

TARINOITA TARINASTA:
OSALLISUUDEN KOKEMUKSIA KUNTOUTUSTARINOISSA

Arja Haataja
Pro gradu-tutkielma
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja
kauppatieteiden tiede-
kunta
Yhteiskuntatieteiden
laitos
Sosiaalityö
Huhtikuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta

Yhteiskuntatieteiden laitos

Sosiaalityö

HAATAJA ARJA: Tarinoita Tarinasta: Osallisuuden kokemuksia kuntoutujien tarinoissa.

Opinnäytetutkielma, 77 sivua, liitteet 1

Ohjaajat: Yliopistonlehtori Raija Väisänen ja yliopisto-opettaja Mari Suonio

Huhtikuu 2012

Avainsanat: kuntoutus, osallisuus, kuntoutuminen, voimaantuminen

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin kuntoutujan näkökulma osallisuuden edistämisessä kuntoutustutkimuksessa. Tutkimuksen kohteena ovat osallisuuden kokemukset kuntoutustarinoissa. Tutkimuskysymyksellä hain vastausta siihen, millä tavoin osallisuuden kokemukset kuvautuivat kuntoutujien kuntoutustarinoissa kuntoutustutkimusosastojaksolla kuntoutujalle.

Kuntoutuksella on useita tavoitteita esimerkiksi toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, työllisyyden sekä hyvinvoinnin edistämien. Kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta kuntoutuksen ammattilaisten tavoitteena on kokonaisvaltaiseen yhteiskunnalliseen osallisuuteen pyrkivän suunnitelman luominen.

Tutkimus on laadullinen tutkimus, jossa narratiivisella tutkimusotteella pyritään tuottamaan subjektiivista tietoa kuntoutujan kokemuksista. Tutkimuksessa on kaksi aineistoa. Varsinainen empiirinen aineisto koostuu kuntoutustarinoista ja toisessa aineistossa on kuntoutujille suunnatun palautelomakkeen kahden erillisen kysymyksen vastaukset. Tutkimusaineiston kuntoutustarinoita kerättiin pyytämällä kuntoutustutkimusosastolle saapuneilta kuntoutujia kirjoittamaan kokemuksistaan kuntoutustutkimuksessa osallisuuden näkökulmasta. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä kuitenkin niin, että analyysissä on kytkentöjä myös teoriasidonnaiseen sisällönanalyysiin.

Tutkimuksen tuloksena kuntoutujat nostivat esille kolme teemaa osallisuuden näkökulmasta. Teemoja ovat osallisuus arvokkaaseen, voimaannuttavaan vuorovaikutukseen, osallisuus tietoon ja tiedonmuodostukseen sekä osallisuus vaikuttamiseen sekä päätöksentekoon omassa kuntoutumisessa. Kuntoutujat kokivat osallisuutta edistävänä tekijänä mahdollisuuden osallistua kuntoutustutkimusosastojaksolle. Kuntoutujat kokivat myös yksilöllisyyden sekä ainutlaatuisuuden huomioon ottamisen kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa osallisuutta edistävänä tekijänä. Tärkeänä osallisuutta edistävänä tekijänä kuvautui myös yksilöllisen, tarpeiden mukaisen uuden tiedon luominen moniammatillisen työryhmän tuella. Tärkeänä uuden tiedon prosessoinnissa oli se, miten kuntoutuja sisäisti omat mahdollisuutensa kuntoutumisessaan. Kuntoutujan oma rooli muuttui kuntoutustutkimusprosessin edetessä. Kuntoutustutkimusprosessin eri vaiheissa kuntoutujat kuvasivat osallisuuden edistämisen kokemuksia ensin objektin roolista käsin ja myöhemmin aktiivisina osallistujina oman kuntoutumisen suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin. Biopsykososiaalinen malli moniammatillisine työryhmineen näyttäytyi tärkeänä tekijänä kuntoutujien osallisuuden kokemuksissa kuntoutustarinoissa.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business

Studies

Abstract

Department of Social Sciences

Main subject: social work

ARJA HAATAJA: Experiences of inclusions in rehabilitation stories of the rehabilitee's

Master's dissertation: 77 pages, 1 appendice

Dissertation supervisors: Raija Väisänen university lecture, Mari Suonio university teacher

Huhtikuu 2012

Keywords: rehabilitation, inclusion, rehabilitating, empowerment

The purpose of the dissertation was to bring out the rehabilitee point of view in advancing inclusion in the rehabilitation research. The targets of the research are inclusion experiences in rehabilitation stories. With my research question I was looking for an answer to how inclusion experiences are depicted in rehabilitees' rehabilitation stories at rehabilitation examination ward period. Rehabilitation has numerous goals such as advancing performance, independent coping, employment and welfare. From the rehabilitee's inclusion point of view professional rehabilitators' goal is to create a plan which aims to a comprehensive social inclusion.

This research is a qualitative study which tries to produce subjective information from rehabilitees' experiences with narrative study. This research uses two sources. The main empirical source consists of rehabilitation stories and the other has answers from rehabilitees' feedback form's two separate questions. Rehabilitation stories were collected by asking rehabilitees from the rehabilitation research ward to write their experiences from the point of view of inclusion in rehabilitation studies. Study is treated with material oriented content analysis in a way that it has connections also to theory bound content analysis.

By the results of this research rehabilitees pointed out three themes from inclusion point of view. Themes are inclusion to a valuable, empowering interaction, inclusion to knowledge and information forming and inclusion to influencing and making a decision in their own rehabilitation. Rehabilitees experienced the possibility to participate in rehabilitation examination ward period most important issue in inclusion. Rehabilitees brought up individuality and unique way of creating rehabilitation plan also advancing inclusion in rehabilitation. The creation of the new, individual and essential information for the rehabilitees together with the multi-professional workgroup was increasing inclusion. In processing the new information it was important for the rehabilitee to internalize the possibilities in rehabilitation. The role of the rehabilitees was changing during the process of the rehabilitation. In different stages of rehabilitation research process rehabilitees described their inclusion improvement experiences first from the objective point of view and later as active participants in planning, executing and evaluating their own rehabilitation. Based on stories of rehabilitation by rehabilitees, bi-psychosocial model with its multi-professional workgroups was seen as an important factor in experiencing the rehabilitation.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KUNTOUTUS	3
2.1 Kuntoutus moniulotteisena käsitteenä	3
2.2 Kuntoutuksen mallit.....	9
2.3 Kuntoutustutkimus.....	12
2.4 Biopsykososiaalinen kuntoutusmalli kuntoutustutkimuksessa	15
3 KUNTOUTUJAN OSALLISUUDEN EDISTÄMINEN KUNTOUTUKSESSA	19
3.1 Osallisuuden edistämien kuntoutuksessa.....	19
3.2 Kuntoutujan profiili.....	22
3.2 Sosiaalityön rooli osallisuuden edistäjänä kuntoutuksessa	24
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	30
4.1 Tarinallinen lähtökohta tutkimuksessa	30
4.2 Aineiston hankinta ja tutkimukseen osallistuvien taustatiedot.....	32
4.3 Aineiston analysointi	36
4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	42
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	44
5.1 Kiinnittymisvaihe	44
5.2 Seurantavaihe	49
5.3 Irtaantumisvaihe	53
6 YHTEENVETO	57
7 POHDINTA	64
LÄHTEET:	66
LIITTEET.....	1

1 JOHDANTO

Tutkimuksessa analysoitiin sitä, millä tavoin kuntoutus ja kuntoutustutkimus edistävät kuntoutujien osallisuutta. Aikaisempaa empiiristä tutkimusta kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta kuntoutustutkimuksessa löytyy vähän. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kuntoutujien subjektiivisista osallisuuden kokemuksista kuntoutustutkimuksessa. Päättökimuskysymyksenä on se, että millä tavoin osallisuuden kokemukset kuvautuvat kuntoutujien kuntoutustarinoissa kuntoutustutkimusosastojaksolla kuntoutustutkimusprosessin eri vaiheissa?

Tutkimus asemoituu monitieteiseen viitekehykseen. Tutkimus paikantuu terveydenhuollon, terveystieteiden, kuntouttavan sosiaalityön sekä kuntoutuksen kenttään. Yhteiskuntapolitisesti tarkasteltuna kuntoutuksen merkitys tulee tulevaisuudessa ajankohtaistumaan. Seuraavina vuosikymmeninä monialaisen, poikkitieteellisen osaamisen tarve kasvaa kuntoutuksen kentällä. Edellä mainittuja alueita ovat muun muassa työkyvyn ja työssä jaksamisen, ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen, toimintakyvyn ja arjessa selviämisen alueet. (Järvikoski Aila, Lindh Jari & Suikkanen Asko 2011, 8.)

Pohjolaisten (2010, 3) mukaan kuntoutuksen tavoitteet ovat usein paljon laajemmat kuin hoidon. Yksilöön kohdistuvat tavoitteet kuntoutuksessa liittyvät toiminta- ja työkyvyn ja selviytymisen edistämiseen. Yhteisöön kohdistuvana tavoitteena on työvoiman riittävä määrällinen säilyttäminen. Yhteiskuntaan kohdistuvat kuntoutuksen tavoitteet liittyvät syrjäytymisen ehkäisyyn sekä yhteiskuntatalouden edistämiseen.

Osallisuuteen liittyviä tutkimuksia tarkastelemalla pyrin kartoittamaan kirjallisuuskatsauksena suomalaista kuntoutuksen kenttää, kuntoutustutkimuksen paikallistumista kuntoutuksessa ja kartoitan erilaisia näkökulmia kuntoutujan osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta. Aikaisempaa empiiristä tutkimusta kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta kuntoutustutkimuksessa on vähän. Susanna Palomäki on tutkimassa kuntoutustutkimusasiakkaan osallisuuden toteutumista kuntoutustutkimuksessa. Toinen tutkimukseni kannalta merkittävä aiempi tutkimus on Minna Mattila-Aallon tutkimus kuntoutusosallisuuden diagnosoimisesta. Tutkija kuvaa sosiaalista inklusiota, joka rakentuu osallisuuksien ja syrjäytymisen voimakkaasti muuttuvaan suhteeseen. Tutkimuksessa osallisuuden ilmenemisen muotoja olivat: elämänhallinnan osallisuus,

elämänpoliittinen osallisuus sekä elämänorientaation osallisuus. (Mattila-Aalto Minna 2009, 7.) ”Osallisuus” käsitteenä tarkoittaa prosessia ja ilmiötä, joka edistää sosiaalista inklusiota eli mukaan kuulumista ihmisten arjessa syrjäytymisen sijaan (Mattila- Aalto 2009, 1).

Tarkastelun kohteena ovat myös erilaiset kuntoutuksen mallit sekä biopsykososiaalinen kuntoutuksen malli, jota avaan erityisesti yhtenä esimerkkinä kuntoutuksen kentältä. Kuntoutustyössä tarvitaan kaikille ammattilaisille yhteisiä ja ammattikohtaisia teorioita, viitekehyksiä ja malleja. Asiakaslähtöisyys sekä ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintakyvyn kuvaus toimivat ammattilaisille yhteisenä toimintaperustana kuntoutuksessa. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 98.)

