

HELSINGIN YLIOPISTON  
KASVATUSTIETEEN LAITOKSEN  
TUTKIMUKSIA 179

**Eija Mattila**

**MITEN OHJATA MIELEN KUNTOUTUJAA?**

**Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti  
kehittyvänä pienyhteisönä**

*Esitetään Helsingin yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen  
juhlasalissa, keskiviikkona 24. huhtikuuta 2002 klo 12.*

HELSINKI 2002

*“Tahtoisin jo tehdä kotiin matkaa,  
ei enää tätä loputonta hatkaa.  
Kulkuri kiittää, nyt saa jo riittää,  
vie minut jo tie!”*



HELSINGIN YLIOPISTON  
KASVATUSTIETEEN LAITOKSEN  
TUTKIMUKSIA 179

**Eija Mattila**

**MITEN OHJATA MIELEN KUNTOUTUJAA?**

**Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti  
kehittyvänä pienyhteisönä**

HELSINKI 2002

**Valvoja**

Professori Hannele Niemi, Helsingin yliopisto

**Ohjaaja**

Dosentti Marja Martikainen, Helsingin yliopisto

**Esitarkastajat**

Professori Anneli Niikko, Joensuun yliopisto

Professori Markku Ojanen, Tampereen yliopisto

**Vastaväittäjä**

Professori emerita Sinikka Ojanen

Kannen kuvat: Jari Salmi, Pentti Mattila

Yliopistopaino, Helsinki

ISBN 952 - 10 - 0482 - 7 (nid.)

ISBN 952 - 10 - 0483 - 5 (PDF)

ISSN 1238 - 3465

**Eija Mattila**

## **MITEN OHJATA MIELEN KUNTOUTUJAA?**

### **Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä**

#### **Tiivistelmä**

Mielenterveystyön yksityinen sektori on laajentunut 1990-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa, mutta se on ollut lähes tutkimatonta aluetta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaista mielen kuntoutujan ohjaus on yksityisissä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeissa Suomessa. Tutkimuksessa on haettu vastauksia kysymyksiin, 1) mitä mielen kuntoutujan ohjaus on, 2) miksi se toteutuu hoito- tai palvelukodissa niinkuin se toteutuu ja 3) miten ja millä kuntoutumisen alueilla ohjausta tulee erityisesti kehittää? Tämä tutkimus muodostuu neljästä eri tutkimusvaiheesta, joista jokainen on muokannut ja suunnannut tuloksillaan seuraavan tutkimusvaiheen sisällöllisiä ja menetelmällisiä ratkaisuja. Tutkimus pohjautuu existentiaalis-fenomenologiseen ihmiskäsitykseen ja hermeneuttiseen tieto- ja maailmakäsitykseen. Menetelmällinen ratkaisu on triangulaatio (Mixed model studies, Tashakkori & Teddlie 1998, Miles & Huberman 1988).

Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa (1) syvennettiin ohjauksen teoriaa hakemalla empiiristä tukea ohjauksen käsitteen laajentamiseksi ja täsmentämiseksi mielen-terveyskuntoutukseen. Tässä vaiheessa kuvattiin ja verrattiin keskenään potilaiden käsityksiä ja kokemuksia sairaalahoidon aikaisesta ohjauksesta, ohjauksen tarpeesta ja itsehoitoa edistävästä vaikutuksesta. Toisessa vaiheessa (2) kerättiin tietoa kuntouttavasta työtoiminnasta ja mielenterveyskuntoutuksen teorianhistoriallisista vaiheista ja kehittämistarpeista vuosina 1983-1993 eräässä yksityisessä yhdistyksessä. Kolmannessa vaiheessa (3) kuvattiin ja tulkittiin hoito- ja palvelukotien asukkaiden, mielen kuntoutujien (N=50) käsityksiä ja kokemuksia omista terveystavoitteista ja menetelmistä, joilla tavoitteisiin pyrittiin. Viimeisessä vaiheessa (4) suoritettiin kysely hoito- ja palvelukotien työntekijöille (N=98). Asukkaiden ohjausta analysoitiin työntekijöiden näkökulmasta ja tuloksia verrattiin tutkimuksen aikaisempien tutkimusvaiheiden tuloksiin.

Mielen kuntoutujan ohjaus on tutkimuksen tiedonantajien mukaan kolmiulotteista counselling-, guidance- ja supervision-tyyppistä ohjausta, jossa normatiivinen (supervision) ohjaus korostuu. Säännöillä on suuri merkitys hoito- ja palvelukotien yhteisöllisyyttä tavoittelevassa työtoiminnassa, jossa päivittäisten elämisen taitojen, lähinnä kotitöiden, oppiminen painottuu. Mielen terveyskuntoutuksen teorianhistorialla, lähinnä sosiaalisen oppimisen ohjelmalla, lienee hallitseva vaikutus kuntoutustyöntekijöiden yhä käytössä oleviin menetelmiin. Ohjausta tulee tulosten mukaan kehittää kokemuseräisen ohjauksen (counselling) ja ohjaavan kuntoutuksen suuntaan. Ohjaava kuntoutus perustuu eettiseen suhteeseen toiseen ihmiseen, luottamukseen mielen kuntoutujan kehittymisestä, kokemuksen merkityksen ymmärtämiseen ja tulkintaan ja ohjauksen osapuolien keskinäiseen kasvuun ja kumppanuuteen. Jatkossa voitaisi tutkia, miten ohjauksen osapuolet tavoittelevat kokemuksen merkitystä ja miten ohjaava kuntoutus edistää kuntoutumista.

**Avainsanat:** mielen terveyskuntoutus, mielen kuntoutuja, ohjaus, hoitokoti, palvelukoti oppiminen, interventio, kehittyminen, työtoiminta, kokemus, merkitys, kumppanuus, yhteisöllisyys, ohjaava kuntoutus, kuntoutuja-curriculum,

**Eija Mattila**

## **CLIENT COUNSELLING IN PSYCHIATRIC REHABILITATION**

### **The private nursing home as a small rehabilitation community in social and health care**

#### **Abstract**

Psychiatric rehabilitation has diversified in the 1990s into outpatient and semi-institutional private services both in Finland and in most Western European countries. However, little research has been devoted to this new sector in Finland. The aim of this study is to find out how client counselling in psychiatric rehabilitation is being carried out in private nursing homes in Finland. The main focus is on determining what kind of counselling is being done, why it is being done in private nursing homes the way it is, and on finding ways to improve or expand counselling in psychiatric rehabilitation. This study was conducted in four stages, each whose results had an impact on the contents and the methods of the next part of the study. As this study is based on existential, phenomenological and hermeneutic approaches its findings were produced by triangulation (Mixed model studies, Tashakkori & Teddlie 1998, Miles & Huberman 1988).

The first part of the study deals with the concept of counselling as it applies to psychiatric rehabilitation. The patients perceptions and experiences of the counselling and their needs for counselling are described, in addition, an effort is made to show how counselling helped in making patients more receptive to caring for themselves. The second part describes the collecting of information about the theoretical-historical background of rehabilitation work in Finland, as well as about the nature and development of this work in Finland from 1983–1993, with the focus on a private association. The third part describes and interpretes the ideas and experiences of nursing home clients who were undergoing psychiatric rehabilitation (N=50) with regard to their own health goals and methods for reaching them. The final part studies client counselling from the point of view of the nursing home staff (N=98), and the results were compared to the results of the previous stages of the study.



The responses of the interviewees showed that the client counselling in psychiatric rehabilitation has three dimensions, viz. counselling, guidance and supervision, with the last of these emphasizing normative principles of counselling. Rules are of great importance in community-orientated work in nursing homes, where skills needed in everyday life, especially household duties, are emphasized. From the theoretical point of view the program of social learning seems to have had the greatest impact on the methods used by rehabilitation staff. The results show that more emphasis should be placed on experience-based counselling and counselling rehabilitation. Counselling rehabilitation is based on an ethical relationship between two people, on trust in the progress of the client, on the importance of experience in understanding and interpreting the clients and their needs and on the development of cooperation. Future study should be devoted to finding out how both parties in a counselling relationship strive to grasp the significance of individual experiences and gain confidence in the positive results that counselling can have on rehabilitation.

**Keywords:** psychiatric rehabilitation, client in psychiatric rehabilitation, counselling, nursing home, learning, intervention, developing, human activity system, experience, meaning, community, counselling rehabilitation, client curriculum

# ARVOISA LUKIJANI

Kädessäsi on kasvatustieteen tutkimus, jota nimitän myös tutkimusprojektiksi. Se koostuu neljästä erillisestä tutkimusvaiheesta ja sen raportti on jaettu kolmeen osaan. Termit tutkimus ja tutkimusprojekti tarkoittavat siis synonyymeina koko tutkimusta ja tutkimusvaihe- ja osatutkimustermejä käytän jokaisesta neljästä tutkimusprojektin osatutkimuksesta.

Olen otsikoinut tutkimusraportin kolme osaa musiikkitermein. Minulle musiikki merkitsee vapautumista ilmaisuun, kasvuun, eläytymiseen, nautintoon ja vahvistumiseen. Käyttämäni musiikkitermit kuvaavat symbolisesti tutkimusprojektini etenemistä, mutta käytän niitä myös mielenterveyskuntoutuksen peilinä.

**Alkusoitto**, tutkimuksen ensimmäinen osa, johdattelee tutkimuksen tarkoitukseen ja lähtökohtiin, mielenterveyskuntoutuksen nykytilan kuvaukseen sekä tutkimuksen filosofisiin, teoreettisiin ja menetelmällisiin ratkaisuihin. Alkusoitolla tarkoitetaan yleensä jonkun ison musiikkiteoksen, oopperan tai muun vastaavan sävellyksen alkunumeroa. Sinfonian läpilyönnin myötä alkusoitto muuttui; se sai saman muodon kuin sinfonian ensimmäinen osa, eli pitkähkö, temaattisesti työstetty allegro. Myös toinen muutos alkusoiton luonteessa on oleellinen; se ennakoii musiikkiteoksen tunnelmaa. (Brodin 1980).

**Crescendo**, tutkimuksen toinen osa, koostuu neljän osatutkimuksen erillisestä raportoinnista. Tutkimus kasvaa siten, että kukin tutkimusvaihe muokkaa ja suuntaa tuloksillaan seuraavan tutkimusvaiheen sisällöllisiä ja menetelmällisiä ratkaisuja. Crescendo tarkoittaa musiikkiterminä kasvamista ja voimistumista. (Brodin 1980).

**Colla Parte** -osassa, tutkimuksen kolmannessa osassa, kootaan teoreettinen synteesi ohjaavasta kuntoutuksesta sekä kuvataan eri tutkimusvaiheiden keskeisiä tuloksia tiedonantajien äänten mukaisesti. Mielenterveyskuntoutusta symboloi orkesteri ja mielen kuntoutuja esittää sen pää-ääntä. Tutkimustulosten pohjalta esitän suosituksia mielen kuntoutujan ohjaustoiminnan kehittämiseksi ohjaavan kuntoutuksen suuntaan. Colla parte -musiikkitermi tarkoittaa kulkemista äänen mukana; termiä käytetään tempon eli musiikin nopeuden vaihdellessa varoitukseksi siitä, että säestyksen tulee seurata joustavasti solistia tai pää-ääntä, kulkea äänen mukana. (Brodin 1980). Tällä tutkimuksella on mielenkiintoista selvittää, miten mielenterveyskuntoutuksen orkesteri säestää sen solistia, mielen kuntoutujaa. Tässä osassa pohdin lisäksi tutkimuksen luotettavuutta ja eettisiä kysymyksiä.

Elämyksellistä tutkimusmatkaa

Eija Mattila



## ESIPUHE

Tutkimusmatkalle voi lähteä monesta syystä. Minä lähdin tälle matkalle koettuani kasvavaa uteliaisuutta tohtori Toivo Heikkurisen usein siteeraamaa 'elämän virtaa' ja emeritusprofessori Erkki A. Niskasen perustavaa laatua olevaa ohjausta kohtaan. Matkan kohteen valintaa helpotti suuresti lääkäri Ilkka Taipale, joka haastoi minut löytöretkelle kohti aikanaan melko tutkimatonta yksityistä mielenterveys-työn aluetta. Halusin löytää jotain uutta ja niinpä tartuin hetkeen.

Tutkimusmatkani ohjaajalle Marja Martikaiselle haluan lausua lämpimän kiitokseni siitä ihmettelystä, mitä hän on osoittanut tutkimukseni etenemistä kohtaan. Ihmettelyllään hän on saanut minut näkemään ja tunnistamaan edistymistä ja oppimista mutta myös pysähtymään ja keräämään voimia. Professori Hannele Niemi on luotsannut minua erittäin tarkkasilmäisesti löytämään etsimääni ja saattamaan tutkimusmatkani loppusuoralle. Amanuenssi Tuomo Aalto on vaikuttanut asiantuntemuksellaan ratkaisevasti työni saattamiseksi valmiiksi väitöskirjaksi. Koko Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen väelle haluan esittää parhaimmat kiitokseni kiireettömästä ja huomiota ja kunnioitusta osoittavasta tuestanne.

Lukuisat henkilöt ja yhteisöt ovat kannustavalla otteellaan, kiinnostuneilla kysymyksillään, aika-, henkilö- tai taloudellisella tuellaan mahdollistaneet hyvän ja kokemuksellisen matkan. Tähän joukkoon kuuluvat entiset työtoverini Kellokosken sairaalasta ja Hyvinkään terveydenhuolto-oppilaitoksesta ja nykyiset työtoverini Laurea-ammattikorkeakoulusta. Erityiset kiitokset kuuluvat esimiehilleni rehtori Pentti Rauhalalle ja koulutusalojohtaja Seija Paasovaaralle. Haluan vielä kiittää seuraavia yhdistyksiä ja järjestöjä; Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry, Mielenterveyden Keskusliitto ry, Terve Mieli ry, ITU ry, Sairaanhoidajien Koulutussäätiö, Suomen Työnohjaajat ry, Nursing International Fellowship ry ja vuonna 2001 toimintansa lakkauttanut Psykiatrisen Hoitotyön Klubi ry.

'Sparraajia' minulta ei ole puuttunut. Merkittävästi minua ovat auttaneet kansani samoja oppimispolkuja Helsingin yliopiston kasvatustieteellisessä kulkenut nykyinen nuori tohtori Jaakko Helander sekä Tampereen yliopiston ja Mikkelin ammattikorkeakoulun täydennyskoulutuskeskusten koulutussuunnittelijat Hellevi Lehtimäki ja Anita Vitikainen. Erinomaisesti sparraajiin kuuluu myös Järvenpään Invalidiliiton Koulutuskeskuksessa toteutetun Mielikki-projektin väki. Tämä matka ei kuitenkaan olisi onnistunut ilman yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotien myönteistä ja rohkaisevaa suhtautumista tutkimukseeni. Niiden edustajille tahdon esittää vilpittömän kiitokseni.

Kiitän tutkimukseni esitarkastajia professori Anneli Niikkoa ja professori Markku Ojasta huolellisesta ja perusteellisesta paneutumisesta työni rakenteeseen ja sisältöön. Teiltä saamani rakentavan palautteen koen auttaneen minua kasvamaan niin kasvatustieteen kuin mielenterveyskuntoutuksen tutkijan taipaleella. Työtoverini ja opiskelijani samoin kuin mielenterveyskuntoutuksen eri toimijat ovat kokemukseni mukaan syttyneet keskustelemaan ohjaajan rooleista niin koulutuksessa kuin myös ohjaavassa kuntoutuksessa. Nämä keskustelut ovat olleet tarpeen ohjauksen merkityksen avaamisessa ja tutkimukseni idean vahvistamisessa.

Miten sitten ovatkaan perheeni, ystäväni ja sukulaiseni kulkeneet rinnallani tässä joitakin vuosia kestäneessä matkassa? Olen saanut elää ja toteuttaa tutkimusmatkaani ja unelmaani suotuisissa olosuhteissa, sillä kotini on ollut paikka, missä minua on ymmärretty – se ei ole ollut vain asuinpaikka. Kiitän rakasta avio- puolisoani Penttiä ja kuopustamme Mirkaa siitä, että olette olleet olemassa niin aitoina ja lämpiminä, olette antaneet tilaa, kun olen sitä tarvinnut ja olette välittä- neet huomaavaisuuttanne niin paljon, etten koskaan ole kokenut jääneeni yksin tutkimukseni kanssa. Kiitän Marko sinua innostavista ja välillä kiihkeistäkin kes- kusteluista kasvatuksen kentällä sekä avustasi ATK-asiantuntijuudessasi. Vävylleni Janille kiitos kärsivällisyydestäsi sen suhteen, että olen saanut lainata tytärtäni Mari-Siskoa auttamaan minua erityisesti tilastomatematiikassa. Ystäväni ja suku- laiseni uskoakseni sanoisivat Lauri Viidan sanoin: *“Mitä lienee, siitä viis, kunhan uskot unelmiis”*.

Nurmijärven Koivulehdossa 12.1.2002

Eija Mattila

# SISÄLLYS

## Osa I ALKUSOITTO

1	Tutkimuksen tarkoitus ja eteneminen .....	3
2	Mielenterveyskuntoutuksen nykytila .....	7
2.1	Mielisairaalahjärjestelmän kriisiytyminen – tilaus yksityisille hoito- ja palvelukodeille .....	7
2.2	Mielen kuntoutuja paradoksien pyörteissä .....	10
2.3	Mielenterveyskuntoutuksen suhde hoitotyöhön, psykoterapiaan ja ohjaukseen .....	12
3	Tutkimuksen filosofinen ja teoreettinen perusta .....	19
3.1	Filosofinen perusta – eettinen suhde toiseen ihmiseen .....	19
3.2	Teoreettinen perusta – ohjaava kuntoutus .....	23
4	Menetelmällisiä ratkaisuja ja rajauksia .....	27

## Osa II CRESCENDO – ESITYKSEN KASVAMINEN

5	I tutkimusvaihe: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia .....	39
5.1	Tutkimusvaiheen tarkoitus ja teoreettiset lähtökohdat .....	39
5.2	Tutkimuskohde, -kysymykset ja menetelmälliset ratkaisut .....	45
5.3	Tutkimustulokset .....	47
5.4	Johtopäätökset ja pohdinta .....	50
6	II tutkimusvaihe: Yksityisen mielenterveyspalveluja tarjoavan yhdistyksen työtoiminnan kuvaus .....	53
6.1	Kuntoutumisen ohjaus työtoimintana .....	53
6.2	Tutkimusvaiheen tarkoitus, tutkimuskohde ja -kysymykset .....	54
6.3	Kehittävän työntutkimuksen teoreettisia lähtökohtia .....	58
6.3.1	Toimintajärjestelmä ja työtoiminnan käsite .....	59
6.3.2	Kehittävän työntutkimuksen soveltaminen tässä tutkimusvaiheessa ja ristiriidan käsite .....	61
6.4	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut .....	62
6.4.1	Yhdistyksen toimijat tiedonantajina .....	64
6.4.2	Tutkijan rooli ja tutkimustiedon luotettavuus .....	64
6.5	Tutkimustulokset .....	66
6.5.1	Kuntoutumiskodin arki .....	66
6.5.2	Yksityisen mielenterveyspalveluja tarjoavan yhdistyksen kehitysvaiheet .....	70
6.5.3	Nykyisen työtoiminnan ristiriidat ja kehitystarpeet .....	83
6.6	Johtopäätökset ja pohdinta .....	86

7	III tutkimusvaihe: Mielen kuntoutujan ohjaus – asukkaiden näkökulma ...	93
7.1	Mielen kuntoutuja – kansalainen .....	93
7.2	Tutkimusvaiheen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	94
7.3	Tutkimusvaiheen lähtökohdat .....	95
7.3.1	Mielen kuntoutujan terveys .....	95
7.3.2	Mielen kuntoutujan sosiaalinen ja taloudellinen tilanne .....	100
7.3.3	Psykiatriisiin potilaisiin kohdistuvat asenteet .....	102
7.3.4	”Hoitoa vai koulutusta” .....	104
7.3.5	Yhteisöllisyys hoidon ja kuntoutuksen välineenä .....	106
7.3.6	Ohjauksen ulottuvuudet yhteisöllisissä työtavoissa .....	113
7.3.7	Yhteisöllisen työn etiikka .....	117
7.4	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut, hoito- ja palvelukotien sekä tiedonantajien kuvaus, aineiston keruu ja analyysi .....	119
7.5	Tutkimustulokset .....	127
7.5.1	Asukkaiden käsitys terveyteen liittyvistä tavoitteista .....	127
7.5.2	Terveyteen liittyvien tavoitteiden toteutuminen .....	128
7.5.3	Mahdollisuudet, ongelmat ja ratkaisut asukkaiden terveys-tavoitteiden ja kuntouttavan työtoiminnan välillä? .....	136
8	IV tutkimusvaihe: Mielen kuntoutujan ohjaus – työntekijöiden näkökulma .....	143
8.1	Hoito- ja palvelukotiyrittäjät tuntematon ryhmä? .....	143
8.2	Tutkimusvaiheen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	145
8.3	Mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävä .....	146
8.3.1	Eettinen suhde toiseen ihmiseen .....	147
8.3.2	Mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittymisessään .....	148
8.3.3	Kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta .....	150
8.3.4	Ohjauksen osapuolien keskinäinen kasvu ja kumppanuus .....	155
8.3.5	Yhteenvetoa mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä .....	159
8.4	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut, tiedonantajat, aineiston keruu ja analyysi .....	161
8.5	Tutkimustulokset ja johtopäätökset .....	164
8.5.1	Työntekijöiden kuvaus asukkaiden kuntoutumisen tavoitteista .....	164
8.5.2	Työntekijöiden kuvaus toiminnastaan asukkaiden kuntoutumisen tukemisessa .....	171
8.5.3	Työntekijöiden kuvaus hoito- ja palvelukotiyhteisöjen työtoiminnasta .....	174
8.5.4	Kuntouttavan työtoiminnan ongelmia ja ongelmien ratkaisutapoja .....	188
8.6	Pohdinta .....	191

Osa III COLLA PARTE – ÄÄNEN MUKANA

9 Ohjaava kuntoutus -käsitteen teoreettinen synteesi .....	199
10 Tutkimuksen tiedonantajien äänenmukaiset tulokset .....	205
11 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen jälkikirjoitus .....	213
LÄHTEET .....	221
LIITTEET .....	237



## KAAVIOT

Kaavio 1.	Tutkimusprojektin portaittainen eteneminen .....	4
Kaavio 2.	Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden portaittainen kuntoutus .....	17
Kaavio 3.	Ohjaavan kuntoutuksen teoreettinen viitekehys .....	24
Kaavio 4.	Tutkimusprojektin eri tutkimusvaiheiden menetelmälliset ratkaisut ..	31
Kaavio 5.	Kehittävän työntutkimuksen vaiheet ja toisen osatutkimuksen rajaus .....	33
Kaavio 6.	Yhdistys toimintajärjestelmänä ja kuntoutumiskodin asukkaiden lähes päivittäiset yhteistyötahot yhdistyksen muissa yksiköissä .....	55
Kaavio 7.	Ihmisen työtoiminnan rakennemallin soveltaminen toisessa tutkimusvaiheessa .....	60
Kaavio 8.	Psykiatrisen kuntoutuksen toiminnallinen laajuus .....	77
Kaavio 9.	Kasvatavat jännitteet yhdistyksen alkuvaiheessa toimijoiden ja välineiden välillä .....	78
Kaavio 10.	Työn ammatillistumisesta johtuvia jännitteitä toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä .....	82
Kaavio 11.	Toisen asteen ristiriitaa asukkaiden kuntoutumisen ja humanistisen ihmiskäsityksen, sääntöjen ja asukkaiden kuntoutumisen, yhteisön ja yhteisöllisyyden välillä .....	86
Kaavio 12.	Ohjaava kuntoutus “koti-puutarha-erämaa” -metaforan mukaisesti ..	97
Kaavio 13.	Yhteisökäsitteen ulottuvuudet .....	107
Kaavio 14.	Yhteisöllisyyden muodot ja keskinäiset suhteet .....	109
Kaavio 15.	Eristävän ja integroivan hoidon lähestymistavat) .....	113
Kaavio 16.	Yksilö- ja yhteisöohjautumisen hierarkia .....	114
Kaavio 17.	Läsnäolo huolenpitona .....	157
Kaavio 18.	Luonnon mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä .....	161
Kaavio 19.	Ohjauksen kolmiulotteisuus .....	199
Kaavio 20.	Kokemuseräisen ohjauksen suhde ohjataan kuntoutukseen .....	201

## TAULUKOT

Taulukko 1.	Ohjauksen suhde psykoterapiaan ja mielenterveyskuntoutukseen .....	15
Taulukko 2.	Ohjauksen kolmiulotteisuus .....	42
Taulukko 3.	Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana, tutkimuskysymykset ja teema-alueet .....	46
Taulukko 4.	Potilaiden (n=10) käsityksiä ja kokemuksia ohjauksesta .....	48
Taulukko 5.	Yksityisen kuntoutumiskodin työtoiminta, tutkimuskysymykset ja aineistonkeruumenetelmät .....	58
Taulukko 6.	Kuntoutumiskodin arjen voimavaroja ja ongelmia (tt=työntekijä, as.=asukkaat) .....	237
Taulukko 7.	Yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotiasukkaiden käsityksiä ja kokemuksia ohjauksesta, tutkimuskysymykset ja teema-alueet .....	95
Taulukko 8.	Tavoitteiset yhteisötyypit ohjaus- ja toimintatavan mukaan .....	115

Taulukko 9.	Yksityisten hoito- ja palvelukotien osallistuminen III tutkimusvaiheeseen .....	120
Taulukko 10a.	III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimuskysymys 1, naisasukkaat .....	125
Taulukko 10b.	III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimus kysymys 1, miesasukkaat .....	126
Taulukko 10c.	III tutkimusvaihe, aineiston sisällön analyysi, tutkimuskysymys 2. Naisasukkaat .....	285
Taulukko 10d.	III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimuskysymys 2., Miesasukkaat .....	287
Taulukko 10e.	III tutkimusvaihe, tutkimuskysymykset 1-3. aineiston laadullisen sisällön analyysin tulos .....	290
Taulukko 11.	Nais- ja miesasukkaiden siviilisääty .....	269
Taulukko 12.	Asukkaiden koulutus .....	269
Taulukko 13.	Asukkaiden ammatti .....	269
Taulukko 14.	Hoito- tai palvelukodissa asumisen aika .....	269
Taulukko 15.	Nais- ja miesasukkaiden ikäjakauma .....	270
Taulukko 16.	Mistä asukas tullut hoito- tai palvelukotiin? .....	270
Taulukko 17.	Miksi asukas tullut hoitokotiin? .....	271
Taulukko 18.	Hoito- ja palvelukotien työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia kuntoutumisen ohjaamisesta, tutkimuskysymykset ja teema-alueet .....	146
Taulukko 19.	Läänikohtainen kyselylomakkeiden välittäminen ja palautus .....	162
Taulukko 20.	Hoito- ja palvelukotityöntekijöiden ikäjakauma ja sukupuoli .....	273
Taulukko 21.	Hoito- ja palvelukotityöntekijöiden koulutus ja osuus kaikista vastaajista .....	273
Taulukko 22.	Ammatti .....	274
Taulukko 23.	Työkokemus .....	275
Taulukko 24.	Miksi naisasukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin työntekijöiden (n=98) mukaan? .....	165
Taulukko 25.	Miksi miesasukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin työntekijöiden (n=98) mukaan? .....	165
Taulukko 26.	Yhteenveto työntekijöiden käsitysten mukaisista asukkaiden kuntoutumisen tärkeimmistä tavoitteista. ....	169
Taulukko 27.	Asukkaiden ja työntekijöiden painotukset kuntoutumisen tavoitteissa .....	170
Taulukko 28.	Millaiseen toimintaan työntekijät (n=98) ohjaavat asukkaita? .....	172
Taulukko 29.	Millä tavoin työntekijät (n= 98) toimivat ohjatessaan asukkaita? .....	173
Taulukko 30.	Vaikeasti sairaan tai vammautuneen henkilön hoidon ja kuntoutuksen lähestymistapoja .....	215
Taulukko 31.	Ohjaavan kuntoutuksen suhde mielenterveyskuntoutukseen .....	216

**Osa I**

**ALKUSOITTO**



# 1 Tutkimuksen tarkoitus ja eteneminen

Tämä tutkimusprojekti on maanlaajuinen tutkimus yksityisistä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeista, jotka tarjoavat psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen mielen kuntoutujille asumis- ja kuntoutumispalveluja. Suomalaisista sosiaali- ja terveysalan yrityksistä tai uusista ammatinharjoittajista on tehty tieteellistä tutkimusta varsin vähän (Kovalainen ym. 1996, 11).

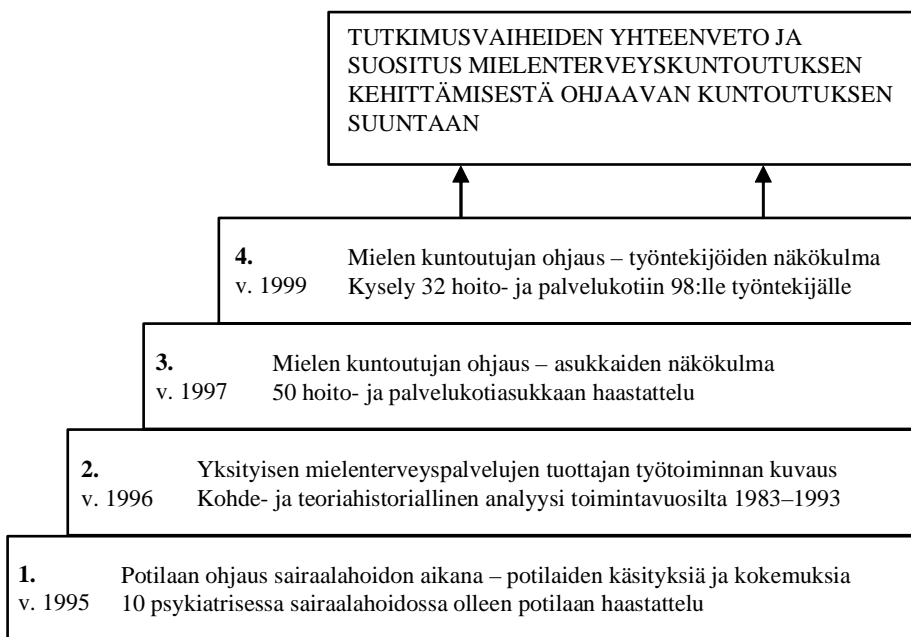
Tutkimuksen *tarkoituksena* on tuottaa tietoa näistä yksityisistä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeista maassamme, niiden asukkaita ohjaavasta kuntoutuksesta ja kuntoutumisen välineistä. Kasvatustieteessä on Ojasen mukaan (2000, 11) suuntauduttu joitakin tutkijoita lukuun ottamatta melko vähän ohjausprosessin johdonmukaiseen kehittämiseen teoreettisella tasolla, vaikka ohjaus on jatkuvasti läsnä kasvatuksessa sen käytännöllisenä osa-alueena. Mielenterveyskuntoutus on mitä suuremmassa määrin kuntoutujan kasvun ja kehittymisen ohjaamista ja tukemista. Siksi tämä ihmistieteiden ja sosiaalitieteiden välimaastoon asettuva tutkimus on kasvatustieteellinen opinnäytetyö, jossa voin yhtäältä tarkastella hoito- ja palvelukodeissa tapahtuvaa kuntoutuskäytäntöä kriittisesti ja toisaalta tähdätä siinä tapahtuvan ohjauksen kehittämiseen. Rajaan yritystaloudellisten kysymysten tarkastelun ja yksityisen ja julkisen sosiaali- ja terveyspalvelun keskinäisen vertailun tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Haen vastauksia seuraaviin keskeisiin kysymyksiin;

- 1) *Mitä mielen kuntoutujan ohjaus on?*
- 2) *Miksi se toteutuu hoito- tai palvelukodissa niin kuin se toteutuu?*
- 3) *Miten ja millä kuntoutumisen alueilla ohjausta tulee erityisesti kehittää?*

Ohjauksen käytännönläheisyydestä johtuen on kiinnostavaa arvioida mielen kuntoutujan ohjausta ja mahdollisesti löytää kuntoutuksen toimijoiden kasvua ja kehittymistä edistäviä ohjauksen tapoja. "Tarve vastata kysymykseen, miksi työntekijät tekevät, niin kuin tekevät, nousee ohjauksessa huolesta parantaa heidän toimintatapaansa" (Ojanen 2000, 26).

Puhuttaessa palvelujen laadusta ovat avainasemassa palvelujen välittömät käyttäjät, tässä tutkimuksessa hoito- ja palvelukotien asukkaat. Asukkaiden ohjaaminen kuntoutumisessaan on julkinen asia. Ohjausta tulee voida arvioida ja sen toteutumiseen tulee voida vaikuttaa. Arnkill ja Eriksson (1993, 30) ovat pohtineet sitä, mikä voisi olla tueksi auttamistyössä. He kirjoittavat, että ammattiauttajat saattavat joutua tilanteeseen, jossa heidän parhaatkin pyrkimyksensä toistavat joltain kehään urautunutta ongelmien ratkaisemisen tapaa (myös Kostamo-Pääkkö 2001 ja Hyväri 2001). Tällöin auttamissuhteessa ei kumpikaan osapuoli voi kehittyä. Mielestäni ohjauksen tutkimista kuntoutustoiminnassa on se, kun jokainen hoito- tai palvelukodin toimija, sekä asukas että työntekijä, joutuu tai pääsee miettimään omaa osuuttaan ohjauksessa ja siihen sisältyvässä ratkaisutoiminnassa. Jokainen joutuu tai pääsee pohtimaan suostumistaan siihen, mikä on hidasta ja tulossa.

Lähtökohtana tässä tutkimusprojektissa on ohjaus-käsitteen kuvaaminen, tulkitseminen ja täsmentäminen aluksi hoitotyön kontekstissa ja myöhemmin mielenterveyskuntoutuksessa yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa. Tutkimusprojekti koostuu neljästä tutkimusvaiheesta edeten portaittain 1) sairaalahoidossa olevien potilaiden ohjauksikäsitteistä ja -kokemuksista 2) yksityisen kuntoutuspalvelujen tuottajan työtoiminnan historialliseen analyysiin ja 3) hoito- ja palvelukotien asukkaiden ja 4) työntekijöiden henkilökohtaisiin kuvauksiin kuntoutumista ohjaavasta työtoiminnasta (Kaavio 1. Tutkimusprojektin portaittainen eteneminen).



Kaavio 1. *Tutkimusprojektin portaittainen eteneminen*

*Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa tarkastellaan potilaan ohjausta sairaalahoidon aikana tavoitteena ohjauksen teoreettisen tarkastelun syventäminen. Haen tällä tutkimuksella empiiristä tukea ohjauksen käsitteen laajentamiseksi ja täsmentämiseksi mielenterveyskuntoutuksessa. Tutkimusvaiheen tarkoituksena on kuvata ja vertailla potilaiden käsityksiä ja kokemuksia sairaalahoidon aikaisesta ohjauksesta, ohjauksen tarpeesta ja sen itsehoitoa edistävästä vaikutuksesta. Tutkimuskysymyksinä ovat 1. miten potilas käsittää ohjauksen, 2. millaisena potilas kokee ohjauksen hoitajakson eri vaiheissa ja 3. miten potilas kokee ohjauksen edistävän itsehoitotaitoja?*

*Toisen tutkimusvaiheen* tarkoituksena on kuvata ensiksi erään yksityisen mielenterveyspalvelujen tuottajan yhden yksikön, kuntoutumiskodin, asukkaiden ja työntekijän työtoimintaa ja toiseksi palvelujen tuottajan kohde- ja teorianhistoriallisia kehitysvaiheita ja -tarpeita. Niiden pohjalta voin paremmin ymmärtää ja tulkita kuntoutumiskodin työtoiminnan vahvuuksia, jännitteitä, ristiriitoja ja kehittämistarpeita. Tutkimusvaiheen lähestymistapana on kehittävä työntutkimus (Engeström 1995). Tutkimuskysymyksinä ovat *1. millainen on kuntoutumiskodin arki, 2. millaisia kehitysvaiheita voidaan erottaa yksityisen kuntoutuspalvelujen tuottajan historiassa ja 3. millaisia ristiriitoja ja kehitystarpeita voidaan tunnistaa kuntoutumiskodin nykyisessä työtoiminnassa?*

*Kolmannen tutkimusvaiheen* tarkoituksena on kuvata, ymmärtää ja tulkita yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotien asukkaiden käsityksiä ja kokemuksia omista terveystavoitteistaan, menetelmistä, joilla niihin pyritään ja tavoitteiden ja menetelmien välisistä suhteista. Jäsenän kolmannen ja neljännen tutkimusvaiheen tutkimuskysymykset ihmisen työtoiminnan rakennemallin mukaisesti (Engeström 1987b, 78). Tutkimuskysymyksinä ovat *1. millainen käsitys hoito- tai palvelukodin asukkaalla on hänen terveyteensä liittyvistä tavoitteista, 2. miten asukkaiden terveystavoitteisiin vastataan ja 3. millaisia mahdollisuuksia, ongelmia ja ratkaisuja voidaan kuvata asukkaiden terveystavoitteisiin pyrkimisen ja kuntouttavan työtoiminnan välillä?*

*Neljännen tutkimusvaiheen* tarkoituksena on kuvata ja analysoida asukkaiden ohjausta kuntoutumisen prosessissa työntekijöiden näkökulmasta ja syventää teoreettista tarkastelua mielenterveystyön kehittämisen ohjaamisesta. Tutkimuskysymyksinä ovat *1. millaisina hoito- tai palvelukodin työntekijä kuvaa asukkaan kuntoutumisen tavoitteita, 2. millaisena työntekijä kuvaa omaa toimintaansa asukkaan kuntoutumisen ohjaamisessa, 3. millaisena työntekijä kuvaa hoito- tai palvelukoti-yhteisön työtoimintaa ja 4. millaisia ongelmia ja ongelmien ratkaisutapoja hoito- tai palvelukotien työntekijät esittävät kuntoutustyössä?*





## **2 Mielenterveyskuntoutuksen nykytila**

### **2.1 Mielisairaalahjärjestelmän kriisiytyminen – tilaus yksityisille hoito- ja palvelukodeille**

Kuvaan mielisairaalahjärjestelmän kriisiytymistä maassamme paradoksien liikkeenä 1900 -luvun alkuneljänneksestä. Kunnat innostuivat Suomessa mielisairaaloitten rakentamisesta alettuaan saada valtionapua vuoden 1929 säädetyn lain mukaisesti (Pesonen 1980, 502, 515). Vuoden 1952 mielisairaslain perusteella (187/1952) mielisairaanhoidon järjestäminen tuli pääsääntöisesti kuntien tehtäväksi. Maa jaettiin mielisairaanhoidonpiireihin, joiden oli huolehdittava mielisairaanhoidosta. Jokaisella kunnalla oli oltava lääkintöhallituksen vahvistama määrä sairaansijoja (Mielisairasasetus 448/1952). Kuntiin alettiin rakentaa lisää keskusmielisairaaloita (A-sairaalat) ja sairaaloita pitkäaikaispotilaita varten (B-sairaalat). Vähitellen sairaalat alkoivat täyttyä laitostuvien ja kroonikoituvien potilaiden kasvavasta määrästä, sillä huolimatta avosairaanhoidon kehittämistä velvoittavasta uudesta laista (Laki Mielisairaslain muuttamisesta 521/1977) kuntien mahdollisuudet jatkohoita kotiutuvia potilaita ja sosiaalihuollon mahdollisuudet osoittaa heille asuntoja olivat vähäiset.

Laitoskeskeistä mielisairaanhoidojärjestelmää ryhdyttiin purkamaan tarkoituksena siirtää kehittämisen painopiste psykiatriseen avohoitoon. Maailmanlaajuise-  
na tämä palvelurakenteen muutos on moni-ilmeinen ja -vaiheinen ja edelleen jatkuva prosessi. Varsinainen sairaansijojen vähentäminen alkoi Isossa-Britanniassa vuonna 1955, Italiassa vuonna 1963, USA:ssa 1960-luvulla ja Suomessa vuonna 1973. Laitosjärjestelmä ei ole kuitenkaan täysin korvautunut missään maassa muulla instituutiolla eikä sairaansijojen supistaminen ole johtanut julkisten mielenterveyspalvelujen lakkauttamiseen. Mielenterveyspalvelut ovat modernisoituneet yleisen kehityssuunnan mukaisesti; hoito ja tutkimus ulotetaan sairaaloitten ulkopuoliseen väestöön ja mielenterveyspalveluiden avo- ja yhteisöhoidolliseen organisoitumiseen. (Salo 1996, 69, Nikkonen 1996, 18).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on koetellut voimakkaasti koko erikoissairaanhoidon maassamme 1990 -luvun molemmin puolin. Määrälliset sairaansijojen supistukset ovat olleet huomattavimmat psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Voimakkaimmat supistukset ajoittuivat skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisen ajanjaksoon 1980 -luvulle. (Nikkonen 1996, Salo 1996). Suunniteltu ja hallittu rakennemuutos kariutui 1990 -luvun talouskriisiin, jonka seurauksena sairaansijojen supistaminen entisestään nopeutui. Psykiatristen sairaansijojen määrä putosi kymmenessä vuodessa (1983–1993) noin 20.000:sta noin 6000:een (Psykiatrisen sairaanhoidon laatu 1995, 9). Avopalveluja ei ole kyetty kehittämään vastaamaan määrällisesti sairaansijojen supistamisesta johtuvaan hoidon tarpeeseen. Samaan aikaan toteutettuun valtionosuusuudistukseen perustuen kunnat ovat voineet päättää peruspalvelujen järjestämisestä itsenäisesti. (Nikkonen 1996, 22).

Kunnat ovat perustaneet mm. mielenterveyskeskuksia päiväosastoineen, toimintakeskuksineen ja kuntoutuskoteineen. Osa psykiatrisista sairaaloista kotiutetuista potilaista on voinut siirtyä näihin jatkohoitoon. Osa kotiutetuista on palannut perheidensä, vanhempiensa tai muiden sukulaistensa luo, osa on muuttanut asumaan asuntoloihin tai muiden asumispalveluratkaisujen pariin. Vain harva psykiatrisen sairaalan pitkäaikaispotilas on muuttanut omistusasuntoon. Kunnat ovat tehneet myös ostopalvelusopimuksia yksityisten asumis- ja kuntoutuspalveluja tarjoavien hoito- ja palvelukotien kanssa, joita alan ammattilaiset ovat viime vuosina ryhtyneet perustamaan melko kiivaassa tahdissa ympäri Suomea.

Mielenterveyskuntoutajat edustavat asiakasryhmää, joka usein pitkän laitoshoidon seurauksena on kasvanut riippuvaiseksi erilaisista hoitojärjestelmistä. Ilman järjestelmän tukea kuntoutajat jäävät usein yksin oman onnensa nojaan. Kun järjestelmä on palvelurakennemuutoksen johdosta murroksessa, ovat yksityiset hoito- ja palvelukodit ilmaantuneet sosiaalisen tilauksen tavoin tarjoamaan palvelujaan mielenterveyskuntoutujille.

Julkinen sosiaali- ja terveyspalvelu on tukevalla lainsäädännöllä ohjeistettua ja valvottua samoin kuin yksityinen terveydenhuolto (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990, Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990). Erikoissairaanhoidolaki velvoittaa kuntien sosiaali- ja terveystoimen edustajia tekemään tiivistä yhteistyötä keskenään. Yksityisten sosiaalipalvelujen osalta hoito- ja palvelukotien toiminta on ollut lääninhallitusten luvan- ja valvonnasta vuodesta 1997 alusta alkaen (Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996). Voimaan astunut laki on muuttanut käytäntöä siten, että ympärivuorokautisen sosiaalialan palvelun käynnistäneillä yrityksillä on ollut puoli vuotta aikaa hakea lupa lääninhallituksilta. Uudet vastaavan alan yrittäjät tarvitsevat toimintansa käynnistämiseksi läänin luvan.

Mm. tästä lainsäädännön eriaikaisesta kehityksestä on ollut seurauksena, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet sekä laadullisesti että määrällisesti kirjavampia ja silti suuri joukko mielen kuntoutujia on jäänyt vaille avopalveluja. Tämä on johtanut mielen kuntoutujien syrjäytymiseen ja myös suureen kuolleisuuteen. (Mielenterveystyö 1993, 13, Laiho & Virnes 1995, 10–11, Marjamäki ym. 1996, 135, Nikkonen 1996, 24, Helsingin Sanomat 23.10.1997).

Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta on Laitisen mukaan (1995, 100-103) ollut ennen v. 1997 voimaastunutta lakia hajanainen kokonaisuus sisältäen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ja yleisiä, kaikkeen palvelutuotantoon tarkoitettuja määräyksiä. Lainsäädännön puutteellisuutta ja hajanaisuutta kuvaa mm. se, että sosiaalialan yksityisen toiminnan ehtoja ei ollut säädetty lainsäädännöllä käytännössä lainkaan. Tähän liittyy asiakkaan oikeudellinen asema, mitä ei kunnallisessakaan sosiaalihuollossa ollut laintasoisesti määritelty. Terveydenhuollossa potilaan oikeuksia turvaa laki potilaiden asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Ammattinharjoittamisen osalta sosiaalihuollon puolella ei ole ollut terveydenhuollossa noudatettavaa henkilöstön laillisuus- ja rekisteröimismenettelyä kun sitä vastoin yksityisen terveydenhuollon hoito- tai palvelukodin perustamiseen on tarvittu lupa lääninhallituksesta. Sosiaalihuollon yksikkö on selviytynyt tekemällä toiminnastaan käynnistämislupien sijaintipaikkakunnan sosiaalitoimistolle.

Asiakkaat ovat joutuneet eriarvoiseen asemaan ja yrittäjät ovat hämmentyneinä pohtineet, onko kyseessä sosiaali- vai terveydenhuollon yritys. Ammattihenkilöstön etukäteisvalvontaa ei myöskään ole hajanaisuuden ja lainsäädännön puutteellisuuden vuoksi voinut toteuttaa sosiaalihuollossa samalla tavalla kuin terveydenhuollossa. Yksityisen sosiaali- ja terveystoimen hajaohjausta kuvaa myös se, että useat rahoittajat (esim. kunnat, KELA, Raha-automaattiyhdistys, Tapaturmavirasto) ovat valvoneet myöntämiensä etuuksien käyttöä ja määritelleet toiminnan ehtoja. Yleiset yhtiö-, yhdistys- yms. oikeudelliset säädökset ovat sitoneet tai velvoittaneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa. Omia vaatimuksiaan ovat asettaneet myös eri viranomaiset sekä kuluttaja-, kilpailu-, rakennus- ja kaavoituslainsäädäntö. (Laitinen 1995, 100–103).

Laitinen (1995, 102–103) on kehottanut yksityisen sektorin toimijoita (asiakkaat, työntekijät) kysymään, mitä asiakas sijoittamallaan rahalla saa, miten hän voi verrata eri palveluja toisiinsa ja mitkä ovat asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet tai valitusmahdollisuudet? Edelleen voidaan kysyä, miten määritellään hoivayrittäjyyden laatuvaatimukset ja laadun tunnusmerkit tai kuka niitä on määrittelmässä tai miten asukkaan auttaminen, tukeminen, ohjaaminen tai hänestä välittäminen ilmenevät arkikäytännössä? Pulmia eivät Laitisen (emt.) mukaan aiheuta niinkään kuntien vakiintuneet ostopalvelut, joita lähinnä yhteisöt tai järjestöt tuottavat, vaan sellaiset yksittäiset yrittäjät, joiden toimintaa ohjaavat markkinoiden kysyntä ja voiton maksimointi. Hoivalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidon palvelua, joka toteutuu ihmisen kokonaisuutena kohtaavana hoitotyönä ja kuntoutuksena.

Osa läänien viranomaisista on kiinnittänyt huomiota muutamiin väärinkäytöksiin, jotka ovat tulleet ilmi yksityisissä sosiaalipalveluyrityksissä. Tällaisiin väärinkäytöksiin tai laiminlyönteihin on välittömästi puututtava, sillä ne tarvelevät helposti myös muiden, lain ja hyvän tavan mukaisesti toimivien yksityisten palveluntuottajien mainetta ja toimintamahdollisuuksia. (Kovalainen ym. 1996, 15).

Yksityistä hoitokotia perustettaessa ongelmana on edelleen säännösten ja ohjeistuksen hajanaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitokset ovatkin alkaneet myydä hoivayrittäjiksi ryhtyvälle ”yrittäjäpakettia“, josta selviää toiminnan käynnistämisen ehdot. Yksityisiä hoitokoteja perustavia paremmassa asemassa ovat säätiö- tai yhdistyspohjaiset yksityiset yritykset, jotka ovat julkisten palveluyritysten kaltaisia ja joilla voi olla vuosien kokemus monimuotoisesta toiminnasta ja sen rahoituksesta.

Vierailin tutkimusprojektin kuluessa useassa yksityisessä mielenterveystyön hoito- tai palvelukodissa maassamme. Nämä kodit ovat keskimäärin 15 asukkaan ja neljän työntekijän muodostamia yhteisöjä, joko isoja omakotitaloja, rivi- tai kerrostalohuoneistoja sijaiten keskellä tai hyvin lähellä taajamaa eli ainakin sijaintinsa puolesta välittömässä yhteydessä muihin kunnan palveluihin. Asukkaat asuvat pääsääntöisesti 1–2 hengen huoneissa, jotka he ovat voineet kalustaa omilla huonekaluilla ja tavaroilla. Omakotitalot ovat usein joidenkin laitosten tai yritysten (Valio, VR, Sairaala, Kela, vanhainkoti, tehdas) ex-johtajien entisiä työsuhteasuntoja tai työtiloja. Tosin on yksityisiä kuntoutumiskoteja, joiden perustajat ovat varta vasten rakennuttaneet kodin asukkaiden tarpeet huomioon ottaen. Piha-

piiriin kuuluu yleensä puutarha tai kasvimaata. Erilaisia kalusteita on sijoitettu pihalle asukkaiden oleskelua varten. Joistakin kalusteet puuttuvat ja silloin asukkaat viettävät kesäaikaansa nurmikolla maaten ja tupakoiden. Kodit ovat yksilöllisesti sisustettuja ja kodinomaisia. Asukkaita liikkuu siellä täällä vapaasti ja uteliaina katsomaan, kuka vieras on.

## 2.2 Mielen kuntoutuja paradoksien pyörteissä

Tässä tutkimuksessa *mielen kuntoutujalla* tarkoitetaan *mielenterveyskuntoutujaa, joka on ollut psykiatrisen sairaalan pitkäaikaispotilas*, ja joka on tutkimushetkellä yksityisen hoito- tai palvelukodin asukas. Noin 2/3 kulloinkin psykiatrisissa sairaalassa hoidettavista potilaista on pitkäaikaispotilaita. Kun potilas on ollut kolme kuukautta sairaalassa, tehdään hänestä pitkäaikaishoitopäätös, jos hoidon arvelaan edelleen jatkuvan. Samalla hänen hoitomaksuaan tarkistetaan. (Mielenterveyden Keskusliitto 1995a, 5). Käytän tässä tutkimuksessa mielen kuntoutuja-termiä kahdesta syystä; ensinnäkin se on ilmaisullisesti mielenterveyskuntoutuja-termiä lyhyempi ja toiseksi se viittaa tutkimuksen oleellisena mielenkiinnon kohteena olevaan mielen sisältöön, jonka pyrin näkemään kokemuksellisenä kokonaisuutena, jossa sekä tietoiset että tiedostamattomat motiivit ovat läsnä (Jackson & Rey 1998, 403–407, Ojanen 2000, 21–24).

Mielen kuntoutuja on ollut usein vuosia psykiatrisessa sairaalassa hoidettavana pääsääntöisesti skitsofrenia-diagnoosilla. Lääketieteellisen mallin mukaan skitsofrenia on kognitiivis-affektiivinen psykoosi. Siinä korostuvat havaitsemiseen, ajatteluun, kieleen ja muistiin liittyvät häiriöt tunteiden kokemiseen ja ilmaisemiseen liittyvien häiriöiden ohella. Häiriö on kokonaisvaltainen ja samalla paradoksinen. Kieli ja ajattelu irtautuvat toisistaan ja lisäksi molemmat irtautuvat konkreettisesti toiminnasta. Kuitenkaan ajattelu ei lakkaa sen enempää kuin kielenkäyttökään, mutta niiden tehtävä suhteessa todelliseen toimintaan muuttuu. Valmius oppia uutta, muuttaa totuttuja toimintatapoja ja selviytyä monimutkaisissa elämäntilanteissa tuottaa mielen kuntoutujalle vaikeuksia etenkin pitkän laitoshoidon seurauksena. (Martin 1987, 307, Lohr 1991, 544–545, Ojanen & Sariola 1996, 17, 22–23, Sariola & Ojanen 1997, 68–73, Repper & Cooney 1997, 391, 393–394).

Skitsofrenia voidaan nähdä sairautena, jolloin avun tai palvelun vastaanottaja voi olla sairautensa vuoksi kyvytön osaamaan, osallistumaan tai toimimaan. Laing (1971) ei pidä skitsofreniaa sairautena. Hänen mielestään ihmisten on pyrittävä ymmärtämään potilasta hänen omista ehdoistaan ja omasta maailmastaan lähtien sen sijaan että he luokittelevat ihmisiä irrallisten oireiden perusteella ja unohtavat kokonaan sen perheyhteisön ja sosiaalisen todellisuuden, jossa yksilö on elänyt. Tätä ajattelua tukee Rauhalan (1988, 190) käsitys, jonka mukaan psykkinen häiriö on maailmankuvan häiriö, eikä sairaus tai tauti, kuten häiriöt orgaanisen elämän piirissä nimetään. Oma näkemykseni skitsofreniasta on Rauhalan käsityksen mukainen.

Golemanin mukaan (1998, 20) kaikki ihmisluontoa koskevat näkemykset ovat vajavaisia ilman tunteiden huomioon ottamista. Hän puhuu tunneällyn puolesta. Jopa ihmisen lajin nimi, *Homo sapiens*, viisas, järkevä ihminen, on Golemanin

mukaan vinouttava nimitys. Ihmisen ajatellaan humanistisen ihmiskäsityksen mukaan olevan rationaalinen, vapaa ja arvokas, valintoihin ja päätöksiin kykenevä. Kuitenkin päätöksentekoa häiritsee kokemus kaoottisesta tunne-elämästä. Miten skitsofreniaa sairastava kykenee esimerkiksi päätöksentekoon, mikäli hänen tunnemaailmansa on kaaoksessa?

Hoitotyön kontekstissa potilaan itsemäärääminen ilmaistaan mm. oikeutena päättää hoitoon liittyvistä asioista. Välimäen tutkimuksen mukaan (1998) psykiatristen potilaiden ja hoitajien käsitykset itsemääräämisestä eroavat toisistaan. Potilaat arvottavat itsemääräämistään tärkeämmäksi, he ovat halukkaampia käyttämään sitä ja arvioivat itsellään olevan mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa enemmän kuin hoitajat olettavat. Missä määrin tähän ristiriitaiseen tulokseen vaikuttavatkaan hoitajien ennakkokäsitykset skitsofreniapotilaan laaja-alaisesta mielen problematiikasta? Lisäksi pitkäaikaispotilas voi herättää hoitajissa voimakkaita tunteita uhmakkuuden, avuttomuuden, lapsellisuuden, välinpitämättömyyden, tahdittomuuden tai aloitekyvyttömyyden vuoksi (Salo-Chydenius 1992, 121). Hoitajien kokemus työstään tunnekaaosta aiheuttavana häirinnee myös heidän omaa rationaalista toimintaansa.

*“Aikuiset ihmiset eivät välttämättä opi kokemuksestaan, vaan merkityksestä, jonka antavat kokemukselleen. Tästä syystä vuorovaikutuksessa, varsinkin tiedostamattomalla tasolla, hakaudutaan helposti; ihmisten tunteilla on aina yksilöllinen merkitysaisältö“.* (Ojanen 2000, 22).

Skitsofreniaa sairastavat ihmiset ovat kokemukseni mukaan usein hyviä keskustelijoita. Keskusteluista heidän kanssaan muotoutuu kuitenkin ajoittain kuntoutuskäytännön ehkä merkittävimpiä ristiriitatilanteita. Mielen kuntoutujan puhe ei ole aina merkitykseltään sitä, miksi se helposti tulkitaan. Päivittäinen kuntoutuskäytäntö ideaalina tilana edellyttäisi paljon puhetta, keskustelua, väittelyä ja perusteluja. Käytännössä on kuitenkin tavattoman raskasta tarkistaa mielen kuntoutujan puheen sisältöä, sillä se edellyttää hänen kokemustensa ja käsitystensä taustalla olevien mielikuvien ja toimintayhteyksien vähintään ajoittaista tarkistamista (Ojanen & Sariola 1996, 23–25, Sariola & Ojanen 1997, 199–202). On paljon helpompaa ja yksinkertaisempaa puuttua kuntoutujassa ilmeneviin näkyviin haittoihin, kuten esim. kampaamattomiin hiuksiin, epätarkoituksenmukaiseen vaateetukseen tai hänen tekemättömiin tehtäviinsä päivittäisissä askareissa. Mainittujen seikkojen suhteen mielen kuntoutuja voi luoda vaikutelman postmodernista, huolettomasta ihmisestä, joka haastaa hoito- tai kuntoutustyöntekijän ylivoimaiseen tehtävään mielen kuntoutujan ohjaamisessa esimerkiksi huolelliseen pukeutumiseen.

Ihmissuhteiden vähäisyys ja muuttumattomuus johtaa mielen kuntoutujan toiseen paradoksin pyörteeseen niin laitoksissa kuin niiden ulkopuolella; samat ihmissuhteet luovat toisaalta turvallisuuden, rauhan ja jatkuvuuden tunnetta mutta toisaalta ne voivat merkitä samanlaisina toistuvia kohtaamisia, henkilökunnan väsymistä ja mielen kuntoutujien ja työntekijöiden innotonta elämisenkulkua. Sairaala on ollut potilaan koti. Hän on oppinut toimimaan siellä tietyllä tavalla ja tuntemaan keinot, miten voi olla omissa oloissaan muista välittämättä. Tällainen

käyttäytyminen jatkuu helposti sairaalan ulkopuolella. Työntekijöillä on vaara mukautua tähän – sairaalan potilaita tai hoitokotien asukkaita on vaikeaa palauttaa realiteetteihin. Heidän oikkunsakin sallitaan vedoten vaikeaan mielisairauteen. Näin kuntoutujilta voidaan tahattomasti riistää ihmisyyden tunnusmerkit, vastuu, itsekunnioitus, haasteet ja velvollisuudet (Lääkintöhallitus 1987, 63–64), mutta myös kokemukset ja historia. Ilman ohjauksellisia interventioita (palaan tähän käsitteyhdistelmään seuraavassa kappaleessa) kuntoutusyhteisöstä voi muodostua herkästi erilaisten ja toisilleen etäisten yksilöiden sijoituspaikka.

Myös se on paradoksisia kuntoutuksessa, että siitä voivat hyötyä ne, jotka joko haluavat muutosta tai myös ne, jotka haluttomasti lähtevät mukaan muutokseen johtavaan toimintaan, jotka vastahakoisesti taipuvat muutoksen viettelylle. Sisäinen ja ulkoinen oppimisympäristö mahdollistavat Ojasen mukaan (2000, 148–150) uuden tiedon luomisen tässä epäsymmetrisessä ohjaaja–ohjattava-suhteessa; ohjaaja joutuu kieltämään väliaikaisesti omat tarpeensa ja olemaan ohjattavansa kasvun palveluksessa niin, että tämän mielessä olisi tilaa uusille ajatuksille. Molemmat vaikuttavat toisiinsa ja voivat oppia toisiltaan, ohjaaja esimerkiksi ohjattavansa vastustuksesta.

Kuntoutumisessa on hetkiä, jolloin keskeneräisyydestä ja pysähtymisestä on hyötyä ja myös aihetta iloon. Baumanin mukaan (1993) postmoderni ihminen on joutunut ajalleen tyypilliseen epävarmuuteen ja samalla paradoksaaliseen tilanteeseen; toisaalta hän haluaa tehdä työtä epävarmoissakin olosuhteissa tulevaisuuden eteen ja toisaalta hän haluaa jonkinlaista pysyvyyttä ja rauhaa kokeakseen elämänsä turvallisena. Kuntoutuksessa on siedettävä tätä paradoksia. Sietämistä helpottaa kiinnostuminen lopputulosta enemmän meneillään olevasta. Kuntoutumisen ohjaamisessa toimijoiden valinnat eivät aina johda mihinkään ehdottoman valmiiseen, jonka saavuttamisen jälkeen voisi rauhoittua. Ohjauksen eräs paradoksi on siinä, että sen “antamatta” jättäminen voi joskus olla oikea vaihtoehto (Onnismaa & Taskinen 1994, 36). Ohjaaja pidättäytyy neuvomasta neuvonpyynnön jälkeenkin (Vehviläinen 2001).

### **2.3 Mielenterveyskuntoutuksen suhde hoitotyöhön, psykoterapiaan ja ohjaukseen**

Mielenterveyskuntoutusta on kehitetty maassamme monenlaisin menetelmin alkaen Elosuon (1966, 11) ideasta “sairasvuoteelta työpaikalle”. Psykiatriseen kuntoutukseen on vaikuttanut kaksi laajamittaista kehitysprosessia, jotka vaikuttanevat edelleen kuntoutumisen ohjaajan toiminnassa. Toinen perustuu Tampereen Sopimusvuori ry:ssä käynnistettyyn sosiaalipsykiatriseen kuntoutukseen ja toinen Valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelmaan vuosina 1981–1987. (Tuori 1994, Iija ym. 1996, Haataja ym. 2000). Uusia kuntoutumisen välineitä on haettu myös potilaiden oma-apu- ja oireenhallintaryhmistä, vertaistuesta, klubitalo-hankkeista, erilaisista vammaisten ja mielenterveysongelmaisten työllistämishankkeista, vapaaehtoisten tukihenkilötoiminnasta ja psykoedukatiivisesta perhetyöstä (Karppinen 1994, 25–30, Heikkinen 1996, Nikkonen 1996, Mannila 1996).

Kuntoutuksen menetelmät ovat vaihdelleet työterapiasta yhteisölliseen toimintatapaan ja behavioristisesti suuntautuneeseen sosiaalisen oppimisen malliin (mm. Elosuo 1966, Achte ym. 1975, Ojanen 1980, Nojonen 1990, Pulkkinen 1992, Nikkonen 1996, Ojanen & Sariola 1996, Sariola & Ojanen 1997, Haataja ym. 2000). Auttamisen muodot ovat voineet toteutua impulsiivisena, suunnitelmallisena tai normatiivisena auttamisena (Brickman ym. 1983, 17–19). Ne ovat tuottaneet hyviä tuloksia sekä sairaala- että avohoidossa, mutta ilmaus *“loputon hatka saa jo riittää”* antaa ymmärtää, että kuntoutuksella on vielä haasteita edessään.

Mielenterveyskuntoutuksessa on kysymys työntekijän ja kuntoutumisessa asiakkaan näkökulmasta. Kuntoutusprosessi viittaa vähintään kahden ihmisen, kuntoutujan ja työntekijän väliseen dynaamiseen ja rakentavaan vuorovaikutussuhteeseen, jonka tuloksena kuntoutujan kokonaisvaltainen toimintakyky paranee elämänlaadun kohotessa. (Pihkanen 1975, 3–6, Wing & Morris 1981, 9, Nojonen 1990, 23–24). Yleisiin normeihin sopeutumisen, sääntöjen noudattamisen ja tehtävistä suoriutumisen voidaan ajatella olevan merkki yhteiskuntakelpoisuudesta ja mielen kuntoutujan kohdalla kuntoutumisesta. Sairauteen ja ympäristön olosuhteisiin sopeutumisen lisäksi

*“...kuntoutuminen on henkistä kasvua ja luovien ratkaisujen löytämistä, oman elämän uudelleenorganisointia. Se on oppimista olemaan ja sietämään elämäntilanteen monimuotoisuutta ja hyväksymään joutilaisuus kehityksen pääomana (soveltaen Koivunen 1997, 97–98). Kuntoutuminen voidaan nähdä jatkuvana oppimisena, joka on ensisijaisesti kokemustiedon tuottamista (soveltaen Koivunen 2000, 4).*

Saarikoski (1992, 148–149) pitää puutteena sellaisen konkreettisuuden ja opettamisen ylikorostumista kuntoutuksessa, jossa ei ole riittävästi tilaa samanaikaisesti tapahtuvalle terapeuttille prosessille. Auttamissuhde, jollainen kuntoutussuhde myös on, on terapeutin, kun autettava kokee vahvistuvansa ja hyötyvänsä siitä ja ymmärtää omilla kokemuksillaan ja toiminnallaan olevan merkitystä hoidolleen (Achte 1992, 18). Tällöin auttamissuhteesta muodostuu samalla dialoginen (Ojanen 2000, 22).

Kuntoutuksen määritelmässä on aina korostettu yksilön voimavarojen ja toimintakyvyn kohentamista. Vähitellen kuntoutuksen näkökulma on laajentunut yksilöön kohdistuvista toimista ympäristöön kohdistuviin toimenpiteisiin. (Tossavainen 1995, 16–17).

*“Kuntoutus on laajaa kokonaisvaltaista toimintaa, jolla edistetään kuntoutettavan omintakeista toimeentuloa ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumista poistamalla ja vähentämällä jo todetun sairauden, vian tai vamman aiheuttamaa häirtä tai estetään yksilön erikoisominaisuudesta tai ympäristöstä todennäköisesti syntyvän haitan kehittymistä” (Lääkintöhallitus 1974).*

Se, että ihminen vastaa mahdollisimman omatoimisesti itsestään osallistuaan johonkin toimintaan tai ollessaan yhteydessä muihin ihmisiin, on mielenterveyskuntoutuksen keskeinen idea. Tässä suhteessa se on yhdenmukainen kuntoutumisen idean kanssa eroten kuitenkin ratkaisevasti hoitotyön ideasta. Henderssonin (1987, 12–13) ikaikaisen hoitotyön määritelmän mukaan *“sairaanhoitaja kor-*

vaa potilaalle kaiken sen, mitä tältä puuttuu ollakseen täydellinen, eheä tai riippumaton, on syynä sitten voimien ja tietojen riittämättömyys tai tahdon puute“. Ilmaisuuksien ”sairaanhoitaja korvaa kaiken“ on varsin kaksiteräinen. Hoitoyhteisöjen perustehtäväksi rajautuu määritelmän mukaan helposti potilaan puolesta tekeminen ja tehtävien suorittaminen. Kuntoutusyhteisöissä on houkutus ilmentymään hoidotyön ja mielenterveyskuntoutuksen käsitteiden tarkempaa erittelyä jatkaa ”potilaan hoitamista“.

Mielenterveyskuntoutus muistuttaa läheisesti psykoterapian ja ohjauksen ideaa. Kuntoutus ja ohjaus rikkovat perinteisiä hoito- ja sosiaalityön rajapintoja (Onnismaa & Taskinen 1994, 31). Kuntoutuksen ja ohjauksen tavoitteena pidetään sitä, että yksilöä autetaan selviytymään hänen kasvuaan estävistä tekijöistä niin, että hän kykenee kohtaamaan ja käsittelemään niitä ja kehittymään optimaalisesti omat voimavaransa huomioonottaen.

Useimmat psykoterapeutit hyväksyvät tämän tavoitteen myös psykoterapian tavoitteeksi, mutta he korostavat, että ohjaajan tehtävä ei ole osoittaa fysiologisia tai mielenterveydellisiä eroja yksilön terveydentilassa, sen tekee psykoterapeutti (Patterson 1986, xvii–xviii). Psykoterapeutilla on asiaankuuluva koulutus, kokemus ja tietopohja ja potilas on tullut terapeutin luokse joko vapaaehtoisesti tai pakosta saadakseen asiantuntevaa apua (Tähkä 1970, 75, Achte 1992, 17–18). Lisäksi psykoterapia on psyykkisesti häiriintyneen ihmisen auttamiseksi aloitettua ja ylläpidettyä toimintaa erotukseksi niille inhimillisille suhteille, joiden luonnetta kuvaa spontaanisuus, satunnaisuus tai tietoisuuden puuttuminen (Tähkä 1970, 75).

Ohjaus on psykoterapiaa joustavampi sallien spontaanisuuden, satunnaisuuden ja arkielämän monimuotoisuuden tutkiskelun. Ohjauksen ensisijainen tehtävä on käsitellä kokemuksia, mielikuvia, tunteita ja ajatuksia, ei niinkään saada aikaan muutos ihmisen käyttäytymisessä tai asettaa ideaalimalleja. (Ojanen 1993). Perinteisesti psykiatrinen kuntouttava auttamistyö pohjaa niille osa-alueille, joilla kuntoutettava on vielä toimintakykyinen. Tämä tarkoittaa kuntoutustyön käynnistämistä nykyhetkestä, kuntoutusohjelmien suunnittelemista ja strukturoimista tavoitteelliseksi, toiminnalliseksi, konkreettiseksi, selkeiksi ja johdonmukaisiksi. (Saarikoski 1992, 157–161). (Taulukko 1.)



Taulukko 1. *Ohjauksen suhde psykoterapiaan ja mielenterveyskuntoutukseen (sovelta-  
en Tähkä 1970, Ojanen 1993, Peavy 1999, Bond 2000)*

<b>Ohjaus</b>	<b>Psykoterapia</b>	<b>Mielenterveyskuntoutus</b>
Kokemuksellinen oppiminen	Uudelleen rakentuminen	Kuntoutuminen
Aiheet tilannekohtaisesti kulttuurisin hypoteesein	Aiheet asiakkaan persoonallisuudesta tieteellisin hypoteesein	Aiheet kuntoutumisprosessista kuntoutujan toimintakykyisyyttä korostavin hypoteesein
Ongelmanratkaisu, spontaanius	Analyttisyys	Suunnitelmallisuus
Tietoinen ja tiedostamaton	Esitietoinen ja tiedostamaton	Tietoinen
Päähuomio normaalissa käyttäytymisessä	Päähuomio häiriökäyttäytymisessä	Päähuomio voimavaraisessa käyttäytymisessä
Tämänhetkisyys	Menneisyys	Tämänhetkisyys ja tulevaisuus
Yhteistyöstä sovitaan tilannekohtaisesti lyhyelle ajanjaksolle	Asiantuntijan avusta sovitaan pitkälle ajanjaksolle	Yhteistyöstä sovitaan tilannekohtaisesti pitkälle ajanjaksolle
Toiminnan perusta poikkitieteellinen	Toiminnan perusta psykologinen ja lääketieteellinen	Toiminnan perusta psykologinen, sosiaali- ja lääketieteellinen

Kokemukseni mukaan spontaani ohjaava toiminta kuntoutujien kanssa on helpottanut heidän selviytymistään uusissa tilanteissa. Esimerkkinä ovat mielen kuntoutujien kanssa tekemäni retket tai matkat, joilla usein tapahtuu asioita sattumalta. Kokemukseni mukaan kuntoutujat käyttäytyvät ja toimivat näillä retkillä vastuullisesti ja vapautuneesti. Käytännöllisenä vaikuttamisen tapana spontaani ohjaava toiminta tukee näin asiakkaan oikeutusta, valtuutusta ja voimaantumista (Empowerment) oman tilanteensa asiantuntijana. Onnismaan mukaan (Onnismaa & Taskinen 1994, 31) ohjaus ja kuntoutus voidaan käsittää hoito- ja sosiaalityön rajapinnoilta hankituksi käsityömäiseksi ja käytännölliseksi tiedoksi, jossa ohjaus on “sosiaalisen tilauksen” tavoin liitetty uutena interventiivisenä välineenä opetukseen, koulutukseen, kasvatukseen, sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja terapiaan.

Vähämöttönen kuvaa (1998) ohjausta “välitilaksi”, jossa ohjaaja ja asiakas neuvottelevat ja rakentavat yhdessä ammatinvalinnanohjauksessa “työn paikan” asiakkaan elämässä. Ajatusta voi soveltaa tähän tutkimukseen niin, että kuntoutuja ja työntekijä neuvottelevat ja rakentavat yhdessä “kuntoutumisen paikan” kuntoutu-

jan elämässä. He antavat yhdessä nimen ja merkityksen ohjauksen tarpeesta kuntoutumisessa. Siinä kuntoutustyöntekijä ja mielen kuntoutuja sukeltavat yhdessä tutkijoina kuntoutusprosessin maailmaan niin, että kuntoutuminen voi toteutua käytännönläheisenä vuoropuheluna. Ojasen mukaan (1993, 143) ohjauksessa on kysymys enemmän ideasta kuin käytännöstä. Kuntoutumisen ohjaamisessa voisi olla kysymys kohoamisesta käsitteelliseltä, abstraktilta tasolta, konkreettiin, ymmärtävään ja tulkitsevaan tasoon soveltaen Engeströmin ajatusta (1995, 100).

Kuntoutumisen tukemisesta ja ohjaamisesta käytän työnimeä *ohjaava kuntoutus*. Se edellyttää ihmisen kognitiivisen ja emotionaalisen eheyttämisen vakuuttavaa kytkemistä toiminnallisuuteen. Ohjaavassa kuntoutuksessa työntekijän tulee ravistella kuntoutujan merkitysperspektiivejä silläkin uhalla, että erilaiset näkökohdat törmäävät yhteen. Nämä merkitysperspektiivit ovat sellaista muotoilematonta tietoa (hiljainen tieto, persoonallinen tieto), joka koko ajan vaikuttaa ihmisissä, vaikka sitä ei sanoin ilmaistaisikaan (Koivunen 1997, 30–31, Koivunen 2000, 3, Polanyi 1958). Tämän tiedon esiin houkuttelemisen voi johtaa epätasapainoon aiheuttaen yksilölle epätietoisuutta, epävarmuutta ja jopa turvattomuuden tunnetta. Mutta juuri tällaisista tilanteista saattaa syntyä turvallisenä koetussa ympäristössä uusia merkityksiä, uudenlaisia asiataismennyksiä ja muutoksia, siis merkityksellistä uutta oppimista (Kohonen 1993, 77, Mezirow et al. 1996, 8). Hiljaisen tiedon esiin houkuttelemiseksi työntekijältä edellytetään kykyä ja rohkeutta sellaiseen *ohjaukselliseen interventioon, jossa toiminnallisuuden ohessa kokemuksellisuutta arvostetaan, kokemuksia käsitellään ja niihin puututaan*.

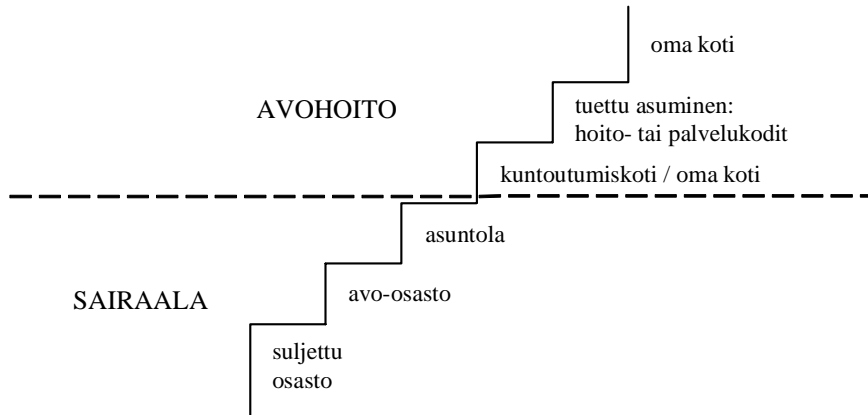
*“Jotta sielu pysyisi virkeänä, sen tasapainoa on järkytettävä”* (Eric Hoffner).

Ohjauksessa tarvitaan näkökulmia paitsi tulevaan myös menneeseen (Onnismaa & Taskinen 1994, 10). Missä määrin kuntouttavassa auttamistyössä korostuu tämänhetkinen arkiosaaminen? Tulisiko kuntoutus nähdä arkiosaamista enemmän spontaanina tämänhetkisen ylittämisenä, jossa mennyt ja tuleva kytketään nykyhetkeen? Historiattomuus lisää voimattomuutta, oikeudettomuutta ja vähävaltaisuutta. Menneessä on monen kuntoutujan terveyden menettämiseen liittyviä ahdistavia kokemuksia, mutta myös paljon hyviä kokemuksia selviytymisestä. Näiden kokemusten “tarinointi” ja tarinoiden muuttaminen kehittäväksi tiedoksi antaa toivoa tulevaisuutta varten ja samalla vapauttaa perinteisestä potilas-hoitaja-rooliajattelusta.

*“Tulevaisuus muovautuu menneisyyden aineksista. Oikea kehitys tuntee eilisen, tunnustaa tämän päivän ja tekee työtä huomista varten”*. (Martti Kurjensaari).

Onnismaa (1996a, 1996b, 286–293) on kysynyt, tarvitaanko ohjausta lisää, kun itsenäistä pärjäämistä vaaditaan joka alalla ja lähes kaikilta. Hän on vastannut kysymykseensä myöntävästi; mitä enemmän ihmisiltä edellytetään kykyä itsen ohjaamiseen, sitä enemmän edellytetään ohjausta. Mielen kuntoutujakin on aikoja sitten haastettu ohjaamaan itseään kuntoutumisensa taipaleella. Vuosina 1981–1987 toteutettu skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma kannusti kehittämään sairaalasta kotiutuvien kotona selviyty-

mistä edistäviä peruspalveluja kotiutuvien elämänlaadun ja toimintakyvyn turvaamiseksi. Ohjelman tavoitteena oli vähentää skitsofreniaa sairastavien ottamista ja jäämistä pitkäaikaiseen sairaalahoitoon. Tällä skitsofreniaprojektiksi kutsutulla ohjelmalla tuettiin erityisesti perhe- ja ympäristökeskeisten hoitomuotojen kehittämistä sekä sairaalasta avohoitoon siirtyvien pitkäaikaispotilaiden tarpeenmukaista portaittaista kuntoutusjärjestelmää. (Lääkintöhallitus 1988, 6, Leppo 1996, 10). (Kaavio 2. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden portaittainen kuntoutus).



Kaavio 2. *Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden portaittainen kuntoutus*

Siirryttyään asumaan sairaalan ulkopuolelle portaittaisen kuntoutusohjelman mukaisesti skitsofreniaa sairastavan ajateltiin selviytyvän elämästään mahdollisimman itsenäisesti. Häntä opetettiin sairaalahoidon aikana hoitamaan itseään ja talouttaan, häntä koulutettiin ihmissuhdeasioissa ja vastuuntunnossa. Mitä enemmän hän oppi, sitä enemmän hän sai vapauksia. Kuitenkin noin 10 vuotta myöhemmin Nikkonen (1996) on todennut, että laitoksesta avohoitoon siirtyneiden pitkäaikaispotilaiden osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ja harrastaminen on vähäistä ja Lassila (1998) on kirjoittanut pitkäaikaissairaiden elinympäristön, virkistyksen ja omaisten huomioonottamisen hoidossa ja kuntoutuksessa olevan edelleen puutteellista.



### 3 Tutkimuksen filosofinen ja teoreettinen perusta

#### 3.1 Filosofinen perusta – eettinen suhde toiseen ihmiseen

Olen pyrkinyt rakentamaan tutkimuksen filosofisen perustan sellaiseksi, että se tukee mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä ja että se perustuu erilaisuuden kunnioittamiseen ja kumppanuuteen (Myös Tuori 2001). Tutkimusprojektini yksityisistä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeista kehittyvinä pienyhteisöinä pohjautuu eksistentiaalisen fenomenologian ihmiskäsitykseen ja hermeneuttiseen tieto- ja maailmakäsitykseen. Pyrin tavoittamaan sellaista ymmärrystä, joka ei välttämättä ole omaani, sellaista ymmärrystä, jonka kokonaismerkitykset saavat paikkansa ainutlaatuisessa elämismaailmassa. (Varto 1992b, 58-59). Elämismaailmalla tarkoitan mielen kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän “kuntouttavalle maailmalle” antamien merkitysten kokonaisuutta.

Fenomenologisen tutkimuksen mukaan ilmiöitä tarkastellaan useasta näkökulmasta “tässä ja nyt” -tilanteessa (Parse 1987). Tämä on merkityksellistä tässä tutkimusprojektissa, sillä sen tarkoituksena on tuottaa tietoa lähes tutkimattomasta alueesta, yksityisistä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeista ja niissä toteutuvasta kuntoutumisen ohjauksesta. Nyt-hetkessä ihminen todellistuu sellaisena, miksi hän on historiansa aikana kehittynyt. Tästä hetkestä hän suuntautuu tulevaan, jolloin menneisyys ja tulevaisuus kohtaavat samanaikaisesti. (Parse 1987, Kiikkala & Munnukka 1995, 10).

Eksistentiaalinen fenomenologia käsittelee inhimillisten kokemusten olemusta painottaen “olevan olemusta” ja “olemisen mieltä sellaisenaan” (von Herrmann 1998, 107) sekä ihmisen valinnanvapautta, vastuullisuutta ja muutoksen dynaamisuutta (Lehtovaara 1992, myös Iija ym. 1996, 32). Kokemukselle annettujen merkitysten ymmärtäminen ja tulkinta ovat tutkimuskohteesta saatavien “mielien” kannalta merkityksellistä. Keskenään vuorovaikutuksessa olevat mielen kuntoutuja ja hänen ohjaajansa vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisessa kasvatussuhteessa ja siksi kasvatustieteen rooli ohjaavan kuntoutuksen teorian kehittämisessä on keskeinen (soveltaen Ojanen 2000, 21).

Rauhala (1983, 1988) on analysoinut ihmiskäsitystä eksistentiaalisen fenomenologian näkökulmasta. Hänen käsityksensä mukaan *ihminen todellistuu keholli- sessa olemuspuolella*, jonka perusrakenne on biologisessa elämässä, *tajunnallissa olemuspuolella*, jonka perusyksikkö on mieli, “...mieli, eli noema on sitä, jonka avulla ymmärrämme, tai oikeammin tiedämme, tunnemme, uskomme, uneksimme jne. ilmiöt ja asiat joksikin... mieli on tavallaan merkityksen antaja” (Rauhala 1989, 29), ja *situaationaalisessa olemuspuolella*, jonka perusyksikkönä on suhteutuneisuus eli eläminen suhteissa elämäntilanteen eri olemuspuolien kanssa.

Maailma on merkitysten maailma, jossa esineet ymmärretään useimmiten yksitasoisesti ja samalakisesti, kun taas merkitykset ilmenevät mitä moninaisimmilla tasoilla. Laadullisessa tutkimuksessa merkitykset ilmenevät suhteina, merkityskokonaisuuksina, joiden muodollisilla piirteillä ei ole painoa tutkimuksessa. Kun korostetaan merkitysrakenteiden ja näiden muodollisen erittelyn tarvetta, kä-

sitetään merkitykset yleensä samoiksi kuin niiden kielelliset ilmaisut. Laadullisessa tutkimuksessa ”mielet” eivät voi muodostaa mitään konkreettista rakennetta keskenään. (Varto 1992b, 56). Merkityssuhde (Rauhala 1989, 140) syntyy siitä, kun ”koettu mielellinen sisältö asettuu suhteeseen maailman tai jonkin sen osan kanssa siten, että maailma tai sen osa merkitsee ihmiselle sitä, mitä hän kokee”.

Merkityksen paradigma tutkimuksessa tarkoittaa tutkimusasennetta, jonka mukaan ihminen ja hänen elämismaailmansa kohdataan ainutkertaisena, tutkimuskohde jäsentyy kokonaisvaltaisena, tutkija on osa tutkittavaa maailmaa ja tutkimus koskee merkityksiä, joita hermeneuttisen menetelmän mukaisesti pyritään tulkitsemaan ja ymmärtämään. (Varto 1992b, 57, Lehtovaara 1992, 144). Tulkinalla tarkoitetaan empiirisesti tavoitettujen merkityssuhteiden avaamista ja ymmärtämisellä tutkimuskohteen muodostumista kehämäiseksi kokonaisuudeksi, jossa ymmärtäminen on lähtenyt liikkeelle tietyistä lähtökohdista palaten takaisin niiden oivaltamiseen ja uudelleen ymmärtämiseen. (Varto 1992b, 64, 69).

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään toisen elämismaailmaa. Tutkimushenkilö on riippumaton tutkijasta. Tämän tutkimuksen solistin, mielen kuntoutujan, elämismaailma on hänen omaansa, jonka ainutlaatuisuutta tutkimuksella pyritään tavoittamaan. Tulkinnan perustana on merkityksen koherenssi eli koko sen maailman huomioonottaminen ja ymmärtäminen, jossa tutkittava on ja jossa tutkimusta tehdään. Tutkija tulkitsee ja ymmärtää tutkimushenkilöä tässä ja nyt -tilanteessa, keskellä hänen elämäänsä. Tutkija pystyy erottamaan tutkimuskohteen ja oman tematisointitapansa toisistaan ja raportoimaan näiden suhteen. (Varto 1992b, 58–63). Tämän tutkimusprojektin keskeinen teema on tutkimuksen nimessä ”miten ohjata mielen kuntoutujaa”. Kysymyksessä on kuntoutumista tukevan ja edistävän ohjaussuhteen tarkastelu.

Eksistentialismin ja fenomenologisen tutkimuksen juuret ovat humanistisen psykologian suuntauksessa (Rogers 1951, Maslow 1954), jonka piiriin lukeutuvat tutkijat ovat kiinnostuneita ihmisen arvoa, ainutlaatuisuutta ja luovuutta korostavista ideologioista sekä terapeuttisista ja filosofisista pohdiskeluista (Rauste - von Wright & von Wright 1994, 135–136). Ammatillinen koulutukseni psykiatriseksi sairaanhoitajaksi 1970-luvun lopulla sisälsi varsin paljon humanistiseen psykologiaan ja holistiseen ihmiskäsitykseen liittyvää oppimateriaalia ja sen pohjalta käytyjä keskusteluja kasvattaen myöhemmin omaa opettajan ja tutkijan mielenkiintoni niin fenomenologista ajattelutapaa ja filosofiaa kuin myös metodologiaa kohtaan.

Fenomenologinen filosofia sisältää suuntauksia, jotka perustuvat eri ajattelijoiden (mm. Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Levinas) tuotoksiin. Niissä näkyy myös fenomenologisen filosofian muuttuminen ja kehittyminen aikojen kuluessa. (Åstedt-Kurki 1994, 2–7). Fenomenologinen liike on saanut alkunsa varsinaisesti Husserlin fenomenologiasta (Vilkkä 1992, 22), jota kutsutaan tietoisuuden fenomenologiaksi. Heideggerin filosofisessa ajattelussa korostuu paikallalemmisen fenomenologia. Von Herrmannin mukaan (1998, 105) Husserlin ja Heideggerin ajattelu fenomenologiasta eroaa vain kohdealueittain. Heideggerille fenomenologia on ensisijaisesti metodikäsite. Fenomenologia ei nimeä temaattista kohdetta, filosofisen tutkimuksen kohteiden asiasisältöä, vaan ainoastaan tutki-

mustavan. Yhteisenä piirteenä Husserlin ja Heideggerin ajattelussa on fenomenologinen metodi sillä oletuksella, että ollaan valmiita näkemään olennainen, pohjaton eikä ainoastaan satunnainen ero tietoisuuden ja paikalla olemisen välillä.

Merleau-Ponty tunnustautuu Vilkan mukaan (1992, 24–25) Husserlin seuraajaksi tunnustamalla Husserlin ajatuksen fenomenologiasta uudelleen aloittamisena ja paluuna asioihin itseensä, mutta hänen ajatuksensa eroaa Husserlin käsityksestä universaalista subjektista ja siihen liittyvästä olemuksellisuuden käsitteestä. Fenomenologiassa Merleau-Pontyn mukaan “...ihmistä ja hänen maailmaansa ei ymmärretä muuten kuin olemiselle korvattujen olemusten faktisuuden kautta“. Tämän käsityksen mukaan faktisuuteen liittyy havaitun maailman ensisijaisuus, olemine transsendentaalisen olemuksen sijaan.

Levinasin (1996) keskeinen filosofinen ajatus on *eettinen suhde toiseen ihmiseen*. Levinasille etiikka on ihmisyyttä, vastuullisuutta toisesta ja tässä merkityksessä fenomenologisen filosofian merkitys ja mieli. Etiikka ei perustu arvon tai arvottamisen käsitteille, vaan on niiden ulkopuolella.

“...on löydettävä tapa tarkastella suhdetta toiseen, jolloin toinen säilyttää toisautensa... avautuminen kohti toisetta jää tietoisuuden hallitseman totaliteetin tavoittamattomiin... suhde mahdollistaa toisen ihmisen ei-intentionaalisen, ei-tiedollisen kohtaamisen“ (Levinas 1996, 13).

Levinasin mukaan (1996, 7–17) toisen tulee säilyttää toisautensa ilman, että kaikkea yhteyttä toiseen tarvitsee ajatella tietona. Ihmisten välinen yhteys voi olla muutakin kuin kokemuksen ja syntetisoivan tiedon yhteyttä. Se voi olla läheisyyttä, “kasvokkain“ oloa, astumista yhteisöön. Tätä yhteyttä Levinas kutsuu sosiaalisuudeksi. Tämä suhde on epäsymmetrinen; toinen on aina ylempänä kuin sinä. Toinen on “Te“, mikä tarkoittaa sisäistä vastuuntunnetta ja varauksetonta kunnioitusta toista kohtaan. Eettinen ohjaus on epäsymmetristä dialogisuutta, jossa vastaaminen toiselle on huolen kantamista toisesta, toisen läsnäolon ja entiteetin aistimista. Tässä tutkimusprojektissa pyrin soveltamaan fenomenologiaa Levinasin (1996) ajattelun mukaisesti.

Tiedollinen todistusvoima ei kelpaa etiikalle perustaksi, sillä yksistään järjellä pystytään rajattomasti kieltämään tiedollinen perusta. Moraalin tehtävä ei muodostu käskyjen ja kieltojen systeemistä. Ennenkin sen tehtävä on herättää eettistä tietoisuutta ihmisen maailmassa-olemisen paikasta, jossa hän ei ole yksin, hänen piilossa olevan entiteettinsä kautta. Vastuullisuus toisesta merkitsee Levinasin fenomenologiassa enemmän kuin Heideggerin analyyseissa esitetty suhde toiseen ihmiseen. (Levinas 1986, 1996, Wallenius 1992, 200–201).

Heideggeriä on kiinnostanut mm. se, miten kanssaoleminen auttaa ymmärtämään maailmassa olemista yleensä, riippumattomuutta annetusta fenomenologiasta todellisuudesta, ilmiöstä. Heidegger määrittelee “ilmiön“ *itsessään näyttäytyvänä* rajaten sitä vielä kahteen suuntaan *lumeen* (*Schein*) ja *ilmentymään* (*Erscheinung*). Ilmentyminen ei kuitenkaan ole näyttäytyvää vaan ainoastaan ilmoittautumista aivan kuin sairauden oire. Sairaus ei siksi näyttäydy vaan ainoastaan ilmoittautuu. Heidegger kutsuu tätä *ilmentymän* ja *ilmoittautumisen* erottamista erityiseksi *kohtaamisen tavaksi*. Tämän perusteella fenomenologia merkitsee “*Sallia*

*nähdä itsestään käsin se, mikä näyttäytyy siten kuin se itsestään käsin näyttäytyy*“ (von Herrmann 1998, 109, 11–113). Tämän määrittelyn perusteella sairaus ei näyttyädy vaan se ilmoittautuu esimerkiksi mielen kuntoutujan käyttäytymisessä. Heideggerin maailmassa-olemisen ajattelua kohtaan Levinas on osoittanut kritiikkiään.

*“Heideggerin ontologia painottaa olemisen ensisijaisuutta suhteessa olevaan ja näin alistaa suhteen johonkukseen. Oleminen on itsekästä toimintaa, halua tehdä kaikesta samaa. Luonnollisena asenteena se on pyrkimystä minäkeskeisyyteen ja halua peruuttaa oma epätäydellisyytensä. Etiikassa korostuu suhtautuminen kohti toiseutta, joka on täysin “minästä” irrallaan, joka on jotain muuta kuin “minä”.* (Levinas 1986, 13-33, 1996, 7–26).

Luonnollinen asenne kuvaa subjekti-objekti suhdetta, mikä ei Levinasin mukaan tavoita ihmiselon perimmäisen merkityksen tutkimista. Tämän merkityksen tavoittamiseen ei myöskään Husserl Levinasin mielestä yltänyt. Husserl piti ”ajattelua” liian alisteisena teoreettiselle järjelle. Wallenius on kiinnittänyt Levinasin Husserl-kriitikissä huomiota juuri tähän tiedon teoriakeskeisyyteen. Levinasille tieto on “välttämistä”, joka johtaa yksinäisyyteen ilman ulospääsyä. Tieto ei sisällä suhdetta, sillä tieto vain otetaan omaksi. Näin luonnollinen asenne onkin egoistinen - ei tavoittelua kohti toista (Wallenius 1992, 201–202).

Merleau-Pontyn käsitys fenomenologiasta on, että se on “tietoiseksi tulemisen ehtojen tutkimista, sen sijaan, että otaksuttaisiin sen mahdollisuus ennalta annetuksi” (Vilka 1992, 35). Tässä mielessä Merleau-Pontyn ja Levinasin fenomenologia ovat toisilleen läheisiä. Merleau-Ponty kuitenkin kuvaa havainnon fenomenologina maailmaa eksistentiaalisena, alkuperäisenä ja primitiivisenä kenttänä, intentionaalisen subjektin kotina (emt. 37). Levinasin fenomenologiassa ei-intentionaalinen ja ei-tiedollinen suhde toiseen ihmiseen on mahdollinen ja tavoiteltava. Tässä mielessä Levinasin fenomenologia muistuttaa idealistisia- ja transsendentaalifilosofioita.

Kasvatustieteessä on Ojasen (2000, 23) ja Nisbettin ja Wilsonin (1977) mukaan “onnistuttu sivuuttamaan tiedostamattoman käsite – sen tutkiminen, mitä tapahtuu mielen sisällä tai miten ihminen antaa merkityksiä kokemuksilleen“. Kysymys on yksilön elämismaailmasta lähtevästä kokonaisvaltaisen oppimisen viitekehystä, jonka mukaan ihminen nähdään sisältäpäin ohjautuvana ja oppiminen kasvatuksena, josta nousevat tutkimus- ja kehittämistyön kysymykset. (Ojanen 2000, 16).

Tutkimuksen nimessä esittämäni kysymys ”*Miten ohjata mielen kuntoutujaa*” kuvaa tutkimusteemani paradoksisista liikettä; miten liittyä kuntoutujan seuraan tai ottaa etäisyyttä niin, että on kuitenkin koko ajan läsnä, miten suojata kuntoutujan eheyttä ja samalla auttaa tätä avautumaan tämän paljastamatta itsestään kuitenkaan kaikkea, miten ohjata mielen kuntoutujaa omien mahdollisuuksiensa äärelle, jotka suovat vapautta ja samalla kuitenkin rajoittavat. Keskenään vastakkaiset ja ristiriitaiset ja joskus järjenvastaiset asetelmat ovat ihmisenä ja yksilönä kehittämisen edellytyksiä. (Jarvis 1992, 1997, Parse 1992, 1997a ja b). Tutkimukseni



aihe on myös eettisesti herkkä ja se voi synnyttää ristiriitaisia käsityksiä niin tutkimuksen kuin kuntoutuksen asiantuntijayhteisöissä. Paradoksiset tilanteet kuvaavat eettisten valintojen vaikeutta mutta samalla niiden välttämättömyyttä.

### 3.2 Teoreettinen perusta – ohjaava kuntoutus

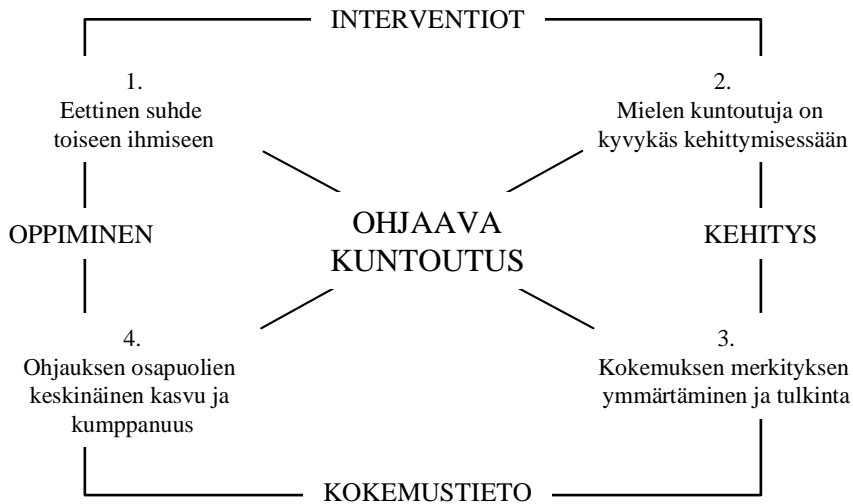
Yhdistelen seuraavaksi filosofista pohdintaani oppimisen ja kehittymisen problematiikkaan tarkoituksena kuvata ohjaavan kuntoutuksen teoreettista viitekehystä, jota kannattelemaan olen luonut neljä ohjenuoraa. Kasvatuksen näkökulmasta kuntoutustyöntekijän tulee tunnistaa ja osoittaa mielen kuntoutujan oppimista ja kehittymistä (soveltaen Hautamäki ym. 1996, 86–88). Kysymyksessä on kuntoutustyöntekijän vastuullinen interventio, joka auttaa ohjauksen osapuolia arvioimaan ohjauksen tarvetta ja muotoa. Ohjaavassa kuntoutuksessa tämä merkitsee intervention, kokemustiedon, oppimisen ja kehityksen keskinäisen suhteen tiedostamista.

Lähden siitä olettamuksesta, että mielen kuntoutuja rakentaa ja uudelleen rakentaa itseään, elämismaailmaansa ja terveyttään mutta tarvitsee ajoittain ohjauksellista *interventiota* eli toisen ihmisen läsnäoloa, puuttumista, välittämistä, huolenpitoa ja tukea luodakseen *kokemuksesta uutta tietoa* (Jarvis 1992, 9–16, Bauman 1993, Ojanen 1993, 130–132 ja 2000, Parse 1997a, 22, Peavy 1999). *Oppimisella* tarkoitan yksilön kehityksen mukaista, kokemuksen ja kontekstin suhteena tapahtuvaa, kokemuksen merkityksen ymmärtämistä, tulkintaa ja uudelleen suuntautumista sisäisen kompetenssin kasvaessa (Kolb 1984, 23–55, Claxton 1985, 126–129, Rauhala 1983, 1989, 1990, Jarvis 1992, 1997, Ojanen 1993, 130–132, Mezirow et al. 1996, 17–22, Ojanen 2000, 16). *Kehityksellä* tarkoitan ohjaavassa kuntoutuksessa yksilön henkisissä toiminnoissa ja myös muussa tavoitteellisessa toiminnassa tapahtuvia muutoksia ja tämänhetkisyys ylittämistä, joka lisää yksilön itsenäisyyttä ja erillisyyttä, toiminnan vapautta ja tasapainoa (Parse 1997a, 21–25, Hautamäki ym. 1996, 86–87) ja pyrkimystä sosiaalisuuteen.

Oppia ei voi toisen puolesta ja sen vuoksi se on pitkälle oman toiminnan tulos (Jarvis 1992, 1997). Oppimista edistää kuitenkin vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa ja erityisesti merkitysten maailman rakentaminen interventioiden avulla. Näin kokemusten merkitykset voivat muuttua, ne laajenevat käsitteellisesti ja tapahtuu oppimista (Rauste von Wright & von Wright 1994, 123–128, Ojanen 2000, 36–37). Merkityksen antaminen ilmiölle on kokemuksen ymmärtämistä ja tulkintaa ja uudelleen tulkintaa. Näin syntynyt uusi tulkinta ohjaa myöhempää ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa (Mezirow et al. 1996, 17–18). Tästä uudesta tulkinnasta vapautuminen uuden etsimiseen edellyttää kokemusten analysointia. Engeströmin mukaan (1995, 78–82) vapautuakseen historiallisesta rajoituneisuudesta ja ylittääkseen kokemuksen rajat ihminen tarvitsee kokeilemista löytääkseen uusia merkityksiä etsimälleen. Kokeilemista ohjaavassa kuntoutuksessa on kokemusten jakaminen ja niille annettujen merkitysten avaaminen.

Ohjaavan kuntoutuksen teoreettista viitekehystä (Kaavio 3.) kannattaa aikaisemmin kuvaamani fenomenologinen filosofia, joka ilmenee Levinasin mukaisesti (1996) *eettisessä suhteessa toiseen ihmiseen*. Tämä suhde osoittaa vastuullista

sosiaalisuutta, vastuuta toisesta. Eettinen suhde toiseen ihmiseen on *ohjaavan kuntoutuksen ensimmäisenä ohjenuorana*. Tämä suhde, “minän” vastuu “toisesta”, ohjaa mielenterveyskuntoutuksen toimijoita fenomenologisen ajattelun syvyyssuunnassa interventioihin. Eettinen suhde merkitsee luottamusta mielen kuntoutujan kehittymiseen ja samalla ohjauksen osapuolien keskinäiseen kasvuun ja kumppanuuteen. Suhde merkitsee kokemustiedon esiinhoukuttelemista, käsittelemistä ja tulkitsemista henkilökohtaisten merkityksenantojen kautta sekä oppimisen tunnistamista ja osoittamista. Kokemustiedon luominen kehittäväksi tiedoksi intervention keinoin ohjaa mielen kuntoutujaa kehittämisessään vastuuntuntoisuudessa itsestä ja toisesta.



Kaavio 3. *Ohjaavan kuntoutuksen teoreettinen viitekehys*

*Mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittämisessään on ohjaavan kuntoutuksen toinen ohjenuora.* Kuntoutujan on usein vaikea ohjautua itseksensä uusiin, vaihtoehtoisin tapoihin, mutta työntekijän kanssa yhdessä arvioitavan yksilöllisen tuen ja ohjauksen avulla hänen kehittämisensä voi käynnistyä ja pysyä liikkeessä. Ohjaaminen tutkimaan oman toiminnan oikeutusta kriittisesti synnyttää aina eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät niin kuntoutujan kuin hänen ohjaajansa merkitysperspektiivien kyseenalaistamiseen ja uudistamiseen. Ohjaaja voi myös tietämättään indoktrinoida. Hänen neutraaliinkin suhtautumiseensa sisältyy valinta omasta vaikuttamisesta.

*Kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta on ohjaavan kuntoutuksen kolmas ohjenuora.* Se merkitsee kuntoutustyöntekijän vastuullisuutta kuntoutujasta, reagoimista tämän kokemuksiin ja niiden tulkintoihin ja vastaamista niihin.

Tulkinta edistää kuntoutujan ymmärrystä, arvottamista ja toimintaa ja näin auttaa palkitsevaan oppimiseen. Kuntoutuja voi olla itseohjautuva oppimisessaan, mutta rajatusti. Siksi ohjaajan rooli on merkittävä kuntoutujan kehittämisessä.

Eettinen ohjaus ei perustu sääntöihin tai laatuvaatimuksiin Levinasin (1996) fenomenologian mukaan. Eettinen ohjaus toimii ennemminkin kuntoutustyöntekijän sisäistämänä merkityksenä tai mielenä, joka ohjaa häntä kuntoutujan tukemisessa. Tämä ajatus johtaa *ohjaavan kuntoutuksen neljänteen ohjenuoraan, ohjauksen osapuolien keskinäiseen kasvuun ja kumppanuuteen*. Se, että antaa mielen kuntoutujan olla subjektina ilman kohteen rasitetta, kokevana ja osallistuvana toimijana, on haaste, varsinkin kun kuntoutuminen on aina muuttumista ja muuttamista jollakin tasolla. Ohjauksessa kumpikin osapuoli antaa toisilleen, vastaanottaa ja käsittelee kokemustietoa. Kumpikin kehittyy. Ohjaajan pätevyys tai pätevä suoritus edellyttää määrättyjä taitoja tai käyttäytymistä, mutta myös ohjaajan persoonallinen aitous on eduksi. Se voi olla myös ammatillisuutta oppimisen tuloksena.



## 4 Menetelmällisiä ratkaisuja ja rajauksia

Tämän tutkimusprojektin menetelmävalintoja on ohjannut pragmaattinen teoria ja tieteenfilosofia. Pragmatistisen totuusteorian tunnetuimpina edustajina ovat olleet William James ja John Dewey (Niiniluoto 1997, 49, Tashakkori & Teddlie 1998, 11–12). Pragmatismia voidaan tarkastella kahdenlaisen totuudeksi hyväksymisen kriteerin valossa. Ensiksi väite on totta, jos se tuottaa oikeantyyppistä vaikutusta eli kun sen käyttäjät toteavat sen käyttökelpoiseksi ja hyödylliseksi. Tähän näkemykseen liitetään kokemus ja kyky ratkaista ongelmia. Toiseksi väite tai esitetty teoreettinen suhde on totta, jos se saa vahvistusta tutkimuksen toteuttaneilta henkilöiltä tai jos tiedeyhteisö arvioi teorian merkitykselliseksi. (Krause & Kiikkala 1996, 17, myös Tashakkori & Teddlie 1998, 12).

Tätä tutkimusta ohjaa käsitys, jonka mukaan ihmiset ovat intentionaalisia, sekä itsenäisiä että sosiaalisia maailmaansa ja tietoaan luovia ja konstruoivia subjekteja. Rakentamisen perustana ovat jaetut kognitiiviset skeemat. Tämän käsityksen mukaan kokemus on keskeistä tiedon konstruoimisessa ja oppimisessa. Kokemus ymmärretään tässä tutkimuksessa järkeväksi ajatusrakennelmaksi, joka auttaa selittämään uusia kokemuksia. Kokemustieto todellistuu elämisaailmassa, joka ymmärretään Husserlin tavoin rajatussa määrin yhteisesti koetuksi. Kokemusten syvällinen ymmärtäminen edellyttää niiden tutkimista sellaisina kuin ihminen ne itse kokee. Kokemustietoa saadaan intersubjektiivisessä vuorovaikutuksessa ihmisten kielellisistä ilmauksista. (Stanage 1987, 4–49, 51–63, Bogdan & Biklen 1992, 33–35, Åstedt-Kurki 1994, 1, Ahonen 1996, 121–126).

Mielen kuntoutujan elämisaailman tavoittamiseksi käytän sellaisia tutkimusmetodeja, jotka mahdollistavat intersubjektiivisen vuorovaikutuksen, kokemuksen läheisyydestä, tunteen turvallisesta ja haastateltavan asiantuntemusta arvostavasta kohtaamisesta. Kun kielen epäselvyydet ilmiöiden ymmärtämiseksi voidaan molemmin puolin tarkistaa, käsitykset ja kokemuksille annetut merkitykset voivat saada uutta valaistusta. (soveltaen Åstedt-Kurki 1994).

Merkityksen paradigmassa tutkija on merkittävä komponentti tutkimushenkilön elämäntilanteessa, samoin on tutkimushenkilö merkittävä komponentti tutkijan elämäntilanteessa. Merkityssuhteiden ja ymmärtämysyhteyksien kehittyminen suhteessani tutkijana tutkimushenkilöihin (sairaalahoidossa oleviin potilaisiin, mielen kuntoutujiin ja työntekijöihin) on toinen toisiinsa nähden vastavuoroinen vuorovaikutustapahtuma, jonka osapuolet ovat samanaikaisesti sekä suhteen keskipisteessä että suhteessa toisiinsa. Tutkija ja tutkimushenkilö ovat samanaikaisesti kietoutuneet samaan tai samankaltaisten merkitysten kokonaisuuteen. Tämä asettaa tutkimusprojektilleni tieteellisen ankaruuden vaatimuksen, mikä tarkoittaa oman olemuksen kokoaikaista huomioon ottamista ja tähän sisältyvän eettisen vastuun kantamista (Lehtovaara 1992, 255, Varto 1992a, 257, 1992b, 14–15).

Myönnän Lehtovaaran (1992, 255–256, 270) lailla, että fenomenologina kietoudun kaikesta tutkimuseettisestä reflektiosta huolimatta tulkintaan. Ensinnäkin kietoudun tulkintaan siinä, että tutkittavat ilmiöt ovat jo tulkinnan kautta syntyneet ja siksi ne muovaavat ennakkokäsityksiäni. Toiseksi kietoudun tulkintaan sii-

nä, että itse tutkimustapahtuma on tulkintaa. Ymmärtäminen on aina yhteyksissä ymmärtämistä. Tutkijana minun on kuitenkin pyrittävä ymmärtämään myös ihmismielen prosesseja ja tekojen taustalla vaikuttavia merkityksiä. En voi sivuuttaa ketään tiedon tuottajaa siitäkään huolimatta, että tieto saattaa olla rajallista. Se on ymmärrettävä sidoksissaan ihmisten sosiaaliseen elämään ja kulttuuriin. (myös Varto 1992b, 14–15).

Tieteellinen keskustelu on sisältänyt viime vuosina paljon puhetta kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueista, tarkoituksesta, yhdistämisestä ja työnjaosta (Jussila 1992, 247-255, Leino-Kilpi 1997, 222–231, Tashakkori & Teddlie 1998, Töttö 1999, 280-292). Tarkastelen valitsemieni metodeja työnjaollisesta näkökulmasta. Ihmisen toimintaan liittyy kielellisiä, tietoisuutta koskevia ja ulkoiseen maailmaan kuuluvia, joko teoreettisesta perinteestä (etic-käsitteistä) tai ihmisten omista puheista (emic-käsitteistä) johtuvia asioita, joiden kuvaamiseen tarvitaan sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä (Emerson 1983, 24, Jussila 1992, 253, Töttö 1999, 286).

Tässä tutkimusprojektissa asukkaiden kuntoutumisen ohjaus yksityisissä hoito- tai palvelukodeissa muodostuu tutkimuksen kannalta samanarvoisista kvaliteeteista ja kvantiteeteista. Laatu ja määrä eivät ole toisistaan erillisiä eivätkä toistensa vastakohtia: kvantiteetti ilmaisee sen, kuinka paljon jotakin kvaliteettia on. Laatu on määrään nähden siinä mielessä primaaria, että täytyy olla olemassa laatua koskevia kategorioita ennen kuin paljoudesta puhuminen on mielekästä. (Denzin 1978, 291, Jick 1985, 135–148, Leino-Kilpi 1997, 228).

Tutkimusprojektin alkuvaiheessa kuvaan potilaan ohjauksen ilmiötä. Myöhemmin tutkimuksen menetelmällinen funktio laajenee ymmärtävään, tulkitsevaan, analysoivaan ja osittain selittävään muotoon. Tutkimusmetodeina ovat fenomenologinen ja fenomenografinen ilmiöiden kuvaaminen ja etnografinen ja hermeneuttinen ymmärtäminen ja tulkinta. Hoito- ja palvelukotien asukkaille ja työntekijöille kohdistetuissa osatutkimuksissa aineistojen laadullisia analyyseja täydennetään loogisen positivismin menetelmin yhdistämällä tulkitseva ymmärtäminen loogisen positivismin selittämiseen. Tulkitseva lähestymistapa korostaa asioiden ja tapahtumien merkitystä yksilöille eli sen selvittämistä, millaisena yhteisön jäsenet tietyn sosiaalisen todellisuuden kokevat ja mitä se heille merkitsee. Ihmisen toiminta saa merkityksen vasta, kun on voitu osoittaa, miten hän on ymmärtänyt tilanteen ja mitkä ovat hänen intentionsa. (Leino & Leino 1989, 18–19, Varto 1992b, 55-57).

Milesin ja Hubermanin (1988, 19–20) nimittämä “*lempeä looginen positivismi*” vahvistaa heidän käsityksensä mukaan tutkittavan ilmiön fenomenologista kuvailua ja tulkintaa ja tukee tutkimuksen selkeyttä, systemaattisuutta ja huolellista johtopäätösten tekoa aineistoa analysoitaessa. Miles ja Huberman pitivät itseään loogisen positivismin kannattajina, mutta “*lempeinä*” (soft-nosed) sellaisina. “*Lempeys*” tulee siitä, että he kieltäytyivät asettamasta mitään ankaraa rajaa idiografisten (yksittäisiä tapauksia koskeva) ja nomoteettisten (lainalaisuuksia tutkiva) lähestymistapojen suhteen, vaikkakin kallistuvat enemmän induktiivisen metodologian puoleen valaistakseen sosiaalisia prosesseja.

Harva sosiaalinen ilmiö on Milesin ja Hubermanin (1988, 17–19) mukaan täysin ainutlaatuinen tai vastaavasti harva teoreettinen malli voi kaikissa yhteyksissä olla ehdoton. Sosiaaliset ilmiöt ovat olemassa sekä mielessä että objektiivisessa todellisuudessa ja sen vuoksi niillä voi olla ainutkertaisuutensa lisäksi lainalaisuuksia ja keskinäisiä vakaita suhteita. Loogisen positivismin mukaisesti nämä ilmiöt ovat objektiivisesti havaittavia, koska ihmiset rakentavat niitä yhdessä enemmän tai vähemmän sovitulla tavalla. Havainnot näistä ilmiöistä ovat ratkaisevia sen ymmärtämiseksi, miksi sosiaalinen käyttäytyminen on sellaista, jollaisena sen havaitaan ilmenevän.

Miten voin yhdistää loogisen positivismin fenomenologiseen tutkimukseen välttämättä metodisen eklektismin? On riski jättää paljastamatta ohjaukokemuksen yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus yleistämisen vetovoimaisuuden vuoksi ja siksi yhdistän tässä fenomenologisen ja “lempeän loogisen positivismin” menetelmän “alittamalla” ne tutkimuksen päämäärän, ohjauksen käsitteen laajentamisen ja täsmenämisen, alle. Lehtovaara (1992, 252–255) on kuvannut eksistentiaalisen fenomenologian ihmiskäsitystä tutkimusta koskevista 10 teesistään, joista 4. pääteesi kuuluu seuraavasti:

*“Tilastollinen yleistävä ja eksistenssikohtainen tutkimus ovat molemmat tarpeen ...elämäntaidon tutkimisessa (ajattelen elämäntaidon olevan omassa tutkimuksessani mielen kuntoutujalle merkityksellistä kuntoutumisessa edistymistä). Ne eivät voi korvata, vaan ainoastaan täydentää toisiaan. Yleisen lain etsinnän ja idiografisen tutkimuksen suhdetta arvioitaessa on kuitenkin kysyttävä, miten pitkälle on mielekästä tavoitella yleistyksiä ja yksilön suhteuttamista niihin, ennen kuin vaara menettää yksilöllisyyttä muodostuu suuremmaksi”.*

Miles ja Huberman (1988, 15–16) ottavat kriittisesti kantaa laadullisen tutkimuksen aineiston pelkkään laadulliseen analyysiin. Laadullinen aineisto on puoleensa vetävää, ja sen keräämiseen ja käsittelyyn liittyvää prosessia kuvataan ja selitetään usein värikkäästi sitomalla se alkuperäiseen ja paikalliseen kontekstiin. Hyvä laadullinen tutkimus vaatii paljon tutkijalta. Ensinnäkin aineiston keruu intensiivisenä tapahtumana vie usein kuukausia ellei vuosia ja määrällisesti kirjoitettua tai muuta aineistoa kasaantuu yleensä runsaasti. Toiseksi laadullisessa tutkimuksessa on yleistämisen ongelma; ainutkertaisuutta ei voi replikoida. Suurin laadullisen tutkimuksen ongelma on kuitenkin Milesin mukaan (1979) sen analyysissa. Ihmistutkimuksen ankaruuden kunnioittaminen ja noudattaminen ei takaa tulosten luotettavuutta.

