tarkoitus ei ole mitata, onko kuntoutujalla kuntoutumisvalmiutta vai ei. Lomakkeen kysymyksillä tutkitaan laajasti kuntoutumisvalmiuden eri ulottuvuuksia. Lomakkeen tarkoitus on toimia kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaisessa arvioimisessa kuntoutussuunnitelman laatimisen pohjana. Lomakkeessa kartoitetaan kuntoutujan tyytyväisyyttä eri elämänalueilla ja samalla hänen uskomuksiaan siitä, millä alueilla muutos on mahdollinen. Toisaalta on tärkeää tarkastella myös elämäntilanteen kuormittavuutta ja erityisesti sitä, mikä kuntoutujaa kuormittaa. Kuntoutujan tyytymättömyys jollain elämänalueella tai elämäntilanteen kuormittavuus voivat toimia esteenä kuntoutumiselle, mikä on otettava huomioon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Nykyisen elämäntilanteen kartoittamisen tarkoitus on sen hahmottamisessa, millä alueilla kuntoutuja tarvitsee muutosta ja millä alueilla hän näkee mahdolliseksi asettaa kuntoutustavoitteita. Elämäntilanteella on merkitystä suunniteltaessa sitä, mikä on kuntoutujan tilanteessa tarkoituksenmukaista. Lomakkeen tarkoitus on toisaalta kuntoutumisen esteiden ja toisaalta kuntoutujan voimavarojen paikantaminen. Kuntoutumisen esteet samoin kuin voimavaratkin voivat olla vuorovaikutusorientaatioissa, oman elämänkulun ennakkoinneissa, pystyvyyden kokemuksissa, sosiaalisen tuen puutteissa tai resursseissa tai selviytymisessä kuormittavista elämäntilanteista.

Realistisen arviointitutkimuksen tavoite on selvittää sitä, mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa. Kuntoutuksessa realistisen arviointitutkimuksen tarkoitusta voidaan tarkastella kuntoutuksen oikea-aikaisuuden ja tarpeenmukaisuuden näkökulmasta. Tarkastellaan sitä, millaisia kuntoutustoimenpiteitä kuntoutuja tarvitsee erilaisissa elämäntilanteissa ja kuntoutumisen vaiheissa. Kuntoutumisvalmiuden selvittäminen antaa tämän tutkimuksen mukaan mahdollisuuden tarkastella kuntoutusta toimenpiteiden oikea-aikaisuutena, ts. kuntoutujille tarjotaan heidän tilanteen edellyttämällä tavalla tarpeenmukaista kuntoutusta. Tutkimus on antanut tietoa siitä, mitkä mekanismit vaikuttavat kuntoutumisvalmiuden rakentumiseen kuntoutujan tilanteessa, hoito- ja kuntoutustilanteissa sekä toimintaympäristössä. Tutkimus on antanut tietoa myös siitä, millaiset olosuhteet toisaalta edistävät, toisaalta rajoittavat kuntoutumista. Tässä tutkimuksessa ei saada vastausta kysymykseen ”keiden kohdalla”. Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat olivat pääasiallisesti pitkään sairastaneita ja olivat järjestäytyneet kuntoutujien omaan järjestöön. Kiinnostavaa olisi jatkossa tutkia sitä, millä tavoin äskettäin sairastuneiden tilanteet poikkeavat pitkään sairastaneista. Onko kuntoutumisvalmiuden käsite käyttökelpoinen ainoastaan pitkään sairastaneiden kuntoutujien kuntoutusta suunniteltaessa?

Kuntoutumisvalmiuden käsite on jo määritelmänsäkin perusteella hyvin monikerroksinen, johon sisältyy monia yksilöpsykologisia, psykososiaalisia, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Käsitettä on kehitetty käytännönläheisesti yhteistyössä kuntoutujien ja tutkijoiden kanssa. Sen tutkimus on ollut vähäisempää. Malli on kuitenkin tavoittanut mielenterveyskuntoutumisen prosessista jotain hyvin oleellista, koska se on juurtunut nopeasti erityisesti kuntoutujien itsensä keskuuteen. Tämän tutkimusprosessin perusteella voin väittää, että kuntoutumisvalmiuden käsite on toimiva, kun tarkastellaan sen osatekijöitä suhteessa kuntoutujan kokonaistilanteeseen. Tällä tavoin on mahdollista suunnitella kuntoutusta kuntoutujan tarpeen mukaisella tavalla.