Osallisuustavoitteita on esillä mm. EU:n sosiaalisen inklusion strategiassa, Suomen hallitusohjelmassa, Sosiaali- ja terveydenhuollon Kehittämisohjelmassa (KASTE), kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmassa sekä STM:n ja Kuntaliiton (2011) työelämäosallisuuden lisäämistä koskevassa asiakirjassa. (Mattila- Aalto 2012.) Uusi valtaistava tai ekologinen toimintamalli on tullut kuntoutuksen vajavuuskeskeisen toimintamallin rinnalle. Valtaistavassa toimintamallissa korostetaan kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia ja kuntoutus ymmärrettään yksilön ja ympäristön suhteen muutokseksi ekologisen toimintamallin mukaan. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 25.)

Nikkasen (2006, 14) mukaan kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tällä hetkellä kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Samansuuntaisia ajatuksia tuodaan esille myös Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmassa (2004, 24), jossa viitataan kuntoutuksen uuteen lähestymistapaan, joka pitää sisällään kuntoutujan oman kokemuksen ja aktiivisen osallisuuden esiin nostamisen. Tähän lähestymistapaan liittyy myös huomion kiinnittäminen kuntoutujan voimavaroihin vajavuuksien sijaan sekä tietenkin sosiaalisten ja kontekstuaalisten tekijöiden huomioon ottaminen niin ongelmien perustaa kuin niiden käsitteilymahdollisuuksia pohdittaessa. Myös terveydenhuollon ja lääketieteen alueella on mahdollista havaita suuntaus, jossa potilas (tai asiakas) itsessään halutaan tuoda mielenkiinnon kohteeksi (Bäckman 2008, 20).

2 KUNTOUTUS

2.1 Kuntoutus moniulotteisena käsitteenä

Suomalainen kuntoutustoiminta käynnistyi invalidihuoltona ja keskeisin toimintaa säätelevä laki oli invalidihuoltolaki, joka tuli voimaan vuonna 1947. Tuolloin lakiin sisältyviä toimintamuotoja olivat lääkintähuolto, työhuolto sekä koulutus. Kansainvälisessä vertailussa invalidihuoltolaki oli hyvin korkeatasoinen. Kuntoutustoimintakokonaisuudessa lääkinnällisen ulottuvuuden lisäksi nähtiin myös sosiaalinen ulottuvuus. Varsinaisesti kuntoutus käsitteenä tuli suomalaiseen käyttöön vasta 1940-luvun lopulla käännöksenä englannin kielen rehabilitation-sanasta. 1960-luvulla kuntoutus pyrittiin sisällyttämään mahdollisimman hyvin hyvinvointivaltion tarjoamiin sosiaali- ja terveystalouteihin. 1980-luvulla lääkinnällinen kuntoutus siirtyi osaksi terveystaloutjärjestelmää. Vuonna 1991 tuli voimaan laki vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta Kelan hoidettavana kuntoutuksena. (Puumalainen & Vilkkumaa 2001, 16–18; Kallio 1995, 2.) Tämän tutkimuksen kannalta keskeinen laki on asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) 3§ 1 momentti lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut. Tässä laissa määritellään lääkinnällinen kuntoutus kuntoutujan fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävänä toimintana. Asetuksessa korostetaan myös kuntoutujan elämäntilanteen hallinnan ja itsenäisen suoriutumisen edistämistä ja tukemista päivittäisissä toiminnoissa. (Tuominen 2010,193.)

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on yhteiskunnallinen sääntelyjärjestelmä, jonka tarkoituksena on taata kansalaisten yhteiskuntakelpoisuus lääkinnällisin, hoidollisin, kasvatuksellisin, liikunnallisin, koulutuksellisin, psykologisin, ammatillisin sekä sosiaalisin keinoin (Järvikoski & Härkäpää 1995, 12). Kuntoutusjärjestelmämme on kehittynyt toisen maailmansodan jälkeen nykyiseen muotoonsa (mt.23) Organisaatioilla esim. Kansaneläkelaitoksen paikallistointi on kahdenlaisia yleisiä tavoitteita: ne yrittävät muuttaa asiakkaan käyttäytymistä ja ohjaavat suhteellisen yhdenmukaisella tavalla tapausten virtaa (Piirainen 1995, 25).

Useat kuntoutuksen tutkijat ovat kartoittaneet kuntoutuksen käsitettä paljon ja ovat huomanneet, että käsite kaipaa nykyisin laajentamista (Suikkanen, Härkäpää, Järvikoski, Kallanranta, Piirainen, Repo & Wikström 1995, 6.) Järvikoski & Härkäpää (2005,10) luonnehtivat kuntoutusta monimuotoiseksi kokonaisuudeksi, johon vaikuttavat erilaiset muutostrendit kuten 1900-luvun taloudellinen lama, työelämän muutokset, pitkäaikaistyöttömyys sekä väestön ikärakenteen muutokset.

Tuusan (2005, 32) mukaan kuntoutus on usein määritelty ja jaoteltu seuraavasti:

1. lääkinnällinen
2. ammatillinen
3. kasvatuksellinen
4. sosiaalinen kuntoutus

Lääkinnällisessä kuntoutuksessa yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä edistävät toimenpiteet käynnistyvät lääketieteellisten tutkimusten perusteella. Ammatillisen kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan työkyvyn kohentaminen sekä se, että kuntoutujan mahdollisuudet työn saamiseen kohentuisivat. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteenä on esimerkiksi ammatillinen koulutus ja uudelleen- tai täydennyskoulutus. Ammatillinen kuntoutus kohdentuu mm. vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatukseen ja koulutukseen niin, että erityisjärjestelyissä otetaan huomioon yksilölliset tarpeet sekä elämänhallinnan kehittäminen. Sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa sosiaalisen toimintakyvyn edistämistä esimerkiksi vuorovaikutuksessa, asumisessa ja sosiaalisten verkostojen luomisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 23– 24.)

Kuntoutuksen tärkeinä tavoitteina ovat kuntoutujan itsenäinen selviäminen, toimintakyvyn kohentaminen sekä työllisyyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Perusteina kuntoutukselle on alettu näkemään myös työkyvyn heikkenemisen uhka tai merkittävä sosiaalisen syrjäytymisen uhka (Tuusa 2005, 32.) Perinteisesti syrjäytymisellä tarkoitetaan työttömyyttä, mutta käsite on myös laajentunut koskemaan myös syrjäytymistä ihmissuhteista. Tällöin ihmisen sosiaalinen verkosto on kaventunut huomattavasti.

Elämän tarkoituksesta syrjäytyminen merkitsee kokonaisvaltaista tarkoituksettomuutta elämässä, jolloin ihmisen on vaikeaa nähdä tulevaisuutta tavoitteellisena mahdollisuutena. Syrjäytyminen koulutuksesta ja osin itsensä kehittämisestäkin, taloudellinen syrjäytyminen sekä syrjäytyminen vaikuttamisesta ja vallasta eli osallistumattomuus ovat tärkeitä syrjäytymisen muotoja. Sosiaalityö myös kuntoutuksen kentällä on ”sosiaalista asianajoa” syrjäytyneiden etujen puolustamisessa. (Niemelä 1993, 152–153.)

Kuntoutuksen osa-alueita ovat: lääkinnällinen, sosiaalinen, kasvatuksellinen sekä ammatillinen kuntoutus (Savukoski, Kauramäki 2004, 125). Osajärjestelmien kokonaisuus pitää sisällään Kelan, työhallinnon, työeläkelakien, tapaturma- ja liikennevakuutuksen, sosiaalihuollon, terveydenhuollon, opetustoimen (erityisopetus) sekä sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutustoiminnan (Järvikoski, Puumalainen, Vilkkumaa 1997, 13).

Aktivointipolitiikkaa toteutetaan Suomessa kansallisten toimintaohjelmien ja erityisen valtiollisen politiikkaohjelman, työllisyysohjelman, avulla. Kuntien sosiaalitoimi on aktivoinnissa keskeisessä roolissa valtion harjoittaessa aktivointipolitiikkaa. (Luhtasela 2009, 8–9.) Kuntouttavassa työtoiminnassa on elementtejä, jotka lisäävät yhteiskuntaan kuulumisen tunnetta ja osallisuuden käsitettä. (mt. 2009, 87). Kuntoutus-lehden artikkelissakin viitattiin asiakkaan määrällisen ja laadullisen osallistumisen kasvuun kun kyseessä on esimerkiksi yhteistyöryhmän toiminta. Yhä useammin asiakkaalla on mahdollisuus aktiiviseen toimijuuteen ryhmässä. (Saikku & Karjalainen 2007, 15.) Järvikosken (2010) mukaan myös suomalaisessa vaikuttavuustutkimusta tulisi suunnata erityisesti sellaisiin toimintakokonaisuuksiin, joissa suuri merkitys kohdistuisi toimintaympäristöön. Järvikoski painotti erityisesti työkykyä edistävää ammatillista kuntoutusta ja osallisuutta tukevaa kuntoutusta tärkeinä tutkimusalueina.

Mitä kaikkea kuntoutus sitten pitää sisällään? Laajasti ajatellen kuntoutus on toimintaa, joka perustuu yksilön hyvään ja yhteiskunnan hyötyyn (Järvikoski, 1994, 1). Samansuuntaisia määritelmiä löytyy myös tutkija Piiraisen teoksesta Kuntoutussopimus 1995. Piirainen (1995, 25) näkee kuntoutuksen painotuksiltaan vaihtelevana ja muuttuvana järjestelmänä, jonka tavoitteena on ihmisen integroituminen yhteiskuntaan. Kuntoutuslonteossa (2002, 3) puolestaan kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi, monialaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on kuntoutujan elämäntilanteen hallitsemisen edistäminen.

Kemppainen (2004) esittää YK:n mallisääntöjen mukaisesti (United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities 1994) käsityksen kuntoutuksen ylimmästä tavoitteesta, joka on mahdollisuuksien yhdenvertaistaminen. Kuntoutuksen muodot esim. ammatillinen kuntoutus palvelevat hyvin edellä mainittuja tavoitteita. (Kemppainen 2004, 77.) Kuntoutuksen käsitteen määrittelystä tekee vaikean se, että käsitteestä ei synny yksimielisyyttä ja siksi olisi varmasti selkeämpää pitää kuntoutusta abstraktina kattokäsitteenä, johon liitetään yhdenvertaisuus ja erilaiset menetelmät (Kemppainen 2004, 77–78.) Nikkarinen (Nikkarinen 2001,9) mukaan yhteiskunnan asettaessa puitteita kuntoutukselle yhteiskunnan ja yksilön intressit voivat olla hyvinkin ristiriitaisia.

Kuntouttamisen intressien luonnetta määrittelee yhteiskunnan taloudellinen ja työmarkkinatilanne (Järvikoski & Härkäpää 2001, 38). Toisaalta taas laeissa määritellyt säädökset perustuvat käsityksiin yhteiskunnan velvollisuuksista kansalaisia kohtaa ja samalla tietenkään arvioidaan eri tavoin kohdennettujen toimenpiteiden kustannuksia ja hyötyjä. Kuntoutuksen ammattihenkilöstö puolestaan käyttää yhteiskunnan määrittelemiä kuntoutustarpeen kriteerejä työnsä perustana. (mt. 38) Joka tapauksessa kuntoutus on monitieteinen ja monitoimijainen hyvinvointipalvelu (Saikku & Karjalainen 2007, 16).