*“Kaikkein vakavin ja keskeisin ongelma laadullista tutkimusta suoritettaessa on siinä, että sen analyysimenetelmät eivät ole hyvin muodostettuja... runsaaksi kasaantuneen aineiston analysoijalla on vähän sellaisia välineitä, jotka suojaavat häntä harhaisilta tai epäluotettavilta johtopäätöksiltä. Miten voidaan olla varmoja, että kiistattoman kyvykkäästi tehdyt arvokkaat löydöt ovat todella oikeita eivätkä vääriä“? (Miles 1979).*

Tashakkori ja Teddlie (1998, ix–x, 7) kirjoittavat sekoitetuista menetelmistä (mixed methods), joilla he tarkoittavat tutkimusmenetelmien laadullisen ja määrällisen lähestymistavan yhdistämistä (esim. aineiston keruun vaihe) erotukseksi sekoitetuista malleista (mixed model studies), joissa laadullinen ja määrällinen lähestymistapa yhdistyy läpi tutkimusprosessin kaikkien vaiheiden (aineiston keruu, analyysi ja johtopäätökset). Tämä tutkimusprojekti muistuttaa jälkimmäistä. Tässä ei tavoitella loogisen positivismin mukaisesti yhtä totuutta vaan kuntoutumisen ohjaamisessa ilmenevää ainutkertaisuutta ja lainalaisuuksia. Niiden yhdistäminen auttaa tuloksillaan osoittamaan sen totuuden, mikä kuntoutumisen ohjaamisessa hoito- ja palvelukotien asukkaiden ja työntekijöiden mukaan tutkimus-hetkellä toimii (soveltaen Tashakkori & Teddlie 1998, 12).

Tutkimusprojektini muistuttaa toimintatutkimusta (Kemmis 1997), koska siinä arvioidaan tutkittavaa kohdetta, kuntoutumisen ohjausta. Lisäksi tutkimusprojek-tini on yhteiskunnallinen interventio, joka tarjoaa oppimismahdollisuuden siihen osallistuville (toki muillekin aiheeseen syventyville). Toivon voivani osoittaa, millainen ohjaus edistää kuntoutumista, mikä sitä hidastaa tai pitää paikallaan. Häiriöt kuuluvat kehitystä edistävään avoimeen vuorovaikutukseen luonnollisena osana ja niiden tunnistaminen kuuluukin tutkimukseni luonteeseen.

Kemmis (1997, 42–49) korostaa, että dialektiikka eli väittelemine ei ole koskaan vapaa epäoikeudenmukaisuuksista ja järjettömyyksistä. Häiriötön kommunikaatio on tuskin koskaan mahdollista tai edes ideaalia. Erityisesti toimintatutkimuksen tavoitteena on tuottaa informoitua, kriittistä ja osallistujia sitouttavaa toimintatietoa, praxista. Toimintatutkimus muotoilee käytäntöä jäsenyneeiksi ja ymmärrettäväksi käytännöksi ja samalla teoriaksi, sillä se on osallistavaa ja demokraattista. Se kontrolloi kasvatuksen tutkimuksen uudistamista ja muotoa kasvatuksen edistämiseksi. Tässä tutkimuksessa kerätään aineistoa useilta tiedonantajilta tarkoituksena virittää kriittistä keskustelua mielenterveyskuntoutuksesta ja sen kehittämisestä.

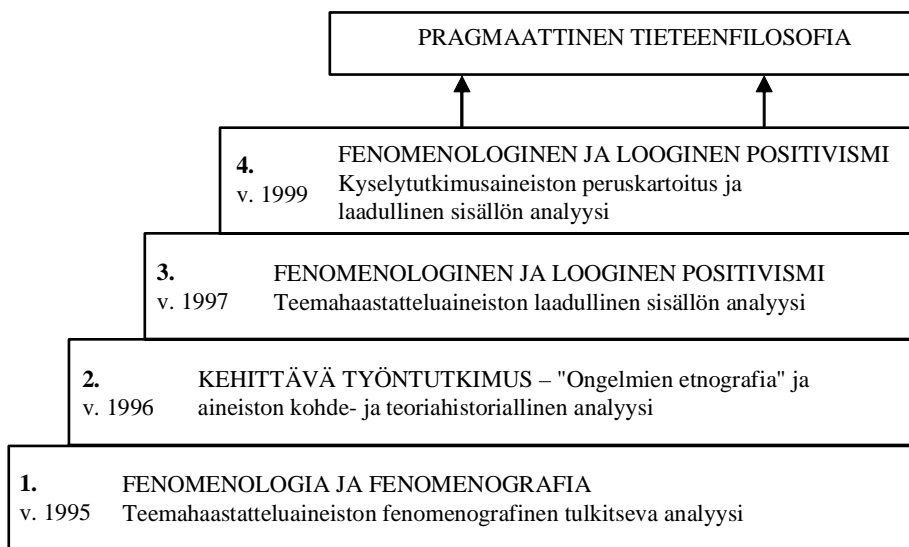
Toimintatutkimuksen tavoite, toiminnan perusrakenteen muuttaminen ja siihen osallistuvien elämän laadun parantaminen, on samansuuntainen tämän ja osallistuvan tutkimuksen kanssa. Näin on etupäässä siksi, että tutkimuksen kohde, kuntoutumisen ohjaaminen, on toimintaa (käytäntöä) – ei ihmisten käyttäytymistä, johon tutkimuksen tulosten toivon luonnollisesti vaikuttavan. (Kemmis 1997, 42–49, Hall & Kassam 1997, 150–155). Elämänlaadun ajatellaan paranevan ainakin niiden ihmisten osalta, joita tutkimus koskee. Juuri he voivat kontrolloida koko tutkimusprosessia.

Tutkimukseni muistuttaa osallistuvaa tutkimusta myös sen suhteen, että sen eri vaiheet pitävät kuntoutustyötä tekevät kehitysliikkeessä ja -valmiudessa. Työntekijät ovat osallistuvassa tutkimuksessa oman toimensa ohessa työnsä tutkijoita. He kohtaavat usein paikallisia ja poliittisia jännitteitä, joiden juuret voivat olla syvällä poliittistaloudellisissa seikoissa (soveltaen Hall & Kassam 1997, 150–155). Osallistuvassa tutkimuksessa tuetaan sellaisia muutoksia, jotka parantavat “alempiarvoisten” ryhmien tai ihmisten asemaa. Tällä tutkimuksella on arvatenkin yhteiskunnallista merkitystä osallistuvan tutkimuksen lailla, joka toimii pitkällä aikavälillä palvelun yleistä tai erityistä sorretun ryhmän intressiä. Kysymys on usein



vallankäyttöön liittyvistä seikoista. Osallistuvan tutkimuksen yhtenä keskipitkän tai pitkän aikavälin tavoitteena onkin riisua myyttinaamio eli löytää yhteiskunnassa kehitystä jarruttavat piilevät rakenteet. Toivon tältä eksistentiaalis-fenomenologiselta tutkimukselta samankaltaista vaikutusta. Haluan tutkimuksellani vahvistaa ihmisten tietoisuutta omista kyvyistään ja resursseistaan ja mobilisoida heidän omat voimavaransa kehityksen aikaansaamiseen (soveltaen Hall & Kassam 1997).

Tämän tutkimusprojektin menetelmällisiä ratkaisuja ja rajoituksia pohtiessani olen päätenyt soveltamaan menetelmällistä, tutkimusteoriaan ja -aineistoon liittyvää ja tieteiden välistä triangulaatiota. Kartoitan ohjaamisen ilmiötä sekä monitieteisen kirjallisuuden että palvelujen tarjoajien ja käyttäjien näkökulmasta. Triangulaatio auttaa paljastamaan tutkittavasta ilmiöstä poikkeavia ulottuvuuksia. Näin se auttaa minua rikastamaan tulosten kuvaamista ja selittämistä. Kokonaisvaltaisena metodina triangulaatio voi myös toimia kriittisenä testinä teorioiden täydentämiseksi (Jick, 1985, 145, Leino-Kilpi 1997, 225-226). Peilaan tutkimusvaiheiden tuloksia sekä toisiinsa että ohjauksen ja ohjaavan kuntoutuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Seuraavaksi esittelen tutkimusprojektin eri tutkimusvaiheiden pragmaattiseen tieteenfilosofiaan perustuvat menetelmälliset ratkaisut. (Kaavio 4.).



Kaavio 4. Tutkimusprojektin eri tutkimusvaiheiden menetelmälliset ratkaisut

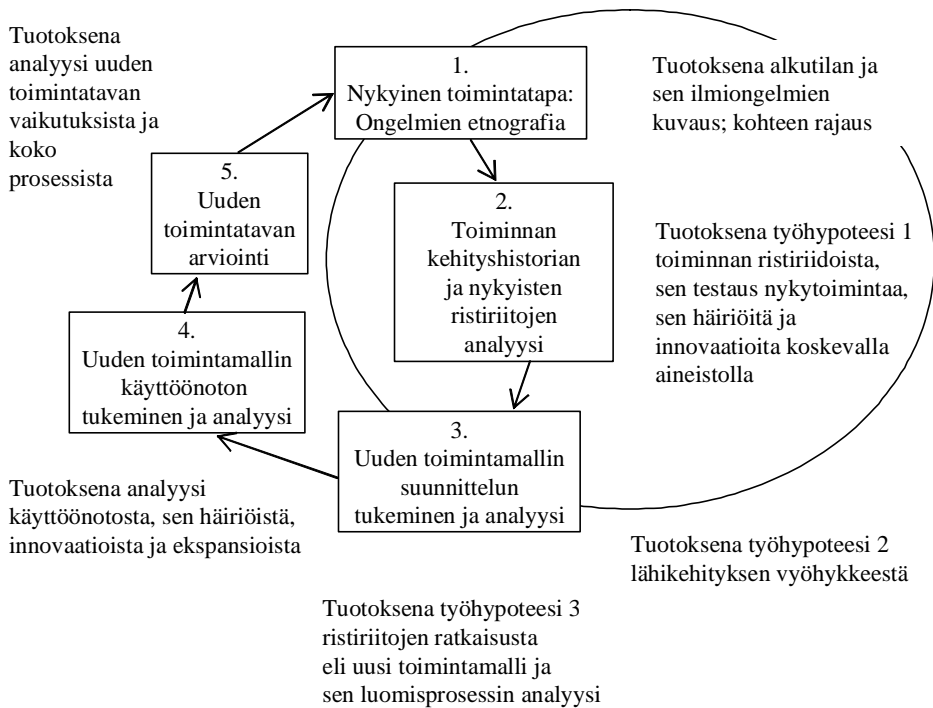
*Ensimmäisen tutkimusvaiheen* menetelmäratkaisu on fenomenologinen. Sen tavoitteena ohjauksen ilmiön ja ohjaustoiminnan merkityksen tavoittaminen niin, että ne “antautuvat tutkijalle kaikessa rikkaudessaan ja moninkertaisuudessaan, ilman teoreettista ohentamista“ (Varto 1992, 86). Tutkimusvaihe on myös fenomenografinen, sillä siinä tavoitellaan sairaalahoidossa olevien potilaiden yksilöllisiä käsityksiä ja kokemuksia hoidon ohjauksesta sellaisena, kuin he sen kokevat.

Fenomenografian nimi tulee sanoista “ilmiö” ja “kuvata”. Ilmiö on ihmisen ulkoisesta tai sisäisestä maailmasta saama kokemus, josta hän rakentaa käsityksen. Fenomenografiassa tutkimuskohteena on ns. toisen asteen näkökulma eli miten ihmiset käsittävät tutkittavan ilmiön. (Marton & Svensson 1978, Uljens 1988, Gröhn 1989).

Fenomenografisella menetelmällä kartoitetaan eri tapoja, joilla parhaiten voidaan ymmärtää ja tulkita tutkimusaineistossa esiintyviä käsitteitä, ilmiöitä ja tapahtumia. Hermeneuttisuus ja fenomenografinen metodi ilmenevät tässä tutkimusvaiheessa siten, että ohjaus ilmiönä pyritään kyseenalaistamaan tarjoamalla uusia käsiteapparaatteja tulkintaprosessin kautta (Marton 1988, Vuori 1995, 34–35, Ahonen, 1996, 115). Aineiston analyysimenetelmänä käytän fenomenografista tulkitsevan analyysin menetelmää (Marton 1981, Larsson 1986, Gröhn, 1989, Simoila 1993, Ahonen, 1996), joka on yhdenmukainen laadullisen sisällön analyysin kanssa (Kygäs & Vanhanen 1999). Molemmat etenevät aineiston auki kirjoittamisesta ja järjestämisestä sen kuvaamiseen, mikä on selvästi ilmaistu tekstissä. Analyysin etenemistä (induktio ja deduktio) säätelee se, mikä ohjaa analyysia – aineisto vain ennalta valitut teemat. Aineistosta lähtevänä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Ennalta valittuja teemoja voidaan myös käyttää analyysin viitekehystenä. (Krippendorff 1986, 57–60, Miles & Huberman 1988, Dey 1993, 94–112, 113–128, Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Fenomenografisessa tulkitsevassa analyysissa rakennan kuvauskategorioita keräämällä aineiston temahaastattelulla ja sen pohjalta luokittelen tiedonantajien käsityksiä niiden merkitysten perusteella. Kategoriat sidon kuvauksen kohteena olevaan sisältöön, joka edustaa erilaisia tapoja käsittää tutkittava ilmiö. Käsitusten erilaisuutta selitän kokoamalla ne vielä ylemmän tason merkitysluokiksi. (Marton & Svensson 1978, Larsson 1986, 21–22, Uljens 1988, Simoila 1993, 22, Ahonen 1996, 114–115). Näin toimimalla pyrin laajentamaan ja täsmentämään potilaan ohjauksen käsitettä. Samalla pyrin testaamaan sen soveltuvuutta seuraavissa tutkimusvaiheissa.

*Toisessa tutkimusvaiheessa* sovellan kehittävän työntutkimuksen viisi-vaiheisen syklin kahta ensimmäistä vaihetta aineiston keräämiseksi ja analysoimiseksi (Kaavio 5.)



Kaavio 5. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet (Engeström 1995, 126–144) ja toisen osatutkimuksen rajaus

Ensimmäistä vaihetta Engeström nimittää “ongelmien etnografiaksi”. Siinä tutkin erään yksityisen kuntoutuspalvelujen tuottajan yhden yksikön, kuntoutumiskodin, työtoimintaa. Tarkoitukseni on kuvata kuntoutumiskodin tapahtumia. Tämä etnografinen peruskysymys, “mitä jossakin tapahtuu”, johtaa käyttäytymisen ja sille annettujen merkitysten seuraamiseen ja ymmärtämiseen kyseisessä kontekstissa ja kulttuurissa (Wolcott 1988, 187). “Ongelmien etnografian” vaiheen tuotoksia ovat kehitettävän toiminnan “alkutilan” ja sen ilmiöngelmien kuvaus.

Toisessa syklin vaiheessa analysoin kuntoutuspalvelujen tuottajan työtoiminnan kohde- ja teoriahistoriallista kehitystä vuosina 1983–1993. Pysin tunnistamaan tutkimuskohteen historiassa erilaisia ristiriitoja, kehitysvaiheita ja kehittämisen tarpeita (Engeström 1985, 161–162, 1995, 62–63). Ristiriitojen käsitteestä seuraa, että siirtymät kehitysvaiheesta toiseen jäsenetään ristiriitojen muotoutumisena ja ratkaisemisena. Vaiheet 3, 4 ja 5, uuden toimintamallin suunnittelu, käyttöönotto ja uuden toiminnan arviointi rajataan tämän tutkimusvaiheen ulkopuolelle. Tämän osatutkimuksen tuloksilla on merkitystä sille, että voin paremmin ymmärtää ja tulkita, miksi kuntoutumisen ohjaus toteutuu yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa niin kuin se toteutuu.

*Kolmannessa tutkimusvaiheessa* viisi Mielenterveyden Keskusliiton (MTKL) aluesihteerii toimii tutkimusapulaisinani. He suorittavat teemahaastattelun yksityisten hoito- ja palvelukotien asukkaille (N=50) ympäri Suomea. Mielenterveyden Keskusliitto on psyykkisistä ongelmista kärsivien ja niistä toipuvien kuntoutujien etujärjestö, joka painottaa mielenterveysongelmaisten yhdenmukaista ja tasavertaista yhteiskunnan jäsenyyttä. Keskusliittoon kuuluu noin 150 paikallista, alueellista tai kansallista mielenterveysyhdistystä. Aluesihteerien tehtävä on tukea ja auttaa näitä yhdistyksiä käytännön kysymyksissä.

Tässä ja seuraavassa tutkimusvaiheessa käytetään fenomenologian ja loogisen positivismin metodologiaa rinnakkain (Miles & Huberman 1988, Tashakkori & Teddlie 1998). Tarkastelen kuntoutumisen tukemista ennalta jäsenetyn viitekehysten, ihmisen työtoiminnan rakennemallin käsitteiden pohjalta. Aineistot analysoidaan laadullisen sisällön analyysin mukaisesti (Miles & Huberman 1988, 19–23). Sillä voidaan eritellä dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Pietilä 1976, Miles 1985, Krippendorff 1986, Miles & Huberman 1988, Patton 1990, Dey 1995, Kyngäs & Vanhanen 1999).

Laadullinen sisällön analyysi on interaktiivinen analyysimalli, jossa aineiston keruu, pelkistäminen, ryhmittely ja johtopäätösten esittäminen ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Analyysi tulee kuvata prosessina ei vain tutkimuksen tarkastusta varten vaan myös tutkijan omana oppimisprosessina. Aineiston pelkistäminen on raakamateriaalin suhteen valintojen tekemistä, ilmaisujen tarkennusta, yksinkertaistamista, käsitteellistämistä ja uuteen järjestykseen muotoilemista. Pelkistäminen voidaan toteuttaa mm. laskemalla yhteen ilmiöiden ilmaisuja, niitä koodaten tai ryhmittäen, tekemällä osituksia tai pitämällä erityistä muistiota. Aineiston pelkistäminen ja uudelleen muotoileminen jatkuu itse asiassa niin pitkään, kunnes lopullinen tutkimusraportti on valmis. (Miles & Huberman 1988, 19–23).

Aineiston ryhmittely tarkoittaa informaation järjestämistä niin, että siitä voi tehdä johtopäätöksiä ja toimia niiden mukaisesti. Aineiston järjestäminen auttaa ymmärtämään, mitä on tapahtunut tai tapahtumassa ja auttaa ratkaisemaan jatko-toimenpiteitä; joko jatkamaan analyysin tekoa tai ryhtymään toimenpiteisiin johtopäätösten suhteen. Vaikka johtopäätösten teko ja oikeaksi osoittaminen on viimeisenä analyysin vaiheena, ne ovat käynnissä aineiston keruuvaiheesta alkaen. Analyysi osoittaa, mitä tapahtumat merkitsevät tutkittavan ilmiön kannalta ja myös säännönmukaisuuksia. Se ilmaisee syitä ja oletuksia. Pätevä tutkija kuvaa johtopäätökset ymmärrettävästi toimien avoimesti mutta samalla epäilevästi. Verifiointi on analysoijan ajattelun, kirjoittamisen ja aineiston edestakaisen peilaamisen tulosta. (Miles & Huberman 1988, 22–23). Tällä tutkimusvaiheella on merkitystä vertailevan aineiston saamiseksi edellisille ja seuraavalle tutkimusvaiheelle.

Tutkimusprojektin *neljäs tutkimusvaihe* suoritetaan postikyselynä yksityisten hoito- ja palvelukotien työntekijöille. Kyselyn avulla arvelen tavoittavani hoitokotien työntekijät parhaiten. Se on edullinen ja tarkoituksenmukainen tapa kerätä dataa välineen yhdenmukaisuuden vuoksi. Vastaajat voivat valita ajankohdan vastaamiselleen. Fenomenologian ja loogisen positivismin rinnakkain käyttäminen auttaneet tutkimustulosten vertailussa ja yhdenmukaisuuden osoittamisessa vahvistaen tulosten luotettavuutta. Lisäksi tutkimuskonteksti voi avautua kokonais-

valtaisempaa kuin käyttämällä pelkästään laadullisia menetelmiä (Jick 1983, 137–138). Tämä mahdollistaa uusien teoreettisten oivalluksien syntymisen ja hedelmöittämisen ohjauksen moniulotteisuuden kuvaamisessa, selventämisessä ja täsmentämisessä ohjaavaan kuntoutukseen.



## **Osa II**

### **CRESCENDO – ESITYKSEN KASVAMINEN**





## **5 I tutkimusvaihe: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia**

### **5.1 Tutkimusvaiheen tarkoitus ja teoreettiset lähtökohdat**

Tämän tutkimusvaiheen tiedonantaja on sairaalahoidossa oleva psykiatrinen potilas. Keskityn ohjauksen tarkasteluun hoitotyön kontekstissa potilaan kokemana. Tutkimusvaiheen tarkoituksena on kerätä potilailta tietoa siitä, miten he käsittävät potilaan ohjauksen, miten ohjaus toteutuu heidän kohdallaan heidän mielestään sairaalahoitajakson alussa, aikana ja lopussa ja miten ohjaus lisää heidän itsehoitovalmiuksiaan. Näillä kysymyksillä on merkitystä koko tutkimusprojektin kannalta. Niihin saadut vastaukset mahdollistavat ohjauksen käsitteen täsmentämisen, laajentamisen ja kokeilemisen mielenterveyskuntoutuksen eri konteksteissa.

Potilaan ohjaus ja asiakaslähtöisyys korostuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen murroksessa, jossa laitospalveluja vähennetään ja avopalveluja kehitetään. Olen kiinnostunut siitä, miten potilaat kokevat ohjauksen tässä murroksessa. Potilaan ohjaus ja asiakaslähtöinen hoitotyö voivat toteutua, jos hoidossa ja ohjauksessa on lähtökohtana työntekijän sitoutuminen omaan työhön ja sitoutumista tukevat rakenteet kannustus- ja palautejärjestelmineen (Leppo 1996, 9–15, Helin 1996, 245–268, Päivärinta 1996, 269–288).

Potilaat tuntevat oikeutensa entistä paremmin ja osaavat vaatia tasokasta hoitoa. Lisäksi hoitajan ja potilaan välisen dialogin on voitu osoittaa edistävän potilaan terveyttä ja riippumattomuutta hoitohenkilökunnasta. Dialogisuutta pidetään tärkeänä hoitotyön laadun mittarina. (Kukkola 1982, Häggman-Laitila 1990, Taylor ym. 1991, Latvala & Aavarinne 1993, Leino-Kilpi ym. 1993).

Hoitotyön teoreetikoiden, lakitekstien, ja hoitotyön organisaatioita koskevien säännösten määritelmässä voidaan osoittaa hoitotyön yhteisiä painopistealueita. Myös julkisessa keskustelussa (mm. Styles 1990, 61–67) on esitetty joitakin painotuksia. Keskeisiä hoitotyön tunnuspiirteitä näyttää olevan 1) ihmisen kohtaaminen kokonaisuutena hänen elämänsä mukaanlukien, 2) terveystavoitteisuus, johon pyritään yhdessä potilaan kanssa niin, että tämä saavuttaa mahdollisimman pian riippumattomuuden hoitohenkilökunnasta ja 3) potilaan ohjaus ja opettaminen, jotka tukevat ja edistävät hänen kehittymistään itsehoitossaan.

Tässä tutkimusvaiheessa tarkastelen monitulkintaista potilaan ohjauksen ilmiötä (Mattila 1998), jossa hoidollinen päävastuu on hoidettavalla ja hoitotyö nähdään resurssina (Leino-Kilpi 1990, Nojonen 1990). Oremin (1980, 1997) ja Eriksonin (1987) mukaan potilaan ohjaus on humanistinen, holistinen ja dynaaminen vuorovaikutusprosessi, jossa ihmisen ontologinen olemassaolo on olennaisella tavalla suhteissa elämistä. Tarkastelen suhteita Rauhalan kuvaaman holistisen ihmiskäsityksen pohjalta (1976, 1983, 1988, 1989). Siinä ihmisen olemassaoloa analysoidaan *tajunnallisena* eli kokevana ja merkityksiä problematisoivana, *kehollisena* eli aineellisena ja *situaationaalisenä* eli yksilönä elämäntilanteessaan. Kaik-

ki kolme olemassaolon perustekijää muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden ja esiintyvät aina yhdessä alkuperäisinä, välttämättöminä ja toistensa edellytyksinä.

Ihmiskäsitystä tulee tarkastella suhteessa kuhunkin aikakauteen. Länsimainen hoitotyö on edennyt 1860-luvulta asketismin, romantismin ja pragmatismien ajanjaksojen kautta humanistisen eksistentiaalismin aikakauteen tultaessa 1980-luvulle (Bevis 1982, 36–42, Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, 19–23, Krause & Salo 1992, 70–71). Potilaiden tarpeet, ihmisyys ja hoidon kokonaisvaltaisuus olivat tutkimuksen kohteena jo 1950-luvulla (mm. Nightingale, Henderson, Hall, Peplau), mutta käytännön hoitotyössä niitä alettiin ottaa huomioon myöhemmin (Marriner-Tomey 1994). Humanistisessa eksistentiaalismissa korostetaan potilaan yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta, hänen elämänsä vapauksineen, valintoineen, kärsimyksineen ja velvollisuuksineen. Huolenpito ihmisestä on tämän käsityksen mukaan hoidon perusarvo. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, 21).

Yhteiskuntamme on teknisesti pitkälle kehittynyt. Kasvatuksen ja hoitotyön kentällä se merkitsee olennaisen tutkimista asiakkaan tai potilaan ohjauksessa. Ohjaajan työ on Ojasen mukaan (2000, 6) sisäistettyä pedagogiikkaa. Sen tavoitteena on kohdata ihminen kokonaisuutena. Ohjaaminen tähtää itsetuntemuksen ja minäkuvan rakentumiseen, tiedon käsittelyyn ja uuden tiedon tuottamiseen sekä ammatilliseen kasvuun metakognitiivisten valmiuksien ja ajattelun kehittyessä. Ohjauksessa on suuri houkutus toteuttaa teknologista ajattelua, jolle on tyypillistä tarkat, ohjailevat säädökset ja kontrolloiva byrokratia. Ohjaamisella on Felthamin mukaan (1997, 7) ollut ja on edelleen lakiperusteinen sivumerkitys. Etymologisesti ohjaamisen kantasanoina ovat neuvon kysyminen, neuvottelu ja neuvosto. Näin ymmärrettynä ohjaukselle annetut merkitykset saattavat rajoittaa kansalaisten normaaleja toimintoja ja mahdollisuuksia. Tästä seuraa, että käytännössä ajautetaan helposti normatiivisuuteen, ohjeiden ja pelisääntöjen korostamiseen (Leino & Leino 1989, 10–15).

Humanistisessa kasvatuksen ja hoitotyön ajattelussa lähtökohtana on yksilö ainutkertaisine ominaisuuksineen ja kehittymismahdollisuuksineen. Kasvattajalle ja hoitotyöntekijälle ovat tärkeitä yksilön minäkäsitys, kiinnostukset ja persoonallinen tietorakenne. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan kasvatus- ja hoitotapahtuma suunnitellaan yhdessä toimijoiden kesken. Missä määrin näin tapahtuu todellisuudessa? Tarvittaisiinko nykyistä enemmän keskustelua emansipatorisesta kasvatus- tai hoitokäsityksestä, jossa toiminnan lähtökohtana ovat organisaatiot, niiden rakenteet ja toimintapolitiikat. Emansipatorisen lähestymistavan mukaan hoito ja kasvatus ovat toimijoiden, sekä asiakkaan että työntekijän, asiantuntijuuteen perustuvaa toimintaa. Sen tarkoituksena on arvioida kriittisesti olemassa olevaa käytäntöä ja siihen johtaneita syitä, kehittyä asiantuntijuudessa, vapautua vääristä tai vahingollisista tottumuksista ja korvata ne uusilla ja entistä paremmin perusteltavissa olevilla käytänteillä. (Leino & Leino 1989, 10–15, Kiikkala & Munnukka 1995, 13).

Kasvatuksen ja ohjauksen toteutuminen edellyttävät humanistisen eksistentiaalismin mukaan asiakkaan ohjaamista mahdollisimman täysivaltaiseen osallistumiseen ja vaikuttamiseen. Ohjaus käsitteenä ymmärretään kuitenkin eri yhteyk-

sissä eri tavalla (Sherzer & Stone 1980, Patterson 1986, Scobel 1997, McLeod 1993, Onnismaa 1996a ja 1998, Feltham 1997, Bond 2000, Ojanen 2000). Suomen kielen ohjaus-sana tulkitaan oman kokemuksen tai käsitteellisen viitekehyksen mukaan. Onnismaa (1998, 7, kts. myös Oppilaanohjauksen 1995, 6) pitää counselling-termiä parhaana englanninkielisenä vastineena suomen ohjaus-sanalle ja päinvastoin verrattuna muihin englanninkielisiin ohjauksen termeihin (advising, coaching, facilitating, guidance, mentoring, supervising ja tutoring) tehtäessä ihmissuhdetyötä.

Edistykellisen kasvatuksen ja ohjauksen (counselling) keskeisiä piirteitä on luottamuksellisuus, ymmärtämisen mahdollistava mielen kokemus, asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja rohkaiseminen dialogiin (Ojanen 2000, 21–24). Toinen keskeinen englanninkielinen ohjauksen termi on guidance. Se taas korostaa asiantuntijuutta; asiantuntija diagnosoi, osaa ja tietää toisia paremmin. Neuvominen on guidance-tyyppistä ohjausta. Se voidaan tulkita arvostelevaksi ohjaukseksi, jossa annetaan ymmärtää, että asiakas on alempiarvoisessa asemassa, eikä kykene ohjaamaan minäänsä. (Sundeen et al. 1987). Arvelen samoin, kuin Onnismaa (1996b, 286–293), että suomen kielen ohjaus-sana sisältää guidance-termin rasitteita. Termi supervision viittaa taas kontrolliin, silmälläpitoon ja valvontaan.

Ojanen (1990, 9–10) on käyttänyt supervision-termiä kuvatessaan ohjauksen kolmea kehityksellistä dimensiota. Niistä voi tunnistaa myös counselling- ja guidance-tyyppisen ohjauksen piirteitä. *Nominaalinen ohjaus* (guidance) asiantuntijaneuvoineen muistuttaa medikaalista mallia, jonka mukaisesti lääkäri tekee diagnooseja, arvioi ja neuvoo, *normeja antava ohjaus* (supervision) pitää ohjaustapah-tumaa käynnissä normien avulla ja *reflektiivinen ohjaus* (counselling) kohdentaa toiminnan laajempaan päätöksentekoon, ei vain opetettuun asiaan vaan kokonaisvaltaiseen ja kokemukselliseen oppimiseen. Ohjaajan tehtävä on selkiyttää ja rohkaista kuunnellen ja reflektoiden ohjattavansa kanssa. (Taulukko 2. Ohjauksen kolmiulotteisuus).

Taulukko 2. Ohjauksen kolmiulotteisuus

<b>ulottuvuus</b> <b>tehtävä</b>	<b>COUNSELLING</b>	<b>GUIDANCE</b>	<b>SUPERVISION</b>
Sherzer & Stone	kuuntelemisen kautta asiakkaan äänen etsiminen - kehittyminen		
Patterson	tarkoitus edistää asiakkaan vapaaehtoista muuttumista	asiakas hakee ohjausta muuttuakseen	ohjaus ei ole kurinpitoa
Scobel	Aufklärung (valistus)		”oben/darüber” sehen mit kontrollfunktion
McLeod	kehittyminen oivaltamaan		
Bond	asiakkaalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta		
Ojanen	reflektiivinen kokonaisvaltainen ja kokemuksellinen oppiminen	nominaalinen asiantuntijaneuvot	normeja antava ohjaustapahtuma käynnissä normien avulla
Glickman	strateginen kehityksellinen dimensio	taktinen kyky ottaa vastaan epäsuoraa ohjausta	diagnostinen abstraktien hahmottaminen vaikeaa
Eriksson	valistus hoitaja tekee aloitteen potilaan tilanteen määrittelemiseksi	neuvottelu potilas aktiivinen, hakee neuvoja ongelmiinsa	opettaminen potilas passiivinen tiedon vastaanottaja
Orem	itsehoitoa tukeva ja opettava	itsehoidon osittain korvaava	itsehoidon kokonaan korvaava
Krumboltz & Thoresen	auttaa ihmisiä ratkaisemaan ongelmiaan		
Pietrofesa ym.	painottaa inhimillisiä voimavaroja ja auttaa tekemään sopivia valintoja		
Stewart ym.		korostaa työntekijän asiantuntijavastuuta	

Glickman (1987, 64–70) erottaa ohjauksessa kolmenlaisen kehitystarpeen mukaista ohjaustapaa: *Diagnostisen* ohjauksen (supervision) tarpeessa voidaan katsoa olevan sellaiset ohjattavat, joille abstraktioiden hahmottaminen on vaikeaa. He tarvitsevat ohjaajalta, joka koetaan auktoriteettina (supervisor = valvoja, tarkkailija), konkreetteja neuvoja, silmälläpitoa ja valvontaa, koska heidän keskittymiskykynsä rajoittuu usein vain yhteen ohjauksessa ilmenevään asiaan kerrallaan. *Taktinen* ohjaustyyli (guidance) sopii keskimääräistä abstraktiotasoa osoittaville. He kykenevät ottamaan vastaan epäsuoraa ohjausta ja samalla osallistumaan siihen. *Strateginen* ohjaustyyli (counselling) edustaa kehityksellistä dimensiota.

Hoitotyön teoreetikot Eriksson (1985) ja Orem (1980) tarkastelevat ohjauksellista prosessia myös kolmessa ulottuvuudessa. Eriksson (1985, 11–13) jakaa hoitopedagogisen prosessin *opetukseen, neuvotteluun ja valistukseen*. Opetuksen dimensiossa (supervision) hoitajan tavoitteena on sopeuttaa potilas hoitajan esittämään aiheeseen. Potilas on hoitajan vaikutuspiirissä ja hänen roolinsa on suhteellisen passiivinen tiedon vastaanottaja. Neuvottelussa (guidance) potilas on aktiivinen. Hän hakee neuvoja omiin ongelmiinsa, jotta voisi eritellä kokemuksiaan ja käsityksiään. Valistuksen dimensiossa (counselling) hoitaja tekee aloitteen potilaan tilanteeseen liittyvän todellisuuskäsityksen määrittämiseksi ja terveyteen tai terveyshäiriöihin liittyvän todellisuuskäsityksen määrittämiseksi. Orem (1980) esittää itsehoitoteoriassaan kuvauksen 1) *potilaan itsehoidon kokonaan korvaavasta* (supervision), 2) *itsehoidon osittain korvaavasta* (guidance) ja 3) *itsehoitoa tukevasta ja opettavasta hoitotyön mallista* (counselling). Lisäksi Krumboltz ja Thorensen (1976, 2) ja Pietrofesa ym. (1980, 11) korostavat ohjauksen yhteisinä piirteinä ensinnäkin asiakaslähtöisyyttä, asiakkaiden inhimillistä potentiaalia ja toiseksi ohjauksellista tukea yksilöllisten valintojen tekemisessä (counselling). Stewart ym. (1978, 7) korostavat ohjaajan asiantuntijavastuuta (guidance).

Ohjauksen ilmiön lisäksi myös ohjaajan ja ohjattavan rooli on nähty erilaisena riippuen asiayhteyksistä. Korostan ohjaavaa työtä tekevän resurssihenkilö- tai fasilitaattoriroolia (helpottaja) hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Tämä tarkoittaa, että ohjaaja on säännöllisesti tai tilapäisesti lähellä asiakasta ja hänen käytettävissään, kulkee hänen rinnallaan ja ohjaa asiakasta astumaan yksinäisyydestä yhteisöön (Sherzer & Stone 1980, Patterson 1986, Parse 1981, 1992, Levinas 1996, Mattila 1998).

*”Ohjaavaa työtä voi tehdä se, joka on tottunut ajattelemaan metatasolla ja tekemään arjesta yleistyksiä ja joka kykenee vaihtamaan näkökulmaa, asettumaan peiliksi. Ohjaavaa työtä voi tehdä monesta teoreettisesta viitekehyksestä, mutta ideat nousevat arkielämästä ja sen tulkinnasta. Nyky-yhteiskunnassa perinteisten rakenteiden ja niiden rajojen rapautuessa tarvitaan kommentaattoreita, siltoja ja ymmärrettäväksi tekijöitä”* (Onnismaa & Taskinen 1994, 32).

Yksimielinen ohjauksen määrittäminen on Felthamin mukaan (1997, 5–6) mahdotonta juuri usean teoreettisen näkökulman vuoksi (myös Ojanen 2000, 9). Esimerkiksi ”The American Counselling Association” (ACA) ei ole esittänyt virallista ohjauksen määritelmää. *Ohjaukselle* ja *ohjaajalle* esitetään kirjallisuudessa ja käytännössä lukemattomia käyttöalueita, joiden suhteen ”The British Asso-

ciation for Counselling” (BAC) on hyvin jyrkkä. Sen mukaan usein näille käyttöalueille ei ole mitään omistusoikeutta. Sekä ACA että BAC tarkastelevat ohjausta henkilökohtaisena, emotionaalisenä ja psykologisena ilmiönä ja tältä pohjalta BAC (Bond 2000) on määritellyt ohjauksen avoimena, prosessimaisena ja sopimuksellisenä toimintana:

*”Ohjaus- ja neuvontatyössä (counselling) toimitaan silloin, kun henkilö, jolla on säännöllisesti ja tilapäisesti ohjaajan rooli, antaa tai sopii antavansa aikaa, huomiota ja kunnioitusta määräaikaisesti asiakkaan roolissa olevalle henkilölle tai henkilöille. Ohjauksen tehtävä on antaa asiakkaalle tilaisuus tutkia, keksiä ja selkeyttää tapoja elää voimavaraisemmin ja hyvinvoivemmin”* (Bond 2000, 88-89, suom. Onnismaa 1998, 9).

Bond (2000, 31–35) tekee eron ohjauksen (counselling) ja ohjauksellisten taitojen (counselling skills) välillä. Ohjauksellisia taitoja ovat mm. aktiivinen kuuntelu, avointen kysymysten käyttäminen, reflektiivinen vastaaminen, asioiden ilmaiseminen toisin jne. ja näitä taitoja on vaikea erottaa sosiaalisista ja ihmisten välisistä kommunikaatiotaidoista. Laajasti ymmärretty ohjauksen käsite on vahvasti historiaan sidottu (Feltham 1997, Bond 2000). Esimerkiksi neuvojen antamisella (advice-giving, guidance) on ilmiönä pitempi historia kuin ohjauksella (counselling). Guidance-termin pyrkimyksenä on ollut enemmän keskittyminen neuvomisen sisältöön kuin tapaan, jolla neuvoja on annettu. Ohjauksen käsite, counselling, tunnetaankin mieluummin keskustelumetodina. Bond (2000, 31–35) väittää, että hoito- ja kasvatusalan ammattilaiset eivät osaa ohjata, mutta heillä on ohjauksellisia taitoja. Heistä voi tulla hyviä ohjaajia (counselor) tietoisella ja huolellisella harjoittelulla, tarkkailemalla ohjaustyyliään ja sopimalla selkeästi asiakkaan kanssa ohjauksen sisällöstä ja luonteesta.

Ohjauksen (counselling) tavoitteena on McLeodin mukaan (1993, 5–6) yksilön kehittyminen eri alueilla. Ihminen voi kehittyä oivalluskyvyssään ja itsetietoisuudessaan, itsensä hyväksymisessä ja toteuttamisessa ja henkisen kasvun eli valistuneisuuden mahdollistumisessa. Ohjaus tukee ongelmien ratkaisutaidoissa kehittymistä ja yksilön psykologista, eli oman käyttäytymisen ymmärtämiseen ja hallintaan liittyvää kasvua. Yksilö kykenee vaikuttamaan omaan elämään, sillä tunnekyvystä ohjata omaa elämää vahvistuu. Sosiaalisten taitojen lisääntyminen, irrationaalisten uskomusten korvaaminen käyttäytymisen muutoksena tai palauttavana toimintana samoin kuin muutos toimintatapaan, jolla sosiaaliset rakenteet rakentuvat, ovat myös yksilön kehitykseen johtavia ohjauksen tavoitteita.

Samansuuntaisesti Ojanen (1993, 126–142, 2000, 86–89) näkee ohjauksen pää-tarkoituksena olevan oppijan reflektiotahtumien rikastuttamisen. Reflektiotahtuman hän määrittelee aktiiviseksi tutkimis- ja löytämisprosessiksi, joka voi johtaa sellaiseen oppimiseen, jota ei osattu odottaa ja joka tuottaa iloa. Se on ihmisen itsekseen ajattelua, jossa asioita peilataan aikaisempaan kokemusmaailmaan. Kokemus täytyy reflektoida tietoisesti ja systemaattisesti ja lisäksi se täytyy kokea merkitykselliseksi sekä subjektiivisella että emotionaalisella tasolla, ennen kuin oppimista voi tapahtua. Ohjauksen ideana on, että kokeneet henkilöt voivat olla apuna reflektoinnissa. Ohjaus ei ole Ojasen mukaan ensisijaisesti muuttamista tai

korjaamista vaativa toiminto, jossa taito siirtyisi ohjattavalle. Reflektiivisenä ilmiönä ohjauksella pyritään itseohjautuvaan taitoon, jossa ohjaaja antaa ohjattavan tehdä työn turvallisissa olosuhteissa, eikä ohjaukselle aseteta ideaalimalleja.

Counselling-tyyppinen ohjaus tukee yksilön kehittymistä edistävää oppimista. Ohjaus kohdistuu ennemmin prosessiin kuin lopputulokseen. Sen keinoja ovat yhdessäolo, kokemusten jakaminen ja vastaanottaminen ja molemminpuolisen asiantuntijuuden tunnustaminen ja hyväksi käyttäminen (Sherzer & Stone 1980, 89). Ohjaus on ihmisten välistä vuoropuhelua, jossa ilmiöt saavat uusia merkityksiä, joita voi paremmin ymmärtää. Vuoropuheluun perustuva dialoginen menetelmä tarjoaa ihanteellisia olosuhteita kaikkien läsnäolijoiden vapaaseen ja täysimääräiseen osallistumiseen. Dialoginen menetelmä ei kuitenkaan kehity itsestään vuoropuheluksi. Sellaiseksi sen luovat vasta kokeneet ja toisesta vastuuta tuntevat henkilöt (Ojanen, 1993, 136, Mezirow et al. 1996, 388, Heikkilä & Heikkilä 2001, 21–53)).

*“Dialogin olennaisin perusta lepää filosofiassa ja eksistentiaalisessa fenomenologiassa, jonka mukaan ihminen ei luonnostaan tiedä paikkaansa luomakunnan kokonaisuudessa. Siksi hän on tutkimustehtävä omalle itselleen. Tällöin filosofia voi olla harjoitusta tämän tutkimustehtävän toteuttamisessa. Ihminen on kuitenkin kyvytön kasvamaan yksin ihmisenä, mutta kasvu mahdollistuu juuri dialogissa, yhdessä toisten kanssa, kasvattajan tai ohjaajan ja myös muiden ihmisten tukemana”.* (Ojanen 2000, 60).

Tarkastelen tutkimuksessani ohjausta counselling-termin sisältöisenä; avun tunnustamisena (counselling as a helping profession), interaktiivisena vapaana ilmaisuna ja oppimisena, jossa yksilöiden ajattelukyky ja itseluottamus kasvavat sekä kyky käyttää hyväksi inhimillisiä kokemuksia ja vastuunotto itsenäisenä päätöksentekijänä lisääntyy. Ohjaus on tapahtuma, jossa ohjaaja auttaa ohjattavaansa tekemään valintoja, suunnittelemaan ja arvioimaan tekemisiään (Sherzer & Stone 1980, 17–18, Ojanen 1990, 9–10). Kysymyksessä on ”minän” ja ”toisen” välinen eettinen suhde, joka on ”minän” vastuullisuutta ”toisesta” (Levinas 1996).

Potilaat haluavat, että heitä kuunnellaan heidän omassa asiassaan ja että heitä ja heidän lähiomaisiaan rohkaistaan yhteistyöhön (Päivärinta 1996). Ohjaus on siis kuuntelemisen kautta potilaan äänen etsimistä. Siinä potilas selkeyttää tapoja auttaa itseään. Hoitajaksoille ominaiset riippuvuussuhteet pyritään näin minimoimaan. (Onnismaa 1998, 9). Erona tietoiseen ja varta vasten psyykkisesti häiriintyneen ihmisen auttamiseksi aloitettuun terapiaan ohjaus sallii spontaaniuden, sattumaisuuden ja asiakkaan arkielämän monimuotoisuuden tutkiskelun (kts. taulukko 1).

## **5.2 Tutkimuskohde, -kysymykset ja menetelmälliset ratkaisut**

Tämän tutkimusvaiheen kohteena on eräs eteläsuomalaisen sairaanhoitopiirin osavastuualue, joka kattaa erikoissairaanhoitoa varsin laaja-alaisesti. Osatutkimukseen osallistui vapaaehtoisesti 25 sattumanvaraisesti tutkimushetkellä, joulukuussa 1994, hoidossa ollutta potilasta, 12 miestä ja 13 naista iältään 23–80 vuotta.

Tutkimushenkilöistä viisi oli sairaalan A keuhkosairauksien, viisi sairaalan B sisätautien ja viisi kirurgisen vuodeosaston ja kymmenen sairaalan C yhdeltä psykiatriselta avo-kuntoutusosastolta. Tässä tutkimusvaiheessa tutkimustulokset raportoidaan vain psykiatrisen osaston potilaiden kuvaamina, sillä niillä on merkitystä tutkimusprojektin jatkotutkimusten kannalta.

Tämä osatutkimus on fenomenologinen ja fenomenografinen. Tutkijan esiymmärrys laajenee tulkinnan ja merkityksenannon kautta, kun hän tutkii ympäröivän maailman ilmenemistä ja rakentumista ihmisten tietoisuudessa. Tässä tutkimusvaiheessa olin kiinnostunut tiedonantajien kokemuksista ja käsityksistä holistisen ihmiskäsityksen (Rauhala 1988) näkökulmasta. Ne muodostavat sen viitekehyksen, johon ihminen kerää tietoa tai jonka pohjalta keskustelua käydään (Marton 1981). Luokittelin tutkimuskysymykset pää- ja alateemoihin. (Taulukko 3.).

Taulukko 3. *Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana, tutkimuskysymykset ja teema-alueet*

Kysymykset	Pääteemat	Alateemat	Haastattelukysymykset
1. Miten potilas käsittää ohjauksen?	Ohjaukselle annetut merkitykset ja	Tietojen ja tunteiden käsittely Osallistuminen hoitoon	Ihmisen kokonaisuutta kartoittavat haastattelukysymykset johdetaan alateemoista
	koettu ohjauksen tarve	Terveydentilan arvio Kehon toiminnan seuraaminen Lepo	kaikkien 3:n tutkimuskysymyksen kohdalla
2. Millaisena potilas kokee ohjauksen?	Hoidon alussa, aikana ja lopussa	Liikunta Ravinto Lääkitys Ohjaava hoitaja	
3. Miten potilas kokee ohjauksen edistävän itsehoitovalmiuksia?	Tajunnallinen, kehollinen ja situationaalinen ihminen	Hoitoympäristö Voimavarat	



Käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua aineiston keräämiseen. Näin pysyin vaihtelevaan kysymysten muotoa ja järjestystä, jotta voin tavoittaa ohjauksen abstraktina käsitteenä (Hirsjärvi & Hurme 1985). Haastattelin erilaisessa hoidossa olevia ihmisiä joulukuussa 1994. Halusin selvittää ohjauksikäsitteitä erilaisissa hoitotyön ympäristöissä siitä huolimatta, että myöhemmin keskityn mielenkuntoutujan pieniin yhteisöihin. Tämän osatutkimuksen tehtävä on ohjauksikäsitteen laajentaminen empiirisesti kerätyn aineiston avulla. Informaation kulun helpottaminen ja haastateltavien motivoiminen edellyttivät tutkimushenkilöiden terveydentilan ja myös joulun läheisyyden hienotunteista huomioonottamista. Kerroin potilaille keskeyttämisen mahdollisuudesta ja ettei tutkimukseen osallistumisesta aiheudu heille mitään vahinkoa. Haastattelut toteutettiin vuodeosastoilla rauhallisessa tilassa kahden kesken. Ne kestivät keskimäärin 45 minuuttia. Haastattelun tavoitteena oli kuvata erilaisia tapoja ymmärtää ohjauksen ilmiö ja osoittaa tapojen edustavan perustavanlaatuisia eroja (Gröhn 1989). Näin saadut tutkimustulokset muistuttavat tärkeällä tavalla ihmisten olemassaolosta, tarpeista, toiveista ja tunteista (Grönfors 1985). Litteroinnin suoritin itse, jotta sain vastaukset mahdollisimman alkuperäisinä talteen.

Aineiston fenomenografisen tulkitsevan analyysin mukaisesti kirjasin ensin ylös usein mainittuja käsitteitä ja merkityksiä, jotka ryhmittelin uudelleen teemoiksi niiden laadullisten erojen perusteella. Tulkitsevassa analyysissä yhteen teemaan liittyneet keskustelut muodostavat tulkintayksikön ylä- ja alakategorioineen. Ylätasen kategoriat kuvaavat tutkijan omaa selitysmallia tutkittavalle asialle ja alatasen kategoriat tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tulkittu merkitys sopii Ahosen mukaan (1996, 145) usein sellaisenaan kategoriaksi.

Merkitysten tulkinnan jälkeen seuraa johtopäätösten teko. Ryhdyin etsimään tutkimushenkilöiden ilmaisuista käsitysten vaihteluja. Selittävää tämä ymmärtäminen on siinä mielessä, että se osoittaa, mistä henkilöiden käsitysten vaihtelussa on kysymys. Merkityskategoriat luodaan aineistosta päätelemällä. Tämän jälkeen käsitteet ryhmitellään yhteisten merkityselementtien perusteella merkityskategorioiksi. Ne ovat merkitysten yleistyksiä, jotka liikkuvat ensimmäisen tason merkityksiä teoreettisesti universaalimmalla tasolla. Käsitteiskategoriat perustuvat aineiston tulkintaan, eivät ennalta oletettuihin teoreettisiin luokkiin. Näin käsitteiskategorioista muodostuu tutkimuksen aineistopohjainen teoria. (Ahonen 1996, 143–147).

### 5.3 Tutkimustulokset

Rajaan tässä yhteydessä keuhkosairauksien, sisätautien ja kirurgisen vuodeosaston potilaiden vastaukset tulosten fenomenografisen kuvauksen ulkopuolelle, ja keskityn psykiatristen potilaiden ohjauksikäsitteiden ja -kokemusten kuvaukseen. Tästä tutkimusvaiheesta löytyy aikaisemmin julkaistu artikkelini (Mattila 1998). Kuvaan keskeisiä tuloksia elävöittäen tekstiä potilaiden autenttisilla vastauksilla. Taulukossa 4. esitän tutkimuksen tulokset luokittelemalla potilaiden käsittämän ja kokeman ohjauksen ylä- ja alakategorioihin (Taulukko 4. Potilaiden (n=10) käsitteitä ja kokemuksia ohjauksesta).

Taulukko 4. *Potilaiden (n=10) käsityksiä ja kokemuksia ohjauksesta*

Luokat Teemat	YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT
<b>1. Käsitys ohjauksesta</b>	1. Vuorovaikutus (Counselling/guidance)  2. Elämän kaoottisuuden jäsentäminen (Situationaallisuus)	- vastuullinen osallistuminen - tietojen ja taitojen käsitteleminen - ohjeiden ja neuvojen saaminen  - sosiaalinen selviytyminen - kiireetön omahoitaja ohjaajana
<b>Ohjauksen tarve</b>	1. Ohjauskeskustelut 2. Tunteiden käsittely	- keskusteluita hoidon alkuun ja loppuun - kuohut ja kriisit käsitteilyyn
<b>2. Kokemus ohjauksesta</b>	1. Toiminnallisuus 2. Tunteiden käsittely 3. Kehon huomioiminen	- potilaan omatoimisuuden korostuminen - enemmän hoidon alkuun ja loppuun - lääkehoitoon ohjattiin, liikuntaan vähän
<b>3. Ohjauksen itsehoitoa edistävä vaikutus</b>	1. Yksilöllisyyden kunnioittaminen 2. Yksilövastuu 3. Yksilönä kehittymisen tukeminen	- inhimillisyys ja turvallinen ilmapiiri antoivat voimaa ja virkistivät mielialaa - vastuun tunteminen itsestä ja jatkohoidosta - hoitajien kiireettömyys - omien voimavarojen löytäminen ja ohjaus itselle merkitykselliseen toimintaan

### 1) Potilaiden käsitys ohjauksesta

Ohjaus käsitettiin hoitajan ja potilaan väliseksi vuorovaikutukseksi ohjauksen teorian ja aikaisempien tutkimusten suuntaisena. Se ilmeni sekä counselling- että guidance-tyyppisenä painottuen ihmisen situaationaaliseen olemassaoloon; tiedon ja ohjeiden saamisena, sosiaalisten taitojen ja oman hoidon oppimisena, keskusteluna ja osallistumisena.

*”...miten sairaalassa ollaan ja osallistutaan hoitoon ja sitte kerrotaan taudeista...”*

*”...että oppii siviilissä hoitamaan asioitaan ja arvioimaan toimintaansa...”*

*”...mä käsittäisin sen niin, että kun potilas tulee hoitoon, niin siinä käydään läpi sellaisia asioita, että potilas pääsee sisään siihen, mikä sitä vaivaa, ohjataan potilasta kertomalla hoitovaihtoehtoista, joista potilas voi itse valita...”*

*”...se on vuorovaikutusta, tehdään yhteistyössä, hoitoon tullessa enemmän...”*

Tunteista puhuminen ei automaattisesti kuulunut ohjaukseen. Potilaat halusivat keskustella enemmän hoitajien kanssa sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden uusiutumisen riskeistä ja tunteista, kotiutumisesta, jatkohoidosta, hoito-

ohjeista ja sosiaalisesta selviytymisestä. Terveystilan muutokset, varhaiseen hoitoon hakeutumisen ohjaaminen ja työpalautte olivat arvioitavia asioita. Potilaiden ohjaajana oli omahoitaja. Keskusteltaessa haastateltavien kanssa hoitajien työstä moni potilas kuvasi heidät varsin kiireisiksi. Potilaat toivoivat hoitajan olevan tuttu, luotettava, asiantunteva ja kiireeton. He pitivät hoitoympäristön turvallisuutta tärkeänä. Hoitaja-ohjaajalla, ympäristöllä ja potilaiden voimavarojen huomioonottamisella oli potilaiden kokemusten mukaan merkitystä itsehoitotaitojen kehittämiseen.

## **2) Potilaiden kokemus ohjauksen toteutumisesta hoitojakson eri vaiheissa?**

Potilaat kokivat **hoitoon tulon** pelottavana. Kokemuksensa mukaan heitä ei ohjattu puhumaan tunteista tai fyysisistä tuntemuksista, sen sijaan heitä ohjattiin hoidon alusta alkaen olemaan omatoimisia.

*”...kun ihminen tulee sairaalaan, sillä on hirvee hätä, asiat on sekaisin ja mistään ei saa oikein kiinni, pitää päästä jonkun selväjärkisen kanssa keskustelemaan ainakin ne päällimmäiset kuohut pois, että sais pikkasen rauhaa itselleen...”*

*”...sain olla vaan, vasta hoitosuunnitelmassa sain tietää hoitovaihtoehtoista...”*

Potilaat kokivat ohjauksen painottuvan **hoidon aikana** edelleen oman omatoimisuuden ja riippumattomuuden kehittämiseen. He saivat tietoa terapioiden, mutta liikunnan ohjaus koettiin vähäisenä. Yksi potilas kymmenestä koki liikunnan olevan tärkeä terveyden voimavara. Lääkehoidon ohjauksen suhteen potilaiden kokemus oli etupäässä myönteinen.

*”...ei syötetä hirveesti (lääkkeitä) ja kuunnellaan, mitä potilaalla on sanottavaa...”*

**Hoitojakson lopulla** potilaiden epävarmuuden tunnetta ja riippuvuutta henkilökunnasta lisäsi sosiaalisten asioiden epäjärjestys.

*”... asioita täytyy vielä käsitellä, omahoitaja pyrkii jututtamaan just kotiinlähtiesä, mutta liian vähän, silloin pitää kerrata kriisitilanteita, että tietäs, miten toimia, kun menee pieleen...”*

Tunteiden käsittelyn potilaat kokivat hoidon edetessä lisääntyvän omahoitajasuhteessa. Kukaan ei mielestään osallistunut hoitonsa tai terveytensä arviointiin, vaan arvioi itseksensä omaa terveystilaa. Omaisia ei ollut mukana tutkimushenkilöiden ohjauskeskusteluissa.

## **3) Potilaiden kokemus ohjauksen merkityksestä itsehoitotaitojen edistymiselle**

Itsehoitoa edisti ohjauksen inhimillisuus ja potilaan kohtaaminen yksilönä, osaston ja potilashuoneen turvallinen ilmapiiri ja hoitajien kiireettömyys. Ne virkistivät potilaiden mielialaa ja antoivat voimaa. Ymmärtääkseen saamansa tiedon merkitystä omalla kohdallaan potilaat halusivat keskustella siitä hoitajien kanssa. Potilaiden mielestä itsehoitotaitojen edistymiseen kuului kyky ylläpitää sosiaalista toimintaa, vastuuntuntuminen itsestä ja jatkohoidosta huolehtiminen. Kokemiaan voimava-

roja olivat osallistuminen erilaisiin aktiviteetteihin, hengellisyys, kokemus terveydentilan muutoksesta parempaan suuntaan, itsensä löytäminen ja rohkeuden lisääntyminen.

*”...on tavallaan löytänyt itsensä, kaikki tuntuu olevan kohdallaan...”*

#### **5.4 Johtopäätökset ja pohdinta**

Haastatteluajankohta oli tiedonantajille merkityksellinen. Joulun läheisyys herkisti tunnelmaa, sillä keskustelu potilaiden kanssa kulki välillä aroillakin alueilla sisältäen liikutuksia, iloa, surua ja huolta. Keskustelujen tunnepitoisuus oli merkillepantavaa. Pääsääntöisesti haastateltavat osoittivat suurta kiinnostusta tutkittavaa aihetta, potilaan ohjausta kohtaan. Yksi potilas keskeytti haastattelun äänien kuulemisen vuoksi.

Haastattelu muistutti tutkijan etiikasta ja haastattelutekniikan taitamisesta, eläytymisestä ja haastateltavan kunnioittamisesta. Oli osattava kuunnella, havainnoida ja tehdä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelutilanne voi tiedonantajien kokemana kuitenkin merkitä heidän terveydentilaansa puuttumista sillä tavoin, että se vavuttaa haastateltavien mieltä ja itsetuntoa (Vehviläinen-Julkunen 1997). Näin saattoi käydä yhden ääniä kuulevan tutkimushenkilön kohdalla.

Fenomenografinen tulkitseva analyysi oli aluksi työlästä ja hidasta runsaan aineiston vuoksi. Kategorioiden muodostamiseen liittyvää ylitulkinnan vaaraa pyrin välttämään pitämällä tiedonantajien ilmaisuja kaiken aikaa esillä ja olen esittänyt niitä myös lukijoille. Kategorisoinnin luotettavuutta problematisoin ohjauksikäsitteiden osalta kysymällä, mitä kaikkea ohjaus on ja mikä ja kenen ohjauksikäsitteys on toista oikeampi (Eriksson 1987, Raymond 1997).

On vaikea selkeästi osoittaa, miten potilaiden terveydentila vaikutti tuloksiin. Vastaukset olivat ohjauksikäsitteiden ja -kokemusten suhteen yhdensuuntaisia. Sairaudesta tai hoidossa oleminen eivät tämän perusteella suuresti vaikuttaneet tuloksiin. Potilaan ohjaus käsitettiin ohjauksen teorian ja aikaisempien tutkimusten suuntaisena, counselling- ja guidance-tyyppisenä; hoitajan ja potilaan välisenä vuorovaikutuksena, potilasta osallistavana ja toiminnallisuuteen kannustavana, neuvojen saamisena ja itsehoitotaidoissa kehittymisenä. Sen sijaan potilaiden kokemukset ohjauksen toteutumisesta pohdituttavat.

Osa potilaista koki hoitajat varsin kiireisinä. On myös merkillepantavaa, miten vaikeaa ohjauksen idea on taivuttaa potilaan kokonaisuutta huomioonottavaksi toiminnaksi. Psykiatristen potilaiden kokemukset ohjauksen toteutumisesta painottuivat ihmisen situationaaliseen olemassaoloon. Lyhytaikainen hoito on lisännyt potilasmääriä ja hoitajien työtä. Johdon erityinen tehtävä onkin allokoida riittävät henkilöresurssit, mutta myös turvata osaamisen resurssit potilaan hyvän ja kokonaisvaltaisen ohjauksen toteutumiseksi.

Potilaat halusivat keskustella enemmän hoitajien kanssa hoitoon liittyvistä asioista mutta myös tunnekokemuksistaan heti hoitoon tultuaan ja hoidon loppupuolella. Ohjauksen teorian mukaan he halusivat tarkastella kokemuksilleen antamaan merkityksiä (*”potilas pääsee sisään siihen, mikä sitä vaivaa”*, *”asioita täytyy*

*vielä käsitellä*”). He osallistuivat hoitoon ja heitä rohkaistiin hoidon aikana oma-toimisuuteen. Elämäntilanteen epäjärjestys lisäsi kuitenkin hoitajakson lopulla riippuvuutta hoitohenkilökunnasta. Potilaat kokivat tarvitsevansa hoitajan apua kerratakseen, mitä tapahtuu ja miten tulee toimia, kun terveys pettää. Tähän riippuvuuden tarpeeseen tulisi tulosten mukaan vastata niin pitkään, että potilaat voivat turvallisesti kotiutua avohoitoon.

Potilaat halusivat ohjausta, joka on ominaisuuksiltaan counselling-tyyppistä. Se tähtää hoidon ja kuntoutuksen prosessissa kokonaisvaltaiseen oppimiseen, joka pohjaa henkilökohtaiseen kokemukseen. Tämän tuloksen toivon rohkaisevan hoitotyöntekijöitä kohtaamaan potilaansa kokevina ja merkityksiä problematisoivina yksilöinä riippumatta heidän hoidon tarpeestaan. Keskusteleminen potilaan kanssa ja hänen kuuntelemisensa omassa asiassaan on osoitus hyvästä ohjauksesta. Se lisää luottamusta osapuolien välillä, vapauttaa ilmaisemaan ajatuksia ja tunteita ja vapauttaa oppimaan.

Tulokset korostavat potilaan ohjauksessa selkeästi kahta seikkaa:

1. Keskusteleva ja potilaan tilanteen aistiva ohjaus tavoittaa potilaan äänen missä tahansa hoidon vaiheessa hän onkin.
2. Potilaiden voimavaroja hyödyntävä ohjaus edistää itsehoitoa ja vastaa potilaiden haluun osallistua hoitoon ja olla siinä asiantuntijana terveys- ja sairauskokemuksiin.

Olen kuvannut potilaiden käsityksiä ohjauksesta, ohjauksen tarpeesta ja sen itsehoitoa edistävästä vaikutuksesta sairaalahoidon aikana. Seuraavasta tutkimusvaiheesta alkaen tutkimuskohteina ovat yksityiset mielenterveyskuntoutuksen palveluja tarjoavat pienyhteisöt. Tämä ensimmäinen tutkimusvaihe antaa aihetta kiinnittää huomiota jatkossa mm. seuraaviin seikkoihin; miten ja miksi mielenkuntoutujaa ohjataan toiminnallisuudessa ja omatoimisuudessa, miten ja millaisista asioista hänen kanssaan keskustellaan, miten mielenkuntoutujan voimavaroja hyödynnetään kuntoutumisessa, miten kuntoutussuhde toimii ja millainen on kuntoutusyhteisön ilmapiiri.

Tällaisten kysymysten äärelle pääsen käyttämällä tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmiä, joilla voin kuvata, ymmärtää ja tulkita tapahtumia tutkimuskonteksteissa, sellaisia tekniikoita, joilla voin pureutua ongelmien ja ristiriitojen rakenteeseen. Tässä tutkimusvaiheessa potilaiden käsitykset ohjauksesta olivat teorian kanssa samansuuntaiset, mutta kokemukset sen toteutumisesta poikkesivat teoriasta jossain määrin. Ohjaavan kuntoutuksen näkökulmasta on mielenkiintoista selvittää, mitä tapahtuu ihmisten työtoiminnassa, kun teoria ja käytäntö eivät kohtaa ja miten toimijoiden kokemuksia käsitellään ja niille annettuja merkityksiä problematisoidaan?



## 6 II tutkimusvaihe: Yksityisen mielenterveyspalveluja tarjoavan yhdistyksen työtoiminnan kuvaus

### 6.1 Kuntoutumisen ohjaus työtoimintana

Tässä tutkimusvaiheessa tarkastelen ensin mielen kuntoutujien kuntoutumisen ohjausta yksityisessä kuntoutumiskodissa ihmisen työtoiminnan rakennemallin näkökulmasta. Toiseksi analysoin tutkimuskohteena olevan yksityisen mielenterveyspalveluja tarjoavan yhdistyksen, johon kuntoutumiskoti yhtenä yksikkönä kuuluu, kohde- ja teorianhistoriallista kehitystä. Tutkimuksen lähestymistapa on kehittävä työntutkimus. Sitä käytetään työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Kehittävä työntutkimus ei Engeströmin mukaan (1995, 11) asetu minikään yksittäisen tieteenalan rajoihin, vaikka sen perusta on kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria (Leontjev 1977, Vygotsky 1978, Luria 1979). Engeström kuvaa kehittävää työntutkimusta toiminnan teorian erityiseksi muodoksi ja sovellukseksi työtoimintojen tutkimukseen.

Kehittävä työntutkimus on reflektiivinen tutkimusote, jossa työntekijöiden eteen muodostetaan ikään kuin peili, josta he näkevät konkreetteja ja havainnollisia oman työnsä työtapoja ja menetelmiä. Peilin avulla he voivat eritellä ja arvioida omaa toimintaansa ja ryhtyä tarpeenmukaisiin kehitystehtäviin. Peilinä toimii tutkimuksen tuloksista koottava raportti, jota voidaan havainnollistaa kolmiomallien avulla. (Engeström 1995, 124). Tämän tutkimusvaiheen tuloksista koottava raportti muodostaa peilin, jonka avulla työntekijät voivat arvioida omaa toimintaansa.

Yksityistäminen, yhtiöittäminen ja yhdistystoiminta ovat kuuluneet virkamiesten ja hallintoviranomaisten sosiaali- ja terveyspalveluita koskeviin tulevaisuuskeskusteluihin maassamme pitkin 1990-lukua. Valtionosuusuudistuksen ja palvelurakenteen kehittämisen seurauksena julkinen palvelutuotanto on elänyt ja elää edelleen rakenteellisessa murroksessa. Se on supistanut terveydenhuollossa voimakkaasti laitospalveluaan ja pyrkinyt ohjaamaan resurssiaan avohoidon ja sen asumispalveluiden kehittämiseen, niin kutsuttuihin välitason organisaatioihin. (Laitinen 1995, 99). Matthies (1996, 11–15) on kirjoittanut suomalaisista välittävistä eli välitason organisaatioista ja hyvinvoinnin sekataloudesta (welfare mix) seuraavasti :

*”Julkisen sektorin ja markkinoiden toimintamallien rinnalle nousi kansainvälisessä keskustelussa jo 1970-luvulla ”toisin toimimisen alue”, joka sai nimekseen kolmas (epävirallinen, harmaa) sektori. Puhutaan ei-valtiollisista (NGO = non governmental organizations) ja yleishyödyllisistä (non profit) organisaatioista. Käytännössä tällaiset organisaatiot pyrkivät lisäämään kansalaisjärjestöjen, omaisten, vapaaehtoistyön, säätiöiden, kirkkojen ja yksityisten yrittäjien panosta sellaisten palvelujen tuottamisessa, joista yleensä on vastannut julkinen sektori. Tällaisen välitason katsotaan vastaavan riskiyhteiskunnan haasteisiin vakiintuneita sektoreita paremmin joustavuutensa ja muuntumiskykyisyytensä vuoksi. Välittävät alueet*

*nähdään myös uutta luovan työllisyyden mahdollistajina. Toisaalta tällaiset organisaatiot sisältävät paljon epävarmuutta, sattumanvaraisuutta, vapaaehtoistyötä ja muuta palkatonta huolenpitoa”.*

Tunnetuimpia yksityisiä yksiköitä ovat vanhusten ja vammaisten palvelutalot. On perustettu erilaisia ryhmäasumisyksiköitä ja perhekoteja. On kokeiltu erilaisia yhdistelmäammatteja, esimerkiksi kyläavustajaa tai taksipalvelun laajentamista erilaisin tukitoimin. On syntynyt monimuotoisia asumisen tukipalveluja. Järjestöjen tilalle ja rinnalle yksityiselle sektorille on tullut osakeyhtiöitä, kommandiittiyhtiöitä ja yksittäisiä yrittäjiä (Laitinen 1995, 101) sekä tämän tutkimusvaiheen tutkimuskohteen kaltaisia rekisteröityjä yhdistyksiä, jotka tarjoavat sairaaloista kotiutuville monenlaisia kuntoutuspalveluja. Asumismuotona voi olla mm. tutkimuskohteen kaltainen kuntoutumiskoti, joka ei ole laitos, vaan useimmiten alle 10 asukkaan ”väliaikaiskoti” ennen kuntoutujan mahdollista siirtymistä joko tukiasuntoon tai omaan asuntoon. Kuntoutumiskodit ovat yleensä joko omakotitaloja tai ne voivat sijaita rivi- tai kerrostaloissa. Arkipäivisin tai ympäri vuorokauden asukkaiden tukena on yksi tai useampi hoitoalan työntekijä.

## **6.2 Tutkimusvaiheen tarkoitus, tutkimuskohde ja -kysymykset**

Tämän tutkimusvaiheen *tarkoituksena* on *ensin* tunnistaa, kuvata ja analysoida kuntoutumiskodin ihmisten työtoiminnan vahvuuksia, jännitteitä, ristiriitoja ja kehittämistarpeita. *Toiseksi* tarkoituksena on analysoida palvelujen tarjoajan kohde- ja teorianhistoriallisia kehitysvaiheita ja -tarpeita vuosilta 1983– 1993. Kuvaan tutkimuskohdetta palvelujen tuottajan vuoden 1995 toimintakertomuksen ja vuoden 1997 toimintasuunnitelman, yhdistyksen 10-vuotis-historiikin (vuodet 1983– 1993), toiminnanjohtajan sekä työkeskuksen, kuntoutumiskodin ja päiväkuntoutumisyksikön työntekijöiden haastattelujen pohjalta.

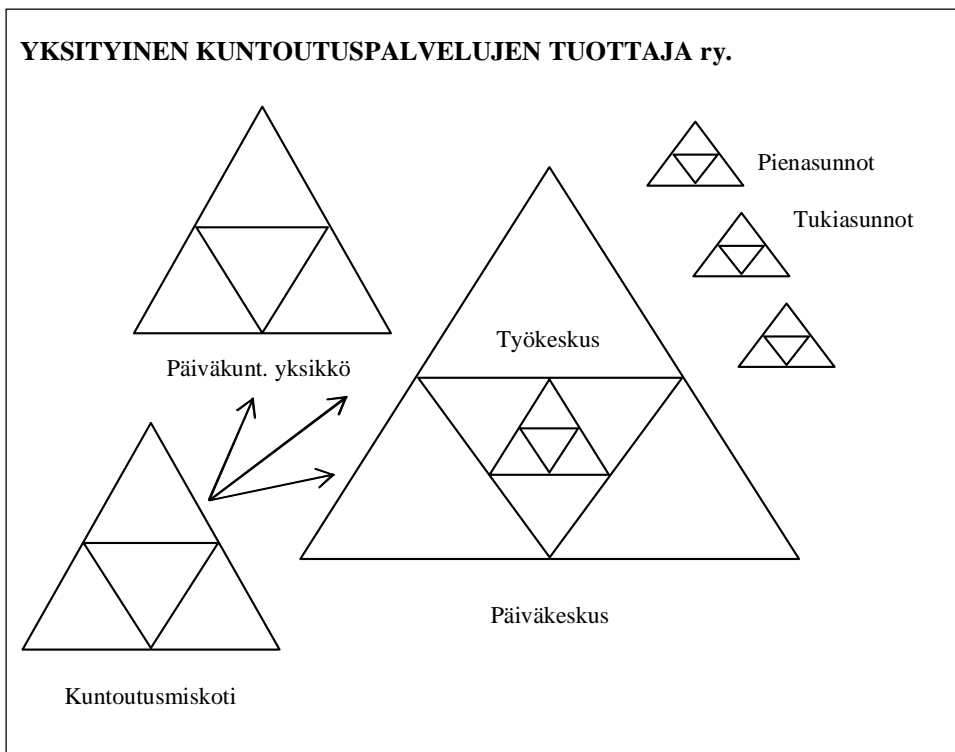
Keski-Uudenmaan Sopimus koti ry perustettiin vuonna 1983 kolmen omaisperheen toimesta. Omaiset olivat huolissaan stigmasta, joka leimautui niin heihin kuin heidän sairastuneisiin läheisiinsä ja siitä, miten sen aikaisilla resursseilla voitiin toteuttaa kuntoutumistoimintaa sairaalajakson jälkeen. Psykiatrinen avokuntoutus oli tuohon aikaan varsin pienimuotoista mielenterveystoimistojen yhteydessä tapahtuvaa toimintaa. Potilaat kävivät sovittuina aikoina keskustelemassa mielenterveystoimiston työntekijän kanssa asioistaan. Tämä ei ollut riittävää potilaille, joiden elämänhallinta etenkin sosiaalisten taitojen suhteen oli kapeutunut. Tarvittiin tiiviimpää tuki- ja turvaverkostoa. Esikuvana pidettiin Tampereella toimivaa Sopimusvuorta, jossa vuosia oli toteutettu, tutkittu ja kehitetty psykiatrinen kuntoutusta. (Keski-Uudenmaan... historiikki 1993).

Yhdistys tarjoaa asiakkailleen toiminnanjohtajan mukaan turvallisen ympäristön kokeilla ja harjoitella päivittäisiä toimintoja, vuorovaikutustaitoja ja ongelmanratkaisua. Se mahdollistaa kokemuksen ryhmään kuulumisesta, antaa työpaikan ja rohkaisee ottamaan vastuuta oman elämän kokonaishallinnasta. Yhdistyksen toiminta keskittyy entisen tehtaan kiinteistöön ja sen lähiympäristön alueelle. **Toiminnanjohtajan** (psykiatrinen erikoissairaanhoitaja) tehtäviin kuuluu henki-



löstöhallinto, toiminnan organisointi ja sihteerin tehtävät yhdistyksen hallituksen kokouksissa. (Keski-Uudenmaan... toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997). Yhdistys ylläpitää seuraavia yksiköitä (Kaavio 6. Yhdistys toimintajärjestelmänä ja kuntoutumiskodin asukkaiden lähes päivittäiset yhteistyötahot yhdistyksen muissa yksiköissä):

- päiväkeskus (13 paikkaa)
- työkeskus (13 paikkaa)
- kuntoutumiskoti, (alakerta 5 miespaikkaa, yläkerta 3 naispaikkaa)
- päiväkuntoutumisyksikkö (12 paikkaa) – tutkimushetkellä (1996) projektiluontoisesti kokeilussa
- tuetut asunnot (12 paikkaa)
- itsenäiseen asumiseen tarkoitettut asunnot (3 paikkaa)



Kaavio 6. *Yhdistys toimintajärjestelmänä ja kuntoutumiskodin asukkaiden lähes päivittäiset yhteistyötahot yhdistyksen muissa yksiköissä*

**Päiväkeskus** ja **työkeskus** sijaitsevat yli 300 neliömetrin suuruudessa tilassa. Päiväkeskus tarjoaa työkeskuksen kanssa erilaisia toimintoja 26:lle asiakkaalle. Päiväkeskuksen päivittäisiä toimintoja ovat mm. yhteiseen ateriointiin liittyvät työtehtävät, siivoukset, kauppa-asiat ja muut vastuutehtävät kuten päivä- ja työ-

keskuksen siivoukset, keittiötyöt ja klubi-iltojen ohjaus. Lisäksi siellä pidetään ryhmiä (musiikkiin, kuvataiteeseen, askarteluun, peleihin, valokuvaukseen, käsi-työhön, oireiden hallintaan liittyvät), kerhoja tai kursseja ja järjestetään matkoja tai leirejä yksi - kaksi kertaa vuodessa noin viikon mittaisina. Päiväleirejä tai -retkiä tehdään viikoittain. **Päiväkeskuksen ohjaaja** (psykiatrinen erikoissairaanhoidtaja) suunnittelee ja toteuttaa kuntouttavia toimintoja yhdessä asiakasryhmän kanssa. Hänen apunaan työskentelee artesaani ja mielenterveyshoitaja. (Keski-Uudenmaan... toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997).

*”Päiväkeskus on yhteisöllinen yhteisö, jossa jaetaan, sekä asiakkaat että työntekijät jakaa, annetaan itsestä jotakin kaikille. Kuntoutumiskodissa sen sijaan asukkaiden yksilöllisyys ja yksilöllinen kohtaaminen korostuu. Päiväkeskuksessa ei ole olemassa mitään kirjoitettuja sääntöjä, kun ihmisiä tulee ja menee, ei niitä sääntöjä voi valvoa. Kirjoittamattomina sääntöinä on, ettei humalassa saa tulla työpaikalle ja ettei saa käyttää henkistä tai ruumiillista väkivaltaa. Säännöt on tavallaan syntyneet toiminnassa ja yhteisökokouksissa”. (Toiminnanjohtajan haastattelu).*

Asukkaiden ja työntekijöiden vastuusta ja työnjaosta toiminnanjohtaja toteaa:

*”Työntekijöillä on viime kädessä vastuu yhdistyksen rahankäytöstä...hankittaessa jotakin keskustellaan yhdessä ja enemmistön päätös vaikuttaa, mitä hankitaan. Matkoihin on asiakkailta tai kuntoutumiskodin asukkailla omavastuuosuus matkan kustannuksista. Sen sijaan teatteri- ja elokuvalippuja he ovat saaneet lahjoituksina, jolloin asiakkaiden ei tarvitse maksaa mitään”.*

**Työkeskuksessa** hyödynnetään ohjaajan mukaan asiakkaiden ammatti- tai työkokemusta.

*”Täällä suoritetaan huonekalujen entisöintiä, korjausta ja maalaustöitä. Työ soveltuu kuntoutumisen eri vaiheissa oleville, on kirjansidontaa...yhteistyötä tehdään kaupungin kirjaston kanssa. Eräs tiloimisto työllistää kahdesti viikossa. Asiakkaan psyykkisten valmiuksien kehittyessä työpäivien määrää on mahdollisuus lisätä... eräs toinen firma tarjoaa työhön valmennusta...alihankintatöitä jatketaan sopimusten mukaisesti. Asiakkaat suorittavat myös yhdistyksen eri yksikköjen korjaus- ja saneeraustöitä sekä tekevät muuttoa ja kuljetustehtäviä. Työsuorituksista maksetaan kannustusrahaa 11 mk/tunti, enintään 1200 mk/kk. Työkeskuksen asiakkaat osallistuvat myös päiväkeskuksen ryhmiin ja kerhotoimintaan”.*

**Työkeskuksen ohjaaja** (askartelunohjaaja) huolehtii työtoimintojen suunnittelusta, toteutuksesta, asiakkaiden ohjauksesta, työtuntien kirjauksesta, laskutuksesta sekä yhteydestä työn teettäjiin yhdessä päiväkeskuksen erikoissairaanhoidtajan kanssa (Keski-Uudenmaan...toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997).

**Kuntoutumiskodissa** on tilat kahdeksalle asukkaalle. Talo on kaksikerroksinen saneerattu omakotitalo, joka sijaitsee noin puolen kilometrin päässä päiväkeskuksesta. **Työntekijä** (mielenterveyshoitaja) huolehtii asukkaiden kuntoutumisen suunnittelusta, toteutuksesta, ohjauksesta ja seurannasta. Lisäksi hän on yhteis-

työssä sairaaloiden, mielenterveystoimistojen ja omaisten kanssa osallistuen mm. omaisten ryhmän toimintaan. (Keski-Uudenmaan... toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997).

Mielenterveyshoitaja kertoo kuntoutumiskodin toiminnasta:

*”Täällä voi keskittyä arkipäivän toimintojen harjoitteluun päivä- ja viikko-ohjelmien mukaisesti. Asukkaat hakeutuvat kuntoutumiskotiin joko sairaalasta tai kotoaan. Muuttaessaan kuntoutumiskotiin he laativat vuokrasopimuksen ja sitoutuvat asumiseen ja kuntoutumiseen liittyviin sopimuksiin. Asumisen suhteen ei tehdä aikataulua. Kuntoutuksessa pidempään olleita rohkaistaan suuntautumaan tukiasuntoihin. Asukkaita kannustetaan sosiaaliseen toimintaan; osallistumaan erilaisiin tapahtumiin, retkille ja matkoille sekä käyttämään erilaisia ryhmiä. Jokainen asukas osallistuu päivittäin kotitöihin yhteisöllisyyden hengessä ja lähes päivittäin johonkin kuntoutumiskodin ulkopuoliseen toimintaan”.*

**Päiväkuntoutumisyksikkö** on kaksikerroksinen omakotitalo, joka sijaitsee kuntoutumiskodin vieressä. Kummankin talon ympärillä on puutarha. Yksikkö tarjoaa päiväkuntoutumisyksikön sairaanhoitajan mukaan harjoittelupaikan 12:lle asiakkaalle.

*”Päiväkuntoutumisyksikön asiakkaat ja kuntoutumiskodin asukkaat hoitavat kesäisin puutarhaa. Tavoitteena on ylläpitää ja lisätä alueella asuvien pitkäaikaisista psyykkisistä häiriöistä kärsivien henkilöiden kykyä selviytyä arkielämään liittyvistä askareista itsenäisesti. Yksikön palveluja käytetään sopimuksen mukaisesti arkisin. Yksikössä ei voi asua. Kuntoutumista tuetaan pienissä ryhmissä tai yksilöllisesti joko yksikössä, asiakkaan kotona tai lähiympäristössä”.*

**Päiväkuntoutusyksikön työntekijät** (psykiatrinen erikoissairaanhoitaja ja arthenomi) suunnittelevat yksikön toiminnan sisällön asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Heidän tehtävänä on ohjata asiakkaita päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi he tekevät yhteistyötä omaisten, psykiatristen sairaaloiden ja mielenterveystoimistojen kanssa. (Keski-Uudenmaan... toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997).

**Pienasunnoissa ja tukiasunnoissa** asuvilta edellytetään kuntoutumiskodin työntekijän mukaan kuulumista päivä- tai työkeskuksen ryhmään. Tällöin psykisen kunnon seuranta on päivittäistä ja muutoksiin voidaan reagoida riittävän varhaisessa vaiheessa. Asunnot ovat pieniä yksiöitä tai kaksioita sijaiten entisen tehtaan työntekijöiden asuttamissa omakotitaloissa. Kuntoutumiskodin työntekijä käy viikon aikana sovitusti ja tarvittaessa tapaamassa näiden asuntojen asukkaita.

Tässä tutkimusvaiheessa aineisto on kerätty vuoden 1996 aikana käyttäen laadullisia aineistonkeruumenetelmiä kuten havainnointia, haastattelua ja teorianhistoriallisia dokumentteja, joissa käsitellään yhteiskunnallisia ja mielenterveyskuntoutukseen liittyviä tapahtumia vuosina 1983–1993. Kohde- ja teorianhistoriallinen aineisto käsittää tutkimuskohteen historiikin vuosilta 1983–1993, yhdistyksen toimintakertomuksen vuodelta 1995 ja toimintasuunnitelman 1997, yhdistyksen esitteitä, tutkimuskohteen alusta alkaen virassa olleen mielisairaanhoitajan ja sittemmin toiminnanjohtajan haastattelun (haastattelurunko liitteessä 7). Lisäksi aineis-

toon kuuluu sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat uudet lait, Mielensterveyskomitean mietintö 1984, hoito-, kasvatusta- ja lääketieteellistä kirjallisuutta ja tutkimuksia, jotka kohdistuvat paitsi mielensterveyskuntoutukseen myös paikallisesti tutkimuskohteen alueeseen, terveystoimintaa ohjelmia, suosituksia ja tutkimuksia sekä vuosina 1981–1987 toteutetun skitsofrenian tutkimuksen hoidon ja kuntoutuksen valtakunnalliseen kehittämisohjelmaan liittyvää materiaalia. Tutkimuskysymykset ja aineistonkeruumenetelmät kuvataan taulukossa 5.

Taulukko 5. *Yksityisen kuntoutumiskodin työtoiminta, tutkimuskysymykset ja aineistonkeruumenetelmät*

Tutkimuskysymykset	Aineistonkeruumenetelmät
1. Millainen on kuntoutumiskodin arki?	Osallistuva havainnointi Havaintojen muistiin merkitseminen Asukkaiden ja työntekijän haastattelu
2. Millaisia kehitysvaiheita voidaan erottaa yksityisen kuntoutuspalvelujen tuottajan historiassa?	Kirjalliset dokumentit palveluntuottajan ja psykiatrisen kuntoutuksen historiasta vuosilta 1983–1993 Toiminnanjohtajan ja kuntoutumiskodin asukkaiden ja työntekijän haastattelu
3. Millaisia ristiriitoja ja kehittämistarpeita voidaan tunnistaa kuntoutumiskodin ihmisten työtoiminnassa?	Osallistuva havainnointi Havaintojen muistiin merkitseminen Kirjalliset dokumentit palveluntuottajan ja psykiatrisen kuntoutuksen historiasta Asukkaiden ja työntekijän haastattelu

### 6.3 Kehittävän työntutkimuksen teoreettisia lähtökohtia

Kehittävä työntutkimus tähtää työn muutokseen tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen avulla. Se osallistaa työntekijät tutkimaan, analysoimaan ja kehittämään omaa työtään niin, että he itse luovat paremmin toimivia välineitä työn suunnitteluun. (Engeström 1995, 12). Tässä tutkimusvaiheessa kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa sovelletaan rajatusti, ilman kehittämistyön ja koulutuksen organisointia. Toimin osallistuvana havainnoijana seuraten, mitä kuntoutumiskodissa tapahtuu. Mahdollisuuksien mukaan pyrin osallistumaan normaaliin toimintaan tutkimuskohteessa. Omat liikkeen, toiminnan seuraamisen, siihen puuttumisen, siitä kyselemisen ja uteliaisuuteni voivat käynnistää yhdistyksen jäsenten oman toiminnan tutkimisen, arvioinnin ja kehittämisen.

### 6.3.1 Toimintajärjestelmä ja työtoiminnan käsite

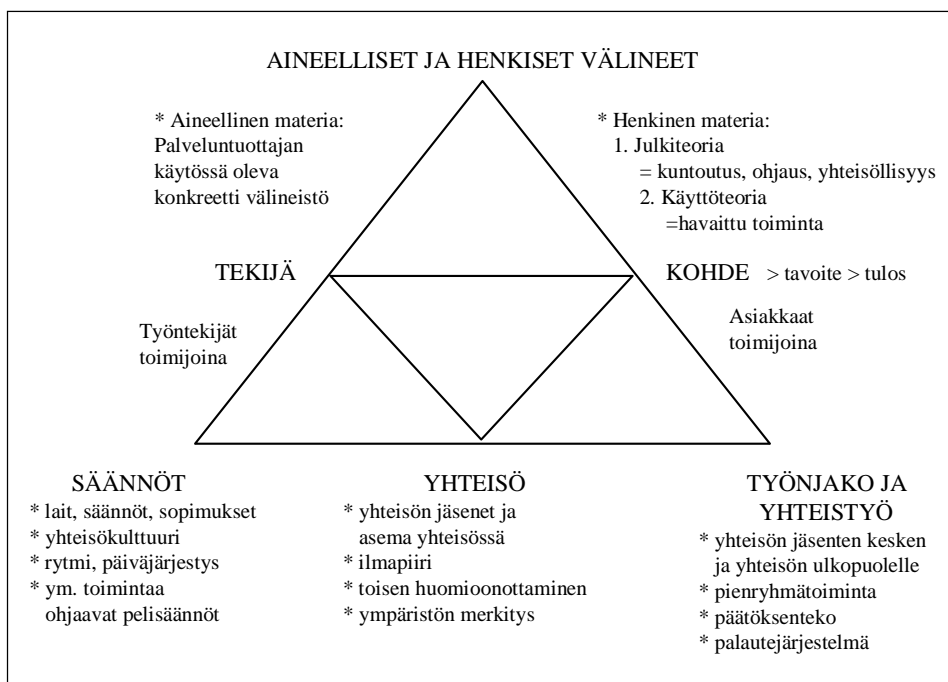
Kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaan kuuluvat keskeisesti toimintajärjestelmän ja työtoiminnan käsitteet. Toimintajärjestelmällä tarkoitetaan työtoiminnan tai minkä tahansa toiminnan rakenteellista kuvausta. (Engeström 1987a, 9). Toiminnan tutkiminen edellyttää Leontjevin mukaan (1977, 97) erityisesti koko toimintajärjestelmän sisäisten suhteiden analyysia. Tässä tutkimusvaiheessa yhdistys on toimintajärjestelmä (Kaavio 5.), jonka kohde- ja teorialistoriallinen kehitys on analyysin kohteena. Kuntoutumiskoti on yhdistyksen osatoimintajärjestelmä, josta analysoidaan siinä toimivien ihmisten työtoiminnan sisäisiä suhteita.

Työpsykologinen ja ergonominen tutkimus perustaa lähtökohtansa yksilöihin, mm. heidän työtyytyväisyyteensä, asenteisiinsa, erilaiseen toimintaansa ja tiedollisiin rakenteisiinsa. Engeströmin (1987a, 9–10) mukaan tällaisen tiedon tulkinta on ongelmallista, sillä miten voidaan osoittaa, miksi ihmiset käyttäytyvät, niin kuin käyttäytyvät. Tällainen tutkimus on luonteeltaan sopeuttavaa, korjailevaa. Se ei kykene selittämään tai ennustamaan työn rakenteisiin ulottuvaa laadullista muutumista. Kehittävässä työntutkimuksessa ei siis riitä teko ja sen synonyymeina käytetyt tehtävä tai suunnitelma työn analysoinnin ja kehittämisen perusyksiköksi, vaikka Leontjevin mukaan (1977, 95) niillä on sekä intentionaalinen aspekti (mitä pitää saavuttaa) että operationaalinen aspekti (miten, millä tavalla pitää saavuttaa). Tekoa laajempi analyysiyksikkö on aina toimintajärjestelmä tai vain toiminta. (Engeström 1987a, 9–10, 1995, 41).

Leontjev (1977, 97) analysoi kokonaisvaltaista toiminnan dynamiikkaa hierarkisena järjestelmänä. Siinä erotetaan ensinnäkin yksittäisiä ja erityisiä toimintoja niitä virittävien motiivien perusteella. Toiseksi siinä erotetaan tekoja, jotka ovat alisteisia tietoisille tavoitteille ja kolmanneksi operaatioita, jotka riippuvat välittömästi konkreettisen tavoitteen saavuttamisen ehdoista (Engeström 1985, 158, 1987a, 13). Kehittävän työntutkimuksen näkökulmasta niin yksilöitä kuin myös yhdessä organisaatiota ja yksilöitä on tarkasteltava keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevina. Yksiköt ja ihmiset muokkaavat organisaatiota, samalla kun se muokkaa siinä toimivia yksilöitä tai yksiköitä. Tämä jatkuvan luomisen liike luo toimintajärjestelmää, jonka avulla koko dynamiikka pyritään tavoittamaan. Samalla toimintajärjestelmä nähdään historiallisesti kehittyvän ja ristiriitaisena. (Engeström 1987a, 10, 1995, 11).

Kuntoutumiskodin asukkaiden ja työntekijän työ voidaan jakaa lukuisiin osatehtäviin eli tekoihin, joilla kullakin on tietoinen tavoite. Nämä teot suoritetaan usein automatisoituneiden, tiedostamattomien rutiinien eli operaatioiden avulla. Tärkeää on erityisesti se, miten työntekijä tiedostaa toiminnan kohteen, tässä työssä kuntoutumiskodin asukkaiden toimintoja virittävät motiivit ja tekojen taustalla olevat yksilölliset kuntoutumistavoitteet. Monimutkaisessa työnjaolisessa toiminnassa on tavallista, että työntekijä tiedostaa vain yksittäisten tekojensa tavoitteet, mutta ei osaa liittää niitä koko toiminnan motiiviin ja rakenteeseen, etenkin kun tuo motiivi saattaa olla hyvin ristiriitainen. (Engeström 1987a, 10).

Työtoimintaa tapahtuu sen osatekijöiden, **tekijä, kohde, välineet, säännöt, yhteisö ja työnjako**, välillä, jossa on usein erilaisia jännitteitä ja ristiriitoja. Työtoiminnan osatekijöitä kuvataan ja selitetään sisäkkäisillä kolmioilla (Engeström 1987a, 10–12, 1987b, 78–80, 1995, 43–47). Alkuperäisen kolmion kulmat nimettiin tekijäksi, kohteeksi ja välineeksi. **Tekijä** merkitsi yksilöä tai ryhmää (työntekijä), **kohde** raaka-ainetta ja tulosta, (myöhemmin myös asiakas tai asiakasryhmä ja tavoiteltava toiminta) ja **wälineeksi** muodostui joku työkalu tai merkki, jonka avulla tekijä voi säädellä omia tekojaan ulkoapäin (myöh. aineellinen tai henkinen materia). Näin syntyi reflektiivisyys eli itsensä tiedostamisen ja tekojensa, sanojensa ja ajatustensa arvioinnin mahdollisuus. (Engeström 1995, 41–45). Sovellan ihmisen työtoiminnan rakennemallia tässä tutkimusvaiheessa kaavion 7. mukaisesti.



Kaavio 7. *Ihmisen työtoiminnan rakennemallin soveltaminen toisessa tutkimusvaiheessa*

Välineellisyyden kohtaaminen on Sengen mukaan (1990, 191–202) ehto työntekijöiden kysely- ja reflektioidolle. Hän määrittelee reflektioidot ajatteluprosessien hidastamiseksi siten, että keskusteluissa tullaan tietoisiksi mentaalisten mallien (=henkinen materia) muodostumisesta ja niiden vaikutuksesta tekoihin ja toimintaan. Oppiminen nähdään julkiteorian (toimintaa koskeva teoreettinen lähestymistapa) tasolla uuden informaation vastaanottamisena ja käyttöteorian (havaittu toiminta) tasolla konkreettisenä käyttäytymisen muutoksena.

*”Käyttöteoria on eräänlainen sisäänrakennettu säännöstö tai ohjausjärjestelmä, joka enimmäkseen toimii tiedostamattomalla tasolla ja joka muuttuakseen tarvitsee kriittistä reflektiota, tietoista oman toiminnan oikeutuksen tutkimista”.* (soveltaen Ojanen 2000, 86).

Oppiminen sisältää keskeneräisyyden vaalimisen, luopumisen ja surutyön (soveltaen Ojanen 2000). Se edellyttää julkiteorian muuttamista keskusteluiden kautta käyttöteoriaksi, mikäli halutaan muuttaa toimintaa. Tässä kielenkäännöstyössä syntyy aina ongelmia, sillä asioita ei kyetä tai osata välttämättä kohdata riittävän avoimesti, vaan keskustelua käydään muodollisen kohteliaasti. Oppimisen kannalta avoimuus on edellytys sen näkemiselle, kuinka oma päättely ja omat toimenpiteet vaikuttavat.

**Yhteisöllä** tarkoitetaan kaikkia toimintajärjestelmän osanottajia, jotka jakavat saman kohteen. **Työnjako** viittaa tehtävien, päätösvallan ja etujen jakautumiseen eri osallistujien kesken. **Sääntöjä** voivat luonnehtia yhteisön opittu kulttuuri eli organisaatiokulttuuri, kollektiiviset rituaalit, perinteet, lait, ohjeet, ohjelmat ja sovimukset. (Engeström 1995, 44–46).

### **6.3.2 Kehittävän työntutkimuksen soveltaminen tässä tutkimusvaiheessa ja ristiriidan käsite**

Kehittävän työntutkimuksen prosessi on viisivaiheinen (Engeström 1995, 126–144). Sen kaksi ensimmäistä vaihetta ovat tämän osatutkimuksen tutkimusaluetta (kts. kaavio 5). Ensimmäisessä syklin vaiheessa, ongelmien etnografia, käytetään Engeströmin mukaan (1995, 130) pääsääntöisesti etnografisia tutkimusmenetelmiä. Etnografisessa tutkimuksessa tutkija aloittaa teorian rakentamisen etukäteen hahmotetuilla ongelmilla mutta pyrkii välttämään etukäteiskäsityksiä varmoista hypoteeseista. Tutkijalla on aiheesta jonkinlainen esiymmärrys, joka laajenee tulkinna ja merkityksenannon kautta. (Taft 1988, 62). Ongelmien etnografiassa nykyistä työtoimintaa havainnoimalla pyritään tunnistamaan sen eri osatekijöiden välille muodostuneita jännitteitä tai ristiriitoja. Tilannetta analysoidaan pohtimalla, miten ennen on toimittu ja mitkä tekijät mahdollisesti aiheuttavat tällä hetkellä häiriöitä. (Engeström 1995).

Työkokemukseni ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulosten mukaan oletan, että kuntoutustyöntekijä tarvitsee vuorovaikutus- ja sosiaalisten taitojen oppimisen ohjaamiseen kokemuksista käsin ohjautuvaa vuoropuhelua asukkaiden kanssa, asukkaiden rohkaisemista ongelmanratkaisuun, heidän voimavarojensa hyödyntämistä ja ennemmin kaikkien toimijoiden kekseliäisyyttä kuin opittujen teoreettisten mallien kuuliaista noudattamista. Kysymys on toiminnan motiivin tavoittamisesta.

**Primaariristiriita** syntyy siitä, että työllä pyritään toisaalta hyödyllisiin tuloksiin ja toisaalta liiketaloudelliseen voittoon, mikä abstrahoituu palvelusten sisällystä ja laadusta, oman työn myymisestä. Tämä ensimmäisen asteen ristiriita abstraktin ja konkreetin työn välillä vaikuttaa toimintajärjestelmän jokaisen osatekijän sisäisenä kaksinaisluonteena. Kun esimerkiksi työprosessiin tunkeutuu uusia

aineksia ulkopuolelta, niin joku tai jotkut toimintajärjestelmän osatekijät muuttuvat laadullisesti ja muut osatekijät pyrkivät jäämään ennalleen. (Engeström 1985, 161–162, 1995, 62–63).

Kehityshistorian hahmottelemiseksi pyritään etsimään tapahtumista käännekohtia, murroksia, jotka nähdään historiallisina taitekohtina. Historiallinen jakso ilmenee näin kypsytymisenä, joka johtaa kriisiin ja uuden kehitysvaiheen alkamiseen. On tärkeää muistaa, että ristiriidat eivät ole sama asia kuin puutteet, ongelmat tai häiriöt. Historiallisen muutoksen selittämisen kannalta oleellinen ristiriita on **sekundaariristiriita**, jännite kahteen eri suuntaan vetävän toimintajärjestelmän osatekijän välillä (emt:t). Näihin ristiriitoihin päästään käsiksi kokoamalla, systematisoimalla ja tulkitsemalla toimintajärjestelmän historiassa ilmeneviä ongelmia, häiriöitä, konflikteja, innovaatioita tai koettuja muutospaineita.

Historiallisen aineiston analyysi aloitetaan tässä osatutkimuksessa vertailemalla tutkimuskohteena olevan yhdistyksen ja psykiatrisen kuntoutuksen kehityshistoriaa keskenään. Tarkoitus on löytää kehityksellisiä taitekohtia, jotka ovat syntyneet tai muodostuneet erilaisten ristiriitojen paineessa. Historiallisella analyysillä pyritään auttamaan lukijaa ymmärtämään kehitystä eteenpäin vieviä muutoksia. **Kohdehistoriallinen** analyysi viittaa tutkittavan toiminnan kehitysvaiheiden ja -ristiriitojen jäljittämiseen erityisesti kohteen kehityksen kautta. **Teoriahistoriallinen** analyysi taas viittaa toiminnassa käytettyjen välineiden, käsitteiden, mallien ja teorioiden kehityksen, nk. julki- ja käyttöteorioiden ja niiden välille syntyneiden ristiriitojen tai jännitteiden erittelyyn. Engeström (1985, 136–137) korostaa, että historialliset analyysit on usein hyödyllistä tehdä rinnakkain, sekä yleisellä alan tai ammatin valtakunnallista kehitystä koskevalla tasolla että paikallisella, kyseisen työpaikan tai organisaation kehitystä koskevalla tasolla.

## 6.4 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

Tässä tutkimusvaiheessa jäsenän sekä havaintoni kuntoutumiskodin tapahtumista että kokoamani aineiston palvelujen tuottajan ja psykiatrisen kuntoutuksen historiallisesta kehityksestä ihmisen työtoiminnan rakennemallin käsitteillä. Etnografia laadullisena ja holistisena menetelmänä päästää minut tutkijana lähelle tutkittavaa kohdetta. Engeströmin mukaan (1995, 130–133) etnografina minun on mentävä työpaikalle, jossa seuran tapahtumia.

Tutkimuskohteessa, kuntoutumiskodissa, kirjaan kahden kenttäpäivän aikana päiväkirjaan havaintojani kellonajoittain aamun askareista, ruokailutilanteista, ihmisten keskinäisestä kanssakäymisestä ja työskentelystä kuntoutumiskodin arjessa, sillä näitä tilanteita on helpoin havainnoida ja luokitella. Merkitseen muistiin, kuka tekee, mitä tapahtuu ja missä, mitä tutkijana ajattelen, miten tulkiten ja millä perusteella. Tosiasiat kuvaan autenttisine ja pyrin erottamaan omista ajatuksistani. Havaintojeni tallentamisesta seuraa kertomuksen luonteinen, osittain tulkintani siivilöimä kuvaus tapahtumista kuntoutumiskodissa ja sen lähiympäristössä. Kehittävän työntutkimuksen idean mukaisesti pyrin tunnistamaan työtoiminnassa esiintyviä häiriöitä tai normaaleista rutiineista poikkeamia, ongelmia ja voimavaroja koko kuntoutumiskotiyhteisön näkökulmasta. Kuvattavia ilmiöitä,



käyttäytymistä ja merkityksenantoja täydennän autenttisilla keskustelujen ja kommenttien lainauksilla. Osallistun tutkijana kuntoutumiskodin toimintaan tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan.

Etnografiassa on käyttöä sekä omalla tutkijan intuitiolla, empatialla että kyvyllä oppia toisen kulttuurista. Minua tutkijana koskee enemmän kekseliäisyys kuin oikeintodistaminen. Konkreettien tapahtumien suoralla kuvaamisella on arvoa sekä tutkimuskohdetta koskevan informaation lisääntymisessä että siinä, että informaatio on tutkijan ja asiasta kiinnostuneiden ihmisten saatavilla koskien myös itse tutkimuskohteen jäseniä. (Krause & Kiikkala 1996, 117).

Kehittävällä työntutkimuksella ja etnografialla on Engeströmin mukaan (1995, 130–133) yhteisiä ja erottavia piirteitä. Kummassakin aineisto ja sen hankintamenetelmät ovat varsin moninaiset ja työsuorituksia seurataan ja tallennetaan mahdollisimman läheltä. Yhteisenä piirteenä on myös luottamuksellisen suhteen muodostaminen tiedon lähteenä toimiviin avainhenkilöihin, kiinnostus välineistöä kohtaan ja vertaileva metodologia tutkimuksen alusta alkaen. Erottavina piirteinä on mm., että perinteisessä etnografiassa keskitytään kuvaamaan ilmiöitä sellaisenaan (ei kriittinen etnografia, jossa kysytään lisäksi, miten ilmiöt voisivat olla), kun sitä vastoin kehittävässä työntutkimuksessa ollaan kiinnostuneita työssä esiintyvistä häiriöistä tai normaaleiden rutiinien poikkeamista. Toinen ero on analyysiyksikössä, joka kehittävässä työntutkimuksessa on toimintajärjestelmä ja etnografiassa se voi olla laajempi systeemi. Keskeisenä erona Engeström pitää kuitenkin tutkimuksen tarkoitusta. Etnografiassa ei pyritä välttämättä muutokseen vaan ilmiöiden kuvaamiseen sellaisenaan. Kehittävässä työntutkimuksessa tarkoituksena on erityisesti muutoksen ymmärtäminen ja hallinta. Tämä tutkimusvaihe rajautuu juuri tähän keskeiseen eroon. Tämän tutkimusvaiheen tarkoitus on kuvata kuntoutumiskodin tapahtumia ja ilmiöitä sellaisenaan ja pyrkiä tunnistamaan työtoiminnassa ilmeneviä jännitteitä, katkoksia tai ristiriitoja.

Kriittistä etnografiaa voidaan Nikkosen mukaan (1996, 35–36) käyttää poliittisen vaikuttamisen välineenä valitsemalla kuvauksen kohteiksi sellaisia suljettuja systeemejä, kuten organisaatioita tai ihmisryhmiä, joilla ei itsellään ole vaikutusmahdollisuutta tilanteen muuttamiseen. Nikkosen etnografinen tutkimus (1996) käsittelee hoitamista psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitoon valmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Tutkimus asettuu perinteisen ja kriittisen etnografian välille.

Ehkä huomionarvoisinta etnografisissa tutkimustekniikoissa on niiden huomattava määrä. Kuitenkaan ei ole mitään erityistä tapaa tuottaa etnografista aineistoa. (Wolcott 1988, 191, Engeström 1995, 130–132). Havainnointi on osittain arkipäivän tapahtumiin osallistuvaa ja avainhenkilöiden kanssa keskustelua ja haastattelua. Videointi tai muu intiimiä inhimillistä aluetta paljastava aineistonkeruumenetelmä ei tule kysymykseen tämänkaltaisessa tutkimuksessa, jossa ihmiset ovat muutenkin arkoja tai ujoja antamaan tietoja itsestään tai toiminnastaan.

Etnografina otan kriittisen askeleen kysymyksillä, joilla voin vaikuttaa tutkimuskohteeseen. Kysymyksiäni en periaatteessa voi peruuttaa. Toisaalta tutkijana haluan tarkistaa havaintojani ja ymmärrystäni tehden nk. avainkysymyksiä, joilla

pyrin selkeyttämään keräämääni aineistoa. (Wolcott 1988, 194–195). Keskustelu ja kysymykset syntyvät spontaanisti ja tilannekohtaisesti. Avainkysymyksillä pyrin pääsemään syvälle ilmiöihin ja niille annettuihin merkityksiin.

Havainnointitutkimuksella on myös haittapuolensa. Ne kestävät yleensä pitkään ja vaativat sen vuoksi taloudellisia resursseja, ulkopuolisen tarkkailijan voi olla vaikea tulkita toimintojen tarkoituksia, merkityksiä ja motivaatioita ja havainnoitava voi muuttaa käyttäytymistään ulkopuolisen tutkijan vuoksi. Toisaalta jos toiminta tai työ riittävässä määrin kiinnittää tekijänsä huomion puoleensa, ei henkilö välitä havaintojen tekijästä. (Varjonen 1991, 60–61).

#### **6.4.1 Yhdistyksen toimijat tiedonantajina**

Tutkimushenkilöinä oli seitsemän kuntoutumiskodin asukasta ja viisi yhdistyksen työntekijää kaikki iältään 30 - 40 -vuotiaita. Miesasukkaita oli tutkimushetkellä kuntoutumiskodissa viisi ja naisasukkaita kaksi. Toinen kävi sairaalasta käsin harjoittelemassa kuntoutumiskodissa asumista. Asukkaat olivat sairastaneet jonkinasteista mielenterveyshäiriötä muutamasta vuodesta 24 vuoteen. Harhaluuloisuus ja jännitysoireet olivat yleisimmät terveyshäiriöt. Usealla asukkaalla oli joitakin sairaalahoitajaksoja takana ja he olivat olleet sairaalan pitkäaikaispotilaita. Yksi asukas oli tullut kuntoutumiskotiin kotoaan. Kuntoutumiskodissa he olivat asuneet 1–4 vuotta.

Asukkaiden koulutus oli useimman kohdalla peruskoulu. Kaksi oli käynyt korvaavan tai apukoulun, yksi oli ylioppilas ja opiskellut jonkun aikaa yliopistossa, yksi oli suorittanut koulun jälkeen kotitalousopintoja, yksi oli ollut kauppakoulussa ja valmistunut merkantiksi ja yhdellä oli jäänyt kauppakoulu kesken. Työelämässä heistä oli toiminut yksi – varastomiehenä ilman ammatillista koulutusta. Asukkaiden toiminnalliset, henkiset ja sosiaaliset valmiudet olivat erilaiset ja tästä syystä kuntoutuminen oli varsin yksilöllistä ja eritahtista.

Työntekijät olivat olleet yhdistyksen palveluksessa 2–12 vuotta. Heidän työaikansa käsittää yleensä vain arkipäivät klo 8.00–16.00, mutta monipuolinen toiminta edellyttää toimintaa ajoittain myös viikonloppuisin ja ilta-aikaan. Kaikilla työntekijöillä oli hoito- tai askartelualan koulutus.

#### **6.4.2 Tutkijan rooli ja tutkimustiedon luotettavuus**

Tutkijana minun on tarkkailtava itseäni havainnoijana, olenko sisällä olijan vai ulkopuolisen roolissa tutkittavassa kontekstissa. Sisällä olijana on vaara sopeutua tutkittavaan ryhmään niin täysin, että tarkkailijan asema vaarantuu. Liian voimakas sisällä oleminen saattaa estää näkemästä tutkimuksen kannalta tärkeitä ilmiöitä. Havainnoijasta tulee subjekti toisten subjektien joukossa. Osallistuva havainnoija on jossain määrin tunkeilija, joten tutkijan oma käyttäytyminen saattaa häiritä tarkkailtavan kohteen normaaleja aktiviteetteja. Taustastaan johtuen havainnoija voi nähdä tilanteen rajoitetusti, omaan viitekehukseensä nojautuen. Tutkijana saatan joutua myös tilanteisiin, joissa puolueettomuuteni testataan. (Taft 1988, 60–61, Krause & Kiikkala 1996, 106). Wolcottin mukaan (1988, 193) on tärkeää

tehdä ero erilaisten osallistuvien havainnointitapojen suhteen. On selvítettävä, onko tutkijalla tarkoitus toimia aktiivisena osallistujana, etuoikeutettuna vai jotenkin rajoitettuna havainnoitsijana. Kenttähavainnointia tehdessäni tarkoitukseni on osallistua mahdollisuuksien mukaan kuntoutumiskodin arkiaskareisiin.

Ulkopuolinen tarkkailija taas saattaa häiritä tavallista toimintaa. Näin saattaa käydä, sillä voin viettää kuntoutumiskodissa vain kaksi kenttäpäivää siitä huolimatta, että teen useita muita käyntejä yhdistyksen eri toimipisteisiin ja myös kuntoutumiskotiin syksyn 1996 aikana. Perustelen kaksipäiväistä havainnointijaksoa aikaresurssieni niukkuudesta johtuvaksi. Toisaalta puolustelen hermistymistäni tarkaksi havainnoijaksi, sillä pitkä työkokemukseni mielen kuntoutujien parissa on ollut hyvä opettajani.

Tutkimusmetodina etnografia on äärimmäisen subjektiivinen. Sen reliabiliteettia ja validiteettia arvioitaessa pidetään tärkeänä sitä, että tutkijana selostan tarkasti, miten olen aineistoni hankkinut ja päätyneet tuloksiin. Havainnointien muistiin merkitseminen mahdollisimman pian lisää validiteettia. Tutkimuksen reliabiliteetti on sitä korkeampi, mitä tarkemmat ja täsmällisemmät muistiinpanot tutkija osaa havainnoistaan tehdä. Aikaisemmin laadittuun havainnointien tekemistä koskevaan suunnitelmaan kannattaa suhtautua varauksellisesti, sillä havainnoitavat tilanteet eivät ole aina ennakoitavissa. Sopiva kriteeri etnografiassa on uskottavuus. Tätä voidaan osoittaa esimerkiksi triangulaation avulla tai esimerkiksi palauttamalla koottu aineisto tai sen osa sellaisille henkilöille, jotka tuntevat tutkimuskohteen. (Varjonen 1991, 61, Taft 1988, 61–62, Krause & Kiikkala 1996, 106).

Wollcott (1990, 126–135) kirjoittaa siteeraavansa Clifford Geertzin ajatuksia ”sameasta kuvauksesta” niin usein, että pitää niitä melkein ominaan:

*”Kulttuurin analysoiminen on itsessään epätäydellistä. Ja vielä pahempaa, mitä syvemmälle mennään, sitä vähemmän täydellistä analyysi on”.*

Edelleen hän kehottaa parantamaan tutkimuksen validiteettia seuraavilla, osittain jo edellä kuvatuilla, konkreeteilla, yksinkertaisilla ja helpoilla menetelmillä, mutta jotka eivät suinkaan ole itsestäänselvyksiä:

*”Puhu vähän ja kuuntele paljon, nauhoita täsmällisesti, kirjoita mahdollisimman nopeasti havainnoistasi, anna lukijoiden ”nähdä” itsensä tekstin kautta, raportoi perusteellisesti, ole vilpittömän, hae taustoja, pyri tasapainoon ilmaisuissasi muistaen kurinalaisen subjektiivisuuden ja kirjoita täsmällisesti”.*

Siitä huolimatta, että etnografisessa tutkimuksessa tutkija on enemmän keksijä kuin todistaja, niin nämä kaksi roolia käyvät Taftin mukaan (1988, 62) jatkuvasi dialogia. Teoria voi nousta myös käytännön prosesseista. Tosin tähän liittyy yleistämisen ongelma. Joskus kuitenkin tutkimushenkilöt on valittu tarkoituksella sellaisesta perusjoukosta, jolla nähdään olevan yleisiä ja yhteisiä piirteitä. Tämän tutkimusvaiheen työntekijät ovat kuntouttavan auttamistyön ammattilaisia ja heillä on työstään vuosien kokemusta. Asukkaista osa edustaa nuorehkoja pitkäaikaispotilaita, joilla on skitsofreenikoille ominaisia terveyshäiriöitä.

## 6.5 Tutkimustulokset

### 6.5.1 Kuntoutumiskodin arki

Kuvaan kuntoutumiskodin asukkaiden työtoimintaa ongelmiseen ja voimavaroi-  
neen luokittelemalla havaintojeni kohteet neljään analyysiyksikköön: herääminen  
ja aamuaskareet, ruokailutilanteet, vuorovaikutus, työ ja lepo (Taulukko 7, Liite  
1). Näitä yksiköitä peilaan työtoiminnan rakennemallin osatekijöihin. Kuvaan sa-  
malla tulkintaani havaintojeni pohjalta.

Asukkaat eivät olleet missään tilanteessa yhtäaikaan läsnä. Miehet toimivat etu-  
päässä keskenään. Toinen naisasukkaista oli selvästi toimija ja liikkuja kun taas  
toinen enemmän paikallaan olija. Työntekijä seurasi taustalla, ohjasi, tuki ja jois-  
sakin tilanteissa rajoitti asukkaiden tekemisiä kuntoutumiskodissa ja myös sen  
ulkopuolella.

**Kulttuuri ja säännöt:** Kodin isäntä (yksi asukkaista) huolehti aamukahvin  
keittämisestä ja aamupalan valmistamisesta kumpanakin aamuna. Hän kertoi he-  
räävänsä aina ennen muita. Asukkaat eivät herätelleet toisiaan. Työntekijä kiersi  
miesten huoneet koputellen oville ja odottaen vastausta. Toista naisasukasta hän  
meni herättelemään huoneeseen oveen koputtamisen jälkeen, sillä hän ei saanut  
mitään vastausta. Liikettä ei kyseisessä naisasukkaassa juurikaan tapahtunut aktii-  
visesta taputtelusta, päivän ohjelman kertomisesta ja edellisen illan tapahtumien  
kyselemisestä huolimatta.

Miesasukkaat tulivat huoneistaan pukeutuneina päivävaatteisiin ja siisteinä. He  
joivat aamukahvinsa nopeasti toisiin asukkaisiin reagoimatta. Puhumattomuus ja  
vähäinen kanssakäyminen asukkaiden kesken vallitsi aamulla kirjoittamattomana  
sääntönä. Asukkaiden vuoteesta nouseminen edellytti työntekijän interventiota,  
väliintuloa.