Realistisen arviointitutkimuksen tavoite on olosuhde-mekanismi-tulos –yhdistelmien selvittäminen. Jako mekanismeihin ja konteksteihin ei kuitenkaan aina ole yksiselitteinen. Erityisesti toimintaympäristön, palvelujärjestelmän mahdollisuuksien ja yhteiskunnallisten muutostrendien yhteydessä ilmiöiden kategorisoiminen mekanismeihin ja konteksteihin oli toisinaan ongelmallista. Kontekstilla tarkoitetaan olosuhdetekijää, johon interventioilla ei voida vaikuttaa. Palvelujärjestelmä sinällään on tekijä, johon kuntoutusinterventioilla ei voida vaikuttaa, mutta toimintatavat ja –menetelmät palvelujärjestelmien sisällä ovat sellaisia, joihin puolestaan on mahdollista vaikuttaa. Paikallisiin työmarkkinoihin ei kuntoutusinterventioilla suoranaisesti voida vaikuttaa. Siihen, kuinka joustavasti työhallinnossa toimitaan ja kuinka luovia ja yksilöllisiä ratkaisuja löydetään, puolestaan voidaan vaikuttaa.

Kuntoutumisen prosessi on useiden vuosien mittainen prosessi, johon sisältyy hyvin monenlaisia vaiheita. Kuntoutumisvalmius määrittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa, ja se on ajassa muuttuva, jolloin sen ”mittaaminen” – sikäli kuin se on edes mitattavissa – ei ole tarkoituksenmukaista. Kuntoutumisvalmiutta ei pidä käyttää dikotomisena käsitteenä, jolla kuntoutujia luokitellaan, vaan sen eri osatekijöitä olisi tarkasteltava kuntoutuksen tarkoituksenmukaisen ja oikea-aikaisen suunnittelemisen pohjana. Kuntoutumisvalmius osatekijöineen toimii kuntoutuksen suunnitelmallisuuden viitekehystenä, koska se mahdollistaa moniulotteisena käsitteenä kuntoutuksen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen ja suunnittelemisen.

LÄHTEET

- Ahonen, Juha 1998: Kuntoutuskurssi masentuneen apuna. Pro gradu –tutkielma. Stakes. Aiheita 35. Helsinki.
- Ala-Kauhaluoma, Mika 2000: Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. *Kuntoutus* 23 (3), 13 – 18.
- Anonymous 2001: The Quiet Discrimination. Teoksessa Spaniol, LeRoy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (eds.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University. Boston, 461 – 462.
- Anthony, William A. 1993: Recovery from Mental Illness. The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 3 – 19.
- Anthony, William & Cohen, Mikal & Farkas, Marianne & Gagne, Cheryl 2002: *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd Edition. Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston.
- Antonovsky, Aaron 1987: *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. London.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa 1996: Kenelle jää kontrollin Musta Pekka –kortti. Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Stakes. Tutkimuksia 63. Gummerus. Jyväskylä.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko 2004: Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Gummerus. Saarijärvi, 193 – 207.
- Berkman, Lisa F. & Glass, Thomas & Brisette, Ian & Seeman, Teresa E. 2000: From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51 (6), 843 – 857.
- Bäckman, Guy 1987: *Yksilö, lähiympäristö ja terveys*. WSOY. Juva.
- Center for Psychiatric Rehabilitation 2001: *Assessing Readiness. Psychiatric Rehabilitation Practitioner Tools*. Boston University. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston.
- Chamberlin, Judy 2001: *Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement*. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (eds.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 522 – 526.
- Cohen, Mikal & Mynks, Dean 1993: *Compendium of Activities for Assessing & Developing Readiness for Rehabilitation Services*. Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston.

- Cohen, Mikal & Anthony, William & Farkas, Marianne 1997: Assessing and Developing Readiness for Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services* 48 (5), 644 – 646.
- Davidson, Larry & Strauss, John S. 2001: Sense of Self in Recovery from Severe Mental Illness. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (eds.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 25 – 39.
- Deegan, Patricia 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, Patricia 2001: Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (eds.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 92 – 98.
- Farkas, Marianne & Sullivan Soydan, Anne & Gagne, Cheryl 2000: Introduction to Rehabilitation Readiness. Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston.
- Guba, Egon G. & Lincoln, Yvonna S. 1989: *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications. London.
- Helasti, Kirsimarja 1999: Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 51. Helsinki.
- Hyväri, Susanna 2001: Vallattomuudesta vastuuseen. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3. Tietosanoma Oy. Vammala.
- Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 1995a: Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. WSOY. Juva, 128 – 160.
- Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 1995b: Elämänkulku ja kuntoutus. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. WSOY. Juva, 161 – 173.
- Isohanni, Matti 2002: Psykoterapiat. Teoksessa Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola, Panu (toim.): *Psykiatria*. WSOY. Helsinki, 264 – 280.
- Jolkkonen, Arja & Koistinen, Pertti & Kurvinen Arja 1991: Naisen paikka. Rakennemuutos, paikalliset työmarkkinat ja naiset. Helsinki.