Kuntoutus käynnistyy usein kuntoutujan sairauteen liittyvän toiminnan vajavuuden tai haitan perusteella (Järvikoski 1994, 16). Vajaakuntoisuus tulee kyseeseen myös ilman yhteyttä psykofyysiseen sairauteen. Tällöin on kysymys hyvinvoinnin vajeesta, huono-osaisuudesta tai avuttomuudesta. Sosiaaliset ongelmat muuttuvat herkästi psykologisiksi vaivoiksi ja huono-osaisuudesta voi kehittyä terveydellisiä vaikutuksia. (Järvikoski 1994, 16.)

1990-luvulta lähtien kuntoutus on nähty aktiivisen sosiaalipolitiikan ”positiivisena” menetelmänä, jolla voidaan ehkäistä syrjäytymistä sekä ennen aikaista eläkkeelle hakeutumista (Tuusa 2005, 33). Yksilötasolla tämä merkitsee sitä, että kuntoutuja ja kuntoutettava solmivat sopimuksia, joissa yksilö sitoutuu esim. opiskeluun, harjoitteluun ja itsensä kehittämiseen vastineena saamilleen palveluille ja tulonsiirroille (mt.). Vuosien 1992- 1993 lamavuosilla oli selkeitä seurauksia myös kuntoutuksen järjestämiseen. Rakenteellinen työttömyys ja kuntoutuksen näkökulmasta huono-osaisuuden lisääntyminen kasvattivat psykososiaalisen kuntoutuksen tarvetta. Ihmisten sosiaalisen selviytymisen kysymykset nousivat terveydellisten ja ammatillisten kysymysten rinnalle. (Saikku & Karjalainen 2007, 23.) 1990-luvulla on tapahtunut kaksi merkittävää kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva muutosta toinen on

sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos, jossa menojen kasvun hillitsemiseksi on sairaala- ja laitoskeskeistä hoito- ja hoivatyötä karsittu ja toinen muutos koskee vuonna 1993 voimaan tullutta valtionosuusuudistusta (Järvikoski ym.1997, 14).

Palvelujärjestelmässämme on tapahtunut 2000- luvulla muutoksia, joissa yhdistyvät eurooppalainen aktiivisen työvoima- ja sosiaalipoliittinen kannustavuuden ja vastikkeellisuuden ideologia ja asiakaslähtöisyys, asiakkaiden valtaistumista ja monisektorillista yhteistyötä korostavat toimintamallit. Edellä mainitulla yhteensovituksella tähdätään rakennetyöttömyyden ja köyhyyden ongelmien ratkaisemiseen. (Tuusa 2005, 21.) Vuonna 2003 uudistettiin kuntoutusyhteistyön lainsäädäntöä ja syntyi (497/2003) laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. Tavoitteet kyseiselle laille pohjautuivat vuoden 2002 kuntoutusselontekoon, jossa korostettiin tarvetta lisätä kuntoutusasiakkaan osallistumista asioidensa käsittelyyn sekä toiminnan suunnitelmallisuutta. (Saikku & Karjalainen 2007, 18.) Yleisten palvelujärjestelmien sisällä kuntoutus sivuaa läheisesti useita muita toimintamuotoja, mm. terveyden edistämistä ja sairauden hoitoa, työkykyä ylläpitävää toimintaa, työllisyystoimenpiteitä ja kuntouttavaa sosiaalityötä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2003,22).

Kuntoutus voidaan myös määritellä kuntoutuksen näkökulmasta ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteina ovat työllisyyden, toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen (Ala-Kauhaluoma 2004, 31). Ihmisen ja ympäristön muutosprosessissa on myös hyvä muistaa kuntouttavan työtoiminnan verkostoitumisen haasteet, jotta pitkään peruspalvelujärjestelmässä olleille ihmisille monine ongelmineen löytyy yhteisymmärrys parhaalla mahdollisella tavalla verkoston vuoropuheluna (Hassinen 2003, 18). Kuntoutujan sisäistä muutosprosessia ja osallisuutta kuntoutuksessa kuvataan mielenkiintoisella tavalla myös seuraavissa näkökulmissa. Järvillehto (1997, 46) kuvaa edellä mainitua muutosprosessia sisäisen muutoksen avulla. Hänen mukaan kuntoutumisessa ja kuntoutuksessa pyritään käynnistämään kuntoutujan sisäisen kasvun ja muutoksen prosessi, jossa kuntoutujan minuus (true self) kasvaa ja vahvistuu. Kirjoittajan mukaan kuntoutujan oma oivallus muutostarpeesta sekä elämänarvojen ja elämäntapojen uudelleen arviointi luovat pohjaa mahdollisuudelle sitoutua uusiin keinoihin kuntoutusprosessissa.

Kuntoutuksen määrittelyssä sosiaalityöllä on oma rooli kuntoutujan kuntoutusprosessissa. Kuntouttava työote painottuu kuntouttavassa sosiaalityössä (empowering socialwork), jonka tavoitteena on kuntoutujan elämänhallinnan edistäminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Minna Mattila-Aallon (2009, 10) mukaan kuntoutukseen liittyvässä keskustelussa 1990-luvulla nostettiin esiin sosiaalisen osallisuuden teema kuntoutuksen tavoitteeksi. Mattila-Aallon (2009, 182 – 204) mukaan kuntoutujan mahdollisuudet vaikuttaa ja määritellä omaa tilannettaan lisääntyvät sellaisissa kuntoutumissuhteissa, jossa vaikuttaminen (interventio) ei tavoittele ennalta määriteltyjä ”kuntoutumistarinoita” tai oletuksia. Mattila-Aalto esittääkin mielenkiintoisen ajatuksen siitä, että kuntoutusajattelussa olisi aika siirtyä käänteiseen ajatteluun liittyen kuntoutujan osallisuuteen. Hän pohtii sitä, että mitä on kuntoutumista tuottava osallisuus ja mitä kuntoutuksen tulisi tarjota kuntoutujille osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Aila Järvikosken ja Kristiina Härkäpään (2011, 152) mukaan asiantuntijan antaman tuen käyttäminen kuntoutuksessa nousee tärkeäksi seikaksi sosiaalisen osallisuuden ja valtaistumisen prosessissa. Sosiaalinen verkosto kaventuu usein silloin, kun pitkäaikaiseen sairauteen yhdistyy kipua ja masennusta. Kirjoittajien mukaan myös vertaistuki ja sen merkitys kuntoutujalle ovat useiden tutkimusten perusteella kuntoutujien kokemuksissa koettu yhdeksi tärkeimmistä hyvinvointia edistävästä tekijöistä kuntoutusprosessissa.

2.2 Kuntoutuksen mallit

Kuntoutuksen sisällön kehittämiseen vaikuttavat erilaiset tiede-, teoria- ja ideologiaperustaltaan erilaiset tulkintamallit sekä ajattelu- ja toimintatavat. Biolääketieteellinen malli on ollut vallitsevana kuntoutustoimintaa ohjaavana mallina kauan vielä 1900-luvulla. Edellä mainitun mallin mukaan terveys määriteltiin sairauden tai taudin puuttumisena. Vallalla oli käsitys siitä, että ihmisen kantama tauti oli sairauden hoitamisen kohteena. Sairastavaa ihmistä sosiaalisine sekä psyykkisine tekijöineen ei otettu huomioon sairauden selittämisessä ja vaikeusasteen arvioinnissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 76; Koukkari 2010, 36.)

Järvikoski (1994, 132–136) kuvaa kliinisen ja kuntoutujakeskeisen mallin lähtökohtia kuntoutuksessa asiakkaan roolin näkökulmasta. Kliinisessä mallissa asiakkaalla on passiivinen rooli toiminnan kohteena kun taas kuntoutujakeskeisessä mallissa kuntoutujalla on mahdollisuus suunnitella elämäänsä aktiivisesti ja hänen voimavaransa sekä mahdollisuutensa toimia omassa ympäristössä nousevat tarkastelun kohteeksi. Kuntoutujakeskeisessä mallissa mahdollistuu kuntoutujan itsemäärääminen, vaikutusmahdollisuuksien sekä hallinnan lisääminen kuntoutusinterventiossa ja koko kuntoutusprosessissa.

Järvikoski ottaa myös esille kaksi asiakaskeskeisyyttä korostavaa toimintamallia, joissa kuntoutujan subjektiivutta sekä itsemääräämistä on pyritty edistämään kuntoutuksessa. Ensimmäinen toimintamalli on voimavarakeskeinen asiakastyönmalli (Riikonen 1992a), josta Järvikoski tulkitsee Riikosen (1992a) näkemystä, jonka mukaan lähtökohtina ovat esimerkiksi onnistumisen ja kompetenssin nostaminen tarkastelun kohteeksi sekä keskittyminen onnistumisien kartoitukseen ongelmapuheen sijaan. Motivaation ja luottamuksen perustelut, tavoitteiden selvittely sekä toimintaan ja positiiviseen kehitykseen suuntaavien vertauskuvien käyttäminen dialogeissa kuntoutujien kanssa ovat tässä toimintamallissa perusstrategioita. Toinen Järvikosken esiin nostama malli on kuntoutuksen sosiaalityön malli, jossa Järvikoski tulkitsee Rosen (1990, 1991) näkemystä, jonka mukaan kuntoutuksessa keskitytään sosiaaliseen kehittymiseen sosiaalityöntekijän ja asiakkaan dialogin kautta. Tämän malli tunnetaan myös advocacy/ empowerment-mallina. Mallissa dialogin avulla etsitään yhdessä asiakkaan kanssa mahdollisuuksia ja resursseja ottaa ”ohjat” käteen häntä itseään koskevassa muutostyössä. Asiakas

ikään kuin voimaantuu omassa yhteisössään ja saavuttaa osallisuuden omassa verkostossaan hyväksyttynä, arvostettuna jäsenenä. (Järvikoski 1994, 132–136.)

Tällä hetkellä kuntoutuksen biopsykososiaalinen malli näyttäisi syrjäyttäneen biolääketieteellisen tautikäsitteilyn johtuen siitä, että uudet tutkimustulokset osoittivat tarpeen laajentaa näkökulmaa pitkäaikaisten sairausprosessien tulkintaan. Tämän muutoksen taustalta löytyvät monialaiset lääketieteelliset, psykologiset ja sosiaalitieteelliset tutkimukset, joiden perusteella voitiin nähdä tarpeelliseksi muuttaa aiempia oletuksia liittyen sairauskäsitteilyyn. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 78.) Brittiläinen vammaisliike on tuonut biopsykososiaalisen mallin rinnalle sosiaalisen mallin, jonka mukaan yhteiskunnan rooli on merkittävä vammaisten henkilöiden sosiaalisen tai fyysisen ympäristön epäkohtien poistamisessa. Ongelmallista tässä mallissa on se, että yksilö itse jää taka-alalle. (Malm Marita, Matero Marja, Repo Marjo & Talvela Eeva- Liisa 2004, 12.)