Minulle kerrottiin, että ensimmäisen kenttäpäiväni päiväruoka oli valmistettu  
etukäteen, ettei siihen tarvinnut käyttää aikaa tutkijan ollessa paikalla. Ruokailuun  
osallistuivat kaikki paikalla olevat asukkaat. Ruokailutilannetta leimasi hätäisyys,  
puhumattomuus ja tavaroiden putoileminen käsistä. Osittain tähän saattoi vaikut-  
taa läsnäoloni. Yksi asukkaista oli kuitenkin kuvannut aikaisemmin ruokailutilan-  
teita ”mykiksi tapahtumiksi”, joissa kukaan ei puhu mitään. Ruokailutilanne ei  
vaikuttanut lainkaan mukavalta sosiaaliselta tilanteelta, jossa nautittaisiin hyvästä  
ruoasta ja tuttujen ihmisten läsnäolosta. Asukkaat vaikuttivat selvästi vaivautu-  
neilta. Pysin luomaan tilanteesta jollakin tavalla keskustelemaan, iloisen ja vapautu-  
neen kyselemällä ruoan mausta ja valmistamisesta ja muihin ruokaan liittyvistä  
asioista kumppaneiltani. Tällä olikin vähän vaikutusta, sillä toiset ruokailijat nos-  
tivat katseitaan lautasista ja kommentoivat lyhyesti ajatuksiani. Toisen kenttäpäi-  
vän ruoaksi valmistettiin purkkihernekeittoa, mutta ilmeisesti ei oltu aivan perillä  
ruokailijoiden määrästä, siksi vähän keittoa laitettiin. Samanlainen hiljaisuus val-  
litsi tämänkin ruokailun ajan.

Kuntoutumiskodin asukkaiden ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta näytti  
säätävän kodin kulttuurissa opittu ”hiljainen sopimus”, jonka mukaisesti yksi-  
tyisyyttä kunnioitettiin niin paljon, ettei toisten kanssa oltu paljon tekemisissä.

”Hiljainen sopimus” saattoi osittain juontua kuntoutumiskodin toimintaa ohjaavista periaatteista, jotka kiinnitettynä kodin ilmoitustaululle muistuttivat asukkaita kodin säännöistä (Liite 8). Palautteen antaminen ei kuulunut havaintojeni mukaan asukkaiden keskinäiseen vuorovaikutukseen, muuten kuin erään kaupasta tulotilanteen yhteydessä. Sen sijaan työntekijä rohkaisi ja antoi myönteistä palautetta.

Työ ja lepo erotettiin selvästi toisistaan. Toisaalta tehtiin vain se, mikä säännöissä, työnjaossa tai sopimuksissa asukkaita velvoitti. Oma-aloitteisuutta ei ilmennyt. Kun työ oli tehty, mentiin omaan huoneeseen, todennäköisesti lepäämään. Vain parilla asukkaalla oli erityisharrastuksia (liikunta, radion kuuntelu ja oireidenhallintaryhmässä mukana oleminen), joiden parissa he viettivät aikaansa työn tai muun toiminnan ohella. Levättiin, koska koettiin, ettei ollut mielekäästä tekemistä tai ei osattu ryhtyä johonkin. Omassa huoneessa sai olla rauhassa, sillä se oli ”yksityinen pyhättö”.

**Yhteisö:** Yhteisössä oltiin yksin. Vieraan jäsenen, tutkijan läsnäolo mitä ilmeisemmin vaikutti yhteisön pysymiseen ”hiljaisena” ja ”jähmeänä”. Toisen kenttäpäivän aamu vaikutti kuitenkin ensimmäistä ”pehmeämmältä”. Työntekijä ja minä herättelimme asukkaat ja näin päiväohjelma käynnistyi. Yhteisössä ei minuaun reagoitu niin jähmeästi ja kohteliaasti kuin ensimmäisenä aamuna. Ruokailutilanteissa oltiin yhdessä mutta yksin. Toisia ei pyydetty ojentamaan ruokailuvälineitä tai tarvikkeita lähemmäksi, vaan kurkoteltiin toisten pöydässä olijoiden yli niiden perään.

Yhteisö oli hyvin herkkä ulkopuoliselle henkilölle. Yhteisö vaikutti suljetulta systeemiltä, josta vain osa (työntekijä ja muutamat asukkaat) oli vuorovaikutuksessa keskenään ja yhdistyksen muihin yhteistyötahoihin. Yhteisöllisyyttä ei ollut havaittavissa sellaisessa muodossa, että kaikki olisivat yhdessä käsitelleet jotain asiaa, osallistuneet tai tehneet päätöksiä. Näin ilmeisimmin kuitenkin toimitaan, sillä jokainen näytti tietävän paikkansa ja tehtävänsä eikä epäselvyyksiä ilmennyt. Miehet ja naiset eivät olleet juurikaan tekemisissä keskenään, miehet toimivat alakerrassa ja naiset yläkerrassa.

Yhteisön jäsenet halusivat keskustella työntekijän kanssa kahden kesken ilman ulkopuolisia. Näin ajateltiin myös minun toimivan; kun jututin asukkaita yhdessä ja erikseen, niin kodin isäntä ohjasi puheilleni sellaisen asukkaan, jonka hän ei olettautunut olleen vielä kahdenkeskisessä keskustelussa kanssani. Tämä osoitti, että yhteisössä seurattiin toisten tekemisiä ja tekemättä jättämisiä. Asukkaiden välinen vähäinen kanssakäyminen koetteli mahdollisesti myös luottamusta toisia kohtaan ja synnytti epäluuloja. Asukkaat kertoivat olevansa yhteydessä omaisiinsa. Jotkut asukkaat viettivät viikonloppuja sukulaistensa, lähinnä vanhempiensa luona.

**Työnjako:** Kuntoutumiskoti oli asukkaiden lepopaikka, jossa tehtiin vain kodin hoitamiseen liittyviä työtehtäviä. Työnjaon mukaisia tehtäviä tehtiin yksin tai pienellä porukalla. Työnjaosta kaupassa käymisen, ruoan valmistamisen, pöydän kattamisen, jälkien korjaamisen ja tiskin suhteen oli sovittu aikaisemmin. Asukkaat noudattivat työnjakoa sovitusti. Työntekijä ei puuttunut muuhun kuin kauppalistan laatimiseen.

Aamuaskareiden suhteen työnjako vaikutti selkeältä niin naisten kuin miesten kesken ja vielä työntekijän ja asukkaiden kesken. Aamuaskareista en havainnut muuta, kuin että WC:t olivat ahkerassa käytössä, joku luki sanomalehteä ja klo 9.00 miehet olivat olohuoneessa odottamassa aamukokouksen alkua. Asukkaat vaikuttivat odottavan kehotusta seuraavaan toimintaan. Työntekijä oli aloitteentekijä suunnittelu- ja keskustelutilanteissa. Vain selkeät työnjaolliset tehtävät, esimerkiksi päiväruokailun, asukkaat huolehtivat lähes itsenäisesti. Asukkaiden kesken aloitteellisuutta ilmeni kuitenkin sellaisissa kotiaskareissa, kuten pyykinpesu ja siivous. Kukin asukas huolehti omista asioistaan ja kotitöistään. Mikäli oltiin samassa tilassa (esim. kodinhoituhuone), niin jonkun verran kysyttiin neuvoja tai autettiin kaveria. Kodin isäntä antoi myönteistä palautetta asuinkumppaneille. Työntekijä oli yhteydessä yhdistyksen muihin työpisteisiin ja ulkopuolisiin tahoihin.

Työnjako oli selkeä asukkaiden työtehtävien suhteen. Työn jälkeen seurasi lepo. Työnjako asukkaiden ja työntekijän välillä oli myös selkeä, samoin kuntoutumiskodin työntekijän ja muiden sen asukkaiden kuntoutumiseen osallistuvien työntekijöiden välillä. Kuntoutumiskodin asukkaiden työnjakoa selkeytti viikko-ohjelma, joka oli yhdessä etukäteen laadittu ja kaikkien tiedossa.

**Välineet:** Aamun välineet olivat konkreetteja kodin tavaroita, tiloja ja esineitä. Vuorovaikutusta ei ainakaan aamulla nähty kanssakäymisen välineenä. Rahaa ei tarvittu, sillä kuntoutumiskodilla oli tili ruokakaupassa, jossa ostokset tehtiin. Asukas itse tai hänen virkaholhojansa tai uskottu miehensä huolehti vuokran ja ruoan maksamisesta asukkaan eläkkeestä. Ruoan valmistamisen suhteen pari miesasukasta näytti tekevän yhteistyötä ja silloin he myös keskustelivat ja suunnittelivat tekemisiään. Asukkaiden työtehtävien suorittamiseen käytettiin kodinhoitovälineitä ja lepäämiseen omaa huonetta. Työntekijän käyttämät välineet olivat seuranta, kahdenkeskinen keskustelu ja kontrolli. Asukkaat eivät olleet juurikaan oma-aloitteisesti keskenään tai työntekijän kanssa vuorovaikutuksessa. Keskustelut olivat tilannekohtaisia, enemmän etukäteen harkittuja kuin spontaaneja. Tosin tässäkin suhteessa tutkijan läsnäolo saattoi häiritä luonnollista kanssakäymistä. Toisen kenttäpäivän lopulla asukkaat alkoivat enemmän liikkua huoneidensa ulkopuolella, keskustella keskenään ja jopa naureskella toistensa jutuille.

**Tekijä toimijana:** Työntekijä oli herättäjä ja aamun askareissa sivusta seuraa. Hänellä näytti olleen ote asukkaisiin. Hän vaikutti silmillään ja korvillaan aistivan eri tilanteissa ilmeneviä väliintulon tarpeita. Kuntoutumiskodissa elettiin vahvasti nyt-hetkeä. Työntekijä veti ensimmäisenä kenttäpäivänä aamukokouksen. Hänen vastuullaan kokouksessa näytti olleen ”rutiiniasioiden” eli päivän tapahtumiin liittyvien asioiden kertaaminen, jotka hän kävi nopeasti läpi. Pian hän antoi minulle puheenvuoron, sillä kaikki olivat hänen mukaansa halukkaita tietämään tutkimuksestani. Sitä pidettiin ”isona juttuna”. Työntekijän pyynnöstä esitelin itseni ja kerroin tutkimuksesta, miksi olen kuntoutumiskodissa ja mitä olen siellä tekemässä. Kerroin myös vihkosta, johon kirjaan havaintojani ja joka on kaikkien luettavissa.

Aamukokouksen jälkeen työntekijä siirtyi pieneen toimistoonsa. Hän ei juuri-kaan puuttunut ruokailutilanteisiin vaan vetäytyi itsekseen syömään eväitään. Työntekijä oli vähän vuorovaikutuksessa asukkaiden kanssa. Hän oli tavallaan läsnä ”ulkopuolisena” tukihenkilönä. Vuorovaikutus oli sanatonta, mutta hänen läsnäolonsa tai liikkumisensa yhdistyksen alueella oli asukkaiden tiedossa. Asukkaiden ja työntekijän välillä vallitsi hiljainen suhde. Työntekijän työtä kuvaa resurssihenkilönä oleminen, jossa kuntoutumisen päävastuu on kuntoutujalla itsellään.

**Asukas kohteena, toimijana ja kuntoutumisen tavoitteet:** Asukkaiden heittäminen, vuoteesta nouseminen ja päivän toimintoihin aktivoituminen näytti olevan työtoiminnan kohteena, tavoitteena ja tuloksena. Kodin isäntä oli askareiden suhteen enemmän tekijä kuin kohde. Ensimmäisen aamun kokouksessa yksi asukas esitti tutkimusta koskevan kysymyksen. Hän oli kiinnostunut tietämään, oliko minulla jokin tutkimushypoteesi. Vastasin, että varon asennoitumista minkään tietyn oletuksen mukaisesti. Mutta koska minulla on paljon kokemusta kuntoutustyöstä, minulla on luonnollisesti jonkinlainen mielikuva siitä. Muita kysymyksiä ei esitetty eikä keskustelua kuntoutumisesta jatkettu. Sen sijaan aamukokouksen jälkeen kaksi miesasukasta tuli kertomaan minulle kokemuksistaan kuntoutumiskodissa asumisesta:

*”Kuntoutumiskodin hyvä puoli on, että saa käydä muualla – varsinkin kun ei ole ihmispelkoa, mutta sairaus muuten välillä häiritsee”.*

*”Kuntoutumiskoti on paikka, jossa potilaat luo toisilleen kodinomaisen ilmapiirin, pyritään luottamaan toisiinsa – se on ollut vaikeaa, koska epäluulot vaivaa”.*

Asukkaat ”tipahtelivat” yksitellen kahvipöytään ja luovivat itsensä hiljaisesti ohjelman mukaiseen toimintaan. Päiväruokailun tavoitteena näytti olleen asukkaiden itsenäinen selviytyminen ruokailutilanteesta. Tämä oli myös tulos. Minulle jäi sellainen vaikutelma, että asukkaiden keskinäiseen vuorovaikutukseen ei ohjattu erityisellä tavalla vaan sen odotettiin syntyvän itsestään, kuntoutumiskodin asukkaiden omasta aloitteesta. Asukkaat kykenivät vuorovaikutukseen omalla hiljaisella tavallaan. Käsitys asukkaiden kyvystä aloitteellisuuteen ja osallistumiseen vaikutti näinä kenttäpäivinä toiveajattelulta. Se saattoi vaikuttaa myös erään asukkaan kokemukseen tuuliajolla olemisesta – tulevaisuudessa ei hänen mielestään ollut kiinnittymiskohtaa. Runsaan levon tai toimeettomuuden tilalle osa asukkaista koki kaipaavansa jotakin – mutta sen jonkin saavuttamiseksi he tunsivat olevansa yksin voimattomia.

## 6.5.2 Yksityisen mielenterveyspalveluja tarjoavan yhdistyksen kehitysvaiheet

Analysoin palveluja tarjoavan yhdistyksen kohde- ja teoriahistoriaa rinnakkain peilaten niitä mielenterveyskuntoutuksen alueelliseen ja valtakunnalliseen kehitykseen. Tutkimuskohteena olevan yhdistyksen historiassa oli tunnistettavissa kolme erilaista kehitysvaihetta:

1. *Omaiset tienraivaajina, taistelua tuulimyllyjä vastaan kevyessä tuulessa, vuodet 1983–1985*
2. *Toiminnan ammatillistuminen, kuntoutukselta kuntoutumiseen, vuodet 1985–1987*
3. *Toiminnan rakenteellinen laajeneminen, vuodet 1987–1993*

*1. Omaiset tienraivaajina, taistelua tuulimyllyjä vastaan kevyessä tuulessa, vuodet 1983–1985*

Yhdistys perustettiin yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto alkoi elää palvelurakennemuutoksen aikaa. Lainsäädäntö, Mielenterveyskomitean mietinnöt ja Suomen terveystalouden tavoite- ja toimintaohjelma (Terveyttä kaikille... 1986) velvoitti kuntia siirtymään laitoskeskeisyydestä avohoidon kehittämiseen. Tosin laitoksilla oli vaikeuksia kunnallisten hoito- tai kuntoutuskotien neuvottelemisessa kunnilta, sillä mielenterveystyö ja ”mielisairaiden” tulo tavallisten ihmisten keskuuteen koettiin vieraana ja uhkaavana. Yhdistyksen perustamiselle oli sosiaalinen tilaus. Se käynnistettiin psykiatristen potilaiden omaisten toimesta, jolloin päästiin varovasti luomaan mielenterveystyön kulttuuria laitoksen ulkopuolelle. Palvelujen tarjoaja on saanut koko sen toiminta-ajan arvovaltaista tukea. Yhdistyksen osoittaessa tuloksia se sai myös vakaan rahoittajan, raha-automaattiyhdistyksen. Alkuvaiheen nollabudjetista talouden vakautumista ja vaurastumista edisti raha-automaattiyhdistyksen lisäksi myös kuntien, yhteisöjen ja seurakuntien rahallinen tuki. Julkinen sektori rahoitti mielellään toimintaa, jota tuli toteuttaa, mutta joka oli myös edullista.

*”Aluksi yhteisön muodostivat kuntoutuskodissa toimineet vapaaehtoiset ja omaistyöntekijät. Palkkaa ei juurikaan maksettu. Työntekijät saivat tyydytystä ja hyvän mielen tekemästään arvostetusta työstä. Alkuvaiheen toiminnassa voitiin nähdä ainakin kaksi yhteisöä: asiakkaiden, vapaaehtoisten ja omaisten yhteisö, joka teki välitöntä kuntoutustyötä sekä toiminnalle strategiaa luova hallitus, joka yhteisönä teki valistus- ja tiedotustyötä lähiympäristössä”. (Toiminnanjohtajan haastattelu).*

Omaisten voitiin nähdä muodostaneen kuitenkin myös oman erillisen yhteisönsä, sillä he tarvitsivat tukea toisiltaan ja ulkopuolisilta tahoilta. Omaisryhmä kokoontui noin kerran kuukaudessa koulutuksen, opintokäynnin tai virkistätymisen merkeissä. Alussa asiakkaiden määrä viikoittain oli pieni, alle 10. Yhteisö loi linjojaan toiminta-ajatuksen viitoittamana. Yhteinen toiminnan suunnittelu, päätöksenteko, työnjako, vertaistuen antaminen ja vastaanottaminen, toiminnan arvi-



ointi ja yhdessäolo haastoivat kouluttamattomat, omaiset ja asiakkaat sellaiseen toimintaan, mikä saattoi olla vierasta niin perheyhteisöissä kuin myös laitoksissa. Tämän toiminta-ajatuksen oli luonut yhdistyksen hallitus, joka suureksi osaksi oli virkamieshallitus. (Keski-Uudenmaan...historiikki 1993).

Myös kuntoutujat muodostivat oman yhteisönsä. Yhdistys on korostanut koko sen toimintakauden ajan yhteisöllisyyttä, joka **työvälineenä** ja vähitellen kasvavana kokemuksena toisesta ihmisestä välittämisestä lähensi yhteisön jäseniä, työntekijöitä ja asiakkaita toisiinsa. Yhteisöllistä mallia oli haettu Tampereen Sopimusvuoresta. Ihmisten välittäessä aidosti toisistaan he ovat luonnostaan sitoutuneita ja tekevät sitä, mitä todella haluavat tehdä ja ovat täynnä energiaa ja innostusta (Laitinen 1996, 88). Tällainen innostus vaikutti yhdistyksen kodinomaisuuden ja yhteisöllisyyden arvostuksen lisääntymiseen sen jäsenistön keskuudessa. Yhteisöä luonnehti huolenpito ja toiminnallisuus. Tekijöinä ovat alussa olleet omaiset ja pääosin kouluttamattomat vapaaehtoiset. (Keski-Uudenmaan... historiikki 1993).

Tutkimuskohteena olevan yhdistyksen mallia, Tampereen Sopimusvuorta, oli 1970-luvun alussa perustamassa sairaanhoitajia ja lääkäreitä, jotka olivat tyytymättömiä siihen, mitä perinteinen mielisairaala etenkin kroonista skitsofreniaa sairastaville kykeni tarjoamaan. Sen ilmapiirin hierarkisuus, autoritäärisyys, rajoittava kaavamainen byrokratia ja eristävä luonne laitostavana tekijänä saattoivat joidenkin potilaiden kohdalla vaikuttaa skitsofreenisen prosessin suuntaisesti. Sopimusvuoressa oli tarkoituksena toteuttaa sosiaalipsykiatrista kuntoutusta, jonka mukaan skitsofreeninen oireyhtymän kehittyminen ihmiselle nähtiin tuloksena monitekijäisistä ja -tasoista persoonallisuuden kehitysprosesseista. Sopimusvuoren pienten asumis- ja toimintayhteisöjen tuli tarjota kuntoutuksen vaihtoehto näille pitkään sairastaneille ihmisille. Niissä pyrittiin avoimuuteen, tasa-arvoon, yhteistoiminnallisuuteen, vastuun jakoon ja sallivuuteen, jotka terapeuttisen yhteisön tunnuspiirteinä (Jones 1953 ja Laing 1960) suuntasivat Sopimusvuoren toimintaa tavoitteina ja keinoina. (Anttinen & Ojanen 1984, 38–39).

Lehtonen (1990, 17–18) on määritellyt yhteisöksi ihmisryhmän, joka on alueellisesti rajattavissa, jonka jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja jota sitoo yhteenkuuluvuuden tunne tai joku muu symbolinen yhteys. Selvitäkseen elämän asettamista vaatimuksista ihmiset ovat aina tarvinneet yhteisöä, ensin huolenpito-yhteisöä ja sitten toiminnallista yhteisöä. Lehtosen mielestä vain toiminnallisia yhteisöjä voidaan pitää varsinaisen yhteisön mallina. Yhteisöllistä toimintaa on vasta silloin, kun vuorovaikutukseen osallistuu toimijana ryhmä, johon ulkopuoliset yksilöt tai ryhmät voivat olla yhteydessä. Yhteisöstä puhuminen edellyttää siis ihmisryhmää, joka tekijänä toimii vuorovaikutuksessa ulkopuolisten kanssa. Tähän vuorovaikutuksellisuuteen ympäristön kanssa ja sen lisäämisen pyrittiin sekä tutkimusyhdistyksessä että Tampereen Sopimusvuoressa.

Yhdistyksen perustamisen aikaan valtakunnassa vallitsi skitsofreniaprojektin ajanjakso (1981–1987). Sen myötä käynnistyi psykiatristen pitkäaikaispotilaiden portaittainen kuntoutus (Kaavio 2.). Keski-Uudellamaalla psykiatrista erikoissairaanhoidoa tarjosi kaksi sairaalaa, Kellokosken ja Ohkolan sairaalat. Huomattava osa 1970–80-lukujen sairaalapaikoista näissä sairaaloissa oli ollut sellaisten potilaiden hallussa, joilla oli varsin suuri riski jäädä pysyviksi sairaalapotilaiksi. Suu-

rin osa tästä riskiryhmästä sairasti skitsofreniaa. Erityisesti tälle pitkäaikaispotilasryhmälle oli kehitettävä mahdollisimman tehokas kuntoutusjärjestelmä, joka vapauttaisi sairaalapaikkoja, mutta samalla kohentaisi myös kuntoutuvien elämänlaatua. Pyrittiin löytämään sellainen menetelmä, joka sopi kroonista skitsofreniaa sairastavien potilaiden kuntoutukseen. Eri vaihtoehtoista valittiin sosiaalisiin oppimisteorioihin perustuva portaittainen kuntoutusohjelma, jolla oli saatu hyviä tuloksia muualla maailmassa (Pulkkinen 1992, 100–101, 116–117). Portaittainen kuntoutumiseen tähtäävän sosiaalisen oppimisen lähtökohta on järjestetyssä päivätoiminnassa sairaalan suljetulla osastolla. Sairauden oireiden hellittäessä kuntoutuva pitkäaikaispotilas saa vapauksia ja vastuuta yhä enemmän. Hän oppii huolehtimaan itsestään ja asioistaan, huolehtii päiväjärjestyksen toteutumisesta, jossa työ ja vapaa-aika vuorottelevat ja etenee vähitellen avo-osaston kautta sairaalan asuntolaan ja sieltä avohoidon kuntoutumiskotiin ja viimein itsenäiseen asumiseen ja mahdolliseen paluuseen työelämään.

Sosiaaliseen oppimisteoriaan perustuvalla portaittaisella kuntoutuksella pyrittiin luomaan silloiseen sairaalan suljetun osaston kaoottiseen hoitomiljööseen kuria ja järjestystä ja opettamaan potilaille sosiaalisen käyttäytymisen pelisääntöjä ja arkielämässä vaadittavia taitoja. Pulkkinen (1992, 102–103) kuvaa Kellokosken sairaalan erään suljetun osaston potilasainesta ja ilmapiiriä ennen sosiaalisen oppimisteorian käyttöönottoa seuraavalla tavalla:

*”Potilaista valtaosa oli harhaisia, levottomia ja skitsofreniaa sairastavia, joita oli vuosia hoidettu perinteisin menetelmin ilman mainittavaa tulosta. Hoito oli perustunut lähinnä miljööterapeuttiseen ja yhteisöhoidolliseen ideologiaan, jossa yhteisön päivällä oli selkeä struktuuri ja johon kuuluivat myös yhteisökokoukset. Yhteisöllisten keinojen ohella käytettiin perinteisiä hoitomenetelminä omahoitajasuhdetta, askartelua, työterapiaa ja lääkitystä. Osastolla hoidettiin myös lievästi kehitysvammaisia ja psykoottisia potilaita pitkäaikaispotilaiden joukossa. Osaston ilmapiiri oli varsin levoton ja kaoottinen, mikä ilmeni mm. meluisuutena, runsaina eristyksinä sekä henkilökunnan väsymisenä. Monet työntekijät olivatkin anoneet siirtoa rauhallisemmille osastoille. Potilaiden kuntoutumiseen ei juuri uskottu, vaan hoito oli luonteeltaan säilyttävää, lähinnä potilaiden päivittäisistä tarpeista huolehtivaa”.*

Sosiaalisen oppimisen ohjelman mukaisesti hoidettavien ei ajatella olevan sairaita vaan heidän ajatellaan oppineen virheellisiä toimintamuuotoja, tai he eivät ole oppineet yhteiskunnassa tarvittavia taitoja tai ovat ne unohtaneet (Ojanen 1980, 159–161). Ohjelma korostaa, että jokainen hoitoon tuleva henkilö on kykenevä korjaamaan puutteitaan ja oppimaan uusia asioita. Sen mukaan kuntoutuja sosiaalistuu uuteen ympäristöönsä, selviytyy siinä uudessa roolissaan ja hänen huomiota herättävän poikkeava tai omituinen käyttäytymisensä vähenee tai poistuu ja hänen yhteiskuntaan palaamistaan tuetaan. Ohjelmaan tulijat tulevat opiskelemaan – ei parantumaan.

Toimin Kellokosken sairaalassa osastonhoitajana vuosina 1980-1988, jolloin sosiaalisen oppimisen ohjelmaa ryhdyttiin tavoitteellisesti soveltamaan pitkäaikaispotilaiden portaittaisena kuntoutusohjelmalla. Sairaala lähti mukaan valtakun-

nalliseen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelmaan, jossa luotiin toimintastrategia uusien skitsofreniapotilaiden hoidon (USP-projekti) ja pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi (PSP-projekti) (Lääkintöhallitus 1988).

Ohjelman käynnistäminen herätti monenlaisia tunteita niin potilaiden kuin henkilökunnan keskuudessa. Ensinnäkin se yhtenäisti hoitajien näkemykset potilasta, jotka kohdattiin joko toiminnoista suoriutuvina tai ei suoriutuvina, mutta ei yksilöinä. Toiseksi potilaat ja hoitajat kokivat ohjelman sairaalan sisällä usein varsin kuluttavana, sillä uusien asioiden jatkuva opetteleminen ja sopeutuminen vei tilaa potilaiden elämisen rauhan kokemiselta. Toimintatapa oli ristiriidassa 1980-luvulla humanisoituvan hoitotyön ajattelun kanssa. Hoitotyöntekijä saattoi kokea itsensä enemmän valvojaksi kuin hoitajaksi opetus- ja kontrollitehtävässään. Hoitaminen oli muuttunut kovaksi kouluksi. Hyvänä pidettiin kuitenkin sitä, että kehittämisohjelman aikana luotiin porrasteinen kuntoutusjärjestelmä, joka alkoi sairaalan yhdeltä suljetulta osastolta edeten avo-osastoille ja sieltä sairaalan asuntoon ja vähitellen sairaalan ulkopuolelle kuntoutumiskoteihin.

Sosiaalinen oppimisteoria ohitti yhteisöhoitollisen mallin. Oppimisteoria korosti sairaalassa toimineiden sairaanhoitajien ja potilaiden mielestä potilaiden velvollisuuksia ennen oikeuksia, potilaiden vastuunottoa kuntoutumisestaan ennen vapauksia, toiminnan yhdenmukaisuutta enemmän kuin potilaiden yksilöllisyyttä, hoitohenkilökunnan asemaa ja valtaa enemmän kuin potilaan, työtä enemmän kuin vapaata, järjestystä, kuuliaisuutta ja rauhaa. Yhteisön jäseniltä odotettiin vastuullista käyttäytymistä ja useissa hoitoyksiköissä tärkeimmät odotukset oli kirjattu säännöiksi, joita kaikkien odotettiin noudattavan. Vastuutasoilla etenemisen ohella ohjelmassa korostettiin normaalia vuorovaikutusta, kommunikaation selkeyttä ja taitojen opettamista. Ohjelma perustui sekä vaikutuksen että läheisyyden lakiin, joiden mukaan toivottua käyttäytymistä seuraa välittömästi palkkio joko materiaalina tai sosiaalisena vahvistuksena (Ojanen 1980, 159–163).

Psykiatrisen sairaanhoidon historiaan peilaten voi paremmin ymmärtää, että nykyaikaisessa psykiatrisessa hoitotyössä on voitu osoittaa elävän edelleen järjestystä ja sääntöjä korostava prosessimalliajattelu (Latvala & Janhonen 1996, 224–231). Siinä psykiatrisen potilaan yhtenä ongelmana nähdään mm. kyvyttömyys noudattaa yleisiä sääntöjä ja normeja ja vastaavasti hänen hoidon tavoitteekseen ja avohoidossa selviytymisen ehdoksi asetetaan edelleen mm. sääntöjenmukainen toiminta.

Ensimmäiset sosiaalisen oppimisen ohjelmat toteutettiin Ojasen mukaan (1980, 146) 1960-luvulla perustuen Skinnerin ajatteluun. Sosiaalisen oppimisen käsite ymmärrettiin niissä kapea-alaisesti. Myöhemmissä kyseisten ohjelmien sovelluksissa psykiatriseen hoitoon on voitu todeta, että pitkäaikaispotilaiden sosiaalinen toimintakyky on parantunut eniten sosiaalisen oppimisen ohjelmaan kuuluneilla potilailla. Potilaat siirtyivät avohoitoon niin massiivisesti, että vähitellen sairaalan kuntoutukseen ns. ”sopivat potilaat” alkoivat vähetä. Pulkkinen mukaan (1992, 180–182) parhaiten portaittaisesta kuntoutuksesta hyötyivät sellaiset skitsofreniaa sairastaneet pitkäaikaispotilaat, joiden terveydentila oli tasaantunut,

psykkinen oireilu oli vähäistä tai olematonta ja jotka suhtautuivat myönteisesti lääkitykseensä. Sitä vastoin akuutisti oireilevat ja paranoidiset potilaat eivät niinkään hyötynet sosiaalisen oppimisen ohjelmasta.

PSP-projektin seurantatutkimus osoitti yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti sairaalahoitossa olleiden pitkäaikaispotilaiden vähentyneen Suomessa vuosina 1982–1992 peräti 68 %. Psykiatrisen kuntoutuksen keskeiset elementit, portaittainen kuntoutusjärjestelmä ja arkielämän sosiaalisia taitoja edistävät menetelmät oli otettu laajasti käyttöön Suomessa. Myös kuntoutusvaihtoehdot olivat lisääntyneet ja olivat aikaisempaa joustavampia. (Nikkonen 1996, 24).

Sosiaalisen oppimisen ohjelmiin kohdistuva kritiikki on ollut terapeuttiseen yhteisöön kohdistuvaa voimakkaampaa (Ojanen 1980, 318). On kritisoitu mm. sitä, etteivät ne perustukaan oppimisteorioihin vaan käytännön kokeiluihin. Oppimisteorioita on arvosteltu mekaanisuudesta ja itsestään selvydestä. Ojanen pitää tätä kritiikkiä kuitenkin epäoikeudenmukaisena, sillä hänen mukaansa yhteiskuntatieteiden alueella tuskin on mahdollistakaan soveltaa jotakin teoriaa yhtä yksioikoisesti kuin esimerkiksi tekniikassa mekaniikan lakeja. Behaviorismiin perustuneet oppimisteorioiden käytännön sovellukset ovat kuitenkin saaneet osakseen runsaasti arvostelua erityisesti niiden epäinhimillisyydestä, sillä ne ovat vahvasti ulkoa ohjattua toimintaa. Niissä ei ohjata potilaita käsittelemään oppimiskokemuksia, mielikuvia, tunteita tai käsityksiä.

Kritiikkiä arvioitaessa on pohdittava erilaisia ihmiskäsityksiä. Sosiaalisen oppimisen ohjelmassa käytettyjen oppimisteorioiden näkemyksen mukaan ihminen on lyhyellä tähtämellä hyvin rationaalinen ja hedonistinen, eikä näe kovin pitkälle. Miten pitkälle kuntoutuksessa sitten pitää tai on suotavaa nähdä? Ojanen (1980, 320) siteeraa Paulin ja Lentzin (1977) ajatusta, jonka mukaan kroonisen potilaan oikeuksien kunnioittaminen voi olla tehokkaitten toimenpiteiden esteenä. Mitkä tahansa keinot eivät Ojansen mukaan ole sallittuja, mutta mikäli tuloksiin päästään esimerkiksi systemaattisilla palkkioilla, tulisi hänen mukaansa niitä voida käyttää.

Sosiaalisen oppimisen ohjelman keskeisenä tarkoituksena on ollut potilaiden opettaminen selviytymään jokapäiväisistä aktiviteeteista sairaalan ulkopuolella. Tässä onkin osittain onnistuttu – pitkäaikaispotilaat on saatu pois sairaaloista. Kuntoutuksessa on täytynyt kuitenkin hyväksyä se tosiasia, että valmiina tarjottu tieto vaikuttaa vähän ihmisten käyttäytymiseen. Mielen kuntoutujat ovat mahdollisesti pyrkineet toimimaan heitä ohjaavien hoitajien odotusten mukaisesti (soveltaen Ojanen 2000,15) ja siksi selviytyminen päivittäisistä askareista lienee edelleen opettamisen kohteena huolimatta vuosien opetustyöstä.

*”Nykyisin vallitseva oppimiskäsitys lähtee ajatuksesta, että tieto ja totuus ovat jotakin, jota kunkin yksilön, niin kuntoutumisen ohjaajan kuin kuntoutujankin, tulee etsiä itsestään, vaikkei löytäminen olisikaan aina itselle imartelevaa”* (soveltaen Ojanen 2000, 15-16).

Muina **välineinä** yhdistyksellä on ollut alusta alkaen kaikki konkreetit työkalut, taloustavarat, kodin irtain, koneet ja tilat. Aluksi toimittiin pienissä tiloissa ja vähillä tavaroilla. Sairaalassa 1980-luvulla toteutettu behaviorismiin perustunut sosiaalisen oppimisen malli siirtyi sosiaalisten taitojen korostamisena myös tutki-

musyhteisöön. Toimintaa arvioitiin ulottuvuudella oikein - väärin ja vain oikea tapa hyväksyttiin ja väärästä rangaistiin. Toisaalta pitkäaikaispotilaan vaikeus tehdä itse arkiaskareita houkutteli omaisia tekemään töitä heidän puolestaan. Helpompaa oli ohjata asiakkaita sellaisissa askareissa, joita omaiset itsekin hallitsivat, kuin keskustella asiakkaiden kanssa työnteon ja sosiaalisten taitojen oppimisen motiiveista, johon he itsekin kävivät saamassa oppia.

*”Koska sosiaalisen oppimisen mallia korostettiin sairaalassa, korostivat omaiset ja vapaaehtoiset puolestaan kotitöiden ja itsestä huolehtimisen merkitystä myös kuntoutuskodissa”. (Toiminnanjohtajan haastattelu).*

**Työnjako** vapaaehtoisten työntekijöiden kesken oli sukupuoliorientoitunut. Kuntoutuskodissa tehtiin miesten töitä miestyöntekijöiden ohjauksessa ja naisten töitä naistryöntekijöiden ohjauksessa. Miehet huolehtivat lähinnä kiinteistön huoltoon liittyvistä töistä ja naiset puolestaan kodin arkiaskareista kuten siivouksesta ja ruoan laitosta. Kuntoutus oli aluksi puolesta tekemistä, mikä tarkoitti sitä, että vapaaehtoiset ja etenkin omaiset tekivät itse kodinhoitoon liittyvät tehtävät, jotka oppimisen ja kuntoutumisen kannalta olisi kuulunut ohjata potilaiden työksi. Vastuun antaminen potilaille työn tekemisestä ei ilmeisesti ollut helppoa omaisten kannalta. (Toiminnanjohtajan haastattelu).

Pitkäaikaispotilaan portaittainen kuntoutuminen itsenäiseen elämään saattaa viedä vuosia, eivätkä kaikki kuntoutujat edes kykene viimeistä porrasta saavuttamaan. Tämä ei tarkoita epäonnistumista kuntoutumistyössä, vaan edellyttää työntekijöiltä yksilöllistä asiakkaan kohtaamista, hänen voimavarojensa löytämistä ja tavoitteellista toimintaa. Sairaalan ulkopuolella eläminen oli pitkäaikaiselle laitospotilaalle uusi ja pelottava kokemus. Nekin taidot, joita hän oli oppinut sairaalahoitonsa aikana, saattoivat jäädä hämärän peittoon jo pelkästään uuden ympäristön vaikutuksesta.

*”Työtoiminnan kohteena tutkimusorganisaation alkuvaiheessa ollut asiakas tuskin saavutti kuntoutumisessaan hyvin näkyviä tuloksia. Tuloksena voidaan pitää kuitenkin sitä, että asiakkaat oppivat käymään kuntoutuskodissa, oppivat tuntemaan uusia ihmisiä ja harjoittelemaan heidän kanssaan kotitöiden tekemistä”. (Toiminnanjohtajan haastattelu).*

Laitosten purkaminen on nostanut hoitajien työn ydinalueeksi pitkäaikaispotilaiden kuntoutuksen arkielämään. Hoitaminen sisältää arkielämässä selviytymisen kannalta välttämättömien taitojen, rahankäytön, ruoanlaiton ja puhtaudesta huolehtimisen opettamisen kuten myös ihmissuhde- ja kommunikaatiotaitojen opetusta. (Kaavio 8. Psykiatrisen kuntoutuksen toiminnallinen laajuus, soveltaen Nikkonen 1992, 1088–1094, 1993, 74, 1996).

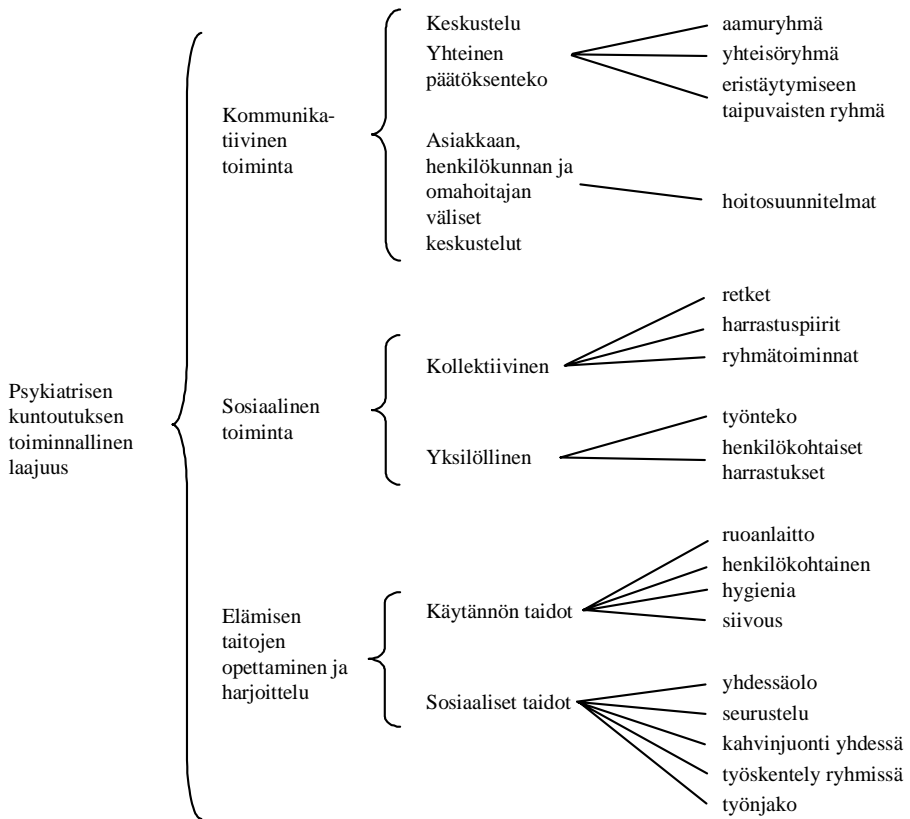
Mielisairaalalaitoksen yhtenä tehtävänä on ollut ja on edelleen potilaan suojeleminen. Tämä suojelemismentaliteetti ilmenee mm. potilaiden vieraantumisen rahasta ja sen käyttämisestä. (Nikkonen 1993, 75). Muistan erään potilaan, joka ei pitkään aikaan suostunut menemään pankkiin nostamaan tililtään rahaa. Vihdoin

selvisi syy tähän käyttäytymiseen, kun otin hänet mukaan pankkiin nostamaan itselleni rahaa. Saatunani rahat laitoin ne lompakkooni. Potilas seurasi vierestä ja sanoi:

*”En voi nostaa rahaa. Minulla ei ole lompakkoa”!*

Potilaat ovat tottuneet saamaan kerran kuukaudessa noin 300–400 markan käyttörahan, jonka he voivat tuhlaata vaikka heti. Potilas ei käytä rahaansa laitoksessa päivittäiseen ruokaan, vuokraan tai muuhun välttämättömään elämiseen – ainoastaan viikkorahan tavoin ”mukavuuteen”. Sairaalan ulkopuolella hänen on hoidettava itse taloutensa. (Nikkonen 1993).

Ruoanlaitto ei ole rahan käytön tavalla yhtä merkityksellinen. Jokainen saa kaupasta valmista ruokaa ja voi syödä myös baareissa tai ravintoloissa, mikäli siihen on varaa. Toisaalta avopotilaista moni ”syö” käyttörahansa ennen aikojaan ja elää päivät ennen seuraavaa eläkkeenmaksua lähes varattomina. Sosiaalisten taitojen oppimisen suhteen kuntoutuja on avohoidossa ”tarkemman siivilän alla kuin muut”. Työntekijän on Nikkosen mukaan (1993, 75–76) pidettävä mielessään, kuinka paljon hoitajat pitävät yllä ideaalinormeja, joita edellytetään potilaiden noudattavan, sosiaalistetaanko potilasta ”feminiinisiin” arvoihin, ja miten eroa naispotilaan ohjaus miespotilaan ohjauksesta tai mieshoitajan ohjaus naishoitajan ohjauksesta?



Kaavio 8. *Psykiatrisen kuntoutuksen toiminnallinen laajuus (soveltaen Nikkonen 1992, 1088–1094, 1993, 74, 1996)*

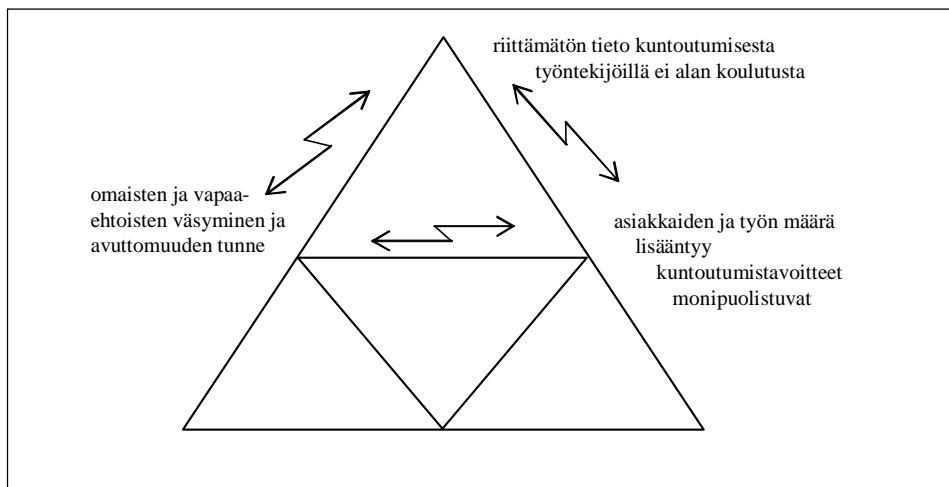
Kokeneellekin hoitajalle on vaikeaa opettaa ihmissuhdetaitoja. Nikkonen (1993, 76) on pohtinut, voiko niitä ylipäänsä opettaa? Potilaat elävät laitoksen ulkopuolellakin usein kuin laitoksessa kohtaamatta toisiaan. Pitkäaikaipotilaiden eristyneisyys ja kontaktikyvyttömyys on konkreettisesti nähtävissä. Hän kuvaa mielisairaanhoidajan vierailua erään avohoitoon siirtyneen naisen luo:

*”Ne asu samassa asunnossa, molemmilla oma huone, yhteinen keittiö ja olohuone. Kumpikaan ei tiennyt toisistaan yhtään mitään. He eivät olleet yhtään kertaa kolmen kuukauden aikana juoneet yhteisiä kahveja, eivätkä laittaneet yhdessä ruokaa”.*

Tämä potilaiden suojelemismentaliteetti ilmeni myös tutkimusyhdistyksessä omaisten toiminnassa. Omaisten ja kouluttamattomien vapaaehtoisten työtaidot eivät riittäneet vastaamaan työn vaatimustasoa ja asiakkaiden kuntoutustyö rajautui siksi etupäässä asiakkaiden arkiaskareista selviytymisen opetteluun. Tarve koulutetusta ja vakinaisesta henkilökunnasta kasvoi. Toiminnanjohtaja kertoi yhdistyksen alkuvaiheen työstä:

*”Omaiset uupuivat totaalisesti. He kokivat riittämättömyyttä ja avuttomuutta jo oman perheen sisällä olevien läheisten mielenterveysongelmien suhteen. Nyt ongelmat moninkertaistuivat kuntoutuskodissa. Oli liikaa autettavia ja heidän ongelmiaan. Kouluttamattomat vapaaehtoiset taas kokivat itsensä enemmän asiakkaiden palvelijoiksi kuin toimintaan osallistajiksi ja motivoijiksi. Vapaaehtoiset tunsivat sääliä psykiatrisia potilaita kohtaan heidän surkean ja menetetyn elämänsä vuoksi. Omaiset ja vapaaehtoiset halusivat tehdä heidän puolestaan kaikkea mahdollista”.*

Yhdistyksen käynnistämisvaiheen toiminnassa on vaikea osoittaa katkoksia tai häiriöitä. Sen sijaan voidaan osoittaa kasvavaa jännitettä työntekijöiden, asiakkaiden ja välineinä käytettyjen julki- ja käyttöteorioiden välillä toiminnanjohtajan haastattelun ja historialliseen aineiston perusteella (Kaavio 9. Kasvat jännitteet yhdistyksen alkuvaiheessa toimijoiden ja välineiden välillä). Omaiset ja vapaaehtoiset väsyivät ja heidän avuttomuuden tunteensa kasvoi, sillä asiakasmäärä alkoi kasvaa ja työmäärä lisääntyä. Kuntoutustavoitteet monipuolistuivat, eikä työntekijöillä ollut riittävästi tietoa ja koulutusta asiakkaiden auttamiseksi. Jännitettä ja ristiriitaa oli tunnistettavissa siis myös välineiden ja asiakkaiden välillä. Kyseiset jännitteet voimistuivat ja muuttivat muotoaan ja ilmenivät kasvavana jännitteenä niin työnjaossa toimijoiden välillä kuin myös yhteisön ilmapiirissä toimijoiden välillä.



Kaavio 9. *Kasvat jännitteet yhdistyksen alkuvaiheessa toimijoiden ja välineiden välillä*



## *2. Toiminnan ammatillistuminen, kuntoutuksesta kuntoutumiseen, vuodet 1985–1987*

Potilaat ovat kokeneet sairaalasta avohoitoon siirtyessään sopeutumisongelmia. Sairaalassa he kykenevät soveltamaan oppimiaan taitoja tuttujen henkilöiden keskuudessa ja tutuissa ympäristöissä. Sen sijaan ympäristön muutos vaikeuttaa opitun tiedon ja taidon siirtymistä. Tämä tuli esille toimiessani osastonhoitajana jo potilaan siirtyessä sairaalan avo-osastolta asuntolaan ja erityisesti hänen siirtyessään sairaalasta avohoitoon. Kun osastolla oli opeteltu keittämään kahvia kahvipannulla, potilas ei osannut keittää sitä asuntolassa kahvinkeittimellä. Potilaat eivät osanneet tai rohjenneet tehdä tuttujakaan asioita uudessa ympäristössä, koska esineet näyttivät erilaisilta ja niitä säilytettiin eri paikoissa. Tämä ongelma hoidettiin hoitajien tekemään asioita potilaiden puolesta.

Skitsofreniapotilaan on vaikea oppia sosiaalisia taitoja. Hän ei selviydy uudessa ympäristössä arjen askareista itsenäisesti, sillä hänen transfer-kykynsä on heikentynyt. Tiedon ja taidon siirtämisen ja soveltamisen ongelmaa pyritään vähentämään sillä, että potilas siirtyy paikasta toiseen pitkän harjoittelujakson myötä. Hän pitää hallussaan kahta paikkaa sovittun ajan, toista lähettävässä tahossa ja toista vastaanottavassa tahossa. Näin meneteltiin myös tutkimuskohteena olevassa kuntoutumiskodissa. (Kuntoutumiskodin työntekijän haastattelu).

Kyky siirtää oppimaansa tai soveltaa sitä toiseen tilanteeseen toteutuu yksilöllisesti eri tavoin; yhdestä tehtävästä suoriutuminen voi joko helpottaa toisesta tehtävästä suoriutumista, estää tai häiritä sitä. Siirtovaikutus (transfer) on joko positiivinen tai negatiivinen. Vaihtoehtona voi olla myös se, ettei tehtävästä toiseen suoriutumisella ole mitään vaikutusta. (Ellis 1965, 3, myös Jarvis 1992, 1997). Tehokas transfer edellyttää, että sille luodaan valmiudet jo oppimisvaiheessa. Tietoa tulisi organisoida tulevaa toimintaa varten (von Wright 1996, 354), tulevaa laitoksen osastolta toiselle tai laitoksesta avohoitoon siirtymistä ajatellen. Potilasta voi ohjata enemmän vastaamaan miksi- ja miten-kysymyksiin ja ohjata perustelemaan toimintaansa. Myös hoitohenkilökunnalta odotetaan enemmän oman työnsä perustelua – miksi tässä tilanteessa toimin näin. Mallioppimisen lisäksi tulee tarjota luovaa ja keksivää oppimista. Se on mahdollista, kun lisätään vuorovaikutusta, ohjauksellista yhdessäoloa.

Toimintaa sääтели edelleen kuntien velvoite saada potilaita siirtymään laitoksisista avohoitoon. Vapaaehtoiset työntekijät ja omaiset olivat kuormitettuja työn paljoudesta ja haasteellisuudesta, johon he eivät välttämättä pystyneet vastaamaan. Yhdistyksen toimintaperiaatteita tarkistettiin. Kun tähän asti vapaaehtoisilla oli ollut päävastuu toiminnan sujuvuudesta, alettiin nyt korostaa kaikkien yhteisön jäsenten oma-aloitteisuutta ja vastuullisuutta. Vapaaehtoistyö tarkoitti vapaaehtoista pakkoa olla mukana siinä mielessä, että tehtäviin ja tiettyihin työvuoroihin oli sitouduttava. Irtaantuminen vastuullisesta tehtävästä ei voinut tapahtua kahta viikkoa pienemmässä ajassa toiminnan siitä kärsimättä. Tämän voi tunnistaa ristiriidaksi vapaaehtoisten työntekijöiden ja heidän työnsä tavoitteiden välillä. Edes pieni osa vapaaehtoisten työmäärästä pyrittiin korvaamaan mahdollisuutena osal-

listua koulutukseen sekä virkistyslomilla. Kuntia ja seurakuntia lähestyttiin uusilla avustusanomuksilla toiveena saada rahaa koulutetun työntekijän palkkaamiseen. (Keski-Uudenmaan... historiikki 1993).

Tarve koulutetusta ja vakinaisesta henkilökunnasta oli kytenyt toiveissa kodin perustamisesta lähtien. Koulutetun ja kokopäiväisen työntekijän palkkaamisen myötä omaiset ja vapaaehtoiset kokivat ilmeisimmin työmäärän ja työn vaativuuden pienenevän, mutta toisaalta uuden työntekijän, nuoren koulutetun mielisairaanhoidajan, tulo yhteisöön aiheutti vanhoissa työntekijöissä epävarmuuden tunnetta omasta roolistaan, uusien asioiden oppimiseen liittyvää ahdistusta ja lopulta myös luottamuspulaa tulokkaan ja veteraanien välille. Vaikka osallistaminen koetaan useimmiten myönteisenä, mahdollistaahan se kaikkien mukanaolon suunnittelussa ja päätöksenteossa, niin tässä vaiheessa ei yhteisössä oltu vielä valmiita jakamaan omaisten tehtäviä myös asiakkaille. Vapaaehtoisten ja omaistyöntekijöiden läheinen suhde asiakkaisiin kuin omiin lapsiin saattoi myös olla vaikuttamassa muutoksen vastustamiseen. Kysyessäni toiminnanjohtajalta hoitokulttuurin muutoksesta koulutetun väen palkkaamisen jälkeen, hän vastasi:

*”Ennen koulutettuja työntekijöitä ei ketään hoidettu, nyt sen sijaan hoito ja kuntoutus kuuluvat automaattisesti yhteen. Tärkeää on, että on hyvin koulutettu henkilökunta ja hoitoideologia on yhteisöhoidollinen ja kuntouttava. Toiminnan periaatteet on oikeastaan samat, mutta aikaisemmin kristillinen ihmiskäsitys, uhrautumisen työlle, oli näkyvää”.*

Yhteisö eli murroksessa. Kysymys oli työntekijöiden ja asiakkaiden välisestä suhteesta ja erityisesti ammatillisuudesta, vanhemmuudesta, tasa-arvoisuudesta, jakamisesta, antamisesta ja saamisesta ja vuorovaikutuksen laadusta. Toiminnalle tuli hakea yhdessä argumentteja, mikään ei ollut itsestään selvää. Asiakaskunta tuskin reagoi tähän murrokseen sillä volyymin millä omaiset reagoivat. Omaisten rooli ja paikka toimintajärjestelmässä alkoi vähitellen siirtyä tekijästä kohdetta kohti. Yhteisössä pidettiin edelleen huolta toisista ja toimittiin erilaisissa ryhmissä. Yhteisön jäsenten keskuuteen virisi vastuutehtävien myötä myös sopimuksellisuus, joka näkyi mm. työnjaosta sopimisena. (Toiminnanjohtajan haastattelu). Toiminnallisuuden muuttuminen sopimukselliseksi sai aikaan jännitettä yhteisön, työntekijöiden ja välineiden välillä.

Eskola (1994, 19–24) on suhtautunut kriittisesti toiminnallisen yhteisön löytymiseen nykyään, sillä yksilöllisyys on syrjäyttänyt hänen mielestään yhteisöllisyyden. Esimoderni aika oli organisoitunut yhteisöllisesti, mutta modernisoitumisen myötä ovat yhteisötoimijoiden paikat ottaneet yksilöt itsenäisinä toimijoina. Nykyajan yhteisö voidaan Eskolan mukaan nimetä sopimukselliseksi yhteisöksi, joka muodostuu yksilön valinnan perusteella. Sopimuksella tarkoitetaan eri osapuolten intressiin perustuvaa keskinäistä sitoutumista.

Mielisairaanhoidajakoulutuksessa korostettiin yhteisöllisyyden parantavaa vaikutusta. Tällä toiminnanjohtaja tarkoitti erityisesti niitä asioita, joita yhdistyksen hallitus oli esittänyt toiminta-ajatukseksi jo käynnistämisenvaiheessa. Nyt oli mietittävä, miten yhteistä toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia, työnjakoa, vertaistuen antamista ja saamista ja yhdessäoloa konkreettisesti toteutetaan. Tämä

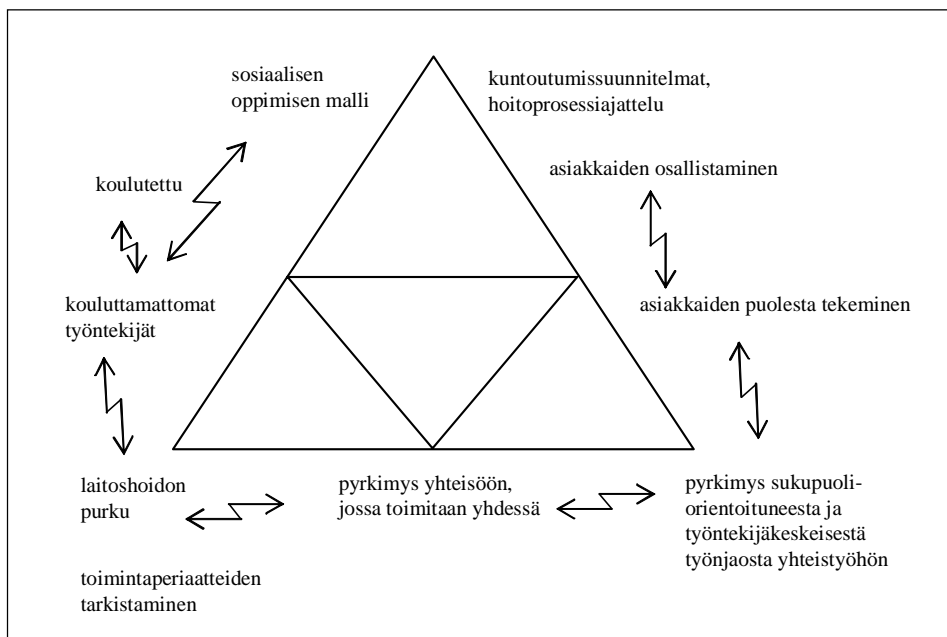
oli erityisen vaikea paikka, sillä olivathan omaiset yhdistyksen keskeisenä promootorina ja heidän jaksamisensa ja häpeän tunteensa lievittyminen olivat olleet heidän omina tavoitteinaan. Omaiset olivat huolissaan läheistensä kuntoutuksen toteutumisesta sairaalahoidon jälkeen. Julkisella ja avoimella huolestumisellaan he pyrkivät erityisesti saamaan työlleen tunnustusta.

Koulutetun työntekijän myötä **henkiset työkalut muuttuivat ja myös työnjako** muuttui. Uusi työntekijä korosti asiakkaiden kykyä ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja tehtävistään. Hoito ja kuntoutus vaihtui kuntoutumiseen. Asiakaskeskeisyys ohitti omais- ja työntekijäkeskeisyyden. Asiakkaiden kohteen rooli alkoi vähitellen siirtyä tekijän rooliksi. Muutos sai aikaan jännitettä erityisesti työntekijöiden ja asiakkaiden välillä, jossa uutta välinettä, yhteisöllistä kuntoutusta alettiin vähitellen toteuttaa, mutta myös työnjaon, työntekijöiden ja asiakkaiden välille.

Tällä **muutoksella oli suuri vaikutus yhteisön rakenteeseen**. Asiakkaiden kanssa alettiin laatia yksilöllisiä kuntoutumissuunnitelmia heidän vointinsa ja kykyjensä mukaisesti. Syntyi uusia toiminnallisia ryhmiä ja vastuutehtäviä (mm. oireidenhallintaryhmät, asiakasisännät ja -emännät). Kuntouttavan toiminnan dokumentointi oli uusi asia, jota aikaisemmin ei ollut toteutettu. Dokumentointi perustui prosessiajatteluun. Sitä sovelletaan asiakkaiden kuntoutumissuunnitelmissa niin, että myös asiakas osallistuu tuen tarpeensa ja voimavarojensa arviointiin, toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja kuntoutumisensa arviointiin.

Uusi toiminnanjohtaja toi uutta energiaa ja intoa yhteisöön, joka eli työ- ja muutospainneessa. Työntekijöillä oli erilaiset ihmiskäsitykset; omaisten kristillinen ihmiskäsitys mahdollisesti heijastui työhön uhrautumisena ja asiakkaiden puolesta tekemisenä, uusi työntekijä oli koulutettu humanistiseen ajatteluun, jonka mukaan on luotettava ihmiseen, häneen kykyynsä tehdä valintoja ja ottaa vastuuta. Toiminnan periaatteita ryhdyttiin tarkistamaan. Sosiaalisen oppimisen malli jäi vähitellen syrjään. Konkreetit työvälineet lisääntyivät. Kunnat ja seurakunnat lahjoittivat kodin koneita toiminnan monipuolistamiseksi ja asiakkaiden yksilöllisten taitojen ja kykyjen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

Mielisairaanhoidajan palkkaamisen myötä työtoiminnan kaikkien osatekijöiden välillä ja sisällä ilmeni eri tasoisia jännitteitä, katkoksia ja häiriöitä. (Kaavio 10. Työn ammatillistumisesta johtuvia jännitteitä toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä). Jännitettä ilmeni etenkin työntekijöiden välillä ja työntekijöiden, välineiden, yhteisön ja työnjaon välillä. Ristiriitaisena ja jännitteisenä muutos käynnisti uuden, ammattitaitoon, asiakaskeskeisyyteen ja humanismiin perustuvan aikakauden yhdistyksen historiassa.



Kaavio 10. *Työn ammatillistumisesta johtuvia jännitteitä toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä*

### 3. Toiminnan rakenteellinen laajeneminen, vuodet 1987–1993

Mielenterveystyön ja psykiatrisen sairaanhoidon kehityksen suuntaa ohjasi aluksi voimakkaasti lainsäädäntö ja erilaiset viralliset kehittämissohjelmat. Tultaessa 1990-luvulle alettiin kysyä, onko vauhti hallittu ja tavoite entinen, sillä julkisen talouden vaikeat vuodet kiihdyttivät selvästi muutosta. Lisäksi kysyttiin, ajetaanko erikoissairaanhoito palvelurakennetyöryhmän tavoitteiden alapuolelle, miten lisääntyntä vaikeaa sairautta keitetään laitoksen ulkopuolella, miten henkilöstö saadaan riittämään ja miten pitkälle hoiva pitää irrottaa hoidosta. (Marjamäki ym. 1996, 123–139).

Toimintansa laajenemisen myötä palvelujen tarjoaja alkoi muodostaa pieniä, toisiaan täydentäviä ja toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevia yhteisöjä. 1980-luvun lopulla yhdistys alkoi laajeta moninkertaisesti. Nyt sen toimijat joutuivat miettimään työnjakoon, sääntöihin, yhteisöön ja välineisiin liittyviä kysymyksiä. Jouduttiin tarkistamaan toiminnan pelisääntöjä. 1990-luvulle tullessa yhdistys oli palkannut erikoissairaanhoitajia. Toiminnanjohtajan mielestä myös hänen oma mielisairaanhoitajan pätevyytensä alkoi olla riittämätön. (Toiminnanjohtajan haastattelu).

*”Päiväkeskuksen yhteyteen perustettiin työkeskus, jossa asiakkaat voivat tehdä yrityksille alihankintatöitä mm. elektroniikka- pakkaus-, pussitus- ja kokoamatöinä. Asiakkaille maksettiin työstä kuntoutusrahaa. Tilojen laajenemisen myötä yhdistys on palkannut lisää koulutettua väkeä, joiden joukossa on sekä askartelu- että hoitoalan koulutuksen saaneita työntekijöitä”.* (Toiminnanjohtajan haastattelu).

*”Työnjakokysymykset ovat olleet esillä toiminnan laajentumisen myötä vaihtelevalla voimakkuudella...koulutetun henkilöstön lisääntyessä heidän keskinäinen työnjakonsa on ollut keskusteltavana. Lisäksi on täytynyt arvioida toiminnanjohtajan roolia ja tehtäviä. Johtajana on muistettava, että kaikki tämän työpaikan työyhteisöt ja työntekijät saivat yhtä paljon tukea, ohjausta ja huomiota toiminnanjohtajalta? Vallan ja vastuunjako ovat keskusteluttaneet myös asiakaskuntaa. Toisaalta työntekijöillä ja asiakkailta on selkeä työnjako toiminnan suunnittelun ja budjetoinnin vastuusta. Se on yksinomaan työntekijöillä ja yhdistyksen hallituksella, jossa on tällä hetkellä asiakasedustaja varajäsenenä”.* (Toiminnanjohtajan haastattelu).

Työnjaon uudelleen muotoutumiseen vaikutti myös asiakkaiden asioita ajavan verkoston laajeneminen ja asiakkaita osallistava kuntoutusmalli. Palaaminen tavalliseen elämään sairaalan ulkopuolelle saattaa potilaista tuntua pelottavalta. He pelkäävät, ettei heihin luoteta. Luotettavia ihmisiä edustavat lähinnä viranomaisverkosto, joka on tavattavissa kuitenkin vain virka-aikaan. Illat, yöt ja viikonloput potilaiden on selvittävä omillaan. Potilaat tarvitsevat sosiaalityöntekijää taloudellisten asioiden hoitamiseen ja tukemiseen, terapeuttia psykiatristen ongelmien käsittelyyn, lääkäriä lääkkeiden määräämiseen, hoitajaa arkiaskareissa selviytymiseen ja kumppania yksinäisyyden karkottamiseen. Näitä psykiatrisen avopotilaan ”virkamiestukijoita” varten järjestettiin verkostokoulutusta Suomessa pitkin 1990-lukua (Seikkula 1990, 1994). Sairaaloissa toteutettu sosiaalisen oppimisen ohjelma teki tulosta uloskirjoitettujen potilaiden suurella lukumäärällä. Vähitellen alettiin kaivata aikaa menneen arvioinnille, pysähtymiselle ja keskinäiselle kokemusten vaihdolle ja tulevan suunnittelulle.

Kuntouttavan työn kuvassa ja luonteessa tapahtui muutos. Nikkonen (1993, 80) on kuvannut mielisairaanhoitajan roolin muutosta:

*”Sitä tunnistaa itsessään hyvin vahvan perinteisen hoitajan, holhoajan ja puolesta tekijän. Vaikeinta on ollut oppia se, ettei tee asioita potilaan puolesta, koska tämä niin haluaa, vaan antaa potilaan itse tehdä”.*

Ongelma voi olla kuntoutuksen tarkoituksessa. Hoitajan tarkoitus ei aina tavoita asiakkaan tarkoitusta. Kuntoutujalla on omat toiveensa ja odotuksensa tulevaisuudesta sekä pelkonsa ja kokemuksensa elämästä. Kuntoutuminen edellyttää asiakkaan vapaaehtoista työskentelyä kuntoutumisensa eteen. (Nojonen 1990, Nikkonen 1996).

### 6.5.3 Nykyisen työtoiminnan ristiriidat ja kehitystarpeet

Havainnoimalla kuntoutumiskodin työtoimintaa pyrin tunnistamaan sen eri osatekijöiden välille muodostuneita jännitteitä, ristiriitoja ja kehittämistarpeita. Näihin pääsin käsiksi kokoamalla, systematisoimalla ja tulkitsemalla kohde- ja teorianhistoriallista kehitystä ja toimijoiden kokemia muutospainetta.

**Primääriristiriidaksi** tunnistin asukkaiden toiminnan, jolla he pyrkivät ostamaan pisteitä kuntoutumisprosessissa etenemiseksi. Tätä teoriaa selittäisi asukkaiden keskinäinen kontrolli arkiaskareihin osallistumisen suhteen. Asukkaat ei-

vät tehneet mitään ylimääräistä, mistä ei ollut heille mitään henkilökohtaista hyötyä. Tätä ajattelua taas selittäisi kodissa vallinneet selkeät työnjaot ja viikko-ohjelmat. Mitä tapahtuisikaan, jos tällaista etukäteisstruktuuria ei olisi jäsentämässä ja ohjelmoimassa heidän elämänsä? Tulisiko katastrofi, vai kykenisivätkö asukkaat suunnittelemaan ja toteuttamaan päiväohjelmaansa itsenäisesti? Kuntouttavassa auttamistyössä korostetaan selkeää struktuuria, jonka tehtävänä on helpottaa mielen kuntoutujan ehkä kaoottisena kokemaa maailmankuvaa. Oma roolini ulkopuolisena lisäsi yhteisön jäsenten jännittämistä. Tunnistin jännitettä asukkaiden spontaanin ja työntekijäkeskeisesti ohjelmoidun kuntoutustoiminnan välillä.

Kuntoutujalle omatoiminen oppiminen on usein vaikeata. Vähäisen omaehtoisuuden, arkuuden ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyvän jännittämisen vuoksi asukkaat eivät rohjenneet havaintojeni mukaan pyytää apua työntekijältä. Esimerkiksi ruokailutilanne oli mykkä ja nopea tapahtuma. Työntekijä ei ruokaillut kanssamme. Asukkaat ruokailivat hätäisesti, pudottelivat tavaroita eivätkä pyytäneet apua toisiltaan.

**Toisen asteen ristiriitaa**, jännitettä kahteen eri suuntaan vetävän toimintajärjestelmän osatekijän välillä, oli tunnistettavissa ensiksikin työntekijän ja asukkaiden työtoiminnan välillä. Yhdistyksen ja psykiatrisen kuntoutuksen historiassa on korostettu ja korostetaan edelleen toiminnallisuutta ja arkipäivän taitojen opettelua. Kuntoutumiskodin asukkaat näyttivät selviytyvän arkiaskareissaan hienosti. He tarvitsivat vain ”herättäjän” saamaan heidät liikkeelle. Työntekijä nähtävästi luotti asukkaisiin kotiaskareiden suhteen, olihan työnjaosta selkeästi sovittu yhteisössä. Asukkaat vastaavasti luottivat siihen, että työntekijä tulee herättämään heidät ja saamaan heidät liikkeelle.

Jännitettä oli tunnistettavissa myös asukkaiden ja heidän tulkitsemiensa sääntöjen välillä. Asukkaiden yksityisyyttä korostettiin enemmän kuin yhteisöllisyyteen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen kasvamista. Asukkaat tulkitsivat kuntoutumiskotitoiminnan periaatteita (Liite 8) sääntöjenomaisesti; he eivät uskaltaneet mennä toistensa huoneisiin tai ajattelivat, että niihin ei saa mennä. Jokaisella oli oikeus omaan yksityiselämäänsä, johon puututtiin vain yksilön sallimissa rajoissa. Yksityisasiat pidettiin yksityisasiaina, tietojen vaihtamiseen piti olla asianomaisen lupa. Asukkaat eivät paljon keskustelleet keskenään. Jokaisella oli mahdollisuus ratkaista, mihin ja miten paljon osallistui. Vapaaehtoista osallistumista en nähnyt. Asukkaiden toivottiin neuvottelevan ja päättävän kodin asioista yhteisissä palaverissa. Perjantaiamuaisin arvioitiin kulunutta viikkoa ja suunniteltiin viikonlopun viettoa. Vain osa asukkaista oli läsnä.

Yksityisyyden, yksinäisyyden, yksilöllisyyden, yhteistyön, yhteisöllisyyden ja itsenäisyyden käsitteitä voitaisi yhteisöissä tarkastella nykyistä enemmän. Keskustelua voitaisi käydä ihmisten niille antamista merkityksistä. Yksityisyyden kunnioittaminen ehdottomana sääntönä suljettujen ovien muodossa oli ristiriidassa kuntoutumisen tavoitteen ja toivottavan tuloksen, asukkaiden sosiaalisuuteen ja keskinäiseen kanssakäymiseen rohkaistumisen kanssa. Tuloksena näkyi asukkaiden yksinäisyys ja vähäinen vuorovaikutus yhteisössä. Yhteisöllisyys työtoiminnan välineenä näkyi jääkaapin seinään teipatuissa työvuorolistoissa, jotka muistuttivat asukkaita työvelvollisuuksista. Kauppa-asiat, ruoan laitto, tiskit ja siivous

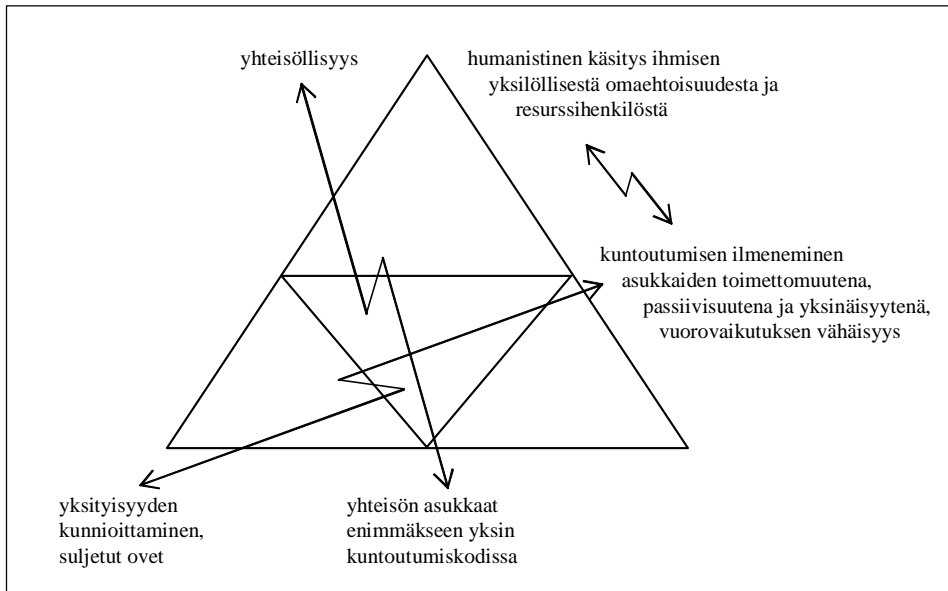
olivat työnjaollisesti sovittuja asioita. Niiden suhteen työvuoroihin nimetyt asukkaat tekivät yhteistyötä. Itsenäisyys rajautui näkymättömäksi ilmiöksi asukkaiden omiin huoneisiin suljettujen ovien taakse.

Työntekijän välineenä oli yhteisössä sivusta seuraaminen ja resurssihenkilönä oleminen. Hän vietti jonkin aikaa toimistossaan soitellen muihin yhdistyksen työpisteisiin ja kirjaten asioita ylös. Arkirutiineista selviytyttyään asukkaat vetäytyivät huoneisiinsa. Humanistinen käsitys potilaiden yksilöllisestä omaehtoisuudesta on ristiriidassa mielen kuntoutujien toimettomuuden ja passiivisuuden kanssa. Keskeisimpiin kuntoutusongelmiin, kuntoutujien arkuuden, toimettomuuden ja oma-aloitteisuuden vähäisyyden korjaamiseen tarvitaan mitä ilmeisemmin resurssihenkilöiltä järeämpiä työkaluja kuin sivustaseuraaminen ja tukeminen.

Kolmanneksi toisen asteen ristiriitaa oli tunnistettavissa välineiden ja yhteisön välillä. On ymmärrettävä, millainen yhteisö on ja sitten mietittävä, millaisia välineitä sen jäsenet toiminnassaan tarvitsevat. Yhteisöllisyyden idea ei toimi yhteisössä, jonka jäsenet eivät ole valmiita tai kykeneviä olemaan vuorovaikutuksessa keskenään tai ulkopuolisten kanssa tai mikäli vain työntekijä näin toimii. Asetelma on heti valmis kasvattamaan asukkaiden riippuvuutta työntekijästä, joka tavallaan sortuu suojelemaan autettaviaan. Työntekijä käyttää sairaalatyölle tyypillistä suojelevaa valtaa (Lindström 1988, 80–81).

Toiminnallinen yhteisöllisyys on tavoiteltava ja ehkä siihen päästään sellaisen sopimisen kautta, missä eri osapuolet asettavat itse ehtonsa sopimusten teolle. Hyvinä tuloksina voidaan kuitenkin nähdä kuntoutumiskodin asukkaiden mukana oleminen oireidenhallintaryhmässä. Ryhmään ei ketään velvoitettu, vaan siihen osallistuttiin vapaaehtoisesti. Myös asukkaiden vähäinen sairaalahoidon tarve kuntoutumiskodissa asumisen aikana osoittaa, että yhteisöllä on hyvää annettavaa asukkailleen, rauhaa, itsenäisyyttä, vapautta ja vastuuta. (Kuntoutumiskodin työntekijän haastattelu).

Siirtyessään sairaalasta kuntoutumiskotiin potilaalle ei järjestetty muuta hoitopaikkaa, kuten esim. mielenterveystoimistoa tai psyykkistä kuntoutusta. Tähän ei toiminnanjohtajan mielestä ollut syynä ajan saamisen vaikeus mielenterveystoimistosta vaan potilaan hoidon ja kuntoutuksen keskittäminen yhteen organisaatioon. Tällainen kuntoutujan kokonaisvaltainen auttaminen kuntoutumisessaan tukee potilaan hauraan ja herkän persoonallisuuden eheytymistä ja helpottaa myös työntekijöiden työtä. Kaaviossa 11 havainnollistan toisen asteen ristiriitojen ilmenemistä asukkaiden kuntoutumisen (käyttöteoria) ja humanistisen ihmiskäsityksen (julkiteoria), sääntöjen ja asukkaiden kuntoutumisen ja yhteisön ja yhteisöllisyyden (julkiteoria) välillä.



Kaavio 11. *Toisen asteen ristiriitaa asukkaiden kuntoutumisen ja humanistisen ihmiskäsityksen, sääntöjen ja asukkaiden kuntoutumisen, yhteisön ja yhteisöllisyyden välillä.*

## 6.6 Johtopäätökset ja pohdinta

Psykiatrisen hoitojärjestelmän uudistaminen on ollut sekä mahdollista että toivottavaa, mutta se on edellyttänyt sekä mielen kuntoutujan että työntekijän yhteiskunnallisen aseman muutosta. Potilaan elämisen oikeudet ja velvollisuudet ovat siirtyneet suljetusta sairaalamiljööstä vastuun kantaan omassa arkielämässä sairaalan ulkopuolella. Muutos on merkinnyt myös mielenterveystyöntekijän työkentän tulemistä aikaisempaa haasteellisemmaksi. Vaatimuksia ovat asettaneet mm. työn kuvan muuttumisesta johtuva oman asennoitumisen muuttuminen, jatkuva oppimisen vaade ja itsenäisempi ja yksinäisempi työ. Mutta toisaalta muutos on merkinnyt työkentän tulemistä mielekkäämmäksi kokonaisuudeksi. Uudistus on edellyttänyt tekijöiltään henkilökohtaista sitoutumista ja riskinottoja. Työ on muotoutumassa sairaaloiden ulkopuolella erikoisasiantuntijan roolista luovan hoito- ja kuntoutustyön ja solidaarisemman kulttuurin rakentamiseen. (Salo 1996, 192).

Kuntoutumiskodit ja hoito- tai palvelukodit ovat yhteisöjä, jotka rakentuvat monella tasolla vapauden ja riippuvuuden ristiriitaisissa tunnelmissa. Kotipaikka ei pakota ketään ja siitä voi lähteä koska tahansa. Kodissa asuminen on vapaehtoista. Mutta samalla kotipaikka houkuttelee uskollisuuteen, sillä se lakkaa olemasta, mikäli sen toimijat irtaantuvat siitä. Siksi vapauden ja riippuvuuden ambivalenssia on käsiteltävä kaiken aikaa ja tämä käsitteleminen ja vakuuttaminen tarvitsee tietäntyyppisiä toimijoita. (Bauman 1993, 240-241).



Luovana ohjaustyönä ohjaava kuntoutus on uusien ja vakuuttavien symbolien tekemistä vetovoimaisiksi mielenterveyskuntoutuksessa. Kentälle tarvitaan sellaisia ihmisiä, tekijöitä ja toimijoita, jotka puheellaan pystyvät vakuuttamaan ihmiset siitä, että juuri tähän yhteisöön kannattaa kiinnittyä. Vakuuttamiskyky perustuu ”lainattuun auktoriteettiin”, jota Baumanin mukaan (1993, 240-241) on kahdenlaista. Toisaalta asiantuntijat ovat vakuuttajia. Heillä ei kuitenkaan ole virallista asemaa yhteisössä, vaan heidän auktoriteettinsa perustuu vakuuttamiskykyyn, uskottavuuteen, pyhiinvaeltajan esittämään päämäärään, jota kohden edetä. Toisaalta ”lainattu auktoriteetti” perustuu massan voimaan, kulkurin tai turistin omaiseen rooliin, jossa ei tiedetä matkan määränpäättä, vaan oletetaan seuraavassa pysähdyspaikassa saavutettavan sitä, mitä onkin haluttu. Tarvitaan siis ensinnäkin uskottava ja rakastettava mielenterveyskuntoutuksen puolestapuhuja, ”varmuuden myyjä” ja toiseksi ihmisiä, joilla on hyviä kokemuksia kuntoutumisesta, jotka tietävät puhujan puhuvan totta ja jotka tukevat puhujan näkökulmia. Ohjaava kuntoutus tunnustaa asiantuntijuuden kaikilla tasoilla. Oleminen toista varten on tasa-vertaisten ihmisten välistä vuoropuhelua. Se mahdollistaa ihmisten elämänlaatua kohoittavat toiminnat.

Maffesoli (1995, 99–176) kirjoittaa hetken etiikasta, ”tässä ja nyt” -elämisestä. Psykiatrinen kuntoutus lähtee tässä ja nyt -tilanteesta kuntoutuvan ehdoilla. Jälkimmäinen korostaa muutosta elämän hallintaan ohjelmallisten kuntoutumistavoitteiden suuntaisesti ja Maffesoli elämän nautintoa juuri nyt, elämälle avautumista. Hänen mielestään kaikenlainen nautiskeleva tuhlailu on toiminnallista. Se luo ja elvyttää ihmisissä muinaisaikaista yhteisöllisyyden kaipuuta – välittämistä ja huolenpitoa. Mikään ohjelmallinen ei kelpaa Maffesolille. Hänen mukaansa ihmisten tehtävä ei ole sanoa ”pitää olla” tai esittää arvoasetelmia, vaan ennen kaikkea todeta se, mikä on, on olemassa – ”it is it”! Maffesoli kehottaa ihmisiä nauttimaan toisistaan, luonnosta, ympäristöstä jne. Vaikka kuntoutus tähtää tulevaisuuteen, on tähän hetkeen asettuminen kuntoutumisen avain. Kuntoutujan ja työntekijän tähän hetkeen syntyneet kokemukset, käsitykset ja asioille annetut merkitykset puretaan auki vaikka niin, että työntekijä ohjaa asukkaat keskustelemaan niistä esimerkiksi toistensa huoneissa tai sitten muussa yhteydessä yhdessä toimimisen aikana.

Kuntoutuja noudattaa kykyjensä mukaan tavoitteellista päiväohjelmaansa, koska sen nähdään edistävän kuntoutumista. Hän on ikään kuin sokeasti työtään puurtava ihminen, joka tekee yhtä jos toista, mutta ei suhtaudu siihen vakavasti, mikäli sillä ei ole itselle sisällöllistä merkitystä. (Tennant 1988, 140–141, Manninen 1993, 95). Alistuminen on sopeutumista, johon ei liity nautintoa. Kuntoutumiskodin asukkaista osa kävi kodin ulkopuolella päivätoiminnassa. Osa lähti vain kauppaan tai apteekkiin oman edun tai työvuoron takia. Päivätoiminta oli kuntoutujien mielestä mielekäästä ilman pakon tunnetta, kun sen sai luoda mahdollisimman pitkälle itse ja vastata tuloksista. Elämme yksilöiden kulta-aikaa. Tähän liittyy myös yksi oppimisen suurista paradokseista:

*”Oppimalla yksilöksi joudun vaaraan eriytyä muista ihmisistä ja viime kädessä myös eettisten arvojen piiristä. Kun toiset vielä kunnioittavat yksityisyyttäni, he jättävät minut silloin oman onneni nojaan”. (Jarvis 1997, 16).*

Näin tapahtui kuntoutumiskodissa. Asukkaat elivät yhdessä usean asukkaan kanssa, mutta yksin, eristäytyen huoneisiinsa, pitäen ehdottomasti yksityisyydestään kiinni, ja myös kunnioittamalla toistensa yksityisyyttä (vrt. myös Nikkonen 1993). Maffesolin mukaan (1995) yhteisöllisyys ei ole kadonnut. Sen jäsentymistä ja rakentumista tulisi pohtia sellaisesta näkökulmasta, jossa yhteisöllisyys on muutakin kuin rationaalista toimintaa. Yhteisöllisyys voi olla ikonista, mielikuviin ja kuvitteluun liittyvää ja symbolien välityksellä syntyvää kollektiivisuutta. Tätä ymmärtääkseni myös Levinas (1996, 7–17) tarkoittaa yhteisöön astumisella ja sosiaalisuudella. Kuntoutuja ja kuntouttaja saavat tällöin voimaa mahdollisuudentajusta, eli kyvystä ajatella mitä tahansa, mikä voisi olla ihan yhtä hyvin kuin joku muukin, pitämättä olevaa tärkeämpänä kuin olematonta (Musil 1980, 14). Ohjaava kuntoutus on symbolien välityksellä syntyvää tasavertaista, interaktiivista ja jännittämistä vapaata yhteisöllisyyttä. Se rohkaisee kaikkia osapuolia ilmaisemaan ajatuksiaan lisäten ihmisten välistä luottamusta.

Asukkaat kokivat asumisen ja elämisen kuntoutumiskodissa turvallisena ja sen voi ajatella olevan voimavara. Ristiriitaisesti he kokivat turvallisuutta turvattuudessa ja vapautta rajoitusten ja sääntöjen viidakossa. Työtoiminnan osatekijät muodostivat kokonaisuutena vahvan systeemin. Eräs asukas kuvasi asumistaan kuntoutumiskodissa seuraavalla tavalla:

*”Asuminen kuntoutumiskodissa on kuin lähiössä, kaupungissa asumista - ihmisiä on ympärillä - ja kuitenkin on oma huone, jossa saa olla rauhassa. Joskus tuntuu kuitenkin siltä, kuin olisi tuuliajolla - ei ole mitään päämäärää, ei päämäärää kaukana tulevaisuudessa, eikä päämäärää päivittäisessä elämässä”.*

Mielen kuntoutuja on usein irrallaan kaikesta, hän on tuuliajolla ja siksi hänessä on herätettävä riippuvuus kumppanista. Tämä on sujuvan yhteistyön ja -toiminnan edellytys. Tätä riippuvuutta voidaan tukea niin, että kuntoutujan kanssa sovietaan tuen ja ohjauksen tarpeesta ja kestosta. Kuntoutujan on hyvä itse nähdä pienet askeleet omassa kuntoutumisessaan ja ymmärtää muutostaan kohti itsenäisyyttä ja sosiaalisuutta, jotka riippuvuuden tukeminen hyvällä tavalla saa aikaiseksi.

Arvelen psykiatriselle pitkäaikaispotilaalle tyyppillisen syrjään vetäytyjän ja alakuloisen ihmisen ”stigman” jossain määrin vaikuttaneen myös omaan havainnointiini. Näin ja kuulin sitä, mitä olin kokenut ja oppinut vuosien varrella psykiatrisessa hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Tutkijana häiritsin yhteisön normaalia elämää. Työntekijän kertoman mukaan yhteisön jäsenet käyttäytyivät kuitenkin jännittyneesti ja vetäytyvästi muinakin päivinä. Minun onkin vaikea kuvitella asukkaiden muuttuvan kenttäpäivien ajaksi niin pelokkaiksi, puhumattomiksi ja kontaktia vältteleviksi. Se taito vaatisi jo näyttelijän lahjoja.

Itsenäistymisprosessi on kaikkein vaativin ja häiriöaltein kuntoutumisessa. Se on sitä jopa siinä määrin, että asiakas saattaa kokea tulleensa tuomituksi yksinolon. Tavoitteena on kuitenkin sosiaalinen kanssakäyminen ja juuri tähän mieles-

täni mielenterveyskuntoutuksessa tarvitaan uusia välineitä – ehkä enemmän yhteistä aikaa kokemusten jakamiseen, tulkitsemiseen ja ymmärtämiseen, ehkä puhuttelevampia ja persoonallisempia periaatteita, jotka tukevat ennemmin mielenkuntoutujan aseman vahvistumista kuin sääntöjenmukaista toimintaa ja ehkä enemmän sosiaalista vertaiskontrollia, rohkeutta, mielikuvituksellisuutta, nautintoa, spontaaniutta ja luonnollisuutta.

Kuntoutuja tarvitsee konkreettisesti toisen ihmisen lähelleen – hän tarvitsee hyvän mallin elämän nautiskelijasta, kannustajan, tukijan, sijaisen ja opettajan. Hän tarvitsee sellaisen kanssakulkijan ja yhdessä toimijan, joka jakaa, antaa ja ottaa vastuuta – ei siis vain sokeasti luota ja anna vastuuta. Ohjaava kuntoutus lähentää toimijoita tasavertaiseen yhteistyösuhteeseen. Mitä enemmän itsenäistä ohjautumista kuntoutujalta odotetaan, sitä enemmän tarvitaan myös ohjausta eli ihmisten läheisyyttä ja heidän ajatustensa jakamista (soveltaen Onnismaa 1996, 289). Tämä seikka tuli myös esille ensimmäisessä tutkimusvaiheessa psykiatristen sairaalapotilaiden kokemuksissa hoitajakson loppupuolella kasvaneesta ohjauksen tarpeesta (Mattila 1998).

Kehittävän työntutkimuksen soveltaminen tässä tutkimusvaiheessa on ollut melkoinen haaste. Ihmisen työtoiminnan rakennemallin käsitteitä ”tekijä, kohde, väline, säännöt, yhteisö ja työnjako” käytetään useissa erilaisissa yhteyksissä. Tämä osittain vaikeutti kehittävän työntutkimuksen idean ymmärtämistäni. Vaikeutena oli erityisesti ymmärtää tekijän ja kohteen välisen eron olennaisia piirteitä. Psykiatrisessa hoitotyössä ja kuntoutuksessa asiakas ja potilas ainakin pyritään näkemään tasavertaisina toimijoina ja suhde ennemmin subjekti–subjekti-suhteena. Tähän osatutkimukseen sovellettuna kehittävä työntutkimus on toiminut tutkimuskohteen työtoiminnan jäsentäjänä.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaaminen tuotti ongelmia valita analyysiyksiköt kenttämuistiinpanojen pohjalta. Kuvasin ilmiöitä etnografian oppien mukaisesti, mutta kuvaukseni oli myös ongelmien etnografiaa, toimintajärjestelmän osatekijöiden välisten jännitteiden ja ristiriitojen tunnistamista. Toiseen tutkimuskysymykseen vastaaminen tuntui mielekkäältä, sillä tutkimuskohteen kohde- ja teorianhistoriallinen katsaus on lisännyt ymmärrystäni kuntoutuksessa vallitsevien toimintamallien, mm. yhteisöhoito ja sosiaalisen oppimisen ohjelma, jättämiä jälkiä kohtaan. Kolmas tutkimuskysymys, ristiriitojen ja kehitystarpeiden tunnistaminen, oli hyvä nostaa omaksi ongelmakseen, sillä oppimiseni kannalta vastausten hakeminen tähän kysymykseen eheytti käsityksiäni kehittävän työntutkimuksen menetelmällisestä tehtävästä.

Kuntoutumiskodin sääntöinä tai kulttuurina eli jotain sellaista ”hiljaista sopimuksellista”, mitä tutkijana ja osallistuvana havainnoitsijana lyhyessä ajassa en voinut riittävästi tavoittaa. Jännittäminen ja epäluuloisuus heijastuivat selvästi asukkaiden käyttäytymisestä. Luottamuksen saavuttaminen tapahtuu vain ansaitsemalla se ja kahden päivän mittainen havainnointi saattoi herättää enemmän epäluuloja kuin kasvattaa luottamusta. Olin sopinut tulostani kuntoutumiskotiin puhelimitse toiminnanjohtajan ja kuntoutumiskodin työntekijän kanssa ja kummallekin olin kertonut tutkimukseni tarkoituksesta, kuntoutumiskodin arjen kuvaamisesta. Näyttäytyminen yhteisössä ennen varsinaisia kenttäpäiviä olisi saattanut vähentää ti-

lanteen jännittävyyttä. Tutkijan rooliani tutkimusyhteisössä olisi voinut pehmentää myös muistiinpanovihon käsitteleminen yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Olisin myös voinut kertoa havainnoistani työntekijälle ja asukkaille. Nyt ilmeisesti yhteisön jäsenten jännittyneisyyttä lisäsi tietämättömyys siitä, mitä tutkijana havainnoin. Tutkijan roolini lisäksi ammatillani ja työhistoriallani saattoi olla jotain vaikutusta yhteisön jäsenten herkkään reagointiin. Sairaanhoidon opettajana olin työntekijöille yhteistyökumppani, jota olin ollut myös aikaisemmin toimiessani Kellokosken sairaalassa hoitotyöntekijänä ja luottamusmiehenä.

Säännöllä näyttää olevan tulosten mukaan keskeinen rooli kuntoutustyössä. Kuntoutumiskodissa jokainen teko oli etukäteen suunniteltu ja sovittu. Tämä johti rutiininluontoiisiin operaatioihin. Elämä oli säännönmukaista ja kaavamaista. Ylimääräistä ja spontaania toimintaa en havainnut. Työnjako oli selkeä kaikkien kuntoutumiskotiyhteisön jäsenten kesken. Työntekijä kertoi, että yhteistyötä tehdään myös omaisten kanssa. Omaiset olivat havaintojeni mukaan ennemmin kohteena kuin yhteistyökumppaneina. Heille järjestettiin vuosittain juhlia tai muita tilaisuuksia – ei niinkään heidän kanssaan. Mies- ja naisasukkaiden yhdessäoloa en nähnyt. Kuntoutumiskoti oli erikseen miesten ja naisten kuntoutumiskoti. Rakenteellisia esteitä sukupuolten sekoittamiseksi ei ollut. Millainen vaikutus asukkaiden terveydentilalla, työntekijän tavalla olla läsnä ja käytettävissä tai mielenterveyskuntoutuksen teorianhistorialla onkaan yhteisön kulttuurille?

Kuntoutusta ohjaavan humanistisen ihmiskäsityksen ja yhteisöllisyyden (julkiteoriat) sekä havaitun toiminnan (käyttöteoria) suhteen kuntoutumiskodin toimijoilla oli erilainen näkemys asiakkaan kuntoutumisen edellytyksistä. Työntekijä piti asukkaiden henkisiä voimavaroja kaikkein tärkeimpänä resurssina. Tämä on ymmärrettävää humanistisen ideologian mukaisesti. Eräs miesasukas piti tärkeänä toimijoiden keskinäistä luottamusta, vaikka koki sen olevan välillä vaikeaa ajoittain vaivaavien epäluulojen vuoksi. Hänen mielestään henkisiä voimavaroja täytyi etsiä mutta sen sijaan tekeminen ja touhuaminen sovitusti onnistui. Tämä seikka oli havaittavissa selkeänä kuntoutumiskodin päivittäisten askareiden työnjakona.

*”Kasvattajan kannalta reflektio on erittäin keskeinen ilmiö, koska sen avulla voi tulla tietoiseksi omaa toimintaansa ohjaavasta tiedosta ja sen takana olevasta käyttöteoriasta. Kasvu ja oppiminen ovat paljon tehokkaampia, kun reflektoidaan kasvatusilanteessa yhdessä. Keskustelu ryhmässä on sosiaalista rakentamista tai tiedon jaettua ymmärtämistä, mikä johtaa sosiaalisten tilanteiden uudelleen rakentamiseen ja siten uudistuneeseen työtoimintaan”. (Ojanen 2000, 86–87).*

Yhteisöllisyyden noudattaminen on vaikeaa yhteisöissä, joissa asukkaat tarvitsevat yksilöllistä huomiota (Raatikainen, R. 1997, 65). Miten yhdistää ihmisen autonomia ja ihmisten välisten suhteiden molemminpuolisuus kummankaan saamatta ylivaltaa toisesta? Autonomia voi hävitä suhteesta, jos ihminen ei itse ylläpidä itsenäisyyttään tai toiset eivät anna siihen mahdollisuutta. Molemminpuolisuus on kiinni sekä ihmisestä itsestään että häneen suhteessa olevista muista ihmisistä.

Tarvittaisiinko kuntoutukseen humanistista ihmiskäsitystä ”järeämpää arki-inhimillisyyttä”. Arvelen, että usko kuntoutujan oma-aloitteiseen itseilmaisun kykyyn ei riitä edellytykseksi kuntoutumiselle. Kuntoutujan kanssa voitaisi organisoida yhteistoimintaa vielä ponnekkaammin kuin kuntoutumiskodissa tehtiin. Oireidenhallintaryhmä on yksi hyvä esimerkki avoimuutta ja rohkeutta kasvattavasta itseilmaisun muodosta, jota yhdistyksessä opiskeltiin.

Rehellinen kumppanuus ja liiallisen myötäelävän professionaalisuuden välttäminen on eräs keino mielen kuntoutujien ja työntekijöiden yhteisen välineistön ja kielen tavoittamisessa. Edellisen tutkimusvaiheen johtopäätöksen mukaisesti voi tässäkin tutkimuksessa todeta, että rohkea, kuntoutujan tilanteen aistiva ohjaus tavoittaa kuntoutujan äänen missä tilanteessa hän kulloinkin on. Yhdistyksessä toteutettiin hoitoa ja kuntoutusta rinnakkain. Yhdistyksessä voitaisiinkin pohtia syvällisemmin niiden eroja ja painotuksia. Lisäksi voitaisi pohtia, mitä henkisillä ja toiminnallisilla voimavaroilla tarkoitetaan ja miten asukkaat voisivat ne itseltään parhaiten löytää ja ottaa koko yhteisön käyttöön.

Yhdistyksellä on koko sen historian ajan ollut tietty visio omalle kehittymiselle. Aluksi visiona oli omaisten jaksaminen ja tukeminen, ennakkoluulojen hälventäminen ja suvaitsevaisuuden ja ymmärryksen lisääntyminen psykiatrisia potilaita ja heidän hoitoaan kohtaan. Nyt tarvitaan tuettuja asuntoja, sillä pitkäaikaipotilas tarvitsee avohoidossa ollessaan konkreettista tukea. Kuntoutumisen tavoitteena on, että kuntoutuja oppii ajallaan omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymistä. Tätä tavoitetta tulee kuitenkin problematisoida. Kaiken aikaa tulee pitää mielessä mielen kuntoutujien ja auttajien rajalliset mahdollisuudet tavoittaa toistensa intressejä. Kerron tästä käytännön esimerkin. Olen tässä tutkimusvaiheessa osoittanut huolestuneisuuttani mielen kuntoutujien toimettomuutta kohtaan. Sille on kuitenkin olemassa ymmärrettävä perustelu, jonka eräs yksityisessä hoitokodissa (ei mukana tutkimuksessa) asuva mies kertoi:

*”Päivät menevät niin nopeasti, että vaikka ulkopuolisen silmin en tekisi mitään, niin ajatukseni, mielikuvitukseni, harhani ja kuvitelmani juoksuttavat minua kaiken päivää hengästymiseen asti. Siksi minun on pakko olla vuoteessa lepäämässä”.*

Suhteeni kuntoutumiseen on optimistinen. En kuitenkaan kuvittele kaikkien kuntoutujien kehittyvän itsenäisiksi selviytyjiksi – pikemminkin puhun kehittymisestä heidän omien merkityksenantojensa ehdoilla. Se sallii riippuvuuden auttajasta. Merkityksen hakeminen päivittäiseen toimintaan löytyy vuorovaikutuksessa sellaisten ihmisten kanssa, jotka tuovat toiminnan oheen uutta ajateltavaa ja uusia tapoja ja jotka samalla keskustelevat yhteisistä ja yksilöllisistä kokemuksista ja tuntemuksista. Auttaja saa olla täysillä mukana jakaen myös omia kokemuksiaan malliksi kokemisesta. Missä määrin ihmiset antavat kuntoutuksessa merkityksiä eri ilmiöille ja jakavat kokemuksiaan? Pelkään niiden jäävän toiminnallisuuden varjoon, jos niitä ei arvosteta ohjauksellisina välineinä. Voidaan erheellisesti ajatella, että ne sitovat henkilöstöresursseja määrällisesti kuntoutujien päivätoimintaa enemmän.

Tässä osatutkimuksessa olen tarkastellut kuntouttavaa työtoimintaa yhdessä pienessä yhteisössä ja todennut, etteivät julkiteoriat suoraan ohjaa käytäntöä, joka synnyttää heikosti tiedostetut käyttöteoriaansa. Kehittävän työntutkimuksen lähtökohta, moniäänisyys, edellyttää Engeströmin mukaan (1995, 134) tutkijan ja tiedonantajien näkökulmien saattamista esille ja dialogiin keskenään. Olen pyrkinyt kuvauksessani tunnistamaan tulkintaani tekemistäni havainnoista. Edelleen Engeströmin mukaan (emt.) yhteisöissä ei ole yhtä yhteistä tiedonantajien näkökulmaa, vaan monia usein toisiinsa törmäviä näkökulmia ja siksi myös työntekijöiden näkemysten rinnalle on hyvä nostaa tarkasteltavaksi niin asiakkaiden kuin johdon näkökulmat.

Tutkimuksen jatkuessa paneudun erilaisten tiedonantajien näkemyksiin vertailemalla niitä keskenään. Lisäksi aion paneutua enemmän yhteisöproblematiikkaan, sillä osaa mielen kuntoutujien avohoidosta ja -palveluista edustavat yksityiset hoito- ja palvelukodit, joiden sisältöön yhteisöllisyydellä on paljon annettavaa avoimuutta, käytännönläheisyyttä, tasa-arvopyrkimystä sekä antihierarkisuutta toteuttavina pieniyhteisöinä (Isohanni 1986, 46).

## 7 III tutkimusvaihe:

### Mielen kuntoutujan ohjaus – asukkaiden näkökulma

#### 7.1 Mielen kuntoutuja – kansalainen

Tämän tutkimusvaiheen tiedonantajana on mielen kuntoutuja, joka avohoidon asiakkaana ja yksityisen hoito- tai palvelukodin asukkaana ei enää ole potilas huolimatta pitkästä sairaalajaksoista. Hän on kansalainen ja kuntalainen, jota koskevat paitsi yhteiskunnalliset normit myös kansalaisoikeudet ja oikeudet kuntayhteisöön. Hänen roolinsa on muuttunut kotiutumisen myötä. Hän on veteraanikuntoutuja, jonka potilashistoria on olemassa, mutta ei potilaan rooli.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on muokannut palveluita tarjoavia laitoksia. Psykiatrisista sairaaloista on muodostunut paljon resursseja ja sairaalamaisia erityisolosuhteita vaativia hoidon paikkoja, jotka tarjoavat erityisasiantuntevaa tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Avohoito tarjoaa sairaalaosastojen ulkopuolella vastaanottokäyntejä, päiväsairaalahoitoa tai kuntoutusta. Metsä-Simolan mukaan (1993, 20) hoidosta voivat olla irrallaan potilaan toimeentulo, asuminen ja päivätoiminta. Mielenterveyskuntoutus on yksilön fyysisen ja psyykkisen huolenpidon ohella toimeentulosta, asumisesta, virkistytymisestä, ihmissuhteista ja jokapäiväisestä toiminnasta huolehtimista. Kuntoutus on asiakkaan ohjaamista näiden asioiden ääreen ja käsittelyyn eli ohjaavaa kuntoutusta.

Avopalveluilta edellytetään hoidon, kuntoutuksen ja sosiaalipalveluiden integroimista. Palveluja tarvitsevan tulisi voida hyväksyä ne ja saavuttaa niiden tuella mahdollisimman hyvä terveys. Tässä integroinnissa on hoitavien ja hoidettavien välinen ihmissuhde keskeinen. Metsä-Simolan mukaan (1993, 20) hyvän avohoidon tavoitteena on potilaiden psykoottisten oireiden minimointi ja mahdollisimman suuri tyytyväisyys oman elämänsä eläjänä.

Potilaat ovat kokeneet avohoidon sairaalahoitoa mieluisampana. Avohoito on johtanut myös sairaalahoitoa parempiin tuloksiin. (Dean ym. 1993, 473–480, Korkeila & Tuori 1996, 61). Lisäksi avohoito on vaikeissakin häiriöissä sekä palvelun käyttäjälle että tarjoajalle usein edullisempaa, kunhan varataan riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja mahdollisuus päästä sairaalahoitoon (Häfner & van der Heiden 1989, 59–63, Jerrel & Ridgely 1995, 566–576, Korkeila & Tuori 1996, 61).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa myös kuntien rooli on muuttunut hyvinvointipalvelujen järjestäjänä ja läheisyysperiaatteen toteuttajana. Kunta on asukkaidensa muodostama yhteisö ja kuntaorganisaatio on yhteisen vastuun organisaatio. Kunnat huolehtivat sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisestä asukkailleen joko sairaala- tai avohoitopalveluina, hyvinvointipalvelujen sekoituksena. (Anttonen & Sipilä 1992, 435–462, Mielenterveystyö 1993, 13).

Lisääntyvä kuluttajakaskeisyys ja -tietoisuus asettavat omat vaateensa palvelujen järjestäjille. Kunnan roolin muutos merkitsee inhimillistä asumisen ja palvelujen järjestämisen tapaa ja edellyttää useiden erimitallisten ja eriaikaisten tarpeiden

ja tavoitteiden ja keinojen yhtäaikaista tarkastelua. Toiveiden toteutumiseksi luodaan uutta kumppanuutta kuntaorganisaation ja kuntalaisten kesken. (Laiho & Virnes 1995, 10–11, Korkeila & Tuori 1996, 72–73).

Takaavatko sitten hyvät tarkoitukset automaattisesti myös hyviä tuloksia auttamis- ja palvelujärjestelmien murroksessa? Riikonen (1992, 17) viittaa perusoletukseseen, jonka mukaan tulosten ollessa huonoja, vian ei ajatella olevan niinkään avun tai palvelun antamisessa vaan sen vastaanottajassa. Näin ei kuitenkaan ole tutkimusten mukaan. Avun vastaanottaminen on enemmän ongelmatonta kuin ongelmallista. Toinen pulma Riikosen mukaan on silloin, kun tulokset ovat hyviä. Silloin kiitos lankeaa enemmän avun tai palvelun tarjoajalle kuin sen vastaanottajalle. Tämä tilanne ei tällaisenaan tue kumppanuuteen ja yhteisöllisyyteen. Yhteistoiminnan lähtökohtana on asiakkaan oman osaamisen huomioonottaminen ja osallistumisen ja toiminnan tukeminen ja palkitseminen.

Monet auttamiskeinot saattavat asettaa asiakkaan enemmän tai vähemmän passiiviseen potilaan rooliin. Asiantuntijoiden auttamiskäsitykset voivat johtaa jopa asiakkaiden oman elämänhallinnan vähenemiseen. Lisäksi asiakkaan omaa ongelmanratkaisu- ja hallintakykyä voi lamaannuttaa mielenterveystyön asiantuntijan keskeisenä nähty tehtävä, patologisten psyykkisten rakenteiden etsiminen. (Jones 1976, Riikonen 1992, 16).

## 7.2 Tutkimusvaiheen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimusvaiheen *tarkoituksena* on tuottaa tietoa yksityisistä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeista maassamme ja niissä toteutuvasta kuntoutumisen ohjauksesta asukkaiden kokemana. Tutkimuksen tehtävänä on ymmärtää ja tulkita hoito- ja palvelukotien asukkaiden käsityksiä ja kokemuksia terveystavoitteistaan, menetelmistä, joilla tavoitteisiin pyritään ja tavoitteiden ja menetelmien välisistä suhteista asukkaiden omien merkityksenantojen näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysalan yksityisistä palvelujen tuottajista on olemassa Stakesin tekemä empiirinen kartoitus keväällä 1995, jolloin 752 uusyrittäjän voitiin todeta toimivan hyvin monella alalla ja tuottaen monenlaisia palveluja ja palveluyhdistelmiä. Pienten yrittäjien toiminta palvelujen tuotannossa on ollut melko lailla musta aukko sosiaali- ja terveydenhuollossa – osin ehkä siksi, että sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyttä on ollut 1990-luvun puoleen väliin mennessä vain vähän, eikä kaikesta toiminnasta ole oltu lääneissä tietoisia. Esimerkiksi Stakesin suorittamaan uusyrittäjien osoitetietojen saamiseen käytetty työmäärä on ollut suuri, sillä läänien rekisteritiedot ovat olleet osittain puutteellisia ja tietoja on pitänyt hakea myös eri yhdistysten rekistereistä (Kovalainen ym. 1996, 9, 15–17).

Ryhtyessäni vuonna 1996 selvittämään yksityisellä mielenterveyssektorilla toimivia hoito- ja palvelukoteja vastassani oli edelleen sama ongelma; kenelläkään ei ollut tarkkaa selvyyttä niiden lukumäärästä tai siitä, miten monta asukasta niissä on (Psykiatrisen 1995, 9, STAKES, Svahne, puhelinneuvottelu 1.10.1996). Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996) ja läänituudistus vuonna 1998 ovat selkeyttäneet hoito- ja palvelukotien rekisteröintikäytänteitä.



Tutkimuskohde on usein pienkoti, joka tarjoaa asumisen ja ylläpidon lisäksi psykiatrista kuntoutusta. Kuntoutumisen ensisijainen tavoite on asukkaana elämänlaadun paraneminen niin että kuntoutuja voi kokea elämänsä mielekkäänä. Haen tähän osatutkimukseen vastauksia kysymyksillä, jotka olen jäsentänyt teema-alueiksi ihmisen työtoiminnan rakennemallin käsitteiden mukaisesti (Taulukko 7.)

Taulukko 7. *Yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotiasukkaiden käsityksiä ja kokemuksia ohjauksesta, tutkimuskysymykset ja teema-alueet*

Tutkimuskysymykset	Kysymyksistä johdetut teema-alueet
1. Millainen käsitys hoito- tai palvelukodin asukkaalla on hänen terveyteensä liittyvistä tavoitteista?	a) Terveydentilan tavoiteltava tulos, mihin asukas hoitokodissa asumisellaan pyrkii?
2. Miten asukkaiden terveyspyrkimyksiin vastataan?	b) Yhteisön merkitys asukkaana terveydelle c) Sääntöjen merkitys asukkaana terveydelle d) Työnjaon merkitys asukkaana terveydelle e) Välineiden merkitys asukkaana terveydelle f) Työntekijöiden merkitys asukkaiden terveydelle
3. Millaisia mahdollisuuksia, ongelmia ja ratkaisuja voidaan kuvata asukkaiden terveystavoitteisiin pyrkimisen ja kuntouttavan työtoiminnan välillä?	g) Voimavarat ja ongelmat asukkaana kuntoutumispyrkimysten ja kuntouttavan työtoiminnan välillä.

## 7.3 Tutkimusvaiheen lähtökohdat

### 7.3.1 Mielen kuntoutujan terveys

Hoitotieteilijä Parse (1992, 1997a, b) ja aikuiskasvatustieteilijä Jarvis (1992) kirjoittavat teoksiensa etusivuilla ihmisenä ja yksilönä kehittymisestä yhteiskunnassa – ”*Human Becoming*” – ”*On becoming an individual in society*”. Kumpikin pitää paradoksaalisia prosesseja olennaisena osana ihmisenä olemista tai oppimista. Jarvis sitoo oppimisen ja kehittymisen sosiaaliseen kontekstiin ja Parse maailmankaikkeuteen. Tutkittaessa oppimista on tutkittava myös ihmistä, hänen terveyttään, ainutlaatuisuuttaan ja omiin kokemuksiin ja voimiin perustuvaa päätöksentekoa. (Jarvis 1992, 3, 17–18, Iija ym. 1996, 13–14, Parse 1997a, 22–23).

Terveys on Parsen mukaan (1987, 159–165) kasvuprosessi, jossa ihminen muuttuu ja tulee jatkuvasti joksikin. Parse (1981, 69, 1987, 3, 1997a, 23) ei määrittele sairautta vaan hän tarkastelee teoriassaan ihmistä terveyttään luovana ja valintoja tekevänä yksilönä. Ihminen valitsee vapaasti tapansa, miten luo terveyttään. Terveys on eletty kokemus. Se ei ole sairauden puuttumista. Sitä ei voi luonnehtia termeillä hyvä, huono, enemmän tai vähemmän. Terveys on arvo. Parsen mukaan ihminen sopeutuu ympäristöönsä. Selviytyminen arjesta on myös oman terveyden luomista. Parsen mukaan ihmisen jakamaton terveys on arvojen synteesi, elämisen tapa. Terveys rakentuu ihmisen muodostaessa merkityksiä eri tilanteissa. Se

on olemisen ja tulemisen prosessi. Parsen mukaan ihminen ja ympäristö ovat erotamattomat. Vaihtaessaan energiaa keskenään, kehittyessään yhdessä kohti suurempaa monimuotoisuutta ja vaikuttaessaan toinen toisensa rytmiin nämä kaksi ovat yhtä. (Parse 1981, 26–27, 39–40, 1997a, 13, 1997b, 436).

Myös mielenterveys on kasvuprosessi. Se on ominaisuutta ja elämän laatua. Mielenterveys on sekä yksilön että yhteiskunnan rajallinen voimavara. Hyvään mielenterveyteen voidaan katsoa kuuluvan mm. kyky kestäviin ihmissuhteisiin, luovuuteen, toimintaan ja työhön, elämän tavanomaisista kriiseistä selviämiseen ja sopeutumiseen uusiin erilaisiin elämäolosuhteisiin ja tarvittaessa niiden muuttamiseen. (Lehtinen ym. 1989, 11–13, Mielenterveystyö 1993, 7).

*”There is no Peace without Mental Health and no Mental Health without Peace”*  
(Ekblad 2001)

Parsen (1981, 1997a ja b) määrittelemä terveyden käsite antaa tilaa tarkastella terveyttä ja mielenterveyttä suhteessa kulttuuriin, aikaan ja yksilölliseen kokemukseen. Tila on oleellista, sillä yleensä määritelmät perustuvat johonkin arvojärjestelmään, jota ilmentävät ihanteet tai käsitykset asioiden tärkeydestä. Niiden perusteella määritellään, mikä on normaalia käyttäytymistä tai mitä pidetään sopivana kullekin sosiaaliselle roolille. (Tilbury 1994, 7–8).

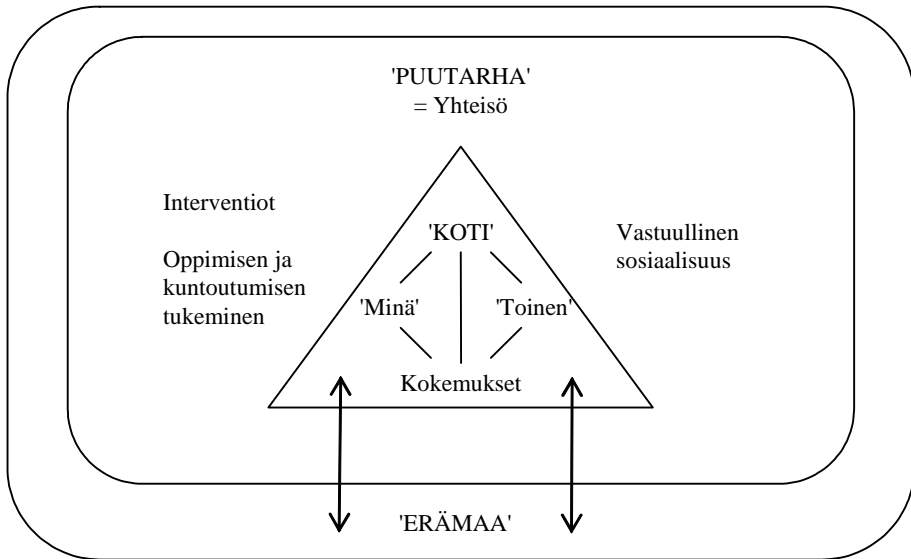
Mielen kuntoutuja jatkaa avohoidossa ehkä sairaalahoitoa vaativampaa kuntoutumisen prosessiaan, sillä oma koti, jota psykiatrisesta sairaalasta kotiutunut ihminen etsii, on usein keskellä vierasta kulttuuria (Nikkonen 1996). ”Elämän tarkoitus on päästä kotiin, koska siellä on ovi aina auki” (Lindqvist 1995, 208). Kelley’n mukaan (1997, 75–79) vertauskuvallisesti voidaan sanoa, että kaikki ihmiset etsivät kotia, perustaa ihmisenä olemiselleen ja kehittymiselleen. Koti edustaa ihmiselle tunnetta siitä, että on löytänyt oman paikkansa maailmassa.