- Julkunen, Raija 1998: Työn käsite. Teoksessa Saksala, Elina (toim.): Muutoksen sosiologia. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 34 – 43.
- Julnes, George & Mark, Melvin M. 1998: Evaluation as Sensemaking: Knowledge Construction in a Realist World. Teoksessa Henry, Gary T. & Julnes, George & Mark, Melvin M. (eds.): Realist Evaluation: An Emerging Theory in Support of Practice. New Directions for Evaluation. A Publication of the American Evaluation Association 78. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 33 – 52.
- Järvikoski, Aila 1994: Vajaakuntoisuudesta elämönhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 46. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995: Mitä kuntoutus on? Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva, 12 – 28.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2001: Johdanto. Teoksessa Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Helsinki, 1 – 10.
- Karvinen, Synnöve 1996: Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 34. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kazi, Mansoor A.F. 2003: Realist Evaluation in Practice. Health and Social Work. Sage Publications. London.
- Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2003: Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Porvoo.
- Kinnunen, Petri 1998: Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Acta Universitatis Lapponiensis 20. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.
- Knekt, Paul & Lindfors, Olavi (eds.) 2004: A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Helsinki Psychotherapy Study. The Social Insurance Institution. Studies in social security and health. 77. Helsinki.
- Kolb, David A. 1984: Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development. P T R Prentice Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Koskisuu, Jari 2002: Mielenterveyskuntoutus – kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi: Kokemuksia Väylä-mallista. Teoksessa Haarakangas, Kauko (toim.): Mielisairaala muuttuu. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 144 – 158.
- Koskisuu, Jari 2003: Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Edita. Helsinki.

- Koskisuus, Jari & Narumo, Reija 2004: Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mielenterveys-kuntoutuksessa. *Kuntoutus* 27 (3), 17 – 23.
- Kostamo-Pääkkö, Kaisa 2001: "Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä" – analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. *Acta Universitatis Lapponiensis* 39. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Kramer, Pamela J & Gagne, Cheryl 2001: Barriers to Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. Teoksessa Spaniol, LeRoy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin: *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 467 – 476.
- Kurki, Leena 2000: *Sosiokulttuurinen innostaminen. Muutoksen pedagogiikka*. Vastapaino. Tampere.
- Kähäri-Wiik, Kaija & Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 1997: *Kuntoutuksella toimintakykyä*. WSOY. Helsinki.
- Lauri, Kaisa 2004: *Pienin askelin. Tutkimus kuntoutujalähtöisestä mielenterveyskuntoutuksesta*. Lapin yliopisto. Pro gradu –tutkielma.
- Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu 2000: *Mielenterveyspalvelut*. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes. Raportteja 250. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä, 99 – 119.
- Lehtonen, Heikki 1990: *Yhteisö*. Vastapaino. Jyväskylä.
- Leventhal, Howard & Nerenz, David R. & Steele, David J. 1984: *Illness Representations and Coping With Health Threats*. Teoksessa Baum, Andrew & Taylor, Shelley E. & Singer, Jerome E. (eds.): *Handbook of Psychology and Health*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale. New Jersey, 219 – 252.
- Lähteenlahti, Yrjö 2001: *Vaikeat mielenterveyshäiriöt*. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus*. Gummerus. Jyväskylä, 173 - 185.
- Matthies, Aila-Leena 1993: *Ekologinen lähestymistapa sosiaalityössä*. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.): *Monisärmäinen sosiaalityö*. Sosiaaliturvan keskusliitto. Gummerus. Jyväskylä, 229 – 252.
- Matthies, Aila-Leena & Närhi, Kati & Ward, David 2001: *The Eco-social Approach in Social Work*. SoPhi. Jyväskylä.
- Metsämuuronen, Jari 2001: *Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä*. Metodologia –sarja 7. International Methelp Ky. Helsinki.