Mielenkiintoisen lisän kuntoutusmallien vertailuun tuo Esa Nordling (2001), joka on koonnut oman näkemyksen mielenterveyskuntoutuksen lähtökohdista eri aikakausina 1960-luvulta lähtien tähän päivään hyvin valaisevasti. 1960-luvulla ajateltiin, että työ kuntouttaa. 1979-luvulla taas terapeutin asenne oli keskeistä kuntoutuksessa. Järjestelmä ja rakenteet nähtiin kuntouttavina tekijöinä 1980-luvulla kun taas verkostojen merkitys kuntoutuksessa nousi esille vuonna 1995. Osallisuus kuntouttavana tekijänä nähtiin uutena mahdollisuutena.

Nordlingin mukaan tällä hetkellä kuntoutuksen lähtökohdaksi voisi tulevaisuudessa nousta recovery-ajattelu (toipuminen). Voisiko tämä olla kuntoutuksen uusi malli, jossa toipuminen nähtäisiin kuntoutujan henkilökohtaisena prosessina ja yksilöllisen kasvun mahdollisuutena toisin kuin patologisessa ja tautikeskeisessä ajattelussa? Yhtymäkohtia löytyy edellä mainittuun ajatteluun biopsykososiaaliseen kuntoutusmalliin, jossa myös kiinnitetään huomiota lääketieteelliseen, psykologiseen sekä sosiaaliseen näkemykseen integroidussa interventiossa. Recovery- ajattelussa annetaan tilaa uusien elämänmerkitysten ja tarkoitusten kehittymiselle. Kuntoutujan rooli on tässä ajattelussa merkittävä ja hoitojärjestelmän tulisi ”taipua” kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Voimavarainen ajattelu sekä elämänorientaatio kuuluvat myös edellä mainittuun ajatteluun. (Nordling Esa, 2011; Mattila-Aalto 2009, 204)

Mielenkiintoinen yhteys edellä käytyyn erilaisten kuntoutusmallien vertailuun löytyy myös terveyshyötymallista kuntoutujan osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Terveystyömalli-

lissa nähdään biolääketieteellisen terveyden edistämisen lisäksi yksilön oma toimijuus, subjektiivisuus, osallisuus sekä sosiaalisuus tärkeinä seikkoina kuntoutumisessa. Sosiaalinen näkökulma kuntoutuksessa, kuntoutujan osallisuuden kokeminen sekä toivon löytäminen nähdään merkittävinä tekijöinä sosiaalityön asiantuntijuuden kentässä esimerkiksi pitkäaikaissairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Sosiaalityön paikantaminen moniammatillisessa toimintaympäristössä hahmottuu merkitykselliseksi kuntoutujan sosiaalisen ulottuvuuden viitekehyksessä. Terveystyömallissa nostetaan esiin sosiaalityön asiantuntijuutta liittyen yksilön yhteiskunnalliseen asemaan erilaisissa verkostoissa, hyvinvoinnin edistämiseen sekä osallisuuden mahdollistamiseen sosiaalityössä. Terveystyö sosiaalityössä paikantuu yksilö, yhteisö sekä yhteiskunnallisella tasolla terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävänä toimintana. (Hämäläinen & Väisänen 2011.)

2.3 Kuntoutustutkimus

Nikkarisen Huvisen & Brommelsin (2001, 9) mukaan kuntoutustutkimuksessa kuntoutussuunnitelma laaditaan moniammatillisen työryhmän: lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, fysio/ toimintaterapeutti yhteistyönä. Nikkarinen ym. (2001, 9) ovat tutkineet kuntoutustutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien kuntoutusprosessin kriittisiä tekijöitä kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitoksen Terveys- ja toimeentuloturvaosaston Kuntoutuslinjan mukaan Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardissa versio 9/31.3.2003 kuntoutustutkimusta määritellään kohderyhmän, tavoitteiden sekä ajoituksen suhteen seuraavasti. Kuntoutustutkimus tulee kuntoutujalle ajankohtaiseksi silloin, kun kuntoutujan todettujen toiminnanvajautta aiheuttavien erilaisten sairauksien ja vammojen vaikutuksia ei ole vielä riittävästi selvitelty. (Halonen, Saarinen, Kinnunen, Ritamäki, Takala, Hupli & Järvikoski 2003, 36–37.) Tavoitteina kuntoutustutkimukselle ovat kuntoutujan kuntoutusmahdollisuuksien monipuolinen selvittäminen sekä työkyvyn parantamiseen tähtäävien keinojen selvittäminen sekä terveydentilan laaja-alainen tutkimus. Tavoitteena on myös se, että pyritään estämään uusien ongelmien synty sekä etsitään keinoja, joilla kuntoutujan työllistymisedellytykset kohenisivat. (mt. 36–37.) Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardin mukaan (1.1.2011) kuntoutustutkimuksen tavoitteena on se, että kuntoutuja pysyy työelämässä. Standardin mukaan tavoitteena on myös työelämään pääseminen. (Kela 1.1.2011.) Kuntoutustarpeen arviointia toimenpiteenä voidaan kuvata kuntoutusprosessin ensimmäisenä vaiheena ja alkuna kuntoutujan yksilölliselle kasvu- tai oppimisprosessille (Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2011, 15–16).

Kuntoutustutkimus kestää 1-3 viikkoa riippuen kuntoutujan yksilöllisestä tarpeesta. Kuntoutustutkimuksen ajoitusta tulee myös harkita niin, että siinä otetaan huomioon objektiivisesti todettu, terveydentilasta ja muusta syystä johtuva kiireellisyys. (Halonen, Saarinen, Kinnunen, Ritamäki, Takala, Hupli & Järvikoski 2003, 36–37.) Kuntoutustutkimuksen toteuttaminen alkaa alkuselvittelyillä kahden ensimmäisen päivän aikana. Tällöin lääkäri, sosiaalityöntekijä sekä psykologi tekevät alkuselvittelyn, jonka jälkeen pienryhmässä moniammatillinen tiimi keskustelevat yleisellä tasolla kuntoutuksen tavoitteista. Kuntoutujan subjektiiviset tavoitteet

ja terveydentila otetaan huomioon laadittaessa alustavaa kirjallista tavoiteohjelmaa. (mt. 36–37.)

Kuntoutussuunnitelma on kirjallinen dokumentti, joka laaditaan yhteistyössä kuntoutujan sekä tarvittaessa kuntoutujan omaisen kanssa. Kuntoutujan hoidosta vastaavassa yksikössä kuntoutujan kuntoutussuunnitelmaa on laatimassa lääkäri yhteistyössä moniammatillisen työryhmän tuella. Kuntoutussuunnitelma hallinnollisen päätöksen pohjana vaatii asiantuntemusta ja vastuullista työtötta. Tavoitteina suunnitelmassa ovat kuntoutujan tukeminen selviytymään eri elämäntilanteissa. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan muun muassa seuraavia tietoja:

- olennainen tieto koskien sairauksia
- toimintakykyyn liittyvä kuvaus
- kuntoutujan elämäntilanteen arviointia
- aiempi kuntoutus
- kuntoutuksen tavoite
- kuntoutustoimenpiteet
- seurantaan liittyvät toimet

(Kari & Puukka 2001, 20–21 ; Kelan etuusohjeet.)

Tutkimusmenetelmät kuntoutustutkimuksessa ovat lääketieteellisiä, ammatillisia, sosiaalisia sekä psykologisia menetelmiä. Loppuneuvottelussa tarkastellaan yhdessä kuntoutujan kanssa tavoitteiden toteutumista sekä laaditaan realistinen kuntoutussuunnitelma. Tärkeänä tavoitteena on laatia kuntoutujaa koskeva lausunto, josta käy ilmi keskeiset tutkimustulokset, vastaukset palveluntilaajan asettamiin kysymyksiin sekä varsinainen kuntoutussuunnitelma. Lausunto toimitetaan kuntoutujan kanssa sovituille tahoille ja sen allekirjoittaa lääkäri. (Halonen ym. 2003, 36–37.)

Kuntoutujan kuntoutussuunnitelmalle tarvitaan myös päätöksentekijä, joka voi olla esimerkiksi KELA, työeläkelaitos, liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöt tai työhallinto. Edellä mainitut päättäjät toimivat myös kuntoutuksen rahavirtojen portinvartijoina. Kuntoutuksen ratkaisut sekä eläkeratkaisut rakentuvat paperilla niin, että asiakasta ei nähdä lainkaan. Ratkaisuissa otetaan huomioon eläkkeellesiirtymisen todennäköisyys, kuntoutujan edellytykset loppuun saattaa kuntoutus sekä kuntoutuksen päätyttyä vaikutukset työssä selviytymiseen. Eläkelaitoksen odotukset kuntoutustutkimukselta liittyvät usein siihen, että kuntoutustutkimuksella tulisi selvittää kuntoutujan realistinen työkyvyttömyyden uhka sekä pitkän työstä poissaolojakson

vaikutukset työelämään paluuseen. Eläkelaitos voi lähettää kuntoutujan myös pelkästään työkyvyn arviointiin, jolloin kuntoutustutkimukselta toivotaan perusteellista selvitystä kuntoutujan terveydentilasta ja työssä jatkamisen edellytyksistä. Kuntoutustutkimuksen tuloksena syntävä lausunto on vaativaa erityistason selvittelyä, jonka perusteella eläkelaitos tekee hakijan kannalta merkittäviä ratkaisuja. (Kivekäs 1993, 37–38.)

Kuntoutujan näkökulmasta katsottuna kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä kuntoutumisen seuranta ovat kuntoutujan keskeisimpiä tapahtumia vaikutusmahdollisuuksia silmällä pitäen (Järvikoski, Hokkanen, Härkäpää, Martin, Nikkanen, Notko & Puumalainen 2009, 19). Kuntoutustutkimusprosessissa lähtökohtana on kuntoutujan haitta, jonka määrittelyssä lääkärin, psykologin, sosiaalityöntekijän sekä toimintakykyyn liittyvät tutkimukset kerätään yhteiseksi tiedoksi ja näkemykseksi tilanteesta. Kuntoutujan oma panos ja kapasiteetti, ongelman hahmotus, resurssit, realisointi sekä vaihtoehdot määrittelevät kuntoutuskeinot sekä tuen tarpeen. Kuntoutusprosessissa seuranta on keskeinen elementti jatkotyöskentelyssä. (Kys, kotisivut.)

2.4 Biopsykososiaalinen kuntoutusmalli kuntoutustutkimuksessa

Kuntoutustieteen tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on ollut usein se, mikä on vaikuttavaa. Tutkimus tarve on nykyisin kohdistumassa myös siihen, että millä tavoin kuntoutuksen vaikutukset syntyvät ja millaisia mekanismeja taustalta löytyy. Kuntoutuksen kentällä käsitteitä ja teoreettisia malleja käytetään useiden tieteenalojen näkökulmista, mutta varsinaisia yhteisiä malleja ei ole pyritty kovinkaan aktiivisesti kehittämään. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 266.)