Kelley’n mukaan (emt.) ihminen matkaa ja viivähtää omassa maailmassaan ”*koti-puutarha-erämaa*” -metaforan mukaisesti. Ihminen haluaa oppia tuntemaan itsensä ja maailmansa ja elää siellä sellaisena kuin itsensä tuntee. Tämä merkitsee monitasoista kokemista ja kasvamista. Siihen liittyvät kodin rakenteeseen sisältyvät riskit, uhkat ja turva, puutarhan suhde erämaahan, sekä niihin sisältyvät vaarat ja mahdollisuudet. Puutarha symboloi tietoista yhteyttä ympäröivään maailmaan ja toisiin ihmisiin. Se on suojattu paikka, missä voi tehdä kävelyretkiä ja käydä keskusteluja.

Koti ja puutarha symboloivat hoito- tai palvelukotia, joka vastuulliseen sosiaalisuuteen ohjaten luo sairaalasta kotiutuvalla turvallisen ympäristön. Erämaa vieraine ihmisineen ja tapahtumineen on rajaton ja suurimmaksi osaksi tuntematon ulottuen horisontin tuolle puolen, silmän kantamattomiin. Kuntoutuja voi ajatella muiden ihmisten vaativan häneltä sopeutumista ympäristöön, jossa hänen on hyväksyttävä yhteiskunnan esittämät vaatimukset. Tunne terveydentilan kohenemisesta, toive omasta kodista ja elämänilo edistävät kuitenkin yhtäläillä mielen kuntoutujan kasvua siitäkin huolimatta, että ongelmista suurimpana on sosiaalisten asioiden epäjärjestys, johon kuntoutuja ei yksin koe voivansa vaikuttaa, vaan johon hän tarvitsee ympäristön tuen (Nojonen 1990, Alakare 1994, Karila 1995,

Nikkonen 1996, Mattila 1998). Havainnollistan ajatuksiani kuntoutumisen ja oppimisen tukemisesta kaaviossa 12. Ohjaava kuntoutus ”koti-puutarha-erämaa” -metaforan mukaisesti.

### Ohjaava kuntoutus



Kaavio 12. Ohjaava kuntoutus ”koti-puutarha-erämaa” -metaforan mukaisesti.

Puutarhan luomasta keinotekoisesta rajasta huolimatta erämaa on elintärkeä ihmisen kehittymiselle. Sillä se auttaa ihmistä tunnistamaan erämaan rytmejä elämänsä varrella. Nuo rytmit ja erilaiset tapahtumat saattavat vaikuttaa epäloogisilta ja mahdottomilta ymmärtää. Kuitenkin ne luovat siltaa toteutumattomasta toteutuvaan (Kelley 1997, 79) ja auttavat paremmin ymmärtämään ihmisten kokemuksilleen antamia merkityksiä.

Kuntoutumisen tukemisessa on kysymys oppimisen tukemisesta ja edistämisestä, johon tarvitaan työntekijän vastuullista väliintuloa. Jarvisin (1992, 1997, 12–17) esittämät oppimisen paradoksit kuvaavat myös mielen kuntoutujan elämissen ja kuntoutumisen paradoksista luonnetta. Kaikki oppiminen syntyy Jarvisin mukaan (myös 1987, 147–149) kokemisesta, ja niin kauan kuin ihminen tiedostaa omia kokemuksiaan, hän kykenee oppimaan.

Jarvisin mukaan (1997, 14–15) oppimisen prosessissa kokemus ensin rakennetaan pienistä palasista kokonaisuudeksi ja sen jälkeen tämä kokonaisuus muunnetaan tiedoksi, asenteiksi, arvoiksi, emootioiksi, käsityksiksi, uskomuksiksi jne. Tästä kokemuksen konstruomisesta käynnistyy ihmisen elämäkerran uudistuminen sosiaalisten tilanteiden kokemisen kautta – oman henkilökohtaisen elämäkerran

luomisprosessina ja oppimisena. Paradoksaalista on Jarvisin mukaan se, jos oppimista pidetään yksinkertaisena prosessina. Elämänaikainen oppiminen viittaa kuitenkin kohti ja peittää ajan myötä tapahtuvan oppimisen (vrt. Parse 1997a, 21–24, ihminen paljastaa ja kätkee samanaikaisesti sen minän, joksi hän on kehittymässä). Tätä kokemuksen rakentumista ei voi sivuuttaa, sillä ajan kokemus on jo itsensä konstruktio.

Toinen keskeinen oppimisen paradoksi on Jarvisin mukaan (1997, 15–16) se, että esiintyäkseen pätevästä ihminen asettaa itsensä juuri sellaiseen tilanteeseen, jossa hän ei voi oppia. Ikään kuin hänen olisi esitettävä asiantuntijaa, joka tietää muita paremmin. Kuitenkin todellisuudessa ihminen oppii vain sen ristiriidan tunnistettuaan, ettei tiedäkään – ja tässä hän alkaa päästä oppimisen jäljille.

*”Kun tiedän, etten tiedä, voin oppia – sikäli kuin haluan oppia, tai sikäli kuin minulla on aikaa oppia, ja joka kerta kun opin, muunnan omaa elämäntapaani ja muutun yhä yksilöllisemmäksi, enemmän omaksi itsekseni. Muutun siis jatkuvasti ainutlaatuisemmaksi ihmiseksi oppiessani”.*

Oppiminen on yksilöllinen prosessi – kenenkään puolesta ei voi oppia. Jarvis (1997) viittaa Levinasiin (1991, 43), joka on todennut etiikan syntyvän tilanteessa, jossa ihmisen yksilöllinen spontaanisuus joutuu kyseenalaiseksi toisen yksilön läsnäolon vuoksi, sillä hänen on reagoitava toisen persoonaan. Levinasin väitteen ydin on Jarvisin mukaan siinä, että eettiset arvot ovat nähtävissä vain ihmissuhteissa. Väite on kova, enkä ajattele sen poissulkevan eettisiä arvoja suhteessa luontoon, kulttuuriin tms. Ymmärrän väitteen merkityksen olevan sen puhuttelevuudessa; Levinasin mukaan (1991) yhteiskunta, joka korostaa yksilöllisyyttä samalla implisiittisesti rajoittaa inhimillisten arvojen ilmentymistä ja on moraaliton yhteiskunta. Tähän sisältyy jo aikaisemmin esittämäni Jarvisin (1997) kolmas oppimisen paradoksi; oppimalla yksilöksi joudun vaaraan eriytyä muista ihmisistä ja viime kädessä myös eettisten arvojen piiristä.

Miten käy mielen kuntoutujan, kun hän oppii yksilöksi? Onko hän vaarassa eriytyä muista ihmisistä? Kätkeytyvätkö hoito- ja palvelukotien asukkaat huoneisiinsa, niin kuin näin edellisessä tutkimusvaiheessa kuntoutumiskodin asukkaiden tekemän ja milloin he uskaltavat ”puutarhaan tai erämaahan”? Miten työntekijä huomioi kuntoutujan oppimiskokemuksen? Miten se käsitellään ja konstruoidaan? Moni kuntoutustyöntekijä ihmettelee kuntoutujaa ohjatessaan, miksi tämä ei opi yksinkertaisiakaan arkipäivän asioita. Tapaan usein mielen kuntoutujien hoitajia, jotka vuodesta toiseen opettavat samoja asioita samoille kuntoutujille. Potilaiden oppimattomuutta he perustelevat psykiatrisella sairaudella, jonka luonteesta potilaat eivät kokemukseni mukaan aina ole kovin tietoisia.

Mielenterveyden Keskusliiton avohoitoa koskevan kyselyn mukaan mielenterveyspotilailla on yleisesti epäselvä kuva sairaudestaan. Kolmasosa vastaajista ei tunne lääkitystään ja sen vaikutusta. Suurimpana vaikeutenaan avohoidossa selviytymisessä vastaajat mainitsivat yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden (40 %), huonon taloudellisen tilanteen (31 %), leimautumisen (29 %) ja työhön liittyvät ongelmat (17 %). Vastaajien suhde hoitavaan henkilöön oli useimmiten positiivinen (75 %). Kyselyyn vastanneet antoivat suuren merkityksen potilaiden keskinäi-

selle avulle. Potilaiden omia voimavaroja tulisi vastaajien mielestä käyttää kuntoutumisessa nykyistä enemmän. Myös potilasyhdistyksiä tulisi heidän mielestään olla enemmän (Psykiatrinen 1993, 3).

Jo puolen vuoden yhtäjaksoinen sairaalahoito ja toimettomuus osoittavat (Lääkintöhallitus 1987, 62), että potilaiden emotionaalisissa ja sosiaalisissa taidoissa tapahtuu heikkenemistä. Moni potilas ei jaksakaan uskoa, että voisi osallistua toimintaan tai tehdä päätöksiä. Uskon puute johtaa toivottomuuteen ja masennukseen. Tiedostamattomana tämä tunteensiirto hoitajiin estää hoitotyön ja kuntoutuksen tavoitteellista toteutumista. Tehdään asioita potilaan puolesta, sillä hänellä ei arvella olevan voimia tai kykyjä selviytyä arkitoimista.

Miksi psykiatrisesta pitkäaikaispotilaasta tulee apaattinen, miksi oma-aloitteisuus katoaa tai miksi hän alkaa vetäytyä ihmiskontakteista? Vaikeudet ihmissuh-teissako tekevät hänestä haavoittuvan? Ihmissuhteilla on merkitystä kuntoutumi-sessa. Aikaisemmin kuvaamani psykiatrisen pitkäaikaispotilaan piirteet syntyvät vuorovaikutuksessa potilaan lähiympäristön, ei vain perheenjäsenten vaan myös hoitohenkilökunnan ja itse hoitojärjestelmän kanssa. Piirteet eivät siis ole suora-naisesti seurausta sairaudesta, vaan laitostumiseen ja oman vastuun puuttumiseen liittyvää sopeutumista. Piirteet seuraavat yleensä kantajaansa pitkään sairaalahoi-don jälkeenkin. Toimiva ihmissuhde kuntoutuksessa edellyttää vastuun tuntemista toisesta. Kun työntekijä tekee vastuullisia väliintuloja kuntoutujan elämässä, hän samalla tukee kuntoutujaa tämän omassa vastuuntunnossa.

Työn ja toiminnan korostaminen on mielen kuntoutujan elämän laadun kannalta ensiarvoisen tärkeää, mutta kuntoutujaa ei saa toiminnalla vierottaa älyllisistä pyrkimyksistä. Alistetussa tai huonossa asemassa olevat ihmiset, joita mielenter-veyskuntoutujat maan hiljaisimpina edustavat, eivät aina kykene hahmottamaan omaa todellisuuttaan. He saattavat kokea ympäristön muuttumattomana - sairaala on sairaala ja avohoito on mitä on. Kieltäytyminen kuntoutuksen asiantuntijoiden tärkeinä pitämistä asioista voi olla vaikeaa, sillä sen ajatellaan olevan kapinointia ja sairaudentunnottomuutta. Kun kuntoutuja ei kykene sanomaan ei, niin silloin myös ”kyllä” eli hänen suostumisensa ja sopeutumisensa menettää merkityksensä (soveltaen Whyte 1991, 246–247). Ainoa mahdollisuus on sopeutua ja vetäytyä yksinäisyyteen (Tennant 1988, 140–141, Manninen 1993, 95).

Yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden ongelma on kuitenkin monisärmäinen. On olemassa monenlaista yksinäisyyttä; pakollista ja vapaaehtoista, negatiivista ja tarpeellista (Achte & Tuulio-Henriksson 1984, 9). Mielenterveyden ongelmassa se ilmenee usein negatiivisena samoin kuin iäkkäiden laitospotilaiden kokemuk-sissa (mm. Parkkila ym. 2000). Ihminen voi jopa hylätä itsensä ja kaiken avun itsen ulkopuolelle. Hän lukitsee itsensä huoneeseensa ja kuitenkin pohjimmiltaan voi kaivata toisen läheisyyttä. Tiedostamattomana motiivina riippuvuuden ja riip-pumattomuuden tarpeiden taistossa on usein hylätyksi tulemisen pelko. (Achte & Tuulio-Henriksson 1984, 11). Yksinäisyyden herraksi pääseminen on kokemus voimavarasta, joka rohkaisee kuntoutujaa jatkamaan matkaa eteenpäin, rohkaisee itsen arvostamiseen (Mattila 1998).

*”Mä oon ollu aika yksinäinen ja kärsinytkin siitä, mutta nyt on hetkiä, että mä nautin siitä”.*

Pitkäaikaispotilaan heikko itsetunto ja motivaation puute vaikeuttavat kuntoutumista. Itsetuntoa on määritelty monella tavalla eri teoreettisista lähtökohdista. Itsetuntoon liitetään sellaisia termejä kuin itserakkaus, itsekunnioitus, itsehyväksyntä (tai -hyljeksyntä), itsetyytyväisyys, itsen arvostaminen, itsen tehokkuus, itsepätevyyden tunne, itsen ja ihanneitsen välinen erilaisuus sekä minän lujuus. Itsetunto ei ole irrallinen persoonallisuuteen liittyvä osa, vaan se liittyy kiinteästi minän toimintoihin. Se voi viitata kokemusten tilaan, mutta ennen kaikkea se kuvaa itsearvostuksen astetta. Itsearvostus voidaan määritellä positiivisuus-negatiivisuus -ulottuvuudella. Siinä kukin yksilö antaa itselleen sen arvon, jonka on sillä hetkellä kokenut tai oppimiskokemustensa kautta itsellensä sopivaksi havainnut. (Kalliopuska 1983, 9, Keltikangas-Järvinen 1998, 17–23).

### **7.3.2 Mielen kuntoutuksen sosiaalinen ja taloudellinen tilanne**

Yksilöä sosiaalisessa kontekstissaan on tarkasteltu ekologisen kehitysteorian (Bronfenbrenner 1979) ja psykososiaalisen verkoston (Seikkula 1990, 1994) näkökulmasta. Jälkimmäinen pohjautuu Bronfenbrennerin ajatukseen yksilön mikrojärjestelmästä. Yksilön psykososiaalinen verkosto voi laajeta kattamaan koko hierarkisen verkostojen järjestelmän riippuen yksilön voimavaroista, taidoista ja käsitksistä.

Yksilön psykososiaalinen järjestelmä on yksilön lähiympäristö ja kaikki ne henkilöt, joihin yksilö on yhteydessä joko suoraan tai säännöllisesti. Tämä järjestelmä kuvaa yksilön sosiaalista identiteettiä. Paras tapa lähestyä tätä identiteettiä on antaa yksilön tarkastella sosiaalisia suhteitaan kokemustensa mukaisesti. Yksilö pohtii, kenen kanssa hän on tekemisissä, keneltä ja miten voi saada apua ja tukea ongelmissa ja ketkä verkostossa ovat toistensa kanssa suhteissa. Sosiaalista verkostoa pidetään yleensä puskurina yksilön elämäntilanteessa tulevaa liiallista stressiä vastaan. (Bronfenbrenner 1979, Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, 48–49, Seikkula 1994, 26, 32).

Yksilö toimii sosiaalisessa verkostossaan erilaisissa ryhmittymissä, joiden väliset yhteydet ovat tärkeitä. Näissä ryhmittymien välisissä kontakteissa syntyvät käyttäytymisen ohjaamiseen tarvittavat merkitykset. Vuorovaikutus tapahtuu kielellä. Verkosto kuvataan nelilohkoisena kenttänä, johon kuuluvat 1) perhe, 2) sukulaiset, 3) koulun, työpaikan tai vaikkapa sairaalaosaston tai hoitokodin päivittäin toistuvat ihmissuhteet ja 4) ystävät, naapurit ym. merkittävät henkilöt tai esineet. Ammattiauttajat kuvataan viimeisessä lohkoissa erikseen. (Seikkula 1994, 32).

Sosiaalisen verkoston olemassaoloa voidaan tutkia yksilön piirtämän verkostokartan avulla. Siinä tarkastelun kohteena on yksilö suhteessa kuvaamaansa lähiympäristöön. Verkoston keskeiset käsitteet kuvaavat verkoston vuoro-

vaikutuksellisia, rakenteellisia ja funktionaalisia ominaisuuksia. Verkostojen tutkimuksissa on laadullinen analyysi osoittautunut tarpeelliseksi erityisesti vuorovaikutuksellisten ja funktionaalisten ominaisuuksien suhteen (emt.).

Verkoston **vuorovaikutukselliset** ominaisuudet sisältävät vuorovaikutuksen suunnan, vastavuoroisuuden tai yksisuuntaisuuden. Vuorovaikutuksellista sisältöä eritellään myös yksipuolisuuden ja monipuolisuuden käsitteillä. Yksipuoliset suhteet sisältävät vain yhden merkityksen (esim. tavaran tai rahan lainaaminen). Monipuoliset suhteet sisältävät samanaikaisesti useita merkityksiä. **Rakenteellisiin** ominaisuuksiin kuuluvat verkoston koko, tiheys ja ryhmittäminen. Koolla tarkoitetaan, kuinka monta ihmistä verkostossa on. Tiheys kuvaa verkostossa piirtämisen hetkellä olevien vuorovaikutussuhteiden osuutta kaikista mahdollisista. Ryhmittymät ovat tiheydeltään korkeita ryhmittymiä, joihin keskushenkilö eli verkoston piirtäjä voi kuulua samanaikaisesti. **Funktionaaliset** ominaisuudet kuvaavat verkoston jäsenten toiminnan merkitystä piirtäjälle. Ne voivat ilmaista välineellistä tai henkistä tukea, uusien sosiaalisten suhteiden syntymistä tai sosiaalisen identiteetin säilyttämistä. Yksilön ankkuroitumista verkostoon kuvataan sekä määrällisesti (kuinka paljon yksilöllä on suhteita eri ryhmittymiin ja kunkin ryhmittymän sisällä) että laadullisesti (kuinka yksilö kokee sitoutuneensa eri ryhmittymien toimintaan). Sosiaalisen vaikutuksen käsitteellä kuvataan yksilön mahdollisuutta vaikuttaa ympäristöönsä, mikä on hänen voimavaransa ympäristönsä kontrolloimiseen ja manipuloimiseen yksin tai ihmissuhteidensa avulla. (Seikkula 1994, 28–29).

Skitsofreniapotilaan verkoston koko on yleensä hyvin pieni. Siinä olevilla ihmisillä on lyhyt kontakti toisiinsa ja siitä puuttuvat sosiaalisesti merkittävät ihmiset. Verkoston suhteissa ovat edustettuna vain joko affektiivinen tai välineellinen merkitys, harvoin molemmat yhtäaikaan. Potilaan verkostossa on usein salaisia suljettuja suhdejärjestelmiä, jotka eristävät hänet ulkopuolisilta sosiaalisilta vaikutuksilta ja vangitsevat hänet siihen systeemiin. On tärkeää tutkia verkoston rakennetta, sen kokoa, suhteiden tiiviyyttä ja ryhmittäytymistä. Jo ensimmäisen sairaalahoidon aikana potilaan sosiaalinen verkosto alkaa romahtaa, mikä johtaa usein kroonistumiseen. Ensimmäisellä kerralla pitäisikin tehdä kaikki mahdollinen potilaan verkoston mobilisoimiseksi. Sosiaalisen verkoston ominaisuuksilla on todettu olevan yhteyttä henkiseen hyvinvointiin. Naisten ja miesten verkostossa vaikuttaa olevan merkittävä ero. Miehillä verkoston suuri koko on paras henkisen hyvinvoinnin ennustaja. Naisten mielenterveyden ja onnellisuuden paras ennustaja on verkoston sosialisointimäärä eli laadulliset ominaisuudet. (Seikkula 1990, 15).

Mielen kuntoutuja on usein hyvin varaton. Pitkäniemen, Hattelmalan ja Kellokosken psykiatrisissa sairaaloissa tehdyn selvityksen mukaan 2/3 sairaalaan tulevista potilaista ansaitsee vähemmän kuin sairaalamaksu on. Kansaneläke on noin 2500 mk/kuukausi ja sairaalamaksut 3750 mk/kk. Potilaat ovat joutuneet hakemaan toimeentulotukea selviytyäkseen vain sairaalamaksuista. Useimmissa länsimaissa mielisairaanhoito on maksutonta. (Mielenterveyden Keskusliitto 1995a, 8).

Alkuvuodesta 1997 Helsingin Sanomat seurasi psykiatristen potilaiden sairaalahoitomaksujen pudottamiseen liittyviä kannanottoja (Helsingin Sanomat 10.1., 19.2., 19.3.). Kiihkeimmät korkeiden sairaalahoitomaksujen arvostelijat ryhtyivät syömälakkoon. Tällä haluttiin vauhdittaa jo pitkään sosiaali- ja terveysministeriön käsittelyssä ollutta hoitomaksujen alentamisen hanketta. Lakko tuotti tulosta – psykiatristen potilaiden sairaalahoitomaksut alenivat 125 mk:sta 70 mk:aan/vrk. Avohoidossa on asuntola- ja päiväsairaalamaksuja joissakin sairaanhoitopiireissä tarkistettu kohtuullisemmiksi. Kunnalliset asuntolat ja kuntoutuskodit sijaitsevat yleensä perheasunnoiksi tarkoitetuissa kerrostaloissa, rivitaloissa tai omakotitaloissa, joissa asuu noin 3–5 kuntoutujaa. Kullakin on oma huone, mutta olohuone ja palvelutilat ovat yhteisiä. Tasoltaan asuminen on hinnoiteltu alivuokralaisasumisen mukaan. Potilasmaksuasetus sallii 62 mk/vrk vuokran, mikä on 1860 mk/kk. Se on vuokrayksiötä kalliimpi ja johtaa toimeentulotuen jatkuvaan hakemiseen. (Mielenterveyden Keskusliitto 1995a, 9). Yksityiseltä sektorilta ei hoito- tai palvelukodeissa asumisen hinnoittelusta ole käytössä virallisia tietoja. Tämä alue tulisikin mielestäni tutkia, jotta hoito- ja palvelukodeissa asuvien maksujen perusteet noudattaisivat yhdenvertaisuutta.

Hintikka ym. (1996, 375–381) selvittivät toukokuussa 1993 huonoksi koettuun taloudelliseen toimeentuloon yhteydessä olevia tekijöitä mielenterveysongelmista kärsivillä potilailla (N=1131). Tutkimushenkilöinä olivat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kaikki psykiatristen sairaaloiden tutkimushetkellä hoidossa olleet potilaat ja ne avohoidon potilaat, joilla oli ollut vähintään kolme avohoitokäyntiä tutkimushetkeä edeltävien neljän kuukauden aikana. Heistä 39 % koki taloudellisen toimeentulonsa huonoksi ja tällä oli yhteyttä sekä kehitystaustaan, terveydentilaan että ajankohtaisesta syrjäytymisestä kertoviin tekijöihin. Huonoksi koettuun taloudelliseen toimeentuloon olivat yhteydessä myös koettu sosiaalisen tuen puute ja epävarmuus tulevaisuuden suhteen. Huonoksi koettua taloudellista toimeentuloa selittivät työttömyys tai sairausloma, tupakointi, hankittu ammattikoulutus sekä masentuneisuutta arvioiva Beck pistemäärä. Hoitohenkilökunta ja lääkärit kuvasivat potilaiden huonoksi kokeman taloudellisen toimeentulon olevan eräs merkittävä psykiatrisen hoidon ongelma.

### 7.3.3 Psykiatriisiin potilaisiin kohdistuvat asenteet

*”Avohoidossa olevien potilaiden tulis pitää puoliaan paremmin, muuten tuupitaan mihin vain. Liiton ja potilasyhdistysten pitäis olla kuin ay-liike – herättää vuorovai-  
kutusta byrokraattien suunnittelua ja vallankäyttöä hillitsemään”.* (Psykiatrisen 1993, 13).

*”Mä olin kerran menossa Lönkällä yhteen ravintolaan syömään. Ravintolahan se oli, kun siellä oli anniskeluoikeudet. Ovella sitten näytettiin, että ei tänne, kun te olette jo noin huonossa kunnossa. Koetin selittää, että mulla on tällanen lääkitys, tällaisia pakkoliikkeitä, että ne johtuu lääkityksestä eikä alkoholista missään ni-*



*messä. Niin sanottiin vaan, että - ei, ei tänne! Voi tulla komplikaatioita! Tuli vaan mieleen silloin, että komplikaatioita voi tulla, jos ei pääse syömään". (Salo 1996, 269).*

Skitsofreniaprojekti käynnisti pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen ohella asennetutkimuksia psykiatrisia potilaita kohtaan (mm. Ojanen 1987). Tulosten mukaan väestön asenteet mielisairaalassa olleita potilaita kohtaan ovat keskimäärin myönteisiä. Psykiatristen työntekijöiden asenteet ovat hiukan väestön asenteita myönteisempiä, mutta erot eivät ole kovin suuria. Vanhimmat ja vähiten koulutetut ryhmät suhtautuvat muita kielteisemmin psykiatrisiin potilaisiin. Muutokset aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna ovat vähäiset. Arviot muiden ihmisten asenteista ovat voittopuolisesti kielteisiä. Ajatellaan, että muut ihmiset suhtautuvat ennakkoluuloisesti ja torjuvasti mielisairaalapotilaisiin. Kenttätutkimuksen mukaan mielisairaalassa olleisiin suhtaudutaan varauksellisesti mutta asiallisesti. Tampereen Sopimusvuoren toimintapisteiden naapureina olevat ihmiset suhtautuvat asiallisesti asiakkaisiin, eivätkä ole kokeneet häiriötä heidän taholtaan. (Lääkintöhallitus 1988, 152–153).

Mielenterveyden Keskusliitto teetti tutkimuksen suomalaisten asenteista mielisairauksia ja mielenterveysongelmia kohtaan vuonna 1995. Ryhmähaastatteluja tehtiin nuorille, suurille ikäluokille, eläkeläisille ja sosiaalisella alalla työskenteleville Helsingissä. Tulosten mukaan mielenterveysongelma on läheinen ja koskettaa kaikkia. Se on hetkellinen ja hoidettavissa. Mielisairaus sen sijaan on pelottava ja vaarallinen. Sosiaalisella alalla työskentelevät eivät edes käyttäneet sanaa mielisairaus. Harva osasi kertoa, mitä mielisairaus tarkoittaa. Suhtautuminen siihen oli poissulkeva, joskus jopa vihamielinen. Hullu sanana aiheutti positiivisen mielleyhtymän. (Mielenterveyden Keskusliitto 1995b).

Mielisairaus ei tutkimukseen vastanneiden mukaan näy ja siksi se on epärealua. Mielisairaana luullaan käyttäytyvän poikkeavasti, rajusti, fyysisesti ja sääntöjä, normeja ja joskus lakiakin rikkovasti, mutta pääsevän kuin koira veräjältä. Vaikka mielisairas ei hyväksy ympäristöään pitäisi ympäristön hyväksyä mielisairas. Tätä ei pidetä tasapuolisena eikä siksi hyväksyttyä mielisairaana käyttäytymistä.

*"Puhelevat bussissa yksin ja kiipeilevät pitkin seiniä. Kulkee ympäri kaupunkia ja käyttäytyy aggressiivisesti, tai konttailee. Massamurhaajat. Väkivalta lisääntyy ja ne tappaa naapureita. Ne on rajojen rikkojia. Niiden maailmankuva on erilainen. Toisaalta voisivat tuoda väriä elämään jossain mielessä". (Mielenterveyden Keskusliitto 1995b).*

Psykiatrisiin potilaisiin kohdistuvista asenteista on vaikea muodostaa kokonaiskuvaa, sillä sitä sävyttää muutama kielteinen tapahtuma maassamme. Uusia avohoidon yksiköitä on voitu vastustaa viimeiseen asti. Toisaalta myös useat yksiköt ovat saaneet ympäristöltään myös myönteistä palautetta ja tukea. Omat kokemukseni Kellokosken sairaalan työvuosilta ovat moninaiset kuntoutujille hankittujen asuntojen neuvottelemisen osalta. Joissakin kunnissa virkamiehet vastustivat ponnekkaisesti asuntojen osoittamista kerrostaloista tai lähiöistä peläten asuntojen menemistä huonoon kuntoon tai vuokratien keräytymistä. Joissakin kunnis-

sa asukkaat itse ryhtyivät kampanjoimaan sitä vastaan, että naapuriksi olisi tullut joku sairaalasta kotiutunut. He pelkäsivät pihalla leikkivien lastensa puolesta ja arvelivat huoneistonsa arvon laskevan ”kunniantoman kansalaisen” naapuruuden vuoksi. Hyvinä kokemuksina olivat asuinympäristön palautteet uudesta mukavasta ja hiljaisesta naapurista.

Monet kielteiset tapahtumat ja kokemukset selittyvät oudon, tuntemattoman ja uuden pelkona. Vähäisen informaation varassa käsitykset ja mielipiteet lukkiutuvat, minkä jälkeen kantaa on vaikea muuttaa. Pikemminkin etsitään kaikkea omaa kantaa tukevaa informaatiota. On syytä myös muistaa, että erityisesti laitostuneet pitkäaikaispotilaat saattavat olla vuorovaikutuksessa yllättäviä tai hankalia. Heidän käytöksensä saattaa poiketa sosiaalisista normeista. Keskeinen sosiaalinen normi sisältää periaatteen, että vastauksen on oltava aloitteen mukainen – hyvään vastataan hyvällä ja pahaan pahalla. Vihamielisyys nostattaa herkästi vihamielisyyden ja myös vastenmielisyyden tunteen. (Lääkintöhallitus 1988, 153–154).

Vuorovaikutustilanteita voi sävyttää joko uhan tai riskin kokemus. Uhan kokeminen liittyy satunnaisiin ja lyhytaikaisiin kohtaamisiin ja riskien kokeminen pitempiäaikaisten vuorovaikutussuhteiden ennakoiteihin. Väärää turvattomuutta on Pentin mukaan (1982) silloin, kun nähdään tai kuvitellaan olemattomia uhkatekijöitä tai ei luoteta riittävästi turvatoimiin. Tämä on monen psykiatrisen potilaan tai mielen kuntoutujan arkipäivän ongelma. Tosin mielenterveyttä horjuttavia uhkatekijöitä on yhteiskunnassa riittämiin ja siksi asenteisiin vaikuttamisen kannalta on uhan ja riskien kokemisen poistaminen valistuksella tärkeää. Parhainta on sellainen valistus, joka antaa mahdollisuuden kohdata erilaisuutta ja erilaisia ihmisiä turvallisissa olosuhteissa (Lääkintöhallitus 1988, 155–156). Hoito- ja palvelukodit voivat käsittääkseni toimia tällaisen asennevalistuksen etunenässä, koska ne ovat monella tavalla yhteydessä ympäristöönsä.

Voiko yksityinen hoito- tai palvelukoti olla uuden mahdollistaja vai jatkaako se psykiatrisen kuntoutuksen perinnettä? Edellisen tutkimusvaiheen tulokset osoittivat, että asukkaiden kuntoutumisen ohjaus perustui humanistiseen toimintaan, jonka mukaan hoitaja resurssihenkilönä arvostaa mielen kuntoutujien henkisiä voimavaroja. Esitän kysymykseni toisin toimimisen tarpeesta, mahdollisuudesta temmata hoito- ja palvelukotien asukkaat toimettomuuden kokemuksessaan nykyistä enemmän heidän näkökulmastaan mielekkääseen, nautiskelemaan, tyydyttävään ja heidän itsetuntoaan kohottavaan toimintaan, saada heidät siihen osallistumaan ja siinä kehittymään, sillä sitä he ymmärtääkseni pohjimmiltaan haluavat. Minua on vaivannut tunne, että psykiatrisen kuntoutuminen **on tapahtunut, on tapahtuva ja on tapahduttava** kunkin mielen kuntoutujan kohdalla ohjelmallisen käsikirjoituksen mukaan. Kannanottoni kuntoutuksen ohjelmallisuudesta tulevaisuudessa on toivottavasti kuitenkin vain kuvitelmaa.

#### 7.3.4 ”Hoitoa vai koulutusta”

”Hoitoa vai koulutusta?” Näin kysyi Ojanen (1980, 334) yhteisöllisyyttä ja hoidon lähestymistapoja tarkastelemassaan kirjassa. Psykkistä terveyttä voidaan hänen mielestään parhaiten edistää kouluttamalla eikä hoitamalla. Psykiatrian kes-

kuudessa on esitetty, että elämisen ongelmat vaativat eri ongelmiin spesialisoitunutta käyttäytymistieteilijää, jonka tehtävänä on opettaa asiakkaita selviytymään ongelmistaan. Ajatellaan, että sairauden parantamisen asemesta tavoitteena tulee olla terveyden edistäminen ja kasvun tukeminen. Inhimillistä kasvua viestitään myös Havaijin julistuksessa, jonka Maailman psykiatriyhdistys laati yleiskokouksessaan eettisiksi ohjeiksi kaikille maailman psykiatreille:

*”Psykiatrian tarkoitus on edistää terveyttä, yksilön itsenäisyyttä ja kasvua ... potilaan ja psykiatrin välinen hoitosuhde perustuu molemminpuoliseen sopimukseen ...se edellyttää luottamusta, avoimuutta, yhteistyötä ja molemminpuolista vastuuntunnetta”. (Achte ym. 1982, 298–299).*

Terveyden, itsenäisyyden ja yhteistyön edistäminen, henkinen kasvu, kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja sairauden ennaltaehkäiseminen viestivät myös mielenterveyskuntoutuksen nykyajan haasteista. Tämänhetkisyys ja tulevaisuus, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, toiminnallisuus ja konkreettisuus, selkeys, johdonmukaisuus ja vastuullisuus ovat kuntouttavan auttamistyön periaatteina luottanneet kuntoutusta (Saarikoski 1992, 157–161).

Kuntoutusprosessi alkaa kokemukseni mukaan useimmiten yksilön ohjaamisesta säännönmukaiseen toimintaan, jota kontrolloidaan. Vähitellen kuntoutusohjelman edetessä yksilön vastuu omasta toiminnastaan ja yhteisöllisyys nousevat keskeisiksi asioiksi. Pitkään sairaalahoidossa olleen ihmisen kyky ja halu ottaa vastuuta itsestään, toiminnastaan ja toisista on heikentynyt, mutta se on olemassa. Hoitajat houkuttelevat osoittamallaan omalla vastuullisuudellaan myös kuntoutujien yksilövastuun esiin, sillä se on kuntouttavan auttamistyön perusasia kuntoutumisen ohjaamisessa. Mikäli yksilö ei kykene kantamaan vastuuta itsestään ja omasta toiminnastaan tai hän ei koe saavansa vastuuta ja nauttia siitä, eivät yhteisölliset ja sosiaaliset kuntoutusmenetelmät tuota pysyviä tuloksia (Saarikoski 1992, 160–161) (vrt. Jarvis 1997, oppiminen on aina yksilöllinen prosessi, en voi oppia toisen puolesta).

Perinteisten kuntouttavan auttamistyön periaatteiden jalostaminen kehitys-, oppimis- ja nautintonäkökulmalla on ajankohtaista. Edellinen valtakunnallinen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisprojekti, ja sen sisällä sosiaalisen oppimisen mallin soveltaminen psykiatrisessa sairaalakuntoutuksessa päättyi vuonna 1987. Sen jälkeen niin laajaa projektia ei ole psykiatrisen kuntoutuksen alueella toteutettu. Tämä ei tarkoita koulutuksen ja kehittämistyön pysähtymistä. Monissa hoito- ja kuntoutusyksiköissä toteutetaan erilaisia laatu- ja kehittämisprojekteja, joiden pariin mm. valtakunnallinen kehittämisohjelma ohjasi tuloksillaan. Klubitalo-hankkeet, psykoedukatiivinen perhetyö, verkostotyö, oireenhallinta- ja oma-apuryhmät ja erilaiset kuntoutujien työllistämishankkeet ovat tuoneet oman värinsä kuntoutukseen, mutta niiden volyyymi ei ole ollut edellisen luokkaa. Olen myös ihmetellyt, miksi kasvatustieteilijät eivät juurikaan ole tutkineet psykiatrista kuntoutusta. Onko niin, että se koetaan vahvasti ”hoitamisen” alueena ja kasvatuksen ja ohjauksen ajatellaan kuuluvan kouluttajille siitä huolimatta, että ohjauksen suhde psykoterapiaan ja mielenterveyskuntoutukseen on läheinen (Taulukko 1.). Pitääkö ”suutarin pysyä lestissään”?

Olen esitellyt toisessa tutkimusvaiheessa behavioristiseen ajatteluun perustuvaa sosiaalisen oppimisen ohjelmaa, jota on toteutettu toisena psykiatrisen kuntoutuksen pääsuuntana maassamme. Yhteisöllisen hoidon ja kuntoutuksen näkökulma on toinen pääsuunta, jonka perusteellisempaa käsitteellistä tarkastelua jatkan tässä yhteydessä. Hoito- ja palvelukodit edustavat pieniä kuntoutus- ja kuntoutumisyhteisöjä, jotka usein mainostavat yhteisöllisyyttä kuntoutuksen laadun tekijänä. Sen vuoksi ”yhteisöllinen” on syytä avata.

Sekä sosiaalisen oppimisen ohjelmaa että yhteisöllistä lähestymistapaa on toteutettu vuosia sekä sairaaloissa että avohoidossa ja ne ovat kestäneet palvelurakennemuutoksessa etsien uusia toteutumisen tapoja. Puhtaina sovelluksina ne esiintyvät harvoin missään hoito- tai kuntoutusyhteisössä. Yhteisenä piirteenä näillä suuntauksilla on potilaiden laitoksista ulospäin ohjaava toiminta ja yhteiskuntaan integroiminen. Kumpaankin suuntaukseen sisältyy samantyyppisiä kuntoutusmenetelmiä kuten esimerkiksi työ- ja askarteluterapia, matkailu, liikunta ja erilaiset luovat terapiat. Arvelen hoito- ja palvelukotien asukkailla olevan paljon kokemusta näiden hoito- ja kuntoutussuuntauksien käytännöllisestä toteutumisesta.

### 7.3.5 Yhteisöllisyys hoidon ja kuntoutuksen välineenä

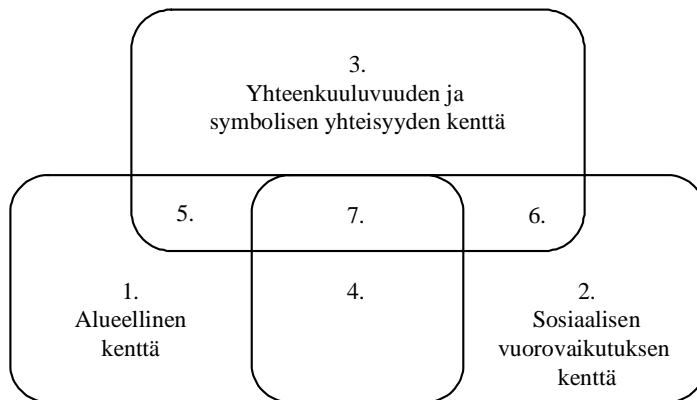
Yhteisöllisyyden käsite on ohjauksen ohella problemaattinen. Se ymmärretään eri yhteyksissään ja eri aikoina eri tavalla. Yhteisöllisyyden käsitteeseen liitetään lukuisia lähikäsitteitä, jotka eroavat merkityksiltään toisalta suuresti ja toisalta vain vivahteiltaan. Analysoin yhteisö- ja yhteisyys-käsitteitä tavoitteena yhteisöllisyyden ilmiön täsmentäminen työvälineeksi ohjaavaan kuntoutukseen.

Nykysuomen sanakirja 5–6 (1978) määrittelee yhteisön, yhteisyyden ja yhteisöllisen elämänmuotojen, taloudellisten tai aatteellisten päämäärien tms. yhteisyyteen perustuvaksi ihmisten yhteenliittymiseksi. Psykologiaan viitattuna määritelmä laajenee kuvaamaan yhteisön ominaisuutta; relevantti on kuhunkin yksilöön nähden se yhteisö, joka parhaiten vastaa hänen suoritustasoansa. Yhteisyydellä on kolme merkitystä; 1) jokin ominaisuus on yhteinen, 2) yhteys tai yhteenkuuluvuuden tunne ja 3) alaan tai alueeseen liittyvä yhteisyys. Yhteisöllinen määritellään yhteisölle kuuluvaksi, ominaiseksi, yhteisön piirissä esiintyväksi tai yhteisöä koskevaksi (esim. kieli on yhteisöllinen ominaisuus). Tässä tutkimusvaiheessa yhteisö, yhteisyys ja yhteisöllinen ovat toistensa synonyymeja ja niitä käytetään eri yhteyksissä samamerkityksisinä.

Lehtonen (1990, 14–17) tarkastelee yhteisöä kolmesta näkökulmasta ja kolmessa määrittelykentässä: 1) yhteisö ainutkertaisena pienryhmänä empiirisen tutkimuksen näkökulmasta, jolloin se on yksityistapauksena marginaalinen (esim. hoitokotiyhteisö), yhteisö on **alueellisesti rajattavissa** oleva ryhmämuodostelma, jolloin sen ala vaihtelee ihmiskunnasta muutama ihmiseen tai maapallosta ruokakuntaan. 2) yhteisö uusyhteisöllisenä hyvinvointivaltion ominaisuutena yhteiskuntapoliittisesta näkökulmasta, jolloin yhteisö nähdään laajasti pienyhteisöjen toimintakenttänä ja **sosiaalisen vuorovaikutuksen yksikkönä** (esim. kuntayhteisö, hoitokotiyhteisö, perheyhteisö). 3) yhteisö ryhmämuodostuksen ja sosiaalisen

vuorovaikutuksen tapoina käsitteellisestä ja teorialhistoriallisesta näkökulmasta. Tällöin yhteisö ilmentää **yhteenkuuluvuuden tunnetta** tai jotain muuta symbolista yhteisyyttä.

Yhteisötutkimuksen erilaisten näkökulmien tarve on Lehtosen mukaan mittaava, sillä moni haluaisi elää yhteisössä, mutta vain harvat elävät. Toimintaa eivät ohjaa nykyään vain halut ja toiveet, vaan tiedostamattomat yhteiskuntarakenteelliset ”piilopakot”. Yhteisö voi merkitä yhteisyyttä, jonka perustana on erilaiset intressit tai vuorovaikutuksen luonne (esim. aatteelliset yhteisöt). Yhteisö ymmärretään lähes poikkeuksetta toiminnallisesti tavoitteisena (esim. hoitoyhteisöt). Yhteisöjen kuvaamiseen tarvitaan kuitenkin kolmen edellä mainitun määrittelykentän lisäksi uusia ulottuvuuksia. (Kaavio 13. Yhteisökäsitteen ulottuvuudet, Lehtonen 1990, 18). Kaaviossa voi erottaa yhteisyyden painotuksia seitsemässä eri toimintakentässä. Kentät kuusi ja seitsemän Lehtonen kuvaa ideaaliyhteisöiksi.



Kaavio 13. *Yhteisökäsitteen ulottuvuudet* (Lehtonen 1990, 18)

*”(Ideaali)Yhteisöstä on kysymys silloin, kun ihmiset ovat liittyneet yhteen ja ryhtyneet yhteistoimintaan ehtojensa parantamiseksi samalla, kun päätösvalta toiminnasta ja käytössä olevista toimintaresursseista on yhteisöllä, jonka hallintaan kaikki yhteisön jäsenet osallistuvat jäsenyytensä myöntämällä oikeutuksella”.*

Kentät 1–3 kuvaavat yhteisökäsitteen keskeisiä tunnuspiirteitä; alueellisuutta, vuorovaikutuksellisuutta ja yhteenkuuluvuutta. Kentän 4 tunnuspiirteinä ovat määrätty alueellisuus ja sosiaalinen vuorovaikutus. Määritetty ala edellyttää vuorovaikutuksen luonteen täsmentämistä esimerkiksi verkostokartan piirtämisen avulla. Kenttä 5 viittaa vastaavasti määrätylle alueelle sijoittuviin yhteenkuuluvuuden tunnetta kokeviin ihmisiin, esimerkiksi hoito- tai palvelukodin asukkaisiin. Tarkempi määrittely edellyttää sen selvittämistä, mihin yhteenkuuluvuuden tuntemukset perustuvat ja mihin keskeisiin elämänalueisiin ne liittyvät. Kentän 6 kriteerinä on

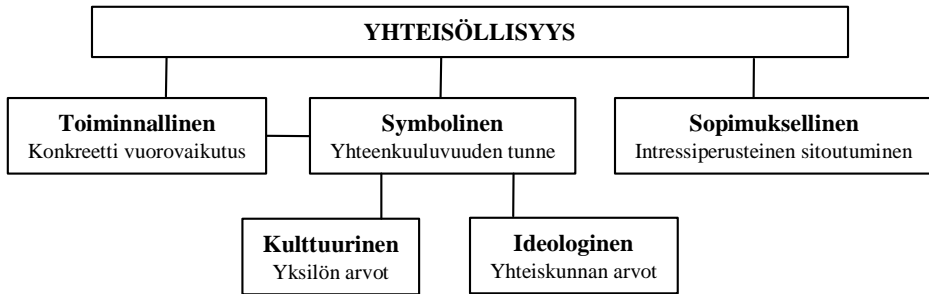
yhteenkuuluvuuden tunnetta kokevien ihmisten muodostama sosiaalisen vuorovaikutuksen järjestelmä. Lehtosen mukaan tämä kenttä lienee yhteisöllisin. Kuitenkin tarkempi yhteenkuuluvuuden ja vuorovaikutuksen luonteen määrittely vasta kuvaa, millaisesta yhteisöstä on kysymys. Kenttä 7 täyttää kaikki yhteisökäsitteen ulottuvuudet ja lienee tämän vuoksi ideaaliyhteisö. Nämäkin kriteerit tulee tarkemmin määrittellä kuvattaessa yhteisön laatua. (Lehtonen 1990, 19–20).

Yhteisön yhteisyyssuhteita voidaan tarkastella myös perhe- ja paikallisyhteyksien ja ystäväsuhteina. Tällöin voidaan ajatella yhteisyyden puutteen johtavan yksilötasolla turvattomuuden kokemukseen, pahoinvointiin tms. Yhteisöön liittyy aina sekä yhteisön sisäpuolisen että ulkopuolisen kokemus yhteisöstä. Sen mukaan yhteisö on joko tukea antava tai ei. Tuen saaminen on tunnekokemus ja tunteiden käsittely on ihmissuhdetaito. Sen perustalta kehittyvät tehokkaan vuorovaikutuksen mahdollistavat sosiaaliset taidot. Paikallisyhteyttä voikin mitata esim. kysymällä, miten yksilö on juurtunut asuinpaikkakunnalleen, miten asukas on kiinnittynyt hoito- tai palvelukotiin ja miten naapureiden kanssa toimitaan (soveltaen Parviainen 1997, 43).

Lehtonen (1990, 23–24) arvottaa **vain toiminnalliset yhteisöt varsinaisen yhteisön malliksi**. Yhteisyys vahvistuu hänen mukaansa ihmisten tietoisuudessa yhteenkuuluvuuden tunteeksi kehittäen **symbolista yhteisyyttä**. Se taas vahvistaa ryhmäidentiteettiä. Kyseessä on Lehtosen mukaan kaksi yhteisöllistä kehityssuuntaa, jotka vahvistavat toisiaan. Lehtonen korostaa kuitenkin merkittävää eroa näiden välillä: yhteisö edellyttää vuorovaikutusta ja tietoisuus ja tunteet riittävät ”vain” symboliseen yhteyteen. Usein yhteisö käsitetään juuri päinvastoin. Oletetaan, että yhteenkuuluvuuden tunne on yhteisön tärkein tuntomerkki. Sellainen yhteisyys, joka ei konkretisoidu vuorovaikutuksena ja toimintana, ei riitä yhteisön käsitteeseen. **Yhteisö tarkoittaa aina vuorovaikutusjärjestelmää**. Symbolista yhteisyyttä kuvaavat jäsenten välisissä suhteissa ilmenevät keskinäiset käyttäytymissäännöt, moraaliset sitoumukset, normit, sanktiot, sisäinen hierarkia, yksilön vapauden kokemus ja poikkeavan käyttäytymisen sieto, jäsenten ja ei-jäsenten välisen vuorovaikutuksen säännöt, jaetut uskomukset, tunteet, yksilölliset kokemukset ja sosiaalinen vuorovaikutus, joka tuottaa ja uusintaa jatkuvasti symbolista yhteisyyttä. Se taas voi ilmetä **kulttuurisena tai ideologisena**; edellistä luonnehtii yksilön ja jälkimmäistä yhteiskunnan arvo- tai normilähtöisyys.

Eskolan (1994, 19–24) toiminnallista yhteisöä koskevan kritiikin mukaan yksilöllisyys syrjäyttää yhteisöllisyyden nykyaikana. Esimerkiksi hoito- tai kuntoutumiskodissa itse kunkin on vastattava teoistaan yksilönä, sosiaaliturvaetudet myönnetään yksilöperusteisesti jne. **Sopimuksellinen yhteisö** edustaa hänen mielestään paremmin nykyaikaa. Se muodostuu yksilön valinnan ja eri osapuolten intresseihin perustuvan keskinäisen sitoutumisen perusteella (Kaavio 14. Yhteisöllisyyden muodot ja keskinäiset suhteet).

*”Minun aikani, ongelmani ja elämäntapani antavat mahdollisuuden järjestää elämä haluamallani tavalla. Minun oikeuteni on ehdotonta ja jakamatonta”.* (Eskola 1994, 19–24).



Kaavio 14. *Yhteisöllisyyden muodot ja keskinäiset suhteet*

Toiminnallinen yhteisö rakentuu yhteisön sisä- ja ulkopuolisten suhteiden vastavuoroisuudesta. Yhteisön ihmissuhdeverkostoa kuvaa yhteisön sosiaalisen tuen luonne ja suhteiden moniulotteisuus. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan tässä yhteydessä tukea antavia ihmissuhteita. Sosiaalisen verkoston olemassaolo on taas keskeinen tuen saamiseen, joka taas on riippuvaista verkostossa olevien suhteiden laadusta. (Parviainen 1997, 45, vrt. Seikkula 1994).

Seuraavaksi kuvaan yhteisöllisen hoidon ja kuntoutuksen lähikäsitteitä yhteisöhoitoa, terapeutista yhteisöä, hoidollista ilmapiiriä sekä yksilöllisen ja yhteisöllisen hoidon suhdetta.

**Yhteisöhoito** tarkoittaa potilaiden hoidollista ja psyykkistä kasvua edistävää, vuorovaikutukseen perustuvaa tietoista toimintaa. Yhteisöhoito on psykodynaaminen lähestymistapa. Sen osatekijät **holding, containing ja mirroring** ovat syntyneet varhaisen äiti-lapsi-suhteen tarkastelussa (mm. Tähkä 1979, Ryselin 1981, Winnicot 1981). Tarkastelun kohteena on kokonainen sosiaalinen järjestelmä, jossa asiakkaat ja henkilöstö ovat vuorovaikutuksessa keskenään. **Holding** kuvaa perusauttamista. Se on potilaan psyykkistä ja fyysistä huolenpitoa sekä hänen kasvuaan tukevan ja turvallisen ilmapiirin järjestämistä, jonka luovat hoitoympäristö ja sen kaikkien jäsenten käyttäytyminen. **Containing** tarkoittaa työntekijöiden empaattista lujuutta ja tarvittaessa rajojen asettamista. Se on kykyä ottaa vastaan potilaiden erilaisia viestejä, tunteita ja käyttäytymistä, sietää niitä ja keskustelemalla auttaa potilaita niitä selventämään ja tarvittaessa muuttamaan. **Mirroring** tarkoittaa sitä, että hoito-osasto tarjoaa potilaille monipuolisia samaistumis- ja peilausmahdollisuuksia ja hyväksyntää, joiden avulla he voivat oppia uusia käyttäytymismalleja, kehittyä ihmissuhdetaidoissaan ja vahvistua itsetunnonaan.

**Terapeuttisella yhteisöllä** tarkoitetaan joko hoitoperiaatetta tai psykiatrista yksikköä, jossa organisaatiosysteemin tietoisella ja ammatillisella kehittämisellä pyritään aikaansaamaan potilaiden paranemista ja tukemaan heidän kasvuaan kehollisella, mielenmaisella, ihmissuhteiden ja perhe-, ryhmä-, organisaatio- ja sosiaalisella tasolla. Terapeuttisessa yhteisössä käytetään ympäristöä miljööterapiain lailla hoidollisessa tarkoituksessa. Määrittely perustuu systeemiteoriaan ja -ajatteluun. Isohannin mukaan (1986, 12, 49, 135) terapeutista yhteisöä voidaan tarkastella myös muista kuin vain systeemisestä näkökulmasta.

Käsite ”terapeuttinen yhteisö” syntyi Englannissa 1940-luvun loppupuolella palvelemaan sotaveteraanien hoitoa sisältäen voimakkaan kritiikin perinteistä sairaalahoitoa kohtaan. Jones (1968) kritisoi suljettuja hoitolaitoksia erityisesti niiden yhdensuuntaisen viestinnän ja potilaiden vähäisen osallistumisen ja sosiaalisen oppimisen suhteen. Terapeuttisessa yhteisössä pyritään inhimillisyyteen, tasa-arvoon, potilaan kuulemiseen ja ymmärtämiseen, tavoitteisuuteen, sallivuuteen, yhteisvastuuseen, yhdessäoloon, yhteisön ulko- ja sisäpuoliseen todellisuuteen sopeutumiseen, demokratiaan, vapaaehtoisuuteen ja avoimuuteen (Jones 1968, Ojanen 1980, Anttinen & Ojanen 1984, Isohanni 1986), joista demokratiaa, vapaaehtoisuutta ja avoimuutta on Isohannin mukaan ehkä eniten korostettu. Toimiva terapeuttinen yhteisö muistuttaa hyvää yhteiskuntaa ja tervettä perhettä (Isohanni 1986, 13–14). Myös Kaipio (1977) yhteisökasvattajana korostaa edellä mainittuja pyrkimyksiä. Nuorten yhteisöjen parissa työskennelleenä hän lisää periaatteiksi oikeudenmukaisuuden, ehdottoman rehellisyyden, terveen järjen, luottamuksen ja fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden.

Terapeuttinen yhteisö etenee erilaistumisessa ja työnjaossa ja sopeutuu joustavasti ympäristöön, tosin ei rajattomasti. Yhteisö etenee automatisoitumisessa, eli muutos osassa yhteisön systeemiä johtaa laajoihin muutoksiin koko yhteisössä. Kehitys merkitsee toimintojen erikoistumisen, työnjaon, työntekijöiden ammatillisen itsenäisyyden ja johtajuuden osatoimintojen kehittymistä. Mitä tiiviimmin yhteisön jäsenet ovat toistensa kanssa tekemisissä, sitä enemmän yhteisö kykenee keskittymään sen tehtäviin (Jones 1976, Ojanen 1980, 334–336, Isohanni 1986, 55–57).

Systeemiteorialla on moniulotteisen selitysvoimansa lisäksi rajoituksensa. Osa kritiikistä johtunee Isohannin mukaan (1983, 152–154) siitä, että hyvääkin tarkoittavat uudistusyritykset voivat johtaa utopistisiin ja epärealistisiin muutoksiin, joissa tehtävien ja vastuunjako ovat olleet epäonnistuneita. Kuntoutustyössä tämä voi ilmetä yhteisöjen antiterapeuttisten normien arvostamisena (normatiivinen ohjaus, supervision, ”pitää tehdä – ei saa tehdä” aikuisia ohjattaessa).

Normatiivisen vastakohtana demokratia ja sallivuus ovat perinteisesti kuuluneet yhteisöllisen hoidon ominaisuuksiin. Vääränlaisen liberaaliuden, vapauden harkitsemattoman lisäämisen ja itsehoidon ja vastuullisuuden ylikorostamisen voi asiakas kokea heitteille jättönä ja työntekijä kuntoutuksen epäonnistumisena. On vältettävä toisaalta liiallista rajoittamista – toisaalta välinpitämättömyyttä. Vapautta ja vapaaehtoisuutta leimaa sisäistetty itsekuri ja sitoutuminen ja sen tiedostaminen, mistä on vapaa tai mihin on vapaaehtoinen. Vääränlaisena ne ilmenevät oikeutena epäsosiaalisuuteen. (soveltaen Kaipio 1977 ja Isohanni 1986, 263). Yhteisön jäsenten käsityksiä vapaudesta ja vapaaehtoisuudesta voitaisi hoito- ja palvelukotiyhteisöissä tutkia erilaisin menetelmin. Tulosten käsitteleminen ja toteaminen tulisi tapahtua yhdessä. Sen jälkeen voitaisi miettiä, mistä tulokset kertovat ja mihin yhteisössä ollaan valmiita vapauden ja vapaaehtoisuuden suhteen (menetelmistä lähemmin mm. Ojanen 1980, 241–242).

Systeemiajatteluun on kohdistettu kritiikkiä myös sen konemaisen mekaaniisuuden vuoksi, joka voi vierottaa inhimillisestä asiakaskeskeisyydestä. Ryhmässä tai yhteisössä kahdenkeskinen vuorovaikutus saattaa jäädä vähäiseksi. Kun yhteis-



sön asiakasjäsenillä on terveydentilansa vuoksi taipumus kadottaa raja itsen ja muiden välillä, vähäinen kahdenkeskinen vuorovaikutus voi johtaa projisointiin; yhteisön jäsenet sijoittavat jotain sietämätöntä itsestään itsensä ulkopuolelle. Systemiajattelu ei suojele yksilöä, ryhmää tai yhteisöä projektiivisilta mekanismeilta. Yhteisössä etsitään herkästi syntipukkeja tai syyllisiä (Isohanni 1986, 58–60).

Terapeutista yhteisöä on Ojasen (1980) mukaan kritisoitu toimintaa ohjaavan teorian ja käsiteanalyysin puuttumisesta. Hänen mukaansa ei ole voitu suoraan osoittaa, mikä yhteisöllisyydessä erityisesti auttaa tai parantaa - Isohannin kuvaamat (1986, 136–150) vuorovaikutus, positiiviset kokemukset, kokonaisvaltaisuus vai työskentely vastarinnan kanssa.

Tässä tutkimuksessa ihminen nähdään kaiken aikaa kehittyvänä ja terveyttään luovana yksilönä, ei systeemin tuotoksena. Systemiajattelu tosin auttaa näkemään keskinäisiä dynaamisia riippuvuuksia. Kehämäisen kausaalisuuden oivaltaminen vähentää projektiivisiä tendenssejä. (Isohanni 1986, 60). Tähän oivaltamiseen tarvitaan kuntoutuksessa yksilökeskeistä ihmissuhdetyötä. Vastuulliset työntekijät auttavat yhteisön jäseniä ymmärtämään kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä ja tätä prosessia hyödynnetään oppimisessa ja yksilönä kehittämisessä. Identiteetin etsintää pohtii myös Bauman (1993). Hän itseasiassa korvaa identiteetin käsitteen itsensä kokoamisen tai itsensä rakentamisen käsitteellä, sillä identiteetti viittaa hänen mielestään liiaksi johonkin valmiiseen tai valmiiksi saatettavaan ilmiöön. Bauman tarkoittaa itsensä kokoamisella sitä, että ihminen rakentaa jatkuvasti itseään tekemällä alituisen valintoja.

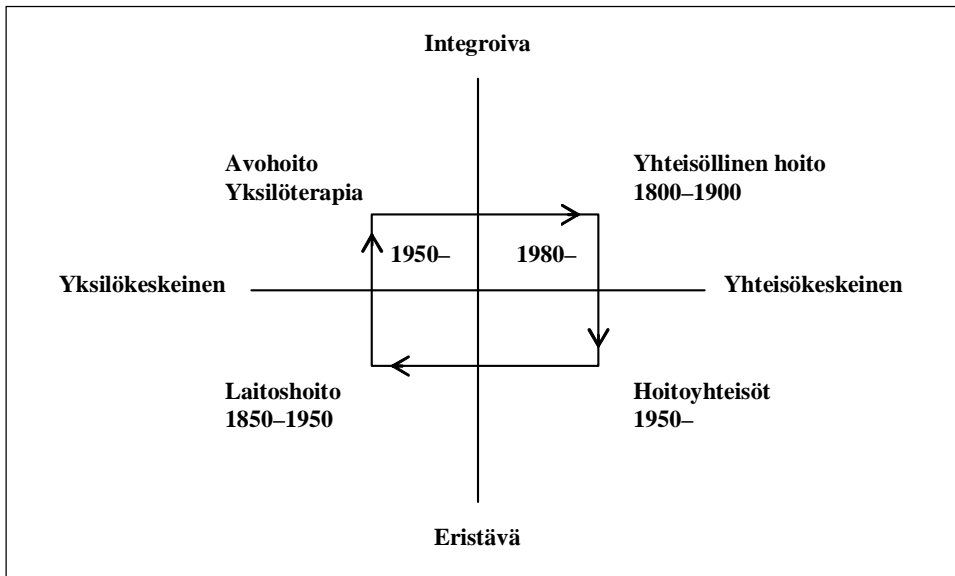
**Hoidollinen ilmapiiri** edellyttää yhdessä sovittuja ja auki puhuttuja arvoja, periaatteita, johdonmukaista toimintaa, ennustettavuutta, kannustusta, keskinäistä tukea, erilaisuuden sietoa, luovuutta ja mahdollisuutta jatkuvaan inhimilliseen kasvuun. Yhteisön ilmapiirillä tarkoitetaan ihmissuhdeverkoston muodostamaa ilmastoja. Hyvän ilmapiirin tunnistaa keskinäisestä luottamuksesta ja tuesta, ymmärtämyksestä, hyvistä käyttäytymistavoista ja yhteishengestä. Parhaiten asiakkaiden ja työntekijöiden yhteistyösuhdetta edistää ei-hierarkkinen yhteisö. Lannistavalle ilmapiirille on ominaista tiukat alistussuhteet, jossa ihmisten ajatellaan olevan käskettäviä, vailla omaa tietämystä asioista, ja jotka vastustavat kaikkea mahdollista ja pyrkivät pääsemään asioista mahdollisimman helpolla. (Parviainen 1997, 47–48).

Kuntoutujien kokemus alistamisesta voi syntyä riittämättömästä keskustelusta, esimerkiksi pelisääntöjen merkitysten avaamattomuudesta. Inhimillinen tiedostamaton ongelma syntyy muuttumiseen liittyvistä peloista. Muuttuminen merkitsee tutusta ja turvallisesta luopumista. Muuttuakseen ihminen tarvitsee aikaa. Se ostetaan vastustukselta, joka ilmenee yksilöllisenä ”työjärjestyksenä”. Muuttumisen ohjaamiseen tarvitaan taas vastuullista työntekijää. Aloitteleva tai kuormittunut kuntoutustyöntekijä voi kokea asiakkaan vastustuksen tietoisena ja moraalisenä ongelmana, joka herkästi rinnastetaan laiskuudeksi tai motivoitumattomuudeksi. Tästä ei välttämättä ole kuitenkaan kyse. Kuntoutuja todennäköisesti käyttää niitä harvoja välineitä, joita hänellä on, ripustautumista puolustukseen tai sopeutumisi-

seen. Vastarinnan olemassaolon tiedostaminen ja sen rinnalla kulkeminen on tarpeen jokaisessa yhteisössä, joka elää jäsentensä muutoksessa. (Isohanni 1986, 146-147).

**Yksilöllinen ja yhteisöllinen hoito tai kuntoutus** eivät ole toistensa vastakohtia eikä toinen korvaa toista vaan ne täydentävät toisiaan limittäin toteutettuna. **Yksilöllinen hoito** ja **kuntoutus** merkitsee sitä, että hoidettavan elämäntilanteen problematiikkaa tarkastellaan hänen omista ehdoistaan ja tarpeistaan. Asiakkaalle annetaan riittävästi aikaa, huomiota ja kunnioitusta niin, ettei kukaan muu ole sitä jakamassa. **Yhteisöllisessä hoidossa** ja **kuntoutuksessa** yksilöä autetaan mukaan lukien hänen lähiympäristönsä. Hoidettavaa tai kuntoutujaa ei repäistä irti siitä elinympäristöstä, jossa hän elää ja asuu tai häntä ei siirretä sellaiseen ympäristöön, joka on hänelle vieras ja jota hänen on vaikea ymmärtää. Asiakkaan on voitava kokea, että hänen taustansa, ympäristönsä, kokemuksensa ja tietonsa ovat arvokkaita ja että niitä käytetään hoidon tukena. (Anttinen & Ojanen 1984, 174).

Yhteisöllinen työtapo voi siis tapahtua joko 1) siinä ympäristössä, jossa yksilö elää tai toimii tai 2) hoitotapahtumasta pyritään luomaan yhteisöllinen. Ensimmäisessä on kysymys yhteiskuntaan integroivasta toiminnasta ja toisessa eristävästä (Kaavio 15. Eristävän ja integroivan hoidon lähestymistavat, Anttinen & Ojanen 1984, 175). Kumpaakaan työtapaa ei tulisi suoralta kädeltä nähdä myönteisenä tai kielteisenä. Kuitenkin voi käydä niin, kuin Anttinen ja Ojanen (1984, 175–176) ovat todenneet, että sinänsä hyvin toimivien hoitoyhteisöjen suhteet ulkomaailmaan jäävät siinä määrin puutteellisiksi, että pakosti tapahtuu eristymistä. Toisaalta taas ihmisiä ei aina voi auttaa siinä ympäristössä, jossa he elävät. On kehitettävä yhteisöjä, joissa mahdollisimman vähän tapahtuisi eristämistä. Kaaviossa 15 kuvataan myös hoitotapahtumien historiallisia painotuksia. Hoidon voidaan todeta toteutuneen yhteisöllisenä teollistumisen aikakauteen saakka tullessa 1900-luvulle. Eri tavoin poikkeaviin yksilöihin tai heidän käyttäytymiseensä suhtauduttiin kuitenkin torjuvasti. Eristävä laitoshoido alkoi kasvaa ja on saavuttanut päätepisteensä tullessa 1990-luvulle, jolloin yhteiskuntaan integroiva hoito on jälleen korostunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemurroksessa ja sen myötä yhteisöllinen hoito.

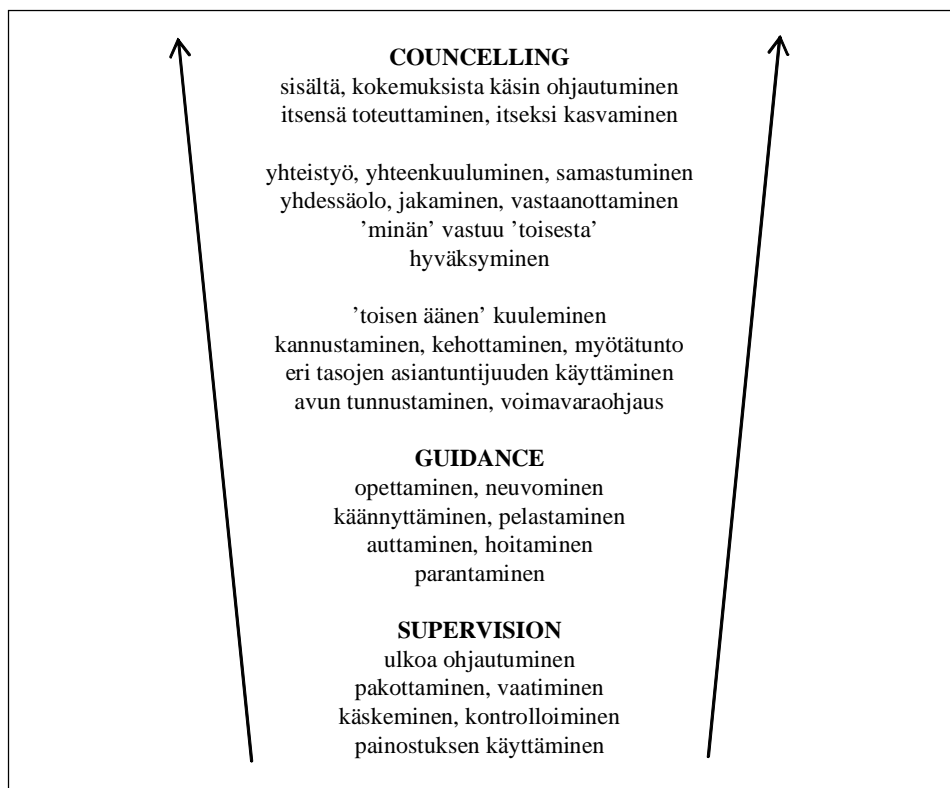


Kaavio 15. *Eristävän ja integroivan hoidon lähestymistavat* (Anttinen & Ojanen 1984, 175)

On mielenkiintoista selvittää, voidaanko tässä tutkimusvaiheessa tehdä johtopäätöksiä asukkaiden vastausten pohjalta sosiaalisen oppimisen mallin tai yhteisöllisen työtavan ilmenemisestä yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa. On myös mielenkiintoista selvittää, miten yhteisöllisenä tai yksilöllisenä, eristävänä tai integroivana kuntouttava työ toteutuu asukkaiden käsitysten ja kokemusten mukaan.

### 7.3.6 Ohjauksen ulottuvuudet yhteisöllisissä työtavoissa

Kokemusten arvostaminen, niiden käsitteleminen ja niihin puuttuminen eli ohjaukselliset interventiot ovat yksilöllisen ja yhteisöllisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttamisen välineitä tai keinoja. Kokemusten esille nostamiseksi voidaan käyttää monenlaisia ohjauksellisia välineitä. Niiden tarkoituksena on auttaa yksilöä suuntautumaan mahdollisimman itseohjautusti omien intentioidensa suunnassa ja ehtoilla. Tarkastelen näitä ohjauksellisia välineitä yksityiskohtaisemmin counseling-, guidance- ja supervision-tyyppisen ohjauksen ulottuvuuksien näkökulmasta asettamalla ne esimerkin omaisesti hierarkiseen järjestykseen (soveltaen Anttinen & Ojanen 1984, 204–211, Sherzer & Stone 1980, Levinas 1996, Mattila 1998). (Kaavio 16. Yksilö- ja yhteisöohjautumisen hierarkia).



Kaavio 16. *Yksilö- ja yhteisöohjautumisen hierarkia*

Kuvaamiani ohjauksen keinoja on tarkasteltava kriittisesti, sillä ohjauksen luonne määräytyy usein siitä tilanteesta, missä ihmiset ovat kokemuksineen, käsityksineen ja tunteineen. Kaikki ohjauksen ulottuvuudet ovat tarpeen ihmisen kehittämisessä omaksi itsekseen. Hoito- ja palvelukotiyhteisöissä on hyvä pohtia, millaisena asukkaat kokevat esimerkiksi päiväjärjestyksen tai muut rutiinit ja kuinka paljon painostusta, opettamista, neuvomista tai yhteistyötä niiden toimittamiseen yhteisössä käytetään. Miten asukkaita ohjataan tai rohkaistaan spontaaniin toimintaan? Korostuuko joku ohjauksen ulottuvuus muita enemmän? Kehotetaanko asukkaita esimerkiksi nousemaan vuoteistaan aamulla tiettyyn aikaan vai voivatko he toimia oma-aikaisesti tai vaikkapa loikoilla lounasaikaan asti (kts. Tilbury 1994, 91)? Vastausten pohjalta voi jokainen rakentaa omanlaisen hierarkian.

Ojanen (1980, 112–175) ja Anttinen ja Ojanen (1984, 206) kuvaavat tavoitteisia yhteisötyyppejä vuorovaikutuksen ja kontrollin näkökulmasta. Sovellan heidän ajatuksiaan sijoittaen johtamistavan paikalle ohjauksen (Taulukko 8. Tavoitteiset yhteisötyypit ohjaus- ja toimintatavan mukaan, soveltaen Ojanen 1980, 292, Anttinen & Ojanen 1984, 206).

Taulukko 8. *Tavoitteiset yhteisötyypit ohjaus- ja toimintatavan mukaan* (soveltaen Ojanen 1980, 292, Anttinen & Ojanen 1984, 206)

<b>Ohjaustapa</b>		
<b>Toimintapa</b>	Auktoritatiivinen	Demokraattinen
Spontaani	1. Karismaattinen ohjaus (henkilökohtainen vaikutusvalta, Guidance, Supervision) UUDISTAVA YHTEISÖ	2. Solidaarinen ohjaus (samastuminen ryhmään, Counselling, Guidance) TERAPEUTTINEN YHTEISÖ
Suunniteltu	3. Normatiivinen ohjaus (normit, ohjeet, säännöt, Supervision) KONTROLLOIVA YHTEISÖ	4. Symbolinen ohjaus (samastuminen ideaan, Counselling) KOULUTTAVA YHTEISÖ

*Symbolinen* (ruutu 4) ja *solidaarinen* (ruutu 2) ohjaus voidaan tunnistaa samastumisen kohteen perusteella. Kun yhteisön jäsen kokee yhteisön tavoitteet ja arvot tärkeiksi, samastuminen on symbolista. Kun hän kokee, että hänen mielipidettään arvostetaan ja se otetaan huomioon, samastuminen on solidaarista. Symbolinen samastuminen edellyttää tavoitteiden, arvojen, kokemusten ja käsitysten käsitteilyä, jakamista ja vastaanottamista, jotta ne voidaan sisäistää. Solidaarinen samastuminen perustuu yhteisön jäsenten keskinäiseen hyväksyntään ja kannustamiseen. Ohjaus on *normatiivista* (ruutu 3), kun toiminta perustuu ohjeisiin ja sääntöihin, joiden noudattamista kontrolloidaan. *Karismaattista* (ruutu 1) ohjaus on silloin, kun se perustuu jonkun tai joidenkin henkilöiden, useimmiten työntekijän tai johtajan henkilökohtaiseen vetovoimaan tai vaikutusvaltaan.

Ojanen (1980, 161) kuvaa sääntölistaa, joka on ollut käytössä sosiaalisen oppimisen ohjelmassa. Merkillepantavaa on, että listan otsikossa ei eritellä sen tarkemmin, keitä yhteisön jäsenillä tarkoitetaan. Tässä tutkimuksessa yhteisö ymmärretään laajasti mukaan lukien sen kaikki toimijat. Sosiaalisen oppimisen ohjelmassa henkilökunta ja asiakkaat muodostivat omat yhteisönsä.

### **10 perussääntöä yhteisön jäsenille:**

1. Pidä huolta itsestäsi ja esiinny siistinä!
2. Huolehdi omista askareistasi ja osallistu myös yhteisiin tehtäviin!
3. Ajattele, puhu ja toimi järkevästi (tavalla, jota muut ymmärtävät)!
4. Käyttäydy kohteliaasti ja auttavaisesti!
5. Kunnioita muitten oikeuksia, itseäsi ja yhteistä omaisuutta!
6. Toimi aktiivisesti muitten asukkaitten, henkilökunnan ja muitten ihmisten kanssa!
7. Osallistu kaikkiin asianmukaisiin ohjelmiin (ole siellä, missä sinun on määrä olla)!
8. Hanki ja osoita sellaisia taitoja ja -tottumuksia, jotka voivat tarjota sinulle elatuksen yhteisöstä lähtemisesi jälkeen!
9. Etene vastuutasoilla ja palaa pysyvästi yhteiskuntaan!
10. Älä elä ”hullun” lailla!

Ruutuun 1. sijoittuvat ideologian pohjalta karismaattisten henkilöiden ohjaamat uudistavat yhteisöt, ruutuun 2. terapeutisesti ohjatut yhteisöt, ruutuun 3. kontrollointia ohjauskeinona käyttävät yhteisöt ja ruutuun 4. oppimista ohjaavat, kouluttavat yhteisöt.

**Uudistaville yhteisöille** on tyypillistä, että ne syntyvät yhden tai korkeintaan muutaman ihmisen toimesta, jotka eivät ole kokeneet riittävää vaikutusvaltaa perinteisessä yhteisössä (esim. sairaalan vuodeosasto), tai kokevat niissä olleen epäkohtia, joihin he eivät mielestään ole voineet riittävästi vaikuttaa. Kun on tilaisuus perustaa jokin aivan uuden tyyppinen yhteisö, karismaattinen henkilö on tähän valmis. Demokratia ei mahdollisesti toimi, vaikka siihen pyritäänkin, koska yhteisön asiakasjäsenet kyselevät tältä karismaattisena pidettävältä henkilöltä paljon neuvoja jättäen yhteisöä koskevat isot ratkaisut hänelle. Ohjaus on guidance- ja supervision-tyyppistä. Karismaattinen henkilö voi käyttää valtaa melko diktatorisesti. Tähän mukaudutaan yhteisössä niin, että hänet arvotetaan korkealle, mikäli vallankäyttö ei ole epäasiallista. Ohjaamiseen kuuluu johtamisen lailla jokin ideologia, jota yhteisössä sovelletaan. Sen opettamiseen ja tulkitsemiseen käytetään yhteisössä paljon aikaa. Tällaisessa yhteisössä järjestetään monenlaisia tapahtumia ja niillä pyritään vahvistamaan yhteistä uskoa ideologian oikeutukseen. Johtajuutta kohtaan ilmenee usein erilaisia paineita ja myös sisäisten ristiriitojen riski yhteisössä kasvaa. (Ojanen 1980, 112–175, Anttinen & Ojanen 1984, 206).

**Terapeuttisissa yhteisöissä** nojaututaan Maxwell Jonesin (1953) esittämiin periaatteisiin. Tavoitteena on luoda yhteisö, jonka jäsenet ovat keskenään mahdollisimman tasa-arvoisia ja pyrkivät käsittelemään ja ratkomaan ongelmiaan yhdes-

sä. Ohjaus on counselling- ja guidance-tyyppistä, demokraattista. Myönteistä näissä yhteisöissä on luottamus asiakkaiden mahdollisuuksiin sekä yhteisöjen rakentava ilmapiiri. Pulmia voi syntyä tavoitteiden vaativuudesta ja ristiriitaisuudesta (esim. yksilön etu vastaan yhteisön etu). (Ojanen 1980, 112–175, Anttinen & Ojanen 1984, 206).

**Kontrolloivat yhteisöt** (mm. sosiaalisen oppimisen ohjelman mukaiset yhteisöt) soveltavat varsin järjestelmällisesti ja johdonmukaisesti oppimisperiaatteita, joissa oppiminen tapahtuu ehdollistamalla; toivottavasta suorituksesta palkitaan ja ei toivottavasta rangaistakaan tai ainakin varotaan siitä palkitsemista. Ohjaus on supervision-tyyppistä, normatiivista. Toiminta on selkeästi suunniteltu ja päivä ohjelmoitu ja strukturoitu. Edistymistä havainnoidaan ja sitä dokumentoidaan. Kaikki yhteisön asiakasjäsenet ovat palautejärjestelmän piirissä. He eivät yleensä osallistu toiminnan suunnitteluun ja voivat myös kokea, ettei heillä juuri ole vaikutusvaltaa. (emt:t).

**Kouluttavat ja oppimista ohjaavat yhteisöt** osallistavat jäsenensä joko työhön tai koulutukseen. Counselling-tyyppinen ohjaus perustuu kokonaisvaltaisesti yhteisöasiakkaiden elämäntilanteisiin ja kokemuksiin. Ohjaus voi olla kurssimuotoista niin, että yhdessä opiskellaan esim. esiintymistaitoa, itsetuntemusta, terveystietoa, yleistietoa tai päivittäiseen elämiseen liittyviä taitoja niitä problematisoiden. Opintoissa suoriutumista annetaan palautetta. Tällaisissa yhteisöissä yhteisön asiakasjäsenet osallistuvat yhteisön toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Pulmana voi olla yhteisöasiakkaiden kyky, edellytykset ja valmiudet opiskeluun. (emt:t). Pulmia saattaa vähentää ohjauksen spontaanisuus, joka mahdollistaa kunkin osallistujan vapaan ja luonnollisen osallistumisen.

Käytännössä edellä kuvattujen yhteisötyyppien ohella esiintyy ns. ”sekatyyppisiä”, joissa toiminta sijoittuu ruutujen leikkauspisteisiin (Ojanen 1980, 292, Anttinen & Ojanen 1984, 206). Yhteisötyypin muotoutumiseen vaikuttaa ohjaus- ja toimintatavan lisäksi yhteisön ikä ja kehitysvaihe sekä erilaiset resurssit. Esimerkiksi yksityisen kuntoutumiskodin työtoimintaa (tämän tutkimusprojektin II tutkimusvaihe) on vaikea tutkimustulosten mukaan sijoittaa selkeästi mihinkään ruuduista. Varovaisesti sijoitettuna kuntoutumiskodin paikka löytyisi lähempänä auktoritatiivista kuin demokraattista ohjaustapaa ja lähempänä suunniteltua kuin spontaania toimintatapaa kuvaavaa ruutua.

### 7.3.7 Yhteisöllisen työn etiikka

Kuvaukseni yhteisötyypeistä antaa aihetta keskusteluun hoito- ja palvelukotiyhteisöjen yhteisöllisestä olemuksesta. Anttinen ja Ojanen (1984) ovat psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijoina analysoineet yhteisön rakennetta monipuolisesti palvelemaan ja kehittämään yhteisöllistä työtä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa. Moni mielenterveyskuntoutuksen pieniyhteisö esittelee tänä päivänä toimintaansa yhteisöllisenä ja tarvinnee sen erittelemiseen keskustelua yhteisöjensä olemuksesta.

Lehtosen mukaan (1990, 246–252) spontaania yhteisöllistymistä ja manipulaatiivista, jäsenistön ulkopuolista yhteisöllistämistä on käytännössä vaikea erottaa toisistaan. Ehkä vain symboliseen yhteisyyteen perustuva yhteisöllistäminen voi onnistua hyvinvointivaltiollisessa yhteiskunnassa. Toisaalta miten tahansa yhteisö suunnitellaankin, se rajoittaa Lehtosen mukaan väistämättä yksilöllisiä oikeuksia. Jarvis (1997, 16) on huomauttanut, että mitä ainutlaatuisemmiksi me opimme elämämme varrella, sitä etäämmälle me ajaudumme yhteiskunnassa toisistamme. Pienessä hoito- tai palvelukotiyhteisössä yksilöksi oppiminen voi myös etäännyttää muista yhteisön jäsenistä. Parsen (1981) esittämän terveystieteiden mukaan ihminen ja ympäristö (yhteisö) ovat yhdessä yksi; yksilöä ei voi auttaa ottamatta huomioon hänen lähiympäristönsä tai -yhteisönsä. Yksilön ja yhteisön samanaikaisista oikeuksista ei pitäisi siis syntyä ongelmaa. Tämän tutkimuksen kannalta on kiinnostavaa tietää, miten yhteisöissä edistetään yksilöiden kuntoutumista ja vaikuttamisen mahdollisuutta niin, että koko yhteisö voi hyvin?

Mielen kuntoutujien vaikuttamisen mahdollisuus on iso yhteisöllinen kysymys yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa. Isohannin mukaan (1986, 264) kuntoutujan yhteisöön valintaan tulisi kiinnittää huomiota. Uuden yhteisön jäsenen perusoikeuksiin kuuluu, että hän on tietoinen yhteisön luonteesta, johon hän on pyrkimässä ja kiinnittymässä. Myös leimautuminen tai leimautumisen pelko, asiakkaan ennakkokäsitykset yhteisöstä ja hänen odotuksensa ja toiveensa tulee ottaa keskusteltavaksi yhteisöön siirtymisen myötä. Näistä asioista mielen kuntoutujan ei kokemukseni mukaan ole vaikea keskustella.

Yhteisöllisyydessä on korostettu yhteisön jäsenten keskinäistä kanssakäymistä, yhdessäoloa, jakamista, molemminpuolista asiantuntijuutta ja vastuullisuutta itsestä ja toisesta. Ne ovat yhteisöllisen hoidon ja kuntoutuksen kulmakiviä. Missä määrin ja millaisina mielen kuntoutujien yhteisöissä nähdään yhdessäoloa, keskusteluja, kohtaamisia, ajan ja ajatusten jakamista tai muuta yhteistä toimintaa? Voihan olla, että yhteisön jäsenillä on joskus haitallinen vaikutus toisiinsa – etenkin jos omat rajat ovat puutteelliset. Tällöin toisten hyväksikäyttö on ilmeistä. Primitiiviset ryhmäprosessit aktivoituvat siinä määrin, että yhteisöhurmos ja omnipotenttius valtaavat tunnekokemukset. Yhteisöstä muodostuu helposti akvaario, jonka jäsenten liikkeet ovat julkisesti esillä, tarkkailussa ja myös kontrollissa. Julkisuuden sietoon on suhtauduttava varauksella. Kaikki eivät sitä siedä, mutta siinä voi kehittyä. Henkilökunnan avoin käyttäytyminen, mallina oleminen, omista kokemuksista ja kammoksista puhuminen ja rohkaiseminen asiakasjäsenten keskinäiseen vertaistukeen kasvattaa arkojen yhteisön jäsenten tai jännittäjien julkisuuden sietokykyä. (Isohanni 1986, 263–268).

Rajoitusten, kieltojen tai käskyjen lisääntyminen yhteisössä voi olla merkki regressiosta. Yhteisöllisyys merkitsee ryhmäkeskeisyyttä ja sen vuoksi yksilöllisen olemassaolon huomioon ottaminen voi jäädä vähäiseksi. Isohanni (1986, 268–269) haastaakin yhteisön jäsenet keskinäisen tasa-arvon ja erityisesti sen työntekijät oman toimintansa oikeutuksen tutkimiseen. Yhteisöllinen ilmapiiri mahdollistaa monenlaisen itseilmaisun. Yhteisön vuorovaikutusverkosto paisuu ja hiljaisimmat avun tarvitsijat ovat vaarassa jäädä syrjään. Työntekijät toimivat parhaiten avoimesti vastuuta delegoiden ja vältellen autoritaarista ohjausta. Hyvä työyhteisö



on laajakatseinen kantaen toiminnastaan yhteiskunnallista vastuuta. Lisäksi keskustelu yhteisön perustehtävästä, yhteistyösuhteiden ylläpitäminen ympäristöön ja realiteettien testaus tukevat pienten toimintayksiköiden yhteisöllisyyttä.

Ajallemme tyypillisestä yksilöllisyyden, vapauden ja riippumattomuuden korostamisesta on lyhyt matka egoismiin, ihmisen itsekkyyden hyväksymiseen ja jopa arvostamiseen. Anttinen ja Ojanen (1984, 265–266) ovat kysyneet, onko meissä ihmisissä yhtään ainesta laskelmoimattomaan altruismiin, epäitsekkyyteen, tautoa vailla vastapyyteitä muiden ihmisten auttamiseen. Levinasin etiikassa (1986, 1996) etiikka on korkein filosofia. Sen mukaan ihminen elää eettisessä suhteessa toiseen ihmiseen tuntien vastuuta tätä kohtaan. Toinen on ”Te”. Vastuullisuus toisesta ohjaa vastuulliseen sosiaalisuuteen, toimijoiden kokemustiedon esiin houkuttelemiseen, käsittelyyn ja tulkintaan sekä muihin tarpeellisiin interventioihin.

#### **7.4 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut, hoito- ja palvelukotien sekä tiedonantajien kuvaus, aineiston keruu ja analyysi**

Tämän tutkimusvaiheen menetelmäratkaisua, fenomenologian ja loogisen positiivismin menetelmän käyttämistä rinnakkain (Miles & Huberman 1988, 15–16, Taschakori & Teddlie 1998, 7), olen argumentoinut ”Alkusoitossa”.

Yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotien kartoittaminen maassamme on ollut laaja ja aikaa vievä prosessi tutkimusaineistoon kiinnipääsemiseksi kestäen noin 1,5 vuotta. Arvelen prosessin osaltaan vauhdittaneen hoitokotien edustajien oman toiminnan arviointia ja kehittämistä. Kuvaan tähän tutkimusvaiheeseen valikoituneiden kotien löytämistä, asukkaiden osallistumista haastatteluun ja työntekijöiden osallistumista seuraavaan tutkimusvaiheeseen, tutkimuslupien hankkimista asukkailta ja työntekijöiltä sekä Mielenterveyden Keskusliiton (MTKL) viiden aluesihteerin kouluttamista teemahaastattelun suorittajiksi liitteissä 2–4. Postitin esitostatut ja uudelleen muotoillut tutkimuskysymykset (Liite 4) näille tutkimusapulaisilleni, jotka valitsivat itselleen sopivan haastatteluajankohdan. Kuvaukset tutkimukseen osallistuneista kodeista perustuvat haastattelijoiden havaintoihin kodeista ja kokemuksista haastattelun toteuttamisesta.

Hoito- ja palvelukotien asukkaiden valikoitumiseen vaikutti keskeisesti kaksi asiaa; ensinnäkin kotien rekisteröintitietojen hankkiminen oli työlästä rajaten tutkimusjoukon niihin koteihin, jotka sain selvitettyä. Tutkimusjoukon tavoittaminen oli kuitenkin hyödyllistä, sillä yksityiseen palvelutuotantoon liittyvä verkostotuntemukseni kasvoi huomattavasti. Toinen kotien ja tutkimushenkilöiden valintaan vaikuttanut seikka oli se, että teemahaastattelut suoritti viisi tutkimusapulaistani, jotka viime kädessä valitsivat arvotuista kodeista ne, joihin heillä oli mahdollisuus matkustaa haastatteluja suorittamaan.

Hoito- ja palvelukotikartoitukseni tuotti tiedot 45:stä mielen kuntoutujille tarkoitetusta kodista, joista tutkimusluvan antoi 37 kotia. Niiden kesken suoritin arvonnalla kunkin aluesihteerin alueelta (Etelä-, Länsi-, Itä-, Keski- ja Pohjois-Suomi) erikseen 28.5.1997. Onnettarina toimivat mieheni ja 12-vuotias tyttäreni. Jokaiselta alueelta hoito- tai palvelukoteja löytyi ja 13:ssa kodissa, joissa oli asuk-

kaita yhteensä 206, aluesihteerit suorittivat haastattelut kesä-elokuussa 1997. Palautetut lomakkeet luokittelin taulukon 9. mukaisesti, Yksityisten hoito- ja palvelukotien osallistuminen III tutkimusvaiheeseen.

Taulukko 9. *Yksityisten hoito- ja palvelukotien osallistuminen III tutkimusvaiheeseen*

Lääni	Hoito- tai palvelukoti				yht.
	osallistuu tutk:seen	ei osallistu tutk:seen	myöhästyi tutk:sta	ei ole mtt-koti	
Lapin lääni	1		1	1	3
Oulun lääni	8	3	1	1	13
Vaasan lääni	6			9	15
Keski-Suomen lääni	1	1			2
Kuopion lääni	2			3	5
Pohjois-Karjalan lääni	6				6
Mikkelin lääni	3			2	5
Kymen lääni	3			3	6
Hämeen lääni	2	1		2	5
Turun ja Porin lääni		1		2	3
Uudenmaan lääni	5			2	7
<b>YHTEENSÄ</b>	37	6	2	25	70

Soitin jokaiseen kotiin kertoen MTKL:n aluesihteerien tulosta suorittamaan asukashaastattelut ja ilmoitin, että aluesihteerit soittavat ja sopivat aikataulusta. Asukkaiden valinta haastatteluun tapahtui osassa koteja siinä tilanteessa, kun aluesihteerit meni paikalle. Vapaaehtoiset pääsivät mukaan, kuitenkin niin, että olimme aluesihteerien kanssa laskeneet etukäteen, miten monta asukasta kustakin kodista haastatellaan. Osassa kodeista haastateltavat asukkaat oli jo etukäteen sovitettu. Kriteerinä haastatteluun osallistumiselle oli asukkaan vapaaehtoisuus ja selkeä puhe.

Haastattelut nauhoitettiin. Asukkaan taustatietojen keräämisen jälkeen olin pyytänyt aluesihteerijä kelaamaan nauhat alkuun ja kuuntelemaan yhdessä haastateltavan kanssa, mitä nauhalta kuuluu. Tämän toimenpiteen tarkoitus oli vähentää haastateltavan mahdollista jännittämistä ja tarkistaa, että nauhoitus teknisesti onnistuu. Yhden haastattelijan keräämän aineiston jouduin hylkäämään haastattelijan epäeettisen toiminnan vuoksi. Epäeettisyys ei kohdistunut haastateltaviin tai heidän koteihinsa vaan ilmeni kysymysten mitätöimisenä haastattelun aikana. Haastattelija ilmaisi esimerkiksi saman kysymyksen monella eri tavalla menen itsekin sekaisin kysymyksen tarkoituksesta. Tämä hämmensi myös haastateltavia. Haastattelija ei ollut paikalla minun ja aluesihteerien yhteisessä tapaamisessa,

kun haastattelurunkoa ja kysymyksiä rukattiin. Hän ei ilmeisesti ollut ehtinyt paneutua haastattelun suorittamiseen eikä tutustua kysymyksiin tai niiden logiikkaan.

Olin testannut haastattelukysymykset kahdesti; ensimmäisen kerran ryhmähaastatteluna eräässä yksityisessä kuntoutumiskodissa ja toisen kerran psykiatrisessa sairaalassa avo-osaston yhdellä potilaalla. Sain palautetta haastattelun supistamisesta ja yksinkertaistamisesta. Myös MTKL:n aluesihteerit osallistuivat kriittisin kannanotoin kysymysten muokkaamiseen. Pyrin näin toimimalla lisäämään omaa objektiivisuuttani analyysiprosessin kuluessa (Andren 1981, 43–67).

Olin rakentanut strukturoidun haastattelurungon kysymyksineen, jonka teemoitin ihmisen työtoiminnan rakennemallin käsitteiden mukaisesti (Liite 4). Arvelin Pietilän (1976, 233) lailla yhtenäisen ja strukturoidun haastattelurungon kysymyksineen helpottavan aineiston analyysiä ja vahvistavan reliabiliteettia etenkin tässä osatutkimuksessa, jossa samansisältöisen haastattelun suorittaa usea henkilö. Kysymysten operationalisointi ei noudattanut täysin työtoiminnan rakennemallin osatekijöiden (Engeström 1995) sisällöllistä ideaa, sillä olin muokannut kysymykset osittain induktiivisesti edellisten tutkimusvaiheiden tulosten pohjalta.

Aluesihteerit kävivät 2–5:ssä kodissa ja jokainen haastatteli 10 asukasta (N = 50). Yhdessä kodissa yksi asukas keskeytti haastattelun taustatietojen kartoituksen jälkeen. Olin pyytänyt aluesihtee-rejä viettämään vähän aikaa kussakin kodissa keskustelemalla yhteisön jäsenten kanssa ja havainnoimalla ja tunnustelemalla ympäristön ilmapiiriä ja fyysisiä rakenteita. Nämä havaintonsa ja kokemuksensa pyysin heitä kertomaan nauhalle haastattelujen jälkeen. Yksi haastattelijä ei kertonut kokemuksiaan nauhalle.

Aluesihteerit kokivat haastattelun suorittamisen välillä vaikeana, sillä asukkaiden psyykinen ja fyysinen terveydentila vaihteli heidän käsityksensä mukaan suuresti.

*”Näiden henkilöiden haastattelu oli yllättävän vaikea suorittaa, ehkä vähäisen kokemuksen vuoksi, toimin nyt ensimmäisen kerran tutkimusapulaisena ulkopuolisen tekemän kysymysrunгон kanssa ja se ei ollut helppoa ja sitte toisaalta tuntu, että varsinkin tää ensimmäinen haastateltava oli niin paljon omissa maailmoissaan, että jonkin näköinen kontaktin saaminen ja pitäminen tän kyselyn parissa tuotti vaikeuksia ja sitä kautta jo haastattelun loppupuolella oli sellanen luovuttamisen mentaliteetti”. (Aluesihteerä 1).*

Olin pyrkinyt ilmoittamaan hoitokotien väelle kaikesta tutkimukseen liittyvästä ennen haastattelua. Siitä huolimatta neljän aluesihteerin kokemukset saapumisesta koteihin vaihtelivat - joissakin kodeissa kaikki olivat ottamassa aluesihteerin vastaan ja joissakin taas ei oikein ollut valmistauduttu mitenkään tämän tuloon.

*”Ensinnäkin jo puhelimesta vastaanotto oli erittäin hyvä, asiaan oli valmistauduttu - tuntui hyvältä mennä. Paikan päällä tilaisuus alkoi tämän viihtyisän, kodinomainen omakotitalon yläkerran olohuoneessa, jossa sitten tämä paikan johtaja kutsu istumaa ja siihen keräänty sitten 4–5 näitä asukkaita. Keskusteltiin yleensä*

*tästä kodista, sen ihmisten tulosta tänne kotiin ja yleensä heidän taustakuvioistaan, niin että kuinka pitkiä aikoja esim. nää asukkaat oli ollu sairaalahoidossa ennen tähän kuntoutumiskotiin tuloaan”.* (Aluesihteeri 1).

*”Jäi sellainen epämääräinen olo linnassa asuvista ihmisistä. Puitteet ovat ylelliset, kauniit ja siistit, ulkoapäin hyvin kaunis, mutta sellainen elämä siitä hoitokodista puuttui ja sellainen yhteisöllisyys, johtuuko siitä, että talo on melko valtava, yhteisiä hetkiä jää kuitenkin vähemmän. Tunnelmaksi jäi sellainen vaisu, eikä sellainen iloinen tai lämmin tai sellainen, että ihmiset olisivat valmiita ottamaan vieraita vastaan”.* (Aluesihteeri 3).

Aluesihteereiden kuvauksista voi päätellä hoito- tai palvelukotien edustavan ääriesimerkkejä yhteisöistä (kts. Kaavio 13, Yhteisökäsitteen ulottuvuudet, kentät 1 ja 6.); toista ääripäätä edustavissa kodeissa ihmiset olivat vetäytyviä (kenttä 1). Näitä koteja voi luonnehtia vain alueellisesti rajatuiksi ihmisten muodostamiksi ryhmiiksi, joiden toiminnasta tai suhteista vieraan on vaikea saada ensi näkemältä minkäänlaista kuvaa. Toista ääripäätä edustavat kodit, joissa toiminnallisuus ilmeni yhteisön jäsenten keskinäisenä vuorovaikutuksena (kenttä 6). Yhteisön jäsenet viestittivät vastuuntunteesta ja kohteliaisuudesta toisiaan ja myös vierasta kohtaan. Asukkaat, työntekijät ja paikan johtaja toimivat yhteisöllisen idean mukaisesti osoittaen, että yhteisössä kuulutaan yhteen ja toimitaan yhdessä. Yhteisön jäsenten toiminta antoi vaikutelman, että kaikkien mielipiteitä arvostetaan ja ne otetaan huomioon.

Asukkaita näissä kodeissa oli 10–26, keskimäärin 15,8. Iältään he olivat 20-vuotiaasta 83-vuotiaaseen. Työntekijöiden lukumäärä vaihteli 3–5 mukaan lukien omistajat, jotka usein olivat perustaneet perheyriityksen. Työntekijöiden määrä oli asukasmäärään nähden ristiriitainen. Kodeissa, joissa oli eniten asukkaita, oli vähiten työntekijöitä. Tästä oli seurauksena se, että huomio kiinnitettiin vain kodin rutiineihin.

*”Työntekijät olivat sitä mieltä, että heitä on liian vähän, elikä tällaisten rutiiniasioiden pyörittämiseen menee runsaasti aikaa. Ennen klo 11.00 tuli sitten kaksi muuta työntekijää paikalle ja aloittivat sitten ruoanvalmistuksen. Asukkaat eivät tähän osallistuneet, heidän tehtävänään oli lähinnä kattaa pöytä ja huolehtia sitten ruokailun jälkeen näiden ruokailutarvikkeiden korjaamisesta pois pöydästä”.* (Aluesihteeri 3).

*”Työtä ei siellä järin ollut - työntekijöiden aika meni aivan näihin rutiinien pyörittämiseen ja monet asiat tehtiin yksin, elikä ainoastaan tällä nuorella haastateltavalla oli näitä työtehtäviä, elikä pyykin levittämistä ja avustamista ruoan valmistamisessa ja tämän kaltaisia asioita. Kenellekään ei ollut tehty palvelusuunnitelmia eikä niitä tarkistettu, ainoastaan maksusitoumusten yhteydessä keskusteltiin jatkosta ja jonkinlaisista suunnitelmista”.* (Aluesihteeri 3).

Hoito- ja palvelukodit olivat isoja omakotitaloja joko yhdessä tai useammassa kerroksessa. Yksi koti oli entinen vanhainkoti ja toinen valtion virastotalo. Jotkut kodit muodostuivat useasta eri rakennuksesta, joista osassa asukkaat asuivat ja osassa he kävivät työssä. Yksi koti sijaitsi kerrostalossa ja sen yhteistyökumppani-

na oli samassa talossa sijaitsevia muita iäkkäille ihmisille tarkoitettuja hoitokoteja. Haastattelijat kertoivat, että olivat ymmärtäneet kotien välillä olevan vähän yhteistoimintaa.

Monessa kodissa painotettiin kodin rutiineihin, kotitöihin osallistumista. Muutamassa kodissa työntekijät tekivät asukkaiden puolesta lähes kaiken asukkaiden korkean iän tai huonon terveydentilan vuoksi. Kahdessa kodissa painotettiin kotiäitiä enemmän ohjattua työtoimintaa, jota oli mm. ulosmyytävä polkupyörien korjaus, katiskapajan ja puuverstaan työt sekä teollisuuden alihankintatyöt työsalilla.

*”Olin mukana siinä aamuvaiheessa - aamukokouksessa, jossa hyvin tarkkaan kyseltiin, miten yö oli mennyt ja jaettiin jonkun verran töitä, eli se oli sitten ruokailuun liittyvän kattauksen järjestäminen, astioiden tiskaaminen ja imurointi, joihin asukkaat osallistuivat päivän mittaan. Muu porukka pyrki lähtemään ohjaajan kanssa näihin työtoimintapisteisiin. Aamupäivä kului näissä kotiaskareissa, eli keittiöhommissa ja siivouksessa ja osalla siellä työtoiminnassa ja iltapäivällä heillä oli mahdollisuus viettää niin sanottua vapaa aikaa, jolloin asukkaat saattoivat liikkua tuolla kaupungilla”.* (Aluesihteerin 3).

*”Työtoimintaan kiinnitettiin aika paljon huomiota ja se oli myös työntekijöitten perustelu, miksi heillä ei ole yhteistä ruoanlaittamista. He totesivat, että tällöin heille jäisi vähemmän aikaa työskennellä näitten miesten kanssa, muuten pääasiallinen toiminta keskittyisi vain ruoan laittamiseen ja he olivat päätyneet tähän ruoan ostopalvelusysteemiin tämän seikan vuoksi”.* (Aluesihteerin 3).

Omakotitalojen pihapiirissä oli usein puutarha, jossa asukkaat voivat ulkoilla. He asuivat yhden tai kahden hengen huoneissa, jotka jotkut asukkaat olivat sisustaneet omilla kalusteillaan.

*”Taloa ympäröi kaunis, hyvin hoidettu puutarha - avautuu kovin kauniit maaseutumaiset peltomaiset näitten asukkaiden ikkunoista. Minut vastaanotti tämän kodin vastaava työntekijä - koulutukseltaan mielisairaanhoidtaja ja hän oli pitkään työskennellyt sairaalaolosuhteissa, eri kuntoutumiskodeissa ja niin edelleen. Kysymys on yksityisestä perheyrityksestä, jolla on tän kodin lisäksi kaksi yksityistä vastaavaa hoitokotia”.* (Aluesihteerin 1).

*”Kaiken kaikkiaan nää asukkaat on tämmösissä kahden hengen huoneissa, jota on jokaisella mahdollisuus kalustaa omilla huonekaluilla, tosin niitä ois voinu enemmänkin olla tän vastaavan työntekijän mielestä ja sitä kautta luoda enemmän sitä kodinomaisuutta, mutta tärkeitä tauluja, henkilökohtaisia tavaroita nyt sitten kuitenkin tuoneet mukaan”.* (Aluesihteerin 1).

Haastattelut toteutuivat pääsääntöisesti rauhallisissa tiloissa, mutta joissakin kodeissa haastattelua häiritsi joko työntekijän tai sitten asukkaiden toiminta.

*”Haastattelutilanteet olivat aika vaikeita - mitään sellaista rauhallista paikkaa ei oikein löytynyt, koska asukkaat asuivat ensinnäkin kahden hengen huoneissa, joten joku oli aina huoneessa tai mikäli sitten oltiin talon yhteisissä tiloissa, niin talon muut äänet kuuluivat sitten tään avonaisuuden takia näihin haastattelutilanteisiin - yksi työntekijä olisi mielellään halunnut olla kuulemassa, mitä ihmisiltä kysyttiin”.* (Aluesihteerin 3).

Kodeissa, joissa työntekijät ottivat haastattelijat hyvin vastaan, olivat myös asukkaat välittömiä ja kiinnostuneita haastattelijasta. Vastaavasti niissä kodeissa, joissa henkilökunnalla ei ollut juuri aikaa haastattelijoille, myös asukkaat vaikuttivat vaikeasti lähestyttäviltä ja vetäytyviltä.

*”Siis kaiken kaikkiaan musta oli kiva, että näistä asioista voitiin yleisesti puhua, niin että asukkaat oli paikalla, täydensivät, kommentoivat ja sillä lailla tuli myös tällainen kodinomainen olo myös tältä osin. Sitte tästä kodinomaisuudesta vielä sen verran, niin ku missä tahansa kodissa, niin ei pyritä pitämään niitä ihmisiä siellä neljän seinän sisällä. Lähetään, käydään yhdessä kaupassa ja lähetään yhdessä apteekkiin ja tehdään myös yhdessä retkiä eli kotiin ei niinkään kutsuta sitten erilaista asiantuntemusta vaan sen luo mennään ja siellä sitten yhdessä opetellaan näitä käytännön taitoja”. (Aluesihteerin 1).*

*”Työntekijät olivat aika vaikeasti lähestyttäviä - vaivautuneita - yksi työntekijöistä oli sitä mieltä, että jos nämä ihmiset parhaansa älyäisivät, niin eivät täältä minnekään lähtisi, eli sellaista kuntoutumisnäkökulmaa tuntui puuttuvan tältä henkilökunnalta. Sellainen pääasiallinen vaikutelma jäi, että tämä paikka on sellainen viimesijainen paikka hyvin monelle ja että sellaista aktiivista omaan asuntoon kuntouttavaa toimintaa ei tässä palvelukodissa ollut. Mielenkiintoista oli se, että henkilökunta oli jotenkin varpaillaan eli se tunnelma oli se päällimmäinen, joka siitä jäi. Mitä sitten tulee näihin asukkaisiin, niin he olivat kiinnostuneita tietämään, kuka olen, mutta he eivät sitten taas kauhean auliisti kertoneet tästä talosta tai tulleet tervehtimään ett mieluumin olivat sellaisia vetäytyviä. Ainoastaan yksi asukkaista oli tällainen aktiivisempi”. (Aluesihteerin 3).*

Litteroitua haastatteluaineistoa kertyi kaikkiaan 321 sivua. Selvän saaminen asukkaiden puheesta oli välillä hankalaa huolimatta selkeän puheen kriteeristä. Eräs asukas kommentoi nauhalta kuuntelemaansa ääntään: *”Sehän on kuin humalaisen puhetta”*. Haastattelijoiden hoitokotikuvausten ja haastattelukokemusten pohjalta litterointiaineistoa karttui 15 sivua. Kaikki teksti on kirjoitettu sanasta sanaan sellaisena, kuin se on nauhalla.

Analysoin aineiston laadullisen sisällön analyysin mukaisesti (Miles & Huberman 1988). Laadullinen sisällön analyysi houkuttelee tutkijan Milesin mukaan (1985, 122) herkästi harhapoluille (vrt. fenomenografinen tulkitseva analyysi – ylitulkittamisen vaara, jolloin jotkut ilmaisut voi pakottaa sellaisiin merkityskategorioihin, joihin ne eivät kuulu, Ahonen 1996). Se, mitä tutkimusraportissa kirjoitetaan, ei välttämättä vastaa sitä, miten asiat todellisuudessa ovat tai mitä tutkija raportillaan ajaa takaa. Onkin selkeästi osoitettava, miten tutkija pääsee päteviin päätelmiin. Pietilä (1976, 252–253) kirjoittaa, että tutkijan kielellisellä ilmaisulla on vähintään kaksi eri käyttötarkoitusta; *ilmaiseva* tehtävä, jolloin kieltä käytetään ilmaisemaan suoraan tiedonantajien tunteita ja ajatuksia ja *edistävä* tehtävä edistämään tutkijan omia tai edustamiensa ryhmien pyrkimyksiä.

Etenin tutkimuskysymysten teemoittamisesta aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin käsittekarttaa varten. Aineiston suhteen saturaatiopiste olisi voitu saavuttaa tätäkin pienemmällä aineistolla. Tiedonantajien kuvaukset ovat kuitenkin varsin eri sävyisiä, joten haluan niitä esittämällä lisätä tämän osa-

tutkimuksen uskottavuutta. Kuvaan nais- ja miesasukkaiden vastaukset erikseen silloin, kun niiden välillä on havaittavissa selkeitä eroavaisuuksia. Havainnollistan aineiston analyysin toteuttamista taulukoissa 10a ja 10b; III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimuskysymys 1, nais- ja miesasukkaat sekä liitteen 13 taulukoissa 10c, 10d ja 10e. Ne luonnehtivat esimerkinomaisesti käsitte-karttoja, joita laadin tutkimusaineistosta.

Taulukko 10a. *III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimuskysymys 1, naisasukkaat*

Tutkimuskysymys	Teemahaastattelun mukaiset teema-alueet	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely	Abstrahointi
1. Millainen käsitys hoitokodin asukkaalla on hänen terveystensä liittyvistä tavoitteista?	Miksi asukas on tullut hoitokotiin?  Mihin hän kodissa asumisellaan pyrkii?	- tulen kuntoutumaan, mutta harhat painaa, - yksin ei pärjää, - täytyi löytää toipumispaikka, - tulen jaloista vaivaseks, - sairastuin vakavasti, - ei sais ainakaan lihota, - tulemaan tasapainoiseks, - keskustelemaan terveydestä, - oppis itsenäistymään, - pystys asumaan yksin, - olis päivärytmi	<b>Kuntoutu-</b> <b>minen</b>  <b>- fyysinen</b> (ei lihoaminen, jaloista vaivaseks)  <b>- psyykinen</b> (tasapainon hakeminen, harhat painaa)  <b>- sosiaalinen</b> (keskustelua terveydestä, yksin ei pärjää, rytmin hakeminen)	KUNTOU- TUMINEN          ITSENÄIS- TYMINEN

Taulukko 10b. *III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimus kysymys 1, miesasukkaat*

Tutkimuskysymys	Teemahaastattelun mukaiset teema-alueet	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely	Abstrahointi
1. Millainen käsitys hoitokodin asukkaalla on hänen terveyteensä liittyvistä tavoitteista?	Miksi asukas on tullut hoitokotiin?  Mihin hän kodissa asumisellaan pyrkii?	- kun yksin ei pärjää tai just ja just pärjää äänien kanssa, - tulin palvelujen takia, - lomajaksolle sairaalasta, - kun ei oo muuta asuntoa - vointia seurataan, - tänne vappimpiin oloihin ja täällä asumaan, - terveenä pysyis, - pikkuhiljaa eteenpäin, - rauhalliseen ja turvalliseen ympäristöön, - viettämään lomajaksoja	<b>Hoidon ja palvelun saaminen</b>  <b>- fyysisiin</b> vaivoihin (olis fyysisesti kunnossa)  <b>- psyykkisiin</b> vaivoihin (vapaus ja tasapainoisuus)  <b>- sosiaalsiin</b> haittoihin (rauhallinen ja turvallinen ympäristö, yksin ei pärjää)	JATKO-HOITO  HOITO- TAI PALVELU-KOTI-ASUMINEN

Kuvaan hoito- ja palvelukotiasukkaiden (N =50, josta naisten n=19, miesten n=31) taustatietoja taulukoissa 11–17 (liite 9) ja raporttiosuudessa. Taustatietojen jälkeen kuvaan tutkimustuloksia tutkimuskysymyksittäin ja teemoittain. Yhden aluesihteerin haastattelemat asukkaiden vastaukset on poistettu taustatietojen jälkeen kokonaislukumäärästä ja lisäksi luvusta on pois yksi haastattelun keskeyttänyt (jolloin N=39, josta naisten n=16, miesten n=23).

Suurin osa haastateltavista oli naimattomia. Naisasukkaista neljä oli ollut naimissa ja kolme oli edelleen aviossa. Miesasukkaat olivat pääsääntöisesti poikamiehiä (Taulukko 11). Peruskoulutus oli lähes ainoa asukkaiden koulutusmuoto. Miehistä viisi ja naisista kaksi oli hankkinut jonkun ammatillisen koulutuksen ja yksi mies ja kaksi naista olivat opiskelleet korkea-asteella (Taulukko 12). Kaikki asukkaat olivat eläkeläisiä. Puolella asukkaista oli jokin koulutusammatti, puolella ei ollut mitään ammattia (Taulukko 13). Suurin osa nais- ja miesasukkaista oli asunut kodeissa 3-5 vuotta, naisasukkaat kuitenkin alle kuusi vuotta ja miehet alle yhdeksän vuotta (Taulukko 14). Naisasukkaat olivat miesasukkaita iäkkäämpiä ja heidän ikäjakaumansa oli miehiä tasaisempi. Sekä nais- että miesasukkaiden ikähuippu asettui 40 - 49 ikään (Taulukko 15). 31 asukasta oli tullut sairaalasta hoitotai palvelukotiin (Taulukko 16). Asukkaat kuvasivat syyksi hoito- tai palvelukotiin



siirtymiselle sen, etteivät he pärjää sairautensa vuoksi muualla (19/50). Miesasukkaat kertoivat tulleen myös lomajaksoille tai jatkohoitoon sairaalasta tai kun muuta asuntoa ei ollut (Taulukko 17).

## 7.5 Tutkimustulokset

### 7.5.1 Asukkaiden käsitys terveyteen liittyvistä tavoitteista

#### a) Asukkaiden terveystavoitteet

Suurin osa asukkaista oli siirtynyt asumaan hoito- tai palvelukotiin sairaalasta. Nais- ja miesasukkaiden terveystavoitteissa on selkeä ero; **naisasukkaat** ovat tulleet hoito- tai palvelukotiin **kuntoutumaan ja itsenäistymään ja miesasukkaat hakemaan hoitoa ja palvelua tai asumaan pysyvästi hoito- tai palvelukodissa**. Naisasukkaat (N) painottivat keskustelun merkitystä kuntoutumiselle ja miesasukkaat keskustelun lisäksi ympäristön rauhallisuutta ja vapautta (M).

Naisasukkaista (14/16) ja miesasukkaista (19/23) valtaosa koki terveydentilan menevän hoitokodissa asuessa parempaan suuntaan. Asukkaat hoitivat terveyttään pääsääntöisesti lenkkeilemällä ja lääkkeillä. Vointiaan he kuvasivat kohtalaisen hyväksi. He kuvasivat oppivansa enemmän kanssakäymistä kuin itsensä hoitamista asuessaan hoito- tai palvelukodissa. Miesasukkaista lähes kaikki korostivat lääkeshoidon merkitystä. Kahden asukkaan mukaan työntekijät kirjasivat huomioon asukkaiden terveydentilan vaihteluista, mutta suurin osa ei tiennyt kirjaamisesta mitään.

*”...pelkäsin aikaisemmin yksinäisyyttä, nyt rupee tulemaan semmosta oman asunnon tuntumaa, semmosta, niinkuin asuis yksin”* (N)

*”...oon parantunu aika lailla, pikkuhiljaa olen alkanu liikkumaan tuolla ulkona, en kaupungilla, koska mulla on ääniharjoja, pelkään ihmisiä”* (M)

*”...täällä on hirveän hyviä hoitajia, jos on vaikeeta, niin niiden kanssa juttelemaan terveydestään”* (N)

*“...on tullu varmuutta, oon onnellinen, ett näinkin hyvin menee, sukulaississa käyn melkein päivittäin...”* (M).

Huolimatta terveydentilan kohenemisesta se ei asukkaiden mielestä ollut riittävän hyvä työntekoon.