- Mäntysaari, Mikko 1999: Arviointitutkimuksen taustaoletukset. Teoksessa Eräsaari, Risto & Lindqvist, Tuija & Mäntysaari, Mikko & Rajavaara, Marketta (toim.): Arviointi ja asiantuntijuus. Gaudeamus. Helsinki, 54 – 68.
- Mönkkönen, Kaarina 2002: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Närhi, Kati 1996: Sosiaalisten vaikutusten arviointi ekososiaalisen sosiaalityön välineenä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 7. Helsinki.
- Oliver, Michael 1996: Understanding Disability. From Theory to Practice. MacMillan. Basingstoke.
- Pawson, Ray & Tilley, Nick 1997: Realistic Evaluation. Sage. London.
- Peltonen, Raili 1994: Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 54. Åbo Akademi. Åbo.
- Peteri, Elli 2003: Mielenterveyskuntoutuksen suunnittelu hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisuja. Oulun yliopisto.
- Piirainen, Keijo 1999: Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? Kuntoutus 22 (4), 3 – 12.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. 1992: In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist 47 (9), 1102 – 1114.
- Reeve, Donna 2002: Negotiating Psycho-emotional Dimensions on Disability and their Influence on Identity Constructions. Disability & Society 17 (5), 493 – 508.
- Riikonen, Eero & Järviskoski, Aila 2001: Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus. Jyväskylä, 162 – 172.
- Riikonen, Eero & Nummelin, Tarja & Järviskoski, Aila 1996: Mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeet. Stakes. Aiheita 16. Helsinki.
- Ringen, Stein 1995: Well-being, Measurement and Preferences. Acta Sociologica 38 (1), 3 – 15.
- Robson, Colin 2001: Käytännön arvioinnin perusteet. Suom. Lindqvist, Tuija & Maaniittu, Maisa & Niemi, Esa & Paasio, Petteri & Paija, Lea. (Alkuperäisteos Small-Scale Evaluation.) Tammi. Helsinki.
- Rose, Stephen M. & Black, Bruce L. 1985: Advocacy and Empowerment. Mental Health Care in the Community. Routledge & Kegan Paul. Boston.
- Rostila, Ilmari 2001: Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Teoksessa Järviskoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Helsinki, 35 – 53.

- Rostila, Ilmari & Kazi, Mansoor 2001: Realistinen arviointitutkimus toimintamallien kehittämisen välineenä. Teoksessa Vartiainen, Pirkko (toim.): Näkökulmia projektiarviointiin. Finnpublishers OY. Tampere, 69 – 99.
- Saleebey, Dennis 2002: The Strengths Approach to Practice. Teoksessa Saleebey, Dennis (ed.): The Strengths Perspective in Social Work Practice. Third Edition. Allyn and Bacon. Boston, 80 – 94.
- Salminen, Jouko K. 2002: Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari & Hurri, Heikki & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma & Karjalainen, Vappu & Paatero, Heidi & Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka (toim.): Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes. Raportteja 267. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 109 – 124.
- Salo, Markku 1996: Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Salokangas, Raimo K.R. & Stengård, Eija & Koivisto, Anna-Maija & Saarinen, Soile 2000: Sairaa-lastä yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes. Raportteja 248. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Seikkula, Jaakko 1994: Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Hygieia. Tampere.
- Smith, Thomas E & Rio, James & Hull, James W & Hedayat-Harris, Andiea & Goodman, Marianne & Anthony, Donna T. 1998: The Rehabilitation Readiness Determination Profile: A Need Assessment for Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21 (4), 380 – 387.
- Sohlman, Britta 2004: Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes. Tutkimuksia 137. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 9. Edita Oyj. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Julkaisuja 6. Helsinki.
- Spaniol, Susan & Cattaneo, Mariagnese 2001: The Power of Language in the Helping Relationship. Teoksessa Spaniol, LeRoy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (eds.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric

- Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 477 – 484.
- Suikkanen, Asko 1999: Vammaisuuden kysymys ja Michael Oliverin tulkintatapa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): Pyörätuolitango. Näkökulmia vammaisuuteen. Edita. Helsinki, 77 – 102.
- Suikkanen, Asko 2000: Kuntoutuksen tutkimus ja arviointi. Kuntoutus 23 (4), 19 – 26.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2001a: Kuntoutus kehossa – keho kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus. Jyväskylä, 42 – 54.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2001b: Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia. Teoksessa Järviöskoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Helsinki, 11 – 27.
- Suomen mielenterveysseura ry. 1998: Mielenterveyskuntoutus – haaste yhteistyölle. Helsinki.
- Suominen, Sakari & Vahtera, Jussi & Uutela, Antti 1996: Elintaso, koherenssin tunne vai ihmis-suhteet: mikä ylläpitää tyytyväisyyttä ja terveyttä? Teoksessa Ahlqvist, Kirsti & Ahola, Anja (toim.): Elämän riskit ja valinnat - Hyvinvointia lama-Suomessa? Edita. Helsinki.
- Talo, Seija 1997: Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn psyykkiset edellytykset. Kuntoutus 20 (2), 3 – 17.
- Talo, Seija & Hämäläinen, Anneli 1997: Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. Kuntoutus 20 (4), 3 – 17.
- Talo, Seija & Wikström, Juhani & Metteri, Anna 2001: Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus. Jyväskylä, 55 – 71.
- Toivonen, Timo 1999: Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. WSOY. Porvoo.
- Vahtera, Jussi 1993: Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja. Lisänumero 1.
- Young, Sharon L. & Ensing, David S. 1999: Exploring Recovery from Perspective of People with Psychiatric Disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal 22 (3), 219 – 231.