George L. Engel (1977, 132–133) kuvasi artikkelissaan biopsykososiaalisen mallin mahdollisuuksia laajentaa potilaan kokonaistilanteen ymmärrystä yhdistäen biolääketieteelliseen malliin sosiaalisen ulottuvuuden. Engelin mukaan biolääketieteellinen malli ei ottanut riittävästi huomioon potilaan sosiaalista ulottuvuutta kuten yksilöllisiä tarpeita, elämänhistoriaa, sosiaalista verkostoa tai muita kuormittavia tekijöitä sairauden lisäksi elämässä.

Volanen (2011, 243–246) viittaa artikkelissaan saksalaisen psykiatrin Engelin kehittämään malliin biopsykososiaalisessa viitekehyksessä. Volasen mukaan Engelin kehittämässä mallissa biologisten tekijöiden lisäksi psykologisilla sekä sosiaalisilla tekijöillä on merkittävä rooli yksilön toimintakyvyn, terveyden ja sairastamisen suhteen. Hänen mukaan edellä mainittujen tekijöiden summan avulla terveys tulee parhaalla mahdollisella tavalla määritellyksi. Jokaisella osa-alueella on oma tehtävä terveyden määrittelyssä. Esimerkiksi sosiaalinen määrittely keskittyy selvittämään sosiaalisten tekijöiden, kuten sosioekonomisen aseman, koulutuksen, työolojen, ympäröivän kulttuurin, teknologian tai uskonnon vaikutuksen terveyteen. Volanen (2011) mukaan terveys vaatii asennetta. Tällä hän tarkoittaa sitä, että asenteella (koherenssin tunne) taustalta löytyy useita ihmisen terveyteen vaikuttavia tekijöitä kuten biologiset, psykologiset, psykologiset sekä sosiaaliset tekijät ja voimavarat. Hänen mukaan merkittävä rooli on myös ympäristöllämme, joka edistää terveyttä. Hyvä ja inhimillinen ympäristö edistää terveyttä koko ihmisen elämänkaaren aikana pitäen sisällään työelämä, perhe-elämän ja muut sosiaaliset suhteet. (mt.)

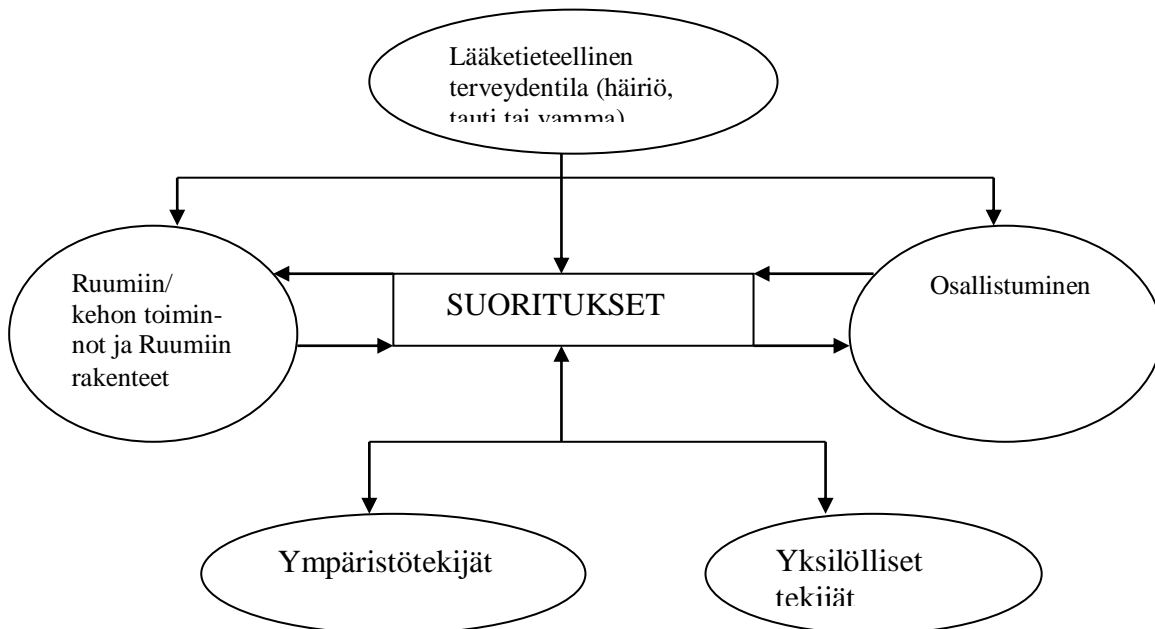
Järvikoski & Härkäpää (2011, 78) viittaavat biopsykososiaalisten terveys- ja sairauskäsityksen lähtökohtiin sairauksien synnyssä. Sairastumiseen vaikuttavat useiden tekijöiden yhteisvaikutukset. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi fyysiset, biologiset, kemialliset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät. Kuntoutuksen näkökulmasta tietty sairaus tai vamma näyttäytyy vaikutuksiltaan yksilöllisesti eri tavalla liittyen kuntoutujan psykososiaaliin, yhteiskunnallisiin sekä elämäntilanteeseen yhteydessä oleviin tekijöihin.

Kuntoutustieteessä teoriapohjaa on pyritty laajentamaan toimintakyvyn luokituksen viitekehysessä, jota WHO:n (Maailman terveysjärjestö) ICF- mallin avulla on esittänyt käytännön työn välineeksi kuntoutustyöhön moniammatillisessa työryhmässä (Järvikoski & Härkäpää, 266). Toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa voidaan kuvata kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehysten avulla. Tällaisena viitekehysenä toimii Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, josta käytetään lyhennystä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). (ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden kansainvälinen luokitus 2004, 3.)

ICF:n avulla voidaan määritellä terveyden osatekijöitä ja terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä esimerkiksi koulutus ja työ. Luokituksessa kuvataan ruumiin/ kehon toimintoja ja rakenteita sekä suorituksia ja osallistumista. Toimintakyky toimii yläkäsitteenä samoin kuin toimintarajoitteet. Edellä mainittuihin käsitteisiin liittyvät omina luokkina vuorovaikutussuhteessa olevat ympäristötekijät. Luokituksella on mahdollista luoda yksilöllisiä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden profiileja. Luokitus toimii erilaisten diagnoosien sekä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden informaation koodaamisen välineenä. Käyttötarkoituksia ICF-luokitukselle on useita. Tällaisia ovat esimerkiksi väestötutkimusten tilastointi, kliinisen työn välineenä hoidon- ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa, työkyvyn arvioinnissa, sosiaalipolitiikan välineenä sosiaaliturvan suunnittelussa sekä koulutusvälineenä. (mt, 5; Mandich Angela, Miller Linda & Law Mary 2002, 51.)

ICF-mallia on kehitetty edelleen toimintakykymalliksi BPSDC- malliksi (BioPsychoSocial Dimensional Classification for Functioning), jossa toiminta- ja työkykyä luokitellaan monitasoisesti. Toimintakykyä kuvataan terveyteen suhteessa olevana biopsykososiaalisena ja kolmiulotteisena toiminnallisena tilana. Biopsykososiaalisuus näkyy jokaisella tasolla dynaamisena vuorovaikutussuhteena elintoiminnoissa, rakenteissa, toiminnassa sekä osallistumisessa. Malli ei yksin luo luotettavaa kuvaa kuntoutujan toimintakyvystä. On tärkeää, että kuntou-

tuja itse on kuntoutustyöntekijöiden kanssa yhteistyössä arvioimassa ja laatimassa arviota toimintakyvystään. Luokitus ei ole täysin aukoton. Viitekehyksessä ei ole otettu huomioon olosuhteita, jotka eivät liity terveyteen kuten yhteiskunnalliset taloudelliset tekijät sekä yksilötekijät. Yksilötekijöitä on liikaa luokiteltavaksi ja ne eivät määrity viitekehyksessä lääketieteellisessä tai toiminnallisessa terveydentilan määrittelyssä. Esimerkkejä yksilötekijöistä ovat esimerkiksi sukupuoli, rotu, ikä, elämäntavat, selviytymisstrategiat, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti, aikaisemmat ja tämänhetkiset elämäntapahtumat, joilla kaikilla on vaikutuksensa toimintarajoitteisiin niiden kaikilla tasoilla. (Talo 2001, 31–44. ; ICF 2004, 7–17.) Seuraavassa kuviossa Seppo Matinvesi kuvaa ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteita.



Kuvio 1. ICF-viitekehys (ICF, 18) ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. Seppo Matinveden kuvaamana julkaisusta *Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa* (2010, 85).

Mallissa tavoitteena on ollut luoda käsitejärjestelmä, jossa toimintakykyä, toiminnan rajoitteita ja terveyttä voidaan lähestyä mahdollisimman laaja-alaisesti ja systemaattisesti. Mallissa pyritään ottamaan huomioon myös yhtä lailla toimintakyvyn positiiviset osa-alueet negatiivisten vajavuuksien sekä haittojen lisäksi. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden teoreettinen perusmalli (kaaviokuva 1) kuvaa yksilön toimintakyvyn määräytymistä hänen terveydentilan-

sa ja tilannekohtaisten tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Edellä mainituilla osa-tekijöillä on dynaamista vuorovaikutusta siten, että intervention kohdistuessa yhteen elementtiin, vaikutuksia syntyy myös muihin osatekijöihin. Vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuus näkyy siinä, että suoritukset ja osallistuminen vaikuttavat terveydentilaan ja päinvastoin. Vastaavasti elämämpiirin tilannetekijät muuttuvat koko ajan toiminnan ja osallistumisen kautta. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 98–100.)

Tiimityön alkuvaiheessa kuntoutustutkimuskeskuksessa ydintiimin muodostivat lääkäri, sosiaalityöntekijä sekä psykologi. Alkuvaiheessa tiimityö oli outoa ja uusi työmalli muovautui yhteistyön, keskustelun sekä vuorovaikutuksen myötä toimivaksi menetelmäksi kuntoutustutkimuksessa. (Kallio 1995, 43–44.) Kuntoutustyöryhmässä moniammattisuus näkyy siinä, että yksittäiset jäsenet tekevät omaan tieteensä pohjautuvia havaintoja käyttäen hyväkseen tieteenalansa menetelmiä. Nämä tutkimustulokset yhdistetään erilaisissa kuntoutustyöryhmissä, jolloin tuloksena on kuntoutuslausunto kuntoutussuosituksineen. Kuntoutujan osallisuus näyttäytyy keskustelujen kautta syntyvänä sitoutumisena kuntoutussuunnitelmaan. (Matinvesi 2010, 99–100.)