*”...muuten on hyvin, aina ei huvittas töihin, tiistaina tein hikihatussa, keskiviikkona en oikein pystynytäkään, tänä päivänä taas pystyn...”* (M)

*”on kiputiloja ja ääniharjoja ja äänet on tosi uhkaavia...”* (M)

*”on niitä keskittymisvaikeuksia...”* (M)

*”ei ihan normaali olo, piä tuntuu tunnottomalta...”* (M)

*”kyllä mä oon täällä viihtyny, täällä on hyvä kohtelu, pääsee vapauteen, mutta muuta ei oo kuin toi työ, ei se hirveesti rasita, mutta kun ei oo työkykyä, ja silti vaaditaan joka päivä tulemaan töihin...” (N)*

Miesasukkaat halusivat naisasukkaita enemmän ”olla vaan”. Suuri osa asukkaista oli mielestään oppinut ymmärtämään lääkehoidon merkityksen omalle terveydelle samoin kuin päivittäisiin askareisiin liittyviä asioita. Ne koettiin nyt aikaisempaa suurempina henkilökohtaisina haasteina. Uskaltautuminen kodin ulkopuolelle koettiin pääsyyksi vapauteen. Työn tai myös kotitöiden tekeminen koettiin ajoittain raskaana.

### **7.5.2 Terveyteen liittyvien tavoitteiden toteutuminen**

#### *b) Yhteisön merkitys asukkaan terveydelle*

Yhteisö koettiin terveyden kannalta merkityksellisenä ja itselle tärkeiden ihmisten kotina. Asukkaat kertoivat yhteisön jäsenten lukumäärän ja nimet ja myös joidenkin jäsenten luonteenpiirteitä. Yhteisö oli tuttujen ihmisten asuin- ja työpaikka.

*”...paljon merkitsee, tää on just sellanen paikka kun täytyy oppia elämään itsenäisesti, se merkkää mulle sitä, ett mull on niinku koti, vaikkei tää ookaan mun koti, saa olla vapaasti ja tehdä mitä haluaa” (N)*

*”...mulla on sellanen tunne, että mä pärjään paremmin, kun mä meen tän kautta, me ollaan kaikki tuttuja ja jokainen on erilainen ja se täytyy ottaa huomioon” (N)*

*”...voi että sitä yhteistyötä, ne merkittee ihan kaikkea...” (N)*

Kodin ilmapiiri vaihteli asukkaiden mukaan hyvästä ja rauhallisesta ja suhteellisen miellyttävästä, varautuneeseen, rauhattomaan, pieniä erimielisyyksiä ja tappelun nujakoita sisältäviin riitoihin. Yhteisössä koettiin voimakkaita tunteita, joita kaikki naisasukkaat eivät kuitenkaan rohjenneet ilmaista. Asukkaiden käsitykset yhteisön jäsenten suhtautumisesta toisiinsa perustuivat tilanteiden nopeaan vaihtelemiseen. He kuvasivat yhteisöä isoksi perheeksi, joka eli järjestyksessä, mutta joka välillä oli väsynyt, jolloin jäsenten välit olivat viileät mutta ystävälliset. Yhteisön elämää kuvattiin myös leikkimökkielämäksi.

*”...joittenkin kanssa pystyy oleen, joittenkin kanssa ei...” (M), ”toiset kaverit on sellasii, ett ne treenaa hirveesti, ne soittaa kitaraa tai käy salilla” (N), ”on hyvä henki” (M), ”leikkimielellä, kukaan ei komentele toista, jos toisen huoneeseen menee, niin käsketään pois” (M), ”ollaan niin ku samassa junassa” (M), ”tää kuin iso perhe” (N), ”täällä on hyvä järjestys, ei oo ongelmia” (M), ”...viileästi ja ystävällisesti” (N), ”tämä ei oo tervettä, aikuiset ihmiset panee kaheksalta nukkumaan, tämä on vähän sellasta leikkimökkielämää, vaikka onkin tosi elämää...” (M), ”välillä vähän semmosta, ett jos niinku on vihanen toisilleen, niin ei kehtaa sanoo sitä toiselle, pitää niinku olla vaan, tavallaan ei tarttis peittää tunteita, mutt kun joku on vanha mies, ja ollu kauan sairaalassa, niin täytyy ymmärtää sitä, kumminkin on inhottavaa olla ystävällinen, kun se suuttuu pienestä” (N), ”...riiellään ja ei riellä” (M), ”...välillä rauhatonta...” (N).*

c) *Sääntöjen merkitys asukkaan terveydelle*

Lähes kaikki asukkaat kuvasivat hoito- tai palvelukotien päiväjärjestystä säännöllisinä, tiettyyn kellonaikaan toistuvina ja osallistumiseen velvoittavina ruokailutilanteina, yksilöllisinä työtehtävinä tai ryhmätöinä. Ryhmässä tehtävä työ tapahtui heidän mielestään useimmiten säännönmukaisesti vuorotteluperiaatteella. Päiväjärjestyksen kuvaus onnistui myös iäkkäältä ja omassa maailmassaan olevalta naisasukkaalta.

*"...aamutoimet suoritettu, ruoka puol kahdentoista aikaan, ruoan puolesta pärjää, en käytä paljon päiväleppö, päiväkahvi, päivällinen neljän jälkeen, taivaalliset esivallat antaa määräyksiä, iltapala, lääkkeet yöpuulle kaheksalta, katson TV:tä, en ole sairastunut, vaan on joutunut pelastamaan toisia..."*

Asukkaiden kuvaukset yhteisöjen päiväjärjestyksestä ja säännöllisestä ja strukturoidusta ohjelmasta ovat osittain aluesihteereiden kuvausten suuntaisia. Hoito- ja palvelukotiyhteisöjen toiminta perustuu asukkaiden kuvausten mukaan ennalta laadittuihin suunnitelmiin.

*"...mun tehtävä on hoitaa kaikki pois pöydästä ja sitte mä meen tonne keittiöön tekemään muita hommia, toiset on työsalilla ja toiset ei käy töissä ollenkaan, aika paljon ne painottaa tota työtä, se on tärkeätä, ett tekee jotain, kyllä se varmaan kuntoutuksen kannalta on tärkeätä, tulee pitkäjänteisyyttä"* (N)

*"...henkilökunta edellyttää, että askarrellaan..."* (M)

Säännöt koettiin useimmiten normatiivisina ja noudatettavina. Päiväjärjestys rytmitti säännöllisyydellään ja rutiineillaan vuorokautta, mutta säännöllisenä se koettiin paitsi opettavana ja terveydelle merkityksellisenä myös raskaana. Työryhmiin jakautuminen koettiin sääntönä. Sääntöjen painottamisesta seurasi asukkaiden keskinäinen hierarkia. Asukkaiden mielestä henkilökohtainen asema ansaittiin jonkin ominaisuuden perusteella yhteisössä.

Naisasukkaiden kokemus ohjauksesta oli myönteinen rohkaisten heidän uskoaan tulevaisuuteen. Miesasukkaat kokivat työntekijöiden ohjauksen naisasukkaita enemmän normatiivisena. He luettelivat sääntöjä, joita heidän mukaan kodissa pitää noudattaa ja asioita, joita asukkaat eivät saa tehdä.

*"...luvatta ei saa lähteä minnekään, vapaata on, mutta on niitä sopimuksia, joita laitoksessa on", "...on semmonen lappu tuolla käytävässä, lukee säännöt, pitää noudattaa, ei tule mitään, jos ei noudata", "...yöllä pitää nukkua", "...pitää itensä siistinä, hakee itte lääkkeet dosettiin", "...vieraita ei saa jäähä yöksi", "...tupakoida ei saa sisällä", "...alkoholia ei saa käyttää", "...ei saa käyttäytyä väkivaltaisesti asukastoveria kohtaan", "...toisten huoneisiin ei saa mennä", "...TV:tä haluaisin katsella myöhempään, mutta täällä on niin huonot äänieristykset", "...lääkkeet pitää ottaa", "...kun on semmonen nokkimisjärjestys, niin mä koen olevani aika korkeella siinä", "...yks on kukkoherraks haukkunu...(naureskelee), yritän kuitenkin näytellä mataloo prohviliä", "...oon isäntä talossa, oon ollu kaikkein kauemmin, 6 vuotta..."*

Asioista sopimisesta asukkailla oli varsin erilaisia käsityksiä. Toisten mielestä hoitajat päättivät kaikesta, ensin ehdottivat jotain, minkä mukaisesti asukkaat toimivat. Omahoitaja oli tärkeässä asemassa sopimusten tekemisen suhteen. Joidenkin asukkaiden mielestä yhteisö- ja aamukokouksissa keskusteltiin kodin asioista ja keskenään pyrittiin sopimaan, mutta tärkeimmistä asioista työntekijät päättivät. Omista asioistaan asukkaat kokivat voivansa sopia hoitajan kanssa. Kolmea asukasta lukuunottamatta omia vaikutusmahdollisuuksia ei koettu olevan. Jotkut asukkaat kokivat olevansa voimattomia ja haluttomia oman vaikuttamisen suhteen.

*"... sanon joskus, että tekis mieli kattoo, mutta kun ne sanoo, että ei käy, ei ne mulle yksistään kahvia - järven toisella puolella on tanssipaikka, näitillä paikalla, siellä on näitä Suomen huippuja, ensi lauantaina Markus Allan, mutta mitenkäs sinne pääsee, kun pitää olla jo kaheksalta pehkuissa, ei mulla oo mitään vaikutusvaltaa, ei yhtään mitään..." (M).*

Vastuu koettiin osittain vaikeana puheenaiheena. Asukkaat tunsivat kantavansa vastuuta itsestä ja miesasukkaat osittain myös yhteisöstä ja sen muista jäsenistä. Miehet kokivat mahdollisesti, että heille oli langennut sukupuolensa mukaisesti "isännän pesti". Kiitos, tunnustus ja pullakahvit olivat useimmiten asukkaiden palkkiona vastuullisesta työnteosta.

*"...vaikeita kysymyksiä, no ruoanlaitosta, että työt tulis kunnolla tehtyä" (N), "...aina välillä poikia toputtelen, kun meitä on neljän porukka, ne on niin nuoria, niin ne ei oo niin innokkaita" (N), "...ittestäni, etten hajota paikkoja" (M), "...mun pitäs enemmän kantaa vastuuta ittestäni, sano yks hoitaja tossa yks päivä, se sano, ett mulla on voimavaroja elää, mikä se sana nyt oli, ett huolehtia ittestäni, elää ihmisarvoista elämää..." (M).*

Asukkaat toivoivat työhön koulutusta ja nykyistä vaihtelevampaa ja kehittävämpää työtä, josta maksetaan kunnollinen rahakorvaus ja miesasukkaat erityisesti lisää vapautta. Työ, raha ja vapaus voidaan nähdä eräänlaisena ihmisarvon mittana. Usein ne puuttuvat mielen kuntoutujilta. Itsearvostus vaikutti kuvausten perusteella olevan melko alhainen. Asukkaiden oma roolin muutos, pois potilaan roolista, on keskeneräinen prosessi. Jotkut asukkaat kuvasivatkin itseään edelleen potilaiksi ja hoitokotiyhteisöä osastoksi.

*"...ei kai mulla arvoa" (N), "olen vaan tavallinen jäsen" (M), "mikä se asukkaan asema on" (M), "en minä muuta kuin potilaana" (M).*

Asukkaat toivoivat, että työntekijät luopuisivat hoitajan rooleistaan.

*"...ne vois luopuu niistä henkilökunnan rooleista, musta tuntuu, ett tää on niinku jostain tyylikirjasta, tää on menny enemmän niinku laitospaiseen suuntaan, ne on menny vähän niinku komentelevaiseen malliin" (M), "vois henkilökunta olla vähän arkisempaa" (N).*

d) Työnjaon merkitys asukkaan terveydelle

Sekä nais- että miesasukkaat kuvasivat työtä tekemällä oppivansa elämässä vaa-  
dittavia taitoja. Kotitöiden teko painottui ja niitä tehtiin oman käsityksen mukaan  
osittain ”puolipakolla” ja osittain vapaaehtoisesti, välillä ”puolikuntoisena” ja  
välillä taas paremmassa kunnossa. Naisasukkaiden suhtautumista päivittäisiin as-  
kareisiin tulkitsen heidän kuvaustensa perusteella viha–rakkaus-suhteeksi, sillä he  
tekivät kotitöitä ristiriitaisissa tunnelmissa. Työt jaettiin vuorotellen pienille ryh-  
mille ja tehtiin usein yhdessä asukkaiden ja työntekijöiden kanssa.

*”...järjestetään aina niin, että on kodinhoitoryhmä, siivousryhmä, keittiöryhmä,  
jaetaan viikoks kerrallaan, aamulla päätetään mitä tehdään, kauppatilaukset ja  
sellaset, ohjaaja on apuna” (N).*

*”...ei se oo mukava liikkua tiällä, jos on puol metrii roskoo lattialla, on se oikein  
tehdä, oppii sitten omassa elämässä elämään, kattaushommat hoiellaan vuoronpe-  
rään...” (M).*

Naisasukkaiden mieluisinta puuhaa oli lepääminen tai nukkuminen ja niiden  
ohella käsitöiden tekeminen, istuminen ulkona keinussa, lenkkeily, radion kuunte-  
lu, lukeminen, kahvin keitto ja keskusteleminen jonkun kanssa. Puolet naisasuk-  
kaista (8/16) suhtautui työntekemiseen joustavasti ja myönteisesti.

*”...ruokailun jälkeen otan aika pitkät unet”, ”nukkuminen nyt ainakin ja virkkaa-  
minen ja kutominen”, ”istun tuolla keinus, siit mie nautin, siin saa vähän liikun-  
taa”, ”...kuuntelen radiota ja kasetteja, luen kirjoja, käyn joskus lenkillä”, ”...kah-  
via keitän kaikkein mieluummin”, ”...en tiedä epämurkavista töistä, oisko lattian  
pesu”, ”...kun saa puhua jonkun kanssa, se helpottaa”.*

Miesasukkaiden mieluisinta puuhaa oli lorvimisen, lepäämisen ja nukkumisen  
ohella tupakointi, lueskelu, uutisten seuraaminen TV:stä, kylällä käynti, tuttavien  
tapaaminen, pesäpallon seuraaminen, Jumalan äänen ja musiikin kuunteleminen.  
Työntekoon miesasukkaat suhtautuivat vaihtelevasti. Osa oli kiinnostunut mistä  
tahansa tekemisestä, etenkin kun sen lopputulosta voi ihastella. Osa suhtautui työ-  
hön kielteisesti.

*”...tykkään siivoomisesta, teen, mitä vaan jaksan”, ”...saada tehdä töitä terveitten  
kanssa”, ”...mä oon kova polttaa tupakkaa ja kyllä mä työtä jo kiertelen”, ”...kuun-  
telen musiikkia, juttelen niitä näitä”, ”...lorviminen, lueskelen ja kattelen uutisia”,  
”...kylällä käynti, hedelmäpelin pelaaminen”.*

Kaikki asukkaat kuvasivat työn tai toiminnan terveyden kannalta erittäin mer-  
kitseväksi siitä huolimatta, että se osittain koettiin raskaana. Sen koettiin ylläpitä-  
vän tai edistävän terveyttä monella tavalla. Työtä tekemällä oppi työn tekemistä.

*”...vahvistaa, että saa ittensä liikkeelle ja pystyy keskittymään” (N), ”se on mun  
hyvinvoinnin kannalta tärkeätä, tulee pitkäjänteisyyttä” (M), ”on parantava vaiku-  
tus, kun on kiinni jossain” (M), ”ett pysyis pienessä rytmissä koko ajan, ettei turru”  
(N), ”jos en kävis työsalilla, olis vaikeeta ajankulu päivällä, lähtisin taas kylille...”  
(M).*

Työnjako ja yhteistyö toteutuivat jossain määrin naisten ja miesten töinä, mutta kuvausten perusteella suurin osa asukkaista teki kaikkien kanssa yhteistyötä. Työn jälkeen asukkaat lepäsivät tai muuten viettivät melko omaehtoisesti vapaa-aikaansa. Miesasukkaiden suhde työn ja vapaan vuorotteluun oli naisasukkaita joustavampaa. Muutama naisasukas koki saavansa työntekijöiltä tukea vapaa-ajan viettoon samoin kuin muutama miesasukas, mutta miehet kokivat naisasukkaita enemmän saavansa viettää vapaa-aikaa omaehtoisesti. Työntekijät ohjailivat asukkaiden mielestä ennemmin työntekoa ja miesasukkaiden mielestä lisäksi heidän itsestä huolehtimisestaan.

*”...työntekijät kehuu kauheesti, kun me käydään uimassa” (N).*

*”...kyllä ne kannustaa ja ymmärtää, kun teen liikaa töitä, ne sanoo, ett lopeta jo” (N).*

*”...talvella kalastusta, verkot on jään alla, saa tehdä ite kalasta tahi sitten yhdessä tehkään, patakukkoa, iltasin paistetaan kavereitten kanssa ahvenia tai haukea, herkutellaan” (M).*

*”...shakkii työntekijän kanssa” (M).*

*”...pitäs tulla määrättyyn aikaan kylältä, rajoja sillä tavalla asettavat” (M).*

*”...ei täällä oo mitään tekemistä, se on istuskelua ja tupakalla käyntiä, kävelyllä käyn joskus, henkilökunta ei lähe, joku asukas kyllä” (M).*

*”...kukaan ei oikein kannusta, pitää olla oma-aloitteinen” (M).*

*”...saadaan olla keskenämme vapaalla...” (M).*

Asukkaiden kokemus omaehtoisuudesta vapaan suhteen viittaa vähäiseen vapaa-ajan ohjaukseen sekä asukkaiden toimettomuuden ja joutilaisuuden kokemukseen. Sen sijaan työn tekemisen ohjailuun kiinnitetään heidän kokemustensa mukaan paljon huomiota. Miesasukkaat kuvasivat häiriköivänsä, jos heillä ei ollut mitään tekemistä. Hoito- ja palvelukotiyhteisöt vaikuttivat varsin toiminnallisilta puoleen päivään asti, jolloin useimmalla asukkaalla oli kotitöiden tekemistä, työsalilla työskentelyä tms. puuhaa. Vapaalle siirryttyään yhteisön jäsenten toiminnallisuus ja keskinäinen vuorovaikutus vähenivät.

#### *e) Välineiden merkitys asukkaan terveydelle*

Asukkaiden käytössä oli useimmiten kaikki kodin välineistö. Joissakin kodeissa oli uima-allas, kuntosali tai urheiluvälineitä, takkahuone ja erilaisia pelejä. Kotiruoka oli monipuolista, ravitsevaa ja sitä oli riittävästi. Rahaa asukkailla oli niukasti käytössä.

Nais- ja miesasukkaiden käsityksissä terveydelle tärkeistä ja terveyttä huonontavista asioista on eroa. Naisasukkaat pitivät terveyden kannalta tärkeimpänä omaa halua kuntoutua ja miesasukkaat hyvää fyysistä kuntoa. Naisasukkaiden kokema

terveysuhka tuli siitä, kun he eivät rohjenneet kertoa terveydentilansa huononemista työntekijöille peläten kodista poisjoutumista. Naisasukkaiden terveydelle vaikutti yhteisön laadullisilla ominaisuuksilla olevan merkitystä.

*”...kun ei uskalla sanoa ongelmia, pelkää, ett joutuu täältä pois”*

*”...kun rasittuu ja sitten sitä hermostuu, kun jotain kinkkistä hommaa tekee, niin siihen ei saisi tulla sanomaan, että ole hiljaa tai mene huoneeseen”*

*”...jos on liikaa töitä, ei saa hermostua”*

*”...jos tulee oikein raskasta, konetiskiviikko on sellainen”*

*”...jos joku minua haukkuis, niin masentuisin”*

*”...riidat, niistä tulee paha mieli”*

*”...en mä kaikkea sano hoitajille, mä nielen kaikki...”*

Miesasukkaiden suurin terveysuhka oli fyysisen ja psyykkisen terveyden huononeminen, josta he mielestään avoimesti voivat puhua. Yksinäisyyden he kokivat naisasukkaita suurempana terveysuhkana. Miesasukkaiden terveydelle oli oman fyysisen terveyden lisäksi ihmissuhdeverkoston koolla ja rakenteella merkitystä. Tulokset ovat samansuuntaiset Seikkulan (1990) esittämien verkostotutkimusten tulosten kanssa.

*”...tuo ruumiillinen kunto, siinä on puutteita, pitäis vähän terästäytyä, mulla on oikea jalka ollu kipeä, kun kaauin tossa rapuissa tupakkayskässä ja iskin jalkani siihen tappiin, jos rahhaa on, niin mie liikun, jos ei, niin en liiku”, ”vatsan kanssa vähän vaikeuksia, pitää katsoa, mitä syöpi, vatsa reagoi”, ”näinästyksen joudun lääkettä ottamaan”, ”yksinäisyys”, ”lääkkeitä ennemmin keskustelut ihmisten kanssa”, ”mä vaan oon niin ujo, jännitän”.*

Yhteisössä keskusteltiin asukkaiden mielestä paljon. Naisasukkaat eivät kuitenkaan rohjenneet puhua kaikesta hoitajille, kun taas miesasukkaat puhuivat asiastaan, mutta kokivat, etteivät aina tulleet ymmärretyksi.

*”...kaikkee mahdollista jutellaan” (N), ”mä pystyn enemmän puhumaan mun poikaystävälle, kuin tälle henkilökunnalle” (N), ”aika usein keskustellaan, mutta mä pidän omat asiat erillään” (N), ”ei oikeastaan kuin tuolla tupakkipaikalla ja tietysti kämppäkaverin kanssa tuolla huoneessa, jonnin joutavoo” (M), ”voin mä puhua mun jaksamisesta henkilökunnalle, mutt mä koen, ett tuun harvemmin ymmärrettyks, se on vähän niinku pinnallista” (M).*

#### *f) Työntekijöiden merkitys asukkaan terveydelle*

Työntekijät merkitsivät paljon asukkaille. He arvottivat työntekijän yksimielisesti ”numero ykköseksi”. Useassa eri haastattelun kohdassa moni asukas halusi mainita kokemastaan hyvästä kohtelusta. Asukkaat kuvasivat arvostustaan työntekijöitä kohtaan kuvaamalla heidät ahkerina ja rehellisinä, kärsivällisinä ja huolehtivaisina. Asukkaat kuvasivat osan työntekijöistä painottavan rutiiniluontoisia kotitöitä ja osan vuorovaikutusta ja sosiaalista kanssakäymistä asukkaiden kanssa.

*”...työntekijä on numero yksi. Ne on niin ahkeria ja kovia tekemään ja aina hyvällä tuulella” (N), ”ne jaksaa ymmärtää ja sillä lailla hellästi lepyttää, kyllä niiltä kärsivällisyyttä kysytään” (N), ”puhtaus on kymppi” (N), ”ruoka ja kahvi on rikulleen ajassaan” (M), ”mukavaa porukkaa, ei turhasta sano mitään, täytyy itessä olla vikaa, ne on rehtiä, ottavat minunkin asiat huomioon” (M), ”keskustelu auttaa äänien kuulemiseen, rauhoittaa” (M), ”ne neuvoa ja opastaa, tekee paljon itekin” (M), ”kyllä ne on niin ahkeria kaikki, minä saan kiittää kaikkia, saan niiltä apua (M), ”kyllä se työ kovaa on, mä vähän riitelen välillä” (M), ”kärsivällisyyttä, huolehtivaisuutta, psykiatrinen sairaanhoitaja hoitaa meidän jalkojakin täällä” (N).*

Moni asukas kertoi olevansa kiitollinen päästyään sairaalan ”hullunmyllystä” rauhalliseen pienkotiin, jossa asiakkaalle annetaan aikaa ja huomiota sairaalaa enemmän. Asukkaat kokivat tarvitsevansa ohjausta päivittäisiin askareisiin mutta ennen kaikkea terapeutukseen ja yksilölliseen keskusteluun.

Haastattelussa asukkaita pyydettiin myös arvioimaan hoito- ja palvelukotien työntekijöiden työtä ja esittämään heille toivomuksia. Tulokset ovat tämän tutkimusprojektin ensimmäisen tutkimusvaiheen tulosten suuntaisia.

*”...enemmän vielä kuulis meidän ääntä” (N), ”ett olis tukena sitten kun muuttovaihe tulee” (N), ”työsali on vähän semmosta typerää, pitäis olla erilaisia töitä, jotain vähän kehittävämpää, niinku rakentaa jotain, ei saman toistoa, tai sitte vois olla jotain koulutusta, ett näytettäis, miten joku tehdään” (M), ”laskisvat käymään asioilla, sehän ei olis kummonen homma, jos kahvin kaatas termospulloon ja lääkkeet antasit, niin sais olla vähän muualla, minä kun en oo ikinä seinien sisällä ollu, niin tuntuu oudolta” (M), ”vapaana liikkua pesäpallo-otteluun” (M), ”viikkoraha sais nousta...” (M).*

Ne asukkaat, jotka kokivat yhteisön tukevana ja kannustavana, esittivät, että heidän mielipiteitään kuultaisi vielä enemmän. Lähes kaikki asukkaat ilmaisivat joitakin toiveita henkilökunnalle ja miesasukkaat erityisesti toiveen kehittävämmästä työstä ja vapauden saamisesta.

Sääntöjen merkitysten yhteydessä miesasukkaat kuvasivat työntekijöiden ohjausta supervision-tyyppisenä. Tässä on kysymys todennäköisesti ohjauksen tilannesidonnaisuudesta, jolloin asukkaat ovat vahvasti kiinni vallitsevassa kontekstissa tunteineen ja kokemuksineen. Kun puhutaan yhteisön säännöistä, ne mielletään normatiivisina ohjeina, joiden noudattamista kontrolloidaan. Kun taas puhutaan toiminnan ohjaamisesta yleisellä tasolla, asukkaat liittyvät siihen oman vaikuttamisen mahdollisuuden, tahdon ja vapauden.

Nais- ja miesasukkaiden kokemuksissa työntekijöiden tavoista ohjata asukkaita on eroa tämän kontekstisidonnaisuuden johdosta. Naisasukkaat kokivat ohjauksen unelmien toteuttamisena, asioiden käsittelynä, kannustamisena, huolehtimisena ja kysymisenä. Miesasukkaat kokivat ohjauksen muuten samansuuntaisena painottuen ehkä enemmän guidance-tyyppiseen ohjaukseen, neuvoina, hoitamisena ja puolesta tekemisenä. Yhteisön säännöistä keskusteltaessa miesasukkaat kokivat ohjauksen työntekijöiden kehotuksina tai käskyinä. Työntekijöiden koettiin toimivan esikuvina. Osa miesasukkaista ei kokenut tarvitsevansa minkäänlaista ohjausta.



*"...jos niinku esim. haluaa harrastaa kalastusta, niin ne niinku tavallaan toteuttaa niitä unelmia, voidaan ostaa onkivehkeet, jos haluaa tehdä oikein hyvii ruokii, niin sit tehään just sellasii" (N), "käsittämään sellasia asioita, mistä ei oo pystyny koskaan puhumaan" (M), "kannustavat" (N), "ne on mukana auttamassa, auttavat vaatteita päälle, nappia kiinni laittavat" (M), "kaikki toisiaan yhteisössä auttaa, ne toisilleen neuvo, pyytävät, veisitkö ja tekisitkö, kysyvät, olenko siivonnut, sanovat, että minä se osaan laittaa matot lattialle" (N), "huolehtivat meidän lääkityksestä ja hoitaa meitä sairaita, tekevät puolesta" (M), "kehotetaan siivoamaan ja muutenkin työasioissa ja päivälevolle käskvät" (N), "syöttävät ja juottavat" (M), "kaverii parran raakaamisessa, kun se on niin lyhyt ettei yletä peiliin kattoo" (M), "jos ommaan asuntoon joskus, niin ruoan laittoo" (M), "jos mä haluan jutella ton omahoitajan kanssa, niin se muistaa mun juttuun liittyviä asioita paljon" (N), "ohan hyö esikuvina tiällä" (N), "ei mua tarvitse paljon ohjata" (M), "jokainen kulkee oman reissunsa, henkilökuunta ei puutu" (M).*

Asukkaat arvelivat työntekijöiden arvostavan työnsä monipuolisuutta ja sitä, että he saavat työskennellä ihmisten kanssa. He arvelivat työntekijöiden arvostavan asukkaiden hyvinvointia ja heidän selviytymistään terveytensä kanssa. Työntekijät vaikuttivat naisasukkaiden mielestä olevan työstään kiitollisia. Asukkaiden tyytyväisyys, oma ammattitaito, tietokoneella naputtelemine ja työntekijöiden oma terveys olivat asukkaiden mielestä myös työntekijöiden arvostamia asioita samoin kuin siivous, ruoanlaitto ja kuukausipalkka.

Asukkaat olivat yhtä mieltä siitä, miten herkästi työntekijät huomaavat heidän terveydentilassaan tapahtuvia muutoksia.

*"...kyllä hoitajat heti huomaa ja tulee kysymään, ett mikä sulla on, kun mä menin eilen aamupalalle ja menin sohvalle nukkumaan, niin yks naishoitaja heti huomaa, ett mikä sulla on, väsyttääks sua, seuraavat sillai..." (N).*

Työntekijöillä oli asukkaiden käsitysten mukaan monenlaista koulutusta. Suurella osalla oli kuitenkin hoitoalan koulutus. Muutamalla oli talous- emäntä- tai sosiaalialan koulutus. Asukkaiden mielestä työntekijöillä tulisi olla psykiatrisen sairaanhoitajan pätevyys, mutta vähintäänkin monitahoinen kokemus.

*"...täytyy niinku osata sanoo tai neuvo, jos toisella on vaikka hirvee tunneyöry, niin osaa olla siinä" (N), "aika monitahonen kokemus varmaan" (M), "perushoitajia ja tää vastaava on ainakin perushoitaja, sairaanhoitajia ja tollasta, mä en tajua nimityksistä, mitä eroa niillä on niinku esim. mielenterveyshoitajalla ja mielisairaanhoitajalla" (M), "kaikkien pitäis olla psykiatrisia sairaanhoitajia" (M), "jotain psykiatrian erikoiskoulutusta, sairaanhoitaja ainakin" (M), "täällä on kaikki psyykkisesti ja fyysisesti sairaita, mutta täällä on kodinhoitajia ja semmosia, sitten on keittäjä, palvelukotiavustaja" (N).*

### 7.5.3 Mahdollisuudet, ongelmat ja ratkaisut asukkaiden terveystavoitteiden ja kuntouttavan työtoiminnan välillä?

#### g) Jännitteet ja voimavarat

Naisasukkaiden toive päästä asumaan yksin tai vanhempien luokse on samansuuntainen heidän esittämiensä tavoitteiden kanssa. Perheen perustaminen, ystävien ja harrastusten löytäminen, työssä jaksaminen, opiskeleminen, oppiminen ja itsensä kehittäminen, eikä enää mielisairaalaan joutuminen kuvasivat heidän toiveinaan myös heidän aiemmin haastattelussa esittämiään asioita.

*”...saisin asua yksin ja olis ammatti”, ”...päisis opiskelemaan yliopistolle tai autoalaa”, ”...itsenäistysin niin, että pääsisin työelämän alkuun, olis harrastuksia ja ystäviä”, ”...jotain uutta haluais oppia tai tapahtuvan, olis sellanen päivärytmi, ettei tulis sellasta, että mä en koskaan pystyis asumaan yksin, se olis hirveetä, ei tarts enää ikinä mihinkään mielisairaalaan mennä”.*

Miesasukkaiden toive päästä asumaan rauhalliseen ja turvalliseen ympäristöön on myös aiemmin tullut esille heidän esittämissään tavoitteissa. Osa miesasukkaista toivoi voivansa asua joskus omassa kodissa mutta tavoitteiden suuntaisesti suuri osa miehistä toivoi voivansa jäädä asumaan turvallisenä koettuun hoito- tai palvelukotiin. He halusivat tehdä työtä, mutta ei terveyden kustannuksella. Tässä suhteessa miesasukkaat saattoivat olla naisasukkaita realistisempia. Fyysisen terveyden ylläpitäminen, harrastusten löytäminen ja vapauden kaipuu oli heidän toivomuslistallaan. Osa asukkaista suhtautui tulevaisuuteen varsin toiveikkaasti, osa ei nähnyt mitään toivoa tulevaisuudessa. Rahan puute koettiin yhteisesti suurimpana taloudellisena ongelmana.

*”...rauhallisen paikan ja ympäristön”, ”...tällanen maaseutu antaa turvaa”, ”...oman tai vuokra-asunnon”, ”...vapauden, kyllä se koti on rakkain”, ”...vois ehkä joitakin töitä tehdä hiukan, mutta ei kovin paljon, ettei terveys mee että vois joka aamu lähtee jonnekin ja tulla illalla takaisin, että elämä olis sellasta tasapainosta, vältyisin noilta sairauksilta, tänne mä haluaisin jäädä asumaan”, ”...ei ne oo noi ihmiset kiinnostunu lukemisestakaan, ne istuu vaan ja juttelee samoista vanhoista asioista”, ”...tulevaisuutta ei kai oo, toivomiset on toivottu”, ”...ollaan sairaan kirjoissa”, ”...täällä on kuin hullujen huoneella, ei ollenkaan saa käyttää alkoholia, ei saa edes haista”, ”...näyttää niinku iltapuhteelta, kun kuolema lähestyy joka päivä”, ”...rahan puute se kai suurin puute on...”.*

Naisasukkaat kokivat psyykkisen sairauden, riidat yhteisössä, huimauksen ja iho-ongelmat suurimpina terveysongelmina. Lääkitys, ulkoilu, terapiapalvelut, lepo ja ihohoidot olivat käytössä, kun ongelmia pyrittiin ratkomaan.

*”...vainoharhaiseen skitsofreniaan lääkitys, ulkoilu ja käyn mielenterveystoimistossa”, ”...riidat”, ”...joskus huippaa, menee ohi, kun istuilee ja makoilee”, ”...siisteudessa, iho on tainnu palaa auringossa, kasvohoidolla ja sitte meillä käy jalkojen hoitaja”.*

Miesasukkaiden kokemat terveysongelmat olivat varsin laaja-alaiset. Fyysiselle huonolle kunnolle he eivät kokeneet voivansa paljon tehdä, asumiseen liittyvissä kysymyksissä he saivat tukea työntekijöiltä, lääkehoito koettiin tarpeellisena niin fyysisiin kuin psyykkisiin vaivoihin, mutta psyykelääkkeiden koettiin paitsi auttavan niin myös liikaa väsyttävän. Myös muistihäiriöt vaivasivat miesasukkaita.

*”...fyysistä kuntoa ei voi oikein parantaa, tuntuu, että tää vaan jatkuu ja se heijastaa kaiken aikaa, lenkkeilykään ei auta, tietysti mä poltan liikaa tupakkaa”.*

Hoito- ja palvelukotien toiminta kuntoutuksen ohella painottuu tällä hetkellä asukkaiden kokemuksen mukaan heidän huonon terveydentilansa vuoksi hoitamiseen ja asumiseen liittyvien palvelujen tarjoamiseen.

Asukkaat tunnistivat itsessään paljon voimavaroja, kun haastattelijat niitä heistä keskustelun kuluessa ”puristivat ulos”. Voimavarat kuvattiin joko työhön tai vapaa-aikaan, aikaisempiin elämäkokemuksiin ja elämyksiin, omiin ominaisuuksiin tai vuorovaikutukseen liittyvinä.

*”...eihän sitä tässä iässä enää voimavaroja” (N), ”juttelemaan pystyn, lukkee ossaan” (M), ”hyviä lapasia minä oon tehny ja antanu sisaruksille” (N), ”kaikessa olen yrittänyt olla hyvä, koulussakin oli hyvä keskiarvo” (N), ”työssä luotetaan” (M), ”tommosessa taiteellisessa, piirtämisessä, laulamisessa, osaan laittaa ruokaakin ihan hyvin” (N), ”kantava voima on ollu, että täytyy jaksaa” (N), ”mä olen ilonen, se pidentää elämää” (N), ”pitkäjänteisyys, kun kuus vuotta on sairaalakiertees ollu ja vielä on vaan elämäntoivoo eteenpäin” (M), ”semmonen väljä luonne, ei turhia murheita, niin voi jutella muitten kanssa” (M), ”kun on voittanu sen sairauden, on saanu niinku lisää voimia” (N).*

Voimavarojensa hyödyntämistä hoito- tai palvelukodeissa asukkaat kuvasivat vähänlaisena. Seuraavaksi siteeraamani miesasukkaan kuvaus sairastumisensa prosessista on mielestäni erinomainen analyysi terveydentilan vaihtelusta. Asukas osoittaa kykenevänsä tunnistamaan terveydessä tapahtuvia muutoksia ja voisi toimia mm. kohtalotovereidensa vertaistukijana.

*”... ensin sitä ahdistuu, rupee mielikuvitus jylläämään ja saattaa pelätä turhiakin asioita, vaikei olis mitään pelättävää, se on just sitä sairautta silloin, kun se menee pitemmälle, rupee kuvittelemaan kaikenlaista, menee ruokahalut, ei puhu kenellekään mitään, vetäytyy omaan kuoreensa ja sitten on melkein psykoosi lähellä, sitä vetäytyy ihan silleen, ettei halua nähdä ketään, tavallaan niinku erakoituu, ei osaa ottaa mitään kontaktii toisiin ihmisiin, sitä vaan on omissa maailmoissa ja sitt se menee psykoosin puolelle, kaikki tai melkein kaikki on harhapuolella, tuntuu todelliselta vaikei se olisikaan - nyt mä osaan aika hyvin jo ennakoida mun terveydentilaa”.*

## 7.6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkimusvaiheen tulosten mukaan mielen kuntoutujat ovat pääsääntöisesti kiitollisia saamastaan työntekijöiden avusta, ajasta, huomiosta ja kunnioituksesta, joita he yksityisten hoito- ja palvelukotien asukkaina ovat saaneet kokea. Asukkaat arvottivat yksimielisesti työntekijät numero ykköseksi. Tällaiseen huomionosoitukseen voisi kytkeä myös heidän toiveensa hoito- ja palvelukotien työntekijöille toimia ohjattaviensa puolestapuhujina ja yhteistyökumppaneina.

Millaisina asukkaat kokivat hoito- ja palvelukotien työntekijät? Heidät kuvattiin ahkerina ja rehellisinä, kärsivällisinä, huolehtivaisina ja asukkaistaan vastuuta tuntevina. Asukkaat kokivat, että työntekijöiden ohjaus painottui eniten elämisen taitojen päivittäiseen harjoitteluun, mutta myös sosiaaliseen kanssakäymiseen ja kommunikatiiviseen toimintaan ohjattiin.

Hoito- ja palvelukotiyhteisöissä keskusteltiin paljon asukkaiden kesken, ehkä enemmän kuitenkin ”jonnin joutavoo” -tasolla. Joidenkin työntekijöiden tai omahoitajien kanssa asukkaiden oli helppo keskustella. Koettiin, että heidän kanssaan pystyi käsittelemään sellaisia asioita, joista ei ole aikaisemmin kyennyt puhumaan. Asukkaat toivoivat kuitenkin enemmän kahdenkeskisiä keskusteluja työntekijöiden kanssa ja oman äänen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemista yhteisöissä. Nytkin asukkaan ääni kuului, mutta usein riitasointujen säestämänä. Erimielisyyttä mahdutti yhteisöihin, joissa asui keskimäärin 15 terveydeltään erikuntoista mielen kuntoutujaa. Joidenkin hoitajien roolinomainen toiminta, aamu- ja yhteisökokoukset, selkeä työnjako, ohjelmoitu päiväjärjestys ja ryhmätyöt ja lähes omaehtoisena koettu vapaa-aika muistuttivat laitoksesta, jonne ei haluttu takaisin. Kuntoutuminen ja itsenäistyminen naisasukkaiden kuntoutumisen tavoitteena ja hoidon ja palvelun saaminen miesasukkaiden tavoitteena viittaavat hoidon ja kuntoutuksen rajapintojen selvittämiseen hoito- ja palvelukotien kehittäessä toimintaansa.

Miten mielen kuntoutujat voisivat lisätä omaa vaikutusvaltaansa, kun tulosten mukaan heidän itsearvostuksensa ja kokemuksensa omista vaikuttamisen mahdollisuuksistaan yhteisössä oli vähäistä ja joidenkin asukkaiden kokemana melko olematonta. Asukkaat kuvasivat terveydentilaansa toisinaan hyvänä ja tasaisena, toisinaan huonona. He tunsivat olevansa riippuvaisia henkilökunnasta – ilman heidän apuaan he eivät selvinneet. Yhteisöjen suurehko asukasmäärä suhteessa henkilökuntamäärään ei tulosten mukaan vähentänyt tätä riippuvuuden kokemusta. Vertaistukea käytettiin vähän. Voitaisiinko hoito- ja palvelukodeissa kehittää palautejärjestelmiä kiitosta, kannustusta, pulla- ja täytekkukahvia tai muutaman kymmenen markan viikkopalkkaa järeämmiksi välineiksi mielen kuntoutujien itsetunnon kohottamiseksi?

Millaista ohjausta aikuinen oppija oppimisessaan kaipaa? Kysymys voisi olla counselling-tyyppisestä ohjauksesta, jossa työntekijä antaa oppimiseen aikaa, tilaa ja vapautta, innostaa tutkimusmatkalle tuntemattomaan, haastaa ongelmien ratkaisun kautta palkitsevaan ja nautinnolliseen oivaltamiseen, perää oppijan omaa ääntä ja kokemuksia ja oppijan niille antamia merkityksiä, rohkaisee vuoropuheiluun, väittelyyn, argumentointiin ja uuden tiedon luomiseen sekä tukee itsereflek-

tion eli oman toiminnan oikeutuksen tutkimiseen. Oppimista säätelevät yksilön elämäntilanne ja terveydentila edellyttävät toisinaan kaikkia ohjauksen ulottuvuuksien käyttöä.

Tulosten mukaan hoito- ja palvelukotien asukkaat kaipasivat counselling- tai guidance- tyyppistä ohjausta. Naisasukkaat kokivat ohjauksen työntekijöiden kanssa keskusteluna, kuuntelemisena, ajan ja kunnioituksen saamisena työntekijöiltä, tukena, neuvomisena ja rohkaisuna. Joidenkin naisasukkaiden vastauksissa tuli esille myös supervision-tyyppinen ohjaus mm. kokemuksena työnteon painottamisesta. Miesasukkaiden kokemus ohjauksesta painottui säännöistä keskusteltaessa supervision-tyyppiseen ohjaukseen ”pitää tehdä – ei saa tehdä”. Kun haastattelijat kysyivät työntekijöiden tavoista ohjata asukkaita, niin silloin miesasukkaat kuvasivat ohjausta counselling- ja guidance -tyyppisenä.

Asukkaat osoittivat värikkäällä ja puhuttelevilla vastauksillaan kykynsä kuvata uskottavasti ja valaisevasti omaan kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä. Kuntoutukseen esitettiin tarvittavan jotain uutta. Toivottiin uutta kehittävää tekemistä tai työhön koulutusta. Asukkaat kuvasivat kehittymistään arjen perusasioista selviytymisenä ja terveyden hoitamisen merkityksen ymmärtämisenä. Niistä seurasi tunne terveydentilan kohenemisesta, jota edesauttoi kokemus kodinomaisesta hoito- ja palvelukotiyhteisöstä ja sen tutuista ja tärkeistä ihmisistä. Asukkaat eivät kuvanneet kehittymistään ympäristöön sopeutumisenä tai sääntöjen noudattamisena.

Asukkaiden mielipiteiden pohjalta esitän sellaisten koulutusohjelmien suunnittelemista ja käynnistämistä (kuntoutuja-curriculum), joissa aikaisempaa enemmän hyödynnetään kuntoutujien omia voimavaroja ja kokemuksia. Asukkaat kuvasivat olevansa monella tavalla käteviä ja taitavia, vuorovaikutustaitoisia, empaattisia, ymmärtäväisiä ja kärsivällisiä. Tähän mielen kuntoutujien koulutusohjelmien kehittämistyöhön tarvitaan sellaisia mielenterveyskuntoutuksen puolesta-puhujia, jotka puheellaan pystyvät vakuuttamaan toiset siitä, mikä kuntoutumisessa kannattaa. Ammattiosaajien rinnalle tarvitaan puolestapuhujiksi myös ”veteraanikuntoutujia”. Ilman heitä kuntoutus ei ole hyvää. Palvelujen käyttäjien ja tarjoajien välinen yhteistyö tekee mielenterveyskuntoutuksesta nykyistä julkisempaa ja avoimempaa vieden kuntoutuksen kehitystä eteenpäin.

Mielen kuntoutuja elää kuntoutumisensa taipaletta mm. vapauden ja riippuvuuden ristiriitaisessa tunnelmassa. Pääseminen pois sairaalasta asumaan pieneen kodinomaiseen yhteisöön merkitsee aikaisempaa suurempaa vapautta, mutta se houkuttelee samalla hoitokotiuskollisuuteen, sillä koti lakkaa olemasta koti, mikäli siitä irtaantuu. Samalla särkyä unelma oman paikan löytämisestä maailmassa, kotipaikasta, vapaudesta ja elämän tarkoituksesta. Naisasukkaiden kohdalla hoitokotiuskollisuus ilmeni terveysongelmien kätkemisenä henkilökunnalta sairaalaan joutumisen pelossa; naisasukkaathan olivat tulleet kotiin kuntoutumaan ja itsenäistymään. Miesasukkaiden kohdalla hoitokotiuskollisuus ilmeni päinvastoin sen paljastamisena, että he olivat tulleet asumaan hoito- tai palvelukotiin saadakseen jatkohoitoa ja palvelua tai lomajaksolle sairaalasta. Myöntämällä hoidon tarpeen he voivat olla uskollisia myös itselleen. Hoitokotiuskollisina miesasukkaat osoittivat myös vastuullisuutta yhteisöstä ja sen isännyydestä, jonka paikasta tosin

täytyi kisailla asuintovereiden kanssa. Hoitokotiuskollisuus saattoi ilmetä myös asukkaiden ”kiitollisuuden velkana” siitä, että he ovat päässeet asumaan hoito- tai palvelukotiin, joka edustaa turvallista ja tavoiteltua paikkaa omassa maailmassa.

Mielen kuntoutujien terveydentilan vaihtelujen lisäksi mielenterveyskuntoutuksen teorianhistoria vaikuttanee kuntoutustyöntekijöiden ohjauksen tapoihin ja niiden myötä kuntoutujien oman itsen arvostukseen. Yhteisöjen itseään toistava toimintastrukturi pitänee yllä laitospaikkaa rutiinia aamu- ja yhteisökokouksineen, eikä vapautta tai anna lupaa spontaaniin elämiseen. Onko hoito- ja palvelukodeilla ylipäättään edellytyksiä tai mahdollisuuksia luoda toimintaansa spontaaniksi? Yhteisöt elivät nopeasti muuttuvia kehitysvaiheita, joita leimasivat asukkaiden terveyteen ja tulevaisuuteen liittyvä epävarmuus ja vastustuksen käyttäminen. Joidenkin kotien työntekijät saattoivat kokea asukkaiden taholta ilmenneen vastustuksen moraalisenä ongelmana, jolloin työntekijöiden ohjaus saattoi asukkaista tuntua alistavalta ja henkilökohtaista vapautta rajoittavalta.

Sosiaalisen oppimisen ohjelma on jättänyt jälkiä mielenterveyskuntoutukseen tehokkaana ja selkeänä portaittaisen kuntoutuksen välineenä. Sen voimasta maassamme kertovat mm. Kellokosken sairaalassa toteutettu kehittämisohjelma (Pulkkinen 1992) ja Nojosen väitöstyö (1990). Muutos kuntoutuksessa on ollut haluttu; sairaalat ovat voineet vähentää sairaansijojen määrää kuntouttaen mielen kuntoutujia etenemään portaittain avohoidon erilaisten asumis- ja kuntoutuspalvelujen piiriin. Asukkaiden kokemusten mukaan kuntoutuksen painopiste yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa on päivittäisten elämisen taitojen oppimisessa. Kuntoutujille opetetaan vuodesta toiseen samoja asioita, eivätkä he niistä kuitenkaan innostu.

Tämän tutkimusvaiheen tiedonantajat kuvasivat hoito- ja palvelukodeissa käytössä olevia sääntöjä Ojosen (1980) esittämän 10 perussäännön mukaisina useassa haastattelun vaiheessa. Säännöt ilmenivät samansuuntaisina myös II tutkimusvaiheessa kuntoutumiskodin asukkaiden kokemusten ja omien havaintojeni mukaan. Kuntoutumisen ohjaukseen tarvitaan muutosta. On kriittisesti pohdittava, miten ohjata mielen kuntoutujaa.

Tämän tutkimusprojektin tarkoituksena on tuottaa tietoa yksityisistä mielen-terveystyön hoito- ja palvelukodeista maassamme, niiden asukkaita ohjaavasta kuntoutuksesta ja kuntoutumisen välineistä – ei osoittaa kuntoutuksen pääsuuntaa oikeiksi tai vääriksi, hyviksi tai vahingollisiksi. Tarkoitus on ohjata mielenterveyskuntoutuksen toimijat kehittämään kuntoutumisen ohjaamiselle ja kuntoutumiseen annettavien merkitysten ymmärtämisessä ja tulkitsemisessä. Kirjoitan ja puhun ohjaavan kuntoutuksen puolesta, jota olen kehitellyt kokemukseni ja teoreettis-analyttisen työskentelyn tuloksena. Olen kuunnellut asiakkaan ääntä ja tähänastiset tutkimustulokset vahvistavat ohjaavan kuntoutuksen ideaa.

Ohjaava kuntoutus sallii hoidon ja kuntoutuksen rajapintojen päällekkäisyyden. Siihen on hoito- ja palvelukotien asukkaiden vastausten mukaan tarvetta. Kuntoutuksen elementit, keskustelu kuntoutujan elämäntilanteesta ja olosuhteista, ihmissuhteista, turvapiiristä eli ”puutarhasta ja erämaasta” ja hänen omista voimavaroistaan, tulee ottaa huomioon jo hoidon alussa (vrt. Saarikoski 1992). Mielen kuntoutujan äänen kuulemisen lisäksi työntekijä tunnustaa ja hyödyntää hänen vaikutusvaltaansa ja voimavarojaan. Ohjaava kuntoutus tiedostaa kuntoutujan yk-

silövastuun ja yhteisörytmin paradoksin, lähtökohtana kuitenkin aina yksilön opiminen ja kehittyminen. Ohjaava kuntoutus arvottaa kuntoutujan vapaa-ajan ja virkistyksen samanarvoiseksi työn tekemisen kanssa.

Tämän osatutkimuksen aineiston keräämiseen olen saanut apua viideltä tutkimusapulaiselta. Olen pohtinut, olenko toiminut heitä kohtaan eettisesti oikein tiedottamalla tähän osatutkimukseen tai koko tutkimukseen liittyvistä seikoista riittävästi. Mielenterveyden Keskusliiton viisi aluesihteerä ryhtyi tutkimusapulaisiksi heidän esimiehensä pyynnöstä ja aloitteesta. Olin keskustellut hänen kanssaan tutkimukseni alkuvaiheessa. Aluesihteerit ovat omassa työssään kertomansa mukaan täystyöllistettyjä ja on saattanut käydä niin, että tutkimusapulaisiksi ryhtyminen näinkin isoon projektiin on vaatinut heiltä työn uudelleen organisointia ja lisämotivaatiota opiskella teemahaastattelun toteuttamista. Haastattelun suorittaminen on vaatinut heiltä lisäksi huolellista perehtymistä haastattelun sisältöön ja ”juoneen”. Yhden haastattelijan teemahaastattelun hylkäsin juuri edellä mainitusta syystä. Hänen suorittamansa haastattelun tulokset eivät selvästi osoita, kenen ajatuksista haastattelussa on kysymys, haastattelijan vai hoito- tai palvelukotien asukkaiden. Hänen suorittamansa haastattelu 10 asukkaalle ei sisällöllisesti antanut aineistolle lisäarvoa.

Kokemukseni ja perehtyneisyyteni ohjauksen ja kuntoutuksen teoriaan on muokannut ennakkokäsityksiäni ja ohjannut aineiston keruuta. Tiedolla ja kokemuksella on vaikutusta siihen, miten olen tuloksia tulkinnut. Olen yrittänyt vähentää tulosten mielivaltaista tulkintaa rakentamalla tutkimusprojektini teoreettista ja empiiristä sisältöä induktiivisdeduktiivisesti. Olen pyrkinyt kasvattamaan esitystäni vaihe vaiheelta katsomalla aikaisempien tutkimusvaiheiden teoriaan ja tuloksiin, joiden pohjalta olen voinut suunnistaa eteenpäin rakentaen uutta teoriaa ja kooten uutta aineistoa. Analysoidessani tuloksia rakensin niistä käsittekartat (ks. taulukot 10a ja b sekä liite 13, taulukot 10c, d ja e). Karttoja oli helppo lukea, vertailla tuloksia keskenään ja tehdä tutkimusta koskevia päätelmiä. Niistä oppi.

Seuraavassa eli tämän tutkimusprojektin viimeisessä tutkimusvaiheessa karotoitan työntekijöiden käsityksiä kuntoutumisen ohjaamisesta yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa. Kerään aineiston samojen teemojen suuntaisesti kuin tässä ja edellisessä osatutkimuksessa olen tehnyt. Tämän osatutkimuksen keskeinen tulos oli asukkaiden kokemus ohjelmallisuuden ja sääntöjen merkittävästä roolista yhteisöissä. Toinen merkittävä tulos ilmeni nais- ja miesasukkaiden erilaisissa terveystavoitteissa ja hoitokotiuskollisuuden ilmentymissä. Merkittävää tulosten kannalta oli myös asukkaiden yksimielisyys yhteisöjen ja työntekijöiden merkityksestä asukkaiden terveydelle. Tulosten mukaan yksityiset hoito- ja palvelukodit tarjoavat mielen kuntoutujille sairaalaolosuhteita mielekkäämmän elämisen mahdollisuuden. Koteja varjostaa kuitenkin laitospolttuuri, jonka olemassaolon tiedostaminen edellyttää yhteisöissä kuntoutumisen ohjauksen kriittistä tarkastelua.





## 8 IV tutkimusvaihe:

### Mielen kuntoutujan ohjaus – työntekijöiden näkökulma

#### 8.1 Hoito- ja palvelukotiyrittäjät tuntematon ryhmä?

Tämän tutkimusvaiheen tiedonantajina ovat mielenterveyspalveluja tarjoavien yksityisten hoito- ja palvelukotien työntekijät. Yksityisen sektorin tuleminen mukaan tarjoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on osoitus Suomessa meillä olevasta psykiatrisen hoidon murroksesta, laitospurusta ja mielenterveyspalvelujen uudelleen rakentumisesta. Murrosta kuvataan termein ”deinstitutionalisaatio” ja ”transinstitutionalisaatio”. Edellinen tarkoittaa, että mielenterveystyön strategian ymmärretään laajasti sisältävän sekä konkreetin laitospurun että ajatuksen entisten laitospotilaiden kiinnittämisestä uudelleen jäseniksi yhteiskuntaan. Jälkimmäinen tarkoittaa potilaiden laitoksesta toiseen siirtämistä. Transinstitutionalisaatio-termi sopii joidenkin tutkijoiden (mm. Shadish & Bootzin 1981) mielestä paremmin kuvaamaan mielenterveyspalvelujen rakennemuutosta, sillä juuri hoitokodit osoittavat, etteivät niihin asumaan siirtyneet sairaaloiden pitkäaikaipotilaat ole sosiaalisesti integroituneet yhteiskuntaan. (Nikkonen 1998, 228–229).

Miksi tätä mielen kuntoutujien yhteiskuntaan kiinnittymistä sitten ei ole tapahtunut? Päätäjät ja kuntoutuksen ammattilaiset voisivat arvioida seuraavien johtopäätösten toteutumista, joita Pulkkinen (1992, 184–185) esitti psykiatristen pitkäaikaipotilaiden kuntoutuksen kehittämisohjelman lopuksi:

- Ennen kotiuttamista pitkään sairaalassa olleille potilaille pitäisi luoda sosiaalisten suhteiden tukiverkosto avohoitoon.
- Tämä edellyttää sairaalan, avohoidon ja muiden organisaatioiden tai yhteisöjen välisen yhteistyön tehostamista.
- Yhteistyö edellyttää nykyistä parempia henkilöstöresursseja kuntoutusportaikon loppupäähän.

Yksityiset mielenterveyskuntoutuksen hoito- tai palvelukotiyrittäjät ovat olleet melko tuntemattomia sosiaali- ja terveyspalvelujen kartalla. He eivät ole pitäneet kovaa ääntä olemassaolostaan ja ovat siksi myös melko tietämättömiä toisistaan. Palvelujen kysyntä ja tarjonta on perustunut pääasiassa ostopalvelusopimuksiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Yrittäjien liikeideasta riippuen asiakkaina ovat olleet välillisesti kunta, kuntayhtymä tai suoraan palvelujen käyttäjät. Toiminta on hakenut itselleen oikeutusta ”sosiaalisen tilauksen” käynnistämänä. (Vesänen 1992, Laiho & Virnes 1995, Laitinen 1995, Andersson & Simonen 1996, Kovalainen ym. 1996, Simonen 1996, Nikkonen 1998).

Yksityisen terveyspalvelun tuottajan toimintaa ohjaa laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Yksityisellä terveyspalvelun tuottajalla tarkoitetaan yksittäistä henkilöä taikka yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä tai muuta yhteisöä taikka säätiötä, joka ylläpitää terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä. (emt. 2§). Erotukseksi yksityisistä terveyspalvelujen tuottajista yksityisillä sosiaalipalveluilla

tarkoitetaan yksityisen henkilön tai yhteisön tuottamia lasten ja nuorten huollon, lasten päivähoidon, vammaisten, kehitysvammaisten, vanhusten tai päihdehuollon palveluja tai muita vastaavia sosiaalihuollon palveluja (Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1997, 2§). Laissa ei erikseen mainita mielenterveys- tai kuntoutuspalveluja. Laki velvoittaa kaikkia yksityisiä hoito- ja palvelukoteja hakemaan luvan lääninhallituksilta. Lääninhallitusten tarkastajat käyvät tarkastamassa laitokset, jolloin selviää myös niiden määrä ja laatu (HS 18.8.97).

Uudenmaan maakunnassa on yksityisiä mielenterveyspalveluja tarjoavia hoito- ja palvelukoteja noin 60 ja koko maassa yksityisiä psykiatrisia kuntoutuskoteja tai pienasuntoja on 321. Muita erilaisia yksityisiä palveluasumismuotoja on maassamme 511. Tässä lukumäärässä on mukana kehitysvammaisille, vanhuksille, lapsille, nuorille ja myös mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluja. (STAKES, Puumalainen, S. Puhelinneuvottelu 8.6.2000).

Sosiaali- ja terveysalan yrittäjä on eri asemassa kuin tavaroita tuottava yrittäjä. Hänen asemansa poikkeaa myös tietoyhteiskunnan ”verkossa surffailijasta”. Hän tuottaa hoitoa, kuntoutusta ja muita asumiseen ja elämiseen liittyviä palveluja suoraan asiakkaalle. Yksityisen palveluyrityksen työntekijät tarvitsevat monenlaisia taitoja, mutta Kovalaisen ym. mukaan (1996, 67) yrittäjät itse korostavat sosiaali- ja terveysalan taitoja. Edellisen tutkimusvaiheen tiedonantajat, mielen kuntoutajat, kuvasivat työntekijöitä luotettaviksi hoitajiksi, jotka osaavat työnsä, ovat rohkeita, kärsivällisiä ja omaa työtään arvostavia. Joidenkin työntekijöiden rooli muistutti muutaman asukkaan mukaan laitospöytästä tai ”tyylikirjaimaisesta” toiminnasta. Asukkaat toivoivat, että hoito- ja palvelukotien työntekijät luopuisivat tästä ”virkaroolista” ja löytäisivät tilalle jotain arkisempaa. Yli puolella yksityisten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista on Kovalaisen ym. mukaan (1996, 67) sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus. Muilla on kodinhoitajan, kotitalouden tai suur- talouden emännän koulutus, muu ammatillinen koulutus tai ei mitään ammatillista koulutusta.

Riippumatta sukupuolesta sosiaali- ja terveysalan yrittäjät kuvaavat yrityksen menestystekijänä itseluottamusta, jota ilmentävät terve itsetunto, luottamus omaan osaamiseen ja ennakkoluulottomuus. Yrittäjät arvioivat riskinotto- ja yhteistyökyvyn eniten yrittäjätoimintaa tukeviksi piirteiksi. Seuraavaksi eniten he arvostivat organisointikykyä, rehellisyyttä ja luotettavuutta. Miehet pitivät johtamistaitoa tärkeämpänä kuin naiset, jotka korostivat eniten empaattisuutta. (Kovalainen ym. 1996, 70). Nämä piirteet ovat tärkeitä hoito- ja palvelukotien työntekijöille, sillä he tuottavat palveluja lähes jatkuvassa ihmissuhde- ja tunnekuormituksessa. Yrittäjäksi ryhdytään, jotta saadaan rauhassa käyttää omaa asiantuntemusta itsenäisesti ja täysipainoisesti (Kovalainen ym. 1996, Nikkonen 1998, 233).

*”Täällä jää aikaa yksilölliseen huomioimiseen. Vuodeosastolla oli aina niin kiire, että kun lähettiin kierrokselle niin peitto pois ja seuraava. Täällä ei kelloa tuijoteta. Laitoksessa tehhään kiireellä se huonovoipaisuus. Osastolla ei vaan ittekään osannu aatella omia asenteitaan. Sitä ei sillon huomannu”. (Ruukin palvelukodin yrittäjä, Nikkonen 1998, 233).*

Edellisen tutkimusvaiheen tiedonantajat, yksityisten hoito- ja palvelukotien asukkaat toivoivat, että heidät otetaan huomioon nykyistä enemmän yksilöinä. Näiden toiveiden toteutumiseen on luotava sellaista kumppanuutta, jossa hyvät tarkoitukset takaavat myös hyviä tuloksia.

Kuntien suhtautumista sosiaali- ja terveydenhuollon uusyrittäjiin palvelujen ostajina on selvitetty yrittäjien kokemana (Kovalainen ym. 1996, 81–84). Tulosten mukaan viranomaiset suhtautuvat heidän työhönsä myönteisesti ja asiallisesti. Myönteinen palaute liittyy usein hintapolitiikkaan mutta myös *”luovien ja tarkoituksenmukaisten ratkaisujen löytämiseen”*. Kielteistä palautetta on tullut joko kunnan työntekijöiltä, johdolta, muilta palvelualan yrittäjiltä tai viranomaisilta. Se perustuu yrittäjien kokemuksen mukaan jossain määrin ennakkoluuloihin tai tietämättömyyteen toiminnasta, *”ei hulluja kuntakeskukseen”*. (emt.). Kritiikkiä on kohdistettu myös kehittämishankkeisiin, jotka voivat pitää yllä edistyksellisyyden harhaa luomalla muodollisia uudistuksia, joissa kohteiden asemaa pyritään kohentamaan. Todellista avautumista systeemin ulkopuolelle tai kohteiden uudenlaisten intressien reflektiota tapahtuu harvoin. Näin auttamisjärjestelmä voi itsekin muuttua yhdeksi ongelmien tuottajaksi (Matthies 1996, 45).

Seuraavaksi esittelen tämän tutkimusvaiheen tarkoituksen, tutkimuskysymykset ja teoreettisen perustan, mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävän. Olen rakentanut tässä tutkimusprojektissa mielenterveyskuntoutuksen kehittämiseksi toisin toimimisen välinettä, ohjaavan kuntoutuksen teoriaa. Sitä kannattelemaan olen luonut neljä ohjenuoraa, joita täsmennän filosofisella, teoreettisella ja käytännöllisellä argumentaatiolla. Olen esitellyt ohjenuorat ja tutkimuksen filosofisen ja teoreettisen perustan alustavasti tämän tutkimusraportin alkusoitossa (kts. Kaavio 3).

## 8.2 Tutkimusvaiheen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimusvaiheen tarkoituksena on kuvata ja analysoida asukkaiden ohjausta työntekijöiden näkökulmasta ja syventää teoreettista tarkastelua mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä, ohjaavasta kuntoutuksesta. Haluan selvittää, miten asukkaiden kuntoutumista hoito- tai palvelukodissa tapahtuu, miten henkilöstö ohjaa asukkaitaan, millaisia välineitä se käyttää ja millaisia ongelmia ja ongelmien ratkaisutapoja sillä on esittää kuntoutustyössä. On myös mielenkiintoista selvittää, voidaanko tulosten pohjalta tehdä johtopäätöksiä sosiaalisen oppimisen mallin tai yhteisöllisen työtavan ilmenemisestä hoito- tai palvelukodeissa ja miten yhteisöllisenä tai yksilöllisenä, eristävänä tai yhteiskuntaan integroivana kuntoutus työntekijöiden ilmaisemana toteutuu.

Tutkimusvaihe suoritetaan kyselytutkimuksena. Kysymykset esitetään suljetuina ja avokysymyksinä neljän tutkimusteeman sisällä. Osa kysymyksistä kohdistuu naisasukkaihin ja osa miesasukkaihin vertailuaineiston saamiseksi. Tutkimuskysymykset pohjautuvat tämän tutkimusprojektin aikaisempien tutkimusvaiheiden tuloksiin. (Taulukko 18. Hoito- ja palvelukotien työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia kuntoutumisen ohjaamisesta, tutkimuskysymykset ja teema-alueet.

Taulukko 18. *Hoito- ja palvelukotien työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia kuntoutumisen ohjaamisesta, tutkimuskysymykset ja teema-alueet*

Tutkimuskysymys	Teema-alueet (nais- ja miesasukkaat)
1. Millaisina hoito- tai palvelukodin työntekijä kuvaa asukkaan kuntoutumisen tavoitteita?	Asukkaiden kuntoutumispolku - mistä tulee - miksi tulee - mitkä tavoitteet
2. Millaisena työntekijä kuvaa toimintaansa asukkaan kuntoutumisen tukemisessa?	Kokemus asukkaan ohjaamisesta - millaiseen toimintaan ohjaa - miten ohjaa
3. Millaisena työntekijä kuvaa hoito- ja palvelukotiyhteisön työtoimintaa?	Hoito- ja palvelukodin työtoiminnan kuvaus - yhteisö, säännöt, työnjako, välineet
4. Millaisia ongelmia ja ongelmien ratkaisutapoja hoito- tai palvelukotien työntekijät esittävät kuntoutustyössä?	Ongelmat Ongelmien ratkaisu Työn hyvät puolet

### 8.3 Mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävä

Mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävä on laaja. Sen suhde- ja konsultaatio- luonteelle on ominaista

- 1) henkilöstön ja kuntoutuspalvelujen käyttäjien konsultoiminen ja kouluttaminen,
- 2) asiakkaiden ja heidän perheidensä ohjaus ja välitön huolenpito,
- 3) asiakaslähtöisen asiantuntijuuden tunnustaminen ja hyödyntäminen psykiatrisen kuntoutuksen problematiikassa ja asiakkaan ja hänen perheensä suhtautumisessa terveysmuutoksiin,
- 4) ihmisen ymmärtäminen kokonaisuutena lähiympäristönsä mukaan lukien,
- 5) fenomenologian, systeemiajattelun, yhteisöllisen hoidon ja ryhmä- dynamiikan tunteminen ja
- 6) eri tieteenalojen välinen yhteistyösuhde (liaison between disciplines)  
(soveltaen Roberts 1997, 102).

Mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävä tässä tutkimuksessa pohjautuu op- pimisen, kehittymisen, kokemustiedon ja intervention käsitteiden sekä ohjaava kuntoutus-käsitteen välisten suhteiden tarkasteluun neljän ohjenuoran kautta. Mie- lenterveyskuntoutuksen kehitystehtävän mukaisesti ensimmäinen ohjenuora ko- rostaa eettistä suhdetta toiseen ihmiseen, toinen luottamusta mielen kuntoutujan kehittymiseen, kolmas arvottaa kokemuksen merkityksen ymmärtämistä ja tul- kintaa ja neljäs ohjauksen osapuolien keskinäistä kasvua ja kumppanuutta. Kaikki neljä ohjenuoraa muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (Kaavio 3.). Ne esiin- tyvät yhdessä välttämättöminä ja toistensa edellytyksinä (soveltaen Rauhalta 1988).

### 8.3.1 Eettinen suhde toiseen ihmiseen

Eettinen suhde toiseen ihmiseen tarkoittaa ”minän” vastuullisuutta ”toisesta”. Tässä tutkimusvaiheessa suhde tarkoittaa kuntoutustyöntekijän vastuullisuutta mielen kuntoutujasta hänen kuntoutumisensa prosessissa. Olen kirjoittanut tämän tutkimusraportin alussa tutkimusteemaani liittyvistä paradokseista; etäisyyden ja läheisyyden, kätkemisen ja paljastamisen ja mahdollisuuksien ja rajoitusten yhtäaikaisen kokemisen olemassaolosta. Mielen kuntoutuja elää kuntoutumisensa taivalleella edellä kuvaamani paradokseja ja hänen kehittymisensä on yhtä arvoituksellista kuin kenen muun tahansa. Kehitykseen liittyy aina yllättäviä tämänhetkisen ylityksiä tai pysähtymisiä. Keskenään vastakkaisten ja ristiriitaisten asetelmien olemassaolon tarkasteleminen on välttämätöntä mielen kuntoutujan vastuullisessa kuntoutumisen ohjaamisessa.

Ristiriitatilanteita syntyy usein esimerkiksi kuntoutujan ja hänen hoitajansa vuoropuhelussa. Edellisen tutkimusvaiheen keskeinen tulos oli, että erityisesti miesasukkaat käsittivät yhteisön säännöt varsin normatiivisina ja ehdottoman noudatettavina. Asukkaat olisivat voineet antaa säännöille myös muita, kuin edellisessä osatutkimuksessa niille antamia merkityksiä, mikäli yhteisöillä olisi nykyistä enemmän välineitä tarkistaa puhutun ja ymmärretyn kielen epäselvyyksiä.

Tämän tutkimusprojektin toisessa tutkimusvaiheessa tutkimuskohteena oli yksityinen mielenterveyskuntoutuksen palveluja tarjoava yhdistys, jonka kuntoutumiskodin toimintaa ohjaavista periaatteista on esimerkki liitteessä 8. Toinen esimerkki yhteisöä normatiivisesti ohjaavasta säännöstöstä (Ojanen 1980) esitetään III:ssa tutkimusvaiheessa. Hoito- tai kuntoutusyhteisöissä tarjotaan usein sanallisia normeja, kuten esimerkiksi ”*yksityisasiat pidetään yksityisasioina, kaiken toiminnan tulee olla perusteltua tai toisten huoneisiin ei saa mennä*”. Nämä normit kuvaavat toimintaa ohjaavia periaatteita, mutta jos kuvitellaan kaikkien yhteisön jäsenten ymmärtävän periaatteiden sisällön yhdenmukaisesti, on yhteisössä eettinen ongelma. Kirjoitetut ohjeet, periaatteet tai säännöt yksinään eivät takaa eettistä tai moraalisesti hyväksyttävää toimintaa. Sille tulee luoda edellytykset. Esittämällä kysymyksiä, keskustelemalla ja jutustelemalla yhteisön jäsenten kanssa sen olemassa olevista tai yhdessä sovittavista periaatteista ja niiden merkityksestä ohjataan ihmiset hyväntahtoisesti etiikkaan, vastuulliseen sosiaalisuuteen.

Hoito- tai kuntoutustoimintaa ohjaavien periaatteiden taustalla ovat perusarvot ja toiminnassa noudatettava ihmiskäsitys. Myös sellaiset tosiasiat, kuten esimerkiksi asiakkaiden ja palvelujen tuottajien taloudellinen tilanne tai terveydentila, vaikuttavat työssä noudatettaviin periaatteisiin. Usein periaatteet välittyvät myös perinteiden kautta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, 115). Periaatteista ja niiden ilmentymistä keskusteleminen hoito- ja palvelukodeissa kuvaa avoimuutta, mikä mahdollistaa väärinkäsitysten korjaamisen. Siihen on edellisen tutkimusvaiheen tulosten mukaan hyvät edellytykset, sillä asukkaiden mukaan kodeissa keskustellaan paljon ja työntekijöiltä saa heidän kokemanaan tukea keskusteluihin. Työn ja toiminnan lomassa voitaisi pitää ”tuumaustaukoja”, joissa yhteisön jäsenet arvioisivat esimerkiksi toimintansa merkitystä oman itsen ja yhteisön kannalta.

Kun kuntoutustyössä sallitaan asiakkaiden toteuttaa asioitaan omien, elämälleen asettamien arvojen ja tavoitteiden suuntaisesti, on kysymyksessä ideaalitalanne. Tällöin ovat vastassa kuitenkin rajat, joita ei voi seurauksitta ylittää. Ohjaava kuntoutus on silloin ohjaamista sopimusten tekemiseen, niihin sitoutumiseen ja niiden rikkomisen seuraamusten käsittelyyn, kun asiakas ei kykene itse tarkastelemaan toimintansa vaikutuksia muiden tai omaan elämään. Ohjaava kuntoutus on silloin vastuullisuutta toisesta. Esimerkkejä arvojen ristiriidoista on jokaisessa yhteisössä. Usein ihmisen oudolle ja poikkeavalle käytökselle annetaan sairauden leima tai suvaitsevaisuuden nimiin kätetään välinpitämättömyyttä. Tällöin ihmisen kärsimys sivuutetaan, sen sijaan että pyrittäisiin tukea antavaan vuorovaikutussuhteeseen. (Airaksinen 1991, 162, Iija ym. 1996, 30–31).

Oikeanlainen suvaitsevaisuus ja erilaisuuden sietäminen antaa tilaa toisen ihmisen persoonallisuudelle, valinnoille ja myös vastuun ottamiselle ja kantamiselle. Oikeanlaisena suvaitsevuus on mielenterveyttä rakentavaa. Kasvattajana hoitaja arvostaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja tasa-arvoisuutta. Niiden merkityksen ymmärtäminen edellyttää työntekijän vastuullisuutta ryhtyä niitä käsittelemään mm. tutkimalla yhteisöissä ilmenevää vuorovaikutusta ja sen mahdollisia ongelmia; millaisena ilmenee mm. yhteisön jäsenten kyky ja tarve keskusteluun, millaisena ilmenee läheisyyden kokemisen tai kielen ja kokemuksen ymmärtämisen tarve (Airaksinen 1991, 162). Näiden kysymysten selvittäminen auttaa yhteisöä myös sen määrittämisessä, mikä on yhteisön paikka ohjaus- ja toimintatapoja kuvaavien yhteisötyyppien joukossa (vrt. Taulukko 8).

Levinasille (1996, 20–22) kieli ei edusta merkkijärjestelmää tai kommunikation välinettä, vaan dialogia, jossa on kyse tietoisuuden asettamisesta kyseenalaiseksi. Levinasin mukaan dialogissa on keskeistä se, että ennen kuin kieli on kommunikation väline, on kyse suhteesta toiseen, keskustelukumppaniin. Tässä mielessä kieli tarkoittaa dialogista vuoropuhelua, olemista suhteessa toisen kanssa. Levinas liittyy tässä suhteessa ”dialogisiin ajattelijoihin” Rosenzweigiin, Marceliin ja Buberiin. Kieli eettisyytenä on suhde toiseen, jota ei voi käsittää objektiksi. Eettisyys on epäsymmetristä dialogisuutta, jossa vastaaminen toiselle on vastuullisuutta toisesta. Dialogi on kaipausta outouteen tai johonkin, mikä on toisin kuin minä. Dialogi on aina riski, itsensä alttiiksi asettamista. (myös Huhtanen 1996, 7–8). Tässä tutkimusvaiheessa olen tekemisissä sellaisen kohderyhmän kanssa, jonka riskinotto- ja yhteistyökyvyn se itse on arvioinut korkeatasoiseksi (vrt. Kovalainen ym. 1996).

### **8.3.2 Mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittämisessään**

Mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittämisessään -ohjenuoraan liittyy vahvasti intervention käsite ja ohjannan teoria (kts. ”Alkusoitto” ja ensimmäinen tutkimusvaihe). Ohjaava kuntoutus on tueksi mielen kuntoutujan kehittämisessä. Child (1985, 17) toteaa, että kasvatustieteessä on teorioita kuvaamaan oppimista, mutta harvoja teorioita edistämään oppimista ja henkistä kehitystä. Tämä tarkoittaa, että opettamisesta tulee herkästi diagnostista ja oppimisesta itseohjattua edellyttäen oppijalta melkoista itseriittoisuutta ja omavaraisuutta. Child esittää, että on kehi-

tettävä teorioita tai malleja oppimisen edistämiseen, opettamiseen ja ohjaukseen. Pysin rakentamaan ohjaavasta kuntoutuksesta välinettä kuntoutumisen tukemiseen ja edistämiseen.

Hoitotyön edustajat mielenterveystyössä ovat jo pitkään tottuneet ajattelemaan mielen kuntoutujan kehittyvänä yksilönä. Tähän ajatteluun on hoitoteoreetikko Hildegard Peplaululla ollut suuri vaikutus. Hän kehitti teoriaansa ihmisten välisistä suhteista ja psykodynaamisesta hoitotyöstä 1950-luvulla, jolloin psykologiassa kuvailtiin ihmisen käyttäytymistä psykoanalyysin, sosiaalisen oppimisen, motivaation ja persoonallisuuden kehittymisen kannalta. Peplau kehitti teoriaansa yhdistelemällä, uudelleen järjestelemällä ja laajentamalla käyttäytymistieteen ja ns. psykologisen mallin (mm. Maslow, Sullivan, Miller, Freud, Fromm ja Pavlov) käsitteitä. Peplau pitää psykiatrisen sairaanhoitajan taitoja sovellettavina erityisesti monipuoliseen kommunikaatioon, ajatusten vaihtoon ja kanssakäymiseen potilaan edun huomioon ottamiseksi. (Roberts 1997, 101, Brophy ym. 1994, 315–316).

Peplauin teorian perusoletukset ihmisenä kehittymisestä ovat yhdenmukaisia Parnen kehittämien ihmisenä kehittymisen teorian kanssa. Molemmat auttavat ymmärtämään ihmisen elämälleen antamia merkityksiä elämäkokemusten kautta. Peplauin ajattelun mukaan ensinnäkin se, millainen ihminen sairaanhoitajasta tulee, vaikuttaa huomattavasti siihen, mitä kukin potilas oppii hoidon ja kuntoutuksen prosessissa. Toiseksi persoonallisuuden kypsymisen edistäminen kuuluu hoitotyöhön ja hoitotyön koulutuksen tehtäviin. Hoitotyö on kasvattava voima, joka toteutuu potilaan ja hoitajan käyttäessä kokemuseräistä oppimismenetelmää. (Brophy ym. 1994, 318–319).

*”Vaikka hoitaja kuntoutumisen ohjaajana olisi kuinka koulutettu tahansa, ohjauksen ja oppimisen lopputulos voi olla vaillinainen, mikäli hän ei pysty luomaan kokemusten käsittelyä suosivaa ilmapiiriä”* (soveltaen Ojanen 2000, 8).

Peplau pitää hoitotyötä kasvatuksen välikappaleena erona tieteen objektiivisuusvaatimuksista persoonallisuuden kehittymistä luovan, yksilöllisen ja yhteisöllisen elämän suuntaan. Tämä mahdollistaa sairaanhoitajille potilaiden ohjaamisen mm. kokemaan tunteita ja tutkimaan heidän kanssaan tunteiden sietoa. Psykodynaaminen hoitotyö on hoitajan kykyä ymmärtää omaa käyttäytymistään (kts. edellinen tutkimusvaihe mm. containing ja mirroring), jotta hän pystyy auttamaan toisia tunnistamaan kokemiaan vaikeuksia. Sairaanhoitaja soveltaa inhimillisten suhteiden periaatteita ongelmiin, joita ilmenee kaikessa kokemisessa. Hoitaja–potilas-suhde kuvaa potilaan itsenäistymistä hoitajan tuella (Brophy ym. 1994, 316, 319). Soveltaen kyseistä ajatusta ohjaavaan kuntoutukseen kuntoutustyöntekijän ja mielen kuntoutujan välinen suhde kuvaa hoito- tai palvelukodin asukkaan kehittymistä kuntoutumisessa ja itsenäistymisessä.

Psykiatrisen hoitotyön omin tehtävä on Peplauin mukaan (1952, 44–64) auttaa potilasta selviytymään jokapäiväisessä elämässä. Tässä tehtävässä hoitajalla voi olla useita rooleja, kuten opettaja, ohjaaja, johtaja, tekninen ekspertti tai esimer-

kiksi sijainen. Opettajan rooli on em. roolien yhdistelmä. Peplau uskoo ohjaajan roolin olevan kaikkein tärkein potilas–hoitaja-suhteessa. Ohjaaminen toteutuu sairaanhoitajan herkkänä reagoitina potilaan tarpeisiin.

*”Potilasta tai asiakasta autetaan muistamaan ja ymmärtämään täysin, mitä hänelle tapahtuu nykytilanteessa, niin että hän voi liittää tämän kokemuksen muihin elämäkokemuksiinsa sen sijaan, että erottaisi sen niistä”* (Peplau 1952, 64).

*”Sairaanhoitaja lähtee aina siitä, mitä potilas tietää ja potilas kehittyi sen mukaan, miten paljon hän haluaa ja kykenee käyttämään tietoa”* (Peplau 1952, 48).

Opetuksen Peplau (1964, 98) jakaa opettajakeskeiseen opettamiseen, joka muodostuu suurelta osin tiedon antamisesta (guidance) ja kokemuseräisestä opettamisesta (counselling):

*”...käytetään oppijan kokemusta perustana, jolta oppimistuloksia kehitetään”.*

Peplau (1997) on kiinnittänyt huomiota muutokseen hoitotyön kontekstissa, joka on siirtynyt yhä enemmän asiakkaiden koteihin tai yhteisöihin. Juuri tähän tarvitaan hänen mielestään ohjauksellista yhteistyötä asiakkaiden ja hoitajien kesken.

### **8.3.3 Kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta**

Kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta tarkoittaa, että kuntoutujasta vastuuta kantava työntekijä reagoi kuntoutujan kokemuksiin ja tulkintoihin ja vastaa niihin. Kuntoutujaa ei saa jättää vaille vastausta. Kysyminenkin on vastaamista. Tästä tajunnallisesta tapahtumasta syntyvät entistä relevantimmat ymmärtämysyhteydet ja merkityssuhteet. Tavoitteena on, että kuntoutuja voisi itse realisoida ja jäsentää näitä merkityssuhteita (Ahlfors 1992, 25, Rauhala 1983). Kuntoutuja kykenee säätelemään oppimistaan ajoittain rajatusti. Siksi hoitaja on merkittävä henkilö tukemaan kuntoutujaa kehitymisessään. Edellisen tutkimusvaiheen tulosten mukaan asukkaat arvottivat työntekijän ”numero ykköseksi”. Ohjaaminen kokemusten tulkintaan edistää kuntoutujan ymmärrystä, asioiden arvottamista ja toimintaa ohjaten palkitsevaan oppimiseen. Ohjaava kuntoutus on tässä mielessä oppimista edistävä teoria (vrt. Child 1985).

Fenomenologisessa lähestymistavassa huomio kiinnitetään havaittaviin ilmiöihin, joita pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään kokemuksen kautta. Hermeneutiikassa analysoidaan kasvatustodellisuutta, mikä johtaa käytännön ymmärtämiseen (Rauhala 1990, 104, Peltonen 1995, 90). Siinä pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan toisen ihmisen elämismaailmaa omasta elämismaailmasta irrallisena (Varto 1992b, 59, 63). Tulkintaa ja tulkkiutumista esiintyy ymmärtämistapahtumassa selvästi toisistaan erottuvilla tasoilla (Rauhala 1990, 104-115):



- 1) tajuntaan olemuksellisesti kuuluva taso,
- 2) kokemustieteellisen tutkimuksen menetelmätaso,
- 3) tulkinnan ja tulkkiutumisen tajunnallisen rakenteen taso ja
- 4) syvähermeneuttinen tarkastelutaso.

Ensimmäinen on luonteeltaan ontologista, koska se paljastaa vain sen, millainen ihmistajunta on tutkimuskohteena, mutta joka ei tarkastele yksityiskohtaisemmin tulkkiutumisen rakennetta. Se ei tavoita ihmiselon perimmäistä merkitystä (Wallenius 1992, myös Rauhala 1995, 28–29). Toisella tasolla tutkitaan kokemusperäisesti kulttuuri-ilmiöitä. Tämän tason tulkinta kuvaa esimerkiksi kollektiivista oppimista kriittisten tapahtumien kautta (vrt. Brookfield 1996, 198–214). Kolmas taso on tieto-opillinen. Siinä kysytään, mikä on spontaanisti tai ohjatusti tapahtuva tajunnallista ymmärtämistä koskevan tutkimusprosessin sisäinen struktuuri. Tällä tasolla tapahtuva ymmärtäminen ja tulkinta asettaa tiettyjä vaatimuksia yhteisöjen jäsenille ja ohjauksen muodolle (vrt. Taulukko 2. Ohjauksen kolmiulotteisuus, I tutkimusvaihe).

Ihmisen luovuus löytyy spontaaniudesta, valmiustilasta, jossa ihmisen mieli on poikkeuksellisen vapaa (Moreno 1974). Arkipuheessa spontaanisuus ymmärretään usein välittömäksi reaktioksi, impulsiivisuudeksi. Morenolle spontaanisuus ilmenee myös kuuntelevassa läsnäolemisessä. Spontaani toiminta on jotain taianomaista – unohtaen ennakkokäsityksensä ohjaaja samastuu paremmin asiakkaansa tilanteeseen. Spontaanisuus lisääntyy vuorovaikutuksessa, kun suostutaan jaettuun illuusioon – yhdessä luomaan, kokemaan ja käsittelemään uusia mielikuvia. Tällainen spontaanisuus suosii oppimista, sillä oppiminen edellyttää jännittämisestä vapaata ilmapiiriä. Spontaanisuus voi olla myös stereotyyppistä tilanteenmukaista asiallista toimintaa, jolloin se ei kuitenkaan sisällä mitään uutta luovaa (esim. ensiaputilanteen mukainen nopea ja spontaani toiminta, ns. tilannejohtaminen). Todellinen spontaanisuus toteutuu tilanteessa, jossa henkilö toimii samalla sekä mielekkäästi että uudella tavalla ja luovasti ja seuraukset ovat tilanteeseen nähden uusia ja jollakin tavalla hyödyllisiä (Moreno 1974, 1977, Niemistö, 2000, 173). Kuntoutumisen ohjaamiseen spontaaniudella näin ymmärrettynä on paljon annettavaa.

Neljäs taso keskittyy pääasiallisesti tajunnan sisäisten toimintaperiaatteiden analyysiin, jota Heidegger syvähermeneutiikan varsinaisena kehittelijänä vei eteenpäin. Rauhalan mukaan mihinkään perustavampaan tulkkiutumisen analyysissä ei enää voi päästä kuin Heideggerin eksistentiaalisen olemisen analyysi on (Rauhala 1990, 104–115). Tätä Heideggerin maailmassa-olemisen ajattelua kohtaan Levinas (1996, 7–9) on esittänyt kritiikkiä nostamalla eettisen suhteen toiseen ihmiseen ihmisyyden ensimmäiseksi filosofiaksi.

Kokemusoppimisesta on paljon kirjoitettu, sillä oppimisteoriat ovat perinteisesti rakentuneet kokemuksen käsitteelle. Oppiminen on aikaisemmin mielletty kokemuksen lisääntymisenä ja työstämisenä, mutta itse kokemus on nähty jotta-kuinkin itsestään selvänä ilmiönä. (Engeström 1995, 75). Jarvisin (1987, 1992) ajatuksia kokemuksen konstruktioista olen siteerannut kolmannessa tutkimusvaiheessa.

Kriittisesti muodolliseen kirjatietoon ja sääntöihin suhtautuvien oppimisteorioiden (mm. Dreyfus & Dreyfus 1986, Benner 1984 ja suom. 1989) mukaan asiantuntijuus saavutetaan pitkän ajan kuluessa suoraviivaisesti tiettyjen vaiheiden kautta. Jarvisin mukaan (1997, 13) oppiminen ei ole sen paremmin yksinkertaista kuin suoraviivaistakaan, vaikka kokemus onkin kaiken oppimisen perusta. Yksilön omasta elämäntilanteesta ja hänen kokemistaan ongelmista lähtevä oppiminen on kokemuseräistä. Kokemukseen liittyvät tunteet, ajatukset, mielikuvat, käsitykset ja asenteet ovat tarkasteltavana ja sen pohjalta tehdään johtopäätöksiä, sovelletaan tuloksia ja ”opitaan”.

Tarkastelen oppimista kokemusoppimisen näkökulmasta. Kokemusoppimisen menetelmien käyttö on pohjautunut pitkään humanistisen psykologian aatemaailmaan (mm. Maslow, Rogers, Lewin). Toisaalta itsereflektion merkitystä korostaviin kokemusoppimisen menetelmiin on päädytty myös progressiivisen pedagogiikan (mm. Dewey) ja kognitiiviselle teorialle ominaisen konstruktivistisen ajattelutavan mukaan (mm. Kolb 1984, Knowles 1987, von Wright & Rauste von Wright 1992, 210–215). Mezirow et al. (1996, 8) kirjoittavat kokemusoppimisen yhteydessä uudistavasta oppimisesta:

*”Uudistava oppiminen tarkoittaa kriittisen reflektion kautta toteutuvaa oppimisprosessia, jonka tuloksena on merkitysperspektiivien muuttaminen niin, että yksilö voi luoda kattavamman, erottelukykyisemmän ja johdonmukaisemman käsityksen omasta kokemuksestaan. Oppimisprosessi sisältää myös tähän käsitykseen perustuvan toiminnan”.*

Claxtonin mukaan (1985, 126–129) kokemusoppiminen tarjoaa oppimiseen itsekokemisen oppimisen, mikä ei ole kokemuksen kautta oppimista. Kokemisen oppiminen auttaa ihmistä pääsemään tietoisuuteensa ja niihin kokemuksiin, jotka hän on kiistänyt tai jotka ovat olleet hänelle arkaluontoisia. Kokemisen oppiminen on tietoista työskentelyä, jonka ohjaamiseen mielen kuntoutuja tarvitsee vastuullisen työntekijän. Ohjaus muistuttaa tällöin psykoterapiaa sen suhteen, että kuntoutujaa autetaan muuttamaan näkymätön näkyväksi, tiedostamaton tietoiseksi. Kokemisen oppiminen on kokemuksista oppimisen (kokemusoppiminen = kokemuksellinen oppiminen) ehto. Mielen kuntoutujan terveydentilan vaihtelut häiritsevät kokemiseen kiinni pääsemistä elämäntilanteen kaoottisuuden vuoksi. Työntekijän interventio on siksi välttämätön, joskin se on usein välttämätön myös kokemuksista oppimiselle.

Kokemisen oppiminen on oman identiteetin tutkimista. Siinä ihminen on kasvotusten kahden vaihtoehdon välillä: uskoako omaan kokemukseensa ja käsitykseensä itsestä vai uskoako olevansa sellainen kuin toiset sanovat itsen olevan. Tässä on ongelmana se, että identiteetin määrittely houkuttelee ihmistä herkästi puolustamaan näkökantojaan. Claxton (1985, 126–129) kuvaa tätä puolustautumista ”vähän kuolemisena” (die a little). Identiteetin tutkiminen ja kokoaminen on kokemusoppimista – identiteetin rajojen laajentamista niin, että aikaisemmin kielletyt kokemukset hyväksytään tietoiseen tarkasteluun (myös Bauman 1993).

Kokemusoppimista edistää ympäristön turvallinen ilmapiiri ja työntekijän aitous, hyväksyntä ja empatia. Ihmiset kokevat turvallisuutta sellaisten ihmisten seurassa, jotka osaavat olla oma itsensä ja jotka tuomitsematta ymmärtävät. He kykenevät näkemään ihmiset arvokkaina ja merkityksellisinä. (Rogers 1985).

Kolb (1984) perustaa kokemusoppimisen lähestymistapoja koskevan analyysin keskeisesti Lewinin, Piaget'n ja Dewey'n ajatuksiin. Hän esittää neliaskelisen kehämallin, joka pohjautuu lähinnä Lewinin aloittamaan toimintatutkimuksen perinteeseen ja hänen siinä kehittelemäänsä kokemuksellisen oppimisen malliin. Siinä oppiminen ja yksilön kasvu nähdään prosessina, joka alkaa yksilön ”tässä ja nyt” -tilanteesta.

Kokemuksellisen oppimisen kehämallia on sovellettu mm. aikuiskoulutuksessa ja työnohjauksessa (mm. Paunonen 1990, 20–23). Mallin askeleet koostuvat

- 1) konkreettisesta kokemuksesta, jota seuraa
- 2) kokemuksen esille ottaminen, havainnointi ja harkinta.
- 3) Sen jälkeen kokemusta reflektoidaan eli käsitellään abstraktien käsitteiden ja yleistämisen avulla.
- 4) Viimeisessä vaiheessa koetellaan käsitteiden seuraamuksia uusissa tilanteissa, mikä johtaa taas alkutilanteeseen, eli konkreettiin kokemiseen. (Kolb 1984).

Kolbin malliin on kohdistettu kritiikkiä sen sulkeutuneisuuden johdosta siitäkin huolimatta, että aineksia kokemiseen voidaan kerätä muistiin varastoiduista mielikuvista, oivalluksista tai erilaisista tekojen valikoimista, jotka ainakin kerran yksilön elämäntilanteessa ovat koettuja asioita (Engeström 1995).

Kokemusoppimisen ehkä kehittyneimpinä muotoina Engeström (1995, 77) pitää oppimisen yhteisöllistä ja kontekstuaalista luonnetta korostavia teorioita, joissa hyödynnetään antropologista tietoa eri oppisopimusjärjestelmistä. Edellinen tutkimusvaihe tässä tutkimusprojektissa valaisi tuloksillaan, miten toiminnallinen yhteisö voi myös edistää yksilöjänsä oppimista. Oppimista tapahtuu ”toimimalla yhdessä”. Oppimista tapahtuu, kun yhteisön jäsenet ovat tiiviisti toistensa kanssa kanssakäymisissä. Tiivis yhteistyö vähentää oppimista häiritseviä ryhmäilmiöitä. Yhteisössä esiintyy vähän varsinaista opettamista mutta sen sijaan paljon oppimista. (emt.).

Eräs yhteisöjen jäsentensä oppimista edistävä muoto voisi olla kriittisten tapahtumien listaaminen ja käsitteleminen (Brookfield 1996, 198–213). Mielen kuntoutujien kokemukset terveysuhkista liittyvät usein hoito- tai asuinpaikan vaihtamiseen, terveydentilan äkillisiin vaihteluihin kuten äänten kuulemiseen tai paniikki- tai ahdistuskohtauksiin, yksinäisyyteen, fyysisen kunnon romahtamiseen tai hoito- tai kuntoutusyhteisöjen ilmapiiristä johtuviin haittoihin. Nämä ovat kuntoutujien kokemusmaailmassa kriittisiä tapahtumia, jotka useimmiten ovat yhteisöjen jäsenten yhteisiä kokemuksia ja siksi myös yhteisesti jaettavissa ja käsiteltävissä.

Nykyisissä mielen kuntoutujien koulutusohjelmissä (mm. oireidenhallintaryhmät, oma-apuryhmät, vertaistuki ja psykoedukatiivinen perhetyö) edellä mainitsemiin kuntoutujien kokemukset onkin otettu huomioon. Esimerkiksi vertaistuen tavoitteena on, että kuntoutuja oppii hyväksymään sairautensa, hänen potilaan roolinsa heikkenee ja sosiaalinen verkostonsa vahvistuu (Vuorinen 1995, 79–81). Mutta miten koulutusohjelmat ovat tavoittaneet hoito- ja palvelukotien asukkaat? Kriittisten tapahtumien tutkimisessa kuntoutujia pyydetään valaisemaan ryhmälle oma-kohtaisia ja konkreetteja kokemuksia niiden esiintymisestä. Niiden merkitys uudistuvan oppimisen edistämisessä on kahtalainen. Ensinnäkin, koska kriittiset tapahtumat ovat ihmisten oman elämänsä tapahtumista esitettyjä selostuksia, ne ilmentävät oppijan eksistentiaalista todellisuutta edustavia, tavallaan ”ei-vaihdettava” tietolähteitä. Toiseksi kriittisiä tapahtumia soveltavat harjoitukset eivät ole läheskään yhtä uhkaavia kuin yleisessä muodossa olevat kysymykset. (Brookfield 1996).

Brookfield (1996, 198–213) suosittelee mahdollisimman pitkälle käytettyjen epäsuorien lähestymistapojen käyttämistä ryhmän oppimisessa suoraan asiaan käymisen sijaan. Tämä on omiaan vähentämään ryhmäajattelun vaaroja. Ryhmäajattelu edustaa kotoista harhakuvaa siitä, että kaikki samaa mieltä olevat ihmiset ovat oikeassa, jolloin kukin ryhmän jäsen pyrkii välttämään perusteellista kritiikkiä ”yhteentörmäysvaaran” välttämiseksi. Hoito- ja palvelukotien naisasukkaiden kokemukset edellisessä tutkimusvaiheessa ”myötäilijöinä” olemisesta osoittaa, miten herkästi yhteisöissä pyritään välttämään tätä yhteentörmäystä.

Engeström (1995, 81–82) kritisoi kokemosoppimisen malleja siitä, että ne eivät loppujen lopuksi vie organisaatioissa oppimista eteenpäin, vaan että ne herkästi kriisiytyvät ja jähmettyvät paikoilleen innovatiivisuuden puuttuessa. Hän pitää kokemusta kaksiteräisenä aseena oppimisessa. Toisaalta usko kokemosoppimiseen perustuu harhaiseen oletukseen siitä, että totuus on ilmeinen, eikä sitä tarvitse päätellä. Kuitenkin oikeat ratkaisut ovat ilmeisiä vain poikkeustapauksissa. Toisaalta taas oppimista pidetään aktiivisena hypoteesien testaamisen prosessina. Yhteisöjen oppimista tutkineet näkevät Engeströmin mukaan ehkä pisimmälle.

Kokemosperäinen tulee erottaa kokeilevasta toiminnasta. Ylittääkseen kokemuksen rajat ihminen tarvitsee kokeilemistä. (Engeström 1995, 82). Voidakseen kokeilla jotain uutta ihminen tarvitsee tarttumapinnan historiaan, omiin henkilökohtaisiin kokemuksiinsa. Historiattomuus ja yksilöllisten kokemusten merkityksen huomiotta jättäminen lisäävät voimattomuutta ja tunnetta toisten pelisääntöihin alistumisen tarpeesta. Kokemosperäinen ja kokeileva toiminta yhdessä voivat johtaa ekspansiiviseen oppimiseen, kokonaisen toimintajärjestelmän, esimerkiksi hoito- tai palvelukotiyhteisön, toiminnan muutokseen.

*”Termin kokemus voidaan tulkita merkitsevän joko kokemosperäistä (empirical) tai kokeellista (experimental) suhtautumistapaa. Kokemus ei ole jäykkä ja suljettu ilmiö vaan elävä ja siksi kasvava. Kun sitä hallitsee menneisyys, tapa ja rutiini, se on usein vastakkainen järkevälle ja harkitulle. Mutta kokemus sisältää myös reflektion, joka vapauttaa meidät perinteen rajoittavasta vaikutuksesta. Kokemus voi toimittaa tervetulleeksi ja sisällyttää itseensä kaiken, mitä kaikkein täsmällisin ja terä-*

*vin ajattelu keksii. Itse asiassa kasvatuksen tehtäväksi voitaisiin määritellä juuri tällainen kokemuksen vapauttaminen ja laajentaminen". (Dewey 1910, 156, suom. Engeström 1995, 82).*

Olen kirjoittanut toisin toimimisen tarpeesta mielenterveyskuntoutuksessa. Tutkijana olen kiinnostunut seuraamaan, miten mielenterveystyön hoito- ja palvelukodit vapauttavat itsensä uuden kokemiseen ja kokeilemiseen. Kokemusperäisen ja kokeilevan oppimisen yhdistäminen on kuitenkin pitkäkestoinen prosessi, joka edellyttää kollektiivista kärsivällisyyttä. Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt induktiivis-deduktiivisesti kehittelemään ohjaavan kuntoutuksen ideaa toisin toimimisen välineeksi mielenterveyskuntoutukseen yksityisiin hoito- ja palvelukoteihin.

### **8.3.4 Ohjauksen osapuolien keskinäinen kasvu ja kumppanuus**

Kumppanuus, ystävyys ja toveruus ovat ongelmallisia termejä hoito- ja kasvatustieteilijöiden keskuudessa. Edellisen tutkimusvaiheen tiedonantajat, hoito- ja palvelukotien asukkaat, ovat esittäneet toivomuksen työntekijöiden roolin muuttamisesta arkiseen suuntaan. Ohjauksen osapuolien keskinäinen kasvu ja kumppanuus-ohjenuora viittaa toisilleen vastakkaisten kokemusten, kuten läheisyyden ja etäisyyden, liittymisen ja irtautumisen ja paljastamisen ja kätkemisen, yhtäaikaisen olemassaolon tunnistamiseen ja hyväksymiseen. On kysymys elämisestä samassa rytmisissä omien merkityksenantojen maailmassa. (Parse 1981, 69, 1987, 3, 1997a, 23).

Esimerkki läheisyyden ja etäisyyden ristiriidasta ilmeni hoito- ja palvelukotien asukkaiden kokemuksessa yhteisön turvallisuudesta (edellinen tutkimusvaihe). Yhteisön jäsenet koettiin itselle tärkeinä ja tuttuina, minkä voi tulkita läheisyyden, liittymisen ja yhteenkuuluvuuden tunteeksi. Kuitenkin asukkaat saman haastattelun kuluessa toivovat työntekijöiltä lisää läsnäoloa, keskustelua ja kehittävää toimintaa. Tässä voisi olla kysymys yhteisöjen kokemisesta symbolisina yhteisöinä, jolloin asukkaiden kokemus kehittymisen tarpeesta edellyttää toiminnallista yhteisyyttä. (vrt. Lehtonen 1990).

Kasvatustiede on käytännöllinen tieteenala, johon tutkijana tunnen kutsumusta. Erityisesti aikuiskasvatuksen koen ”ystävien” keskeisenä kasvuna (myös Collins 1991, 38–41). Tämänlainen kokeminen voi aiheuttaa pelkoa kasvatuksen romantisoitumisesta ja kasvattajan roolin hämärtymisestä. ”Ystävien” keskeinen kasvu ilmaisee mielestäni ohjaajan rooliin sisältyvän vahvan eettisen ulottuvuuden. Se korostaa ohjaajan persoonallista vastuuta osana osallistujien joukkoa, itse-tietoisuutta ja luottamusta yhteisöön. Se osoittaa itsensä alttiiksi asettamista kasvatustilanteissa. On kysymys riskinottamisesta ja sen huomaamisesta, että selviytyy ja kehittyy.

Bunch (1983) on tutkinut skitsofreniaa sairastavien potilaiden ja psykiatristen sairaanhoitajien vuorovaikutusta ja todennut, että hoitajan valmiudet riskinottoon lisääntyvät ymmärtämisen, sietokyvyn ja herkkyyden lisääntyessä. Hoitajan päte-

vyys tai pätevä suoritus edellyttävät ennalta määrättyjä taitoja ja käyttäytymistä, mutta ohjaajan roolissa hoitajan toimintaa voidaan kuvata käytännöllisin ja eettisin termein ilman teknisiä resursseja.

”Ystävät kasvattavat ystäviä” (Collins 1991, 48, 56) tarkoittaa mielestäni kasvattajien tai ohjaajien vastuullista sosiaalisuutta. Huolimatta oppimisen yksilöllisestä tapahtumisesta oppimisen kokemus on dialektinen prosessi. Siinä ohjaaja on myös oppija, jonka oppimista ja ymmärtämistä oppilas ohjaa. Ohjaajan on oltava kaiken aikaa vastaanottavainen ja avoin erilaisille signaaleille. Ohjaussuhteesta tulisi rakentua välittävä suhde, jossa kumpikin osapuoli tuntee vastuuta toisen kehityksestä. Ohjaussuhde on subjekti-subjekti-suhde (myös Ojanen 2000).

Vastavuoroisuus ja kumppanuus liittyvät läheisesti läsnäolemiseen. Parse (1993) erottaa läsnäolon empaattisesta läheisyydestä, jossa hoitajat yrittävät tuntea ja ymmärtää potilaidensa tavoin. Tuollainen ymmärtäminen ei Parsen mukaan ole mahdollista. Emme voi täysin ymmärtää toisen ihmisen olemista ja kokemusmaailmaa. Voimme ainoastaan toista kunnioittaen olla todistamassa hänen kokemustaan sellaisena, kuin se hänelle ilmenee ja kuinka hän sen kokee. On kysymys rehellisestä ymmärtämssuhteesta, jossa hoitaja kuvaa ohjaussuhteen ilmiöitä sellaisina, kuin ne ovat ja kuinka on ne itse ymmärtänyt.

Ohjaussuhteen ilmiöiden kuvaamiseen hoitaja tarvitsee kielellisiä symboleja, ammattisanastoa. Tulkitseminen on kielenkäännöstyötä, jossa vastuullinen hoitaja antaa kuntoutujan sanattomille ja vertauskuvalle ilmaisulle sanallisen muodon. Kuntoutujan ilmausten ymmärtäminen on tiedollisesti ja emotionaalisesti vaativaa. Toista ihmistä ei voi täysin ymmärtää tulkinnan avulla siitäkään huolimatta, että tulkinnan perustana käytetään koko sitä maailmaa, missä kuntoutuja on. (Lindström 1988, 49, vrt. Varto 1992b, 60 ja Parse 1993).

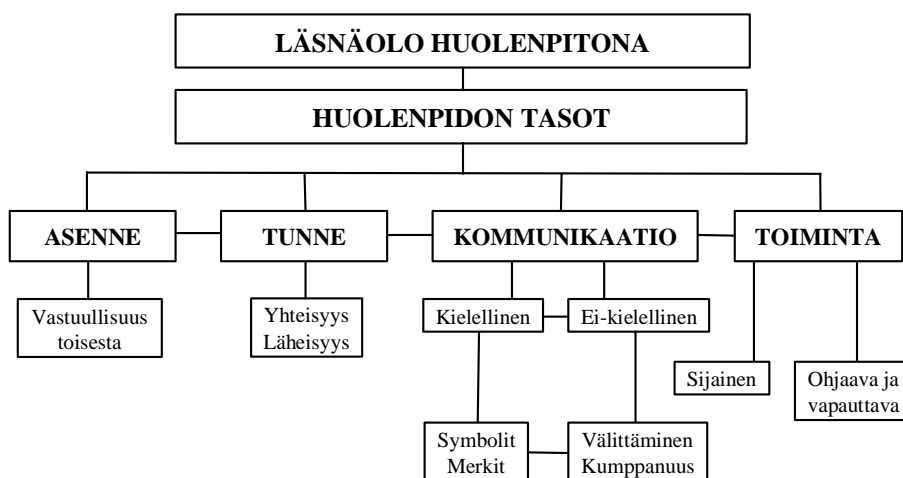
Kieli on täynnä erilaisia merkkejä ja symboleja, jotka Jungin mukaan (1981) on erotettava toisistaan. Symbolilla (esim. yhteisö, säännöt) on usein myös joku tuntematon sivumerkitys tavallisen yhdessä ymmärretyn merkityksensä ohella. Tämä symbolin tiedostamaton merkitys ei ole aina kielellisesti ilmaistavissa ja siksi se on erotettava merkistä. Merkki on useimmiten sopimuksellinen ja rationaalinen, loogisen ajattelun mukainen (esim. jokin konkreetti työväline, kuten ”kynä”, tai selkeä kuvaus työnjaosta, kuten ”vuorotellen”). Symboli voi muuttua merkiksi, mikäli sen merkitys selvitetään kokonaan. Vertauskuvalle ja henkilökohtaisten merkitysten ymmärtäminen ei aina kuitenkaan ole täysin mahdollista ja tämä johtaa yhteisöissä läheisyyden ja etäisyyden ristiriitaisiin kokemuksiin kasvattaen asukkaiden toivetta kumppanuudesta.

Eettinen ohjaus kuntoutuksessa ei perustu sääntöihin tai laatuvaatimuksiin myöskään ymmärtämisen suhteen. Se on ennemminkin suhdetta kannattava väline ohjaavan kuntoutuksen prosessissa, jossa kumpikin osapuoli antaa jotain itsestään toiselle. Olemalla toisen kanssa liitytään yhteen ja koetaan yhteistä iloa. Toisen kanssa oleminen on kumppanuutta, aitoa, viiptyvää läsnäoloa. Aitous merkitsee intentiota ja tahtoa olla toista varten. Toiselle ei aseteta mitään odotuksia. Toinen saa olla ”omassaan” ilman kohteen rasitetta. Toinen ihminen tajuaa hoitajan aidon läsnäolon, vaikka sanaakaan ei sanottaisi. (Mattila 1996). Mielen kuntoutujalle on

merkityksellistä työntekijän läsnäolon aistiminen. Siinä mahdollistuu kahden ihmisen välinen yhteisyyden tunteen syntyminen ja vuorovaikutussuhteessa saavutetaan molemminpuolisuuden kokemus. (Sova 1992, 60).

*”Läsnäolo ei ole jotain häipyvää ja ohimenevää, vaan jotakin meitä kohtaavaa, odottavaa ja kestävä” (Buber 1993, 35).*

Läsnäoloon ja kumppanuuteen kuntoutustyössä liittyy huolenpito toisesta, jonka merkitystä sekä kuntoutujat että hoitajat korostavat. Huolenpito kuntoutustyössä ilmenee asenne-, tunne, kommunikaatio- ja toiminnallisella tasolla sekä kahdenkeskisissä että ryhmä- ja yhteisösuhteissa (Sova 1992, 56). Se liittyy aina jonkinlaiseen suhteeseen, jossa toinen toimii toisen puolesta (Kaavio 17. Läsnäolo huolenpitona).



Kaavio 17. *Läsnäolo huolenpitona*

Asettuessaan toisen asemaan hoitaja voi toimia hänen sijastaan (esimerkkejä edellisen tutkimusvaiheen tuloksista: *”toivon kantaja, pesuissa auttaat, syöttämissä, parran raakaamisessa”*). Huolenpitoa voidaan osoittaa myös kulkemalla toisen edellä ja osoittamalla kehitysmahdollisuuksia. Tätä huolenpitoa kutsutaan ohjaavaksi ja vapauttavaksi huolenpidoksi. Kulkeminen edellä tarkoittaa sekä vastuullisuutta toisesta että rinnalla kulkemista. Kuntoutujalle se merkitsee esimerkiksi keskustelua, jonka tarkoituksena on auttaa häntä näkemään uusia mahdollisuuksia vaikeissa tilanteissa. (Sarvimäki-Stenbock-Hult 1989, 92–93).

Huolenpito on toisen ihmisen kunnioittamista, huomioonottamista ja hyväksymistä. Osoittaessaan kunnioitusta kuntoutujaa kohtaan hoitaja myöntää hänelle oikeuden omiin tunteisiin ja mielipiteisiin, omaan tahtoon ja omiin kokemuksiin eri tilanteissa. Huomioonottaminen merkitsee kuntoutujan ajatusten ja sen hetkisten voimavarojen aistimista, näkemistä, tunnistamista tai selvittämistä. Kuntoutu-

ja voi kokea, että häntä ei hyväksytä omana itsenään, mikäli hoitaja ei osoita konkreetteilla toimenpiteillään kunnioitusta ja huomiota häntä kohtaan. Hoitajan on kuunneltava kuntoutujaa päästäkseen selville hänen sanojensa henkilökohtaisista merkityksistä ja niiden tunnesävyistä. Kuntoutujaa ei voi kunnioittaa tai hyväksyä, mikäli häneen ei luoteta. Luottamus merkitsee uskoa kuntoutujan kehitysmahdollisuuksiin ja kykyyn kantaa vastuuta. (Rogers 1976, 102–104, 198–210).

Jokainen mielen kuntoutuja on Sovan mukaan (1992, 63) kyvykäs kehitymisessään, sillä terveydentilan vaihteluista johtuva regressio harvoin koskettaa kuntoutujan koko persoonallisuutta. Tähän perustuu myös ajatus kuntoutujan voimavaroista, joille hän itse voi olla sokea, mutta joita hänellä aina on. Hoitajalta edellytetäänkin huolenpitoa ja vastuullista väliintuloa kuntoutujan voimavarojen, oppimisen ja kehittymisen osoittamiseksi ja edistämiseksi. Aito välittävä huolenpito sisältää eettisen ulottuvuuden (vastuullisuus toisesta), voimakkaan tunteen (yhteisyys, läheisyys) inhimillisen kommunikaation (välittäminen, kumppanuus) ja persoonallisen toiminnan (roolit) (soveltaen Puolakka, 1995, 43).

Näiden ominaisuuksien toteutuminen edellyttää hoitajan vastuullista omasta ja yhteisön jaksamisesta, osaamisesta ja kasvusta huolehtimista sekä riippuvuusuhteiden haitallisuuden ja rakentavuuden sekä vahingollisen vallankäytön tunnistamista. Kuntoutuja kokee hoitajien tai muiden yhteisön jäsenten vallankäytön hyvin herkästi uhkaavana, koska oma vaikuttaminen koetaan vähäisenä. Oma vallankäyttö voidaan kokea riittämättömänä tai olemattomana ja nähdään vain toisten ominaisuutena, josta ollaan kateellisia. Tämä projektio on omiaan hajottamaan yhteisön rauhaa, keskinäistä kumppanuutta ja yksilöllistä ja yhteisöllistä kasvua.

Vallankäyttö ilmenee Mayn mukaan (1974) piilevänä tai tosiasiallinen kykynä, jonka avulla ihminen saa aikaan tai estää muutoksen. Hoitaja voi tiedostamattaan hyväksikäyttää kuntoutujan asemaa omien etujensa ajamiseksi. Kuntoutujakin voi käyttää tiedostamatonta valtaa manipuloidessaan hoitajia. Hän voi vedota avun tarpeeseen vähentääkseen omaa ahdistustaan esimerkiksi uusissa tilanteissa. Kilpaileminen ilmenee negatiivisena vallankäytön muotona silloin, kun hoitajan valta perustuu kuntoutujan tietämättömyyteen, ”tiedän, mikä on sinulle hyväksi”. Suojeleva valta ilmenee usein huolenpitona mutta myös opettamisena tai ohjaamisena tarkoituksena kuntoutujan tietoisuuden lisääntyminen. Integroiva valta on toisen kanssa koettua valtaa. Hoitajan valta-asema vahvistaa mielen kuntoutujan valta-asemaa, joka dialektisessa suhteessa vaatii hoitajan ajatuksien ja tunteiden avoimuutta ja liikkuvuutta. Integroivaa valtaa käyttävä hoitaja on itsetunnonaan vahva osoittaen luottamusta itseensä ja kuntoutujan resursseihin. (myös Lindström 1988, 80-81). Integroiva valta ja suojeleva valta edistävät kuntoutujan kehittymistä.

Ihmisten keskeiset erot tulevat sitä seuraamuksellisemmiksi, mitä ylemmäs hierarkiassa mennään. Vain aivan pieni yhteisö voi toimia ilman hierarkiaa (Takala, 1997, 73). Hoito- ja palvelukotien asukkaiden yhteisökuvausten perusteella kodeissa ilmeni hierarkisuutta (edellinen tutkimusvaihe). Miesasukkaat kisailivat isännän paikasta ja esiintyivät naisia näkyvämmiin. Naisasukkaat vähemmistönä olivat enemmän myötäilijöitä. Miten heidän hiljaisena oloonsa vaikuttaa historianaikainen käsitys naisten vaientamisesta? (Koivunen 1997).



*”...naisten tulee olla vaiti seurakunnan kokouksissa...heidän ei ole lupa puhua, vaan heidän on oltava kuuliaisia, niin kuin lakikin sanoo...”* (Raamattu, I Kor. 14:33–35).

Hoito- ja palvelukotiyhteisöt edustivat edellisen tutkimusvaiheen tulosten perusteella vastavuoroisuuden, keskinäisen kasvun ja kumppanuuden osalta uudistavaa yhteisöä, joka kasvussaan tavoittelee demokratiaa. Asukkaat arvostivat työntekijöiden työtä ja olivat samalla heistä riippuvaisia. Työntekijöille annettiin herkästi ratkaisuvälä.