Painamattomat lähteet:

Keroputaan sairaalan järjestämien kuntoutuskurssien asiakaspalautteet
Kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi –projekti. Luentomonisteet.

- Rostila, Ilmari, Epärealistisuus realistisen arvioinnin uhkana? Realismia sosiaalityöhön -
työryhmä, luentomoniste. Sosiaalityön tutkimuksen päivät 12. – 13.2.2004 Jyväskylässä.
- Sheets, John L. 1997: Psychiatric Rehabilitation: An Aid to the Vision of Recovery. Prepared for
the Central Association of Mental Health of Finland. Luentomoniste.

LIITE

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Tämän kyselyn tarkoituksena on tutkia kuntoutumisvalmiutta eli mahdollisuutta asettaa kuntoutumista koskevia tavoitteita. Tutkimuksen avulla on myös tarkoitus kehittää tätä kyselylomaketta sellaiseksi, että sen pohjalta voitaisiin laatia kuntoutussuunnitelma yhdessä kuntoutujan kanssa.

Opiskelen Lapin yliopistossa ja suoritan ammatillista lisensiaatintutkintoa erikoisalana kuntouttava sosiaalityö. Tämä kysely liittyy lisensiaatintutkimukseeni.

Koska kyselyn tarkoitus on paitsi tutkia kuntoutumisvalmiutta, myös kehittää kuntoutuksen työmenetelmiä, olen kiinnostunut saamaan palautetta myös itse kyselylomakkeesta.

Pyydän Sinua tutustumaan huolellisesti kysymyksiin ja rengastamaan sen vaihtoehdon numeron, joka sopii kohdallesi parhaiten

Kaikkea lomakekyselyn ja haastattelun avulla saamaani tietoa käsittelen ehdottoman luottamuksella. Vastaajan henkilöllisyys ei tule esiin tutkimustuloksia esiteltäessä.

Jos haluat tarkempia tietoja tutkimuksesta, voit olla yhteydessä myös tutkimusta ohjaaviin henkilöihin:

Aila Järvikoski, kuntoutuksen professori, Lapin yliopisto, sosiaalityön laitos, puh. 016-341341
Liisa Hokkanen, kuntouttavan sosiaalityön professori, Lapin yliopisto, sosiaalityön laitos 040-5748569

Vastauksesi on erittäin tärkeä ja kiitän Sinua jo etukäteen vaivannäöstäsi

Marjo Peltomaa

YTM, sosiaalityöntekijä

Puh. 016-243801

KYSELYLOMAKE

1. Arvioi seuraavia asioita nykyisessä tilanteessasi ja arvioi niiden muuttuvan tulevaisuudessa

1 = erittäin huono
paljon
2 = huono
vähän
3 = keskinkertainen
ennallaan
4 = hyvä
hieman
5 = erittäin hyvä
paljon

1 = huononee
2 = huononee
3 = säilyy
4 = paranee
5 = paranee

tulevaisuuden nykyinen tilanne

arvio tilanteesta

1	2	3	4	5	taloudellinen tilanteeni	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	päivittäinen toimintani/ arkeni sujuminen	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	fyysinen kuntoni	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	fyysinen terveydentilani	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	psykykinen terveydentilani	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	mahdollisuuteni vaikuttaa omaan elämään	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	asumistilanteeni	1	2	3
4	5							
1	2	3	4	5	asuinympäristöni	1	2	3
4	5							

Keskustelen mielelläni henkilökohtaisista kokemuksistani ja tunteistani toisten kanssa.....	1	2	3	4	5
Autan mielelläni toisia, vaikka siitä olisi vaivaakin....	1	2	3	4	5
Vältän kaikin tavoin loukkaamasta toisia ihmisiä.....	1	2	3	4	5
Vaikka tiedän, että olen jossain asiassa oikeassa, minun on vaikea puolustaa kantaani.....	1	2	3	4	5
Jos joku arvostelee minua, masennun sen sijaan että vihastuisin.....	1	2	3	4	5
Tulen helposti väärin ymmärretyksi.....	1	2	3	4	5
Toisten suhtautuminen minuun tuottaa minulle usein stressiä	1	2	3	4	5
Menetän usein kärsivällisyyteni toisiin ihmisiin.....	1	2	3	4	5
Elän enimmäkseen omissa oloissani.....	1	2	3	4	5
Koen usein itseni erilaiseksi kuin muut ihmiset.....	1	2	3	4	5