3 KUNTOUTUJAN OSALLISUUDEN EDISTÄMINEN KUNTOUTUKSESSA

3.1 Osallisuuden edistäminen kuntoutuksessa

Osallisuus (inclusion) ja osallistuminen (participation) käsitteinä teoriaperinteessä lähellä toisiaan. Kansalaisuuteen liittyvänä ilmiönä osallisuus yhteiskuntateoreettisena käsitteenä on syrjäytymisen ja syrjäyttämisen vastinpari. Hyvin usein asiakkuustutkimuksessa osallisuutta kuvataan osallistumisen ja aktiivisuuden kautta. Kuntoutuksessa osallisuus ja osallistuminen kuntoutujan näkökulmasta näyttäytyvät kahdella tasolla. Osallisuus kuntoutustapahtumassa tarkoittaa kuntoutujan osallistumista kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun sekä saavutettujen tulosten arviointiin. Muita keskeisiä tasoja kuntoutujan näkökulmasta ovat yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen taso. Edellä mainituilla tasoilla kuntoutujan osallistuminen kansalaisena ja erilaisten yhteisöjen jäsenenä tulee tarkastelun kohteeksi. Aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutukseen luo mahdollisuuden valtautumisprosessiin, joka näin edistää kuntoutujan yhteisöllistä osallistumista. (Järvikoski, Hokkanen, Härkäpää, Martin, Nikkanen, Notko & Puumalainen 2009, 22.)

Kuntoutusta käynnistellään usein tilanteessa, jossa henkilöllä on jokin sairauteen liittyvä toiminnan vajavuus tai haitta (Järvikoski 1994, 16). Kuntoutuja on eräänlaisessa uudelleenarviointitilanteessa, jossa on arvioitava uudelleen toimintatapoja tulevaisuudessa (Kurki 2005, 21). Yhä enemmän pyritään korostamaan yksilöllisyyttä ja usein viitataan ns. ”räätälikuntoutukseen”, jossa painotetaan asiakkaiden oma-aloitteisuutta ja autonomiaa (Piirainen 1995, 34). Kuntoutusverkostolla kuntoutustoiminnassa on tärkeänä tavoitteena tunnistaa kuntoutusta ja toimenpiteitä tarvitsevat yksilöt ja tukea yksilöitä tavoitteiden asettelussa (Nikkanen 2001, 9).

Sosiaalityön käsikirjassa (Kananoja, Lähteinen, Marjamäki, Laiho, Sarvimäki, Karjalainen & Seppänen 2007, 40) esitetään Tuorin käsitys osallisuusperiaatteesta, joka on yksi merkityksellisistä oikeusperiaatteista sosiaalihuollossa. Edellä mainittu periaate perustuu yleiseen julkisen vallan velvollisuuteen järjestää yksilölle mahdollisuus osallistua ja päästä vaikuttamaan

paitsi omaan itseensä kohdistuviin toimenpiteisiin myös laajemmin sen toimintayksikön toimintaan, jonka asiakas hän on.

Sosiaalinen syrjäytyminen tarkoittaa sitä, että osa yhteiskunnan jäsenistä ajautuu tahtomattaan sivuun yhteiskunnasta ja yhteisöistä. Edellä mainitun prosessin tunnusmerkkeinä ovat resursien puutteiden ja hyvinvointivajeiden kasautuminen. Kansalaisten riskit syrjäytymiskeskusteluissa määrittyvät yhteiskunnan rakenteista ja olosuhteista käsin. Tällöin syrjäytymisellä tarkoitetaan kasaantunutta huono-osaisuutta. Pitkäaikainen työttömyys, toimeentulo-ongelmat sekä syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta nousevat tarkastelun kohteeksi. (Järviskoski & Härkäpää 2011, 148.)

Luhtasela (2009, 33 – 34) on koonnut tutkimuksessaan dikotomian (kahtiajakautuneisuuden) osattomuuteen ja osallisuuteen liittyviä ajatuksia. Osattomuuteen liitetään seuraavanlaisia sanoja ja ajatuksia kuten, häpeä, pelko, yksinäisyys, ikävät kokemukset, tiedon puute, ei kuulla, ei valitusoikeutta, sattumanvaraisuus, epäitsenäisyys, epäluotettavuus, joustamattomuus, työ rutiinin omaista, ei ohjausta sekä nöyryytys. Osallisuuden käsitteeseen liitetään vuorostaan seuraavanlaisia käsitteitä ja sanoja kuten, tyytyväisyys, ilo, liittäminen, yhteisöllisyys, onnistumisen kokemukset, tietoa tarjolla, mahdollisuus vaikuttaa, turvallisuus, itsenäisyys, vapaus valita, luottamus joustavuus, mielenkiintoinen työ, oppiminen sekä samanarvoisuus. (Luhtasela 2009, 33–34.) Tutkimuksessa kuvattiin osallistumisen ja osallisuuden rakentumista toimintaan osallistumisen kautta. Osallistuminen toimintaan tuo rytmiä omaelämäntilanteeseen ja itsetunto kohenee.

Osallisuuden kannalta merkittävä tutkimus on Mattila-Aallon tutkimus kuntoutusosallisuuden diagnoosista. Tutkija kuvaa sosiaalista inklusiota, joka rakentuu osallisuuksien ja syrjäytymisen voimakkaasti muuttuvaan suhteeseen. Tutkimuksessa osallisuuden sosiaalisissa suhteissa ilmeneviä muotoja olivat: elämäntilanteen osallisuus, elämäntilanteen osallisuus sekä elämäntilanteen osallisuus. (Mattila-Aalto 2009, 7.) Sosiaalityöntekijä Susanna Palomäki Tampereen yliopistollisessa sairaalasta nuorisopsykiatrian poliklinikalta on tekemässä tällä hetkellä lisensiaattitutkimusta liittyen kuntoutustutkimusasiakkaan osallisuuden toteutumiseen kuntoutuspoliklinikan kuntoutustutkimuksissa. Hänen tutkimuksensa alustavissa tuloksissa kuntoutujien osallisuuskokemuksiin näyttäisi vaikuttavan kuntoutujien asema toimenpiteissä. Haastateltavat kuvasivat osallisuudenkokemuksia toimenpiteiden kohteena olevan kuntoutujan sekä aktiivisen toimijan näkökulmista. Tutkimuksen mukaan kuntoutustutkimusprosessin

kokeminen kokonaisvaltaisena prosessina vaikuttaa vastaajien mukaan positiivisesti myös ammattihenkilöiden kohtaamiseen suotuisasti sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen. (Palomäki Susanna 2011, 35.)

3.2 Kuntoutujan profiili

Kun ajattelemme kuntoutusasiakkaan profiilia, hänellä on useita sairauden erilaisia sairausvaikutuksia esimerkiksi vaurio, joka tarkoittaa yksilön elimistön tasolla ilmenevä sairauden vaikutusta tai poikkeamaa ihmisen psykofyysisestä tilaa koskevassa normissa. Ihmisen toiminnanvajaus näkyy rajoituksina normaaleissa psyykkisissä ja fyysisissä toiminnoissa kuten kommunikointi, kehon hallinta tai käsien käyttö. Puhuttaessa vajaakuntoisuudesta kyseessä on ihmisen sairauden aiheuttama sosiaalinen haitta, jolloin vaurio voi estää normaalin suoriutumisen ikätason, sukupuolen, sosiaalisen taustan tai kulttuurisen toimintaympäristön konteksteissa. (Järvikoski 1994, 35–36).

Ihmisen elämäntarinaa tulee katkos vakavan sairastumisen ja vammautumisen myötä ja tämä katkos muuttaa ihmisen tulevaisuudennäkymiään sekä rooliaan suhteessa toisiin ihmisiin. Usean sairastuneen kohdalla kriisiteoria kuvaa hyvin kokemuksen muuttumista sairastumisen jälkeen. (Hänninen & Valkonen 1998, 1.) Hänninen (2003, 76) kuvaa tarinallista kuntoutumista mahdollisuutena rakentaa kuntoutujan elämäntarinaa voimavaraistavan kielen ja kuntoutujan oman toimijuuden vahvistamisen keinoin. Sairaana rooli on yhteisön kannalta legitiimi tila vain, jos yksilö tunnustaa sairaan roolin olevan ei-haluttava ja pyrkii siitä pois. Tavoitteen saavuttaakseen sairas hakee asiantuntija-apua, jolloin hoito on sosiaalisen kontrollin muoto, tietynlainen sosiaalistamisprosessin muoto. (Järvikoski 1994, 35.)

Kuntoutusasiakas on moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä maallikkona ryhmän heikoin lenkki oman neuvotteluaseman vuoksi. Onnistuneessa kohtaamisessa asiakas tulee huomioiksi yksilöllisellä huomioimisella ja kohteliaisuudella ja samalla keskustelu tavoitti asiakkaalle merkitykselliset kokemukset (Kokko 2004, 164.) Asiakkaan tulisi tulla osalliseksi tiedosta, joka koskee häntä itseään ja siksi yksilöä ei voida pitää ulkopuolisena varsinkaan hänen terveyttään ja tulevaisuuttaan koskevissa asioissa (Järvikoski 1994, 98).

Ryynäsen (2005, 218) mukaan turvattomuuden näkökulmasta olennaisia seikkoja kuntoutujan elämässä ovat mm. terveysongelmat, sairaudet, väkivalta ja muut vammautumisen uhat epävarmuuden lisääjinä. Ihmiselle on tärkeää psykofyysinen eheys ja koskemattomuus. Ruumiiseen kohdistuvat uhat vaarantavat useita hyvinvoinnin tekijöitä yhtä aikaa. Tällaisia uhkia ovat esimerkiksi psykososiaaliset, henkis-eksistentiaaliset ja aineellinen turvallisuus. Kuntou-

tuksen tavoitteena on turvata yksilön elämäntilanteita riskitilanteissa (Kokko 2004, 163). Syrjäytymisriskiä lisääviä tekijöitä kuntoutujalla ovat esim. sairaus, pitkäaikaistyöttömyys, päihdeongelma, työkyvyttömyys, koulutuksen puute tai jokin henkilökohtainen elämän kriisi (mt.163). Kuntoutuja on esimerkiksi äkillisen sairastumisensa vuoksi käymässä läpi usein hyvin traumaattista tapahtumaa. Tilanne voi olla ennustamaton, odottamaton, äkillinen eikä ihminen ole voinut valmistautua siihen mitenkään ennakoon (Rissanen 2001, 132). Ihmisestä itsestään riippumattomat muutokset ovat usein monikerroksisia ja aiheuttavat yhtä aikaa häiriöitä useilla eri elämän aloilla. Uusi kokemus tuo tullessaan aineellisen perusturvan ja itsetunnon heikennystä sekä perustarpeiden tyydyttämisen mahdollisuuden kaventumista ja siksi ihmisen on vaikeaa sopeutua ja mukautua tilanteeseen. (Rissanen 2001, 512).

Varsinkin rakenteellisen työttömyyden yhteydessä ollaan tekemisissä pysyvän köyhyyden, syrjäytymisen, perherakenteiden muutosten, yksinäisyyden, irrallisuuden ja monikulttuurisuuden kanssa (Tuusa 2005, 1). Työkyvyn heikentymisen taustalla voivat olla vaikuttamassa hyvin erilaiset persoonalliset ominaisuudet. Vaikuttavia tekijöitä voivat olla myös kulttuuri, valitseva yhteiskunnallinen tilanne ja yksilön elämänhistoriaan liittyvät henkilökohtaiset asenteet, arvot ja motivaatiotekijät. Työkykyyn voi vaikuttaa myös se, että kuinka tärkeänä työtä ylipäätään pidetään. Yksilön elämänhistoria, koulutustausta sekä yksilölliset persoonallisuuden ominaisuudet vaikuttavat olevan vahvasti sidoksissa koettuun työkykyyn. (Pekkonen 2005, 351.)