Salon mukaan (1996, 301) Suomessa ei ole 1980- ja 1990-luvuilla riittävästi ymmärretty normatiivisen näkökulman merkitystä psykiatrisen sairaalajärjestelmän supistamisessa. Laitostamisen normia ei ole kyseenalaistettu ja näin laitostaminen on siirtynyt myös muille hoitoa ja palvelua tarjoaville laitoksille tai yritysille avohoidossa. Esimerkiksi yksityinen hoitokoti tarjoaa asukkaalleen ruoan ja katon pään päälle. Hoitokoti saa kuntien ja valtion tukea (esim. ostopalvelusopimus). Asukas tai usein hänen edustajansa maksaa asukkaan eläkkeestä hoitomaksun. Näin laitostavan hoitokulttuurin jatkuvuuden edellytykset tulevat turvatuksi. Tämä tapahtuu riippumatta hoitokodin työtoiminnan tavoitteista. Kodit voivat harjoittaa joko säilyttävää tai kuntouttavaa toimintaa. Aluesihteereiden kuvausten (edellinen tutkimusvaihe) perusteella voi todeta, että tässä tutkimuksessa mukana olevat kodit edustavat molempia. Salon mukaan (emt.) hoitokotien tavoitteet eivät muuta sitä tosiseikkaa, että pelkästään taloudelliset ylläpidon ehdot tekevät niistä helposti laitoshoidon perinteen jatkajia.

Edellisen tutkimusvaiheen lopulla kiinnitin huomiota hoito- ja palvelukotiasukkaiden vaikutusvallan lisäämisen tarpeeseen. Tulisiko asukkaita ohjata nykyistä enemmän suoriutumaan omista raha-asioistaan, mm. hoito- ja palvelumaksuistaan? Kun sen tekee heidän puolestaan joku muu, kuntoutuja pidetään riippuvuus-suhteessa palvelun tarjoajaan tai sen maksajaan. Myös toisen tutkimusvaiheen tuloksissa kuntoutumiskodin asukkaiden rahan käytön harjoittelemattomuus tuli esille. Asukkaat tekivät mm. kodin päivittäiset ostokset tilille, jonka työntekijä kävi ajoittain hoitamassa. Yhteisymmärrykseen johtavan kommunikaation ja läsnäolon lisääminen sekä asukkaiden ohjaaminen vaikutusvaltaisuteen esim. raha-asoidensa hoitamisessa edistävät yhteisöjä kumppanuudessa kehittymisessä.

### **8.3.5 Yhteenvetoa mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä**

Olen kuvannut mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävää ohjaavan kuntoutuksen ohjenuorien pohjalta. Olen pyrkinyt luomaan teoreettista apuvälinettä kuntoutumisen edistämiseen ja tukemiseen. Tämä teorianmuodostuksen viimeistely odottaa vielä tämän tutkimusvaiheen tuloksia. Olen kuvannut tähänastisen empiirisen ja teoreettisen tiedon avulla ajatteluni kehittymistä ja kasvattanut ohjaavan kuntoutuksen teoreettista perustaa. Käyttämäni aineisto ei missään muodossa ole ollut puuduttavaa. Päinvastoin olen kokenut sen tukevan teoreettisia ratkaisujani ja ”kek-sintöjäni” ja käyttämään mielikuvitustani, joka Bronowskin mukaan (1979, 22–23) vaatii myös leikkisyyttä ja antaumusta:

*”Jos tiede on mielikuvitusta, jos kaikki kokeilu on leikkiä, silloin tiede ei voi olla rutikuivaa. Tiede, taide, kaikki luova toiminta on hauskaa. Jos tieteellinen väittämä tuntuu sinusta tylsältä, se johtuu siitä, ettei lue sitä yhtä antaumuksellisesti (etkä käytä mielikuvitustasi samalla tavoin) kuin lukisit runoa”.*

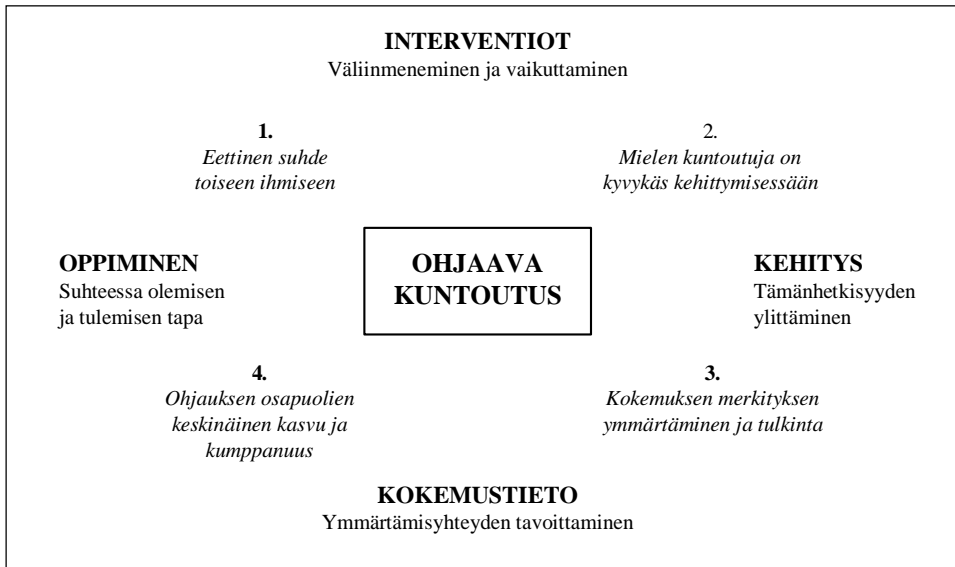
Ohjaava kuntoutus kytkee yhteen eettisen suhteen toiseen ihmiseen ja kokemuksen merkityksen ymmärtämisen ja tulkinnan interventiivisenä ohjauksen osapuolien oppimista ja kehittymistä edistävänä välineenä. Ohjaavaan kuntoutukseen kuuluu kokemus läheisyydestä. Sen symbolinen merkitys on kahtalainen; ensinnäkin käsitteenä se sitoo ohjaavan kuntoutuksen neljä ohjenuoraa yhteen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Toiseksi se kuvaa ohjauksen osapuolien kumppanuussuhdetta.

Läheisyyden käsite suhteutuu suhteessa olemiseen tapaan toisen kanssa. Ohjaavassa kuntoutuksessa se merkitsee eettistä suhdetta, jossa eettisyys on epäsymmetristä dialogisuutta. Vastaaminen toiselle kuvaa vastuullisuutta toisesta. Läheisyys suhteessa olemisessa merkitsee myös olemisen ja tulemisen samanaikaisuutta. Vastuullisuutta toisesta osoittaa kuntoutujan omana itsenään olemisen aistiminen. Kuntoutuja kehittyi siinä kokonaisuudessa, mikä on hänelle merkityksellistä. Tämä kehittyminen ei tapahdu itseohjatusti. Se edellyttää ohjausta läheisyyden kokemiseen toisen kanssa.

Läheisyyden käsite suhteutuu kokemuksen merkityksen ymmärtämiseen ja tulkintaan ja uudelleentulkintaan. Ne ovat välttämättömiä interventioita ohjaavan kuntoutuksen prosessissa. Ymmärtämistapahtuma ilmenee luonteeltaan eri tasoisena ja on aina valinta. Ymmärtämysyhteyden syntyminen edellyttää vastuullisen hoitajan läheistä suhdetta kuntoutujaan. Tämä toistensa kokemusmaailman tavoittaminen luo edellytykset ymmärtämistapahtuman tason valinnalle (vrt. Rauhala 1990).

Läheisyyden käsite suhteutuu interventioon, sillä väliin meneminen ilmentää intuitiivista, joko tietoista tai tiedostamatonta suhdetta jotakin varten, joka on itselle kokemuksellisesti läheinen tai etäinen. Läheisyys ja etäisyys tarvitsevat toisensa. Läheisinkään ajateltavissa oleva läheisyys ei ole mahdollinen ilman etäisyyttä. Etäisyyden puuttuessa läheisyys muuttuu yhteensulautumiseksi (Lindström 1988, 40).

Läheisyyden käsite suhteutuu oppimiseen ja kehitykseen, kun hyväksytään keskenään vastakkaiset asetelmat kehityksen edellytykseksi. Kehitys on liikettä, tämänhetkisyys ylittämistä. Kuntoutumisen ohjaaja ja kuntoutuja matkaavat omien merkityksenantojensa suuntaamana paljastaen ja kätkien kokemustaan suhteen läheisyydestä ja erillisyydestä, mahdollisuuksista ja rajoista. Kuvaan luonnosta mielen terveyskuntoutuksen kehitystehtävästä kaaviossa 18.



Kaavio 18. Luonnos mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä

Ohjaavan kuntoutuksen lähtökohta on eettisessä suhteessa toiseen ihmiseen. Työntekijä tekee interventioita luottaen mielen kuntoutujan kehittymiseen ja asian-  
tuntijuuteen ja osoittaa ja edistää ohjaussuhteen osapuolien oppimista. Oppimisen  
materiana on kokemustieto, jota ohjauksen osapuolet luovat saatuaan ymmärtä-  
missyhteyden toisiinsa. Ohjaava kuntoutus mahdollistaa ohjauksen osapuolien ke-  
hityksen tämänhetkisyysden ylittämisenä.

#### 8.4 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut, tiedonantajat, aineiston keruu ja analyysi

Mielen kuntoutujan kokemusmaailman tavoittamiseen käyttämäni fenomenologi-  
an ja loogisen positivismin rinnakkain käyttämistä olen perustellut jo edellä ”Al-  
kusoitossa” metodisesta näkökulmasta. Sen mukaan laatu ja määrä nähdään lähin-  
nä eroina tehdyissä havainnoissa, aineistojen keruun toteutuksessa, otosten suun-  
nittelussa ja raportoinnin kielessä. Tällöin menetelmät täydentävät toisiaan. (Lei-  
no-Kilpi 1997, 222–223, myös Tashakkori & Teddlie 1998).

Tämän osatutkimuksen tiedonantajina ovat yksityisten mielenterveystyön hoi-  
to- ja palvelukotien työntekijät ympäri Suomea. Hoito- ja palvelukotikartoitukse-  
ni vuonna 1997 (Liite 5) tuotti tiedot 45:stä mielen kuntoutujille tarkoitetusta ko-  
dista. Työntekijöitä näissä 45 kodissa oli yhteensä 194. Kyselylomake välitettiin  
postitse tai henkilökohtaisesti 126:lle tutkimusluvan myöntäneelle työntekijälle  
35:sta hoito- ja palvelukodista. Lomakkeita palautettiin 98. Vastausprosentti on 77  
%. Itä-Suomeen välitettyjen lomakkeiden määrä oli muita läänejä suurempi, kos-  
ka sieltä tavoitin kartoitukseni myötä alueellisesti eniten hoito- ja palvelukoteja.  
Läinikohtainen kyselylomakkeiden välittäminen ja palautus kuvataan taulukossa  
19.

Taulukko 19. *Läänikohtainen kyselylomakkeiden välittäminen ja palautus*

<b>Lääni</b>	<b>Kotien lukumäärä</b>	<b>Välitetyt lomakkeet</b>	<b>Palautetut lomakkeet</b>	<b>%-osuus kaikista palaut. lomakkeista</b>
Etelä-Suomi	6	21	17	17,3 %
Länsi-Suomi	4	14	11	11,2 %
Itä-Suomi	13	48	45	45,9 %
Keski-Suomi	3	16	7	7,1 %
Pohjois-Suomi	9	27	18	18,5 %
<b>Yhteensä</b>	<b>35</b>	<b>126</b>	<b>98</b>	<b>100,0 %</b>

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella kesä-heinäkuussa vuonna 1999 (Liite 6). Postitit lomakkeet Etelä-Suomen alueen yhteen ja kaikkiin Länsi-, Keski- ja Pohjois-Suomen alueen tutkimuksessa mukana oleviin hoito- ja palvelukoteihin. Muihin Etelä- ja Itä-Suomen hoito- ja palvelukoteihin kävin tutustumassa kesä-heinäkuun aikana vieden samalla niiden työntekijöille kyselylomakkeet. Olen halunnut tällä toimenpiteellä varmistaa lomakkeiden perille menon ja samalla selittää tutkimuksen ja lomakkeen sisältöä. Samalla minulla on ollut tilaisuus tutustua paikallisiin olosuhteisiin ja ihmisiin samoin kuin heidän tutkijaan. Vastausaikaa työntekijöillä oli kolme viikkoa lomakkeen vastaanottamisesta. Soitin muutamaan kottiin noin viikko vastausajan päättymisestä muistuttaakseni työntekijöitä lomakkeen täyttämisen ja palauttamisen.

Wolfin mukaan (1997, 478–482) kyselytutkimus on itseraportoiva instrumentti informaation keräämiseksi niistä ilmiöistä, joista tutkija on kiinnostunut. Kysymykset voidaan strukturoida tai jättää avoimiksi. Vastaajien on voitava lukea ja ymmärtää kysymykset, heidän on oltava perillä siitä tiedosta, johon vastauksia haetaan sekä heidän on oltava halukkaita ja vapaaehtoisia vastaamaan rehellisesti kysymyksiin. Kyselylomake tulee yleensä testata ennen sen varsinaista käyttöön-ottoa.

Kysely sisältää kysymyksiä sen mukaan, millaista tietoa sillä halutaan kerätä. Kyselyn sisältö voi periaatteessa olla rajaton, mutta tutkijan kiinnostus yleensä rajaa sen aluetta. Jokaisen kysymyksen tulee olla selkeässä suhteessa tutkimusongelmiin. On mietittävä, millaisiin kysymyksiin ei herkästi vastata - mitä voivat olla tässä tutkimuksessa esimerkiksi hoito- ja palvelukotitoimintaan liittyvät arkaluonteiset asiat. Vastamiseen käytettävä aika on myös merkittävä - mistä vuorokauden ajasta vastaaja kyseisen ajan ottaa, paljonko hän mahdollisesti käyttää vastaamiseen aikaa, vaivaako häntä kenties väsymys, onko kysely laadittu liian pitkäksi tai monivaiheiseksi yms. (emt. 478-482). Tutkimukseni on eräänlainen pilottihanke omalla alallaan. Edellä kuvaamani seikkojen pohtiminen kuuluu jokaisen tutkijan eettiseen toimintaan, mutta lisäksi se on huomionosoitus sekä tutkimuskontekstia, yleisöä että tiedeyhteisöä kohtaan. Wolf (1997) kehottaa kiinnittämään huomiota asialistaa tai asteikkoa käytettävässä kyselyssä kohtiin ”ei osaa sanoa”.

Olen rakentanut kyselylomakkeen suljetuista ja avokysymyksistä tutkimuskysymysten ohjaamien teemojen suuntaisesti (Taulukko 18). Suljettujen kysymysten osalta lauseet on rakennettu tämän tutkimuksen aikaisempien osatutkimusten tulosten ja kuntoutumisen ohjaamiseen liittyvän teorian pohjalta keräämään tosiasiatietoa. Teoreettisina välineinä ne saattavat ohjata työntekijöiden ajattelua aiheuttaen ongelmia mittaukseen ja tulosten tulkintaan. Peruskartoituksen määrällisessä osassa käytetään tulosten kuvaamisessa frekvenssejä, prosenttilukuja ja keskiarvoja. Analysoin tuloksia myös sanallisesti. (Karma, 1980, 29–30, Alkula ym. 1995, 84–87). Ensimmäiset suljetut kysymykset kartoittavat työntekijöiden taustatietoja.

Avokysymyksillä kerään tosiasiatiedon lisäksi mielipiteitä ja niihin saatavia vastauksia kuvaan ja analysoin sanallisesti havainnollistamalla tekstiä tiedonantajien autenttisilla ilmaisuilla. Kirjoitan ne pääsääntöisesti perätysten erottaen eri tiedonantajien ilmaisut toisistaan pilkuin ja sitaatein. Avoimet kysymykset käsitellään muodostamalla niistä sisältöluokkia (Pietilä 1976, 31–33), jotka koskevat työntekijöiden ilmausten mukaisia aiheisältöjä. Sisältöluokat jaan pääluokkiin ja useampaan alaluokkaan. Tämän luokitusrunгон rakentamisen jälkeen palaan aineiston ääreen ja ryhdyn laskemaan, miten paljon siinä on kuhunkin luokkaan kuuluvia ilmaisuja pelkistämällä ja asettamalla ilmauksia järjestykseen sen mukaan, miten monta samansuuntaista ilmausta vastauslomakkeista löytyy. Määrällinen luokittelu voidaan Pietilän mukaan (emt.) toteuttaa, mikäli tutkija katsoo, että ”on mahdollista löytää jokin kriteeri, jonka mukaan jotkin sisällön osat voidaan katsoa keskenään samanlaisiksi samoin kuin jotkut toiset vastaavasti samanlaisiksi jne”. Mikäli sisältö katsotaan olemukseltaan ainutkertaiseksi, ei sisällön luokittelu ole mahdollista.

Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä kyselyn kokonaisluotettavuuden. Validius on tulosta ajatteluni prosessista, jossa olen käyttänyt mielenterveyskuntoutuksen tuntemustani, aikaisempien osatutkimusten tuloksia, yleistä logiikkaa ja mittarin esitestausta osoittaakseni valitsemani indikaattorit järkeviksi. (Alkula ym. 1995, 74, 89). Kyselyn validiteettia kuvaa käyttämäni ihmisen työtoiminnan rakennemalli (Engeström 1995) aineiston keruun jäsentämisessä toistamiseen (vrt. II, III ja IV osatutkimus). Kyselyyn vastaamisen perusteella voin arvioida, kuinka johdonmukaisesti siihen on vastattu ja onko vastausten suhteen ristiriitoja. Suljetut kysymykset ovat avokysymyksiä ongelmallisempia niistä saatujen vastausten tulkitsemisen ja selittämisen suhteen. Kerään aineistoa ensimmäistä kertaa kyselyllä. Toivon, että olen osannut suorittaa vaativan operationalisoinnin mahdollisimman huolella, jotta pystyisin arvioimaan jäljelle jäävien virheiden suuruutta ja laatua sekä vaikutusta johtopäätöksiin.

**Ensimmäinen tutkimusteema** käsittelee asukkaiden kuntoutumispolkua (kysymykset I–VI). Aineisto kerätään suljettujen kysymysten I–II osalta asialistana, joka sisältää useita vaihtoehtoja kohdistuen erikseen nais- ja miesasukkaisiin. Suljetut kysymykset III–IV sisältävät vastausvaihtoehtoja, joilla kerätään työntekijöiden näkemyksiä siitä, miksi asukkaat yleensä tulevat hoito- tai palvelukotiin asumaan. Avokysymyksillä V ja VI kerätään työntekijöiden mielipiteitä kuntoutumisen tärkeimmistä tavoitteista.

**Toinen tutkimusteema** (kysymykset VII ja VIII) käsittelee työntekijöiden kokemusta asukkaiden ohjaamisesta. Suljetut kysymykset sisältävät vastausvaihtoehtoja, joilla kerätään työntekijöiden käsityksiä siitä, millaiseen toimintaan ja miten he ohjaavat nais- ja miesasukkaitaan.

**Kolmas tutkimusteema** (kysymykset IX–XII) käsittelee hoito- tai palvelukodin työtoimintaa. Avokysymyksillä kerätään työntekijöiden käsityksiä heidän omasta hoito- tai palvelukotiyhteisöstään, sen säännöistä, työnjaosta ja yhteistyöstä, aineellisista ja henkisistä välineistä.

**Neljäs tutkimusteema** (kysymykset XIIIa, XIIIb ja XIV) käsittelee työssä ilmeneviä ongelmia, niiden ratkaisutapoja ja käsityksiä työn hyvistä puolista. Aineisto kootaan avokysymyksillä.

## 8.5 Tutkimustulokset ja johtopäätökset

Naisia hoito- ja palvelukotien työntekijöistä (n=98) oli 82 ja miehiä 16. Suurin osa nais- ja miestyöntekijöistä oli asukkaiden kanssa saman ikäisiä eli 40–49-vuotiaita (Taulukko 20, Liite 10). Hoitoalan koulutus oli 70 %:lla, sosiaalialan koulutus 20 %:lla, muu koulutus 9 %:lla ja ei mitään koulutusta 1 %:lla. Työntekijöistä 25 % kuvasi itsellään olevan myös toinen koulutusammatti. Jatkokoulutuksessa oli 5 % työntekijöistä (Taulukko 21, Liite 10).

Ensimmäiseksi ammattinimikkeeksi ilmoitettiin kuntoutustyöntekijä, 19,4 %, hoito- tai palvelukotien johtajia ja yrittäjiä oli 18,3 %, psykiatrisia sairaanhoitajia 14,3 %, ohjaajia 13,3 %, mielenterveyshoitajia 11,2 % ja kodinhoitajia ja ravitsemustyöntekijöitä 9,3 %. Toisena ammattinimikkeenä ilmoitettiin ohjaaja, yrittäjä, mielenterveyshoitaja tai askarruttaja (10,2 %) (Taulukko 22., Liite 10). Työntekijöiden mielenterveystyön työkokemuksen vaihteluväli oli 0–37 vuotta. Keskimääräinen työkokemus mielenterveystyöstä oli 8,1 vuotta. Noin puolet työntekijöistä (45,9 %) oli toiminut alalla yli 6 vuotta (Taulukko 23, Liite 10).

### 8.5.1 Työntekijöiden kuvaus asukkaiden kuntoutumisen tavoitteista

*Kysymykset I–II* (Mistä nais- ja miesasukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin?) sisältävät seuraavia vastausvaihtoehtoja: Kaikki tai miltei kaikki = 3, Noin puolet = 2, Vain joitakin yksittäisiä = 1.

Työntekijöiden (n = 98) vastausten perusteella kaikki tai miltei kaikki naisasukkaat (81,6 %) tulevat psykiatrisesta sairaalasta hoito- tai palvelukotiin ja miesasukkaista kaikki tai miltei kaikki (76 %). Yksittäisiä asukkaita tulee kehitysvammalaitoksesta, toisesta kuntoutus- tai hoitokodista, vanhainkodista, mielenterveys- tai terveyskeskuksesta, omasta kodista tai vanhempien luota.

*Kysymykset III–IV* (Miksi asukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin työntekijöiden, n=98, mukaan?) sisältävät vastausvaihtoehdot kaikkein tärkein syy = 5 - ei tärkeä syy = 1, tyhjä = tyhjä. Vastaukset kuvataan prosentteina. (taulukot 24 ja 25).

Taulukko 24. *Miksi naisasukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin työntekijöiden (n=98) mukaan?*

Miksi tulevat?	5	4	3	2	1	tyhjä	yht. %
1 ei selviydy muualla	51	34	0	8	2	5	100
2 tulevat kuntoutumaan	21	57	2	6	1	13	100
3 tulevat itsenäistymään	8	47	4	13	4	24	100
4 haluavat palvelua	5	17	8	29	12	29	100
5 haluavat hoitoa	7	34	6	16	11	26	100
6 ei muuta asuntoa	5	22	3	24	17	29	100
7 tulevat toipumaan	2	24	6	28	12	28	100
8 tulevat lomalle sair:sta	4	12	5	18	30	31	100
9 kunt. suunn:n muk.	30	44	4	6	5	11	100

Taulukko 25. *Miksi miesasukkaat tulevat hoito- tai palvelukotiin työntekijöiden (n=98) mukaan?*

Miksi tulevat?	5	4	3	2	1	tyhjä	yht. %
1 ei selviydy muualla	56	35	0	4	1	4	100
2 tulevat kuntoutumaan	23	51	3	6	2	15	100
3 tulevat itsenäistymään	10	45	7	10	6	22	100
4 haluavat palvelua	8	26	6	22	14	24	100
5 haluavat hoitoa	8	34	5	14	10	29	100
6 ei muuta asuntoa	9	23	3	18	19	28	100
7 tulevat toipumaan	6	24	5	39	11	15	100
8 tulevat lomalle sair:sta	5	16	3	13	34	29	100
9 kunt. suunn:n muk.	36	40	3	6	5	10	100

Vastausten perusteella kaikkein tärkein syy hoito- tai palvelukotiin siirtymiselle työntekijöiden mukaan on se, etteivät sekä nais- että miesasukkaat selviydy muualla. Asukkaiden huonoa selviytymistä muualla kuvaa myös toisen muuttujan luokan (eräs tärkeä syy = 4) iso prosentti. Työntekijöiden vastausten mukaan miesasukkaat haluavat naisasukkaita enemmän palvelua. Miesasukkaille on naisasukkaita vähemmän asuntoja tarjolla ja miesasukkaat tulevat naisasukkaita enemmän lomalle sairaalasta. Vaihtoehtoa, he tulevat kuntoutussuunnitelman mukaisesti, on pidetty useimmin eräänä tärkeänä syynä. Tämä vastausvaihtoehto sisältää myös edellä tarjottujen vaihtoehtojen ominaisuuksia.

Hoito- ja palvelukotien työntekijöiden vastaukset ovat samansuuntaiset kuin asukashaastatteluiden tulokset edellisessä tutkimusvaiheessa. Naisasukkaat kertoivat syynä hoito- tai palvelukotiin siirtymiselle olevan halu kuntoutua, toipua ja itsenäistyä, jossa oma halu ja sitkeys oli keskeistä. Lisäksi he kertoivat, etteivät mielestään pärjää yksin muualla. Suurin osa miesasukkaista kertoi hoito- tai palvelukotiin siirtymisen syynä olevan sen, etteivät he pärjää yksin muualla mm. harhaääniensä kanssa. He tulivat hoito- tai palvelukotiin palvelujen takia, eivätkä niin kuin naisasukkaat kuntoutumaan ja itsenäistymään. Miesasukkaat ilmaisivat tulensa myös lomajaksolle tai jatkohoitoon sairaalasta. Osa heistä toivoi voitavansa

jäää asumaan hoito- tai palvelukotiin. Työntekijöistä ei kukaan käyttänyt vastausvaihtoehtoa 10 sen kuvaamiseen, että miesasukkaat toivovat saada jäää asumaan hoito- tai palvelukotiin.

Työntekijöiden vastaukset miesasukkaiden hoito- tai palvelukotiin tulemisen syyistä eroavat osittain miesasukkaiden omista kuvauksista. Työntekijät kuvaavat miesasukkaita optimistisemmin ja jonkin verran myös miesasukkaiden intressiä naisasukkaiden intressiä suurempana hoito- tai palvelukotiin tulon syyksi kuntoutumisen ja itsenäistymisen. Kuntoutuksen suunnitelmallisuuden työntekijät ilmaisevat asukkaita optimistisemmin. Ohjaavan kuntoutuksen luonteen mukaisesti he ovat vastuullisia kuntoutujistaan. Myös kuntouttavan auttamistyön yleinen periaate painottaa kuntoutuksen suunnitelmallisuutta.

Vastaukset kysymyksiin, mistä tai miksi nais- ja miesasukkaat siirtyvät hoito- tai palvelukotiin, osoittavat yhdensuuntaisia näkemyksiä eroista nais- ja miesasukkaiden kuvausten kanssa. Tulokset viittaavat psykiatristen sairaaloiden ja yksityisten hoito- ja palvelukotien välisen yhteistyön tutkimiseen sen suhteen, miten kuuluaan nais- ja miesasukkaiden erilainen ääni siirtymävaiheessa.

Kysymyksiin V–VI löytyy nais- ja miesasukkaiden tavoitteiden osalta useita oppimiseen liittyviä aihealueita, jotka kuvataan suuruusjärjestyksessä yhdensuuntaisten ilmausten määrän mukaan. Jokapäiväisten elämäntaitojen harjoittelu osoittautuu työntekijöiden ilmausten mukaan sekä nais- että miesasukkaiden tärkeimmäksi kuntoutumisen tavoitteeksi.

Naisasukkaiden kuntoutumisen tärkein tavoite on työntekijöiden mukaan (63/98)

*”...harjoitella jokapäiväisessä elämässä tarvittavia itsensä hoitamisen taitoja (hygienia, siisteys, vaatetus) ja kädentaitoja”, ”selviytyä päivittäisistä toiminnoista joko yksin tai tuettuna”, ”arjen askareiden omaksuminen”, ”asioiminen kaupossa”, ”oppia huolehtimaan raha-asioista ja rahan arvo”, ”liikunta, ulkoilu, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen”, ”oppia uusia asioita elämän peruskysymyksissä”.*

Miesasukkaiden kuntoutumisen tärkeimpänä tavoitteena työntekijöiden (74/98) mielestä on

*”...harjoitella jokapäiväisessä elämässä tarvittavia taitoja”, ”oppia hoitamaan omia asioita ja itseään” - ”henkilökohtaisista asioista huolehtiminen”, ”erilaisten käden taitojen harjoittelu”, ”perushoito kuntoon” (hygieniaa, peseytymistä ja siisteystä korostetaan miesasukkaiden kuntoutumisen tavoitteissa enemmän kuin naisasukkaiden kohdalla), ”ravinto, arkiaskareiden omaksuminen” (ruoanlaitto, kodinhoito, raha-asiat, asuminen, asiointi, kauppa-asiat), ”itsenäinen liikkuminen”, ”useimmiten äidit passaa poikansa”, ”tulla toimeen taloudellisesti”, ”oppia uusia asioita ihan elämän perusasioissa”.*

Työntekijöiden ilmaukset ovat keskenään hyvin yhdensuuntaiset erottuen myös määrällisesti muista työntekijöiden esittämistä tavoitekuvauksista. Ilmaukset eroavat myös työntekijöiden edellä esittämistä kuvauksista asukkaiden hoito- ja palvelukotiin tulemisen syistä, jotka kuntoutumisena, itsenäistymisenä tai palvelujen



saamisena kuvaavat siirtymisen syytä pitkällä aikavälillä. Työntekijät kuvaavat asukkaiden oppimista merkittävänä. Oppimisen kohteena päivittäiset askareet ja itsestä huolehtiminen painottuu. Myös asukkaat totesivat edellisessä tutkimusvaiheessa työntekijöiden painottavan päivittäisten askareiden oppimista keskeisenä oppimisen alueena. Mikä merkitys asukkaiden terveydentilalla tai 1980-luvun sosiaalisen oppimisen ohjelmalla onkaan mielen kuntoutuja ohjaamisessa nykyään?

*Selviytyminen aikaisempaa itsenäisemmin* ilmaistaan toiseksi tärkeimpänä nais- ja miesasukkaiden kuntoutumisen tavoitteena.

“...selviytyminen itsenäisemmässä asumismuodossa” (N = naisasukkaat, 31/98).

“...itsenäistyminen ja irrottautuminen kotoa”, “oma asunto tai ryhmäasunto”, “yksin tai toisen tuella”, “siirtyminen tuettuun asumismuotoon”, “riippuvuudesta irrottautuminen”, “äiti-poika-suhteen katkaisu” (M=miesasukkaat, 35/98).

Selviytyminen itsenäisemmin ja irrottautuminen kuvaavat itsenäistymistä kehittymisen prosessina. Naisasukkaiden kuntoutumisen tavoitteena ilmaistiin itsenäinen asuminen ja miesasukkaiden tavoitteena irrottautuminen alkuperäisestä kodista ja suhteesta äitiin. Naisasukkaiden kuvaus omista terveystavoitteista on tässä suhteessa samansuuntainen työntekijöiden kuvausten kanssa. Naisasukkaat kuvasivat itsenäistymispyrkimystään omana haluna ja miesasukkaiden vastauksissa korostui riippuvuus hoito- tai palvelukotiin riippuvuuden siirtymisenä peruskodista hoito- tai palvelukotiin.

Elämäntaitojen oppimisen ja itsenäistymisen tavoitteiden jälkeen työntekijät arvottavat eri asioita nais- ja miesasukkaiden kuntoutumisen tavoitteina. Edelleen he kuitenkin painottavat oppimista, joka kohdistuu *sairauden kanssa elämiseen*

“...oppiä elämään sairauden kanssa ja hyväksyy sen”, “oireiden hallinta”, “pelkojen voittaminen”, “yksinäisyyden sietokyvyn kohottaminen”, “itsenäinen liikkuminen”, “ehkäistä yksinoloa ja siitä johtuvaa ahdistusta”, “naisasukkaat miehiä sairaampia ja harhaisempia” (N22/M12), “...lääkehoidon tärkeyden ymmärtämiseen ja sisäistämiseen” (N19/M20).

Miesasukkaiden oppimiseen elämään sairauden kanssa liitetään myös alkoholin käytön hallinta. Työntekijöiden ilmausten mukaan naisasukkaat ovat miesasukkaita sairaampia. Naisasukkaat eivät ilmeisesti asuisi hoito- tai palvelukodeissa, mikäli he selviytyisivät sairautensa kanssa. Tämä viittaa hoidon ja kuntoutuksen limittämisen tarpeeseen. Edellisessä tutkimusvaiheessa naisasukkaat kaipasivat hoidollisia keskusteluja, vaikka heidän omien vastaustensa mukaan he eivät uskaltaneet puhua ongelmistaan sairaalaan joutumisen pelossa, eivätkä rohjenneet ilmaista riippuvuuden tarvettaan hoitajista niin näkyvästi kuin miesasukkaat sen tekivät. Miesasukkaiden näkyvän oireilun poistamiseen työntekijöiden mukaan auttaisi mm., kun he oppisivat ymmärtämään lääkehoidon merkityksen.

Asukkaiden muita oppimisen alueita ilmaistaan olevan omatoimisuuden huomiointi ja miesasukkaiden kohdalla lisäksi passiivisuuden vähentämien (N17/M17), sosiaalisten taitojen harjoittelu (N17/M15), yhteisöön ja sen sääntöihin sopeutuminen (N13/M4), päivärytmin hakeminen (N8/M8) ja vastuun tunteminen itsestä, toisista ja erilaisista tehtävistä (N7/M9).

Merkittävä ero työntekijöiden ja asukkaiden vastauksissa on yhteisöön ja sääntöihin sopeutumisen tarpeessa. Kyselyn tulos osoittaa naisasukkaiden miesasukkaita suurempaa yhteisöön ja sääntöihin sopeutumisen tarvetta. Tulos eroaa asukkaiden omista kuvauksista. Miesasukkaat kokivat, että mikäli ei ole tekemistä, he ryhtyvät häiriköimään. Lisäksi he kisailivat isännän paikasta. Yhteisesti koettiin hoito- ja palvelukotiyhteisöt ajoittain rauhattomiksi ja riitaisiksi. Näissä ristiriitatilanteissa naisasukkaat kokivat olevansa enemmän myötäilijöitä. Eroa voi pohtia osittain ryhmädynaamisista, sukupuolijakautumaan ja asukkaiden terveydentilan vaihteluun liittyvistä lähtökohdista ja jännitteistä selittyväksi.

Tähänastiset oppimisen kohteet ovat työntekijöiden ilmausten mukaan painotuneet *asukkaiden itsestä huolehtimiseen ja työhön tai yhteisöön liittyviin toiminnallisiin yhteyksiin* sidottuina. Tulokset ovat samansuuntaisia ensimmäisen tutkimusvaiheen tulosten kanssa, joiden mukaan sairaalahoidossa olevat potilaat kokivat ohjauksen painottuvan potilaiden toiminnalliseen omatoimisuuteen. Oppiminen ja kehittyminen kohdistuu tulosten mukaan lisäksi asukkaan *itsearvostuksen lisääntymiseen ja tunteiden käsittelyyn ja tulevaisuuden uskon vahvistumiseen*, (Taulukko 26). Merkittävää on se, että oppimisen alueina ne mainitaan työntekijöiden vastauksissa asukkaan itsestä huolehtimista tai arkiaskareista selviytymistä huomattavasti harvemmin.

*“...asukkaan tunteminen itsensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi” (N12/M9), “... elämänlaadun säilyttäminen ja kohentaminen, mielekäs elämä, sisältöä päivään, hyvinvointi, hyvä olo, miesasukkailla erityisesti fyysinen hyvä olo” (N10/M6), “...saada kiinnostumaan kuntoutumisestaan, motivaatio hoitoon, halu oppia selviytymään” (N8/M6), “...omien vahvuuksien löytäminen ja kokeileminen, yksilöllisyys, omien voimavaransa tiedostaminen” (N5/M2), “...mielekäs vapaa-ajan käyttö, harrastuksia, viriketoiminta” (N3/M4), “...itsemääräämisoikeuden palauttaminen (N1/M2), “...perusturvallisuuden tunteen lisääntyminen, turvallinen elämisen malli, lähtökohtana turvallinen ympäristö” (N5/M4), “...tukea psyykettä, henkinen tasa-paino” (N3/M2), “...elämän uskon palauttaminen” (N1/M3).*

Taulukko 26. *Yhteenveto työntekijöiden käsitysten mukaisista asukkaiden kuntoutumisen tärkeimmistä tavoitteista.*

<p><b>a) Itseen, yhteisöön tai työhön liittyvä oppiminen ja kehittyminen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jokapäiväiset elämisen taidot (N 63/98, M 74/98)</li> <li>2. Selviytyminen ja itsenäistyminen             <ul style="list-style-type: none"> <li>- selviytyminen itsenäisemmästä asumisesta (N 31/98)</li> <li>- irrottautuminen kotoa (M 35/98)</li> </ul> </li> <li>3. Eläminen sairauden kanssa (N 22/98, M 12/98)</li> <li>4. Lääkehoidon tärkeyden ymmärtäminen (N 19/98, M 20/98)</li> <li>5. Omatoimisuuden lisääntyminen (N 17/98)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- omatoimisuuden lisääntyminen ja passiivisuuden väheneminen (M 17/98)</li> </ul> </li> <li>6. Sosiaalisten taitojen harjoittelu (N 17/98, M 15/98)</li> <li>7. Yhteisön sääntöihin ja sopimuksiin sopeutuminen (N 13/98, M 4/98)</li> <li>8. Päivärytmin hakeminen (N 8/98, M 8/98)</li> <li>9. Vastuu itsestä, toisista ja asioista (N 7/98, M 9/98)</li> </ol>
<p><b>b) Itsearvostuksen kohoamiseen liittyvä oppiminen ja kehittyminen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asukkaan tunteminen itsensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi (N 12/98, M 9/98)</li> <li>2. Elämänlaadun koheneminen, hyvinvointi             <ul style="list-style-type: none"> <li>- fyysisen hyvän olon kokemus (M 6/98)</li> </ul> </li> <li>3. Kiinnostuminen kuntoutumisesta, motivaatio hoitoon, halu selviytyä (N 8/98, M 6/98)</li> <li>4. Vahvuuksien ja omien voimavarojen löytäminen, yksilöllisyys (N 3/98, M 4/98)</li> <li>5. Mielekäs vapaa-ajan käyttö, harrastukset ja viriketoiminta (N 3/98, M 2/98)</li> <li>6. Asukkaan itsemääräämisoikeuden palauttaminen (N 1/98, M 2/98)</li> </ol>
<p><b>c) Emootioihin ja tulevaisuuden uskoon liittyvä oppiminen ja kehittyminen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perusturvallisuuden tunteen lisääntyminen, turvallinen ympäristö (N 5/98, M 4/98)</li> <li>2. Henkinen tasapaino (N 3/98, M 2/98)</li> <li>3. Elämän uskon palauttaminen (N 1/98, M 3/98)</li> </ol>

Sukulaissuhteiden hoitaminen, omaisten tuki ja asukkaiden oman ikäisten ystävien saaminen ilmaistaan vähänlaisena kuntoutumisen tavoitteena. Voisiko kuntoutujien vähäisen yhteiskuntaan integroitumisen eräs syy olla siinä, että kodeissa painotetaan tulosten mukaan sisäistä toimintaa enemmän kuin niiden ulkopuolelle suuntaavaa toimintaa?

Kuntouttavaa ja sen ideologista ääripäätä, säilyttävää toimintaa kuvataan muutamassa vastauslomakkeessa.

*“...osallistuminen työelämään”, “valmistuminen ammattiin”, “tieto- taitotason kohottaminen”, “elämään tässä yhteiskunnassa sen säännöillä”, “pystyy avautumaan ja puhumaan ongelmista henkilökunnan ja muun auttavan verkoston kanssa”, “selvitetään hallinnassa olevat asiat, määritetään tuen tarve ja asukkaan tulevaisuuden suunnitelmat käydään läpi” (6/98).*

“...kuntoutusjaksot ovat tapahtuneet aiemmin, nyt tavoite on pitää saavutettu tasolla, pystyä elämään palvelukodissa ja säilyttää sellaiset taidot, jotka jo on, ettei tarvitse mennä sairaalaan”, “panostaa tähän päivään”, “palvelukodin ulkopuolella asumiseen ei reaalisia tavoitteita, koska melkein kaikilla pitkä sairaalajakso takana” (7/98).

Ennen asukkaiden tasapuolista osallistumista kuin oppimista painotetaan muutaman työntekijän (4/98) ilmauksessa.

“...osallistua palvelukodin töihin ryhmissä” – “ei ole tarpeen vastata erikseen miehille tai naisasukkaat vaan molemmilla kuntoutuksessa samat periaatteet; osallistuvat palvelukodilla tapahtuviin töihin”.

Kuvaan lopuksi ilmaisujen painotusalueita vertaamalla niitä asukashaastattelun tuloksiin. Sekä työntekijät että asukkaat korostivat oppimista tai kehittymistä kuntoutumisen tärkeimpänä tavoitteena, mutta työntekijät korostivat jokapäiväisten elämisen taitojen harjoittelua kuntoutumiselle kaikkein merkitsevämpänä ja naisasukkaat oman halun ja miesasukkaat oman fyysisen kunnan merkitystä. Asukkaat halusivat keskustella nykyistä enemmän terveyteensä liittyvistä kysymyksistä, kaipasivat lisää vaikutusvaltaa ja voimavarojensa huomioonottamista. Työntekijöiden vastauksissa kommunikatiivisen ja sosiaalisen toiminnan harjoittelu ilmaistiin elämisen taitojen harjoittelua harvemmin. Asukkaat korostivat vapaa-ajan merkitystä terveydelleen kaivaten siihen ohjausta ja työntekijät pitivät kuntoutumisen kannalta omatoimisuutta tärkeänä. Asukkaat kuvasivat itsenäisen ohjautumisen mahdollisena toisen tuella. Työntekijöiden vastauksissa painottui asukkaiden ulkoa ohjautuminen kuntoutumisessa ja asukkaiden vastauksissa sisältä ohjautuminen. (Taulukko 27. Asukkaiden ja työntekijöiden painotukset kuntoutumisen tavoitteissa).

Taulukko 27. Asukkaiden ja työntekijöiden painotukset kuntoutumisen tavoitteissa

<b>Asukasnäkökulma</b> (N) = naisasukas, (M) = miesasukas	<b>Työntekijänäkökulma</b> (N) = naisasukas, (M) = miesasukas
Oppiminen ja kehittyminen (N, M)	Oppiminen ja kehittyminen (N, M)
Itsenäistyminen ja kuntoutuminen (N)	Selviytyminen itsenäisemmässä asumismuodossa (N)
Hoidon ja palvelun saaminen (M)	Itsenäistyminen irrottautumisena peruserheestä (M)
Oma halu kuntoutua (N)	Päivittäisten elämisen taitojen harjoittelu (N, M)
Fyysinen kunto (M)	- asukkaan itsehoitoon liittyvät, oma halu, voimavarat
Oma vaikuttaminen (N, M)	- yhteisöön ja sen sääntöihin liittyvät
Oman aseman vahvistuminen (N, M)	- työhön ja virkistykseen liittyvät
Kahdenkeskiset keskustelut (N, M)	Oppiminen elämään sairauden kanssa (N)
Vapaa-ajan merkitys (N, M)	Omatoimisuus (N, M)
Sisältä ohjautuminen toisen tuella (N,M)	Passiivisuuden vähentäminen (M)
Voimavaralähtöisyys (N, M)	Ulkoa ohjautuminen (N, M)
	Oppia ymmärtämään lääkeshoidon merkitys (M)

Tulosten perusteella voi esittää yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa pohdittavaksi kuntoutuksen painopisteen paikkaa, joka tähänastisen analyysin pohjalta vaikuttaa asettuvan päivittäisten elämisentaitojen opetusharjoitteluun. Samoin voi esittää yksilöllisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen tutkimista kokemuksellisenä tilana. Sosiaalinen ja kommunikatiivinen toiminta oppimista tukevinä menetelminä ovat kuntoutujien kuvausten perusteella merkityksellisiä hoito- ja palvelukotiyhteisöissä erityisesti kahdenkeskisissä keskusteluissa. Lisäksi voi pohtia kysymystä, millainen työtoiminta saa aikaan oppimista tai kehittymistä, kun kuntoutuminen sekä asukkaiden että työntekijöiden kokemana sitä merkitsi. Tämän kysymyksen sisällyttäminen kuntoutustyöntekijöiden ja mielen kuntoutujien koulutusohjelmiin on keskeistä ohjaavassa kuntoutuksessa.

### **8.5.2 Työntekijöiden kuvaus toiminnastaan asukkaiden kuntoutumisen tukemisessa**

*Kysymykset VIIa) ja VIIIa)* Millaiseen toimintaan työntekijät (n=98) ohjaavat asukkaita (Taulukko 28). Vastaukset kuvataan keskiarvoina. Olen luokitellut vastaukset taulukon 26. mukaisesti. Tulos on samansuuntainen tavoitteita koskevien kysymysten kanssa. Eniten on käytetty vastausvaihtoehtoa paljon (= 5) kuvaamaan asukkaiden itseen, yhteisöön tai työhön kuuluvaa toimintaa kotitöiden tekemisestä muiden ihmisten kuuntelemiseen. Itsearvostukseen liittyvää toimintaa kuvaavat vastausvaihtoehdot päätöksentekoon ohjaamisesta jäämään asumaan nykyiseen hoito- tai palvelukotiin. Emootioihin ja tulevaisuuteen liittyvää toimintaa kuvaavat vaihtoehdot terveydestä keskustelemisestä hoitajan kanssa työelämään pääsemiseen. Suurimman keskiarvon saanut väittämä 15 (tekemään kotitöitä hoito- tai palvelukodissa) tukee aiemmin painotettua päivittäisissä elämisentaidoissa kehittymistä.

Taulukko 28. Millaiseen toimintaan työntekijät (n=98) ohjaavat asukkaita?

Ohjaan heitä	Keskiarvo Naisasukkaat	Keskiarvo Miesasukkaat
<b>Itseen, yhteisöön tai työhön liittyvä toiminta</b>		
15. tekemään kotitöitä hoito- tai palvelukodissa	4,62	4,43
8. löytämään päivärytmin	4,46	4,58
9. selviytymään itsenäisesti	4,38	4,29
12. huolehtimaan omasta virkistäytymisestä	4,38	4,24
17. kuuntelemaan muita ihmisiä	4,35	4,28
<b>Itsearvostuksen kohoamiseen liittyvä toiminta</b>		
2. tekemään päätöksiä	4,33	4,30
11. harrastamaan jotakin	4,23	4,24
6. elämään rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä	4,04	4,19
5. selviytymään ilman sairaalahoitoa	3,90	4,14
13. löytämään ystäviä	3,69	3,75
10. jäämään asumaan nykyiseen hoito- tai palvelukotiin	3,00	3,05
<b>Emootioihin ja tulevaisuuteen liittyvä toiminta</b>		
4. keskustelemaan terveydestään kanssani	4,11	4,06
1. puhumaan minulle tunteistaan	4,09	3,78
7. tekemään vapaasti valintojaan	4,04	3,74
3. osoittamaan tunteitaan	3,94	3,65
16. opiskelemaan	2,28	2,33
14. pääsemään työelämään	2,24	2,17

Suurimmat erot nais- ja miesasukkaiden ohjaamisessa liittyvät tunteista puhumiseen (väittämä 1), tunteiden osoittamiseen (väittämä 3) ja valintojen vapaaseen tekemiseen (väittämä 7). Liekö tulosten mukainen ero sukupuolien välillä merkki yleisesti vallitsevasta sukupuoliorientoituneesta asennoitumisesta tunteista puhumiseen tai ilmaisemiseen. Naisasukkaiden ohjaaminen miesasukkaita enemmän tekemään vapaasti valintoja voidaan tulkita monella tavalla; se voi olla osoitus kannustavasta ohjauksesta, jolla ”myötäileviä” naisasukkaita rohkaistaan tekemään vapaasti valintoja. Voi olla myös kysymys luottamuksesta tai epäluottamuksesta asukkaita kohtaan. Naisasukkaihin luotetaan miesasukkaita enemmän ja siksi heitä rohkaistaan enemmän valintojen suhteen. Tulosta voi spekuloida myös niin päin, että miesasukkaihin luotetaan naisasukkaita enemmän, sillä työntekijät pitävät naisasukkaiden terveydentilaa huonompana ja siksi naisasukkaat tarvitsevat ohjauksia valintojen tekemiseen miesasukkaita enemmän. Työntekijöiden toiminta asukkaiden ohjaamisessa löytämään ystäviä (väittämä 13) jää tuloksena askarruttamaan, sillä tämä vastausvaihtoehto on saanut merkintöjä eniten kohtaan ”jonkin verran”.

*Kysymykset VIIb) ja VIIIb)* Millä tavoin työntekijät (n=98) toimivat ohjatesaan asukkaita? (Taulukko 29). Vastaukset kuvataan keskiarvoina.

Taulukko 29. Millä tavoin työntekijät (n= 98) toimivat ohjatussaan asukkaita?

Ohjatussani asukkaita toimin	Keskiarvo Naisasukkaat	Keskiarvo Miesasukkaat
19. olemalla tukena	4,74	4,62
22. palkitseamalla sanallisesti	4,58	4,52
25. toimimalla yhdessä heidän kanssaan	4,53	4,55
20. muistuttamalla päivittäisistä toimin	4,43	4,47
21. antamalla vastuuta	4,28	4,22
26. hoitamalla heidän terveyttään	4,05	4,04
24. olemalla kumppanina	3,79	3,62
23. asettamalla rajoituksia vapauden suhteen	3,10	3,21

Tulosten mukaan työntekijöiden tavoissa ohjata nais- ja miesasukkaitaan ei ole suuria eroja. Miesasukkaita ohjataan naisasukkaita jonkun verran enemmän asettamalla rajoituksia heidän vapautensa suhteen ja työntekijät ovat naisasukkaidensa tukena ja kumppaneina enemmän kuin miesasukkaiden. Asukkaiden kokemukset rajoituksista, tuesta ja kumppanuudesta olivat samansuuntaiset edellisessä tutkimusvaiheessa.

Työntekijöiden oleminen asukkaiden tukena (väittävä 19), heidän palkitsemisensa sanallisesti (väittävä 22) ja toimiminen yhdessä heidän kanssaan (väittävä 25) tukevat ohjaavan kuntoutuksen ideaa. Päivittäisistä toimin muistuttaminen on saanut korkeamman keskiarvon kuin vastuun antaminen. Vastuun antamisesta asukkaille voisi toisaalta seurata muistuttamisen väheneminen. Itseen, yhteisöön ja työhön painottuva ohjaava toiminta edellisen kysymyksen mukaan kuvaa asukkaiden ohjaamisen kohdetta ja tällä kysymyksellä haettiin työntekijöiden ohjauksen tapoja. Taulukkojen 28 ja 29 mukaiset tulokset ovat esimerkki multimetodisesta tutkimuksesta, jossa määrällisesti voidaan täsmentää laadullisilla metodeilla saatuja tuloksia, mutta joilla myös voidaan saada erisuuntaisia vastauksia kuin muilla metodeilla. Sekä kyselyn rakennetta ja siinä annettuja vastausvaihtoehtoja että tulosten mukaista työntekijöiden ohjaavaa toimintaa tuleekin tarkastella kriittisesti.

Edellisessä tutkimusvaiheessa asukkaat kuvasivat saavansa työntekijöiltä tukea ja sanallista kiitosta työtoiminnasta tai -suorituksista, joita työntekijöiden koettiin kuntoutumisessa painottavan. Työntekijöiden ja asukkaiden kuvausten mukaan kodeissa tehdään yhteistyötä. Vastausvaihtoehtoja asettamalla rajoituksia (väittävä 23) ja olemalla kumppanina (väittävä 24) käytetään kyselyssä muita vaihtoehtoja vähemmän. Väittävä 23 on voitu kokea ilmaisullisesti negatiivisena toiminnan kuvauksena, ja siksi sitä ei ole valittu vastausvaihtoehtoksi. Väittävä 24 sisältävä ”kumppanuus” on ollut ilmeisesti hämmentävä, sillä se on saanut muuttaman naistyöntekijän (3/98) kommentoimaan asiaa kyselylomakkeen lopussa. Heidän käsityksensä mukaan

*”...kumppanuus tai liiallinen empaattisuus yhteisöissä, joissa on paljon miesasukkaita ja pelkästään naistyöntekijöitä, saa miesasukkaissa syntymään seksistisiä haluja naistyöntekijöitä kohtaan. On turvallisempaa olla virallisen etäinen, kuin ryhtyä kumppaniksi tällaisille ihmisille”.*

Kumppanuus on käsitteenä ongelmallinen, sillä niin sosiaali- ja terveysalalla kuin myös kasvatuksessa ohjaaja herättää usein ohjattavassaan ihailua, ihastumista ja riippuvuuden tunnetta saaden ohjattavan joskus myös rakastumaan ohjaajaansa. Seksistiset ilmaisut voivat olla merkki miesasukkaiden omasta miehisyyden hyväksymisen tarpeesta. Ne ovat myös osoitus luonnollisista haluista ja tarpeista, joista yhteisöissä tulisi puhua ja etsiä niille ratkaisuja. Voimakkaiden tunteiden käsitteleminen yhdessä on yhteistoimintaa samalla tavalla kuin kotitöiden tekeminen yhdessä. Työntekijöiden valitsemat väittämät ”ohjaavat asukkaita olemalla tukena” ja ”toimimalla yhdessä” on ilmeisesti yhdistetty vain kotitöihin. Asukkaiden kanssa yhdessä toimiminen ja kumppanuus tarkoittavat laajasti asukkaan elämäntilanteen jakamista. Kumppanina oleminen merkitsee rakentavaa yhteistyösuhdetta, jossa asukkaat voivat ilmaista käsityksiään tai kokemuksiaan elämälleen antamistaan merkityksistä. Kysymys on myös asukkaiden läheisyyden tarpeen tunnistamisesta.

Kuvaamani tulokset ovat jossain määrin ristiriidassa edellisen tutkimusvaiheen tulosten kanssa. Joillakin miesasukkailla oli kokemusta siitä, että heidän tekemisiään ja etenkin vapaa-ajan viettoaan kontrolloitiin tai rajoitettiin. Naisasukkaita vaivasi pelko kodista poisjoutumisesta, mikäli he eivät kerro työntekijöille, etteivät jaksakaan tehdä kotitöitä. Sekä nais- että miesasukkaiden mukaan sääntöjen merkitystä hoito- ja palvelukodeissa korostettiin.

Saadut vastaukset painottuvat väittämän 23 kohdalla (asettamalla rajoituksia vapauden suhteen) en osaa sanoa -vastausvaihtoehtoon. Kysymys ei mahdollisesti tarjoa riittävästi vastausvaihtoehtoja ja tarjotut vaihtoehdot saattavat ohjata vastaajien ajattelua. Myös väittämä 21 (antamalla vastuuta) saattaa olla epämääräinen. Työntekijä ei välttämättä käsitä, millaista vastuuta tutkija tarkoittaa. Vastuukysymykset nousivat edellisessä tutkimusvaiheessa esille asukkaita osittain hämmentävinä puheenaiheina. Miesasukkaat kokivat työntekijöiden ohjaavan heitä ottamaan enemmän vastuuta itsestään ja toiminnastaan. Miesasukkaat kokivat kuitenkin tuntevansa vastuuta erityisesti hoito- tai palvelukotiyhteisöstä. ”Vastuu” ilmiönä ja käsitteenä vaatisi analyttistä tarkastelua sen olemuksesta.

### **8.5.3 Työntekijöiden kuvaus hoito- ja palvelukotiyhteisöjen työtoiminnasta**

*Kysymykset IX–XII* käsittelevät hoito- tai palvelukotia yhteisönä, sen sääntöjä, työnjakoa ja yhteistyötä sekä asukkaiden kuntoutumiseen käytettyjä välineitä. Nämä teemat on operationalisoitu vielä pienemmiksi alateemoiksi.

*Kysymys IX* Mitkä ovat mielestäsi hoito- tai palvelukotiyhteisönne tärkeimmät ominaisuudet koskien sen ilmapiiriä, omaasi ja asukkaan asemaa yhteisössä tai jotain muuta ominaisuutta, mitä?



Työntekijät kuvaavat *hoito- ja palvelukotiyhteisöjen ilmapiiriä* terapeuttisen yhteisön tunnuspiirteiden suuntaisesti

1. **avoimeksi** (51/98) ”...avoin, vapaa, tilaa antava, salliva, välitön, joustava”
2. **viihtyisäksi** (43/98) ”lupsakka, huumoria paljon ja naurua, iloa, lämmin, leppoisa, rento, kodikas, kodinomainen, viihtyisä”
3. **rehelliseksi** (20/98) ”...luottamuksellinen, luottavainen, rehellinen, sopuisa, ihmisestä hyvää uskova”
4. **jäseniään kunnioittavaksi** (19/98) ”...kaikki yksilöt huomioon ottava, jokainen on tärkeä, kunnioittava, arvostava, hyväksyvä, jokaisen mielipide otetaan huomioon, kuunteleva, asukkaista välittävä, toisen ihmisen kunnioittaminen koskee kaikkia (henkilökunta ei mikään “sylkykupp”)”
5. **turvalliseksi** (19/98) ”... turvallinen myös fyysisesti”
6. **yhteistyökykyiseksi** (18/98) ”...yhdessä tekeminen, me-henki, iso perhe, yhteistyökykyisyys, toverillinen kanssakäyminen, yhteishenki, ollaan samassa veneessä, puhalletaan yhteen hiileen, yhteinen kulttuuri”
7. **sopimuksista kiinni pitäväksi** (17/98) ”...yhteiset säännöt, samat oikeudet ja velvollisuudet, kaikkia koskevat perustellut säännöt, tasavertaiseksi, ei pomoilua”
8. **kuntouttavaksi ja kannustavaksi** (14/98) “... ammatillinen, laadukas, hyvä henkilökemia henkilöstön kesken, työntekijät asukkaitten saatavilla joka päivä, kannustava johtamiskulttuuri, tukeva, rohkaiseva, myönteinen, hyvä tunnelma”
9. **keskustelevaksi** (8/98) “...vuorovaikutuksellinen, sosiaalinen, kiireetön, rauhallinen”
10. **ennakkoluulottomaksi** (6/98) “...rohkea, avoimuutta kehittävä, uudistushaluinen, rajaton kehittymisen mahdollisuus, työn haasteellisuus motivoivana ominaisuutena”.

Yksityisten hoito- ja palvelukotien ilmapiiri on työntekijöiden kuvausten perusteella yhteisöllisenä ilmapiirinä ideaali, mutta samanaikaisesti uskottava ja epäuskottava. Kuvaukset on kerätty 35:n hoito- ja palvelukodin 98:lta työntekijältä, jolloin vaihtelu erilaisten kotien ilmapiiriin suhteen on ilmeinen. Tarkastelen lähemmin ilmausten ääripäitä asettamalla ne vastakkain ja tutkin sen jälkeen niiden yhteensopivia tai -sopimattomia ominaisuuksia.

Yli puolessa (51/98) työntekijöiden ilmaisussa yhteisö kuvataan avoimena ja lähes puolessa (43/98) viihtyisänä. Sen sijaan vain 14:ssä ilmauksessa yhteisö kuvataan kuntouttavana, kahdeksassa keskustelevana ja kuudessa ennakkoluulottomana. Keskustelevuus on kuvaus toiminnallisesta yhteisöstä, jonka jäsenet ovat tiiviisti toistensa kanssa tekemisissä. Avoimuus ja viihtyisyys saattavat työntekijöiden kuvauksissa tarkoittaa enemmän yhteenkuuluvuuden tunnetta, joka Lehtosen mukaan (1990) ei vielä riitä yhteisöllisen yhteisön tunnuspiirteeksi. Myös hoito- ja palvelukotien ennakkoluulottomuus ja joustavuus on koetuksella, kun niiden jäsenet pitävät kiinni sopimuksistaan. Yhteisöissä mitä ilmeisimmin noudatetaan ohjauksen ulottuvuuksien (counselling, guidance ja supervision) koko kirjoa. Työntekijöiden kuvaukset hoito- ja palvelukotien ilmapiiristä ovat asukkaiden ku-

vausten suuntaisia sillä erotuksella, että asukkaat kuvasivat ilmapiiriä ilmeisesti työntekijöitä todenperäisemmin. Asukkaiden mielestä kotien tunnelma vaihteli rauhallisesta riitaisaan.

Työntekijät kuvaavat *omaa ja asukkaan asemaa* myös terapeuttisen yhteisön ominaisuuksien mukaan. Tasa-arvon kuvaukseen sisältyvät ilmaukset olivat jos-sain määrin ristiriitaisia. Yhteisöt kuvataan

1. **tasa-arvoisina** (49/98) “...*terve demokratia, tasa-arvo, tasavertaisuus >< vastuu ja auktoriteetti viime kädessä työntekijällä; asiat päätetään yhdessä, henkilökunta ohjaa, ei asetu yläpuolelle, ei pomoilua, kaikki tasavertaisia, yhteistyökumppanuus, hyvä yhteistoiminta, hoitaja ei sairaalamaisen “johtava”, pyrin häivyttämään hoitaja-hoidettava -asetelmaa, ystävänä oleminen, tasapuolisuus” >< henkilökunta ei liikaa asukkaiden yläpuolella*”
2. **asiakaslähtöisinä** (21/98) “...*yksilöllisyys, aikaa asukkaalle, laadukkuus, itsemääräämisoikeuden ja autonomian kunnioittaminen*”
3. **avoimina** (19/98) “...*vuorovaikutus, tunteiden jakaminen, joustavuus, rehellisyys, luotettavuus*”
4. **toiset huomioonottavina** (16/98) “...*kuunnellaan, arvostetaan, hyväksytään, usko jokaiseen ihmiseen, toisen tukeminen, rohkaiseminen, välittäminen, kunnioittaminen, kannustaminen omatoimisuuteen*”
5. **määrätietoisina** (10/98) “...*työntekijänä saan ottaa vastuuta ja käyttää kykyjäni itsenäisesti, työntekijät johtajan voimavara, oma auktoriteetti sopivasti vahva, jäämäkkyys*”
6. **kodinomaisina** (8/98) “...*yhtä perhettä*”
7. **yhteisöllisinä** (8/98) “...*osallistuminen*”
8. **vastuunottamista vaativina** (4/98) “...*selkeät pelisäännöt, vastuutehtävien jakaminen, rajat*”
9. **turvallisina** (6/98) “...*asukkaiden pieni vaihtuvuus, pitkä hoitosuhde.*”

Ristiriitaisuus ilmenee tässä yhteydessä arvojen ja arvostusten käsitteiden ristiriitaisuutena, kuten Airaksinen (1991, 22) on todennut usein käyvän.

*”Ammatissa vaadittavien hyveiden paradoksaalinen luonne tulee ottaa vakavasti”.*

Mm. itsemääräämisoikeus on ymmärretty eri yhteyksissä eri tavalla (vrt. Välimäki 1998). Asukkaiden käsitysten mukaan edellisessä tutkimusvaiheessa se ei aina toteudu. Heidän kokemuksensa mukaan heillä ei ole paljon vaikutusvaltaa yhteisön asioissa. Yhteisöissä noudatettava päiväjärjestys ei jätä tilaa asukkaiden erilaisille mielille ja itsemääräämiselle. Omiin asioihinsa asukkaat kokivat pääsääntöisesti voivansa vaikuttaa, vaikka sen suhteen koettiin olevan poikkeuksia. Toisaalta asukkaat kokivat hoito- ja palvelukodit itselleen tärkeiden ihmisten kotina, jossa oli hyvä ja turvallista asua.

Työntekijät (12/98) täydensivät ilmaisujaan *yhteisön muista ominaisuuksista* kuvaamalla ammattitaitoaan. Heidän kuvauksensa ilmentää kuntoutuksen teoreettista ja käytännöllistä osaamista ja inhimillistä suhdetta kuntoutujaan.

*“...laadukas, hyvä, empaattinen asiakaspalvelu”, “itse ollaan kuntoutusväline”, “kuntouttavan auttamistyön periaatteet ja verkostotyö”, “säännöllisiksi tulleet kokoukset työvuorolistan alussa”, “hyvä tiimityö ja pienen työyhteisön edut”, “raha ei esteenä laadulle, ihminen aina tarvittaessa lähellä”.*

**Kuvaan tässä yhteydessä kyselyn viimeisen avokysymyksen (XIV, Pidän työstäni, koska...) tuloksia,** sillä ne liittyvät kiinteästi yhteisön tärkeisiin ominaisuuksiin. Työntekijät (84/98) kuvaavat pitävänsä työstään sen haastavuuden ja itsenäisyyden vuoksi. Työ on heidän mukaansa vapaata, joustavaa ja itseä uudistavaa, kasvattavaa ja kehittävää monella lailla. Parasta yhteisön ilmapiirille heidän mielestään on asukkailta saatu myönteinen palaute. Seuraavat työntekijöiden kuvaukset hoito- ja palvelukotiyhteisöjen muista ominaisuuksista korostavat toiminnallista ja symbolista yhteisyyttä.

*“...mm. itsehillintä, arvomaailma, kun on aikaa ihmisille, niin silloin kuntoutus tuottaa myös hedelmää”, “pienissä yhteisöissä ei ole byrokratian raskautta ja hitautta, niissä voi toteuttaa luovia ratkaisuja lyhyellä ajalla, oppii tuntemaan yhteisön jäsenet ja ulkopuoliset kumppanit nopeasti ja yhteistyö sujuu”, “toisen lähellä olo kaikista rikkainta, asukkaiden keskeinen huolenkanto”, “työtehtäväni on tällä hetkellä muuttunut enemmän henkilökuntaan kohdistuvaksi, pidän siitä sen vuoksi, että voin tukea työryhmääni etsimään ja mahdollisesti löytämään työtapoja, joilla pitkäaikaissairaiden elämänlaatua voitaisiin parantaa”, “vaikka on joskus rankkaa, tiedän yleensä työvuoroni päättyessä, olenko onnistunut työssäni vai en”.*

**Kysymys X:** Millaisia sääntöjä on mielestäsi hoito- tai palvelukotiyhteisössänne?

Sääntöjä koskevat alateemat käsittelevät päiväjärjestystä, kodin pelisääntöjä, asukkaiden oikeuksia ja velvollisuuksia, sopimusten tekoa tai joitain muita sääntöjä.

Yli puolet työntekijöistä (58/98) kuvaa hoito- ja palvelukotien *päiväjärjestystä* samansuuntaisesti strukturoituna asukkaiden kuvausten kanssa. Päiväjärjestyksen noudattaminen koski myös henkilökuntaa.

*“Jokainen huolehtii vuorollaan omat tehtävänsä, rutiini luo turvallisuutta”, “työ-aika on työaika ja vapaa-aika vapaata”, “klo 9.15–12.45 toimintaa kaikille”, “sovitut ruokailu-, sauna-, siivous-, pyykinpesuajat ja työryhmien työajat”, “työlista koskee myös henkilökuntaa”, “päiväraportit säännöllisesti”, “vastuutehtävät asukkailla ja -alueet työntekijöillä”, “päiväohjelmassa jokaisen asukkaan ja ohjaajan työvuorot tai -tehtävät”, “työsalitoiminta”, “rajoitetaan vapaan lipsumista työajalle”, “ei henkilökohtaisia kaupassa tai pankissa käymisiä työajalla”, “päiväjärjestyksestä pidetään tiukasti kiinni, ehkä liiankin tiukasti”.*

Vajaa neljäsosa työntekijöistä (20/98) kuvaa yhteisöjen *päiväjärjestystä* vapaasti elävänä ja joustavana. Osa työntekijöistä (16/98) kuvaa vain ruoka-ajat säännöllisinä. Ne ovat samalla myös lääkkeidenottoaikoja.

*“...ei ole varsinaisia sääntöjä, ei turhaa nipotusta vaan toimintaa riittävästi motivaation säilymiseksi”, “aamuhetkessä käydään läpi päivän asioita, kenellä on menoja ja työtehtävät”, “arkisin pyritään menemään nukkumaan klo 23.00–24.00, viikonloppuna voi valvoa pitempään”, “runko on, mutta ei tiukkaa aikataulua, päiväjärjestys sovitaan yhdessä asukkaiden kanssa tilanteiden mukaan”.*

Kodin pelisäännöt ilmentävät työntekijöiden mukaan (43/98) asukkaiden kanssa tehtyjä sopimuksia.

*“...rehellisyys, ei saa varastaa, eikä lainata tai pummailla keneltäkään mitään”, “ei pyydetä, ei anneta tupakkaa tai rahaa toiselle”, “kerrotaan toisille, kun lähdetään jonnekin ja palataan”, “asukkaiden välillä ei hyväksytty lainailuja, tarjoiluja, hyväksikäyttö estetään”, “jokaisen tultava omillaan toimeen”, “tupakointi ulkona tai oikeissa paikoissa”, “alkoholi kokonaan kielletty (yhteisillä retkillä voi pari kaljaa ottaa)”, “turvallisuus, toisista pidetään huolta henkilökunnan poissa ollessa”.*

Pelisäännöt ohjaavat työntekijöiden mukaan (34/98) suunnitelmallisten ryhmätöiden toteutumista.

*“suunnitelmalliset keittiö- ja imurointivuorot kaikilla”, “asukkaiden siivouspäivät”, “noudatetaan sovittuja sääntöjä, jokainen osallistuu kodinhoitoon”, “ilmoitustaululla säännöt, rikkomisesta seuraa ‘jotakin’, jota sitten yhteisökokouksessa käsitellään”, “saavutaan yhteisiin hetkiin ajallaan”, “tietyt sopimukset kirjallisesti, mitä saa, mitä ei saa tehdä”, “järjestyssääntöjä noudatetaan”, “päivittäistä aikataulua noudatetaan - poikkeamista neuvottelu”, “pelisäännöt koskevat kaikkia asukkaita tasapuolisesti”, “määrätyt ruoka-ajat, kaikki ruoka-aikana pöydässä”.*

Pelisäännöissä vedotaan asukkaiden yksityisyyden kunnioittamiseen, hyvään käytökseen ja asukkaiden itsensä hoitamiseen.

*“...kunnioita toisen yksityisyyttä ja koskemattomuutta, kunnioita myös itseäsi, ei häiritä toisia” (22/98)*

*“...hyvä käytös, kohteliaisuus, puhutaan asiallista kieltä, ei riidellä, ei kiroilla, väkivaltainen käytös kielletty, ei saa lyödä, ketään ei saa loukata, ei valvota kaiken yötä ja häiritä toisia mm. musiikilla, rehellistä tunteiden ilmaisua, puututaan riitoihin, ruokapöydässä siivosti, toisen huoneeseen ei mennä koputtamatta” (20/98)*

*“...seurustelusuheteita talon sisällä ei sallita, seurustelukumppanit talon ulkopuolelta” (19/98)*

*“...omatoiminen lääkkeidenotto, yöunet, ruokailu ja liikkuminen tulee sujua, oma lääkehoito tulee hyväksyä, ei saa olla alkoholiriippuvuutta ja pitää olla yhteistyökykyinen, siisteys” (9/98).*

Työntekijät, jotka eivät kannattaneet sääntöjen olemassaoloa, kuvaavat pelisääntöjä seuraavasti:

*“...yhdessä sovittuja asioita sovitaan uusiksi tarpeen mukaan”, “pelisäännöt tulevat itsestään, mahdollisuus joustoihin”, “tavanomaisia perheiden toimintamalleja”, “asukkaat luovat pelisäännöt, joita henkilökunta voi huonosti muuttaa”, “vaatimukset suhteutettava asukkaiden voimavaroihin” (14/98).*

Suurin osa työntekijöistä kuvaa kodin pelisäännöt ohjelmoidun päiväjärjestyksen ohella asukkaiden kuvausten suuntaisina ja ehdottomasti noudatettavina. Työntekijät käyttävät ilmaisuja ”ei saa tehdä” ja ”pitää tehdä” aikuisia asukkaitaan ohjauksessa. Miten selviävätkään ne kodit asukkaidensa kuntoutumisen ohjauksesta, joiden työntekijät eivät kannata sääntöjen olemassaoloa ja jotka kuvaavat asukkaiden luovan sellaiset pelisäännöt, joita henkilökunta voi huonosti muuttaa?

Mistä sääntöjen merkityksen korostaminen hoito- ja palvelukodeissa kertoo? Onko niin, että kaikki yksityiset hoito- ja palvelukodit eivät sittenkään ole pieniä ja kodinomaisia? Niiden asukasmäärään nähden (keskimäärin yli 15 asukasta tämän tutkimuksen hoito- ja palvelukodeissa) jotkut kodeista muistuttavat pieniä laitoksia, jotka toimintansa jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitsevat tiukat pelisäännöt. Tai onko niin, että niiden asukkaat ovat terveydentilaltaan niin erikuntoisia, että yhteisön jäsenten turvallisuuden vuoksi on toiminnan oltava kontrolloitua; sekä asukkaiden että työntekijöiden kuvauksissa on ilmennyt asukkaiden kesken ajoittain ”häiriköintiä”.

Monijäseninen yhteisö tarvitsee sääntöjä ainakin järjestyksen ja turvan takaamiseksi. Säännöille annetaan usein erilaisia merkityksiä ja siksi ne voidaan ymmärtää monella tavalla. Merkitystä on myös sillä, kenen sääntöjä noudatetaan. Seuraava esimerkki on erään hoitokodin (ei mukana tutkimuksessa) asukkaiden elämisen ja kuntoutumisen ohjeista: *”Nauti, palkitse ja elä hyvällä mielellä!”* Yhteisön jäsenet (15 asukasta, 3 työntekijää) eivät koe tarvitsevansa muita ”sääntöjä”.

Tässä osatutkimuksessa työntekijät kuvaavat ammattitaitoaan kuntouttavan auttamistyön periaatteiden, verkostotyön ja inhimillisen toisesta ihmisestä välittämisen näkökulmasta. Heidän intressinsä tehdä laadukasta työtä mielen kuntouttajan auttamiseksi on ilmeistä. Tiukka normatiivisuus ei sovi ohjaustyöhön. Tämän tutkimuksen lisäksi on muita tutkimuksia, jotka tuloksillaan ovat osoittaneet sääntöjen korostuvan nykyaikana mielenterveyskuntoutuksessa (mm. Latvala & Aavarinne 1993). Sääntöjen merkitysten painottuminen joissakin kodeissa toivon mukaan havahduttaa tuloksillaan kuntoutustyöntekijät refleктоimaan omaa toimintaansa yhteisöjen tiukkojen pelisääntöjen suhteen niin, että ne voivat nykyistä perustellummin osoittaa säännöilleen sääntöjen paikan.

Työntekijät (33/98) kuvaavat *asukkaiden velvollisuuksina* edellä esitettyjen *pelisääntöjen noudattamista*.

*“...jokainen vastaa omista töistään ja on myös oikeus napista vastaan, vapaudet sisältävät myös vastuun”, “velvollisuutena työryhmytyöt ja kokoukset, jokaista velvoittaa vastuu yhteisistä päätöksistä”, “kukin töihin voimiensa mukaan”, “oikeudet saattaa mennä, jos ei huolehdi velvollisuuksistaan”, “yhteiset kokoukset on ”must”, tupakointi ulkona, ei häiritsevää kaljoittelua, ilmoitusvelvollisuus poistumisesta ja palaamisesta”, “vastuunotto tuo vapautta”.*

Kuvaus velvollisuuksista muistuttaa sosiaalisen oppimisen koulutusohjelmaa psykiatristen sairaaloiden suljetuilla osastoilla 1980-luvulla (*oikeudet menetetään, jos ei huolehdi velvollisuuksistaan, vastuunotto tuo vapautta*). Koulutusohjelma on mitä ilmeisemmin luonut myös hoito- ja palvelukotien toimintakulttuuria.

Asukkaiden *oikeuksina* kuvataan terapeuttisen yhteisön lailla yleisiä kansalaisten *perusoikeuksia* ja *oikeutta* hoito- ja palvelukodin palveluihin.

*“...pyrkimys tasaveroiseen aikuiseen vuorovaikutukseen”, “omien mielipiteiden ja ehdotusten esittäminen suotavaa”, “oikeutena myös sanansa pitäminen”, “oikeus olla oma itsensä, ilmaista tunteitaan ja vointiaan”, “oikeus päätöksentekoon ja omien asioiden suunnitteluun”, “jokaisella mahdollisuus vaikuttaa”, “oikeus yhteiseen elämiseen toisten kanssa”, “oikeus kodinomaiseen viihtyvyyteen” (26/98).*

*“...oikeus puhtauteen, ruokaan, lämpöön, rakkauteen, yhteisön palveluihin, huolenpitoon ja turvalliseen elämään yhteisössä”, “vapaus liikkua kodin ulkopuolella”, “oikeus saada tasavertaista kohtelua, tulla kuulluksi, tulla autetuksi, oikeus pyytää apua” (19/98).*

*Sopimusten teko* tapahtuu työntekijöiden (54/98) kuvausten mukaan useimmiten yhteisökokouksissa, joihin jokainen osallistuu.

*“...jokainen osallistuu aamu- ja yhteisökokouksiin sekä opintopiiriin, sovitusti myös ulkopuolisiin ryhmiin, kuullaan osapuolia ja pyritään tekemään yhteisiä sopimuksia”, “kaikkia koskeva yhteisöhetki kerran viikossa”, “sopimukset syntyvät usein sopimattomasta käyttäytymisestä”, “jos sopimuksia suuremmalla porukalla, niin voidaan äänestää, sopimuksista pidettävä kiinni, jos kerran on yhdessä päätetty”, “jos asukkaan tai työntekijän kanssa sovitaan jotakin, niin jokainen, myös työntekijä noudattaa sitä, sopimusten teossa koko työryhmän oltava mukana”.*

Jotkut työntekijät (17/98) kuvaavat tekevänsä joidenkin asukkaiden kanssa henkilökohtaisia kahdenkeskisiä sopimuksia, joita osa (13/98) ilmaisee tekevänsä usein. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa on tekemässä asukkaan lisäksi, omainen, hoitohenkilökunta, kotipalvelu ja kotisairaanhoidaja.

*“...sopimuksia tehdään hoito- ja ohjaussuhdekeskustelussa”, “erillissopimukset sitoutumisen vahvistamiseksi kirjallisina ja allekirjoitettuina”, “kahdenkeskisiä sopimuksia tehdään työssäkäynnin, palkan, tupakan säännöstelyn, puheluiden, rahankäytön, hygienian, lomien ja kriisitilanteiden varalta”, “kotikokoukset kerran viikossa, esim. lukujärjestykset pesupäivistä, siivouspäivistä”, “sopimus on ilmoittaa yöpoissaolot, työtoimintatyöt”.*

*“...se on jatkuvaa luovimista, sopimukset pitävät ja eivät pidä, ne on tilannekohtaisia, yksilötarpeiden mukaisia, pienemmässä porukassa kuunnellaan mielipiteet, perustellaan, kannustetaan pysymään tehdyissä sopimuksissa, niitä tehdään kirjallisesti ja suullisesti”.*

Kolme työntekijää kuvaa tekevänsä sopimuksia myös henkilökunnan viikko-ohjelmaa suunnitellessaan, työpaikkakokouksissa sekä asiakaskuntien ja palvelu- ja antavien laitosten kanssa. Muita sääntöjä kuvatessaan he kertaavat aiemmin esittämiään pelisääntöjä. Tässäkin yhteydessä normatiivinen näkökulma sääntöjen olemassaolon ”välttämättömyydestä” tulee esille.

*“...ilman sopimuksia ja sääntöjä ei tulisi mitään, olisi vain kaaos, psykiatriset potilaat tarvitsevat sääntöjä”.*

**Kysymys XI:** Millaisesta työnjaosta ja yhteistyöstä olet mielestäsi sopinut asukkaiden ja työntekijöiden kesken?

Työntekijät kuvaavat aiemmin esittämiään ajatuksia kotitöiden tekemisestä, vuorottelevista työryhmistä ja asukkaiden vastuutehtävistä. Sen sijaan asukkaiden vapaa-aikaan he (14/98) eivät juuri ilmaise puuttuvansa, mikä seikka on myös aikaisemmin tullut esille. Asukkaiden alkoholin käytölle vapaa-aikana he asetettavat rajoituksia.

*“...vapaa-aikaan ei puututa, se on jokaisen omaa, ja jokainen viettää sitä halumallaan tavalla, kuka kalastaa, käy kylässä tai retkeilee, maalaa tai piirtää, lenkkeilee tai ulkoilee, lukee, katsoo TV:tä, soittaa rumpuja ja syntikkaa, kuuntelee musiikkia, käy kerhossa tai harrastusryhmissä, juo kahvia tai tupakoi, askartelee, tekee käsitöitä tai lepäilee, lomat sovitaan omaisten ja asukkaiden kanssa”.*

Kotityöt tehdään työntekijöiden (41/98) kuvausten mukaan yhdessä.

*“...työt mitoitetaan asukkaiden voimavarojen mukaan, pidetään sopimukset, tehdään yhdessä”, “työnjaosta sovittu yhdessä, säännöt selkeät, ei liian sitovat, sovittu yhteisö- ja henkilökunnan kokouksissa, ollaan mukana siivouksissa, ulkotöissä, vapaalla lenkkeillään yhdessä, soitellaan musiikkia, marjastetaan, sienestetään, oman huoneen siivous yleensä yksin, apua saa tarvittaessa, asukaspareittain lakanoiden vetoa ja viikkausta, on joitakin nimikkotehtäviä kuten vessan pesu tai keittiötyöt”, “työsalilla puutarhakankaiden valmistus on aika mittavaa”, “jotkut asukkaat selviävät itsenäisesti mm. pyykinpesussa, reseptien uusimisessa, ostoksilla käynneistä, piikin hakemisesta mielenterveystoimistosta, kyläilystä ja ulkoilusta”, “virastot ja laitokset ollaan asukkaan kanssa”.*

Omahoitaja tekee asukkaan kanssa hoito- tai kuntoutussuunnitelman (kerran puolessa vuodessa) (3/98). Omahoitajasuhde on henkilökohtainen yhteistyösuhde:

*“...siinä sovitaan, mitä asukas haluaa itse ja henkilökunnan tekevän”, “on helppompaa tehdä yhden asukkaan kanssa kerrallaan, omahoitajasysteemi toimii, tuntee parhaiten asukkaansa ja tietää heidän kykynsä, olen esim. sopinut päiväkohtaisesti, kuka lähtee päiväkävelylle asukkaan kanssa”.*

Yhteistyötä työntekijät (26/98) kuvaavat tekevänsä muiden hoito- tai palvelukotien kollegojen kanssa.

*“...yhteistyö hoituu työntekijöiden kesken, pyritään pitämään yhteisiä hetkiä, joissa tietoa ja kokemuksia vaihdetaan”, “työnohjaus”, “yhteisiä palaverieja”, “tutustumiskäynnit”, “tavataan koulutuksessa”, “laatukäsikirjahanke”.*

Yhteistyötä työntekijät (59/98) tekevät lisäksi monen muun kuntoutustahon kanssa.

*“...mm. asiakkaan, omaisten, kotipalvelun, seurakunnan, kotisairaanhoidon ym. kanssa kuten terveyskeskus, mielenterveystoimisto, virkaholhooja, sosiaalitoimi, kyläläiset, naapurit, fysioterapeutti, kampaaja, jumppari, lääkärit, päivätoimintakeskus, terveyskeskus, sairaala, jalkojenhoitaja, verkostokokoukset. Toimintakeskuksen kanssa sähköä ja lentopalloa, kerhot, leirit, säännölliset yhteistyöpalaverit, joillakin asukkaalla suunnitellut intervallijaksot, veteraanikuntoutus mielenterveysongelmallisille tarkoitetun virikekeskuksen kanssa, kuntoutussuunnitelmapalaverin muodossa ja jokaisen asukkaan tarpeen mukaan” .*

Virallisen yhteistyön lisäksi hoitokodit tekevät yhdessä retkiä, käyvät konserteissa, tansseissa tai järjestävät muuta virkistystoimintaa. Henkilökunta voi viettää keskenään saunailtoja (17/98). Joidenkin työntekijöiden (15/98) mielestä hoitokodeilla ei ole paljon yhteistä, koska asukkaat ovat erikuntoisia. Yhteistyö on enemmän satunnaista.

Yhteistyön laatua asukkaiden omaisten tai läheisten kanssa työntekijät (23/98) kuvaavat seuraavasti:

*“...säännöllistä, he ovat mm. palvelusuunnitelmissa mukana, jotkut huolehtivat asukkaan raha-asioista, vierailut ja yhteiset pikkujoulut, syntymäpäivät. Yhteistyöstä omaisten kanssa sovitaan asukkaan kanssa, tarvittaessa otamme yhteyttä omaisiin, teemme retkiä vanhusten kotitiloille tai käytämme asukkaita siellä henkilökohtaisesti”.*

*“...omaiset toimivat joskus retkillä avustajina” (20/98),*

*“...omaistenpäivä on kerran vuodessa, sitten on vanhempainillat” (11/98),*

*“...omaisia pyritään ottamaan mukaan ja kannustetaan käymään hoitokodilla, ovat tervetulleita milloin vain kahville ja ruokapöytään, tätä ollaan kehittämässä, ei ole oikein toiminut (6/98),*

*“...omaisten kanssa vähän (liian vähän) yhteistyötä, satunnaista, heitä ei ole tai he eivät halua olla tekemisissä, vain kun asukas siirtyy yksiköstä toiseen niin informoidaan” (6/98).*

Omaisiet ovat samanaikaisesti sekä hoito- ja palvelukotityöntekijöiden yhteistyökumppaneita että asukkaiden tavoin ”asiakkaita”. Toisessa tutkimusvaiheessa kuvatessani yksityisen mielenterveyspalvelujen tuottajan kohdehistoriaa omaisilla on ollut merkittävä rooli läheistensä auttamisessa ja tukemisessa. Vähitellen heidän roolinsa muuttui auttajasta ja puolesta tekijästä avun ja huomion vastaanottajaksi.



Joidenkin työntekijöiden ilmausten perusteella saa tulosten mukaan sellaisen kuvan, että omaiset ja heidän aikuiset ”lapsensa” elävät edelleen riippuvuussuhteessa keskenään (*sitten on vanhempainillat ja omaisten päivä*). Kuvatessaan asukkaiden kuntoutumisen tavoitteita edellä työntekijät tarkensivat miesasukkaiden itsenäistymistä ”*äiti-poikasuhteesta irrottautumisena*”. Edellisessä tutkimusvaiheessa muutama miesasukas kuvasi lähes ainoana merkityksellisenä ihmissuhteena suhdettaan omaan äitiin, josta he edelleen kokivat olevansa riippuvaisia huolimatta äidin iästä tai terveydestä.

Muuna työnjakoon tai yhteistyöhön liittyvänä tehtäväalueena työntekijät (17/98) kuvaavat omia työtehtäviään.

*“...vastuuohjaajat sovittu, jokaisella 2-3 asukasta, yhdessä suunnitellaan muun työryhmän kanssa asukkaiden menoja tms. työtehtäviä”.*

Asukkaiden kuvaukset työnjaosta ja yhteistyöstä oman yhteisön jäsenten ja ulkopuolisten kanssa edellisessä tutkimusvaiheessa osoittavat, että työntekijöiltä edellytetään organisointi-, johtamis- ja suunnittelutaitoa sekä verkostotuntemusta.

*Kysymys XII: Millaisia aineellisia ja henkisiä välineitä hoito- tai palvelukodis- sanne on mielestäsi käytössä?*

Työntekijät kuvaavat hoito- ja palvelukotien asuinympäristöjä asukkaiden kuntoutumista ja viihtyisyyttä tukevaksi.

*“... yhteinen tila tai oleskelu- olohuone tai yhteiset ruokailu- ja kerho-, tai keittiö- askartelutilat, takkahuone, kodikas entinen pappilarakennus, ryhmiä kahdesti viikossa, pienet yhteiset 6-7 asukkaan vapaa-ajan toimintaryhmät” (51/98),*

*“...lähes jokaisella oma huone, asukkaat arvostavat sitä, oma ”soppi”, oma huone paras, osa ei halua asua yksin” (28/98),*

*“...erilaisia välineitä soittimista, kodinkoneisiin, TV, radio, stereot, nauhurit, puhe- lin, sauna, erilaisia ompelutarvikkeita ja taidevälineitä, lehdet, kangaspuut, pelit, lisäksi erilaisia liikunta- ja urheiluvälineitä ja -toimintoja; kuntopyörä ja muita kuntoiluvälineitä, kuten polkupyöriä, kelkka, kuntosali, rantasauna” (34/98),*

*“...hoitokodilla myös uima-allas tai kesämökki tai pikkubussi, talon auto tai auto- ja, laaja pihaympäristö, grillikatos” (24/98).*

Usealla asukkaalla ilmaistiin olevan käytössä viikkoraha, jonka käyttöä kontrolloidaan (28/98).

*“...viikkorahasysteemillä rahat saadaan riittämään”, “rahan käyttöä kontrolloi- daan”, “raha-asioista oltava perillä kunkin asukkaan kohdalla”, “raha-asiat hoi- tuvat osittain itse ja lisäksi virkaholhoajan, uskotun miehen tai kodin työntekijän tukemana”, “henkilökohtainen käyttöraha tärkeä monelle, sillä suurimmalla osal- la asukkaista niukka rahatalous, ei meinaa riittää vaatteisiin, osa saa toimeentulo- tukea, vähintään 463 mk kuukaudessa, osa ei sitäkään”.*

Asukkailla on mahdollisuus osallistua viriketoimintaan, kerhoihin tai ulkopuo- lisiin harrastuksiin ja retkiin melko maksuttomasti (12/98).

*“...on sairaalan kuntosalilla käynnit, päivätanssit, pihapelit, jumppa, kirjallisuuspiiri, hartaushetki, uimahallilla käynti, sulkapallon peluu, tikanheitto, kutominen, ja kunnan tarjoamat kirjastopalvelut, uimahalli, kansalaisopisto, iltalukio”, “ vapaa-ajan viettoa voisi tukea enemmän”.*

Muina työ- ja toimintatiloina työntekijät kuvaavat (4/98) asukkailla olevan mm. kahvila-leipomo, puuverstas ja päivä- tai virikekeskus. Hoito- ja palvelukotien miljöö vaikuttaa työntekijöiden kuvausten mukaan olevan korkeatasoinen. Samansuuntaisesti Mielenterveyden Keskusliiton aluesihteerit kuvasivat hoito- ja palvelukoteja tiloineen, pihoineen ja puutarhoineen.

Runsas retkien ja muiden tapahtumien järjestämisessä hoito- ja palvelukodeissa voi olla myös ongelma. Niiden arvo tai merkitys menetetään. Voi käydä myös niin, kuin eräs asukas totesi jokaisen asukkaan nimi- ja syntymäpäivien viestosta, että

*“...pitävät pikkulapsina, nytkin täytekkua”.*

Virkistystoimintaan liittyy usein elämyksiä ja voimakkaita tunteita, iloa, surua, vihaa tai rakkautta, toiveiden täyttymyksiä, mutta myös pettymyksiä, kilpailua ja kateutta. Tunnekokemuksina virkistystapahtumat yhteisöissä ovat paitsi opettavaisia, niin myös yhdistäviä, sillä niihin osallistujilla on yhteinen kokemus, josta yhteisöissä voi käydä keskustelua. Kokemukset voivat toimia siltoina muihin tilanteisiin liittyviin kokemuksiin tai kriittisiin tapahtumiin. Tällöin yhteisestä kokemuksesta keskusteleminen yhteisössä voi toimia suodattimen tavoin auttaen sekä yhteisöä kehittymisessään että yksilöä avautumisessaan. Yhteisön jäsenten ymmärrys toisiaan kohtaan voi lisääntyä ja erilaisuutta aletaan jopa etsiä.

Kolmannes työntekijöistä (29/98) kuvaa itsellään olevan hyvät toimisto- ja työtilat. Yli puolella (53/98) on tietokone, telefax, sähköposti, internet, kopiokone, hoitoalan kirjallisuutta ja useimmiten myös hyvät sosiaalitulat (29/98). Viidennes työntekijöistä (18/98) ilmaisee sosiaalitulojen puuttuvan tai kodeissa ei ole erillistä toimisto- tai sosiaalitulaa tai keittiö toimii sosiaalitulana. Yhteisten tilojen kuvataan (14/98) olevan käytössä yhdessä muiden kanssa. Työntekijät (8/98) kuvaavat työvälineikseen tilojen ohella myös konsultaation.

*“...ovat kyllä joskus tarpeen, työpöytä takahuoneessa, joka rauhaton, toisaalta toimistotila on kaikille avoin, ei lukittuja ovia”, “...työskentelemme asukkaiden kotona”, “...mahdollisuus keskustella toisen työntekijän kanssa, hyvä työtiimi, yhdessäolo, palautteen saaminen, kehityskohtien huomioiminen”.*

Työntekijät (55/98) kuvaavat asukkaiden kanssa samansuuntaisesti asioita, joi- ta asukkaat heidän mielestään pitävät itselleen kaikkein tärkeimpänä kuntoutumisessa. Työntekijöiden kuvaukset ovat ohjaavan kuntoutuksen idean mukaisia. Mihin katosivatkaan säännöt tai muut normit?

*“...yhdessäolo, kuunteleminen, keskusteleminen, tasavertaisuus, ohjaus, toisten huomioonottaminen”, “huolien huojentaminen, tuen saaminen ja kannustaminen”, “vahvuuksia tukeva, osaamisen huomiointi, asiakkaan tarpeen ja pienenkin edistymisen huomaaminen ja arvostaminen”, “yksilöllisten mielipiteiden huomioonotta-*

*minen, ymmärrystä”, “työntekijöillä on heille on aikaa”, “palautteen saamista”, “fyysinen apu, henkilökunta on tuki ja turva, asiantunteva ja vastuullinen”, “monelle hoitosuhdekeskustelut tärkeitä, että on joku ihminen, johon voi luottaa, työntekijän läsnäolo”.*

Toiseksi eniten työntekijät (39/98) kuvaavat asukkaiden pitävän itselleen tärkeänä päivittäisiä askareita ilmaisemalla ne oikeutena osallistua. Kuvaukset työn tekemisestä ovat heidän aiemmin esittämiensä suuntaisia.

*“...saa osallistua jokapäiväisiin askareisiin, yhdessä tekeminen”, “työssä käynti”, “vastuualueitten jakaminen”, “työryhmätyöt ja vastuutehtävät”, “ruoanlaitto ja työsalitoiminta”, “kodin työt”, “vastuun antaminen pienissä asioissa”, “rajojen asettaminen, joista jokaisen työntekijän on pidettävä kiinni”, “neuvotteluissa tehtyjen sopimusten noudattaminen”, “tietyt rutiinit”, “selkeys, systemaattisuus ja realistisuus”, “säännöllinen päivärhythmi, hygienia, puhtaus, siisteys, ruokailutavat”.*

Kolmanneksi eniten työntekijät (33/98) arvelevat asukkaiden pitävän kuntoutumisessa tärkeänä vapaa-ajan viettoa. He luettelevat mahdollisesti niitä välineitä, joita heillä omassa kodissa on käytössä, sillä edellä muutama työntekijä on todennut, että asukkaiden vapaa-ajan viettoa voisi ohjata enemmän.

*“...harrastukset”, “virikkeet”, “vapaa-aika”, “retket”, “virkistysmatkat”, “taukojumput”, “kerhot”, “liikunta (punnit)”, “ulkoilu, lentopallo, uinti, TV, video, radio, musiikki, soittimet, lukuhetket, kirjallisuuspiiri”.*

Neljänneksi eniten työntekijät (26/98) esittävät ohjaavan kuntoutuksen idean mukaisesti asukkaan omaan vaikuttamiseen liittyviä asioita.

*“...vapaus saada itse päättää asioista”, “itsemääräämisoikeus”, “vastuu omasta itsestä”, “omien asioiden hoitaminen, liikkuminen ja asioiminen”, “saada vaikuttaa omiin asioihinsa”, “pärjääminen päiväkeskuksessa”, “oman elämän hallinta”, hoitokäynnit terveyskeskuksessa ja mielenterveystoimistossa”, “oman rahan käyttö”.*

Viidentenä työntekijät (23/98) kuvaavat asukkaiden arvostavan ympäristön merkitystä kuntoutumisessaan.

*“...rauhallisuudella ja turvallisuudella”, “salliva ilmapiiri ja asuinympäristö”, kodinomainen ympäristö”, “kiireettömyys ja viihtyminen”, “normaaliuden tunne”.*

Lopuksi työntekijät (10/98) luettelevat vielä joitakin asioita, jotka heidän käsityksensä mukaan voisivat olla asukkaille kuntoutumisessa tärkeitä.

*“...hyvä ruoka, oma huone, henkilökohtaiset tavarat, yksityisyys” (12/98), “omaiset, ystävät, muut sosiaaliset kontaktit kodin ulkopuolelle, kodin keskeinen sijainti” (11/98), “henkilökohtainen palvelu- tai kuntoutussuunnitelmapalaverit”, “asioiden etukäteissuunnittelu ja jälkikäteisarviointi”, “kuuleminen hoitosuunnitelman teossa”, osallistuminen oman terveydenhoidon suunnitteluun, tiedon saanti itseä koskevista asioista” (10/98).*

Kuvatessaan omia käsityksiään asukkaiden kuntoutumiselle tärkeistä asioista työntekijät toteavat kiireen (10/98) ajoittain häiritsevän.

*“...on kuitenkin stressiä kiireen ja työn paljouden vuoksi, asukasmäärän noustessa rutiinit vie liikaa aikaa asukkailta”.*

Työntekijät (34/98) arvelevat asukkaiden arvostavan kuntoutumisessa samoja asioita, kuin he itsekin arvostavat.

*“...mahdollisuus onnistua ja epäonnistua”, “hyväksytyksi tulemisen tunne”, “tunne välittämisestä”, “palaute positiivisen puolella”, “usko ihmiseen”, “kuunteleva ja kannustava ilmapiiri”, “aikaa ja voimaa asukkaille”, “ohjataan rauhallisesti”, “henkilökohtaiset keskustelut”, “kanssaihmissyys”, “ohjaajien pitkäaikainen tuntemus”, “tarpeeksi työntekijöitä”.*

Lisäksi työntekijät (24/98) kuvaavat kuntoutumisessa merkityksellisenä

*“...säännöllisen lääkehoidon”, “selkeän vuorokausirytmien”, “itsestä huolehtimisen”, “arkiaskareiden hyväksymisen selviytymisen osana eli päiväohjelmaan osallistumisen, ei jäämisen sänkyyn makaamaan tai eristäytymisen”, “kyvyn ottaa ohjausta vastaan ja raha-asioiden hoidon”.*

Pieni osa työntekijöistä (9/98) kuvaa henkilökunnan asennetta asukkaisiin. He ilmaisevat arvostavansa asukkaiden kuntoutumisen tukemisessa omaa innostuneisuuttaan ja työssä jaksamista, keskinäistä luottamusta ja hyvää suhdetta asukkaiden ja työntekijöiden välillä sekä pitkäjänteisyyttä.

*“...asennetta ei välttämättä opi koulutuksellakaan”, “lähdetään varovasti liikkeelle, että saadaan asiakas motivoitua”, “asukkaalla itsellään tahto ja päämäärä”, “elämään kuuluvien vastoinkäymisten, pettymysten ja kipujen hyväksyminen”, “asukas ymmärtää omaa sairauttaan, aina ei voi mennä siitä, mistä aita on matalin”.*

Työntekijät kuvaavat *henkisinä välineinä omia kuntoutustyötä ohjaavia periaatteitaan*. Esittelen ne ensin luettelona ja sen jälkeen arvioin niitä ohjaavan kuntoutuksen näkökulmasta.

- I Jokainen ihminen on tärkeä, arvokas omana itsenään, yksilöllisyys, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (22/98).
- II Rehellisesti kerrotaan kaikista asioista kuin ”normaaleille” ihmisille, olla rehellinen ja kärsivällinen, avoimuus, pyrin avoimesti keskustelemaan asioista, sujuva tiedonkulku, teeskentelemätön ja aito (18/98).
- III Asiakkaan tarpeista lähtevä työ, kuunteleminen, ajan antaminen, tukeminen, toisten huomioonottaminen, rauhallisuus, välittäminen, koskettaminen, läheinen suhtautuminen, ymmärrän asukkaiden sairautta, lämminhenkinen ja ymmärtäväinen ystävä (18/98).
- IV Tasa-arvoinen kohtelu, tasavertaisuus, samanarvoisuus (17/98)
- V Teen niin hyvin kuin osaan, teen niin kuin tahtoisin itselleni tehtävän, oma persoona koko ajan käytössä, oma käyttäytyminen on esimerkki, aikuisen osa päällä transaktioanalyysin mukaan (17/98).

- VI Pidetään kiinni sopimuksista, säännöt, joista sovittu, niistä pidetään kiinni, selkeät rajat, perustelu rajoituksille, palvelusuunnitelman noudattaminen (16/98).
- VII Eettisyys, etsin perustelut tekemiselleni, pysähtyen, miettien, keskustellen, konsultoiden, ammatillisuuden säilyttäminen, rutinoitumisen estäminen koulutuksella, uskallan kysyä neuvoa toiselta, kriittisyys, toiminnan analysointi, laadukas työ, monipuolinen eri asioiden hallinta, muistan hoitaa itseäni, vastuu, vastaan tekemisistä ja tekemättä jättämisistä, yrittäjän vastuu, vastuu asukkaista on huolenpitoa (13/98).
- VIII Jokainen osaa tehdä asioita, luottamus ja usko ihmiseen, löytää positiivisia asioita elämästä, luottaminen toiseen mahdollisuuksien rajoissa (13/98).
- IX Kaikilla työntekijöillä sama yhteisöhoitollinen viitekehys, aktiivinen vuorovaikutus, turvallisuus, johdonmukaisuus ja realismi, normaalisuus (12/98).
- X Että asukkaat ovat iloisia ja tyytyväisiä, yhteishengen luominen, kannustus, asukas on paras kannustaja ja kiittäjä, kanssaihmyisyys, yhteen hiileen puhaltaminen, yhteistyöhalu (11/98).
- XI Ette ihmistä hoidetaan sairaaksi, vaan tuetaan ja kasvetaan yhdessä sekä opetellaan asioita, tämä ei saa olla pelkkä työpaikka, pidän itseni inhimillisenä (8/98).

Työntekijöiden esittämät periaatteet I ja VIII, ”*jokainen ihminen on tärkeä*” ja ”*jokainen osaa tehdä asioita*”, viittaa ohjaavan kuntoutuksen toiseen ohjenuoraan ”mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittymisessään”. Hän kuitenkin tarvitsee rinnalleen hänestä vastuuta tuntevan hoitajan ensimmäisen ohjenuoran mukaisesti. ”Eettisessä suhteessa toiseen ihmiseen” työntekijä aistii kuntoutujan avun ja ohjauksen tarpeen ilman sanallista kommunikaatiota. Tämä ajatus sisältyy mielestäni työntekijöiden kuvaamaan VII periaatteeseen, jossa he pohtivat työn eettisyyttä.

Kolmas ohjenuora, ”kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta” edellyttää työskentelyä kuntoutujan kokemusmaailman kanssa. Tätä ei ole mainittu työntekijöiden esittämässä periaatelistassa. Työntekijät esittivät listassa omaa ymmärtämisen halua ja lämmintä, empaattista, aitoa ja välittävää suhdetta (III periaate), mikä on auttamissuhteen kannalta välttämätöntä, mutta ei riittävää. Kuntoutujalla on oikeus oivaltaa omasta itsestään ja kokemuksistaan johtuvia asioita. Niiden äärelle päästään, kun vastuullinen hoitaja alkaa kysellä, kommentoida, pyytää kuntoutujalta perusteluja ja mielipiteitä ja antaa kuntoutujan myös itse huomata vahvistuvansa vaikuttamisessaan.

Neljäs ohjenuora viittaa oppimiseen ja kehittymiseen, ”ohjauksen osapuolien keskinäiseen kasvuun ja kumppanuuteen”. Tämä ajatus sisältyy mielestäni työntekijöiden esittämään X ja XI periaatteeseen, ”*kanssaihmyisyys, yhdessä kasvetaan*”. Lisäksi työntekijät ilmaisevat periaatteissaan yhteisöhoitollisen viitekehäyksen (IX periaate), joka elää heidän käsityksensä mukaan elinvoimaisena aktiivisen vuorovaikutuksen keinoin.

Työntekijöiden esittämässä VIII:ssä periaatteessa esitetty ilmaus ”*luottaminen toiseen mahdollisuuksien rajoissa*” ja IX:ssä periaatteessa esitetty ilmaus ”*normaalius*” ansaitsevat kritiikkiä. Voiko toiseen luottaa vain osittain? Jos minä sanon luottavani sinuun esimerkiksi vähän, koska se on mielestäni mahdollisuuksi-

en rajoissa, eikä se samalla tarkoita, etten luota ollenkaan. Ja mitä tarkoitetaan ”normaaliuden” tavoittelulla periaatteissa, kun samalla esitetään, että jokainen ihminen on arvokas omalla itsenään.

Esitetyt periaatteet kuvaavat kuntoutustyöhön ”hurahtaneiden” asukkaistaan vastuuta tuntevien työntekijöiden toimintaa. He kykenevät toteuttamaan monen mielen kuntoutujan unelmia. Työntekijät ilmaisevat periaatteissa myös sääntöjen olemassaolon merkityksen. Niiden samoin kuin elämisen taitojen harjoittelun painottaminen on merkki yhteisön taipumuksesta uomautua. Jokaiselle teolle tai kokemukselle tulee etsiä merkitystä. Asukkaat valtuuttivat työntekijät edellisen tutkimusvaiheen tulosten mukaan (sisältä ohjautuminen, taulukko 27) tähän merkityksen etsimiseen niin, että kuntoutuja voi kokea ymmärtävänsä oman kokemuksensa ja rohkenee paljastaa sen myös muille.

Puolet työntekijöistä (47/98) kuvaa heillä olevan mahdollisuus työnantajan kustannuksella hankkia lisä- tai täydennyskoulutusta ja työnohjausta. Runsas neljännes työntekijöistä (26/98) työskentelee jossakin laadunkehittämisprojektissa. Mahdollisuus koulutukseen tai työnohjaukseen kuvaa kehittymisen halua ja tarvetta. Se voi myös viitata alalla vallitsevaan kilpailuun tai yksityisen hoito- ja palvelukotitoiminnan kohtaamaan kritiikkiin ja lainsäädännön velvoituksiin. Muutama työntekijä (7/98) kokee olevansa vailla täydennyskoulutusta tai työnohjausta.

*“...työnohjausta ei ole tai se ei toimi”, “henkilökunnasta pitäisi myös huolehtia, varmasti jaksavat ja innostus työhön säilyy paremmin, kun olisi muutakin kuin tili-päivä”, “tällä hetkellä ei juurikaan mitään, ei rahaa koulutukseen”.*

## 8.5.4 Kuntouttavan työtoiminnan ongelmia ja ongelmien ratkaisutapoja

*Kysymys XIII:* Millaisia ovat työsi pulmapaikat ja niiden ratkaisukeinot?

Työntekijät kuvaavat viisi selkeästi toisistaan erotettavissa olevaa ongelmien ryhmää, jotka heidän käsityksensä mukaan vaikuttavat kuntoutustyöhön. *Suurimpana ongelmana* työntekijät esittävät *asukkaiden huonon terveydentilan* (45/98) ja siitä johtuvat *hankalat kohtaamistilanteet* (45/98) yhteisöissä.

*“...huonokuntoiset asukkaat; paranoidinen dementikkovanhus, joka uhkailee ja ylipainoinen (123 kg) diabeetikko, ei liiku mutta syö kaikkea”, “asukas, jonka kanssa yhteistyö ei suju hygienian hoidon ja ruokatottumusten osalta”, “asukkaat hätäisiä, tulee uhkaavia tilanteita”, “lievä seksuaalinen ahdistelu”, “asukkaat huonokuntoisia ja riitaisia”, “masentuneiden asukkaiden kanssa, jotka eivät näe toivoa elämässä”, “alkoholin käyttäjien ja heidän ulkopuolisten ystävien, alakulttuurin kanssa ja sen seuraamuksina lääkkeet, alkoholi, rahapula, aggressiivisuus”, “kun asukkaat ovat “karanneet”, eikä tiedä, onko sattunut jotain”.*

*“...ristiriitatilanteessa ei aina tiedä, miten toimia; alussa ei osannut sanoa asukkaalle “ei”, kun heidän olisi välittömästi pitänyt saada jotain”, “ratkaisujen tekeminen tässä ja nyt”, “vastavalmistuneena sairauden luonteen tunteminen, terveydentilan muutosten ennakointi ja asukkaan tilan tunnistaminen”, “säännöissä pysyminen ja rajojen pitäminen”, “riittämättömyden tunne”, “ahdistus ja pelko, kun*

*saa vastaanottaa syytöksiä ja epäilyjä, haistatteluja, uhkaavaa sanallista väkivaltaa”, “kokee mustasukkaisuutta”, “olla asioiden selvittäjä ja syntisäkki”, “kun asukkaat splittaavat”, “ylenmääräisesti purkavat tunteitaan”, “asukkaiden keskinäiset kaunat”, “fyysiset kiinnikäymiset”, “elän liian tunteella asukkaiden ongelmia ja siksi raja työn ja yksityisyyden välillä meinannut hämärtyä”, “kuinka kunnioittaa asukkaan itsemääräämisoikeutta, kun toisaalta joutuu välillä pakottamaan toimintaan”, “kun ei tule toimeen jonkun asukkaan kanssa, joka ärsyttää”, “kun oppi ei mene millään perille”, “huumepuolen asioissa ja lääkityksestä kieltäytymisessä”, “asukkaan motivoinnin kanssa”.*

Olen kohdannut tämän tutkimusprojektini myötä näitä mielen kuntoutujia, joiden terveydentilan vaihtelut keinuttavat hoito- ja palvelukotiyhteisöjä ajoittain voimakkaasti. Työntekijöiden neuvottomuus, turhautuminen, vastustuksen sieto ja erilaisten projisointien ja halkomisten (split = kuntoutuja luokittaa ihmiset hyviin ja pahoihin sen mukaan, miten hän itse heistä hyötyy) kestäminen ovat ihmisen voimavaroja kuluttavia asioita. Lisäksi asukkaiden kasvava määrä estää näkemästä kaikkea, mitä yhteisössä tapahtuu. Arvelen sääntöjä painotettavan juuri tästä syystä, etteivät yhteisöt ajautuisi kaaokseen, niin kuin eräs työntekijä sääntöjen tarpeellisuutta kuvasi.

*Toisena ongelmana työntekijät (20/98) ilmaisevat liian vähäisen henkilökunnan.*

*“...paljon työtä ja kun työskentelee yksin, pinna tahtoo palaa asukkaiden kanssa”, tulee sanottua liian napakasti”, “kiire on suurin ongelma, harvoin voi keskittyä yhteen asiaan kerrallaan”, “vähäisestä henkilökunnasta johtuen stressinoireita; yöllä hampaiden purentaa, lihassärkyä hartioissa”, “jaksaminen joutuu välillä koetukselle, sillä asukkaiden huolet ja murheet tulee kotiin”, “terveyteni ja jaksamisen kanssa, asukasmäärä kasvanut ja päivittäiset rutiinit vievät suuremman osan työajasta”, “aikaa pitäisi olla asukkaille enemmän”, “työn kuormittuvuus lisääntynyt, siitä seuraa kiire ja stressi ajankäytön suunnittelussa”, “avointa keskustelua ei käydä asioiden tärkeysjärjestyksestä”, ei selkeätä työnjakoa”.*

Asukkaiden ja työntekijöiden suhde hoito- ja palvelukodeissa on 15/3 eli jokainen työntekijä on periaatteessa viiden asukkaan omahoitaja. Kun työntekijöitä on vähän ja huonokuntoisia asukkaita paljon, ovat ainekset ongelmien syntymiseen valmiina. Miksi hoito- ja palvelukodit täyttyvät niin suurella asukasmäärällä? Ajaako siihen jatkuva transinstitutionalisaatio tai hoito- ja palvelukotien taloudellisen voiton tavoittelu? Voivatko hoito- tai palvelukotiyhteisöt valita asukkaitaan ja tulisiko niiden kiinnittää huomiota työntekijämäärään ja yhteisön jäsenten keskinäiseen työnjakoon?

*Kolmantena ongelmana työntekijät (15/98) esittävät yhteistyökumppaneiden ymmärtämättömyyden hoidon ja kuntoutuksen suhteen.*

*“...lääkäri on täystyöllistetty, ei aikaa paneutua asioihin”, “liian lyhyet hoito- tai kuntoutusjaksot sairaalassa”, “ei tarpeeksi taustatietoja tulevista asukkaista”, “asukkaan terveydentilan arvio eri tahoilla erilainen”, “asukkaiden pompotus sairaalan ja palvelukodin välillä”, “raha ratkaisee”.*

Olen aikaisemmin tässä tutkimusraportissa esittänyt, että kuntoutustyössä voitaisi harkita hoidon ja kuntoutuksen rajapintojen limittämistä. Toisen tutkimusvaiheen tutkimuskohde, yksityinen mielenterveyskuntoutuksen palveluja tarjoava yhdistys, on jo pitkään hoitanut ja kuntouttanut asiakkaitaan samanaikaisesti. Hoidon ja kuntoutuksen yhdistäminen tai limittäminen säästäisi mielen kuntoutujat paikasta toiseen siirtämiseltä ja henkilökunta voisi käyttää enemmän aikaansa samojen asiakkaiden kuntoutumisen ohjaamiseen.

*Neljäntenä ongelmana* työntekijät (14/98) kuvaavat *omaa ja työtovereiden asennoitumista asukkaisiin*. Työntekijät kuvaavat kadottaneensa asukkaiden yksilöllisyyden.

*“...mm. halutaan yleiset toimintaohjeet koskemaan kaikkia asukkaita, yksilöllisyys kärsii”, “sokaistuminen joillekin asioille”, “itse asetetut rajat tai tavoitteet väärinä”, “on vaikea luopua vallankäytöstä”, “vaikeuksia oman motivaation kanssa”, “samat asukkaat kauan, kuinka jaksan uskoa, toivoa, antaa tilaisuuksia epäonnistua”, “olen vauhdikas persoona, enkä meinaa muistaa, että asukkaita on ohjattava yksi asia kerrallaan”.*

Tapojen rappio lisää pykälien tarvetta (Venkula 1991). Näinkö käy joidenkin hoito- ja palvelukotien? Työntekijät kuvasivat ammattitaitoaan monipuolisena ja työkokemustaan pitkänä. Taidot kuitenkin katoavat, kun yhteisö taantuu. Hoito- ja palvelukotien pienyhteisyys karkaa suuryhteisyydeksi jäsenmäärän kasvaessa. Realiteettitilastus käy mahdottomaksi. Johtajuus voi olla kadoksissa ja sitä hoitaa vuorollaan muut yhteisön jäsenet. Ulospääsy kaaoksesta onnistuu vain keskustelemalla siitä, mitä varten yhteisö on olemassa, selvittämällä työnjakoon liittyviä kysymyksiä ja lisäämällä vuorovaikutusta niin yhteisön sisällä kuin sen ulkopuolelle.

*Viidentenä ongelmana* työntekijät (4/98) esittävät *holhousyhteiskunnan kehitysprojekteja vaikeuttavan asenteen*. Kunnat eivät heidän ilmaisujensa mukaan kiinnostu avohoidon kehittämisestä, asiakkaiden työnsaanti on mahdotonta, asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat kielteisiä ja suojatyöpaikkoja puuttuu paikkakunnilta. Asenteisiin voidaan vaikuttaa tiedolla ohjaamisella. Kuntien kiinnostuminen mielen kuntoutujista ja heidän asioidensa ajamisesta onnistuu, kun sitä on tekemässä ammatti-ihmisten ohella itse mielen kuntoutujat.