3. Keneltä saat tarvitessasi apua erilaisissa arkielämän tilanteissa? (ellei sinulla ole, tai et ole käyttänyt palvelua, ympyröi X)

	en ei koske lainkaan					erittäin paljon	X
minua	1	2	3	4	5		
Puolisolta	1	2	3	4	5		X
Omilta lapsilta.....	1	2	3	4	5		X

Vanhemmilta.....	1	2	3	4	5	X
Ystäviltä.....	1	2	3	4	5	X
Tuttavilta.....	1	2	3	4	5	X
Naapureilta.....	1	2	3	4	5	X
Järjestöiltä, miltä_____	1	2	3	4	5	X
Toisilta mielenterveyskuntoutujilta.....	1	2	3	4	5	X
Sosiaalipalveluista						
- kotipalvelu	1	2	3	4	5	X
- toimeentuloturva.....	1	2	3	4	5	X
- vammaispalvelut.....	1	2	3	4	5	X
- muu, mikä_____	1	2	3	4	5	X
Mielenterveyspalveluista						
mielenterveystoimisto						
- oma hoitaja/terapeutti....	1	2	3	4	5	X
- lääkäri.....	1	2	3	4	5	X
- muu, mikä _____	1	2	3	4	5	X
psykiatrinen sairaala						
- avo-osasto.....	1	2	3	4	5	X
- suljettu osasto.....	1	2	3	4	5	X
-päivätoimintakeskus/ klubitalo.....	1	2	3	4	5	X
Muista terveystoimista.....	1	2	3	4	5	X
Uskonnollisilta yhteisöiltä.....	1	2	3	4	5	X
Muu, mikä_____	1	2	3	4	5	X

4. Seuraavassa luetellaan joukko elämäntapahtumia ja huolen aiheita. Oletko Sinä kohdannut viimeisen 5 vuoden aikana ja vaikuttavatko ne sinun nykyiseen hyvinvointiisi tai mielialaasi?

Koskeeko sinua?

Kuinka olet selviytynyt tapahtumasta?

kyllä/ei

erittäin

erittäin

heikosti

1

2

3

4

5

hyvin

			heikosti	1	2	3	4	5
K	E	taloudelliset huolet		1	2	3	4	5
K	E	työpaikan menetys		1	2	3	4	5
K	E	puolison työongelmat tai työttömyys		1	2	3	4	5
K 5	E	ristiriidat työpaikalla			1	2	3	4
K 5	E	eläkkeelle jääminen			1	2	3	4
K	E	puolison kuolema		1	2	3	4	5
K	E	muun perheenjäsenen kuolema		1	2	3	4	5
K	E	perheenjäsenen vaikea sairaus		1	2	3	4	5
K	E	oma tapaturma tai vakava sairaus		1	2	3	4	5
K	E	läheisen ihmissuhteen menettäminen		1	2	3	4	5
K	E	huoli perheenjäsenen tai omaisen selviytymisestä		1	2	3	4	5
K	E	avio- tai avoero		1	2	3	4	5
K	E	erimielisyydet omien sukulaisten kanssa		1	2	3	4	5
K 5	E	erimielisyydet puolison sukulaisten kanssa			1	2	3	4
K	E	jokin muu raskas tapahtuma, mikä		1	2	3	4	5

5. Miten hyvin seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksiasi mielenterveyspalveluiden käytöstä?

	Erittäin					
	huonosti	1	2	3	4	5
erittäin						
hyvin						
Koen, että olen ollut asiantuntija omaa elämäni koskevissa asioissa.....	1	2	3	4	5	
Henkilökunta on ottanut mielipiteeni huomioon.....	1	2	3	4	5	
Henkilökunta on kohdellut minua kunnioittavasti.....	1	2	3	4	5	
Työntekijät ovat tulleet tuekseni, jos olen tarvinnut heitä.....	1	2	3	4	5	
Kun itsestäni on tuntunut, etten saavuta tavoitteitani, henkilökunta on auttanut minua pääsemään niiden tunteiden yli.....	1	2	3	4	5	
Tietämykseni kuntoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä on kasvanut.....	1	2	3	4	5	
Minulle on kerrottu, millaisia vaihtoehtoja minulla on käytettävissä.....	1	2	3	4	5	
Henkilökunta on rohkaissut minua kokeilemaan erilaisia vaihtoehtoja	1	2	3	4	5	
Kuntoutus on muuttanut elämäntapojani	1	2	3	4	5	
Käynneillä on keskusteltu enemmän vahvuuksistani ja voimavaroistani kuin oireistani ja vaikeuksistani..	1	2	3	4	5	
Palvelut eivät ole pysyneet mukana vaihtuvissa elämäntilanteissani.....	1	2	3	4	5	
Henkilökunta on tehnyt päätöksiä puolestani.....	1	2	3	4	5	