3.3 Sosiaalityön rooli osallisuuden edistäjänä kuntoutuksessa

Terveyssosiaalityö on yksi merkittävä osa-alue potilaan/ kuntoutujan kokonaisvaltaista hoitoa. Työssä keskeistä on yksilökohtaisen asiakastyön lisäksi osallistua potilaan jatkohoidon sekä kuntoutuksen suunnitteluun moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Sairastumisella tai vammautumisella on useita vaikutuksia ihmisen arkeen, perhe-elämään, kotona selviytymiseen, työhön, toimeentuloon sekä harrastuksiin. Sosiaalityöntekijän avulla kuntoutujalla on mahdollisuus pohtia uuden elämäntilanteen problematiikkaa ja löytää ratkaisuja sekä keinoja selviytymiseen sairaudesta tai vammasta huolimatta. (Kys:n kotisivut.) Terveystieteiden sosiaalityön keskeisenä tehtävänä on edistää ja tukea sosiaalityön menetelmin potilaiden ja omaisten kokonaisvaltaista sosiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämistä sairastumis- ja vammautumistilanteissa. Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa työryhmässä on tehdä yhteistyötä työryhmän ja potilaan kanssa sekä toimia alansa asiantuntijana kuntoutujan hoidossa ja kuntoutuksessa. (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2012.)

Kallion (1995, 5) mukaan alkuvaiheen kuntoutuksen sosiaalityö Suomessa piti sisällään toimeentulon sekä ammatillisen harjaantumisen järjestämistä vaikeavammaisille sekä sodassa vammautuneille henkilöille. Lisäksi työhön kuului liikuntarajoitteisten lasten leirien järjestäminen. Kuntoutustutkimuskeskuksen KKT:n toiminnan alkuvaiheessa tunnistettiin sosiaalisten, emotionaalisten sekä taloudellisten seikkojen kuormittavuus kuntoutumisessa. Edellä mainituista seikoista johtuen sosiaalityö on nähty alusta lähtien merkittävänä professionaalisena kuntoutustyössä.

Ennen 1990- lukua kuntoutumisen käsite liitettiin fyysiseen tai psyykkiseen vajaakuntoisuuteen, mutta nykyisin se nähdään aiempaa laajalaisemmin. Kuntoutuskäsitteen laajeneminen sekä aktiivinen sosiaalipolitiikka ovat vaikuttaneet kunnallisen sosiaalityön toimintatavan muotoutumiseen kuntouttavan sosiaalityön ja – menetelmien suuntaan. Kuntoutumisen käsitteen toiminta-alueeseen on alettu liittää sosiaalinen syrjäytyminen, syrjäytymisen uhka ja työttömyys vakavine seurannaisilmiöineen. (Liukko 2006, 7.)

Sosiaalityöllä on pitkät perinteet esim. kuntoutuksen erityispalveluissa kuten kuntoutuslaitoksissa, terveydenhuollon kuntoutusyksiköissä, ammatillisen kuntoutuksen toimipaikoissa sekä vammaispalveluissa. Sosiaalityöllä on aina ollut keskeinen funktio asiakastyön prosessissa. (Tuusa 2005, 40.) Leino (2004, 93) kuvaa mielestäni hyvin kuntoutuksen näkökulmia seuraavassa. Kuntoutusta voidaan tarkastella yhteiskunnallisesta, palvelujärjestelmien, oppiala tai yksilöllisten prosessien näkökulmista. Tarkastelun näkökulmana voi olla myös kuntoutujan oma yhteisö, työympäristö tai asuinympäristö. ”Sosiaalisen” käsite pitää sisällään elämistä, asioimista, työskentelyä, oppimista sekä liikkumista vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa.

Eettisiä lähtökohtia sosiaalityössä ja asiakastyössä ovat esimerkiksi asiakkaan arvokkuuden vaaliminen, kuulluksi tulemisen turvaaminen sekä osallisuuden edistäminen. Edellä mainittujen lähtökohtien lisäksi sosiaalityössä asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus tulee tulla huomioon otetuksi asiakastyössä. Oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti ammatillisena eettisenä ohjeena sosiaalityössä kohdistaa huomion kuntoutujan kaikkiin elämäntilanteisiin. Kuntoutuja tulee kohdata niin yksilönä ja perheen jäsenenä kuin toimijana ympäröivässä yhteisössä osana yhteiskuntaa. (Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2005, 7 – 16; Linden Mirja 1999, 110–114.)

Osallisuuden tavoitteena on työttömien liittäminen osaksi yhteiskuntaa työelämään osallisuuden avulla: työ tai muu aktiivitoiminta ehkäisee syrjäytymistä. (Lahtela 2006,31; Luhtasela 2009, 58). Syrjäytyminen tarkoittaa yksilön laajaa vaikutusmahdollisuuksien puutetta suhteessa itseensä ja omaan ympäristöön (Hassinen 2003, 13). Terveysosiaalityössä haasteina ovat mm. kuntoutujan osallisuuden edistäminen yhteistyössä lähisektoreiden, kuten työhallinnon sekä eläkesektorin kanssa ja kehitystyö liittyen uusiin hoito- ja huolenpito- ja huolenpitomuotojen kehittämiseen tavoitteena auttaa monenlaista apua tarvitsevia potilasryhmiä (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007, 11–12; Linden Mirja 1999, 126). Leinon (2004, 95) mukaan sosiaalivakuumusratkaisujen perustana toimivat terveydenhuollon lausunnot. Sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvia kuntoutujan sekä hänen lähipiirin näkemyksiä menetyksistä ei kuitenkaan oteta lausunnoissa riittävästi huomioon, vaikka sosiaaliset olosuhteet kuvaavat Leinon mukaan todellisia kuntoutumisen edellytyksiä.

Asiakasprosessin alkuvaiheeseen sijoittuva laaja ja kokonaisvaltainen tilannearvio luo pohjan sosiaalityön toimintasuunnitelmalle. Sosiaalityöntekijä varmistaa asiakkaan osallistumisen ja

toimijuuden asiakassuunnitelmaa ja tilannearviota laadittaessa. Tilannearviossa kartoitetaan laajasti asiakkaan kanssa yhdessä hänen elämäntilanteensa, olosuhteensa, ongelmansa ja vahvuutensa. Tärkeää kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa on se, että sosiaalityöntekijä tukee ja ohjaa kuntoutujaa ottamaan kuntoutussuunnitelma hänen omaksi projektikseen. Tässä tärkeässä työssä sosiaalityö tuottaa lisäarvoa moniammatilliseen työryhmätyöhön ammattitaitoisella palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemuksella, asiantuntemuksella palvelujen koordinoimisella sekä kuntoutujan arkielämän ehtojen tuntemuksella ja toteuttamiskelpoisten vaihtoehtojen esittämisellä kuntoutujan näkökulmasta (Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007, 8). Voimavaranäkökulma on keskeisellä sijalla kuntoutustyössä. Asiakkaan jäljellä oleva työ- ja toimintakyky, voimavarat ja sosiaalisen verkoston tuki ovat kuntoutuksen lähtökohtia. Tilannearviota laadittaessa on tärkeää korostaa asiakkaan osallisuutta, valtaistumista sekä vuorovaikutuksen dialogisuutta. (Tuusa 2005, 31–47.) Sosiaalinen terveydenhuollon kliinisessä työskentelymallissa tarkoittaa esim. tietoa kuntoutujan aiemmasta ammatista, työn vaatimuksista, perherakenteesta, kotielämän aiheuttamista kuormituksista sekä elämäntapojen terveellisyydestä. (Leino 2004, 98.)

Tuusan (Tuusa 2005, 48) mukaan tilannearvioinnin ja suunnitelman tulee olla myös riittävän realistisia verrattuna asiakkaan tilanteeseen. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon asiakkaan elämäntilanteessa työllistymistä estäviä ja haittaavia tekijöitä sekä suunnitella asiakkaan kanssa yhdessä keinoja esteiden raivaamiseksi. Sosiaalityöntekijällä on tärkeä tehtävä myös turvata asiakkaan suunnitelman pitkäjännitteisyys sekä etenemisen painopisteet, vaikka työhallinto painostaa suoraviivaiseen ja nopeaan etenemiseen. Arvioinnissa sosiaalityön kannalta on tärkeää miettiä asiakkaan motivoimattomuuden takana olevia elämäntilanteita, arvoja sekä asenteita.

Sosiaalityö toimii katalysaattorina ja kumppanina yhteisötasolla ja tällöin sosiaalityö tarkoituksena on edistää ihmisten osallisuutta, yhteistä vastuuta ja yhteistoimintaa (Kanaoja, Lähteinen, Marjamäki, Laiho, Sarvimäki, Karjalainen, Seppänen 2007, 20). Jotta tämä kumppanuus toimisi hyvin, vuorovaikutusta on hyvä tarkastella myös kielen ja dialogin merkitysten kautta. Asiakastyön ihmiskuvasta kertoo voimavaroihin painottuva työmenetelmä, jossa keskeistä on katseen suuntaaminen voimavaroihin, kieleen ja vuorovaikutukseen (Mönkkönen 2002, 25). Mönkkönen esittää Shotterin käsityksen ihmisen osallisuuden korostamisesta vastavuoroisessa kommunikaatiossa, jolloin ihminen voi saada itselleen äänen, osallisuuden ja

vastuullisen toimijan roolin. Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa syntyvät puolestaan identiteetti, taidot, vastuu sekä motivaatio. (Mönkkönen 2002, 87.)

Kuntoutustyöntekijän ammattitaidon merkittävä osaamisen alue on se, että työntekijä osaa kuunnella ja käsitellä elämän monimutkaisuutta ja epävarmuutta. Vuorovaikutuksen näkökulmasta on sosiaalityöntekijän tärkeää päästä vuorovaikutuksessa sellaiselle tasolle, jossa kuntoutujan kokemus- ja elämiss maailmaan liittyvä tieto ovat rinnakkain asiantuntijatiedon kanssa. (Karjalainen 2004, 22.) Asiakkaan ollessa masentunut ja tulevaisuudenperspektiivinsä hukannut on sosiaalityöntekijällä kova haaste edessään motivoidessaan kuntoutujaa. Työntekijän hienovaraisuus ja herkkyys, tietenkin ammatillinen kokemus sekä mahdollisuus työohjaukseen ovat onnistuneen asiakkaan motiivoinnin mahdollistajina. (Lindqvist, Oksala, Pihlman 2001, 101.) Motiivointityössä on tärkeää ymmärtää kuntoutujan tilanne käytännön tasolla riittävän hyvin. Haasteellista sosiaalityössä on Kvaternikin & Grebecin (2009, 520 – 521) mukaan tavoittaa kuntoutujan hyvinvoinnin tila, toiveet sekä käytännön mahdollisuudet tulla toimeen sairauden kanssa. Työssä on huolehdittava kuntoutujan tiedonsaannista ja oikeuksista liittyen sosiaaliseen hyvinvointiin sekä terveydenhoitoon. Tärkeää on Leinon (2004,98) mukaan myös sosiaalivakuuksellinen oikeudenmukaisuuden toteutuminen kuntoutujan tilanteessa.