Työntekijät (30/98) kuvaavat *ongelmien ratkaisukeinoina* oman neuvokkuuden lisäksi yhteisön muiden jäsenten tukea, keskustelua työtovereiden ja työnantajan kanssa, työohjauksen, lääkärinkonsultaation, erilaiset ideat, tiimipohdinnan ja kokemuksen avun saamisesta. Myös se helpottaa työntekijöiden kokemana ongelmien ratkaisua, kun huomaa, että yhteisenä koettu avuttomuus saa jakamaan taakkaa toisen kanssa, kun huomaa, ettei olekaan yksin. Kokemuksista oppiminen, reflektointi ja uusien tapojen kokeileminen ja käyttöönotto auttaa (11/98). Lisäksi suora kontakti asukkaaseen on ratkaisu työntekijöiden mukaan monessa ongelmatilanteessa (9/98).



*“...puhumalla asukkaalle ja vetoamalla sopimukseen”, “ohjaan ja neuvon, kun asukas vastaanottavainen”, “pureudun enemmän ongelmaan”, “auttaa asukasta tekemään päätös”, “tekemällä ja olemalla yhdessä asukkaan kanssa”, “löytämällä motivoivia asioita”.*

Työntekijät (8/98) käyttävät ongelmien ratkaisussa myös yhteistyötahojen vakuuttamista oman työn merkittävydestä.

*“...yhteistyötahojen, omien työtovereiden ja ulkopuolisten vakuuttaminen ja asiapuustelujen esittäminen asukkaiden terveydestä ja yksikön toiminnasta” - “lähetävien yksiköiden informoiminen vierailuin ja esittein” - “kovasti pitää asukkaan puolta, että hän saa asianomaisen hoidon”, “toiminnan käyttökelpoisuuden osoittaminen” - “mukana projektissa, jonka päämäärä on lisätä yhteistyötä julkisen ja yksityisen välillä”.*

## 8.6 Pohdinta

Tässä tutkimusprojektin viimeisessä tutkimusvaiheessa olen keskustellut ”sielun sisarieni ja veljieni” kanssa ja se on tuntunut hyvältä. Työntekijät ovat olleet avoimia, eikä minunkaan ole tarvinnut kainostella kannanottojeni kanssa. Minulle tämä joukko ei ole vieras, vaikka aloitinkin tämän viimeisen tutkimusvaiheen esittämällä hoito- ja palvelukotiyrittäjät tuntemattomana ryhmänä. He ovat luomassa uutta ammattikuluttuuria, jonka edustajat ja asiakkaat ovat yhteiskunnan keskellä, ”puutarhassa” ja joiden suhde ”erämaahan”, yhteiskuntaan kiinnittymiseen, on alullaan.

Tavoitettuani hoito- ja palvelukotien edustajia ensimmäisen kerran puhelimitse keväällä 1996 kerroin heille tästä tutkimusprojektista. Kerroin myös tutkimuksen aikataulusta. Asukashaastattelun laajan aineiston vuoksi sen analyysi kesti pidemmän aikaa kuin olin kuvitellut. Tämä vaikutti myös työntekijöille suunnatun kyselyn siirtymiseen vuodesta 1998 kesään 1999. Olin kertonut, että kysely tehdään asukashaastattelun tulosten pohjalta. Moni työntekijä arvatenkin odotti kyselyn toteutumista lähes välittömästi asukashaastattelun suorittamisen jälkeen.

Vuonna 1998 olin yhteydessä useaan hoito- ja palvelukotiin puhelimitse, jolloin kerroin kyselyn ajankohdan siirtymisestä. Vuonna 1999 ryhdyin systemaattisesti ottamaan yhteyttä jokaiseen tutkimusluvan antaneeseen hoito- ja palvelukotiin sopiakseni kyselyn toimittamisen aikataulusta ja selvittääkseni tarkemmin kotien osoitteita. Kyselyyn suhtauduttiin edelleen mielenkiinnolla. Olin kertonut, että voisin toimittaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti joihinkin koteihin. Minulle jäi vaikutelma, että vierailuani odotettiin. Vierailuajankohdan Itä-Suomessa sijaitseviin hoito- ja palvelukoteihin olin sopinut viikon marginaalilla, joten niissä ei tarkkaan tiedetty, milloin olin tulossa.

Tutustuin monenlaiseen kotiin. Useimmiten ne olivat jo edellä kuvaamieni kaltaisia isoja omakotitaloja tai kerros- tai rivitaloaluoneistoja sijaiten joko keskellä tai lähellä taajamaa ja sen palveluja. Tutustuin työntekijöihin, omistajiin ja asuk-

kaisiin. Minulle jäi pääasiallisesti positiivinen kuva yhteisöistä, joiden ihmiset toimivat yhdessä. Vierailuani oltiin osattu odottaa ja sen vuoksi minulle järjestettiin aikaa hoito- ja palvelukotien toiminnan esittelyyn. Työntekijät kertoivat olevansa ilahtuneita senkin johdosta, että voivat tutustua ”elävään” tutkijaan. Minä puolestani voin esitellä kyselylomakkeen rakennetta, jonka useassa kodissa ilmaistiin toimivan niiden toiminnan kehittämisen runkona. Kerroin, että työntekijät voivat täyttää lomakkeen itseksensä tai keskustellen sen sisällöstä työtovereiden kanssa. Kerroin myös, että lomakkeen rakentaminen ei ollut minulle helppoa, vaikka sen kysymysten asettelua ohjasikin aikaisempien osatutkimusten tulokset. Kerroin testanneeni lomakkeen eräässä mielenterveystyön yksityisessä hoitokodissa (ei mukana tässä tutkimuksessa), josta kuusi työntekijää vastasi kysymyksiin. Heidän kommenttinsa ja yliopiston dosenttien ohjauksen pohjalta rakensin lomakkeen nykyiseen muotoonsa.

Kyselyn laajuus jäi askarruttamaan. Mietin, onko lomakkeessa vielä päällekkäisiä kysymysalueita, epäselvyyksiä tai vähän annettuja vastausvaihtoehtoja. Mietin myös suljettujen ja avokysymysten suhdetta ja suljettujen kysymysten vastaamista ohjailevaa muotoa ja mittarin rakennetta. Kysely oli rakennettu neljän pääteeman mukaan ja jokainen teema sisälsi vielä alateemoja. Mietin, miten työntekijät jaksavat vastata kaikkiin kysymyksiin ja miten he löytävät vastaamiselle rauhoitetun ajan. Oma intuitioini ohjasi säilyttämään kyselyn suunnitellun mukaisena. Arvelin tuntevani tutkimuskontekstin siinä määrin, että se vastaa tämänkaltaiseen tutkimushaasteeseen mielellään.

Saatuani 98 vastauslomaketta 126:sta analysoitavaksi hämmästyin työntekijöiden huolellista ja runsassanaista vastaamista. Osoittamani tila avokysymysten jälkeen ei usealle työntekijälle riittänyt; he täydensivät vastaustaan sivujen reunaan tai viimeiselle sivulle kohtaan ”vapaa sana tutkijalle”. Kysymysten lopussa esitettyyn kohtaan ”muuta huomioitavaa” ei niinkään vastattu. Samoin jäi suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” useimmiten rengastamatta. Työntekijöiden palautteissa esitetään jonkun verran kritiikkiä lomakkeen rakenteesta. Työntekijät viittaavat tiedon pinnallisuuteen, jota kyselyllä saadaan. Sain palautetta myös siitä, että kaikki eivät käsittäneet kysymysten tarkoitusta.

*“... jotkut kysymykset olivat niin samantyyppisiä, että pani kauheesti mietityttämään, miten tuohon vastaisi, olisi halunnut selittää kysymyksiä tarkemmin” (9/98), ”avokysymykset vaikeita käsittää, osin käsittää tutkijaa ja lisäksi raskaita vastattavia” (4/98), ”suljettujen kysymysten osalta kysymykset sellaisia, joihin vaikea vastata, sillä toiselle asukkaalle se passasi, toiselle ei tai oli päinvastainen, kohtaan tunteista puhuminen, tunteiden osoittaminen oli hankala vastata pelkästään rengastamalla (3/98),” laajoja kysymyksiä, jos kaikkiin olisi vastannut kysymysten edellyttämällä tarkkuudella, olisi näistä voinut koota pienen kirjasen” (2/98).*

Vastausajankohdasta ja vastaamisesta työntekijät kommentoivat seuraavasti:

*“... veipäs tämä aikaa, vaikka nopsa olinkin, oli älyttömän tuttuja asioita, kumppani tuossa vieressä ei alkanut koko tehtävään”, “pyydän anteeksi, että ajatus töksähtelee, täytän tätä yöllä”, ajanpuute paistaa vastauksista, kiire, kiire kuvottaa”, “ei ollut oikein rauhallista paikkaa, missä kirjoitella (5/98), “kun vastasi näihin*

*kysymyksiin, joutui pohtimaan omia näkemyksiä ja työskentelyään, oli opintojen kertausta”, “aiomme käyttää vastauksia omatoimisessa työnohjauksessa”, “mielenkiintoinen näkökulma verrata nais- ja miesasukkaita, miten ohjaan heitä kuntoutuksessa, ohjaanko erilailla, eipä ole tullut ajatelleeksi (7/98).*

Työntekijät (12/98) esittävät myös myönteisiä kommentteja liittyen kyselyn sisältöön ja kyselylomakkeen toimittamiseen:

*“...tutkit tärkeää asiaa”, “laajalti hyviä ja mielenkiintoisia kysymyksiä”, “kysymykset tarkkaan mietittyjä, ei tusinatavaraa”, “hyvä oli, kun toit itse lomakkeet, sai vaihtaa ajatuksia kyselyyn liittyen”, “oli kiva nähdä itse tutkija, odotamme innolla tuloksia”.*

Kyselyn rukkaaminen nykyiseen muotoonsa oli työlästä. Minulla oli metodii-kan soveltamisen vaikeuksia mutta myös vaikeuksia rakentaa lomake vastaamaan mielenterveyskuntoutuksen monimuotoisuutta. Suljetuista kysymyksistä arvelen muodostuneen hiomisesta huolimatta vastaajien ajattelua ohjailevia ja osa saattoi olla epäselvästi esitetty. Olen kuitenkin kysynyt avokysymyksissä samoja asioita, kuin suljetuissa kysymyksissä, jolloin vastaajat ovat voineet tarkentaa omaa ymmärrystään ja ajatteluaan.

Minulla oli vaikeuksia myös omassa asennoitumisessani kyselymuotoiseen aineistonkeruun menetelmään. Tutkijana haluan ennemmin olla tekemissä kasvokkain tiedonantajien kanssa kuin kohdata heidät anonyymeinä. Olin iloinen ratkaisustani viedä lomakkeet henkilökohtaisesti suureen osaan tutkimuksessa mukana olevista hoito- ja palvelukodeista. Niiden työntekijöiden tavoittaminen maanlaajuisesti olisi ollut muulla aineistonkeruumenetelmällä yksin tutkimusta suorittavalle tutkijalle päätoiminen tehtävä. Nyt tein tutkimusta oman työni ohella. Huolimatta kyselyn edullisuudesta ja nopeudesta olen käyttänyt huomattavan paljon aikaa ja taloudellisia resursseja aineiston keräämiseen. Huolellisen työn tekemiseen ei tinkimisellä ole kuitenkaan ollut sijaa.

Keräsin aineiston hoito- ja palvelukotien työntekijöiltä samansuuntaisen teemoituksen mukaisesti, kuin edellisessä tutkimusvaiheessa. Aineiston keräämisen menetelmä ja tiedonantajat vain vaihtuivat. Hoito- ja palvelukotien asukkaille ja työntekijöille suoritettujen tutkimusten tulokset ovat samansuuntaiset, mutta joihinkin kyselyn avo- ja suljettuihin kysymyksiin saatujen vastausten välillä on ristiriitaa. Itsestä tai omasta toiminnasta annettava kuva on usein erilainen kuin toisesta tai tämän toiminnasta annettu kuva. Toista arvioitaessa jo sairaanhoitajakoulutuksessa korostetaan huomion kiinnittämistä asiakkaan ulkoiseen käyttäytymiseen. Itseä arvioitaessa huomio kiinnittyy ulkoista käyttäytymistä enemmän sisäiseen tilaan, kokemukseen. Tämä kokemuksellinen ”toiseus”, toisen ihmisen ainutlaatuisuus ja asiantuntijuus omassa asiassa, voitaisi ottaa sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa tukevammin tarkasteluun niin filosofisena kuin kasvatusteollisena peruskysymyksenä. Tämä edistäisi vuoropuhelun merkityksen ymmärtämistä ihmissuhdetyössä. Hoito- ja palvelukotiyrittäjät voisivat myös koota voimansa ja osaamisensa. Tämä turvaisi vuoropuhelun ja yhteistoiminnan koko mie-

lenterveyskuntoutuksen kentän kanssa nykyistä paremmin. Vuoropuheluun he tarvitsevat myös niiden asukkaat, jotka kuntoutujataipaleellaan ovat ripustautuneet yhteen jos toiseen hoito- tai kuntoutusorganisaatioon.

Olen kuvannut mielenterveyskuntoutuksen teoreettisia suuntauksia, joiden välillä olen pyrkinyt osoittamaan yhteneväisyyksiä ja eroja. Olen kuvannut sosiaalisen oppimisen ohjelmaa ja yhteisöllistä yhteisöä. Kirjoitin toisessa tutkimusvaiheessa portaittaisesta kuntoutuksesta, joka syntyi psykiatristen potilaiden avohoittoon ohjauksen tarpeesta ja tässä ohjauksessa sovelletusta sosiaalisen oppimisen ohjelmasta. Sitä toteutettiin maassamme laajasti 1980-luvulla. Samanaikaisesti tehtiin tutkimusta skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman puitteissa. Tulokset olivat rohkaisevia, vaikka ohjelma oli kova koulu sekä potilaille että työntekijöille. Useita potilaita siirtyi portaalta toiselle ja myös yksityisten hoito- ja palvelukotien asukkaiksi.

Moni yksityinen hoito- ja palvelukoti korostaa tavoitteissaan tai periaatteissaan yhteisöllisyyttä. Se toteutuu, kun yhteisön jäsenet ovat tiiviissä kanssakäymisessä keskenään ja ympäristön kanssa (Lehtonen 1990). Yhteenkuuluvuuden tunne, joka työntekijöiden yhteisökuvausten perusteella oli tunnistettavissa, ei yksistään riitä yhteisöllisen yhteisön tunnuspiirteiksi. Työntekijöiden kuvaus yhteisöjen ilmapiiristä oli jossain määrin ristiriitainen; toisaalta he kuvasivat yhteisöjään avoimina ja keskustelemina mutta toisaalta avoimuudesta huolimatta heidän mukaansa keskustelua oli vähän. Joidenkin asukkaiden käsitysten mukaan keskustelua käytiin ”jonkin joutavoo” – tasolla.

Yrittäjät ovat perustaneet hoito- tai palvelukotiyhteisönsä usein siitä syystä, että he ovat turhautuneet byrokratian raskauteen ja ovat siksi halunneet rakentaa jotain uutta, joka osin kumpuaa heidän omasta työkokemuksestaan. Tällaiset hoito- ja palvelukodit ovat ryhtyneet luomaan omaa yhteisörytmiään henkilökohtaisen vaikutusvallan avulla. Tässä tutkimusvaiheessa on ollut mukana yrittäjiä, jotka ovat käynnistäneet toimintansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen vauhdittamana. Jotkut yhteisöistä ovat vielä kehityksensä alkutaipaleella ja voivat sen vuoksi kokea kasvukipuja.

Tämän tutkimusvaiheen teoriaosassa olen esitellyt luonnoksen mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävästä (Kaavio 18). Sitä kannattavat ohjaavan kuntoutuksen neljä ohjenuoraa. Olen pyrkinyt syventämään ohjaavan kuntoutuksen -käsitteen teoreettista perustaa laittamalla se ”keskustelemaan” tutkimusraportissa käyttämäni poikkitieteellisen teorian ja keräämäni empiirisen aineiston kanssa.

Työntekijät kuvasivat asukkaiden oppimista merkittävänä tavoitteena kuntoutumisen prosessissa. Luokittelin oppimiskategorian vielä kolmeen erilliseen luokkaan, joilla voin osoittaa, millä alueilla työntekijät asukkaiden kuntoutumisen oppimista painottivat (Taulukko 26.). Tämän luokittelun avulla voin osoittaa eroja työntekijöiden ja asukkaiden käsitysten välillä (Taulukko 27.). Asukkaat viestivät vähäisellä vaikuttamisen mahdollisuudellaan tarvetta oman äänen kuulemisesta nykyistä enemmän ja sitä kautta tarvetta itsearvostuksen kohoamiseen. Tässä tutkimusvaiheessa on saatu myös asukkaan ääni kuuluviin, sillä merkittävänä tulok-

sena voidaan pitää sitä, että asettuessaan asukkaiden asemaan työntekijöiden vastaukset olivat asukkaiden vastausten kanssa samansuuntaisia kuntoutumisen kannalta tärkeinä pidettävien asioiden suhteen.

Tuloksena tämä asukkaiden äänen kuuleminen tukee rakentamani ohjaavan kuntoutuksen ideaa. Sen pohjalta esitän yksityisten hoito- ja palvelukotien kuntoutustyöntekijöiden pohdittavaksi mm. kuntoutuksen painopisteen paikkaa. Tulosten mukaan se asettuu kuntoutujan elämisen taitojen opetusharjoitteluun supervision-tyyppisenä ohjauksena. Kuntoutujien vastausten mukaan oppimisen ja kehittymisen kannalta oikeampi paikka olisi sosiaalisen ja kommunikatiivisen toiminnan painottamisessa guidance- ja counselling-tyyppisenä ohjauksena. Esitän myös yksilöllisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen tutkimista kokemuksellisenä tilana ja sen pohtimista, millainen ohjaus edistää kuntoutumista yhteisöissä, joiden asukkaina on useita ”veteraanikuntoutujia”?

Mahdollisesti kriittisten tapahtumien tunnistaminen ja osoittaminen mielen kuntoutujan kokemusmaailmassa ja niiden yhteisöllinen kohtaaminen ja käsitteleminen edistäisivät koko yhteisön oppimista. Näitä kriittisiä tapahtumia voitaisi houkutella esiin esimerkiksi hoito- tai palvelukotiyhteisöjen yhdessä koetuista tapahtumista, kuten retkistä, virkistystapahtumista, työtoiminnasta, TV:n katselusta tai muusta yhteisestä kokemuksesta. Tutussa ympäristössä on turvallista käsitellä kuntoutujalle merkityksellisiä asioita paljastamatta niistä kuitenkaan kaikkea. Samalla rohkaistaan mielen kuntoutujaa oman vaikutusvaltansa käyttämiseen.

Työntekijät kuvasivat kuntoutustyötään ohjaavia periaatteita henkisinä välineinä. Periaatteet ovat kooste 98 työntekijän työn kuvauksesta, jotka myös vahvistavat ja täsmentävät ohjaavan kuntoutuksen ideaa. Yhteisöissä voitaisi pohtia, millainen vaikutus kokemuksen merkityksen ymmärtämisellä ja tulkinnalla saattaisi olla kuntoutumisen ohjaamisessa. Työntekijöiden esittämissä ”henkisissä välineissä” sitä ei mainittu. Kriittisten tapahtumien käsittelyn ohella hoito- ja palvelukodeissa voitaisi myös kokeilla kuntoutujien henkilökohtaisten ohjaus- ja oppimissopimusten laatimista ja arvioimista vertaistuen voimin. Näin toimimalla voitaisi mahdollisesti laukaista yhteisöjen jännittyneitä tai lukkiintuneita tilanteita, jotka syntyvät usean huonokuntoisen asukkaan yhtäaikaista huomion tarpeesta. Tulosten mukainen työntekijöiden tapa tehdä ohjauksellisia interventioita supervisi-on-tyyppisesti selittyy mielestäni osaksi juuri sillä, että oppimisen kohde painottuu päivittäisten elämisentoimintojen opetusharjoitteluun varsin huonokuntoisten asukkaiden kanssa.



## **Osa III**

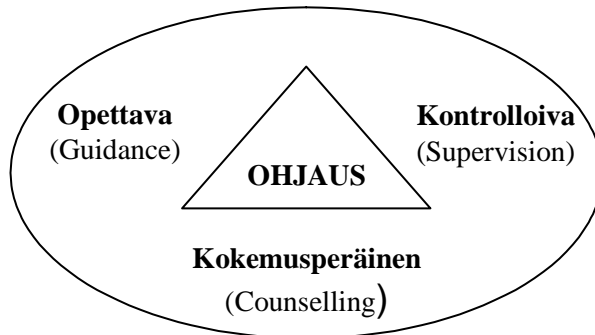
### **COLLA PARTE – ÄÄNEN MUKANA**





## 9 Ohjaava kuntoutus -käsitteen teoreettinen synteesi

Ohjaava kuntoutus -käsitteen empiirinen ja teoreettinen rakentaminen alkoi tämän tutkimuksen ensimmäisessä tutkimusvaiheessa, jossa ryhdyin täsmentämään ja laajentamaan ohjauksen käsitettä ensin hoitotyön ja sitten tutkimusprojektin edessä mielenterveyskuntoutuksen konteksteissa. Ohjaus-käsitteen induktiivis-deduktiivinen analyysi tuotti käsitteet kokemusperäinen (counselling), opettava (guidance) ja kontrolloiva ohjaus (supervision). Ohjauksen ulottuvuuksina ne kuvaavat sosiaalista toimintaa erilaisista lähtökohdista (Kaavio 19).



Kaavio 19. Ohjauksen kolmiulotteisuus

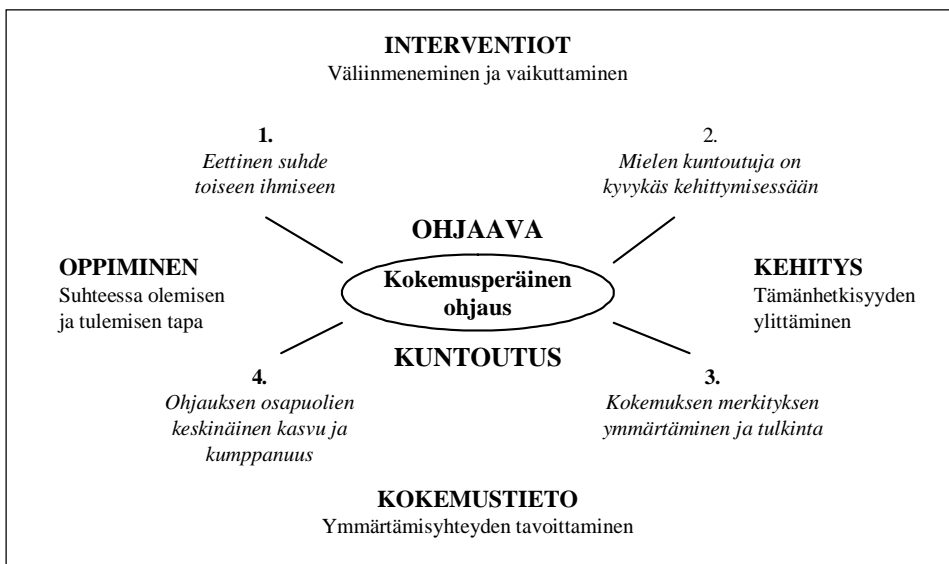
Ensimmäisen tutkimusvaiheen tiedonantajat, sairaalahoidossa olevat potilaat, käsittivät ohjauksen counselling- ja guidance-tyyppisenä. Kokemusperäisessä ohjauksessa (counselling) on kysymys ihmisten välisestä auttamissuhteesta, jonka lähtökohta on toisen ihmisen kunnioittamisessa. Toinen on minä-sinä-suhteessa enemmän kuin sinä, toinen on ”Te”. Toinen on ensimmäinen. Tällä Levinas (1996) tarkoittaa irtautumista olemisen kysymyksestä. Ohjauksessa se merkitsee ainutlaatuisen ihmisen oma-aikaisuuden, kontekstin ja transsendenssin tavoittamista, menemistä hänen essenssinsä tuolle puolen. Ihminen kohdataan kokonaisuutena, joka muodostuu eri olemuspuolien yhtäaikaisesta olemassaolosta inhimillisessä olemisen ja tulemisen prosessissa (mm. Rauhala 1983 ja Parse 1981).

Kokemusperäisen ohjauksen auttamissuhdeluonnetta kuvaavat seuraavat suhdelauseet:

**Kokemusperäinen ohjaus = counselling**

- syntyy induktiivisesti asiakkaan tilanteesta
- on *interventiivinen* tutkimisen ja löytämisen prosessi
- ohjaus on kiinnostumista asiakkaan *arkikokemuksista*
- työntekijä sopii antavansa aikaa ja huomiota asiakkaalle
- ohjaus on kysymistä ja vastaamista ohjauksen osapuolien välillä
- ohjaus edistää asiakkaan *terveyskokemuksen* merkityksen ymmärtämistä
- ohjaus edistää työntekijän ja asiakkaan välisen ymmärtämissyhteyden syntymistä
- ymmärretyksi tuleminen edellyttää kokemusperäistä ohjauksellista *interventiota*
- spontaani ohjaus voi johtaa *oppimiseen*, jota ei osata odottaa ja joka tuottaa iloa
- ohjaus edistää ihmisen *kehittymistä* eri alueilla

Ohjaava kuntoutus -käsitteen ottaminen käyttöön tässä tutkimuksessa on tapahtunut ohjauksen käsitteen täsmentämisen jälkeen toisen tutkimusvaiheen aikana. Tutkimuksen alkusoitossa nimitän kuntoutumisen ohjausta työnimellä ”ohjaava kuntoutus”. Sen teoreettisen viitekehyksen (Kaaviot 3. ja 18.) olen rakentanut kokemusperäisen ohjauksen ilmiöön liittyvien keskeisten käsitteiden interventio, oppiminen, kehitys ja kokemustieto, keskinäisestä suhteesta, jota kannattavat neljä ohjenuoraa; 1. eettinen suhde toiseen ihmiseen, 2. mielen kuntoutuja on kyvykäs kehittymisessään, 3. kokemuksen merkityksen ymmärtäminen ja tulkinta ja 4. ohjauksen osapuolien keskinäinen kasvu ja kumppanuus. (Kaavio 20. Kokemusperäisen ohjauksen suhde ohjaavaan kuntoutukseen).



Kaavio 20. *Kokemusperäisen ohjauksen suhde ohjaavaan kuntoutukseen*

Ajatukseni ohjauksen kolmiulotteisuudesta on samansuuntainen Peavyn (1999) kanssa. Hän kuvaa ohjauksen kolmiulotteisesti konstruktivistisena ja sosiaalisena toimintana korostaen auttavan sosiaalisen toiminnan merkitystä ihmissuhdetyössä:

- opettava sosiaalinen toiminta (guidance)
- säätelyyn tai rajoittamiseen pyrkivä sosiaalinen toiminta (supervision) ja
- auttava sosiaalinen toiminta (counselling).

Peavy (1999, 16) on kirjoittanut ohjauksesta sellaisille ohjaajille, jotka ”etsivät uudenlaista otetta ohjaukseen: sellaista, joka on vapautettu positivismista ja joka kunnioittaa sekä ihmisen henkeä että elämäkokemuksesta saatua tietoa”. Toivon, että olen voinut luoda ohjaavan kuntoutuksen ideasta Peavy’n ajatusten mukaisesti uudenlaista toimintatapaa mielenterveyskuntoutukseen.

Ohjaavassa kuntoutuksessa työntekijä tekee aloitteen ohjauksellisella interventiolla päinvastoin, kuin perinteisesti mielenterveyskuntoutuksessa ajatellaan kuntoutujan olevan oma-aloitteinen. Työntekijän intervention tarkoitus on tavoittaa mielen kuntoutujien ääni, mitä he tiedonantajina tämän tutkimuksen eri tutkimusvaiheissa toivoivat. Tutkimukseni tulokset puhuvat kuitenkin mielenterveyskuntoutuksen teorian historian äänellä; taitojen ja työn oppimisen sekä ruumiin ja terveyden äänen puolesta – vähän ihmissuhteiden, rakkauden, läheisyyden ja yhteisyyden äänen puolesta – eivätkä juurikaan hengellisyys, leikin, maailmankuvan tai mysteerien äänen puolesta (vrt. Peavy 1999, 45).

Luottaen mielen kuntoutujan kyvykkyyteen oppia ja kehittyä olen osunut mitä ilmeisemmin oikeille jäljille, ”toisen jäljille” (Levinas 1996, 114–115). Ohjaavassa kuntoutuksessa ”toisen jälki” merkitsee vastaamista mielen kuntoutujan ”kutsuun” kuulla hänen kokemuksiaan, kuulla hänen menneestään ja elämisen suunnitelmistaan. Vastaamisen merkitsevyys on ”jäljen merkitsevyyttä” (Levinas 1996). Se mahdollistaa kuntoutujan kokemustiedon rakentamisen hänen mielikuvistaan, kuvitelmistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan. Se mahdollistaa kuntoutujan kokemusten ymmärtämisen, tulkinnan ja kuntoutumisessa kehittämisen.

Ohjaavaan kuntoutukseen sisältyy luonnollisena osana yllätyksellisyyttä, tämänhetkisyyden ylittämistä, sattumanvaraisuutta, mielikuvituksellisuutta ja spontaania toimintaa, sillä ne vapauttavat ohjelmallisuudesta. Mielen kuntoutujan ääni verhoutui tämän tutkimuksen tulosten mukaan joissakin kodeissa ”kaapuun”, kuten hiljaisuuteen, pelkoon, jännittämiseen, sekasortoon, vastustukseen, väsymykseen tai yksinäisyyteen mahdollisesti uomautuneen työtoiminnan ja päiväjärjestyksen ansiosta. Tämän ”kaavun” kuntoutajat mielellään heittävät työntekijöiden hartijoille, joille se jättää samoin väsymyksen ja taantumuksen merkit. Ohjaavassa kuntoutuksessa työntekijältä edellytetään kykyä ja rohkeutta tunnistaa ihmisen työtoiminnassa ilmeneviä jännitteitä tai ristiriitoja (Engeström 1995) ja ymmärtää siinä myös omaa käyttäytymistään ja tunteitaan (containing ja mirroring). Työntekijän oma avoimuus vapauttaa hänet kuntoutujien elämäntilanteiden ja toiminnallisten suhteiden aistimiseen, intuitioon.

Etiikassa intuitio, sisäinen ”näkökyky” merkitsee moraalisten tekojen tai periaatteiden perustumista välittömään varmuuteen vailla todistettavuutta (mm. Goldberg 1985, Nurminen 2000, 20). Mielen kuntoutujat ilmaisivat tutkimuksessani, että työntekijät huomaavat herkästi heidän terveydentilojensa muutokset. Mutta kykenevätkö työntekijät aistimaan myös mielen kuntoutujien ”Haluamisia” eli heidän asettumisiaan suhteeseen sellaisen kanssa, mikä ei ole ajateltavissa olevaa? Miten paljon kuntoutuksessa lieneekään tilanteita, joita on vaikea käsitellä tai hyväksyä ilman järjellisiä selityksiä? Miten paljon siinä edellytetäänkään kuntoutustyöntekijöiltä läsnä olevan ja kokemuksen ulkopuolella olevan merkitsevyyden oivaltamista? Transendentin merkitsevyys ei tuo transendenssia immanenttiin järjestykseen (Levinas 1996, 114–115), niin kuin rationaalinen ihminen toivoisi elämän kulkevan. Kokemuksen ulkopuolella oleva mielellään ”taivutetaan” läsnä olevaksi.

Tutkimuksen tiedonantajat kuvasivat useassa yhteydessä tukevana ja auttavansa toisiaan. Ohjaukseen sisältyy sen auttamissuhdeluonteesta johtuen toisesta ihmisestä välittäminen, toivon kannattaminen ja rohkaiseminen (Peplau 1964). Välittäminen tarkoittaa arvostamista, toisesta huolenpitämistä ja toisen tukemista. Se on perusauttamista (holding) ja vastuullisuutta toisesta äärettömyyteen asti (Levinas 1996, 112). Ääretön ei tässä yhteydessä ole kuitenkaan äärettömän idean synonyymi, rajattomasti kasvava suure. Levinas tarkoittaa sillä ”Haluamista”, eli ajattelemista enemmän kuin tavallisesti ajatellaan. Haluaminen on asettumista suhteeseen sen kanssa, mikä ei ole ajateltavissa siten, että sen asema ei-ajateltavissa olevana voidaan taata.

Hoidossa ja kuntoutuksessa huolenpito on perusarvo. Se on olemista toisen kanssa, aitoa, viipyvää läsnäoloa ja kumppanuutta (Buber 1993). Huolenpitosuhteena ohjaus sallii toisen olla ”omassaan” ilman kohteen rasitetta, sellaisena, mikä ei vielä näyttäydy kenellekään (Levinas 1996, 14–16). Jotain on, mutta sitä ei voi ottaa haltuun minkään tietoisien merkityksen avulla. Tämä on mielen kuntoutujan ohjauksessa ainutlaatuista. Siinä kuntoutuja pyritään tavoittamaan itsensä sitomatta häntä tai hänen toimintaansa mihinkään tietoiseen systeemiin tai malliin. Ihmisten välinen ohjaussuhde voi olla olemassa muutenkin kuin kokemuksen tai syntetisoivan tiedon yhteytenä. Se voi näyttäytyä läheisyytenä ja kasvokkain oloina. Kasvot symboloivat Levinasin filosofiassa abstraktia alastomuutta, paljaaksi riisumista kulttuurisista koristeista. Eettinen vastuu toisesta ihmisestä tässä mielessä merkitsee, että ”minä” toisesta vastuullisena ihmisenä ei voi riisua vastuutaan toisesta (emt. 112).

Tässä tutkimuksessa olen kuullut mielen kuntoutujia, joista suuri joukko toivoo kuntoutumisen ohjauksen toteutuvan counselling-tyyppisenä kokemusperäisenä ohjauksena. Tutkimuksen tulokset ja ohjauksen teoreettinen katsaus ovat ohjanneet minua pitämään kiinni ohjauksellisista interventioista, jotka elävät ja muuntuvat kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välisessä kumppanuudessa, mutta joiden suhteen kuntoutustyöntekijä saa antaa itselleen luvan olla aloitteentekijä ja malli. Näin hän riisuu asiantuntijan ”myyttinaamionsa” ja voi asettua ”kasvokkain” kuntoutujiensa eteen. Näin hän kuntoutujien kumppanina houkuttelee heitä yksinäisyydestä yhteisöön ja edistää hoito- ja palvelukotiyhteisöjen kehittymistä yhteisöllisyydessä.

Olen pyrkinyt luomaan ohjaavasta kuntoutuksesta sekä teoreettisen ajattelun apuvälineen että käytännöllisen työvälineen kuntoutumisen ohjaamiseen. Nyt olen valmis määrittelemään tämän käsitteen:

Ohjaavalla kuntoutuksella tarkoitetaan kokemusperäiseen ohjaukseen (counselling) perustuvaa, asiakkaan kuntoutumista tukevaa ja edistävää, sosiaalista ja kommunikatiivista toimintaa. Kuntoutumisen ohjaaja on asiakkaan kumppani, joka tuntee eettistä vastuuta asiakkaastaan. Hän luottaa asiakkaansa asiantuntemukseen ja kehittymiseen. Hän tekee ohjauksellisia interventioita tunnistaakseen ja hyödyntääkseen asiakkaansa voimavaroja ja osoittaakseen hänen oppimistaan. Hän auttaa asiakasta vahvistumaan ja voimaantumaa. Kokemusperäisen ohjauksen ja kokemustiedon myötä kuntoutumisen ohjaaja myös itse kasvaa ja kehittyy.



## 10 Tutkimuksen tiedonantajien äänten mukaiset tulokset

Nelivaiheinen tutkimusmatkani, ”*Miten ohjata mielen kuntoutujaa*” on loppusuoralla. Olen saanut vastauksia, mutta myös lisää kysymyksiä tutkimuskysymyksiini 1) *mitä mielen kuntoutujan ohjaus on*, 2) *miksi se toteutuu hoito- tai palvelukodissa niin kuin se toteutuu ja* 3) *miten ja millä kuntoutumisen alueilla ohjausta tulee erityisesti kehittää*. Olen tulkinnut tiedonantajien ääniä Pietilän (1976, 252–253) kuvaaman kielellisen ilmaisun käyttötarkoituksen mukaisesti; olen ilmaissut suoraan tiedonantajien tunteita ja ajatuksia sekä yrittänyt tutkimuksellani edistää omia tai edustamieni ryhmien pyrkimyksiä. Tässä tutkimuksessa edustamiani ryhmiä ovat mielen kuntoutajat ja heidän kuntoutumisensa ohjaajat.

Esitän ensin tutkimuksen keskeiset tulokset tiedonantajien äänten mukaisesti. Kuvaan, miten mielenterveyskuntoutuksen orkesteri säestää sen solistia, mielen kuntoutujaa. Orkesteri solisteineen muodostuu tutkimuksen tiedonantajista ja muista mielenterveyskuntoutuksen parissa toimivista vaikuttajista. Tulosten pohjalta esitän suosituksia mielen kuntoutujan ohjaustoiminnan kehittämiseksi ohjaavan kuntoutuksen suuntaan.

**Ensimmäinen tutkimusvaihe** perustui potilaan ohjauksen ilmiön tarkastelemiseen sairaalahoidossa olevien potilaiden kokemana. Potilaat käsittivät ohjauksen ohjannan teorian suuntaisesti counselling- ja guidance-tyyppisenä painottuen ihmisen situaationaaliseen olemassaoloon. Supervision-tyyppisestä, kontrolliin silmälläpitoon ja valvontaan viittaavasta ohjauksesta, ei tähän osatutkimukseen osallistuneilla psykiatrisilla potilailla ollut kokemusta. Ohjaus toteutui potilaiden kokemana vuorovaikutuksessa omahoitajan kanssa, joka ohjasi heitä toiminnallisuuteen ja vastuulliseen omaan hoitoon osallistumiseen. Ohjauskeskustelut painottuivat potilaiden elämän kaoottisuuden jäsentämiseen. He halusivat keskustella hoitajien kanssa enemmän hoidon alussa ja lopussa käsitelläkseen tunteitaan ja elämäntilannettaan. He halusivat ohjausta, joka on ominaisuuksiltaan counselling-tyyppistä.

Potilaiden itsehoitokykyisyyttä edisti heidän käsityksensä mukaan ohjauksen inhimillisuus ja hoitajien kiireettömyys, potilaan kohtaaminen yksilönä ja hoitoyksikön turvallinen ja hoitajien kanssa keskustelun mahdollistava ilmapiiri. Ne antoivat voimaa ja virkistivät mielialaa. Potilaat kuvasivat voimavaroikseen osallistumisen erilaisiin aktiviteetteihin, hengellisyyden, kokemuksen terveydentilan muutoksesta parempaan suuntaan, itsensä löytämisen ja rohkeuden lisääntymisen.

Käsitystäni potilaan ohjauksesta kuvaan potilaiden äänten mukaisesti toiveena heidän ohjaajilleen:

*Hyvä potilaan ohjaaja!*

- *Keskustele kanssani ja kuuntele minua omassa asiassani, niin vapautat minut oppimaan itseni hoitamista!*
- *Kuuntelemalla minua lisäät luottamustani sinuun ja toimintaasi kohtaan.*
- *Keskustele kanssani enemmän hoidon alussa ja lopussa, jotta voin vapautua peloiltani tai jännittämisiltäni ilmaisemaan ajatuksiani ja tunteitani!*

**Toinen tutkimusvaihe** perustui kuntoutumisen ohjauksen havainnoimiseen eräässä kuntoutumiskodissa ihmisen työtoiminnan rakennemallin näkökulmasta sekä yksityisen mielenterveyspalvelujen tuottajan kohde- ja teorianhistoriallisen kehityksen analyysiin. Olin kiinnostunut siitä, mitä kuntoutumiskodissa tapahtuu, millainen on yhdistyksen kohde- ja teorianhistoria ja millaisia jännitteitä tai ristiriitoja työtoiminnan eri osatekijöiden välillä on mahdollisesti tunnistettavissa.

Kokoamani aineiston pyrin rakentamaan sellaiseksi, että se toimisi vertailuperustana tutkimusprojektin seuraavissa tutkimusvaiheissa. Olen kuvannut taulukossa 6 (Liite 1) kuntoutumiskodin arjen työtoiminnassa havaitsemiani voimavaroja ja ongelmia, jotka olen luokitellut 1) aamuuskareisiin, 2) ruokailutilanteisiin, 3) keskinäiseen vuorovaikutukseen ja 4) työhön ja vapaa-aikaan peilaten niitä ihmisen työtoiminnan rakennemalliin.

Asukkaat vaikuttivat noudattavan kykyjensä mukaisesti tavoitteellista päiväohjelmaansa. Osa heistä kävi kodin ulkopuolella päivätoiminnassa, mutta osa lähti vain suorittamaan pakollisia tehtäviä joko oman edun tai työn vuoksi. Liikkeelle lähtemiseen he tarvitsivat työntekijän apua. Päivätoiminta oli heidän mielestään mielekästä ilman pakon tunnetta, kun sen voi suunnitella mahdollisimman pitkälle itse ja vastata tuloksista.

Asukkaiden ruokailutilanteet vaikuttivat jännittyneiltä. He elivät yhdessä mutta yksin eristäytyen huoneisiinsa, pitäen kiinni yksityisyydestään ja samalla kunnioittaen toistensa yksityisyyttä. Asukkaat kokivat asumisen ja elämisen kuntoutumiskodissa toisaalta turvallisena, toisaalta he saattoivat kokea turvallisuutta turvattomuudessa ja vapautta rajoitusten ja sääntöjen viidakossa. Yhteisyys ilmeni ohjelmallisena ”hiljaisena sopimuksena”. Työntekijä pyrki helpottamaan asukkaiden keskeistä kanssakäymistä.



Palvelujen tuottajan historiassa 1983–1993 oli tunnistettavissa kolme selvästi toisistaan erotettavaa ajanjaksoa.

I Omaiset tienraivaajina, vuodet 1983–1985

II Toiminnan ammatillistuminen, kuntoutuksesta kuntoutumiseen, vuodet 1985–1987

III Toiminnan rakenteellinen laajeneminen, vuodet 1987–1993

Kuntoutumiskodissa havaitsemani työtoiminta oli ristiriidassa mielenterveyskuntoutuksen teorian historian, kuntoutujan sosiaalisuuteen ja oma-aloitteisuuteen ohjaamisen, kanssa. Asukkaat vaikuttivat työskentelevän muodollisesti ja ohjelmoidusti osoittaakseen toimivansa kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Jännittämisestä vapaata sosiaalista kanssakäymistä en havainnut. Asukkaiden yksityisyys korostui sääntönä kuntoutumisen tavoitetta, yhteisöllisyyteen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen kasvamista enemmän. Työntekijän usko mielen kuntoutujien omaehtoisuudesta (julkiteorian henkinen työväline) oli ristiriidassa asukkaiden vapaa-ajan toimeentulon ja passiivisuuden kanssa, jota yhteisössä oli havaittavissa (käyttöteoria).

Kuvaukseni kuntoutumiskodin asukkaiden äänistä perustuu tulkintaani havainnoista, haastatteluista ja kohde- ja teorianhistoriallisesta analyysistä.

*Hyvä kuntoutumiseni ohjaaja!*

- *Vietä enemmän aikaa kanssani, etten kokisi oloani niin yksinäiseksi!*
- *Tuo mukanasasi toiset kuntoutujat, niin saan myös heiltä uutta ajateltavaa ja uusia toimintatapoja!*
- *Keskustele minun ja asuintovereideni kanssa yksilöllisistä ja yhteisöllisistä kokemuksista ja tunteista, jotka liittyvät täällä asumiseen, terveystilaan ja kuntoutumiseen!*
- *Ole täysillä mukana jakaen myös omia kokemuksiasi malliksi kokemisesta!*
- *Ohjaa ja rohkaise minua spontaaniin toimintaan, jotta voisin huomata, että oppiminen on arjesta selviytymistä, ja siitä nauttimista!*

**II tutkimusvaihe** perustui kuntoutumisen ohjauksen kriittiseen tarkasteluun yksityisten mielenterveystyön hoito- ja palvelukotien asukkaiden kokemusten pohjalta. Pyrin ymmärtämään ja tulkitsemaan asukkaiden käsityksiä ja kokemuksia heidän terveystavoitteistaan, menetelmistä, joilla tavoitteisiin pyritään ja tavoitteiden ja menetelmien välisistä suhteista heidän omien merkityksenantojensa näkökulmasta.

Asukkaat tulivat hoito- ja palvelukoteihin pääsääntöisesti sairaaloista, naisasukkaat kuntoutumaan ja itsenäistymään ja miesasukkaat saamaan hoitoa ja palvelua tai asumaan kodissa pysyvästi. Valtaosa asukkaista koki terveydentilansa kohenneen ja sosiaalinen kanssakäyminen oli heidän mielestään merkittävin oppimisen alue. Huolimatta kohenneesta terveydentilasta työnteko koettiin ajoittain raskaana.

Asukkaat toivoivat sairaalapotilaiden lailla (I tutkimusvaihe) voivansa enemmän keskustella terveyskokemuksistaan työntekijöiden kanssa. Osa naisasukkaista ei sitä kuitenkaan uskaltanut tehdä peläten poisjoutumista hoito- tai palvelukodista, mikäli heidän kokemansa huonokuntoisuutensa paljastuu. Miesasukkaat sen sijaan rohkenivat ilmaista huonovointisuutensa näkyvästi. Terveysuhkina naisasukkaat kokivat yhteisössä tapahtuvan riitelyn, joka aiheutti heille mielipahaa. Miesasukkaiden terveyttä uhkasi yksinäisyyden, fyysisen ja psyykkisen terveyden huononemisen ja toimettomuuden lisääntymisen pelko.

Asukkaat kokivat hoitokotiyhteisöt terveydelle merkityksellisinä ja itselle tärkeiden ihmisten kotina, joka tuen antamisen ja saamisen suhteen oli toiminnallinen. Yhteisöt kuvattiin isona perheenä, jonka ilmapiiri vaihteli rauhallisesta riitisaan. Kodin päiväjärjestystä kuvattiin säännönmukaisesti toistuvina ja osallistumiseen velvoittavina ruokailutilanteina ja yksilö- ja ryhmätöinä, jollaisena havaitsin kuntoutumiskodin arjen ilmenevän toisessa tutkimusvaiheessa. Asukkaiden käyttäytymistä säätelevät kodin ”pelisäännöt” koettiin useimmiten normatiivisina ja niiden noudattamisesta seurasi asukkaiden keskinäinen hierarkia. Asukkaiden oli mielestään ansaittava oma asema yhteisössä.

Naisasukkaat kokivat kuntoutumisen ohjauksen rohkaisevana, counselling- ja guidance-tyyppisenä. Heillä oli myönteisiä kokemuksia keskusteluista hoitajien kanssa, vaikka kaikesta ei aina rohjettukaan puhua. Keskusteltaessa yhteisön säännöistä etenkin miesasukkaat kuvasivat ohjauksen normatiivisena, supervision-tyyppisenä. Vastuun kannon asukkaat yhdistivät ilmeisesti itsearvostukseen, jonka he kokivat vähäisenä. Asukkaat tunsivat kantavansa vastuuta itsestä, miesasukkaat lisäksi myös yhteisöstä. Asukkaat toivoivat työhön koulutusta ja nykyistä vaihtelevampaa ja kehittävämpää työtä, josta maksetaan rahallinen korvaus ja miesasukkaat lisäksi enemmän vapautta.

Hoitajien ja asukkaiden roolin kuvattiin muistuttavan osittain sairaalasta siitäkin huolimatta, että työntekijöiden koettiin merkitsevän paljon asukkaille. Työnjako ja yhteistyö toteutuivat jossain määrin naisten ja miesten toinä, mutta suurin osa asukkaista kuvasi tekevänsä kaikkien kanssa yhteistyötä. Työntekijöiden koettiin kontrolloivan ja valvovan asukkaiden työntekoa ja miesasukkaiden mielestä myös heidän itsestä huolehtimista. Vapaa-aikaa asukkaat viettivät omaehtoisesti. Yhteisön yhteisiä asioita koskevien sopimusten teko tapahtui usein yhteisö- tai

aamukokouksissa. Sukulaisten kanssa oltiin jonkun verran tekemisissä. Asukkaiden käytössä oli runsas välineistö ja oma tai toisen kanssa jaettu huone. Yhteisöissä keskusteltiin asukkaiden kuvausten perusteella paljon, tosin useimmiten “*jonnin joutavoo*” -tasolla.

Hoito- ja palvelukotiyhteisöt edustivat erilaisten ihmisten toiminnallisia ja symbolisia yhteisöjä. Niissä haettiin tapoja sopia niin asukaskohtaisista kuin yhteisön yhteisistä asioista. Haastattelijoiden ja asukkaiden kuvausten mukaan yhteisöt olivat erilaisia. Niiden päivittäinen tunnelma ja ilmapiiri vaihteli, mikä asukkaiden kokemana kuvattiin ohjauksen erilaisena toteutumisenä. Asukkaiden äänten mukaan hoito- ja palvelukodeissa vallitsi sääntöjen mukainen toiminta, selkeä ja toistuva päiväjärjestys ja kotitöihin osallistumisen velvoite. Yksilöllisiä ja henkilökohtaista ohjauskeskusteluja kaivattiin.

Tulkitsen hoito- ja palvelukotien asukkaiden äänet seuraavasti toiveina kuntoutustyöntekijöille!

*Hyvä kuntoutumiseni ohjaaja!*

- *Auta minua kuntoutumaan antamalla minulle enemmän aikaasi, mutta hoida ja palvele minua myös ajoittain, sillä fyysinen ja psyykinen kuntoni edellyttävät sinun tukeasi!*
- *Huomaa, että haluaisin keskustella enemmän kahden kesken kanssasi!*
- *Ohjaa minua lisäämään omaa vaikutusvaltaani ja oman asemani vahvistamista antamalla minulle vastuuta!*
- *Ohjaa minut myös arkiaskareiden tekemistä kehittävämpään toimintaan, sillä sitä minäkin ansaitsen!*
- *Ole kanssani myös vapaa-ajallani ja auta minua löytämään ja hyödyntämään voimavarojani omaksi ja yhteisön parhaaksi!*
- *Työnteon kontrollin ja valvonnan sijasta ohjaa minua käsittelemään kokemuksiani, tunteitani, ajatuksiani ja mielikuviani esimerkiksi työstä tai vapaa-ajasta!*
- *Olet minulle hyvin tärkeä, ohjaa minua oppimaan yhteisistä kokemuksistamme!*

**IV tutkimusvaiheessa** olin kiinnostunut kuntoutumisen ohjauksesta hoito- ja palvelukotien työntekijöiden kuvaamana. Pyrin löytämään eroja ja yhtäläisyyksiä heidän ja asukkaiden käsityksissä kuntoutumisen ohjauksesta. Samalla pyrin syventämään mielenterveyskuntoutuksen kehitystehtävää, ohjaavan kuntoutuksen teoreettista perustaa.

Työntekijät kuvasivat asukkaiden tulevan hoito- tai palvelukotiin sairaalasta samansuuntaisesti asukkaiden kuvausten kanssa. Tärkein syy siirtymiselle oli kuntoutujien huono selviytyminen muualla. Työntekijät ilmaisivat kuntoutumisen tavoitteen miesasukkaita optimistisemmin; miesasukkaat tulivat työntekijöiden mukaan naisasukkaiden lailla kuntoutumaan ja itsenäistymään. Miesasukkaat kuvasivat tulevansa saamaan hoitoa ja palvelua.

Yhdensuuntaisesti asukkaiden kuvausten kanssa työntekijät ilmaisivat kuntoutumisen tavoitteeksi oppimisen ja kehittymisen. Eniten painotettiin asukkaiden itsestä huolehtimisen ja työhön tai yhteisöön liittyvän toiminnallisuuden oppimista. Tulos on ollut samansuuntainen tämän tutkimusprojektin muissa tutkimusvaiheissa. Toiseksi eniten työntekijät painottivat asukkaiden itsearvostuksen kohomiseen ja kolmanneksi emootioihin ja tulevaisuuden uskoon liittyvää oppimista ja kehittymistä (Taulukko 26).

Työntekijöiden ja asukkaiden painotuksissa kuntoutumisen tavoitteista oli eroa (Taulukko 27). Työntekijöiden vastauksissa ohjauksen painopiste oli elämisen taitojen harjoittelussa kun se asukkaiden kuvauksissa oli sosiaalisessa ja kommunikatiivisessa toiminnassa. Työntekijät kuvasivat ohjaavansa miesasukkaita naisasukkaita enemmän tekemään kotitöitä ja toiseksi eniten löytämään päivärytmin. He painottivat asukkaiden omaehtoista virkistäytymistä ja vapaa-aikaa. Suurimmat erot nais- ja miesasukkaiden ohjaamisessa liittyivät tunteista puhumiseen, tunteiden osoittamiseen ja valintojen vapaaseen tekemiseen. Miesasukkaita ohjattiin naisasukkaita vähemmän puhumaan tunteista tai ilmaisemaan niitä. Naisasukkaita ohjattiin miesasukkaita enemmän tekemään vapaasti valintoja.

Työntekijöiden vastaukset kysymykseen, mitä he arvelivat asukkaiden pitävän tärkeimpänä kuntoutumisessa, olivat asukkaiden kanssa samansuuntaiset. Sosiaalisen ja kommunikatiivisen toiminnan kuvauksen jälkeen työntekijät arvelivat asukkaiden pitävän tärkeinä päivittäisiä askareita ilmaisten ne oikeutena osallistua työntekoon. Vapaa-ajan vieton työntekijät arvelivat olevan asukkaiden mielestä kuntoutumisen kannalta kolmanneksi eniten tärkeää. Neljänneksi tärkeimpänä he esittivät asukkaiden oman vaikuttamisen lisääntymisen.

Työntekijät kuvasivat olevansa asukkaiden tukena, palkitsevansa heitä sanallisesti ja toimivansa yhdessä heidän kanssaan. Yhteistoimintaa tapahtui työntönteon yhteydessä. Muutama naistyöntekijä koki kumppanuuden osittain ”vaarallisena” yhteistyösuhteena. Yhteisöissä noudatettiin ristiriitaisesti terapeuttisen yhteisön periaatteita. Toisaalta yhteisöt kuvattiin avoimina ja keskustelevalina, toisaalta niissä käytiin kuvausten mukaan vähän keskustelua. Kuntoutustyötä ohjaavia periaatteitaan työntekijät kuvasivat ohjaavan kuntoutuksen idean suuntaisesti sillä erotuksella, että periaatteissa ei mainittu työskentelyä kuntoutujien kokemusmaailman kanssa. Niissä kuvattiin työntekijöiden halua ymmärtää asukkaita, empaattisuutta ja kuntoutujasta välittävää auttamissuhdetta.

Yhteisöjen ilmapiirin todettiin olevan terapeuttisten yhteisöjen tavoin avoin ja tasa-arvoinen. Asukkaat ilmaisivat ilmapiirin vaihtelevan rauhallisesta riittävästi. Osa työntekijöistä kuvasi päiväjärjestystä asukkaiden kuvausten lailla tiukan strukturoituna. Vajaa neljännes työntekijöistä kuvasi sitä joustavana ja vapaasti elävänä. Kotien pelisäännöt ohjasivat työntekijöiden mukaan suunnitelmallisten ryhmätöiden toteutumista (kotityöt). Säännöissä vedottiin asukkaiden yksityisyyden kunnioittamiseen, hyvään käytökseen ja asukkaiden itsestä huolehtimiseen. Tulosten mukaan sääntöjä on korostettu samansuuntaisesti kahdessa edellisessä tutkimusvaiheessa. Yhteisön yhteisiä asioita koskevien sopimusten teko tapahtui useimmiten yhteisökokouksissa asukkaiden kuvausten suuntaisesti. Niissä sovittiin kotitöiden vuorottelusta, retkistä tai muista yhteisöä koskevista asioista. Työnjako oli kuvausten mukaan selkeä.

Asuinympäristöjen kuvattiin tukevan asukkaiden kuntoutumista ja viihtyvyyttä. Kodit oli varustettu monipuolisesti. Asukkailla oli työntekijöiden mukaan mahdollisuus osallistua monenlaiseen viriketoimintaan. Työntekijöiden omat työtilat kuvattiin hyviksi tai tyydyttäväiksi. Puolella työntekijöistä oli mahdollisuus työntekijän kustannuksella saada koulutusta tai työnohjausta. Lisäksi työntekijät kuvasivat olevansa mukana monessa laatuprojektissa.

Kuntoutustyön ”pulmapaikkoina” kuvattiin asukkaiden huono terveydentila ja siitä johtuvat hankalat kohtaamistilanteet yhteisöissä, vähäinen henkilökunta, yhteistyökumppaneiden ymmärtämättömyys hoitoa ja kuntoutusta kohtaan, oma kielteinen asenne asukkaita kohtaan ja ”holhousyhteiskunnan” kehitysprojekteja vaikeuttava asenne. Ongelmia ratkottiin keskusteluiden ja konsultoinnin avulla, lisäkoulutuksella ja työnohjauksella, puuttamalla suoraan asukkaiden käyttäytymiseen ja vakuuttamalla yhteistyötahot oman työn merkittävyydestä. Työstä pidettiin, koska se oli vapaata, itsenäistä ja palkitsevaa. Työilmapiiri koettiin hyvänä ja kannustavana ja työtoverit luovina ja osaavina.

*Mielen kuntoutujan ohjaus* on yksityisissä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeissa tutkimuksen tiedonantajien äänten mukaan pääsääntöisesti kokemusperäistä (counselling) ja opettavaa (guidance). Tämä tulos osoittaa, että kuntoutumisen ohjaus toteutuu ohjauksen osapuolien kasvun palveluksessa. Toisaalta kehittyvinä pienyhteisöinä suuri osa niiden edustajista on kuvannut kodin pelisääntöjen painottumista, ei niinkään niille annettujen merkitysten tutkimista. Tulosten mukaan asukkaat kokivat ohjauksen normatiivisena, supervision-tyyppisenä, harjoittellessaan päivittäisiä elämisen taitoja.

*Mielen kuntoutujan ohjaus toteutuu* yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa kuntoutuksen teorian historian hallitsemana. Suurella osalla kuntoutustyöntekijöistä on yhä käytössä sosiaalisen oppimisen ohjelman mukaisia menetelmiä, joissa päivittäisten elämisen taitojen oppiminen ja harjoittelu ohjelmituna pienryhmätoimintana korostuu. Sosiaalisen oppimisen ohjelma on jättänyt myönteisiä jälkiä mielenterveyskuntoutukseen tehokkaana ja selkeänä portaittaisen kuntoutuksen välineenä. Kielteisenä vaikutuksena se on jättänyt säännöt, joiden noudattamista kunnioitetaan niin paljon, etteivät asukkaat eivätkä osa työntekijöistä rohkene niiden merkitystä tutkia tai kyseenalaistaa.

Kuntoutumisen ohjaus toteutuu hoito- ja palvelukodeissa lähempänä auktoritaatiivista kuin demokraattista ohjaustapaa ja lähempänä suunniteltua kuin spontaania toimintatapaa. Yhteisyys ilmenee enemmän yhteisöllisyyttä kuin yksilöllisyyttä korostavana. Tämän ymmärtää, kun vertaa hoito- ja palvelukotien toimintaa sairaalassa toteutettuun sosiaalisen oppimisen ohjelman mukaiseen potilaita yhdenmukaistavaan toimintaan. Toisaalta yhteisöllisyyden korostumista voi ymmärtää työntekijöiden haluna kohdata mielen kuntoutuja inhimillisesti ja tasavertaisesti, työntekijöiden kaipuuna yhteisöllisyyteen ja haluna vapautua sosiaalisen oppimisen ohjelmallisuutta korostavasta ajattelusta. Tulokset ovat ymmärrettäviä myös sen suhteen, että ne tukevat asukkaiden ilmaisemaa tarvetta saada enemmän äänensä kuuluville, saada yksilöllistä huomiota – etenkin, kun kodeissa asuu keskimäärin 15 terveydentilaltaan huonokuntoista aikuista mielen kuntoutujaa.

*Kuntoutumista tulee kehittää* ohjauksen tavoissa. Mielen kuntoutujat toivoivat counselling-tyyppistä ohjausta, jolla aikaisempaa paremmin tavoitetaan kuntoutujan ääni, lisätään hänen vaikutusvaltaansa ja edistetään hänen kehittymistään sosiaalisessa ja kommunikatiivisessa toiminnassa. Counselling-tyyppinen ohjaus kääntää ohjaajan katseen myös hänen omaan toimintaansa ja omaan vaikuttavuuteensa, tietoisuuteen omasta merkityksellisyydestä tai tehokkuudesta. Ojasen mukaan (2000, 142) tämä (ohjaajan) vaikuttavuuden tarkastelu on kasvatustieteessä varsin nuorta. Hän viittaa kasvatopsykologisiin tutkimuksiin, joiden mukaan opettaja, joka on tietoinen omasta vaikutusvallastaan, on työssään motivoitunut mutta samalla vähemmän kontrolloiva. Seuraavaksi esittelen suosituksia mielen kuntoutujan ohjaustoiminnan kehittämiseksi.

Suosituksia mielen kuntoutujien ohjaustoiminnan kehittämiseksi: (tarkemmat sisällöt liitteessä 11)

1. Perustetaan ohjaustoiminnan koulutus- ja palvelukeskus
2. Elämisentaitojen opetusharjoittelusta sosiaaliseen ja kommunikatiiviseen toimintaan
3. Kuntoutumisen tavoitteeksi tämänhetkisyuden ylittäminen ja siinä ilon ja nautinnon kokeminen
4. Arvotetaan mielen kuntoutujan vapaa-aika ja virkistystoiminta samanarvoiseksi päivätyön kanssa
5. Integroidaan hoito ja kuntoutus vastaamaan mielen kuntoutujan yksilöllisen ohjauksen tarvetta
6. Hoitajasta tai kuntoutustyöntekijästä kuntoutumisen ohjaaja
7. Tiedostetaan hoito- ja palvelukotiyhteisöissä asukkaiden yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden paradoksiluonne ja hyödynnetään sitä
8. Laajennetaan mielen kuntoutujan turvapiiriä
9. Ryhdytään soveltamaan ohjaavan kuntoutuksen ideaa mielen kuntoutujan kuntoutumisen tukemiseen ja kehittämiseen

## 11 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen jälkikirjoitus

Tutkimuksen osoittaminen luotettavaksi on vahvistamista ja siksi samalla tutkimusta (Kvale 1989, 73–92). Vahvistaminen kietoutuu tiedon uskottavuuden kontrolloimiseen, se on empiiristen todisteiden varmistamista ja tulkintojen vakuuttamista. Vakuuttuakseen luotettavuudesta, tulisi kysymyksiin *mitä* ja *miksi* olla vastattu ennen kysymystä *miten*. Esimerkiksi haastattelun sisältö ja tarkoitus edeltää aina menetelmää. Haastattelussa vahvistaminen sisältää jatkuvaa kysymistä tulkinnoista. Vahvistaminen on myös teoretisoimista. Se on selityksen rakentamista tutkittaville ilmiöille. Tällöin teorian sisällä tapahtuvasta vuoropuhelusta tulee keskeinen tutkimuksen luotettavuutta osoittava väline. Tässä tutkimusprojektissa olen pyrkinyt noudattamaan Kvalen (1989) ajatusta tutkimuksen luotettavuudesta etsimällä ensin vastauksia *mitä*-kysymyksiin ja sen jälkeen *miksi*- ja *miten*-kysymyksiin.

Polkinghornen mukaan (1983) fenomenologisen tutkimuksen luotettavuus riippuu sen kyvystä vakuuttaa lukijansa tulosten paikkansapitävyydestä. Mielenterveyskuntoutuksen kenttä on varsin kompleksinen ja herkästi aaltoileva. Paradoksisesti se on luovia ratkaisuja mahdollistava mutta samalla tiettyjä lainalaisuuksia ja valtavirtoja noudattava. Olen kaivannut kuntoutukseen toisin toimimista ja sen vuoksi lähtenyt sitä etsimään kasvatustieteestä. Olen kerännyt aineistoa mahdollisimman moniäänisesti laajalla alueella.

Moniäänisyydellä tarkoitan tässä yhteydessä ensinnäkin omien ja tiedonantajien näkökulmien välistä vuoropuhelua. Olen tässä tutkimuksessa yrittänyt pidätellä itseäni, etten omalla asennoitumisellani veisi pohjaa johtopäätösten uskottavuudelta. Olen pyrkinyt karsimaan tekstistä asenteelliset mielipiteeni tai tuntemukseni. Tämä on ollut vaikeaa. Arvelen, että jotain niistä on kuitenkin jäänyt tähän tutkimukseen ja lukija voi kokea ne ”poleemisena” kielenkäyttönä. Koen olevani luonteeltani alistetussa asemassa olevien puolustaja, mikä osaltaan on voinut sokeuttaa minut johtopäätöksiä vinouttavaan tulkintaan (vrt. Lehtovaara 1992, ”tutkittavat ilmiöt ovat tulkinnan kautta syntyneet ja itse tutkimustapahtuma on tulkintaa”). Kasvatustieteilijänä minua ohjaa oppimiskäsitys, jonka mukaan tieto ei ole jotain itsen ulkopuolella olevaa, vaan tieto ja totuus rakennetaan yhteistyösuhteessa asiakkaan ja ohjaajan kokemuksista (Ojanen 2000, 15). Tätä ajatusta olen pyrkinyt soveltamaan ohjaavan kuntoutuksen ideassa, jonka kehittämyksessä olen tukeutunut empiiriseen ja teoreettiseen aineistoon.

Toiseksi tarkoitan moniäänisyydellä suhdettani praktiikkaan; minun on oltava kiinni inhimillisen kokemuksen ajankohtaisuudessa, puolustettavuudessa ja luotettavuudessa. Olen pyrkinyt herättämään keskustelua kuntoutumisen ohjauksen nykytilasta etenkin tutkimuskontekstissa, mutta myös laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Olen puhunut kongresseissa, seminaareissa ja koulutustilaisuuksissa ja kirjoittanut ohjaavan kuntoutuksen puolesta (mm. Mattila 1999). Mielen kuntoutujien kanssa teen yhteistyötä toimimalla heidän yhdistyksissään tukijäsenenä. Kolmanneksi olen koennut erilaisia

tiedonantajien ääniä vertailuaineiston aikaansaamiseksi voidakseni tarjota välineitä mielenterveyskuntoutuksen laadun kehittämiseen. Neljänneksi olen osoittanut mielenterveyskuntoutuksen kvaliteetteja ja kvantiteetteja.

Tähän neljanteen kohtaan liittyy Milesin (1979) muistutus kaikkein vakavimmasta ongelmasta laadullisessa tutkimuksessa, mikä hänen mukaansa koskee analyysimenetelmien muodostamista. Olen tässä opinnäytetyössä opiskellut analyysien soveltamista fenomenografisena tulkitsevana analyysina, kohde- ja teoriahistoriallisena analyysina sekä laadullisena sisällön analyysina. Usean analyysitekniikan toteuttaminen samassa tutkimuksessa on vaikeuttanut johtopäätösten muodostamista. Toisilleen läheisistä analyysitekniikoista olen myös oppinut, sillä minun on täytynyt useaan kertaan verrata tuloksia ja niistä tekemiäni tulkintoja ja johtopäätöksiä etenkin eroavaisuuksien ja yhteneväisyyksien suhteen. Olen pyrkinyt havainnollistamaan tuloksia tiedonantajien autenttisilla vastauksilla ja muutenkin kuvaamaan menettelyäni seikkaperäisesti.

Myös Salnerin mukaan (1989, 47–71) on ihmistieteelliseen tutkimukseen kohdistettu kritiikkiä sen luotettavuuden puutteen vuoksi; kritiikissä kysytään, mikä onkaan objektiivisten tosiasioiden ja tutkijan henkilökohtaisten arvailujen suhde – ja mikä merkitys tutkimuksen luotettavuudelle on tutkijan mielivaltaisella tulosten tulkinnalla (myös Miles & Huberman 1988). Tärkeä luotettavuuden ulottuvuus on tunnistaa ne kriteerit, joiden avulla voidaan ratkaista täydentävän tiedon tarve. Olen käyttänyt triangulaatiota ”kriittisenä testinä” tutkimuksessani; olen soveltanut kuntoutuksen ja ohjauksen teoriaa poikkitieteellisestä näkökulmasta ja tulkinnut useiden eri konteksteista olevien tiedonantajien kokemuksia ja käsityksiä tehdessäni johtopäätöksiä. Kolmannessa ja neljännessä tutkimusvaiheessa olen pyrkinyt lisäksi ratkaisemaan tämän täydentävän tiedon tarpeen käyttämällä rinnakkain fenomenologian ja lempeän loogisen positivismin menetelmää tutkittavan ilmiön taakse tai juurille pääsemiseksi.

Tämän tutkimusprojektin tiedonantajat ovat sairaalasta, kuntoutumiskodeista ja hoito- ja palvelukodeista. Osa tiedonantajista on palvelujen käyttäjiä ja osa niiden tarjoajia. Yhteistä kaikille tiedonantajille on kuitenkin mielenterveyskuntoutuksen alan tuntemus, toisille kuntoutumisen ja toisille kuntoutuksen näkökulmasta. Kolmannen tutkimusvaiheen aloitin toisen osatutkimuksen ollessa vielä iduillaan. Aloitus tapahtui kartoittamalla yksityisiä mielenterveystyön hoito- ja palvelukoteja, joista minulla ei ollut paljon tietoa. Kohtasin uusia ihmisiä puhelimitse, kirjeitse ja myös kasvokkain. Minua rohkaistiin tärkeänä pidettävän tutkimuksen tekemisessä, mutta myös varoitettiin mahdollisista purkauksista ja puolustautumisista. Koettiin, että olin astunut varsin hauraalle ja herkästi reagoivalle mielenterveyskuntoutuksen maaperälle. Useiden kutsujen saaminen tulla tutustumaan hoito- ja palvelukoteihin rohkaisi jatkamaan aloittamaani tutkimusseikkailua.

Kolmatta tutkimusvaihetta pitkitti kaksi ennalta-arvaamatonta tekijää. Toinen koski hoito- ja palvelukotien löytämisen venymistä suunnitellusta puolesta vuodesta vuoteen. Toinen tutkimusprosessin viivyttäjä oli aineiston kertyminen varsin runsaaksi. Tästä seurasi laadullisen sisällön analyysin pitkittyminen lähes vuoden mittaiseksi ja samalla analyysiprosessin ja tulosten tulkittamisen vaikeutuminen.



Menetelmävalintani perustuvat filosofiseen orientoitumiseeni, fenomenologiaan. Filosofisena suuntauksena fenomenologia on problemaattinen; usein se ymmärretään vastakohtana positivistiselle tieteenfilosofialle (mm. Krause & Salo 1992) ja synonyymina laadulliselle tutkimukselle (mm. Field & Morse 1985). Kun ihmistä tutkitaan luonnon osana, on tiede metodologialtaan loogis-empirististä. Kun taas ihmistä tutkitaan ainutlaatuisena yksilönä, puhutaan ainutkertaisuutta korostavasta fenomenologisesta metodista. Fenomenologisen tutkimuksen kutsuminen laadulliseksi tuo pulmia erityisesti laadullisin menetelmin kerätyn aineiston suhteen, sillä aineisto voidaan käsitellä eri tavoin riippuen tieteen teoreettisista lähtökohdista, esimerkiksi empiristisesti tai fenomenologiseen metodiin perustuen. (mm. Varto 1992b, Krause & Salo 1992, 40–42, Åstedt-Kurki 1994, 2–7).

Kuntoutuksen filosofiassa on kysymys sitä, ”millaisia voimavaroja ihmisissä nähdään ja miten he voivat osallistua oman ongelmansa ratkaisuun” (Sariola & Ojanen 1997, 325). ”Tulevaisuudessa potilaat kieltäytyvät yhä herkemmin ottamasta vastaan ymmärtämättömän, syyllisen, uhrin tai laiskan rooleja” (emt.). Mielen-terveyskuntoutuksessa eletään aikaa, joka on tuonut muutoksen myös oppimiskäsitykseen. Mielen kuntoutuja ei ole enää opettamisen kohde, jota hän ollut sosiaalisen oppimisen ohjelmassa. Hän on kuntoutumisen ohjauksessa yhteistyökumppani, jonka inhimillinen perusoikeus on kommunikoida ympäristönsä kanssa kokemuksista ja oppia niille annettujen merkitysten kautta. Sariola ja Ojanen (1997, 325) ovat kuvanneet vaikeasti sairaan tai vammautuneen hoidon ja kuntoutuksen lähestymistapoja kahdesta ulottuvuudesta; uskona ihmisen kykyihin ja mahdollisuuksiin ja tuen ja ohjauksen tarpeena (Taulukko 30).

Taulukko 30. *Vaikeasti sairaan tai vammautuneen henkilön hoidon ja kuntoutuksen lähestymistapoja* (soveltaen Ojanen 1994, Sariola & Ojanen 1997, 325).

<b>USKO IHMISEN KYKYIHIN JA MAHDOLLISUUKSIIN</b>			
		<b>Suuri</b>	<b>Vähäinen</b>
<b>TUEN JA OHJAUKSEN TARVE</b>	<b>Suuri</b>	Ohjaava, kouluttava malli	Traditionaalinen, holhoava malli
		Ohjaavan kuntoutuksen malli	
	<b>Vähäinen</b>	Idealistinen, virikkeitä tarjoava malli	Kustodiaalinen, kontrolloiva malli

Olen sijoittanut heidän kuvamaansa taulukkoon kehittämäni ohjaavan kuntoutuksen mallin, joka asettuu idealistisen, virikkeitä tarjoavan mallin ja ohjaavan, kouluttavan mallin välille. Ohjaavan kuntoutuksen mallin mukaisesti usko ihmisen kykyihin ja kehittymiseen on suuri, mutta tuen ja ohjauksen tarve riippuu paljon kuntoutujan terveydentilasta. Välillä ohjauksen tarve on suuri, välillä vähäinen. Tilanteet ja ympäristöt vaikuttavat yksilöön ja yksilö vaikuttaa ympäristöön.

Ohjaava kuntoutus korostaa ohjauksen tapaa, miten ohjata. Siinä ohjaaja toimii joustavasti, spontaanisti ja käytännönläheisesti. Kokemusperäisessä ohjauksessa tulevaisuus rakentuu tämän hetken ylittämistä, jolloin kokemushistoria muuttuu kuntoutujan voimavaraksi. Oppimisen esteet ovat usein tiedostamattomassa. Kokemusperäisen ohjauksen keinoin voidaan yhdessä kuntoutujan kanssa löytää ratkaisuja ja sopia yhteistyöstä tilannekohtaisesti. Taulukossa 31. kuvaan ohjaavan kuntoutuksen suhdetta mielenterveyskuntoutukseen.

Taulukko 31. *Ohjaavan kuntoutuksen suhde mielenterveyskuntoutukseen*

<b>Ohjaava kuntoutus</b>	<b>Mielenterveyskuntoutus</b>
Kehittyminen oppimalla kokemuksista	Kuntoutuminen
Aiheet tilannekohtaisesti arkikokemuksista	Aiheet kuntoutumisprosessista
Ongelmanratkaisu, spontaanisuus	Struktuuri, suunnitelmallisuus
Tietoinen ja tiedostamaton	Tietoinen
Huomio voimavaraisessa käyttäytymisessä	Huomio voimavaraisessa käyttäytymisessä
Tämänhetkisyden ylittäminen	Tämänhetkisyys ja tulevaisuus
Yhteistyöstä sovitaan tilannekohtaisesti lyhyelle ajalle	Yhteistyöstä sovitaan tilannekohtaisesti pitkälle ajalle
Toiminnan perusta poikkitieteellinen, kasvatustieteen rooli keskeinen	Toiminnan perusta psykologinen, sosiaali- ja lääketieteellinen

Olen kiinnittänyt tutkimuksessani huomiota siihen, miten yksityisen hoito- tai palvelukodin asukas kokee tulevaisuutensa hyväksytyksi ihmisenä huonon terveydentilansa kanssa ja miten hänen erilaisuuttaan siedetään osallistumisessa ja lähellä olossa. Olen kiinnittänyt huomiota interventioihin. Katseeni on ollut kokonaisvaltaisessa ihmisen työtoiminnassa (Engeström 1995), jonka koulutusstrateginen tavoite voisi olla pienyhteisöjen uskomusten, asenteiden, arvojen, toimintatapojen ja rakenteiden tarkastelussa ja tarvittaessa muuttamisessa. Mielenterveyskuntoutuksesta keskusteleminen ja etenkin sen tutkiminen vaatii alaa kohtaan osoitettujen arvostusten ja asenteiden tuntemusta, hienotunteisuutta ja herkkyyttä. Tämä tutkimusprojekti on haastanut minut ja arvatenkin koko mielenterveyskuntoutuksen orkesterin kuntoutuksen laadun arviointiin ja mahdollisten muutosten käynnistämiseen. Haaste on ollut melkoinen, sillä tutkijalta se on edellyttänyt vakuuttavaa ja luotettavaa tutkimusta ja sen raportointia.

Käytännöllinen luotettavuus on sekä kasvatustieteen että sosiaalitutkimuksen voimaa; se voi vaikuttaa toivottavien muutosten käynnistymiseen. Kommunikatiivinen ja käytännöllinen luotettavuuskeskustelu vaatii yhteiskunnan ja kontekstin huomioonottamista. Totuudesta keskustellaan niiden ihmisten kanssa, jotka ovat mukana toiminnassa ja tekevät päätöksiä. Tämä tarkoittaa erityisesti totuuden luonteen ja sitä koskevien käsitteiden merkitysten tarkentamista. (Kvale 1989, 73–92). Myös tutkijan ominaisuuksilla, aiheen tuntemuksella, kokemuksella ja vuorovaiikutustaidoilla on merkitystä tutkimusmenetelmiä valittaessa.

Varto (1992b, 15–16) on kirjoittanut kahdenlaisesta tutkijasta; ensimmäinen tutkijatyyppejä on tekninen ja hänen maailmasuhdettaan voi luonnehtia välineelliseksi. Toinen tyyppi edustaa kysyjää ja hänen maailmasuhteensa on enemmän osallistuva. Tunnen edustavani jälkimmäistä, sillä tutkijana olen ensisijaisesti ollut kysyjä, mutta ajoittain myös havainnoija ja osallistuja ja myös tutkimushenkilöitä osallistava. Sen vuoksi olen tutkimuksen ”Alkusoitossa” pohtinut tutkimusprojektini suhdetta mm. toimintatutkimukseen ja osallistuvaan tutkimukseen. Olen perustellut menetelmälliset rajaukset menetelmällisten ratkaisujen lisäksi. Tämän kaltainen argumentoinnin opetteleminen on lisännyt ymmärrystäni sen suhteen, että yhdistämällä verifiointin ja falsifioinnin voin oppia sellaista uutta, mikä jäisi havaintojeni ulkopuolelle puolustamalla yksipuolisesti käyttämieni menetelmien luotettavuutta.

Luotettava tieto pyrkii noudattamaan kolmea kyselemiseen liittyvää ohjetta; kyseleminen subjektiivisella tavalla, kyseleminen todellisen tiedon käsitteestä ja kyseleminen luotettavuuskysymysten luotettavuudesta (Kvale 1989, 73–92). Olen ymmärtänyt nämä ohjeet niin, että olen pyrkinyt eläytymään tiedonantajien kokemusmaailmaan ja kiinnittämään omaan eettiseen toimintaani huomiota niin, etten vahingoittaisi tiedonantajia, tutkijakollegoita ja yleisöä missään tutkimuksen vaiheessa.

Kyselemistä ”todellisen tiedon” perään olen toteuttanut tekemällä käsiteanalyysiä ohjauksesta ja kokeilemalla sen kestävyyttä tutkimusprojektin edetessä. Olen peilannut tutkimusvaiheiden tuloksia sekä toisiinsa että ohjauksen ja mielenterveyskuntoutuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Todellinen tieto on elinvoimaista suhteessa tiettyyn tutkimuskontekstiin, aikaan tai kulttuuriin. Se on erinomaista, kun sitä voidaan soveltaa yli sen oman kontekstin ja kun sillä on pitkäikäinen käyttöarvo. Luotettavuuskysymysten luotettavuus on luotettavuuden metaevaluaatiota. Fenomenologina minun on pitänyt osata mennä luotettavuuskysymysten taakse, kyseenalaistaa saadut tulokset ja samanaikaisesti niitä perustella ja epäillä. Triangulaatio on toiminut kriittisenä testinä menetelmällisten ratkaisujen ja teorioiden täydentämisessä (Jick 1985, 145, Leino-Kilpi 1997, 225–226).

Ihmistieteellisestä näkökulmasta katsottuna on mielekästä puhua luotettavan tiedon ohella myös puolustettavasta tiedosta. Ihmisyyden käsite tulee silloin merkityksellisemmäksi, kun siihen sisällytetään puhetta, suositusta merkityksen olemassaolosta, kertomuksellista johdonmukaisuutta ja tunteellista voimaa (Salner 1989, 47–71). Tämä tutkimusraportti poikkeaa jossain määrin asultaan ja tyylistään perinteisestä tutkimusraportoinnin tyylistä. Olen halunnut tätä työtä tehdessäni olla itselleni uskollinen ”toisin toimija” ja ajatella Musilin (1980) tavoin:

*”Kaikkea olematonta, mikä voisi olla yhtä hyvin kuin jokin muu, voi pitää olevaa tärkeämpänä”.*

Kvalen mukaan (1989, 92) on vaikeaa päästä luotettavuuden paradoksisuudesta; ideaaliratkaisu olisi tuottaa tutkimusta niin vakuuttavasti, että sen tuottama tieto sitouttaa virkamiehet toimimaan tiedon edellyttämällä tavalla.

*”Todellisuudessa se konsensus, jonka nojalla ratkaisemme ajatustemme pätevyyden, tuskin koskaan vastaa ihannetta. Meillä ei koskaan ole täydellistä informaatiota, ja vain harvoin olemme täysin vapaita ulkoisesta tai psyykkisestä pakotuksesta; emme ole aina avoimia oudoille ja poikkeaville perspektiiveille ja meiltä voi puuttua kykyä rationaaliseen ja kriittisesti reflektiiviseen keskusteluun ja väittelyyn; vain harvoin huolehdimme siitä, että jokaisella keskustelun osanottajalla on vapaus ja tasavertaiset mahdollisuudet omaksua samat roolit (puhua, kyseenalaistaa, arvostella, puolustaa), ja vain poikkeustapauksissa nojaamme johtopäätöksemme pelkästään näyttöihin ja perustelujen johdonmukaisuuteen”.* (Mezirow et al. 1996, 28).

Etiikka on läsnä jokapäiväisessä elämässämme, se on läsnä kaikissa niissä valinnoissa ja pohdinnoissa, joita tutkija tekee tai jättää tekemättä. Soltis (1990) painottaa kasvatuksen tutkimuksessa neljä eettistä tehtäväaluetta: laadullinen kuvaus, evaluaatio, interventio ja kritiikki. Hän väittää laadullisen tutkimuksen valtaavan määrällistä tutkimusta enemmän alaa kasvatuksen ulottuvuudesta, sillä mikä muu voi olla enemmän moraalinen alue kuin ihminen. Siksi laadullinen tutkimus ei voi olla koskaan arvovapaata, vapaata moraalिसääntelystä.

Hellerin mukaan (1985, 2) moraalिसääntely on nykyaikana sisäisesti ristiriitaista. Vaarana on sellainen päätöksenteon kehitys, joka säätelee moraalisia kannanottoja ylirationaalisesti. Siksi etiikan on kosketettava tutkijaa hyvin henkilökohtaisesti, ammatillisesti, julkisesti ja yhteiskunnallisesti. Päätöksenteko, toiminta ja erilaiset ongelmatilanteet syntyvät ihmisten kanssakäymisen tuloksena.

Kasvatuksen kuvailevan tutkimuksen ehkä keskeisin tehtävä on paljastaa kasvatuksen ilmiön inhimillisiä ulottuvuuksia. Mitä velvoitteita se asettaakaan tutkijalle? Tulosten kuvaileminen velvoittaa tutkijan asettumaan Levinasin (1996) ilmaisun mukaisesti ”kasvokkain” muiden ihmisten kanssa, ja näin eettiset kysymykset hyppäävät esiin. Kuvaileminen ei ole koskaan neutraalia. Se on ihmisten välisen sitoutuneisuuden tai taistelun tulkinallinen tulos ja sen tähden eettisesti herkkää aluetta. Eettisesti herkäksi laadullisen kasvatuksen tutkimuksen tekee se, että ihmiset ovat merkitysten etsijöitä; he pystyvät antamaan merkityksen varsin nopeasti jopa hyvin kaoottiselle tilanteelle. Tasapainomme riippuu sellaisista taidoista, joilla pidämme maailmaa muuttumattomana ja ennustettavana ja joilla sitä tiedollisesti jäsenämme ja tulkitsemme. (Miles & Huberman 1988, 215).

Oman toimintani kriittinen reflektio on kohdistunut omaan tutkijan toimintaan, ennakkokäsitysteni oikeutuksen tutkimiseen, tutkimuksen sisällön ja rakenteen ja valitsemieni menetelmien hyväksymiseen. Mieluummin tulee tutkia ennakkokäsityksiään kuin ponnistella niistä pois (Olson 1999). Olen pyrkinyt selvittämään ”merkityksen” merkityksen tulkitsemista, ymmärtämistä ja verifiointia tai falsifiointia. Tämä koskee erityisesti tutkimuksen kielen, sanojen tai lauseiden merki-

tysten mahdollisimman luotettavaa tulkintaa ja luettavuutta. (Putnam 1997, 18–23). Olen pysähtynyt useaan otteeseen pohtimaan, mitä tapahtui ja miten menettelin kussakin tilanteessa. Omaa tutkijan rooliani pohdin lisää ”tutkijan kertomuksessa” (Liite 12).

Voiko tutkija muuttaa ihmisiä tai heidän toimintatapojaan ja millä oikeudella hän sen voi tehdä (Soltis 1990)? Milloin asioihin sekaantuva tutkija voi tietää, milloin hän on oikeassa? Evaluaatiotutkimuksessa tutkijalla on useimmiten jo ennakkokäsitys siitä, mikä on hyvää ja oikein. Tästä voi aiheuttaa pulmia. Pyritäänkö tuloksilla käännettämään ihmiset tulosten mukaiseen ajatteluun vai hyväksytäänkö heidän valitsemansa toiminta omine ratkaisuineen? Paternalistinen ajattelu on ehkä huonoin mahdollinen tulos – ”tiedän, mikä on sinulle hyväksi” (myös Jarvis 1997). Soltisin mukaan laadulliseen tutkimukseen liitetään aina poliittisen, sosiaalisen, kulttuurisen ja ideologisen kritiikin tehtävä. Tässä tutkimusprojektissa olen tutkijana joutunut vastaamaan kysymyksiin, keitä tämä tutkimus palvelee, kenen mieleistä sosiaalista systeemiä suosin tai säilytän ja millaisen tiedon orja osoitan olevani? Tulokset kertovat valtakunnallisesti kuntoutumisen ohjauksen toteutumisesta yksityisissä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeissa. Olen kulkenut orkesterin solistin rinnalla. Matka on tuottanut tietoa, jonka aika on tullut.

Olen kiinnittänyt huomiota kuntoutustyötä tekevien ihmiskäsitykseen etsimällä kirjallisuudesta tukea ”arkihumanismille”. Löysinkin joitakin tekstejä (mm. Knowles 1975, 1980, 1987, Smith 1990, Mezirow et al. 1996, Ahteenmäki-Pelkonen 1997, 1998, 59–63, Manninen 1998). Ahteenmäki-Pelkosen mukaan (1998, 61) humanismissa ”itseohjautuvaa aikuisopiskelijaa on ajoittain pidetty jopa kahlehdittuna nerona, jota vain ympäristötekijät rajoittavat ja estävät toteuttamasta itseään”. Mannisen mukaan (1998, 64) ”reflektiivinen itseohjautuvuus-käsitys on ohjautunut naiivin humanistisista lähtökohdista painottaen didaktista itseohjautuvuutta, aikuisen oletettua kykyä ja halua tehdä omaan opiskeluun liittyviä päätöksiä ja valintoja”. On unohdettu se keskeinen seikka, minkä Onnismaa on useissa kirjoituksissaan (mm. 1996a ja b) tuonut esille itseohjautuvuuden ja ohjauksen riippuvuussuhteesta. Smith (1990) on kirjoittanut maallisesta ja ajallisesta humanismista ja demokraattisesta liberalismista. Hänen mielestään on pyrittävä edistämään ihmisten vapautumista uuden tarkastelemiseen. Minä olen pyrkinyt omassa tutkimuksessani vahvistamaan asianosaisia kuntoutumisen ohjauksen arvioimisessa ja kehittämisessä.

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voisi esittää useitakin jatkotutkimusaiheita. Ohjaavan kuntoutuksen näkökulmasta keskeistä olisi tutkia jatkossa, miten kokemusperäinen ohjaus jalkautuu kuntoutusyhteisöihin ja miten se edistää mielen kuntoutujien vaikutusvaltaisuuden lisääntymistä. Yhteisöllisyyttä tavoittelevien hoito- ja palvelukotien keskinäisen yhteistyön, vertaistuen ja verkostotyön selvittäminen toimintatutkimuksena voisi johtaa mielen kuntoutujien nykyistä parempaan yhteiskuntaan kiinnittymiseen. Myös mielen kuntoutujien opiskelun mahdollisuutta tulisi lisätä selvittämällä heille tarkoitettuja koulutusohjelmia (kuntoutuja-curriculum) ja kouluttajatahoja. Näin voitaisi mahdollisesti lisätä mielen kuntoutujan arvokkuuden, toimeliaisuuden ja elämän tarkoituksellisuuden kokemusta.



## LÄHTEET

- Achte, K., Kilpiö, P., Ollikainen, L., Pihkanen, T., Rantanen, I. & Rinne, M. (toim.) 1975. Psykiatrisen kuntoutus. Porvoo: WSOY.
- Achte, K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Porvoo: WSOY.
- Achte, K., Autio, L., Isotalo, A., Kosonen, T., Lindqvist, M., Tammisto, T. & Vartiovaara, I. (toim.) 1982. Lääkintäetiikka. Vaasa: Suomen Lääkäriliitto.
- Achte, K., & Tuulio-Henriksson, A. 1984. Yksinäisyydestä. Teoksessa Achte, K. & Kuusi, K. (toim.) . Yksinäisyys. Keuruu: Otava.
- Ahlfors, L. 1992. Avun tarvitsijan ongelmien selvittely. Teoksessa Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. Psykiatrisen auttamistyö. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Ahonen, S. 1996. Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari S. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Ahteenmäki-Pelkonen, L. 1997. Kriittinen näkemys itseohjautuvuudesta. Systemaattinen analyysi Jack Mezirowin itseohjautuvuusnäkökulmista. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 157.
- Ahteenmäki-Pelkonen, L. 1998. Mezirow – itseohjautuvuus-keskustelun toisinajattelijat. Aikuiskasvatus 1, 59–63.
- Airaksinen, T. 1991. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. Helsinki: Yliopistopaino.
- Alakare, B. 1994. Psykiatrisen potilaan sosiaalisen verkoston muuttuminen hoidon aikana. Perheterapia 2, 18–23.
- Alkula, T. , Pöntinen, S., & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Andersson, S. & Simonen, L. 1996. Uudistuvat hyvinvointipalvelut maaseudulla. Stakes. Raportteja 191. Saarijärvi: Gummerus Oy.
- Andren, G. 1981. Reliability and Content Analysis. Teoksessa Rosengren, K. (toim.) Advances in Content Analysis. Beverly Hills: Sage Publications.
- Anttinen, E. & Ojanen, M. 1984. Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemuksen ja tutkimuksen perusteella. Tampere: Lege Artis Oy.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. 1992. Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Riihinen, O. (toim.). Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Juva: WSOY.
- Arnkil, E. & Eriksson, E. 1993. Tutkiva tuki. Dialogi 4, 27–31.
- Bauman, Z. 1993. Postmodern Ethics. Oxford UK/Cambridge USA: Blackwell.
- Benner, P. 1984. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: SHKS.
- Bevis, E. 1982. Curriculum Building in Nursing, a Process. St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Bogdan, R.C. & Biklen, S.K. 1992. Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods. Boston: Allyn and Bacon.

- Bond, T. 2000. *Standards and Ethics for Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Brickman, P., Kidder, L.H., Coates, D., Cohn, E. & Karuza, J. 1983. *The Dilemmas of Helping: Making Aid Fair and Effective*. Teoksessa Fisher, J.D., Nadler, A. & DePaulo, B.M. (toim.) *New Directions in Helping. Recipient Reactions to Aid*. New York: Academic Press.
- Brodin, G. 1980. *Musiikkisanakirja*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Bronowski, J. 1979. *The visionary age: Essay with arts, litterature, and science*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Brookfield, S. 1996. Kriittiset tapahtumat oppijoiden olettamusten tutkimisessa. Teoksessa Mezirow, J. et.al. *Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsinki: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Brophy, G.H., Carey, E.T., Noll, J., Rasmussen, L., Searcy, B. & Stark, N.L. 1994. *Hildegard E. Peplau. Psykodynaaminen hoitotyö*. Teoksessa Marriner-Tomey, A. *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammala: SHKS.
- Buber, M. 1993. *Jag och du*. Stockholm: Bonnier.
- Bunch, E.H. 1983. *Everyday Reality of the Psychiatry Nurse. A Study of Communicaty Patterns between the Schizophrenic and the Psychiatric Nurse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Child, D. 1985. *Educational Psychology: Past, Present, and Future*. Teoksessa Entwistle N. (toim.) *New Directions in Educational Psychology*. London & Philadelphia: The Falmer Press.
- Claxton, G. 1985. *Experiential Learning and Education*. Teoksessa Entwistle, N. (toim.) *New Directions in Educational Psychology*. London: The Falmer Press.
- Collins, M. 1991. *Adult education as vocation: A Critical Role for Adult Educator*. London: Routledge.
- Dean, C., Phillips, J., Gadd, E.M., Joseph, M. & England, S. 1993. Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal* 307, 473–480.
- Denzin, N.K. 1978. *The Research Act*. 2d ed. New York: McGraw-Hill.
- Dewey, J. 1910. *How we think?* Boston: Heath.
- Dey, I. 1995. *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. London: Routledge.
- Downey, H.K. & Ireland, R.D. 1985. *Quantitative versus qualitative: Environmental Assessment in Organizational Studies*. Teoksessa Van Maanen, J. (toim.) *Qualitative Methodology*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. 1986. *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford: Basil Backwell.
- Ekblad, S. 2001. *Guidelines on International Trauma Training. Abstract of the Presentation in The World Assembly for Mental Health: Respecting Diversity in a Changing World; The 28<sup>th</sup> Congress of the World Federation for Mental Health*. Vancouver, British Columbia, Canada, July 22–27.
- Ellis, H. 1965. *The Transfer of Learning*. New York: The Macmillan Company.



- Elosuo, R. 1966. Skitsofreniaa sairastavien kuntouttamisesta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Teoksessa Pulkkinen, E. (toim.) Kuntoutus Kellokosken sairaalassa. Jyväskylä: Kellokosken sairaala.
- Emerson, R.M. (toim.) 1983. Contemporary field research. A collection of readings. Prospect Heights: Waveland Press.
- Engeström, Y. 1985. Kehittävän työntutkimuksen peruskäsitteitä. *Aikuiskasvatus* 4, 156–164.
- Engeström, Y. 1987a. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen I väliraportti. Ritva Engeström, Jouni Helenius, Kirsi Koistinen.
- Engeström, Y. 1987b. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-konsultit.
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Eriksson, K. 1985. Hoitopedagogiikka I. Vaasa: SHKS.
- Eriksson K. 1987. Hoitamisen idea. Helsinki: SHKS.
- Eriksson, K. 1988. Hoito tieteenä. Helsinki: SHKS.
- Eskola, M. 1994. Ryhmässä subjektiivinen ja objektiivinen kohtaavat. *Ryhmätö* 3, 19–24.
- Feltham, C. 1997. What is Counselling? London: SAGE Publications Ltd.
- Field, P. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Glickman, G. 1987. Clarifying Supervisory Development. *Educational Leadership* 44.
- Goleman, D. 1998. Tunneäly. Lähjakkuuden koko kuva. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Goldberg, P. 1985. Intuition voima. Management-sarja 12. Vaasa: Rastor-julkaisut.
- Gröhn, T. 1989. Fenomenografinen tutkimusote. Teoksessa Gröhn, T. & Jussila, J. (toim.) Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Tutkimuksia 123. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: WSOY.
- Haataja, J., Karjalainen, P., Kauppila, I., Kulju, A. & Laakso, K. 2000. Sopimusvuoren rinteillä. Kokemuksia terapeuttisista yhteisöistämme. Tampere: Sopimusvuori ry.
- Hall, B.L. & Kassam Y. 1997. Participatory Research. Teoksessa Keeves, J.P. (toim.) Educational Research, Methodology, and Measurement. An International Handbook. Oxford: Pergamon Press.
- Hautamäki, J., Lahtinen, U., Moberg, S. & Tuunainen, K. 1996. Erityispedagogiikka I. Erityispedagogiikka tieteenä. Porvoo: WSOY.
- Havaijin julistus. World Psychiatric Association. Liite 5. Teoksessa Achte, K. Autio, L., Isotalo, A., Kosonen, T. Lindqvist, M., Tammisto, T. & Vartiovaara, I. Lääkintäetiikka. 1982. Vaasa: Suomen Lääkäriliitto.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi – avain innovatiivisuuteen. Juva: WSOY.
- Heikkinen, J. 1996. Oma apu paras apu. Kirja jäsenyteen oma-apuryhmän jäsenille. Turku: Suomen Psykonomiaopisto.
- Helin, S. 1996. Henkilöstö palvelujen rakennemuutoksessa. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Stakes. Raportteja 192.

- Heller, A. 1985. *The Power of Shame. A Rational Perspective*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Henderson, V. 1987. *Sairaanhoidon periaatteet*. Helsinki: SHKS.
- von Herrmann, F-W. 1998. *Fenomenologia ja kysymys olemisesta*. Teoksessa Haapala, A. (toim.) *Heidegger. Ristiriitojen filosofi*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hintikka, J., Viinamäki, H., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Koivumaa-Honkanen, H. 1996. *Mielenterveysongelmat ja huonoksi koettu taloudellinen toimeentulo*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 375–382.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. *Teemahaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.
- Huhtinen, A. 1996. *Dialogi hoidon metodina*. *Ylihoitajalehti* 7, 7–8.
- Hyväri, S. 2001. *Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita*. *Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu* 3. Vammala: Tietosanoma Oy.
- Häfner, H. & van der Heiden, W. 1989. *Effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients*. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 59–63.
- Hägman-Laitila, A. 1990. *Hyvän hoidon arviointiperusteet*. *Hoitotiede* 2, 248–254.
- Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. *Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Isohanni, M. 1983. *Uudistuva psykiatrinen sairaala*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Isohanni, M. 1986. *Työ- ja hoitoyhteisö*. Porvoo: WSOY.
- Jackson, F. & Rey, G. 1998. *Philosophy of Mind*. Teoksessa Craig, E. (General Editor) *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge.
- Jarvis, P. 1987. *Adult Learning in the Social Context*. London: Croom Helm.
- Jarvis, P. 1992. *Paradoxes of Learning*. California: Jossey-Bass.
- Jarvis, P. 1997. *Oppimisen paradokseja*. *Aikuiskasvatus* 1, 12–17.
- Jerrel, J.M. & Ridgely, M.S. 1995. *Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders*. *Journal of nervous and mental disease* 183, 566–576.
- Jick, T.D. 1985. *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*. Teoksessa Van Maanen J. (toim.) *Qualitative Methodology*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Jokinen, A. & Juhila, K. 1991. *Diskursseja rakentamassa. Näkökulmia sosiaalisten käytäntöjen tutkimiseen*. Tampereen yliopisto. *Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia. Sarja A no 2*.
- Jones, M. 1953. *The therapeutic community*. New York: Basic Books.
- Jones, M. 1968. *Beyond the Therapeutic Community. Social Learning and Social Psychiatry*. New Haven: Yale University press.
- Jones, M. 1976. *Maturation of the Therapeutic Community: An Organic Approach to Health and Mental Health*. New York: Human Sciences Press.
- Jung, C.G. 1981. *Människan och hennes symboler*. Stockholm: Forum.
- Jussila, J. 1992. *Kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta koskeva kiista ja kasvatustieteen kriisi*. *Kasvatus* 3, 247–255.
- Kaikkonen, P. 1999. *Laadullinen tutkimus kasvatus- ja opetustyössä*. *Kasvatus* 5, 427–435.

- Kaipio, K. 1977. Antakaa meille mahdollisuus – Johdatus nuorten yhteisökasvatukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Kalliopuska, M. 1983. Itsetunto. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Karila, A. 1995. Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. *Psykologia* 30, 288–290.
- Karma, K. 1980. Tilastollisen kuvauksen perusteet käyttäytymistieteissä. Keuruu: Otava.
- Karppinen, T. 1994. Psykoedukatiivinen perhetyö. *Perheterapia* 2, 25–30.
- Kelley, L.S. 1997. Talo-Puutarha-Erämaa-metafora: hoitaminen ja ihmisenä kehittymisen teoria. Teoksessa Parse, R.R. (toim.) *Elämyksiä. Ihmisenä kehittymisen teoria käytännössä ja tutkimuksessa*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Keltikangas-Järvinen, L. 1998. Hyvä itsetunto. Juva: WSOY.
- Kemmis, S. 1997. Action Research. Teoksessa Keeves, J.P. (toim.) *Educational Research, Methodology, and Measurement. An International Handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry:n 10-vuotishistoriikki 1983–1993, 1993. Järvenpää: Suomen Paraspaino Oy.
- Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Toimintakertomus 1995 ja toimintasuunnitelma 1997.
- Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1995. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Teoksessa Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) *Ihmisen auttamisen lähtökohtia*. Tampere: Kirjoittajat ja Kirjayhtymä Oy.
- Knowles, M.S. 1975. *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. Chicago: Association Press Follett.
- Knowles, M.S. 1980. *The Modern Practice of Adult Education: from pedagogy to andragogy*. New York: Association Press.
- Knowles, M.S. 1987. *Adult Learning*. Teoksessa Craig, R.L. (Editor of Chief) *Training and Development Handbook. A Guide to Human Resource Development*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Kohonen, V. 1993. Kohti kokonaisvaltaista kasvua ja oppimista – opettajat oman työnsä kehittäjänä ja tutkijana ja työyhteisönsä uudistajana. Teoksessa Ojanen S. (toim.) *Tutkiva opettaja. Opetus 21. vuosisadan ammattina*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Koivunen, H. 1997. Hiljainen tieto. Keuruu: Otava.
- Koivunen, H. 2000. Ihmispääoman ryöstöviljelyä. *Ryhmätyö* 1, 2–12.
- Kolb, D.A. 1984. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Korkeila, J. & Tuori, T. 1996. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen*. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Raportteja 192.
- Kostamo-Pääkkö, K. 2001. “Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä”. Analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 39. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

- Kovalainen, A., Simonen, L. & Österberg, J. 1996. Sosiaalipalveluyrittäjän muotokuva. Tutkimus sosiaali- ja terveystieteiden uusyrityksistä ja vaihtoehtoisista palveluntuottajista. *Stakes. Raportteja* 194.
- Krause, K., & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Krippendorff, K. 1986. *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Newbury Park: Sage Publications.
- Krumboltz, J.D. & Thoresen, C.E. (toim.) 1976. *Counseling Methods*. Stanford University. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kukkola, S. 1982. Ensi kertaa polikliiniseen hoitoon hakeutuvien ongelmiin ja odotuksiin perustuva hoitotyön tarve. *Sairaanhoidon vuosikirja XIX*. Helsinki: SHKS.
- Kvale, S. 1989. To Validate is to Question. Teoksessa Kvale, S. (toim.) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3–12.
- Laiho, U-M. & Virnes E. 1995. Laitoksesta kotiin. *Palvelurakenne uudistuu kunnissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Laing, R. 1960. *The divided self: A study of sanity and madness*. Chicago: Quadrangle.
- Laing, R. 1971. *Kokemisen politiikka ja paratiisin lintu*. Helsinki: Otava.
- Laitinen, Reeta. 1995. Yksityisten sosiaalipalvelujen laatu. Teoksessa Haverinen, R., Maaniittu, M. & Mäntysaari, M. (toim.) *Tulokset laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöstä*. *Stakes. Raportteja* 179.
- Laitinen, Raimo 1996. Oppivaa organisaatiota etsimässä. Ajatuksia Peter Sengen teoksesta *The Fift Discipline*. *Aikuiskasvatus* 2, 84–92.
- Larsson, S. 1986. *Kvalitativ Analys – exempel fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Lassila, A. 1998. Psykiatrin hoidontarve ja tarpeenmukainen hoito. Tutkimus psykiatristen pitkäaikaissairaiden avohoidossa esiintyvistä hoidontarpeista, sen määräytymisestä sekä tarpeenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen palveluista. *Väitöstyö. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 446. Oulu: Oulun yliopisto. Psykiatrian klinikka.
- Latvala, E. & Aavarinne, H. 1993. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan käsityksiä omasta hoidostaan. *Hoitotiede* 4, 172–177.
- Latvala, E. & Janhonen, S. 1996. Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä – psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede* 5, 224–232.
- Lehtinen, V., Alanen, Y., Anttinen, E. E., Eerola, K., Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Taipale, V. (toim.) 1989. *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lehtonen, J. 1992. Merkityksen ongelma inhimillisessä kokemuksessa Lauri Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen valossa. Teoksessa Varto, J. (toim.) *Fenomenologinen vuosikirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta*. Vol. XXVII. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Lehtonen, H. 1990. *Yhteisö*. Jyväskylä: Vastapaino.
- Lehtovaara, M. 1992. Subjektiiivinen maailmankuva kasvatustieteellisen tutkimuksen kohteena. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 338.
- Leino-Kilpi, H. 1990. *Good Nursing Care. On What Basis?* *Annales Turkuensis D* 49. Turun yliopisto.

- Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Leino-Kilpi, H., Kurittu, K., Välimäki, M. 1993. Potilaan oikeudet sairaalassa. Empiirinen kartoitus potilasoikeuslain sisältöalueista. *Hoitotiede* 4, 162–171.
- Leino, A-L. & Leino, J. 1989. Kasvatustieteen perusteet. Jyväskylä: Kirjayhtymä.
- Leontjev, A.N. 1977. Toiminta, tietoisuus ja persoonallisuus. Helsinki: Kansankulttuuri Oy.
- Leppo, K. 1996. Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Levinas, E. 1986. Dialogue with Emmanuel Levinas (R. Kearney). Teoksessa Cohen (toim.) Face to Face with Levinas. New York: State University of New York Press.
- Levinas, E. (toim.) 1991. Totality and Infinity. Dordrecht: Kluwer.
- Levinas, E. 1996. Etiikka ja äärettömyys. Keskusteluja Philippe Nemon kanssa. Suomennos ja esipuhe A. Pönni. Tampere: Gaudeamus.
- Lindqvist, M. 1995. Mieli vai tarkoitus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Helsinki: Kirjoittaja ja SHKS.
- Lohr, M.A. 1991. Clients With Schizophrenia. Teoksessa McFarland, G.K. & Thomas, M.D. Psychiatric Mental Health Nursing. Application of the Nursing Process. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Luria, A. 1979. The making of mind. A personal account of Soviet psychology. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- Lääkintöhallitus 1974. Kansanterveysosaston yleiskirje 1572/1974. Kuntoutus.
- Lääkintöhallitus 1987. Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kuntoutus. Helsinki: VAPK:n julkaisuja 103.
- Lääkintöhallitus 1988. Skitsofreniaprojekti 1981–1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman loppuraportti 1988. Helsinki: VAPK. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4.
- Maffesoli, M. 1995. Maailman mieli. Helsinki: Gaudeamus.
- Mannila, S. 1996. Sosiaaliset yritykset Euroopassa. Eräitä käytännön näkökulmia. Helsinki: Stakes.
- Manninen, J. 1993. Muutoksen suunnittelu yksilötasolla. Teoksessa Kontiainen S. ja Nurmi K. (toim.) Muutos ja interventio. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 139.
- Manninen, J. 1998. Mezirowin itseohjautuvuusnäkökulmia ymmärrettävästi. *Aikuiskasvatus* 1, 63–65.
- Marjamäki, P., Lehto, J. & Rissanen, M. 1996. Miten palvelurakennetyön piti vaikuttaa erikoissairaanhoidon ja toteutuivatko tavoitteet 1990-luvun muutoksessa. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: SHKS.

- Martin, P. (toim.) 1987. *Psychiatric Nursing. A Therapeutic Approach*. Musselburgh: MacMillan Education LTD.
- Marton, F. & Svensson, L. 1978. Att studera omvärldsuppfattning. Två bidrag till metodologin. (Rapport Nr. 158). Göteborgs Universitet. Institutionen för pedagogik.
- Marton, F. 1981. Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional science* 10.
- Marton, F. 1988. Phenomenography: Exploring different conceptions of reality. Teoksessa Fetterman, D.F. (toim.) *Qualitative approaches to evaluation* Teoksessa education. New York: Praeger.
- Maslow, A. 1954. *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Matthies, A-L. 1996. Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät verkostot. Teoksessa Matthies, A.-L., Kotakari, U. & Nylund, M. (toim.) *Välittävät verkostot*. Jyväskylä: Gummerus.
- Mattila, E. 1996. “Kyllä sen huomaa, jos on joku ihminen, joka välittää”. Potilaiden käsityksiä hoitotyöhön sisältyvästä ohjauksesta – terveisiä päättäjille, hoitotyöntekijöille ja opettajille. *Sairaanhoitaja* 2, 26–28.
- Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoiton aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 3, 144–152.
- Mattila, E. 1999. Ohjaava kuntoutus haasteeksi mielenterveyskuntoutukseen. *Sairaanhoitaja* 3, 23–24.
- May, R. 1974. *Makt och oskuld – och frågan om våldets orsaker*. Malmö: Beyronds.
- McLeod, J. 1993. *An Introduction to Counselling*. Buckingham (UK): Open University Press.
- Metsä-Simola, S. 1993. Sairaalaista avohoitoon - uusia yhteistyömuotoja etsimässä. *Ryhmätyö* 4, 19–21.
- Mezirow, J. et al. 1996. *Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsinki: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Mielenterveyden Keskusliitto 1995a. *Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta*. Teoksessa Särkelä, J., Taipale, I., Heikkilä, T. & Heinonen, M. (toim.) Tampere: Mielenterveyden Keskusliitto.
- Mielenterveyden Keskusliitto 1995b. *Tutkimus suomalaisten asenteista mielenterveyspotilaita kohtaan*. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.
- Mielenterveystyön komitean mietintö 1984. 1984:17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Mielenterveystyö kunnan asialistalle 1993. Helsinki: Stakes. Oppaita 19.
- Miles, M. B. 1979. Qualitative data as an attractive nuisance. *The problem on analysis*. *Administrative Science Quarterly* 24, 590–601.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1988. *Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills: Sage publications.
- Moreno, J.L. 1974. *The Creativity Theory of Personality: Spontaneity, Creativity, and Human Potentialities*. Teoksessa Greenberg, I. (toim.) *Psychodrama. Theory and Therapy*. New York: Behavioral Publications, 73–84.
- Moreno, J.L. 1977. *Psychodrama*. Vol. 1. New York: Beacon House.
- Musil, R. 1980. *Mies vailla ominaisuuksia*. Porvoo: WSOY.

- Niiniluoto, I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Niemistö, R. 2000. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Palmenia.
- Nikkonen, M. 1992. Caring in the preparation of long-term psychiatric patients for non-institutional care: Ethnonursing study. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1088–1094.
- Nikkonen, M. 1993. Työnä mielen hoito. Naismielisairaanhoidajan elämäntarina. Stakes. Raportteja 87. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nikkonen, M. 1996. Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatrisen pitkäaikaishoitolaan avohoitoon valmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 381. Väitöstyö. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos ja psykiatrian klinikka.
- Nikkonen, M. 1998. Laitospotilaasta sosiaalseksi toimijaksi? – Ruukin palvelukoti psykiatrisen potilaan sosiaalisen minän uudelleenrakentajana. Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Raportteja 221. Jyväskylä: Stakes.
- Nisbett, R., & Wilson T. 1977. Telling More Than We Know. *Psychological review* 75.
- Nojonen, K. 1990. Psykiatrisen pitkäaikaishoitolaan kuntoutuminen. *Acta Universitatis Tampensis. Ser. A vol 283. Akateeminen väitöskirja*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Yhteiskuntatieteellinen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nykysuomen sanakirja 5–6 1978. S–Ö. Porvoo: WSOY.
- Ojanen, M. 1980. Yhteisöllisen hoidon lähestymistavat, teorit ja menetelmät. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 115.
- Ojanen, M. 1987. Mielisairaalapotilaisiin kohdistuvat asenteet. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Julkaisu No 4. Helsinki: Psychiatria Fennica julkaisusarja. Report No 76.
- Ojanen, M. 1994. Sisältä vai ulkoa ohjautuva minä. Erillinen moniste teokseen Ojanen, M. Mikä minä on? Minän rakenne, kehitys, häiriöt ja eheytyminen. Tampere: Kirjatoimi.
- Ojanen, M. & Sariola, E. 1996. Skitsofrenia. Tie paranemiseen. Helsinki: Otava.
- Ojanen, S. 1990. Ohjausprosessi opettajankoulutuksessa. Helsingin yliopisto. Lahden koulutus- ja tutkimuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja 5.
- Ojanen, S. 1993. Reflektiivisyys opetuksessa ja ohjauksessa. Teoksessa Ojanen, S. (toim.) Tutkiva opettaja. Opetus 21. Vuosisadan ammattina. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Palmenia-kustannus.
- Olson, H. 1999. Quantitative “versus” Qualitative research: The Wrong Question. *Lecture Papers*. University of Alberta.
- Onnismaa, J. & Taskinen, L. 1994. Ohjaavan koulutuksen arviointia. Rajankäyntiä aikuisopetuksen, sosiaalityön, lyhytterapian ja kuntoutuksen kesken. Arviointi ja seuranta 4. Helsinki: Opetushallitus.
- Onnismaa, J. 1996a. Ohjaavan koulutuksen laatu ja vaikuttavuus. Ohjaus- ja neuvontatyön instituutioitumisen tarkastelua. Kasvatustieteen lisensiaatin tutkielma. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos.

- Onnismaa, J. 1996b. Ohjauksen tarve lisääntymässä? *Aikuiskasvatus* 4, 286–293.
- Onnismaa, J. 1998. Aikuisten ohjaus auttamiskäytäntönä. Helsinki: Opetushallitus.
- Oppilaanohjauksen kehittämistyöryhmän muistio 1995. Opetusministeriön työryhmien muistioita 24. Helsinki: Opetusministeriö.
- Orem, D. E. 1980. *Nursing Concepts of Practice*. Sec.Ed. New York: Mc-Graw Hill.
- Orem, D.E. 1997. Views of Human Beings Specific to Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10:1, Spring, Chestnut House Publications, 26–31.
- Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2000. Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 1, 26–35.
- Parse, R.R. 1981. *Man-Living-Health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R. R. 1987. *Nursing Science. Major Paradigms, Theories, and Critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Parse, R.R. 1992. Human Becoming. Parse's theory of Nursing. *Nursing Science Quarterly* 5, 35–42.
- Parse, R.R. 1993. A Dialogue between Gail Mitchell and Dr. Parse on true presence. *Illuminations. The Newsletter of the International Consortium of Parse Scholars*, Vol. 3, No 3.
- Parse, R.R. 1997a. (toim.) *Elämyksiä. Ihmisenä kehittymisen teoria käytännössä ja tutkimuksessa*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Parse, R.R. 1997b. The Human Becoming Theory: The Was, Is and Will Be. *Nursing Science Quarterly*, 10:1, Spring, 32–38.
- Parviainen, T. 1997. Johdatus yhteisöllisyyteen ja sen lähikäsitteisiin. Teoksessa Parviainen, T. & Pelkonen, M. (toim.) *Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen*. Työvälineitä hoitotyöhön. Saarijärvi: Stakes. Raportteja 217.
- Patterson, C.H. 1986. *Theories of Counselling and Psychotherapy*. 4th ed. New York: Harper Collins.
- Patton, M.Q. 1990. *How to Use Qualitative Methods Teoksessa Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Paul, G.L. & Lentz, R.J. 1977. *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Paunonen, M. 1990. *Hoitotyön työhöjaus*. Hämeenlinna: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Peavy, R.V. 1999. *Sosiodynaaminen ohjaus. Konstruktivistinen näkökulma 21. vuosisadan ohjaustyöhön*. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Peltonen, H. 1995. *Kasvattajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Pentti, V. 1982. *Kadettien suoritusmotivaatio. Tutkimus kadettikoulussa opiskelevien suoritusmotivaatiosta ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Peplau, H.E. 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: GP Putnam's Sons.
- Peplau, H.E. 1964. *Basic principles of patient counseling* (2. painos). Philadelphia: Smith, Kline & French Laboratories.
- Peplau, H.E. 1997. A Salute to Nursing Science *Quarterly*. *Nursing Science Quarterly*, 10:1, Spring, 14.
- Pesonen, N. 1980. *Terveyden puolesta – sairautta vastaan*. Porvoo: WSOY.