Henkilökunnalla ei ole ollut riittävästi aikaa minulle... 1 2 3 4 5

Minulla ei ole ollut muuta kuntoutusta kuin
keskustelukäynnit..... 1 2 3 4 5

6. Miltä sinusta tuntuu?

a. Tähän asti elämäsi on ollut

täysin vailla selvää tarkoitusta ja päämäärää 1 2 3 4 5 6 7 sen tarkoitus ja päämäärät ovat täysin selvät

b. Kuinka usein sinulla on tunne, ettet välitä, mitä ympärilläsi tapahtuu?

ei koskaan 1 2 3 4 5 6 7 hyvin usein

c. Kuinka usein olet yllättynyt sellaisten henkilöiden käyttäytymisestä, jotka uskoit tuntevasi hyvin?

en koskaan 1 2 3 4 5 6 7 jatkuvasti

d. Oletko joskus pettynyt ihmisiin, joihin luotit?

en koskaan 1 2 3 4 5 6 7 jatkuvasti

e. Kuinka usein sinusta tuntuu, että sinua kohdellaan epäoikeudenmukaisesti?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

f. Kuinka usein sinulla on sellainen tunne, että olet oudossa tilanteessa etkä tiedä, mitä tehdä?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

g. Koetko, että päivittäisten tehtävien hoitaminen on

suuren mielihyvän ja tyydytyksen lähde 1 2 3 4 5 6 7 tuskallista ja ikävää

h. Kuinka usein tunteesi ja ajatuksesi ovat oikein sekaisin?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

i. Kuinka usein koet tunteita, joita et sallisi itsellesi?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

j. Monet ihmiset kokevat tietyissä tilanteissa olevansa toisten tiellä. Kuinka usein olet kokenut näin?

en koskaan 1 2 3 4 5 6 7 hyvin usein

k. Kun jotain on tapahtunut, oletko jälkikäteen yleensä todennut, että

olit yli- tai aliarvioinut 1 2 3 4 5 6 7 näit asian oikeassa
asian merkityksen mittakaavassa

l. Kuinka usein sinulla on tunne, että päivittäiset tekemisesi ovat jokseenkin merkityksettömiä?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

a. Kuinka usein sinulla on tunteita, joita et koe voitavasi varmuudella pitää kurissa?

hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

7. Kuinka hyvin seuraavat väittämät kuvaavat tuntemuksiasi tällä hetkellä?

kuva	ei kuvaa 1 2 3 4 5				
	lainkaan				
erittäin					hyvin
Koen muutoksen elämässäni tällä hetkellä erittäin tarpeelliseksi.....	1	2	3	4	5
Läheisten mielestä minun pitäisi saada muutosta aikaan elämäntilanteessani.....	1	2	3	4	5
Uskon siihen, että elämäntilanteeni voi kohentua.....	1	2	3	4	5
Uskon siihen, että voin itse vaikuttaa elämäntilanteeni.....	1	2	3	4	5
Olen valmis muuttamaan toimintatapojani parantaakseni elämäntilanteeni.....	1	2	3	4	5
Toimin mieluummin itse aktiivisesti kuin odotan, millaisia mahdollisuuksia eteeni avautuu.....	1	2	3	4	5
Minulla on tarvitsemani läheisten tuki.....	1	2	3	4	5
Minulla on riittävästi ammattiapua.....	1	2	3	4	5
Minulla on tavoitteita, joita kohden pyrin.....	1	2	3	4	5
Tiedostan, mikä minulle on elämässä tärkeää.....	1	2	3	4	5
Osaan säädellä toimintaani jaksamiseni kannalta.....	1	2	3	4	5

Tiedostan omat kykyni ja voimavarani, joiden varaan rakennan kuntoutumistani.....	1	2	3	4	5
Olen pohtinut vaihtoehtoja, mikä olisi minulle tulevaisuudessa mahdollista.....	1	2	3	4	5
Päivittäinen arkeni ei tällä hetkellä tyydytä minua.....	1	2	3	4	5
En pysty käyttämään kykyjäni nykyisessä päivittäisessä elinympäristössäni.....	1	2	3	4	5
Olen tietoinen siitä, millaiset tekijät ympäristössäni edesauttavat kuntoutumista.....	1	2	3	4	5
Tunnistan ympäristössäni hyvinvointini kannalta haitalliset tekijät.....	1	2	3	4	5
Hoito/terapiasuhde on minulle tärkeä kuntoutumiseni kannalta.....	1	2	3	4	5
Minun on helppo puhua hoitajani/terapeutini kanssa vaikeistakin asioista.....	1	2	3	4	5