- Pietilä, V. 1976. Sisällön erittely. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Pietrofesa, J.J., Bernstein, B., Minor, J. & Stanford, S. 1980. Guidance. An Introduction. Wayne State University. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Pihkanen, T. 1975. Kuntoutuksen käsite – psykiatrisen kuntoutuksen erityisluonne – kuntoutusprosessi. Teoksessa Achte, K., Kilpiö, P., Ollikainen, L., Pihkanen, T., Rantanen, I. & Rinne, M. (toim.) Psykiatrisen kuntoutus. Helsinki: Suomen Mielen-terveysseura.
- Polanyi, M. 1958. Personal Knowledge. Towards a Post Critical Philosophy. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polkinghorne, D. 1983. Methodology for the human sciences. Systems of inquiry. The State University of New York Press.
- Psykiatrisen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta 1993. Vantaa: Mielen-terveyden Keskusliitto.
- Psykiatrisen sairaanhoidon laatu 1995. VENLA-työryhmän loppuraportti 12/95. Stakes.
- Pulkkinen, E. 1992. Skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden kuntoutuksen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Teoksessa Pulkkinen, E. (toim.) Kuntoutus Kellokosken sairaalassa. Jyväskylä: Kellokosken sairaala.
- Puolakka, A. 1995. Caring käsitteenä. Teoksessa Munnukka, T. & Kiikkala, I. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Putnam, H. 1997. "Merkityksen" merkitys. Teoksessa Raatikainen, P. (toim.) Ajattelu, kieli, merkitys. Analyttisen filosofian avainkirjoituksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Päivärinta, E. 1996. Asiakkaiden kokemukset palvelujen rakennemuutoksessa – katsaus tutkimuksiin. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 192. Jyväskylä.
- Raamattu 1992. Pyhä Raamattu; Vanha ja Uusi Testamentti; Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Mikkeli: Suomen Pipliaseura.
- Raatikainen, P. 1997. Ajattelu, kieli, merkitys – näkökulmia nykyajan filosofian avainteksteihin. Teoksessa Raatikainen, P. (toim.) Ajattelu, kieli, merkitys. Analyttisen filosofian avainkirjoituksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Raatikainen, R. 1997. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa Parviainen, P. & Pelkonen, M. (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön. Stakes. Raportteja 217. Saarijärvi: SHKS.
- Rauhala, L. 1976. Filosofinen orientoituminen psykosomaattikan ongelmaan. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Rauhala, L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 25, 190–201.
- Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: SHKS.
- Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino
- Rauhala, L. 1995. Tajunnan itsepuolustus. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Rauste-von Wright, M-L. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. Juva: WSOY.
- Raymond, K. 1997. The primary holisms in nursing. Journal of Advanced Nursing 25, 290–296.

- Repper, J. & Cooney, P. 1997. Meeting the Needs of People With Enduring Mental Health Problems. Teoksessa Thompson, T. & Mathias, P. *Mental Health and Disorder*. London: Baillière Tindall.
- Riikonen, E. 1992. Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikieleen. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Roberts, D. 1997. Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *Journal of Advanced Nursing* 25, 101–108.
- Rogers, C. 1951. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. 1976. *Freedom to Learn*. 2nd ed. Columbus. Ohio: Merrill
- Rogers, C. 1985. *Freedom to Learn*. Teoksessa Entwistle, N. (toim.) *New Directions Teoksessa Educational Psychology*. London & Philadelphia: The Falmer Press.
- Ryselin, K. 1981. Yhteisön hoitomahdollisuudet. Teoksessa Siltala, P. Haavikko, R. Kauttu, K. & al. (toim.) *Psykoterapia, teoria ja käytäntö*. Espoo: Weilin+Göös.
- Saarikoski, M. 1992. Kuntouttava auttamistyö. Teoksessa Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. *Psykiatrinen auttamistyö*. Tampere: Weilin+Göös.
- Salner, M. 1989. Validity in Human Science Research. Teoksessa Kvale, S. (toim.) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Salo, M. 1996. *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Tampere: Vastapaino.
- Salo-Chydenius, S. 1992. *Toimintaterapia mielenterveytyössä*. Helsinki: VAPK-kustannus, Opetushallitus.
- Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. *Hoito vai pakkohoito*. Helsinki: Otava.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. 1989. *Hoitoa ja huolenpitoa*. Hämeenlinna: SHKS.
- Scobel, W.A. 1997. *Was ist Supervision? Mit einem Beitrag von Christian Reimer*. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seikkula, J. 1990. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä. Tutkimus perhekeskeisen hoidon aloituksesta sairaalassa. Helsinki: Sairaalaaliitto.
- Seikkula, J. 1994. *Sosiaaliset verkostot*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Senge, P. 1990. *The Fifth Discipline*. London: Doubleday.
- Shadish, W.R. & Bootzin, R.R. 1981. Nursing Homes and Chronic Mental Patients. *Schizophrenia Bulletin* 7, 488–498.
- Sherzer, B. & Stone, S.H. 1980. *Fundamentals of Counseling*. Third edition. Dallas: Houghton Mifflin Company.
- Simoila, R. 1993. Fenomenografia laadullisena tutkimusotteena. *Hoitotiede* 1, 21–30.
- Simonen, L. 1996. Maaseudun hoivayrittäjät. Teoksessa Matthies, A.-L., Kotakari, U. & Nylund, M. (toim.) *Välittävät verkostot*. Jyväskylä: Gummerus
- Smith, L.M. 1990. Ethics in Qualitative Field Research: An Individual Perspective. Teoksessa Eisner, E.W. & Peshkin, A. (toim.) *Qualitative Inquiry in Education. The Continuing Debate*. New York and London: Teachers College, Columbia University.
- Soltis, J.F. 1990. The Ethics of Qualitative Research. Teoksessa Eisner, E.W. & Peshkin, A. (toim.) *Qualitative Inquiry in Education. The Continuing Debate*. New York and London: Teachers College, Columbia University.
- Sova, I. 1992. *Eläytyvä huolenpito*. Teoksessa Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. *Psykiatrinen auttamistyö*. Tampere: Tammerpaino Oy.

- Stanage, S.H. 1987. *Adult Education and Phenomenological Research. New Directions for Theory, Practice, and Research.* Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Stewart, N.R., Winborn, B.B., Johnson, R.G., Burks Jr, H.M. & Engelkes, J.R. 1978. *Systematic Counseling.* Michigan State University. New Jersey: Prentice-Hall.
- Styles, M.M. 1990. *Hoitotyön uudet mahdollisuudet.* Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. *Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön.* Juva: SHKS.
- Taft, R. 1988. *Ethnographic Research Methods.* Teoksessa Keeves, J.B. (toim.) *Educational Research, Methodology and Measurement. An International Handbook.* Oxford: Pergamon Press.
- Takala, A. 1997. *Ihmiseksi kasvaminen.* Saarijärvi: Annika Takalan perikunta.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. 1998. *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches.* California: Thousand Oaks.
- Taylor, A., Hudson, K. & Keeling, A. 1991. *Quality Nursing Care: The Consumers' perspective revisited.* *Journal of Nursing Quality Assurance* 5(2), 23–31.
- Tennant, M. 1988. *Psychology and Adult Learning.* New York: Routledge.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. 1986. *Suomen terveystoiminnan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma.* Helsinki: Sosiaali- ja terveystoiministeriö.
- Tilbury, D. 1994. *Mielenterveystyön opas.* Helsinki: SHKS.
- Tossavainen, A. 1995. *Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta.* Vammala: SHKS.
- Tuori, T. 1994. *Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarviointista.* STAKES. Raportteja 143, Jyväskylä: Gummerus.
- Tuori, T. 2001. *A Wide National Mental Health Programme with a Horizontal (Bottom-up) Orientation. Is It Actually Possible? Abstract of the Presentation in the World Assembly for Mental Health: Respecting Diversity in a Changing World; The 28<sup>th</sup> Congress of the World Federation for Mental Health.* Vancouver, British Columbia, Canada, July 22–27.
- Tähkä, V. 1970. *Psykoterapian perusteet.* Porvoo: WSOY.
- Tähkä, V. 1979. *Sosioterapeuttisten toimenpiteiden teoriasta ja käytännöstä.* *Psychiatria Fennica* julkaisusarja no 32.
- Töttö, P. 1999. *Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tuolle puolen? Metodipoliittinen puheenvuoro.* *Sociologia* 4, 280–292.
- Uljens, M. 1988. *Fenomenografi – forskning om uppfattningar. En metodologisk orientering inför KIF-projekt. Fenomegrafiska notiser. Publikation Nr 7.* Göteborgs Universitet. Institutionen för pedagogik.
- Wallenius, T. 1992. *Kohti toista. Johdatus Emmanuel Levinasin etiikkaan.* Teoksessa Varto, J. (toim.) *Fenomenologinen vuosikirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta.* Vol. XXVII. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Van Maanen, J.V. 1983 (toim.) *Qualitative Methodology.* Beverly Hills CA: Sage.
- Varjonen, J. 1991. *“Vie mennessäs, tuo tullessas”. Samanaikaisuus kotitalouden toiminnoissa.* Helsingin yliopisto. Kodintaloustieteen laitoksen julkaisuja 2.

- Varto, J. 1992a. Arvio Maija Lehtovaaran tutkimuksesta Subjekttiivinen maailmankuva kasvatustieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Varto, J. (toim.) *Fenomenologinen vuosikirja*. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Varto, J. 1992b. *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Vehviläinen, S. 2001. Neuvon pidättäminen neuvonpyynnön jälkeen. Merkkejä ohjauksellisuudesta ja itseohjautuvuusihanteesta keskustelussa. *Aikuiskasvatus* 3, 204–214.
- Venkula, J. 1991. Muutos ja muuntuminen. Tiedonmuodostuksemme sisältyviä muutoksen esteitä ja edellytyksiä, opetusmoniste. Hämeen kesäyliopisto. Hoitotyön seminaari 26.5. – 2.6.1991.
- Vesanen, P. 1992. *Hullunkirjoista talonkirjoihin. Selvitys laitos- ja avohoitopotilaiden asumisolosuhteista. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 42/1991*. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Vilkka, M. 1992. Maurice Merleau-Ponty ja fenomenologinen kenttäteoria. Teoksessa Varto, J. (toim.) *Fenomenologinen vuosikirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta. Vol. XXVII*. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- von Wright, J. 1996. Oppiminen selviytymiskeinona. *Psykologia* 5, 351–358.
- von Wright, J. & Rauste von Wright, M. 1992. Humanistinen psykologia ja kokemuksellinen oppiminen. *Aikuiskasvatus* 12, 210–215.
- Vuori, J. 1995. *Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa*. Vaasa: Ankkurikustannus.
- Vuorinen, M. 1995. *Mitä on vertaistukitoiminta? Teoksessa Fountain House, mielen-terveyskuntoutujien klubitalo. Vajaakuntoisten työllistämisen edistämissäätö*. Helsinki: SP-paino Ky.
- Vygotsky, L. 1978. *Mind in Society. The psychology of higher mental functions*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vähämöttönen, T. 1998. *Reframing Career Counselling in Terms of Counsellor-Client Negotiations. An Interpretive Study of Career Counselling Concepts and Practice*. Väitöskirja. Joensuun yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja N:o 34. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Välimäki, M. 1998. *Self-Determination in Psychiatric Patients*. Turku: Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, OSA 288.
- Whyte, W.F. 1991. *Social Theory for Action*. USA: Sage Publications.
- Wing, J.K. & Morris, B. (toim.) 1981. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Winnicott, D.W. 1981. *Lapsi, perhe ja ympäristö*. Espoo: Weilin+Göös.
- Wolf, R.M. 1997. *Questionnaires*. Teoksessa Keeves, J.P. (toim.) *Educational Research, Methodology and Measurement. An International Handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Wollcott, H.F. 1982. Differing Styles of On-site Research, or, "If it isn't Ethnography, what is it"? *Journal of Philosophy and Social Science* 7, 154–169.
- Wollcott, H.F. 1988. *Ethnographic Research in Education*. Teoksessa Jaeger, R.M. (toim.) *Complementary Methods for Research in Education*. Washington (DC): American Educational Research Association.

Ylä-Kotola, M. & Suoranta, J. 1999. Humanismin kulttuurista bioparadigmaan. Aikuis-  
kasvatus 4, 307–316.

Åstedt-Kurki, P. 1994. Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön  
kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 1, 2–7.

## **Muut lähteet**

Helsingin Sanomat 10.1.1997. Psykiatrian hoitomaksut aiotaan pudottaa puoleen.

Helsingin Sanomat 19.2.1997. Sairaalamaksut ajavat velkakierteeseen. Mielisairas sinnittelee  
2500 markalla kuukaudessa.

Helsingin Sanomat 19.3. 1997. Psykiatristen potilaiden hoitomaksut alenevat.

Helsingin Sanomat 18.8.1997. Yksityinen hoitola ei selviydy omillaan. Läänit tarkastavat  
sosiaalihuollon laitokset syksyn aikana.

Helsingin Sanomat 23.10. 1997. Avopotilaiden suuri kuolleisuus kertoo, ettei järjestelmä  
toimi.

STAKES, Svahne. Puhelinneuvottelu 1.10.1996

STAKES, Puumalainen, S. Puhelinneuvottelu 8.6.2000

Yksityisen psykiatrisia kuntoutuspalveluja tarjoavan yhdistyksen toiminnanjohtajan  
haastattelut marraskuu 1996. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry

## **Lainsäädäntö**

Mielisairaslaki 187/1952

Laki Mielisairaslain muuttamisesta 521/1977

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990

Mielenterveyslaki 1116/1990

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996



# LIITTEET

## Liite 1

Taulukko 6. *Kuntoutumiskodin arjen voimavaroja ja ongelmia (tt=työntekijä, as.=asukkaat)*

	Säännöt	Yhteisö	Työnjako	Välineet	Tekijä	Kohde/tulos
1. aamu-askareet	tt herätteli asukkaat	as. toimivat itsekseen, ilmapiiri hieman jännitteinen	as. odottivat herätystä, isäntä valmistaa aamupalan	tt:n interventio, tilat ja tavarat, aamukokous	tt herättäjä, "resurssihenkilö", aamukok:n vetäjä	tt aktivoi as:t päiväohjelmaan, asukkaat hoitavat ruokailunsa itsenäisesti.
2. ruokailutilanteet	as. hätäisiä, puhumattomia, ei huomaavaisuutta, tavaroiden pudottelua	suljettu systeemi, miesten ja naisten yhteisöt, epäluuloja arkuus korostui	tt ei osallistunut ruokailuun, eikä "jälkien" hoitamiseen	taloustavarat, ei raha, vähän suunnittelua työvuorossa olevien as:n välillä, kaupallistat, ostoslistat, hiljaisuus	tt luotti as:n asioidenhoitokykyyn ruokailutilanteessa ja ruokaili itse muualla	as:n ja tutkijan kokemus kiusallisesta ja jännitteisestä ruokailutilanteesta, josta as:t syötyään "hävisivät" huoneisiinsa
3. keskinäinen vuorovaikutus	tapahtui kuin "hiltajaisesta so-pimuksesta" yksityisyyden korostuessa	as. hakivat yksitellen tt:n huomiota, vuorovai-kutus häiriöherkkää, nais- ja miesas:n yhteisöt, asukkaat huoneissaan	tt, isäntä ja tutkija keskustelujen avajia, aloitteentekijöitä ja palautteen antajia	as:lla ei kykyä spontaaniin keskusteluun tai toimintaan, tt hiljainen myötäilijä	tt läsnä "resurssihenkilönä", sanaton vuorovai-kutus	yhteisyys ei toiminnallista muuten kuin ohjelmoituna, ei as:n spontaania toimintaa, työntekijä kanssa käymisen helpottajana
4. työ ja vapaa-aika	as:lla työvelvollisuus, tt:n oletus as:n omatoimisuudesta, as. paljon omissa huoneissaan	kuntoutumiskoti as:n lepopaikka, isännällä korkeampi asema kuin muilla asukkailla	selkeä kotitöiden ja henkilökohtaisten tehtävien, työn ja levon suhteen, nais- ja miesas:lla oma viikko-ohjelma	as:lla kodinhoitoon liittyvät, oma huone, tt:n interventioina seuranta, palautteen anto, kahdenkeskiset keskustelut as:n kanssa, tt:n työtilana pieni tsto, puhelin, muistio	tt "resurssihenkilö", as:lla vastuu kotitöistä, itsestä ja vapaa-ajasta	as:n toimitto-muus selviytyminen nopeasti eri tehtävistä pyrki-mys sosiaalisuuteen muuttui yksinäisyydeksi ja yksityisyyden korostumiseksi





Asia: Yksityisten hoivakotien nimi- ja osoitetiedot  
läh. Eija Mattila, sho, KM, kasvatustieteen jatko-opiskelija

Viitaten puhelinkeskustelumme lähetän ohessa Stakesin toimipaikkarekisteriin 6/96 kirjatut hoivakotien toimipaikka- ja osoitetiedot. Mielenterveyden Keskusliiton aluesihteerit ovat myös tutustuneet ko. rekisteriin ja heidän käsityksensä mukaan siitä puuttuu etenkin sosiaalialan hoivakotiyrittäjien toimipaikkatietoja. Olen ollut yhteydessä Stakesin ko. rekisteriä hoitavaan Anita Svahneen, joka viimeeksi lokakuussa -96 totesi saman asian - erityisesti psykiatrisen alan hoivakodeista ei ole lukumääräistä tietoa. Pyydänkin ystävällisesti täydentämään oheista rekisteriä muilla mahdollisilla lääninhallituksen tietoon saatetuilla ja luvalla toimivilla hoivakodeilla. Tiedän, että tämän vuoden alussa voimaan astunut laki sosiaalihuollon valvonnasta velvoittaa sosiaalialan hoivayrittäjiä hakemaan toimiluvan puolen vuoden sisällä lääninhallituksilta. Minusta on kuitenkin mielenkiintoista nähdä, miten tähän lupahakemushankeeseen on ryhdytty ja onko Stakesin rekisteri yhtäpitävä lääninhallituksen tällä hetkellä tietoon saatettujen hoivakotien suhteen.

### **MIHIN KO. TIETOJA TARVITSEN?**

Olen kiinnostunut yksityisistä mielenterveyden kuntoutuville tarkoitetuista hoivakodeista, joihin usein psykiatrisista sairaaloista kotiutuvat pitkäaikaispotilaat ovat muuttaneet asumaan. Erityisesti olen kiinnostunut näiden hoivakotien työtoinnasta, mitä se on, miten tavoitteellista ja kuntoutumiseen ohjaavaa se on, minkälaista osaamista työntekijöillä on jne. Näitä asioita lähestyn useamman tutkimuksen avulla, joita teen kasvatustieteen jatko-opiskelijana Helsingin Yliopistossa. Tutkimusprojektini nimi on tällä hetkellä

### **YKSITYINEN HOIVAKOTI KEHITTYVÄNÄ MIELENTERVEYSTYÖN PIENORGANISAATIONA.**

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kartoitan sekä asukkaiden että työntekijöiden käsityksiä asukkaiden kuntoutumiseen ohjaavasta työtoiminnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Mielenterveyden Keskusliiton aluesihteerit toimivat tutkimusapulaisinani haastatelleen toimialueillaan psykiatristen hoivakotien asukkaita kevään -97 aikana. Tämän lisäksi teen syksyllä -97 postikyselyn niiden hoivakotien työntekijöille, joissa asuu mielenterveyden kuntoutuvia. Kartoituksen tarkoituksena on rakentaa koulutusmateriaalia valtakunnallista hoivakotiyrittäjien seminaaria varten ja näin luoda perustaa hyvään yksityiseen sosiaali- ja terveyspalveluun mielenterveystyössä. Psykiatristen sairaaloiden sairaansijojen alasajo on oh-

jannut mielenterveysasiakkaat monenlaisten ja -laatuisten palveluiden äärelle Tasokas hoivakoti tarjoaa sekä mielenkiintoisen ja haastavan työmaan yrittäjille että mielenterveyden kuntoutuville vaihtoehdon ihmisarvoiseen elämään joko sairaalasta kotiutumisen jälkeen tai muuten avohoidossa selviytymiseksi.

## **MITÄ TARKOITTAI HOIVAKOTI?**

Hoivakodilla tässä työssä tarkoitetaan sosiaali- tai terveysalan uusyritysmuotoa eli viime vuosina yksityisen, julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle vaihtoehtoisen palvelutuotannon aloittanutta toimipaikkaa. Hoivakoti on asukkaidensa koti ja mahdollinen välivaihe itsenäiseen elämiseen. Hoivakodissa on ympärivuorokautinen miehitys. Työntekijät voivat olla joko hoitoalalle koulutettuja, kouluttamattomia tai muun koulutuksen saaneita. Hoivakodeissa asuu useimmiten alle 10 asukasta. Hoivakoti on pienkoti, jossa sen asukkaat osallistuvat mm. jakapäiväisiin kodin askareisiin ja heitä ohjataan tarvittaessa selviytymään päivittäisissä elämäntaidoissa.

Hoivakoti ei ole palvelukoti, joka tarjoaa kaikki palvelut asukkailleen tai jossa asukkaat käyvät lähes päivittäin kotoaan käsin hakemassa tai saamassa erilaisia tukipalveluja. Tosin hoivakotityyppisiä koteja on maassamme monennimisiä - niitä voidaan kutsua hoitokodeiksi, kuntoutumiskodeiksi, perhekodeiksi, pienkodeiksi, asuntoloiksi ja myös palvelukodeiksi tai palvelutaloiksi tai pelkästään erisnimen ja kodin yhdistelmällä.

## **REKISTERITIE TOJEN TARKISTAMISEN AIKATAULU:**

Mikäli suinkin on mahdollista, niin pyydän lähettämään tarkistetut tiedot helmi-kuun 28. päivään mennessä allekirjoittaneelle ohessa lähetetyssä palautuskuores- sa, jonka postimaksu on maksettu. Vastaavanlainen rekisteritietojen tarkistuskier- ros tehdään kaikkien lääninhallitusten kanssa.

Yhteistyöstä kiittäen

Eija Mattila, kotios. Kyläjoentie 434, 01900 Nurmijärvi, puh. (09) 209 796

työos. Hyvinkään Terveysthuolto-oppilaitos, Kauppalank. 18, 05800 Hyvinkää puh. (019) 450 280, fax. (019) 450 313, Email: eija.mattila@hythol.fi

**ARVOISA VASTAANOTTAJA !**

**Nurmijärvi 15.4.1997**

Lähestyn Teitä, yksityisten hoito-, hoiva-, perhe- tai palvelukotien työntekijöitä kasvatustieteen tutkimukseni merkeissä.

Olen peruskoulutukseltani psykiatrinen sairaanhoitaja ja toiminut vuosia Kellokosken psykiatrisessa sairaalassa hoitotyöntekijänä. Vuodesta -90 olen työskennellyt sairaanhoidonopettajana Hyvinkään Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa ja samalla opiskellut kasvatustiedettä Helsingin Yliopistossa. Teen tällä hetkellä tohtoriopinnoissani tutkimusta **MIELENTERVEYSTYÖN YKSITYISISTÄ HOIVAKODEISTA**. Pidän tätä työmuotoa erittäin arvokkaana, sillä näin voidaan parantaa psykiatrisen pitkäaikaispotilaan elämänlaatua ja tukea hänen selviytymismahdollisuuksiaan laitoshoidon jälkeen. Lisäksi arvelen tällaisen työmuodon mahdollistavan toimeentulon maamme epävarmassa työtilanteessa ja mielekkään ja haasteellisen työmaan Teille itsellenne.

Olen kiinnostunut asukkaiden kuntoutumista auttavasta ja tukevasta työstä, asukkaiden ohjauksesta ja työntekijöiden/henkilöstön koulutuksellisesta tarpeesta. Tutkimuksessa haastatellaan hoivakotien asukkaita kesäkuun 1997 alussa ja työntekijöille lähetetään kirjallinen kyselylomake syyslukukaudella. Olen kerännyt yksityisistä hoivakodeista toimipaikkatiedot kaikista Suomen 11 läänistä (ei Ahvenanmaa) ja Stakesin rekisteristä. Lähetän tämän kirjeen 185 yksityiseen hoivakotiin ympäri Suomea.

Minulla ei ole olemassaolevien tietojen perusteella kuitenkaan varmaa tietoa siitä, asuuko hoivakodissanne mielenterveyskuntoutuvia tai vanhuksia, kehitysvammaisia, lapsia jne. eikä myöskään tietoa siitä, miten monta työntekijää hoivakodissanne toimii ja minkälainen koulutus ja työkokemus heillä on. Siksi pyydänkin Teitä ystävällisesti täyttämään ohessa olevan kaavakkeen (Liitteen sivu 3), johon Te voitte kirjoittaa

- 1) hoivakodin tyyppi eli minkälaisille asukkaille se on lähinnä tarkoitettu ja
- 2) työntekijöiden nimet, koulutuksen, työkokemuksen ja hoivakodissa toimimisen ajan.

Tämä tieto on erittäin arvokasta, sillä näin saadaan yhtenäinen tieto maassamme toimivista yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuollon hoivakodeista mielenterveys-työssä. Arvokasta se on myös siksi, että Teille mahdollistetaan tiedon välittyminen sellaisista tapahtumista ja koulutuksista, mitä nimenomaan Teidän erikoisalallanne on tarjolla. Tässä kirjeessä on tutkimuslupa-anomus (Liitteen sivu 4).

## Tutkimukseni tarkoituksena on

- 1) selvittää, miten asukkaiden kuntoutumista hoivakodissa tapahtuu,
- 2) miten henkilöstö ohjaa asukkaitaan heidän kuntoutumisessaan tai terveydentilän ylläpitämisessä,
- 3) minkälaisia välineitä henkilöstöllä on käytettävissään ja
- 4) minkälaista tietoa tai tukea henkilöstö tarvitsee ylläpitääkseen työtoiminnassaan tarvittavia taitoja.

Minulla on tutkimusapulaisinani Mielenterveyden Keskusliiton viisi (5) aluesihteeria, joiden tarkoituksena on haastatella hoivakotien asukkaita ympäri Suomea. Hoivakodit tullaan arpomaan vastausten perusteella siitä joukosta, joka antaa luvan tutkimukseni suorittamiselle. Tutkimuslupa pitää sisällään myös syksyllä toteutettavan kyselyn mielenterveystyön hoivakotien työntekijöille. Haastattelu- ja kyselytutkimuksella kerätään tietoa seuraavista teemoista: tekijä(t), kohde, tulos, yhteisö, työnjako, kulttuuri, säännöt ja välineet. Teen tätä tutkimusta opinnäytetyönä. En ole Mielenterveyden Keskusliiton virkailija tai tutkija mutta olen sen henkilöjäsen. Toimin paikkakunnallani (Nurmijärvellä) vapaaehtoisena ryhmän vetäjänä potilasyhdistyksessämme. Toivon vilpittömästi suostumustanne kyseiseen tutkimukseen. Asukkaiden suostumuksesta haastatteluun tulee luonnollisesti keskustella heidän kanssaan. Tulen arpomaan 10 - 20 hoivakotia tutkimusluvan myöntäneistä haastattelututkimukseen. Yhteensä 50 asukasta tullaan haastattelemaan ja haastattelut nauhoitetaan. Saatua tutkimusluvat otan henkilökohtaisesti yhteyttä niihin hoivakoteihin, joita arpa on suosinut asukkaiden haastattelun osalta. Syksyllä suoritettavaan kyselytutkimukseen vastaavat luvan myöntäneiden hoivakotien työntekijät.

Korostan tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä, vapaaehtoisuutta ja ehdotonta luottamuksellisuutta. Kenenkään asukkaan henkilötietoja ei tulla paljastamaan, ne ovat vain tutkimusapulaisten ja tutkijan tiedossa. Samoin henkilöstön antamia tietoja käytetään tutkimuksessa nimettöminä. Vastausten perusteella ei kenenkään henkilöllisyys tule paljastumaan. Henkilöstön ja toimipaikkojen tiedot kirjataan tutkijan omaan rekisteriin yhteenvedonomaaisesti. Pyydän Teitä ystävällisesti keskustelemaan yhteisössänne tästä kirjeestä ja täyttämään ohessa olevat liitteet 1 ja 2 harkintanne mukaisesti. Liitteet pyydän palauttamaan ohessa olevalla kirjekuorella, jonka postimaksu on maksettu, allekirjoittaneelle huhtikuun 30. päivään mennessä. Minut tavoitatte parhaiten kotipuhelimesta tai sitten voitte jättää soittopyynnön, mikäli jotain kysyttävää ilmenee. Yhteistyöstä jo etukäteen kiittäen.

Eija Mattila, Kyläjoentie 434, 01900 Nurmijärvi, puh. (09) 209 796

## **YKSITYISEN HOIVAKODIN TOIMIPAIKKATIEDOT**

1) HOIVAKODIN NIMI, OMISTAJA TAI YLLÄPITÄJÄ, OSOITE JA PUHELINNUMERO

2) HOIVAKODIN TYYPPI (Mitä tarkoitusta varten ja milloin se on perustettu - mielenterveyskuntoutuvat, vanhukset, kehitysvammaiset, lapset tai joku muu)

3) ASUKKAIDEN LUKUMÄÄRÄ

4) TYÖNTEKIJÖIDEN NIMI, KOULUTUS, TYÖKOKEMUS JA HOIVAKODISSA TOIMIMISEN AIKA

## TUTKIMUSLUPA

1) **Olemme keskustelleet hoivakodissamme mielenterveys-asukkaiden kanssa kesäkuun 1997 alussa toteutettavasta tutkimuksesta.** Asukkaamme tietävät, että tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten heidän mielestään kuntoutumista hoivakodissa tapahtuu. He tietävät myös, että heitä tullaan haastattelemaan, haastattelut nauhoitetaan ja että tutkimukseen osallistuminen on tärkeää, vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Hoivakodin edustajana **alleviivaan** seuraavista vaihtoehdoista **keskustelun tuloksen:**

Hoivakotimme asukkaista

- a) kaikki suostuvat haastattelututkimukseen
- b) osa suostuu ja osa ei suostu haastattelututkimukseen

(lukumäärä \_\_\_\_\_)

- c) kukaan ei suostu haastattelututkimukseen

2) **Olemme keskustelleet hoivakodissamme työntekijöiden kanssa syksyllä toteutettavasta kyselylomaketutkimuksesta.** Työntekijämme tietävät, että tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten kuntoutumista hoivakodissa tapahtuu, miten asukkaita ohjataan kuntoutumisessaan, minkälaisia välineitä työntekijöillä on käytettävissään kuntouttavassa auttamistyössä ja minkälaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa ammattitaidon ylläpitämisessä. He tietävät myös, että tutkimukseen osallistuminen on tärkeää, vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Hoivakodin työntekijät antavat henkilökohtaisesti suostumuksensa tällä lomakkeella. Työntekijöiden allekirjoitukset:

Hoivakodin nimi, osoite, puhelinnumero

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/1997  
Hoivakodin edustaja                      Paikka                      Päiväys

**MIELENTERVEYDEN KESKUSLIITON ALUESIHTTEERIT**

Nurmijärvi 26.5. -97

**TEEMAHAASTATTELUN SUORITTAMINEN TUTKIMUSAIHEESTA****YKSITYINEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUVIEN HOITO- JA PALVELUKOTI KEHITTYVÄNÄ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PIEN-ORGANISAATIONA***Aikataulu:* Kesäkuu 1997*Aluesihteerin matkustaminen tutkimukseen arvottuihin hoitokoteihin ja muut mahdolliset tutkimuksen suorittamiseen liittyvät materiaalikustannukset:* Las-ku kuitteineen allekirjoittaneelle*Haastateltavien valikoituminen tutkimukseen:* Alustavasti olen saanut tietää, että tutkimusluvan myöntäneistä hoito- tai palvelukodeista osa tai kaikki asukkaat suosivat haastatteluun. Mikäli haastatteluun on hoitokodeissa "tunkoa", niin suorita arvonta julkisesti paikan päällä, muussa tapauksessa valitse vapaaehtoiset.*Haastattelun suorittaminen:* Rauhallisessa tilassa kahden kesken haastateltavan kanssa, vaikka hänen omassa huoneessaan, haastattelu nauhoitetaan. Haastattelun ajankohta (päivä ja kellonaika) ja haastateltavan henkilötiedot kannattaa aluksi puhua nauhalle (nimi, ikä, siviilisäätty, koulutus, ammatti). Nämä asiat voisi vaikka kuunnella yhdessä haastateltavan kanssa, ennenkuin alat suorittaa varsinaista tutkimushaastattelua (nauhuri toimii, kuuluvuus on hyvä ja mahdollinen haastatteluun liittyvä jännittäminen vähenee).*Nauhojen postitus:* Välittömästi haastattelujen jälkeen allekirjoittaneelle*Nauhojen purku ja litterointi:* Allekirjoittanut litteroi nauhat sanatarkasti puhtaaksi ja konsultoi vielä jokaista haastattelijaa aineiston luotettavuuden osalta joko puhelimitse tai tapaamalla. Sovin tämän asian kaikkien kanssa erikseen.**HEI TUTKIMUSKUMPPANI !!!**

Koko kevät on mennyt salapoliisin hommia tehdessä eli mielenterveyskuntoutuville tarkoitettujen hoito- ja kuntoutuskotien metsästyksessä. Tätä kirjettäkin kirjoittaessani odottelen yhä joistakin kodeista postia. Läänien rekisteröinti ei noudata mitään yhteneväistä linjaa. Enimmäkseen vain hoito- ja palvelukodin nimi on rekisteröity, mutta muuta tietoa en lääneistä saanutkaan (lähes sama juttu Stakesin ja Palvelukotien liittojen rekistereiden kanssa). Olen lähettänyt kyselyn 184:ään hoito- tai palvelukotiin ja vielä soittanut perään kartoittaakseni niistä mielenterveyskuntoutuville tarkoitetut (toistaiseksi 37 mt-työn kodista tullut vastaus). Jokainen lääni on edustettuna, mutta huonoimmin Turun ja Porin, Hämeen (Sopimusvuori ei ole mukana) ja Uudenmaan läänit.

Voin kuitenkin suorittaa arvannon vastausten lähettäneiden hoito- ja palvelukotien kesken, sillä olen saanut tutkimusluvan vastausten mukana. Jokainen aluesihteerin haastattelee kymmentä asukasta ( $5 \times 10 = 50 = N$ ) oheisen haastattelurungon mukaisesti. Keskustelen vielä jokaisen arvotun hoito- tai palvelukodin edustajan kanssa tutkimuksen suorittamisesta ja siitä, että voit rauhassa tutustua ihmisiin ja toimintaan kussakin kodissa. Varaa mieluummin reilusti aikaa tutustumiseen ja haastatteluun kuin että ne tapahtuvat kiireellä. Olen testannut haastattelun toimivuutta yhdessä hoidokodissa. Yksi haastattelu kestää puolesta tunnista tuntiin. Yhdestä hoitokodista tulee keskimäärin 2 - 5 asukasta haastateltavaksi, joten yksi aluesihteerin kiertää 2 - 5:ssä hoito- tai palvelukodissa. Laitan tässä kirjeessä tutkimukseen arvottujen kotien osoitteet ja yhteystiedot, jotta voit itse sopia haastattelujen tarkemmista ajankohdista (Liite 1).

Toivon sinun lisäksi kertovan nauhalle omat kokemuksesi ja havaintosi tutkimuskodeista. Nauhalle puhuminen voi olla vaivattomampaa kuin kertomuksen kirjoittaminen ja ainakin se on nopeampaa. Kerro 1) vaikutelmasi yhteisöstä, sen "säännöistä" tai kulttuurista, työnjaosta, toiminnan välineistä, tekijöistä ja kohteesta. Selvitä 2), miten työntekijät ovat työssä (ympäri vuorokauden vai vain esim. arkiisin) ja miten asukkaat ovat paikalla vai käyvätkö he jossain työtoiminnassa. Kuvaa 3) kodin ilmapiiriä ja sitä, miten oma läsnäolo siihen mahdollisesti vaikuttaa (asukkaiden taholla mahdollista arkuutta, pelokkuutta, uteliaisuutta, työntekijöiden osalta halukkuutta tai haluttomuutta avustaa järjestelyissä tai kertoa hoitokodin toiminnasta). Kuvaa 4) kodin fyysisiä tiloja ja sen lähiympäristöä.

Teemahaastattelu tarkoittaa, että asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, on luokiteltu alustavasti tiettyihin teemoihin. Haastattelija johdattelee keskustelua teemojen ympärillä suhteellisen vapaasti, mutta rajaa keskustelua liialliselta rönsyilyltä. Tästä ei ilmeisesti ole tässä haastattelussa pelkoa. Oletan, että saat olla aktiivinen lisä- ja tarkennuskysymysten teossa. Voit rauhassa tarkentaa ja selvittää vastaajan kommentteja. ***Tärkeintä on, että haastateltava ja sinä pyritte ymmärtämään kysymyksen ja vastauksen sisällön samalla tavalla.*** Arvioimme alkuvuodesta yhdessä (Naantali 14.1.97) haastattelurunkoa. Se on nyt rakenteeltaan samansuuntainen, mutta huomattavasti yksinkertaisempi. Tarkoitus on, että haastateltava saa täysin omin sanoin kuvata ajatuksiaan ja käsityksiään ilman, että haastattelijana tulkitset tai käytät "psykiatrista terminologiaa". Jokaisen tutkimustee- man alla on kysymyksiä, joita voit esittää joko niin kuin ne on kirjoitettu tai omin sanoin vapaasti ilmaisten. Kuten aikaisemmin kirjoitin, voit esittää lisäkysymyksiä sen mukaan kuin asian molemminpuolinen ymmärrettävyys sitä edellyttää. Tutkimusongelmat, niiden pohjalta rakennetut teemat ja kysymykset ovat seuraavat:

**KATSO SEURAAVA SIVU!**



## ONGELMAT

1) MILLAINEN KÄSITYS HOITOKODIN ASUKKAALLA ON HÄNEN TERVEYTEENSÄ LIITTYVISTÄ TAVOITTEISTA?

2) MITEN HOITOKODIN ASUKKAAN TERVEYTEEN LIITTYVIÄ TAVOITTEITA ASUKKAAN KÄSITYKSEN MUKAAN PYRITÄÄN TOTEUTTAMAAN?

3) MILLAISIA HÄIRIÖITÄ, KATKOKSIA, ONGELMIA TAI RISTIRIITOJA VOIDAAN KUVATA HOITOKODIN ASUKKAAN TERVEYTEEN LIITTYVIEN TAVOITTEIDEN JA NIIDEN TOTEUTTAMISEEN KÄYTETTYJEN KEINOJEN VÄLILLÄ?

## TEEMAT

a) TERVEYDENTILAN TAVOITELTAVA TULOS, MIHIN ASUKAS HOITOKODISSA ASUMISELLAAN PYRKII?

b) YHTEISÖN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE

c) SÄÄNTÖJEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE

d) TYÖNJAON MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE

e) VÄLINEIDEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE

f) TYÖNTEKIJÖIDEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE

g) JÄNNITTEET JA VOIMAVARAT ASUKKAAN TERVEYSPYRKIMYSTEN JA NIITÄ TOTEUTTAVIEN TAHOJEN JA KEINOJEN VÄLILLÄ

Jokaisen teema-alueen kysymyssarjan aloittaa 1 - 2 ns. avainkysymystä, joihin voit odottaa ensin vähän aikaa kestäväää hiljaisuutta, sillä asukas miettii, miten kysymykseesi lähtisi vastaamaan. Hän voi tarjota laajaa vastausta, jota voit tarkentaa lisäkysymyksillä. Asukas voi myös todeta, ettei ymmärrä kysymystä. Pyri silloin mahdollisimman hyvin omin sanoin tarkentamaan sitä. Kysymysten muotoa ja järjestystä voit vapaasti vaihtaa ja muuttaa. Voi olla, että haastateltava ehtii vastata myöhemmin listassa esitettyihin kysymyksiin ennen kuin ehdit niitä kysyä. Tämä on merkki asioiden yhteen nivoutumisesta ja tutkimuksen kannalta tärkeistä asioista. Tutkimusteemat olen operationalisoinut seuraavanlaisiksi kysymyksiksi.

### **a) TERVEYDENTILAN TAVOITELTAVA TULOS, MIHIN ASUKAS HOITOKODISSA ASUMISELLAAN PYRKII?**

1. Kerro, minkälaisia pyrkimyksiä sinulla on terveydentilasi suhteen.
2. Miksi asut nyt täällä?
3. Mistä olet tullut tänne asumaan?
4. Kauanko olet asunut täällä?
5. Minkälaisia muutoksia terveydentilassasi on täällä ollessasi tapahtunut?
6. Oletko sinä tai joku muu kirjannut ylös sinun terveydentilaan liittyviä asioita täällä ollessasi? (minkälaisia asioita on tietääksesi kirjattu)
7. Kerro, miten huolehdit terveydestäsi.
8. Oletko oppinut mielestäsi jotain uusia asioita oman terveytesi hoitamisessa täällä asuessasi?
9. Miten voit tällä hetkellä?

### **b) YHTEISÖN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE**

9. Keitä tähän hoitokotiyhteisöön kuuluu?
10. Mitä nämä ihmiset, jotka mainitsit, merkitsevät sinun terveydellesi? (asukastoverit, työntekijät)
11. Minkälainen on mielestäsi kodin ilmapiiri?
12. Mikä tässä yhteisössä on mielestäsi tärkeintä? Voitko kertoa siitä jonkun esimerkin?
13. Minkälainen asema sinulla on mielestäsi tässä yhteisössä? (esim. tunnetko, että asukastoverit/työntekijät arvostavat sinua, miten hyvin sinun mielipidettäsi kuunnellaan, voitko päättää omista tai yhteisön asioista?)

### **c) SÄÄNTÖJEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE**

14. Minkälainen päiväjärjestys teillä täällä kodissa on? (esim. miten aamut alkavat, mitä sitten tapahtuu, mitä ihmiset tekevät päivittäin?)
15. Minkälainen merkitys päiväjärjestyksellä on terveydellesi?
16. Minkälaisia sopimuksia teillä täällä kodissa on? Kerro niistä joku esimerkki.
17. Miten asioista täällä sovitaan? Kerro taas joku esimerkki.
18. Miten vaikutat yhteisössä?

### **d) TYÖNJAON MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE**

19. Mitä sinä teet päivisin?
20. Minkälainen merkitys sillä (tekemisilläsi) on terveydellesi?
21. Onko jotain, mitä sinun pitää tehdä päivisin?
22. Kenen mielestä sinun pitää mainitsemiasi asioita tehdä?
24. Tiedätkö, miksi sinun pitää niitä asioita tehdä?
25. Mitä teet mieluummin? (mitä et tee mielelläsi)

26. Minkälaisia töitä asukkaat yleensä tekevät päivisin?
27. Miten paljon sinulla on joutilasta aikaa? Voitko kuvata sitä tunneissa?
28. Minkälaisia asioita teet yhdessä asukkaiden ja työntekijöiden kanssa?
29. Liittyykö työn tekemiseen joitain sopimuksia?
30. Ketkä tekevät hoitokotia koskevia sopimuksia?
31. Minkälaista korvausta saat tehdystä työstä? (sanallisen kiitoksen, ei mitään huomiota, rahakorvaus, tavarakorvaus tai jotain muuta).

#### **e) VÄLINEIDEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE**

32. Kerro, mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeitä terveydellesi? (työ, lääkkeet, muut ihmiset kuten esim. ystävät ja sukulaiset, raha, liikunta, terapia, uskonto, harrastukset yms.)
33. Minkälaiset asiat huonontavat terveyttäsi? Voitko kertoa jonkun esimerkin.
34. Mitä teet vapaa-aikanasi?
35. Miten työntekijät tukevat sinua vapaa-ajan harrastuksissasi?
36. Miten paljon hoitokodin ihmiset keskustelevat keskenään?
37. Mistä asioista sinä esimerkiksi keskustelit muiden asukkaiden ja työntekijöiden kanssa?
38. Mitä sinä eniten arvostat tämän hoitokodin työntekijöiden työssä?
39. Minkälaisia toiveita haluaisit esittää työntekijöille?
40. Miten ihmiset suhtautuvat mielestäsi täällä hoitokodissa toisiinsa?
41. Miten ihmiset suhtautuvat mielestäsi hoitokodin ulkopuolella sinuun?
42. Miten sinä suhtaudut muihin asukkaisiin, entä työntekijöihin, entä hoitokodin ulkopuolisiin ihmisiin?

#### **f) TYÖNTEKIJÖIDEN MERKITYS ASUKKAAN TERVEYDELLE**

43. Minkälaisissa asioissa tarvitset työntekijän tukea ja ohjausta?
44. Kerro, millä tavalla työntekijät mielestäsi auttavat, tukevat tai ohjaavat asukkaitaan?
45. Miten he sinua ohjaavat? Voitko kertoa jonkun esimerkin?
46. Mitä työntekijät mielestäsi arvostavat työssään?
47. Miten herkästi he huomaavat, jos esimerkiksi sinun terveydessäsi tapahtuu jotain muutosta?
48. Minkälaista koulutusta työntekijöiden työ mielestäsi edellyttää?

#### **g) JÄNNITTEET JA VOIMAVARAT ASUKKAAN TERVEYSPYRKIMYSTEN JA NIITÄ TOTEUTTAVIEN TAHOJEN JA KEINOJEN VÄLILLÄ**

49. Mitä toivot tulevaisuudeltasi?
50. Entä minkälaisena näet tulevaisuutesi?
51. Minkälaiset mahdollisuudet sinulla on toiveiden toteutumiseen täällä ollessasi?

52. Minkälaiset asiat täällä erityisesti tukevat toiveittesi toteutumista?  
53. Minkälaiset asiat aiheuttavat ongelmia toiveiden toteutumisen suhteen?  
54. Miten ongelmia mielestäsi on yritetty ratkaista?  
55. Mitkä ovat sinun voimavarojasi?  
56. Miten voimavarojasi osataan mielestäsi hyödyntää täällä kodissa?

### **YHTEENVETOKYSYMYKS:**

57. Mitä sinä ajattele näistä kysymyksistä - miltä sinusta tuntui vastata niihin?

### **KIITOS!**

\*

\*

\*

\*

**ALEA IACTA EST! eli ARPA ON HEITETTY!**

Nurmijärvi 28.5.97

Hoito- tai palvelukotien perusjoukko kasvoi kaikkiaan 185:een. Suoritin arvonnin 28.5.97 puolisoni ja tyttäreni kanssa 52:sta tutkimusluvan antaneista mielenterveyskuntoutuvien hoitokodeista eri puolelta Suomea. Arpa suosi seuraavia koteja, joihin kaikkiin olen soittanut ja kertonut, kuinka monta asukasta tullaan haastattelemaan ja että te aluesihteerit soitatte jokaiseen viikolla 23 sopiaksenne tarkemmin haastattelun haastatteluajankohdasta ennen juhannusta. (Olen luvannut jokaiselle hoitokodille, että ne pysyvät nimettöminä, siksi en paljasta arvottujen hoitokotien nimiä tutkimuksessa). Soitan teille kaikille aluesihteeereille tämän kirjeen saatuanne. Keskustellaan sitten lisää sen sisällöstä ja haastattelun toteuttamisesta. Parahin terveisin

Eija Mattila, Kyläjoentie 434, 01900 Nurmijärvi, puh. (09) 209 796

## Kooste hoivakotien kartoitustyöstä - hoivakodeista hoito- ja palvelukodeiksi

Keväällä 1996 otin yhteyttä Stakesin Hilmo- (Hoitoilmoitus) rekisteriin, jota kautta arvelin saavani hoitokotien yhteystiedot. Tietojen saamiseksi HILMO:sta minun piti hakea lupaa Stakesin eettiseltä toimikunnalta. Kun sieltä ei alkanut kuulua mitään, otin jälleen yhteyttä Stakesiin ja keskusteltuani useamman henkilön kanssa selvisi, etten tarvitsekaan HILMO:n rekisteritietoja vaan ainoastaan hoito- ja palvelukoteja koskevat toimipaikkatiedot, jotka olivat eri rekisterissä. Nyt asia eteni nopeasti ja sain postitse rekisterin, jossa oli nimi- ja osoitetiedot 120:stä yksityisestä palveluntuottajasta. Aloin opiskella maantietoa selvittääkseni, missä päin Suomea mahdolliset paikkakunnat olivat, joissa kodit sijaitsivat. Rekisteritiedot olivat vieläkin puutteelliset. Niistä ei selvinnyt, minkä alan yrityksestä kulloinkin oli kysymys. Soitin myös Kuntaliittoon selvittääkseni, onko heillä kyseisiä rekisteritietoja. Ei ollut. Sieltä minua pyydettiin selvittämään asiaa jokaisen läänin kanssa. Niinpä soitin jokaisen silloisen 11 läänin lääninlääkärille ja sovimme, että lähetän Stakesin rekisterin lääneihin tarkistettavaksi.

Läänien palautettua rekisteritiedot (olivat jokaisessa läänissä eri tavalla kirjattui-  
na) olin sen verran viisaampi, että pystyin laatimaan kartan palveluntuottajien sijainnista. Edelleenkään en tiennyt, minkälaisia palveluja kyseiset yrittäjät tarjoavat, sillä vain harvassa rekisteritiedossa oli maininta toimialasta. MTKL:sta (Mielenterveyden Keskusliitto) sain tietää Suomen Palvelukotien Liiton olemassaolosta, jonka puheenjohtajaa pyysin lähettämään ko. liiton rekisteritiedot minulle. Vertailin lääneissä kiertänyttä Stakesin rekisteriä ja Palvelukotiliiton rekisteriä toisiinsa ja näin sain karsittua kahteen kertaan esiintyneet yritykset pois. Jäljelle jääneisiin palveluntuottajiin otin seuraavaksi yhteyttä puhelimitse (monen kohdalla numerotiedustelun avulla), sillä tarkoitukseni oli kerätä itselleni ajankohtainen ja paikkansapitävä rekisteri yksityisistä hoito- ja palvelukodeista mielenterveyssektorilla. Samalla kerroin asianosaisille tutkimushankkeestani ja heille lähetettävästä kirjeestä. Tämän 'salapoliisityön' tuloksena minulla oli kädessäni lista 185 hoito- ja palvelukotiyrityksestä, joiden toimialoista olin osittain perillä. Lähetin huhti-toukokuun aikana 1997 näihin koteihin kirjeen (liite 2), jossa kerroin tutkimukseni tarkoituksena olevan seuraavat asiat: 1) selvittää, miten asukkaiden kuntoutumista hoitokodissa tapahtuu, 2) miten henkilöstö ohjaa asukkaitaan heidän kuntoutumisessaan ja terveydentilan ylläpitämisessä, 3) minkälaisia välineitä henkilöstöllä on käytettävissään ja 4) minkälaista tietoa tai tukea henkilöstö tarvitsee ylläpitääkseen työtoiminnassa tarvittavia taitoja.

Lähetin kirjeet palautuskuorineen ja postimerkkeineen 15.4.97 ja uusintakyselyt 29.4. ja 20.5. Kerroin tutkimuksen tarkoituksesta ja lomakkeiden täyttämisen tarpeellisuudesta. Samalla toimitin tutkimuslupalomakkeen koskien asukkaiden haastattelu- ja työntekijöiden kyselylomaketutkimusta. Kaikkiaan sain takaisin 70 palautuskuorta, joista 45 osoittautui mielenterveyskuntoujille tarkoitetuksi hoito- tai palvelukodiksi, jolla nimellä ryhdyin koteja kutsumaan.

## **HOITO- JA PALVELUKOTIASUKKAIDEN KUNTOUTUMINEN**

### **Hyvä hoito- tai palvelukodin työntekijä!**

Kädessäsi on kyselytutkimus yksityisten hoito- ja palvelukotien työntekijöille mielenterveys-sektorilla. Laadin tämän kyselyn kesällä 1997 tekemäni maanlaajuisen asukashaastattelun tulosten pohjalta.

Tähän kyselyyn vastaamisella on erittäin suuri merkitys. Sen tulokset auttavat kaikkia psykiatrasta kuntoutustyötä tekeviä kehittämään entisestään omaa työtään asukkaiden elämän laadun kohentamiseksi ja toiveeni mukaan myös lisäämään keskinäistä vuoropuhelua ja kanssakäymistä yksityisellä sektorilla.

Kyselylomake on täytettävänä 35 yksityisessä hoito- tai palvelukodissa maassamme. Kerron tämän tutkimuksen tuloksista marraskuussa 1999 Mielenterveyskeskuksilla sekä myös mahdollisesti syystalvella järjestettävissä läänikohtaisissa hoito- ja palvelukotiseminaareissa. Jokainen vastaus on luottamuksellinen, eikä kenenkään henkilöllisyys tule kuin tutkijan tietoon.

Nurmijärvellä heinäkuun 26. päivä 1999

Eija Mattila

Kyläjoentie 434, 01900 Nurmijärvi

puh. 09- 2509 796, 040-5350 344, Email: eija.mattila@icon.fi

Koodi \_\_\_\_\_ (tutkija täyttää)

**VASTAAJAN TAUSTATIETOJA:**

Ole hyvä ja rastita tai ympyröi sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastaus huolellisesti sille osoitettuun kohtaan.

20-	30-	40-	50-	60-
29	39	49	59	

1. Ikäsi

2. Sukupuolesi

1. Mies

2. Nainen

3. Koulutuksesi ja valmistumisvuotesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Ammattisi \_\_\_\_\_

6. Mielenterveystyön työkokemuksesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoito- tai palvelukodin nimi \_\_\_\_\_



## KYSYMYKSET I–VI KÄSITTELEVÄT ASUKKAIDEN KUNTOUTUMISPOLKUA

Kysymykset I ja II sisältävät vastausvaihtoehtoja, joista sinun tulee ympyröidä mielestäsi sopivin. (Kaikki tai miltei kaikki = 3, Noin puolet = 2, Vain joitakin yksittäisiä = 1)

(I) Kuinka suuri osa **nais**asukkaista tulee näkemyksesi mukaan hoito- tai palvelukotiinne

	Kaikki tai miltei kaikki	Noin puolet	Vain joitakin yksittäisiä
1. psykiatrisesta sairaalasta	3	2	1
2. kehitysvammalaitoksesta	3	2	1
3. vanhainkodista	3	2	1
4. kuntoutuskodista	3	2	1
5. toisesta hoitokodista	3	2	1
6. mielenterveyskeskuksesta *1)	3	2	1
7. terveyskeskuksesta	3	2	1
8. omasta kodista	3	2	1
9. vanhempien luota	3	2	1

10. jostain muualta, mistä

(II) Kuinka suuri osa **mies**asukkaista tulee näkemyksesi mukaan hoito- tai palvelukotiinne

	Kaikki tai miltei kaikki	Noin puolet	Vain joitakin yksittäisiä
1. psykiatrisesta sairaalasta	3	2	1
2. kehitysvammalaitoksesta	3	2	1
3. vanhainkodista	3	2	1
4. kuntoutuskodista	3	2	1
5. toisesta hoitokodista	3	2	1
6. mielenterveyskeskuksesta *1)	3	2	1
7. terveyskeskuksesta	3	2	1
8. omasta kodista	3	2	1
9. vanhempien luota	3	2	1

10. jostain muualta, mistä

\*1) tarkoittaa mielenterveystoimistoa, päiväosastoa tai -sairaalaa tai päivätoimintakeskusta avohoidossa

Kysymykset III ja IV sisältävät vastausvaihtoehtoja, joista voit ympäröidä mielestäsi sopivimmat. (Kaikkein tärkein syy = 5, Eräs tärkeä syy = 4, En osaa sanoa = 3, Vähemmän tärkeä syy = 2, Ei tärkeä syy = 1)

(III) Mikä on näkemyksesi siitä, miksi **nais**asukkaat yleensä tulevat hoito- tai palvelukotiin?

**Nais**asukkaat siirtyvät mielestäni hoito- tai palvelukotiin asumaan, koska

	Kaikkein tärkein syy	Eräs tärkeä syy	En osaa sanoa	Vähemmän tärkeä syy	Ei tärkeä syy
1. he eivät selviydy muualla	5	4	3	2	1
2. he tulevat toipumaan	5	4	3	2	1
3. he tulevat kuntoutumaan	5	4	3	2	1
4. he tulevat itsenäistymään	5	4	3	2	1
5. he haluavat palvelua	5	4	3	2	1
6. he haluavat hoitoa	5	4	3	2	1
7. ei ole muuta asuntoa	5	4	3	2	1
8. he tulevat lomalle sairaalasta	5	4	3	2	1
9. he tulevat kuntoutumissuunnitelman mukaisesti jatkohoitoon	5	4	3	2	1

10. he tulevat mielestäni myös siitä syystä, että

(IV) Mikä on näkemyksesi siitä, miksi **mies**asukkaat yleensä tulevat hoito- tai palvelukotiin?

**Mies**asukkaat siirtyvät mielestäni hoito- tai palvelukotiin asumaan, koska

	Kaikkein tärkein syy	Eräs tärkeä syy	En osaa sanoa	Vähemmän tärkeä syy	Ei tärkeä syy
1. he eivät selviydy muualla	5	4	3	2	1
2. he tulevat toipumaan	5	4	3	2	1
3. he tulevat kuntoutumaan	5	4	3	2	1
4. he tulevat itsenäistymään	5	4	3	2	1
5. he haluavat palvelua	5	4	3	2	1
6. he haluavat hoitoa	5	4	3	2	1
7. ei ole muuta asuntoa	5	4	3	2	1
8. he tulevat lomalle sairaalasta	5	4	3	2	1
9. he tulevat kuntoutumissuunnitelman mukaisesti sairaalasta jatkohoitoon	5	4	3	2	1

10. he tulevat mielestäni myös siitä syystä, että

Seuraavaan kahteen avokysymykseen (V - VI) haluan näkemyksesi siitä, mitkä mielestäsi ovat kuntoutumisen tärkeimmät tavoitteet

(V) Naisasukkaiden kohdalla

---

---

---

(VI) Miesasukkaiden kohdalla

---

---

---

### **KYSYMYKSET VII ja VIII KÄSITTELEVÄT KOKEMUSTASIASUKKAIDEN OHJAAMISESTA.**

Kysymykset VII ja VIII sisältävät vastausvaihtoehtoja, joista voit valita mielestäsi sopivimmat. (Paljon = 5, Jonkin verran = 4, En osaa sanoa = 3, En juurikaan = 2, En yhtään = 1)

(VII a) Millaiseen toimintaan ohjaat naisasukkaita heidän kuntoutumisessaan?

Ohjaan heitä

	Paljon	Jonkin verran	En osaa sanoa	En juu- rikaan	En yhtään
1. puhumaan minulle tunteistaan	5	4	3	2	1
2. tekemään päätöksiä	5	4	3	2	1
3. osoittamaan tunteitaan	5	4	3	2	1
4. keskustelemaan terveydestään kanssani	5	4	3	2	1
5. selviytymään ilman sairaalahoitoa	5	4	3	2	1
6. elämään rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä	5	4	3	2	1
7. tekemään vapaasti valintojaan	5	4	3	2	1
8. löytämään päivärytmin	5	4	3	2	1
9. selviytymään itsenäisesti	5	4	3	2	1

10. jäämään asumaan nykyiseen hoito- tai palvelukotiin	5	4	3	2	1
11. harrastamaan jotakin	5	4	3	2	1
12. huolehtimaan omasta virkistäytymisestä	5	4	3	2	1
13. löytämään ystäviä	5	4	3	2	1
14. pääsemään työelämään	5	4	3	2	1
15. tekemään kotitöitä hoito- tai palvelukodissa	5	4	3	2	1
16. opiskelemaan	5	4	3	2	1
17. kuuntelemaan muita ihmisiä	5	4	3	2	1

18. Johonkin muuhun toimintaan, mihin

(VII b) Millä tavoin toimit ohjatessasi **nais**asukkaita heidän kuntoutumisessaan? Ohjatessani **nais**asukkaita toimin

	Paljon	Jonkin verran	En osaa sanoa	En juurikaan	En yhtään
19. olemalla tukena	5	4	3	2	1
20. muistuttamalla päivittäisistä toimista (esim. hygienia, lääkehoito)	5	4	3	2	1
21. antamalla vastuuta	5	4	3	2	1
22. palkitsemalla sanallisesti	5	4	3	2	1
23. asettamalla rajoituksia vapauden suhteen	5	4	3	2	1
24. olemalla kumppanina	5	4	3	2	1
25. toimimalla yhdessä heidän kanssaan	5	4	3	2	1
26. hoitamalla heidän terveyttään	5	4	3	2	1
27. muulla tavoin, miten					

(VIII a) Millaiseen toimintaan ohjaat **mies**asukkaita heidän kuntoutumisessaan?

Ohjaan heitä

	Paljon	Jonkin verran	En osaa sanoa	En juu- rikaan	En yhtään
1. puhumaan minulle tunteistaan	5	4	3	2	1
2. tekemään päätöksiä	5	4	3	2	1
3. osoittamaan tunteitaan	5	4	3	2	1
4. keskustelemaan terveydestään kansani	5	4	3	2	1
5. selviytymään ilman sairaalahoitoa	5	4	3	2	1
6. elämään rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä	5	4	3	2	1
7. tekemään vapaasti valintojaan	5	4	3	2	1
8. löytämään päivärytmin	5	4	3	2	1
9. selviytymään itsenäisesti	5	4	3	2	1
10. jäämään asumaan nykyiseen hoito- tai palvelukotiin	5	4	3	2	1
11. harrastamaan jotakin	5	4	3	2	1
12. huolehtimaan omasta virkistytymisestä	5	4	3	2	1
13. löytämään ystäviä	5	4	3	2	1
14. pääsemään työelämään	5	4	3	2	1
15. tekemään kotitöitä hoito- tai palvelukodissa	5	4	3	2	1
16. opiskelemaan	5	4	3	2	1
17. kuuntelemaan muita ihmisiä	5	4	3	2	1
18. Johonkin muuhun, mihin					

(VIII b) Millä tavoin toimit ohjatessasi **mies**asukkaita heidän kuntoutumisessaan?

Ohjatessani **mies**asukkaita toimin

	Paljon	Jonkin verran	En osaa sanoa	En juurikaan	En yhtään
19. olemalla tukena	5	4	3	2	1
20. muistuttamalla päivittäisistä toimista (esim. hygienia, lääkehoito)	5	4	3	2	1
21. antamalla vastuuta	5	4	3	2	1
22. palkitsemalla sanallisesti	5	4	3	2	1
23. asettamalla rajoituksia vapauden suhteen	5	4	3	2	1
24. olemalla kumppanina	5	4	3	2	1
25. toimimalla yhdessä heidän kanssaan	5	4	3	2	1
26. hoitamalla heidän terveyttään	5	4	3	2	1

27. muulla tavoin, miten

**AVOKYSYMYKSET IX–XII KÄSITTELEVÄT HOITO- JA PALVELUKOTIA YHTEISÖNÄ, SEN SÄÄNTÖJÄ, TYÖNJAKOA JA YHTEISTYÖTÄ SEKÄ ASUKKAIDEN KUNTOUTUMISEEN KÄYTETTÄVIÄ VÄLINEITÄ**

(1X) Mitkä ovat mielestäsi hoito- tai palvelukotiyhteisönne tärkeimmät ominaisuudet koskien

1. ilmapiiriä,
2. omaasi ja asukkaan asemaa yhteisössä tai
3. jotain muuta ominaisuutta, mitä

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(X) Millaisia sääntöjä on mielestäsi hoito- tai palvelukotiyhteisössänne koskien

1. päiväjärjestystä,
2. kodin "pelisääntöjä",
3. asukkaiden oikeuksia ja velvollisuuksia,
4. sopimusten tekoa (mm. erilaiset ryhmät tai kokoukset tai kahdenkeskiset sopimukset), tai
5. joitain muita sääntöjä, mitä

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(XI) Millaisesta työnjaosta ja yhteistyöstä olet mielestäsi sopinut asukkaiden ja työntekijöiden kesken koskien

1. sitä, minkälaista työtä asukkaat tekevät ja miten he viettävät vapaa-aikaansa,
2. sitä, mitä asukkaat tekevät yksin ja mitä yhdessä muiden asukkaiden tai työntekijöiden kanssa,
3. yhteistyötä muiden yksityisten hoito- tai palvelukotityöntekijöiden kanssa,
4. yhteistyötä muiden kuntoutustyöntekijöiden kanssa,
5. yhteistyötä asukkaiden omaisten tai muiden läheisten kanssa tai
6. jotain muuta työnjakoon tai yhteistyöhön liittyvää, mitä

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(XII) Millaisia aineellisia ja henkisiä välineitä hoito- tai palvelukodissanne on mielestäsi käytössä koskien

1. tiloja ja välineitä, joita asukkailla on käytettävissään, (mm. huonetila, vapaa-ajan vietto, raha yms.),
2. tiloja ja välineitä, joita sinulla on käytettävissäsi, (mm. toimisto- tai sosiaalitalat)
3. asioita, joita asukkaat näkemyksesi mukaan pitävät itselleen tärkeinä kuntoutumisessaan,
4. asioita, jotka sinun mielestäsi ovat tärkeitä asukkaiden kuntoutumisessa,
5. periaatteitasi, joita sinulla on työssäsi,
6. täydennyskoulutusta, työnohjausta, kehittämisprojekteja tms.
7. retkiä tai juhlia tai
8. joitain muita välineitä, mitä



1. 

---

---
2. 

---

---
3. 

---

---
4. 

---

---
5. 

---

---
6. 

---

---
7. 

---

---
8. 

---

---

**KAKSI VIIMEISTÄ AVOKYSYMYSTÄ (XIII ja XIV) KÄSITTELEVÄT NYKYISESSÄ KUNTOUTUSTYÖSSÄSI KOHTAAMIASI PULMIA JA NIIDEN RATKAISUJA. MIKÄLI TYÖSI ON (OLLUT) TÄYSIN ONGELMATONTA, VOIT SIIRTYÄ VIIMEISEEN KYSYMYKSEEN, JOKA KÄSITTELEE TYÖSI HYVIÄ PUOLIA.**

(XIII a) Minulla on (ollut) pulmia

---

---

(XIII b) Olen ratkaissut pulmani seuraavalla tavalla:

---

---

(XIV) Pidän työstäni, koska

---

---

Vapaa sanasi tutkijalle!

---

---

P.S. Lähetä vastauslomakkeesi yhdessä muiden työtovereidesi vastauslomakkeiden kanssa niille varatussa kirjekuoressa, jonka postimaksu on maksettu, viimeistään kolme viikkoa kyselylomakkeen vastaanottamisesta!

Sydämellinen kiitos vaivannäöstäsi

Eija Mattila

**Keski-Uudenmaan Sopimuskodin toiminnanjohtajan haastattelua ohjaavat kysymykset**

- Miten Sopimuskodin toiminta on muuttunut sen perustamisesta tähän päivään?
- Minkälaisien asioiden näet vaikuttaneen muutokseen?
- Ketkä ovat mielestäsi tekijöitä Sopimuskodissa? Miksi?  
Mitä muutosta tapahtunut?
- Entä mikä (kuka) on toiminnan kohde? Entä tulos?  
Mitä muutosta tapahtunut?
- Kerro Sopimuskodin yhteisöstä! Mitä muutosta tapahtunut?
- Mitkä asiat ohjaavat Sopimuskodin toimintaa (säännöt yms)?  
Mitä muutosta tapahtunut?
- Miten työnjako on kehittynyt?
- Millaisia välineitä kuntoutumistyössä käytetään ja on käytetty?  
Teoreettiset mallit, konkreetit työkalut?



### **Kuntoutumiskodin toimintaa ohjaavat periaatteet:**

#### **Kunnioitus:**

- \* Jokaisella on oikeus omaan yksityiselämäänsä, johon puututaan vain yksilön sallimissa rajoissa
- \* Jokaisella on oikeus omiin mielipiteisiin, kenelläkään ei ole oikeutta tyrkyttää mielipiteitään tai elämäntapaansa toiselle ainoana oikeana vaihtoehtona.
- \* Kaiken toiminnan tulee olla perusteltua.

#### **Luottamus:**

- \* Tehdyistä sopimuksista tulee pitää kiinni.
- \* Yksityisasiat pidetään yksityisasioina, tietojen vaihtamiseen tulee olla asianomaisen lupa.

#### **Samanarvoisuus:**

- \* Jokainen ansaitsee kunnioituksen omana itsenään.
- \* Toimintaa toteutetaan vastaten mahdollisimman yksilöllisesti kunkin tarpeisiin.
- \* Tehdyistä sopimuksista kiinnipitäminen koskee myös työntekijöitä.

#### **Kokonaisvaltaisuus:**

- \* Autetaan mahdollisuuksien mukaan kaikissa asioissa, joihin asiakas pyytää apua, koska asia sitten psyykkistä tai fyysistä hyvinvointia, ihmissuhdeongelmia, kasvatausta, taloudellista ahdinkoa tms.
- \* Asiakkaan asioissa otetaan huomioon ja mukaan perhe, omaiset, ystävät ja muut hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tahot.

#### **Vapaaehtoisuus:**

- \* Jokaisella on mahdollisuus itse ratkaista, mihin toimintaan ja miten paljon osallistuu.

#### **Vastuullisuus:**

- \* Jokaisella on oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä ja sopimuksia, mutta myös vastuu niiden toteutumisesta.
- \* Asiakkaat hoitavat mahdollisimman paljon heitä itseään koskevia asioita, työntekijät auttavat tarvittaessa (eivät tee puolesta).
- \* Asioista neuvotellaan ja päätetään yhteisissä palavereissa.



## Hoito- ja palvelukotien asukkaiden taustatiedot

Taulukko 11. Nais- ja miesasukkaiden siviilisäät

Naimisissa	Naimaton	Leski	Eronnut
M / N	M / N	M / N	M / N
1 / 3	28 / 11	0 / 4	2 / 1

Taulukko 12. Asukkaiden koulutus

Korkea-aste	Ammatillinen koulutus	Toinen aste	Peruskoulu
M / N	M / N	M / N	M / N
1 / 2	5 / 2	1 / 1	25 / 17

Taulukko 13. Asukkaiden ammatti

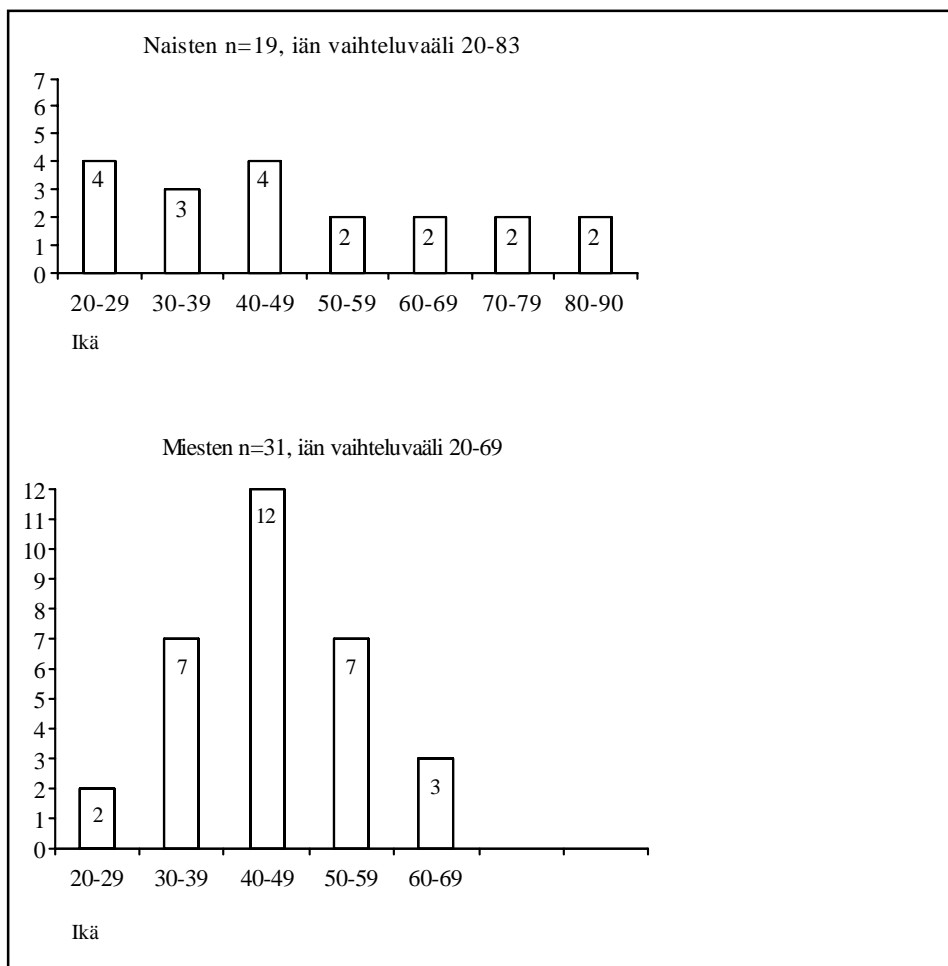
Eläkeläinen	Ei ammattia	Jokin koulutusammatti
M / N	M / N	M / N
31 / 19	14 / 8	13 / 7

Taulukko 14. Hoito- tai palvelukodissa asumisen aika

N lm	Aika/v.					
	1v	2v	3v	4v	5v	6v
9						
8						
7						
6						
5		x				
4	x					
3						
2						
1			x	x	x	x

M lm	Aika/v.								
	1v	2v	3v	4v	5v	6v	7v	8v	9v
9									
8									
7									
6									
5	x								
4		x			x				
3			x						
2									
1						x	x		x

Taulukko 15. Nais- ja miesasukkaiden ikäjakauma



Taulukko 16. Mistä asukas tullut hoito- tai palvelukotiin?

Naisasukkaat

- Sairaala (9)
- Kehitysvammalaitos
- Vanhainkoti
- Kuntoutuskoti
- Toisen koti
- Äidin luota
- Oma koti
- Miehen luota

Miesasukkaat

- Sairaala (22)
- Hoitokoti
- Oma yksiö
- Ei muista
- Yksityinen vuokranantaja
- Mielenterveyskeskus



Taulukko 17. *Miksi asukas tullut hoitokotiin?*

Naisasukkaat

EI PÄRJÄÄ MUUALLA (7)  
harhat painaa (2)  
sairastui vakavasti  
epäluuloisuus, kuvittelu  
samojen asioiden toistaminen  
jaloista tulin vaivaseks  
ei voi asua yksin

TÄYTYI LÖYTÄÄ  
TOIPUMISPAIKKA  
KUNTOUTUMAAN (3)  
ITSENÄISTYMÄÄN (3)

Miesasukkaat

EI PÄRJÄÄ MUUALLA (12)  
ei voi asua yksin  
kotona paljon ongelmia  
ei oo vielä normaalissa kunnossa  
ei oo yksistään asujaks  
ääniä kuuluu (5)  
yksiössä tuli mielenterveysongelmia  
vanhemmat on vanhoja ja heikkoja  
tai kuolleet (2)  
EI OO MUUTA ASUNTOA (5)  
LOMAJAKSOLLE  
SAIRAALASTA (2)  
JATKOHOITOON SAIRAALASTA (4)  
PALVELUJEN TAKIA  
EI MUISTA  
KUNTOUTUMAAN



**Hoito- ja palvelukotien työntekijöiden taustatiedot**Taulukko 20. *Hoito- ja palvelukotityöntekijöiden ikäjakauma ja sukupuoli*

Ikä	n	Sukupuoli	
		Naiset	Miehet
20-29	11	8	3
30-39	28	24	4
40-49	42	35	7
50-59	15	13	2
60-69	1	1	0
Tyhjä	1	1	0
Yhteensä	98	82	16

Taulukko 21. *Hoito- ja palvelukotityöntekijöiden koulutus ja osuus kaikista vastaajista***Ensimmäinen koulutusammatti**

Mielisairaanhoitaja / mielenterveyshoitaja	25 %
Sairaanhoitaja (psyk)	18 %
Sairaanhoitaja (muu ala)	3 %
Lähihoitaja / perushoitaja / apuhoitaja	19 %
Röntgenhoitaja	1 %
Terveystenhoitaja	1 %
Terveystenhoitajan maisteri	2 %
Lastenhoitaja	1 %
Sosiaalikasvattaja, sosiaaliohjaaja	4 %
Kodinhoitaja, kotiaavustaja, laistoshuoltaja	16 %
Merkantti, merkonomi, myyjä	3 %
Ravitsemusalan työntekijä	3 %
Teknikko	1 %
Ei ammattia	1 %
Tyhjä	2 %
Yhteensä	100 %

## **Toinen koulutusammatti**

---

Tyhjä	75 %
Sairaanhoitaja	9 %
Hoitoalan koulutuksessa	3 %
Lähihoitaja	3 %
Mielenterveyshoitaja	2 %
Aikuisopettaja	1 %
askarruttaja	1 %
lastenhoitaja	1 %
lähiavustaja	1 %
lähikasvattaja	1 %
perheterapeutti	1 %
sosiaali- ja terveysalan avustava koulutus	1 %
yrittäjäkoulutus	1 %
Yhteensä	100 %

---

## **Kolmas koulutusammatti**

---

Hoitoalan koulutuksessa	2 %
Tyhjä	98 %
Yhteensä	100 %

---

Taulukko 22. *Ammatti*

## **Ensimmäinen ammattinimike**

---

Kuntoutustyöntekijä	19,4 %
Hoito- tai palvelukodin johtaja, yrittäjä	18,3 %
Psykiatrinen sairaanhoitaja	14,3 %
Ohjaaja	13,3 %
Mielenterveyshoitaja	11,2 %
Kodinhoitaja	5,1 %
Ravitsemustyöntekijä	4,2 %
Tyhjä	4,2 %
Lisäksi ilmoitettiin ensimmäiseksi ammatiksi askarruttaja (1), hoitaja (2),hoitoapulainen (1), kotiavustaja (1), laitoshuoltaja (1), projektipäällikkö (1), talonmies (1), talousasioiden ja kiinteistön hoitaja (1), yöhoitaja (1)	10 %
Yhteensä	100 %

---

**Toinen ammattinimike**

---

Tyhjä	89,8 %
Ohjaaja	4,1 %
Hoito- tai palvelukodin johtaja, yrittäjä	3,1 %
Mielenterveyshoitaja	2,0 %
Askarruttaja	1,0 %
Yhteensä	100 %

---

Taulukko 23. *Työkokemus***Työkokemus vuosissa**

---

6 - 37 vuotta	45,9 %
5 vuotta	16,3 %
4 vuotta	7,1 %
3 vuotta	4,1 %
2 vuotta	10,2 %
> 1 vuotta	8,2 %
Tyhjä	8,2 %
Yhteensä	100 %

---



## **Suositusohjelma mielen kuntoutujien ohjaustoiminnan kehittämiseksi ohjaavan kuntoutuksen suuntaan**

### **1. PERUSTETAAN OHJAUSTOIMINNAN KOULUTUS- JA PALVELUKESKUS**

Eräänä asukkaiden vaikuttamisen kanavana voi toimia ohjaustoiminnan koulutus- ja palvelukeskus, jossa mielen kuntoutujia koulutetaan nykyistä enemmän kuntoutuksen asiantuntijoiksi ja kouluttajiksi, vertaistukijoiksi toisille mielen kuntoutujille ja oireenhallinta- ja oma-apuryhmien vetäjiksi. Koulutusta voidaan järjestää samanaikaisesti myös sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöille ja opiskelijoille.

Jokaisen kuntoutujan kanssa rakennetaan hänelle sopiva kuntoutuja-curriculum, oma henkilökohtainen opetussuunnitelma, jonka mukaisesti hän voi opiskella itselle tärkeitä asioita. Ohjausta on tarjolla kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan. Koulutusta järjestävien ja siihen osallistuvien yhteistoiminnan lähtökohtana on kuntoutujan oman osaamisen huomioonottaminen ja osallistumisen tukeminen ja palkitseminen. Koulutus- ja palvelukeskus voi toimia mallina ohjaavasta yhteisöstä, joka asumispalvelujen ohella tarjoaa koulutusta mm. kurssimuotoisesti. Näistä asioista ei luennoida, vaan niitä harjoitellaan ja koetaan yhdessä. Yhteisiä kokemuksia puretaan auki luomalla niistä kokemustietoa. Tärkeätä on osoittaa oppimista, jota yksilölliset kokemukset jokaisen omalla kohdalla tuottavat. Tärkeää on toimijoiden kommunikatiivinen ja sosiaalinen toiminta.

### **2. ELÄMISENTAITOJEN OPETUSHARJOITTELUSTA SOSIAALISEEN JA KOMMUNIKATIIVISEEN TOIMINTAAN**

Kun kukin yhteisön jäsen kertoo muille yhteisön jäsenille, mitä esimerkiksi arjen perusasioista selviytyminen omalla kohdalla merkitsee, se lisää ensinnäkin ymmärrystä omaa toimintaa kohtaan ja sen lisäksi keskinäistä ymmärrystä toisia yhteisön jäseniä ja heidän toimintaansa kohtaan. Samalla se voi muuttaa tai poistaa urautuneita käsityksiä ja tottumuksia, jotka ovat kehityksen jarruna. Kuntoutuksen ei tarvitse olla sitä, mitä se on ollut. Historialla on kuntoutuksessa merkitystä, etenkin kokemushistorialla. Siitä vapaudutaan uuden kokeilemiseen ja kokemiseen, kun se avataan yhteisön jäsenten ja yksilön sallimissa rajoissa. Lisääntyvä ymmärrys antaa yhteisön jäsenille luvan pysähtyä ja nauttia keskeneräisyydestä, sillä yhtäläillä se ilmentää toiminnallisen yhteisyyden muotona välittämistä, huolenpitoa ja kehittymistä.

### 3. KUNTOUTUMISEN TAVOITTEEKSI TÄMÄN HETKISYYDEN YLITTÄMINEN JA SIINÄ ILOIN JA NAUTINNON KOKEMINEN

Ohjaava kuntoutus on kuntoutujan kokemusmaailman kokonaisuuden huomioonottamista. Ohjaavassa kuntoutuksessa ei tarkastella vain tätä hetkeä. Kuntoutujan menneisyys on täynnä erilaisia kokemuksia, joiden käsitteleminen ja luominen kokemustiedoksi vahvistaa kuntoutujaa uskossaan huomisen rakentumisesta. Kuntoutujan vahvistuminen kehittymissään rohkaisee vaikutusvaltaisuuteen, itsearvostukseen ja ilon ja nautinnon kokemiseen.

### 4. ARVOTETAAN MIELEN KUNTOUTUJAN VAPAA-AIKA JA VIRKISTYSTOIMINTA SAMANARVOISEKSI PÄIVÄTYÖN KANSSA

Mielenterveyskuntoutus on perinteisesti korostanut kuntoutujan kehittymistä toiminnallisuudessa, joka on rajautunut päivätyön strukturoimiseen ja ohjelmoimiseen. Kuntoutujan päivä täyttyy useimmiten kuitenkin runsaasta vapaa-ajasta, jonka hän on saanut käyttää melko omaehtoisesti. Vapaa-ajan mielekkääseen käyttämiseen kuntoutuja tarvitsee yhtäläillä tukea ja ohjausta kuin päivätyöstä selviytymiseen. Ohjaava kuntoutus tähtää mielen kuntoutujan vapaa-ajan ja virkistystoiminnan arvottamiseen samanarvoiseksi päivätyön kanssa. Kuntoutujan vapaa-aikaa ei ole tarkoitus kuitenkaan ohjelmoida ennalta suunnitellun kaavan mukaan, vaan siihen tulee sisällyttää spontaaniutta ja sattumanvaraisuutta, joustavuutta ja yllätyksellisyyttä.

### 5. INTEGROIDAAN HOITO JA KUNTOUTUS VASTAAMAAN MIELEN KUNTOUTUJAN YKSILÖLLISEN OHJAUKSEN TARVETTA

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on hämmentänyt hoitoa ja kuntoutusta tarjoavia tahoja siinä määrin, että myös kuntoutujat ovat hämmentyneet avun saamisen suhteen. Hoidon ja kuntoutuksen limittäminen kuntoutujan yksilöllisen ohjauksen tarpeen mukaan voi ennemmin huojentaa kuin hämmentää hoidon ja kuntoutuksen ammattilaisten tehtäväkenttää. Hoidon ja kuntoutuksen limittäminen turvaa myös mielen kuntoutujan avun jatkuvuuden.

### 6. HOITAJASTA TAI KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÄSTÄ KUNTOUTUMISEN OHJAAJAKSI

Kuntoutumisen ohjaaja on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, joka hallitsee ohjaukselliset interventiot. Hän tuntee vastuuta mielen kuntoutujan kuntoutumisesta. Hän kykenee kohtaamaan mielen kuntoutujan yksilönä ja tunnustamaan tämän elämämaailmassa kokemuksen merkityksen, käsittelemään sitä ja luomaan siitä yhdessä kuntoutujan kanssa oppimisen kannalta merkityksellistä kokemustietoa. Kuntoutumisen ohjaaja kykenee itse toimimaan mallina kokemisesta.



## 7. HOITO- JA PALVELUYHTEISÖISSÄ TIEDOSTETAAN ASIAKKAIDEN YKSILÖ- JA YHTEISÖRYTMIN PARADOKSILUONNE JA HYÖDYNNETÄÄN SITÄ

Ohjaavassa kuntoutuksessa mielen kuntoutujaa ohjataan oppimaan ottamalla huomioon se ympäristö tai yhteisö, jossa hän elää ja johon hän kuuluu. Tämä toteutuu esimerkiksi tutkimalla mielen kuntoutujien yksilöllisiä ja yhteisöllisiä kokemuksia ja olettamuksia kriittisistä tapahtumista heidän omassa kokemushistoriassaan. Näitä kriittisiä tapahtumia voivat olla esimerkiksi terveydentilaan liittyvät kokemukset kuten sairastuminen, terveydentilan huononeminen tai toipuminen, yksinäisyyden kokemus, itsetuhoisuus jne. Kriittisiä tapahtumia voivat yhtä lailla olla mitkä tahansa muut mielen kuntoutujan elämismailmaan sisältyvät merkityskokemukset, joita hänen yhteisössään tai ympäristössään halutaan ryhtyä käsittelemään. Oireenhallinta- ja oma-apuryhmät sekä psykoedukatiivinen perhetyö ovat hoidossa ja kuntoutuksessa käytössä olevia esimerkkejä kuntoutujien elämässä koettujen kriittisten tapahtumien yhteisöllisestä tutkimisesta.

## 8. LAAJENNETAAN MIELEN KUNTOUTUJAN TURVAPIIRIÄ

Yksityiset mielenterveystyön hoito- ja palvelukodit ovat monella tavalla sidoksissa ympäristöönsä. Toiminnallinen yhteisöllisyys merkitsee yhteisön jäsenten toimimista vuorovaikutuksessa keskenään ja ympäristön kanssa. Mielen kuntoutujan turvapiiriin laajentamisessa on kysymys yhteiskuntaan integroivasta toiminnasta, johon ohjaava kuntoutus tähtää.

## 9. OHJAAVA KUNTOUTUS MIELEN KUNTOUTUJAN KUNTOUTUMISEN TUKEMISEEN JA EDISTÄMISEEN

Ohjaavan kuntoutuksen käyttöön ottaminen mielenterveyskuntoutuksessa merkitsee kuntoutumisen ohjaajien sitoutumista tunnustamaan ohjaavaa kuntoutusta kannattavien ohjenuorien olemassaolo ja pyrkimystä toimimaan niiden mukaisesti. Kuntoutumisen ohjaajan suhde mielen kuntoutujaan on eettinen. Se tarkoittaa vastuullista sosiaalisuutta, vastuuta toisesta. Kuntoutumisen ohjaaja luottaa mielen kuntoutujan kehitykseen ja ymmärtää kokemuksen merkityksen ja sen tulkitsemisen välttämättömänä ohjauksen interventiona kuntoutustyössä. Kuntoutumisen ohjaaja on tärkeä ohjauksen osapuoli, joka toimijana kuntoutujan kehittyessä itse kasvaa ja kehittyy.



## TUTKIJAN KERTOMUS

Tutkimusprojektini aiheen valinta perustuu pitkälti käytännön työkokemukseeni. Olen työskennellyt erilaisissa pienyhteisöissä mielenterveyssektorilla. Olen seurannut, ohjannut, kehittänyt ja valvonut psykiatrisen sairaalan sisällä asuntolaitoimintaa ja luotsannut sairaalan perhehoitoa 1980-luvulla. Perhehoidolla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa sairaalan ulkopuolisiin, vieraisiin perheisiin sijoitetaan aikuisia psykiatrisen sairaalan pitkäaikaipotilaita kokemaan uutta perheenjäsenyyttä ja tämän kokemuksen kautta mahdollisesti kuntoutumaan ja siirtymään omaan itsenäiseen asumismuotoon. Työhöni on liittynyt sekä ammatillista että ammattiyhdistyksellistä taistelua (ei yhtään liioiteltu ilmaus sairaaloiden johtosääntökiistojen aikaan) hoitohenkilöstön ja sen kautta myös potilaiden etujen ajamisen puolesta. 13-vuotinen sairaalatyökokemus houkutteli sitten sairaanhoidon opettajan uralle.

Opettajakoulutuksessa tutkin psykiatristen pitkäaikaipotilaiden käsityksiä portaitaisesta kuntoutuksesta sairaalahoidon aikana. Silloin se iski; tutkimisen hinku. Tiesin alitajuisesti (jos alitajuisesti voi tietää), että mahdollisesti myöhemmin tutkin lisää kuntoutumisen ilmiötä. Niin monia kysymyksiä aihe herätti. Tohtori Toivo Heikkurinen ohjasi silloista opinnäytetyötäni ja kannustavalla otteellaan hän sai minut tietämättäni ”koukkuun” tutkijan uralle. Opettajaksi valmistumisen jälkeen hakeuduin työnohjaajakoulutukseen, sillä ohjauksen ilmiö ja ihmisenä kehittyminen ovat asioita, jotka ovat minua askarruttaneet, eritoten ohjaajan ja ohjattavan välinen suhde. Koin riittämättömyyttä ohjauksen suhteen myös opettajana. Työnohjaajaksi valmistumisen jälkeen asettauduin kasvatustieteilijäksi. Kliinikko – esimies – opettaja – tutkija. Siinä haastetta yhdelle ihmiselle. ”Tulla lujaksi, pysyä pehmeänä - siinä on haavetta yhdelle elämälle” (Tommy Taberman). Tässä tutkijan kertomuksessani keskityn lähinnä tarkkailemaan omaa tutkijan rooliani suhteessa yhteisötutkimukseen.

Tutkijassa itsessään on metodologinen ulottuvuus, jota on tarkasteltava sekä käytännöllisesti että filosofisesti (Salner 1989, 47–71). Se, mitä tutkija on inhimillisenä olentona – mikä on hänen ihmiskäsityksensä ja kuinka hyvin hän pystyy huolehtimaan tutkimusprosessin sisällöstä, vaikuttaa suuresti tutkimuksen lopputulokseen. Salner painottaa useita asioita tutkijan roolissa.

Ihmistutkijana minun tulee olla enemmän kuin tuttava muodollisen tieto-opin ja siihen liittyvien filosofisten ja metodologisten keskustelujen kanssa. Filosofisen analyysin on oltava sisäinen osa minua. Onko se tässä tutkimuksessa esimerkiksi sitä, kun pohdin sitoutumistani humanistiseen ihmiskäsitykseen? Onko se sitä, kun tutkin suhtautumistani kohti toiseutta niin, että tämä toinen säilyttää täysin minusta irrallisen itsensä? Onko se ehkä sitä, jota Yläkotola ja Suoranta (1999,

307–316) kuvaavat etenemiseksi ihmisen ja inhimillisyyden humanistisesta määrittelystä kohti bioparadigmaa? He kirjoittavat, että “seuraavan vuosituhannen ajattelun keskeinen trendi on ylittää valistuksen dialektiikka ja humanistinen, ihmiskeskeinen maailmankuva”. Bioparadigmaa (biokulttuuria) määrittelevä yhteisö koostuu mediataiteilijoista ja -tieteilijöistä, biotekniikan tutkijoista ja myös mielen filosofeista, joksi toivon kasvavani. Bioparadigma on todellisuuden jaetussa näkemisessä tapahtuvaa ja osin jo tapahtunutta murrosta.

Sosiaalisen kontekstin kompleksisuuden kohtaamista on helpottanut avointen systeemien analysoimisen harjoittelu työelämässä. Tutkimalla pieniyhteisöjä olen edelleen kiinni systeemeissä. On itse asiassa paradoksista, sillä toisaalta pyrin tutkimuksessani vapautumaan kuntoutumista ohjaavista taustasysteemeistä etsimällä siihen uusia merkityksiä ja kuitenkin systeemit ovat kaiken aikaa läsnä. Tällä tutkijan kertomuksella pyrin jalostamaan herkkyyttäni lisätäkseni tutkimuksen arvoa. Pyrin herättämään, taivuttamaan ja virittämään myös lukijan osallistumaan inhimilliseen keskusteluun merkityksen ongelmasta (myös Rauhala 1990, Lehtonen 1992 ja Jokinen ym. 1991).

Tutkijan “havainnoitsijan” rooliin (liitän havaintoihin Downeyn ja Irelandin (1985, 181–183) mukaisesti myös ihmisten kokemukset ja käsitykset) liittyy niin paljon subjektiviteettia, että avautuminen itselleen ja olemalla vilpittömän rehellinen vaatii syvällistä paneutumista tutkimuksen teon eettisiin kysymyksiin. Työskentelen tutkijana todella herkällä maaperällä, tutkimusaiheeni on sitä. Yhteisön tutkimus on mutkikasta, vaikka en puuhaa terapeutin yhteisön parissa (Isohanni 1986, 154). Yhteisön tutkimuksessa voidaan tarkastella sen rakenteen, prosessin ja tuloksen laatua. Tässä tutkimuksessa olen keskittynyt kuntoutumisen ohjauksen prosessiin lopputulosta enemmän siitä huolimatta, että kuntoutumisen tuloksella on suuri merkitys. Yhteisön tuloskriteereiden pitäisi Isohannin mukaan (1986, 155) selvittää myös tekemisen haittoja; omaan tutkimukseeni sovellettuna kuntoutuksen haittoja. Tätä tutkimus kuitenkin harvoin tekee. Kuntoutuksen tavoitteenahan on kasvava aikuisuus ja autonomia, josta tutkimushenkilöt mielellään kertovat, mutta kuntoutus voi myös käynnistää tai ylläpitää taantumisen noidankehää. Juuri haittojen tunnistamiseksi olen valinnut ihmisen työtoiminnan rakennemallin jäsentämään aineistoa. Mallin luonteeseen kuuluu sen osatekijöiden välisten jännitteiden tai ristiriitojen tunnistaminen ja osoittaminen.

Mielenterveyskuntoutuksen tutkimus vaatii sekä luonnontieteellistä että ihmistieteellistä tutkimustraditiota (Isohanni 1986, 158). Molempia tutkimustraditioita tarvitaan tutkittaessa hoito- tai palvelukotiyhteisön mutkikasta todellisuutta. Tieteellisen psykiatrian tutkimus on lyhyt, noin yhden vuosisadan mittainen. Tänä aikana se on nojannut luonnontieteelliseen tutkimustraditioon. Galileinen, positivistinen ja reduktionistinen perinne ei kuitenkaan tavoita yhteisön kompleksia kokonaisuutta. Sen tavoittamiseen aristoteelinen ajattelu pyrkii etsiessään järjestyä, tietä kaaoksesta kosmokseen (emt. 1986, 159).

Moderni tutkimus edellyttää näiden molempien traditioiden muuntamista toisiaan hyödyntäväksi ja täydentäväksi kokonaisuudeksi silloin, kun se on tutkimusmenetelmällisesti perusteltua ja välttämätöntä. Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa fenomenologis-hermeneuttisen ja positivistisen tutkimuksen harkittua yhdistämistä. Näin voin tutkijana suuntautua sekä yksityiskohtiin että kokonaisuuteen. Monitie- teinen ja -metodinen lähestyminen tuo parhaimmillaan uutta tietoa ja käytännön malleja kliiniseen työhön. Pluralistinen metodiikka kunnioittaa ihmisen, ihmisyh- teisön ja asiakastyön monivivahteista luonnetta.

Yhdistän tässä tutkimuksessa molemmat tutkimusmenetelmät siitäkkin huolimatta, että niiden yhdistämisen vastaista argumentaatiota on esitetty varsin perustellusti (mm. Kaikkonen 1999, 427–435). Tutkimusotteiden yhdistämisen ajatellaan aihe- uttavan tutkimukselle sisäisen ristiriidan. Eikö tämä ristiriita juuri johda uusiin oivalluksiin? Eikö juuri se ohjaa tutkijaa refleктоimaan mennyttä ja nykyhetkeä ja visioimaan tulevaa? Ei kvaliteetista tule kvantiteettia tai päinvastoin (paitsi joskus voidaan määränkin ajatella olevan laatua, vrt. esim. aika, riittävästi ihmisiä tms.), enkä ole muuttamassa tutkimustraditioiden perusluonnetta. En kuitenkaan näe niiden ominaisuuksien yhdistämisen vähentävän ihmistutkijan kietoutumista tutki- muskohteena olevaan ihmiseen ja hänessä tapahtuviin prosesseihin. Ajattelen, että tämä tutkimusmenetelmällisten traditioiden yhdistäminen auttaa kasvamaan luon- nollisesta egoismista ja kartesiolaisesta dualismista fenomenologiseen asentee- seen eli etiikkaan (Wallenius 1992, 201).

Fenomenologia on sitoutumista sen tunnustamiseen, että kaikki havaintomme, tie- tomme ja kokemuksemme on mahdollista ja myös ymmärrettävää vain tietyissä situaatioissa (Vilkkä 1992, 34–35). Hermeneuttinen tieteenfilosofia pohjaa kah- teen peruslähtökohtaan: ensinnäkin kaikki ymmärtäminen on yhteyksissään ym- märtämistä (myös Rauhala 1983, 1988) ja toiseksi tutkija on osa tutkimusproses- sia. Hermeneuttisen tutkimuksen tiedonintressi tässä tutkimuksessa tarkoittaa oh- jauskokonaisuuden ymmärtämistä, tulkitsemista ja muuttamista hoito- ja palvelu- kotiyhteisöissä. Tulkinnan tulos, syntynyt ymmärrys, perustuu minun esiryymär- rykseeni. Syntynyt ymmärrys ja esiyymärrys muodostavat dialektisessa suhtees- sa hermeneuttisen kehän, jolloin lopputuloksena on jatkuvasti tarkentuva kuva to- dellisuudesta (Isohanni 1986, 159–161, Varto 1992b, 69).

Olen kokenut tilanteita, jotka ovat imaisseet minut hyvin syvälle tutkimusaihetta- ni. Miten mahtavatkaan kuntoutuksen toimijat ja tiedeyhteisö lämmentä esiyymär- rykselleni, ymmärrykselleni ja tulkinnoinni, kun tutkimustulokset tulee kuiten- kin esittää osana tieteellistä debattia ja dialogia, jossa todellisuus on sosiaalisesti rakentunut. Olen kiinnittänyt erityistä huomiota valitsemieni menetelmien vaiku- tukseen niin tutkimusprosessin kulkuun, siihen kontekstiin, missä tutkimus on suoritettu kuin myös siihen tapaan, millä tulokset parhaiten ovat käytettävissä. Jari Vuoren (1995) ilmaisua lainatakseni olen opiskellut herkkyyttä ja hienotunteisuutta – toivottavasti olen oppinut.



Taulukko 10c. *III tutkimusvaihe, aineiston sisällön analyysi, tutkimuskysymys*  
2. Naisasukkaat

Tutkimuskysymys	Teemahaastattelun mukaiset teema-alueet	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely	Abstrahointi
2. Miten asukkaiden terveyspyrkimyksiin vastataan?	<p>Työntekijöiden merkitys</p> <p>- Tuen, ohjauksen tarve</p>	<p>- tuoll pesuis käyttää, en mie yksin...</p> <p>- jos en pääse jostain asiasta yli, niin turvaudun henkilökuntaan</p> <p>- koulun käynnissä tarvin tukee, ne pitää mulle aina peukkuja</p> <p>- monessa käytännön asiassa</p> <p>- en ruoanlaitossa, mutta näissä paperiasioissa ja lääkäriässä käynneissä</p> <p>- jos on paha päivä, niin sitten</p> <p>- joskus on vaikeeta ja on väsynyt, kyllä ne auttaa</p> <p>- ruoanlaitossa ainakin - konetiskissä</p>	<p>Päivittäisissä taidoissa</p> <p>Kodin hoidossa</p> <p>Opiskelussa</p> <p>Ongelmien ratkaisussa</p> <p>Pahan olon purkamiseen</p>	<p>ELÄMISEN TAITOJEN HARJOITTELU JA OHJAUS</p> <p>KOMMUNIKATIIVINEN TUKI JA OHJAUS</p> <p>SOSIAALINEN TUKI JA OHJAUS</p>
	- Tukemisen ja ohjaamisen tapa	<p>- ne niinku tavallaan toteuttaa meidän unelmia</p> <p>- ne on niin avoimia, että itekin pystyy puhumaan semmosista asioista, mistä ei oo koskaan aikaisemmin pystyny puhumaan</p> <p>- ne kannustaa</p> <p>- ne auttaa mukana</p> <p>- auttavat vaatteita päälle</p> <p>- ne neuvoo ja kysyvät ja pyytävät, veisitkö, tekisitkö, sanovat, että minä se osaan laittaa matot lattialle</p> <p>- huolehtivat meidän lääkityksestä</p>	<p>Unelmien toteuttaminen</p> <p>Avoimuus auttaa avautumaan</p> <p>Neuvominen</p> <p>Kysyminen</p> <p>Pyytäminen</p> <p>Kannustaminen</p> <p>Huolehtiminen</p> <p>Mukana oleminen</p>	OHJAAVA KUNTOU-TUS

Jatkuu...

- Oman työn arvostus	- työn monipuolisuutta, - saa olla ihmisten kanssa tekemisissä - meidän hyvinvointia, ett selvittäis - ne on kiitollisia omasta työstään	Asiakas- lähtöisyys	HOITO- KOTI ON ASUKASTA VARTEN
- Asukkaan terveydentilan muutoksen havainnointi	- heti ne huomaa, kun menin ruoan jälkeen sohvalle nukkumaan, niin yks hoitaja huomaa ja kysy, ett mikä mulla on, väsyttääkö, - kyllä ne seuraavat, ett jos on kämpillä muutaman päivän, ett musta ei oo mitään kuulunu, niin ne soittaa sinne ja selvittää - mun silmät seisoo päässä ja pää sekottaa, ne näkee, että tarvin Diapamin	Muutoksen huomaaminen ja välitön puuttuminen	VÄLITÖN INTER- VENTIO
- Pätevyysvaatimus	- täytyy osata sanoo tai neuvoo, jos toisella on vaikka hirveen tunnevyöry, niin osaa olla läsnä - monipuolinen osaaminen ja mitä ei tiedä, niin ne ottaa selvää - kaikkien pitäis olla psykiatrisia sairaanhoitajia, mutta täällä on kodinhoitajia ja semmosia, on täällä keittäjä ja palvelukotiaavustaja	Osata olla läsnä	PSYKIAT- RISEN HOITO- TYÖN KOULUTUS



Taulukko 10d. *III tutkimusvaihe, aineiston laadullinen sisällön analyysi, tutkimuskysymys 2., Miesasukkaat*

Tutkimuskysymys	Teemahaastattelun mukaiset teema-alueet	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely	Abstrahointi
2. Miten asukkaiden terveyspyrkimyksiin vastataan?	<p>Työntekijöiden merkitys</p> <p>- Tuen, ohjauksen tarve</p>	<p>- mitä en ossoo, niin semmosessa</p> <p>- lääkkeet antavat aina</p> <p>- muistissa on vähän viikkoo</p> <p>- noihin piähänpintty-miin jutteluks...ettei kehhää kiertämään...että se toleranssi löytyis aina, kun on vaikeeta, minulla on omahoitaja ja tarvihen sen varmaan koko lopun ikääni,</p> <p>- uskoon tulloon asti olin tuppisuuna joka paikassa, nyt, mitä sieltä lapsuudesta ja nuoruudesta tullee uutena, että sais siilattua tarinoita jonkun kanssa</p> <p>- siinä juttelemisessa</p> <p>- hoitaja on semmonen terapeutti</p> <p>- ehkä ruoan laitossa</p> <p>- pankkiautomaatilla ja papereiden täyttämisessä</p> <p>- appuu pelkotiloihin</p> <p>- kun tarvitsen särkylääkkeen, pyöräkuormaajalla ajoin 11 vuotta, välilevyt pullistu</p>	<p>Päivittäisissä taidoissa</p> <p>Kodin hoidossa</p> <p>Ongelmien ratkaisussa</p> <p>Juttelemisessa</p>	<p>ELÄMISEN TAITOJEN HARJOITTELU JA OHJAUS</p> <p>KOMMUNIKATIIVINEN TUKI JA OHJAUS</p> <p>SOSIAALINEN TUKI JA OHJAUS</p>

Jatkuu ...

- Tukemisen ja ohjaamisen tapa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jos on paikat sekasin, kehoitetaan siivoamaan</li> <li>- työasioissa ja päivällelvolle käskevät</li> <li>- auttavat, jos apua tarvii, nappia kiinni laittavat</li> <li>- olemalla miellyttäviä, mukavia syöttävät ja juottavat potilaita, jotka ei pysty siihen ite</li> <li>- ohan hyö esikuvina täällä</li> <li>- lääkkeitä antaa</li> <li>- jos mä haluan jutella mun omahoitajan kanssa, niin se muistaa mun juttuun liittyviä asioita paljon ja on niin empaattinen</li> <li>- hoitavat ja tekevät puolesta</li> <li>- neuvovat ruoan laittoon, jos joskus ommaan asuntoon</li> <li>- tulevat kyselemään ja ihmettelemään</li> <li>- auttavat yhtä kaveria parran raakaamisessa, kun se on niin lyhyt</li> <li>- ei mua tarvitse paljon ohjata</li> <li>- jokainen kulkee oman reissunsa, henkilökunta ei puutu</li> </ul>	<p>Kehotetaan Käsketään Autetaan Neuvotaan Ollaan mallina Hoidetaan Tehdään puolesta Ymmärretään Kysellään Ihmetellään</p>	OHJAAVA KUNTOU- TUS
- Oman työn arvostus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- että asiakkaat on tyytyväisiä, siivousta ja ruoanlaitto, sitte niillä on toi tietokone</li> <li>- osaavat hyvin hommansa</li> <li>- avoimuutta, rehellisyyttä, suoruutta...</li> <li>- ammattitaitoa</li> <li>- työtä ihmisten parissa, alaista työtä</li> <li>- että sais asukkaat parempaan kuntoon</li> <li>- kuukausipalkkaa,</li> <li>- että terveitä ovat</li> </ul>	Asiakas- lähtöisyys	HOITO- KOTI ON ASUKASTA VARTEN
		Ammattitaito	

Jatkuu ...

<p>- Asukkaan terveydentilan muutoksen havainnointi</p>	<p>- hyvin ne huomaa  - kyllä ne tietää, ne on lukeneita ihmisiä,  - kyllä keskustellaan,  - huomoo ne, näöstä ja jos silmänympärykset tummuu  - ite ei huomaa hulluuttaan  - kun minä eestaas kävelin, kyllä ne huomaa  - vähän liianii herkästi, mie ihan yllätyin  - minä hirveen nopeesti ruokailen, hosun hirveesti. ne huomaa siitä  - kyllä ne huomaa, kysyy, että miten voin  - huomaa ne, kun oon väsyny  - ne tulee puhumaan, kun mulle tulee, niinku, pakokauhu...</p>	<p>Muutoksen huomaaminen ja välitön puuttuminen</p>	<p>VÄLITÖN INTER-VENTIO</p>
<p>- Pätevyysvaatimus</p>	<p>- mun mielestä riittää toi sairaanhoitaja ihan hyvin...  - mä syön Leponexia, se on pirun vaarallinen lääke, täytyy tietää nää kontrollit  - x on ammattimies, työkonneita hoitaa  - erittäin hyvän ruoan laittavat,  - raha-asiat hoitavat, kukkia istuttavat  - että ossoo antaa lääkkeet  mielisairanhoitaja, erikoissairanhoitaja tai joku sellanen,  - eiköhän ne kumpikin johtajista...  - psyykkisistä asioista on hyvä tietää  - ainakin sairaanhoitaja  - kai se on hoitajan koulutus  - täällä on fyysisesti ja psyykkisesti sairaita, pitäis olla psykiatrinen sairaanhoitaja</p>	<p>Monitaitoinen psykiatrisen alan ammattilainen</p>	<p>PSYKIATRISEN HOITOTYÖN KOULUTUS</p>

Taulukko 10e. III tutkimusvaihe, tutkimuskysymykset 1-3. aineiston laadullisen sisällön analyysin tulos

Tutkimus- ongelmat	Teemahaastattelun mukaiset teema-alueet	Abstrahointi Naiset N = 17	Abstrahointi Miehet N = 24
1. Millainen käsitys hoitokodin asukkaalla on hänen terveytensä hoitamiseen liittyvistä tavoitteista?	Mihin asukas hoitokodissa asumisellaan pyrkii?	1. KUNTOUTUMINEN 2. ITSENÄISTYMINEN	1. HOITO 2. HOITO- TAI PALVELUKOTI-ASUMINEN 3. KUNTOUTUMINEN 4. ITSENÄISTYMINEN
2. Miten asukkaan terveys- pyrkimyksiin vastataan?	Välineiden merkitys	1. TYÖNTEKIJÄ ON NUMERO YKSI  2. LÄÄKKEET, TERAPIAKESKUSTELUT, OMA MOTIVAATIO, SUKULAISET, KANNUSTUS  3. ARVOSTUS, YMMÄRRETYKSI TULEMINEN JA YHTEISHENKI  4. TOIVOMUKSENA TUEN SAAMINEN MUUTOS-VAIHEESEEN  5. ASUKKAIDEN SUHTAUTUMINEN TOISIINSA VAIHTELEVAA  6. SUHDE YMPÄRISTÖÖN POSITIIVINEN  7. PELKO POISJOUTUMISESTA AIHEUTTAA TERVEYSONGELMIEN SALAAMISTA  8. HERMOSTUMINEN PELOTTAA	1. TYÖNTEKIJÄ ON NUMERO YKSI  2. FYYSISET TEKIJÄT ENNEN SOSIAALISIA, PSYKKISIA JA HENKISIÄ  3. ARVOSTUS, AJAN SAAMINEN , YMMÄRRETYKSI TULEMINEN  4. TOIVOMUKSENA LISÄÄ VAPAUTTA, OHJAUSTA SOSIAALISEEN TOIMINTAAN JA HOITAJIEN LUOPUMINEN ROOLEISTAAN  5. ASUKKAIDEN SUHTAUTUMINEN VAIHTELEVAA  6. SUHDE YMPÄRISTÖÖN POSITIIVINEN  7. YKSINÄISYYS JA HUOMIOTTA JÄÄMINEN PELOTTAA

Jatkuu ...

2. Miten asukkaan terveyspyrkimyksiin vastataan?	Yhteisön merkitys	1. YHTEISÖLLISYYS  2. KODINOMAISUUS  3. ENEMMÄN RIITOJA KUIN RAUHALLISUUTTA  4. ASEMA YHTEISÖSSÄ ANSAITTAVA	1. YHTEISÖLLISYYS  2. KODINOMAISUUS  3. RIITOJA JA RAUHALLISUUTTA YHTÄ PALJON  4. ASEMA YHTEISÖSSÄ ANSAITTAVA  5. PALVELUN JA HOIDON SAAMINEN KESKEISTÄ
2. Miten asukkaan terveyspyrkimyksiin vastataan?	Sääntöjen merkitys	1. SÄÄNNÖLLISESTI TOISTUVAT TAPAHTUMAT  2. TYÖNJAKAMINEN SÄÄNTÖNÄ  3. JÄRJESTYS OPETTA  4. JÄRJESTYS RASITTAA  5. MÄÄRÄYKSET NORMATIIVISIA "pitää tehdä...", "ei saa tehdä..."  6. OMA VAIKUTTAMINEN HANKALAA	1. SÄÄNNÖLLISESTI TOISTUVAT TAPAHTUMAT  2. TYÖNJAKAMINEN SÄÄNTÖNÄ  3. KURI JA JÄRJESTYS OPETTA  4. JÄRJESTYS RASITTAA  5. MÄÄRÄYKSET NORMATIIVISIA "pitää tehdä...", "ei saa tehdä..."  6. OMA VAIKUTTAMINEN HANKALAA
2. Miten asukkaan terveyspyrkimyksiin vastataan?	Työnjaon merkitys	1. SELKEÄ TYÖNJAKO JA RYHMÄT  2. VIRKISTÄYTYMINEN ERILLÄÄN KUNTOUTUMISESTA  3. TYÖN PAINOTUS  4. JOUTILAISUUS OSITTAIN ONGELMA  5. KOKEMUS VASTUULLISUDESTA JA PALKITSEMISESTA	1. SELKEÄ TYÖNJAKO JA RYHMÄT  2. VIRKISTÄYTYMINEN ERILLÄÄN KUNTOUTUMISESTA  3. TYÖN PAINOTUS  4. JOUTILAISUUS OSITTAIN ONGELMA  5. KOKEMUS VASTUULLISUDESTA JA PALKITSEMISESTA

Jatkuu ...

2. Miten asukkaan terveyspyrkimyksiin vastataan?	Työntekijän merkitys	1. TYÖNTEKIJÄ ON NUMERO YKSI	1. TYÖNTEKIJÄ ON NUMERO YKSI
		2. HÄN TUKEE JA OHJAA > elämisen taitojen suhteen > kommunikatiivisessa toiminnassa > sosiaalisessa toiminnassa	2. HÄN TUKEE JA OHJAA > elämisen taitojen suhteen > kommunikatiivisessa toiminnassa > sosiaalisessa toiminnassa
		3. ASUKASLÄHTÖISYYS OHJAAVAN KUNTOUTUKSEN YDIN	3. ASUKASLÄHTÖISYYS OHJAAVAN KUNTOUTUKSEN YDIN
		4. TERVEYSMUUTOKSEN NOPEA HAVAITSEMINEN JA VÄLITÖN INTERVENTIO	4. TERVEYSMUUTOKSEN NOPEA HAVAITSEMINEN JA VÄLITÖN INTERVENTIO
		5. MONITAITOINEN PSYKIATRISEN HOIDON AMMATTILAINEN	5. MONITAITOINEN PSYKIATRISEN HOIDON AMMATTILAINEN
3. Millaisia mahdollisuuksia tai ongelmia voidaan kuvata hoitokodin asukkaan terveyspyrkimysten ja niiden saavuttamiseen käytettyjen keinojen välillä	Mahdollisuudet ja tuki  Ongelmat, ratkaisut ja asukkaiden voimavarojen hyödyntäminen	1. ITSENSÄ KEHITTÄMINEN JA YHTEISÖN TUKE  2. HUOLI TOIMEENTULOSTA, ASUNNON SAAMISESTA, TERVEYDESTÄ JA KANSSAKÄYMISESTÄ  3. APU TERVEYS-ONGELMIIN  4. VOIMAVARAT OMASSA KÄYTÖSSÄ	1. YHTEISÖN TUKE  2. HUOLI TOIMEENTULOSTA, ASUNNON SAAMISESTA, TERVEYDESTÄ JA VAPAUDESTA  3. APU TERVEYS-ONGELMIIN  4. VOIMAVARAT OMASSA KÄYTÖSSÄ  5. HALU HYÖDYNTÄÄ VOIMAVAROJAAN