8. Seuraavat kysymykset koskevat asuinympäristöstäsi, toimintamahdollisuuksistasi sekä palvelu-tarjontaa. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

täysin paikkaansa	ei pidä lainkaan paikkaansa	1	2	3	4	5	pitää
--------------------------	------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

Kokemukset asuinympäristöstä

Asuinympäristössäni on turvallista liikkua.....	1	2	3	4	5
Asuinympäristössäni suhtaudutaan suvaitsevaisesti erilaisuutta kohtaan	1	2	3	4	5
Suhteeni naapureihini ovat etäiset.....	1	2	3	4	5
Olen tyytyväinen suhteisiini naapureihini.....	1	2	3	4	5
Naapurit auttavat tai kutsuvat apua paikalle, jos he tietävät, että jollakin on jokin hätä.....	1	2	3	4	5
Asuinympäristön vaihdos muuttaisi elämäni helpommaksi.....	1	2	3	4	5

Palveluympäristö

Asuinpaikkakuntani tarjoaa tarvitsemani palvelut.....	1	2	3	4	5
Viranomaiset ovat palvelualttiita.....	1	2	3	4	5
Kun palvelujen tarve on suuri, niitä ei välttämättä tavoita.....	1	2	3	4	5
Mielenterveyskuntoutujia kohdellaan palveluissa tasa-arvoisesti muiden kuntalaisten kanssa.....	1	2	3	4	5
Viranomaiset ovat ottaneet huomioon yksilölliset tarpeeni.....	1	2	3	4	5
Mielenterveyskuntoutujilla on vähemmän valinnanmahdollisuuksia kuin yleensä kuntalaisilla	1	2	3	4	5
Käytän mieluummin mielenterveyskuntoutujille suunnattuja kuin yleisiä harrastusmahdollisuuksia.....	1	2	3	4	5
Mielenterveyskuntoutujan pitää hakea palveluita liian monesta paikasta.....	1	2	3	4	5
Eri palveluiden ristiriitaiset ohjeet ja toimintatavat ovat vaikeuttaneet kuntoutumistani.....	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat asuinympäristöstäsi, toimintamahdollisuuksistasi ympäristössäsi sekä tarjottavia palveluita. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? (jatkoa edelliseen kysymykseen)

**täysin
paikkaansa**

ei pidä lainkaan	1	2	3	4	5	pitää
	paikkaansa					

Toimintamahdollisuudet

Olen tutustunut koulutusmahdollisuuksiin, jotka voisivat soveltua minulle.....	1	2	3	4	5
Olen tutustunut paikkakuntani työmahdollisuuksiin, jotka voisivat soveltua minulle.....	1	2	3	4	5
Koulutus- ja työmahdollisuudet eivät koske minua.....	1	2	3	4	5

Minun on vaikea lähteä hakemaan tarvitsemiä palveluita kotipaikkakuntani ulkopuolelta.....	1	2	3	4	5
Koska asuinpaikkakunnallani on paljon työttömiä, minun ei kannata miettiä ammatillista kuntoutusta.....	1	2	3	4	5
Vain työn kautta voi saada ympäristönsä arvostuksen	1	2	3	4	5
Kuntoutustoimenpiteeni on valittu sen mukaan, mitä paikkakunnallani on tarjolla.....	1	2	3	4	5
Paikkakuntani tarjoamat kuntoutusmahdollisuudet eivät vastaa tarpeitani.....	1	2	3	4	5
Ympäristön asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan rajoittavat osallistumistani paikkakuntani tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin.....	1	2	3	4	5
Kuntoutuminen vaikuttaisi kielteisesti joihinkin nyt saamiini taloudellisiin etuisuuksiin.....	1	2	3	4	5
Taloudellinen tilanteeni on vaikeuttanut kuntoutumistani.....	1	2	3	4	5
Viranomaisten säännökset ovat vaikeuttaneet kuntoutumistani.....	1	2	3	4	5
Kun kaipaan seuraa, tiedän mistä voin löytää sitä.....	1	2	3	4	5
Paikkakunnallani on mahdollista saada vertaistukea...	1	2	3	4	5
Olen tyytyväinen paikkakuntani tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin.....	1	2	3	4	5
En tiedä miten toimisin, että kuntoutuisin.....	1	2	3	4	5

LOPUKSI VIELÄ JOITAIN TAUSTATIETOJA ELÄMÄNTILANTEESTASI (ympyröi oikea vaihtoehto)

9. Sukupuoli 1 mies 2 nainen

10. Syntymävuosi _____

11. Asuinpaikkakuntasi _____

12. Oletko

- 1 työtön
- 1 työssä
- 2 sairauspäivärahalla
- 3 kuntoutustuella
- 5 eläkkeellä