Sosiaalityössä perustana on muutostyö, jossa asiakasta tuetaan itsenäisyyteen ja elämäntilanteeseen sekä pyritään estämään syrjäytymistä. Kuntoutustyössä erityisenä tavoitteena on käynnistää muutoksia kuntoutujan ajattelu- ja toimintatavoissa ja sosiaalityöllä on tässä kyseisessä prosessissa keskeinen rooli. Kuntouttavan sosiaalityön käsite on laajentunut sosiaaliseen ja empowerment – työn suuntaan. (Tuusa 2005, 44 – 46.) Sosiaalityöntekijällä on esimerkiksi kuntouttavan työtoiminnan järjestämisessä tärkeä asema, koska hän on mukana tekemässä aktivointisuunnitelmaa yhdessä asiakkaan ja työvoimaviranomaisen kanssa.

Sosiaalityöntekijän roolissa aktiivoinnin osalta on Tuusan mukaan kolme erilaista painopistettä: asiakkaan tilanearviointiin keskittyvä työ, asiakkaan palveluprosessia ohjaava työ sekä rakenteellinen sosiaalityö (Tuusa 2005, 81 – 87). Sosiaalityön voimaannuttavan tehtävän tarpeellisuutta kuntouttavan sosiaalityön kentällä puolustaa myös seuraava selvitys syrjäytyneiden tilanteesta. Luhtasela (2009, 17) esittää EU:n Employment Integra – projektin teematyöryhmän raportin käsityksen siitä, kuinka syrjäytyneillä on merkittävässä määrin vallan ja vaikuttamisen puutteenkokemuksia: heidän äänensä ei tule kuulluksi, heillä on puutteita resurs-

seista ja mahdollisuuksista ilmaista tarpeitaan tai saada elämäkokemuksilleen arvoa. Lisäksi heidän näkökulmiaan ei oteta huomioon juuri heitä koskevassa päätöksenteossa.

Empowermentilla on monta synonyymiä ja sillä tarkoitetaan yleensä valtautumista, vahvistumista ja voimaantumista. Kuntouttavassa sosiaalityössä tärkeänä tavoitteena on valtauttaa heikkoja ja osattomia asiakkaita. Yleensä valtautumisen yhteydessä puhutaan myös elämäntilanteen lisääntymisestä, itsetunnon kohenemisesta ja asiakkaan omatoimisuuden vahvistamisesta muutoksen tavoitteina. Empowerment käsite viittaa toimintaan ja aktivoitumiseen, omien asioiden hoitamiseen ja vallan ottamiseen omiin käsiin. (Luhtasela 2009, 17.) Empowerment-käsitettä voidaan lähestyä kuntouttavan sosiaalityön kontekstissa kolmesta näkökulmasta. Nämä ovat: empowerment yhteiskunnallista, rakenteiden ja lähiyhteisöjen muutosta käynnistävänä, eteenpäin vievänä ja sitä tukevana toimintamallina, empowerment muutoksen tähtäävänä asiakkaan ja työntekijän välisenä vuorovaikutuksena ja yhteisenä toimintana sekä empowerment asiakkaan (myös työntekijän) omana voimaantumisprosessina. (Tuusa 2005, 37 – 38.)

Seuraavaksi olenkin poiminut mielestäni hyvin kuvaavan eettisen sosiaalityön käytännönohjeen, joka löytyy sosiaalityön käsikirjasta ja sen pitäisi olla punaisena lankana sosiaalialalla ja kuntoutuksen kentällä toimiessa. Jokaisen ihmisen arvo ja ainutlaatuisuus on tavoitteena eettisesti hyvällä käytännöllä. Tämä käytäntö edellyttää yksilöllistä paneutumista ihmisen elämäntilanteeseen ja eettisessä työtavassa annetaan ihmiselle tilaa hänen omalle osallisuudelle työskentelyssä ja vahvistetaan sitä sekä samalla tuetaan häntä ottamaan vastuuta omasta elämästään, ratkaisuksistaan ja teoistaan. (Kanaoja ym. 2007, 101.)

Elina Juntusen artikkelin (2009, 147–148) mukaan haastatelluista diakoniatyöntekijöistä nousi esiin ryhmä, jonka työote perustuu yksilökeskeiseen ja empaattisesti orientoituneeseen asiakastyöskentelyyn. Vaikuttaminen ja asiakkaan auttamisen tavat olivat keskustelu, ohjaaminen ja kannustaminen. Artikkelin mukaan asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne tuli hyvin huomioon otetuksi juuri siksi, että asiakkaalla oli riittävästi aikaa tilanteen läpikäymiseen. Näin olen asiakkaan henkilökohtaisen valtautumisen tukeminen oli diakoniatyöntekijöiden valtautumista tukevan työn painopisteenä. Tarinallinen näkökulma tuli esille myös em. artikkelissa ja selkeitä yhtymäkohtia voimaannuttavalle asiakastyölle näyttäisi löytyvän myös sosiaalityön käsikirjan valtautumista käsittelevään tekstiin. Diakoniatyössä on huomattu, että asiakkailla ei välttämättä ole ollut lainkaan aidon kohtaamisen tunnetta eri sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Jotta työntekijä näkee asiakkaan olemassa olevan kompetenssin, on työntekijän arvostettava ihmistä ja sitä, mitä hän kertoo. Artikkelissa on myös upeasti oivallettu se, että valtautumises- sa on keskeisintä ymmärtää se, että asiakas on itse paras asiantuntija omassa elämässään ja asiakastyöskentelyssä keskustelu ja reflektio (esim. uuden tiedon yhdistäminen aiempaan kä- sitykseen) auttavat asiakasta löytämään mahdollisuuksia ongelmien ratkaisemiseen. (Juntunen 2009, 148.)

Koskinen (2007, 22) kuvaa asiakasnäkökulmaa kuntoutumisessa yksilöllisen voimaantumis- prosessin näkökulmasta. Kuntoutujalla on mahdollisuus valtaistua yhteisöllisen ja yhteiskun- nallisen osallisuuden edistämisen sekä lisääntyneiden osallisuuden edellytysten myötävaiku- tuksesta. Koskisen (2007, 52 – 54) mukaan sosiaalisen muutostyön työskentelykokemuksen myötä on havaittu narratiivisen eli tarinallisen lähestymistavan mahdollisuudet mielekkäänä vaihtoehtona asiakastyölle. Narratiivinen orientaatio asiakastyössä edistää suunnitelmallista työtä avaten uusia, erilaisia vaihtoehtoja muutoksen käynnistymiselle. Menetelmässä painote- taan kuntoutujasta itsestään lähtevää työskentelytapaa. Erilaisissa muutostilanteissa ihminen kokee haasteelliseksi ja vaikeaksi suuntautua muutosprosessissa uudelleen. Sosiaalityöntekijä yhdessä kuntoutujan kanssa tuottaa osallisuutta edistävää dialogia muutostyön vaihtoehtoista sekä luo aitoa uutta tarinaa kuntoutujalle sekä hänen kutoutumisen että voimaantumisen pro- sesseissa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tarinallinen lähtökohta tutkimuksessa

Käytän aineistona kirjoitettuja tarinoita kuntoutujien kokemuksista kuntoutustutkimuksessa. Tutkimuksessani keskityn kuntoutujien kuntoutustutkimukseen ja kuntoutumiseen liittyviin osallisuuden kokemuksiin kertomuksissa, joista pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiini aineistolähtöisen analyysin keinoin. Tarkoituksena on tuoda esiin kuntoutujan omia subjektiivisia osallisuuden kokemuksia liittyen kuntoutustutkimukseen ja koko kuntoutumisprosessiin.

Puusan & Juutin (2011, 47) mukaan näkökulman valitsemisessa tutkija käyttää valintaa välineellisesti hyväkseen, jotta tutkimuksen kannalta oleellimmat seikat kristallisoituvat tutkimuksen tärkeimmiksi päämääriksi. Laadullisessa lähestymistavassa todellisuus ja siitä saatavan tiedon subjektiivinen luonne korostuu. Yksittäisten tapausten tarkkailu yhdistettynä tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulman erityiseen asemaan asettaa tutkijan vuorovaikutukseen yksittäisten havaintojen kanssa. Tärkeää olisikin näin ollen löytää tutkimuksen mielekäs teoreettinen tulkinta liittyen tutkittavaan ilmiöön.

Teoretisointivaiheessa tutkimukseen valittavien käsitteiden valinta on tutkittavan ilmiön kannalta keskeistä. Tutkija pyrkii syventymään ilmiötä koskevaan aiempaan tutkimukseen laajasti, jotta oman tutkimuksen kannalta mielenkiintoinen näkökulma selkiytyy ja perustelut tutkimukselle löytyvät. (mt. 2001, 53.) Tätä tutkimusta varten olen perehtynyt hyvin laajasti kuntoutuksen monitieteiseen kenttään. Lähtökohdat ja näkökulma tässä tutkimuksessa juontaa juurensa myös omaan henkilökohtaiseen kosketuspintaan liittyen kuntoutumiseen ja kuntoutukseen yleensä. Omakohtaiset kokemukset kuntoutujana ovat herättäneet kiinnostuksen kuntoutujan osallisuuden edistämisen mahdollisuuksien kehittämiseen.

Kuinka päädyin narratiiviseen lähestymistapaan tutkimuksessani? Kohosen (2011, 203 – 204) mukaan ihmisillä on taipumus reflektoida kokemuksiaan toisten kanssa varsinkin silloin, jos elämäkulussa on tapahtunut jotain poikkeuksellista. Tällaisia seikkoja voivat olla esimerkiksi uramuutokset, työpaikan sekä ammatinvaihdokset. Kirjoittajan mukaan narratiivinen lähesty-

mistapa soveltuu parhaiten tieteellisen tiedon hankkimiseen juuri tämän tyyppisessä tutkimuksessa, jossa yksilön elämästä tuotetaan uutta, mielenkiintoista tietoa. Narratiivi eli tarina syntyy kertomuksina kokemuksista, jotka liittyvät kertojan omaan elämään (Sparkes Andrew C, 1999, 14–19). Narratiivinen tutkimus Rhodesin ja Brownin (2005, 178) mukaan havainnollistaa sosiaalitieteissä perusteellisesti ja ainutlaatuisesti inhimillisen elämismaailmaan erityisesti.

Tarinallinen lähtökohta tässä tutkimuksessa on perusteltua siksi, koska tarinallisuus on läsnä kaikessa kuntoutustyössä viitaten Hännisen & Valkosen (2002, 6–11) tekstiin. Kirjoittajien mukaan kuntoutuksella pyritään tukemaan kuntoutujan pyrkimyksiä luoda uusia arvokkaaksi kokemiaan tarinoita. Tarinallinen kuntoutuminen rakentuu sairaustarinoiden hallinnan kautta kokemukseksi elämäntarinan jatkuvuudesta. Elämäntarina muuttuu uudella tavalla arvokkaaksi ja merkitykselliseksi siksi, koska kuntoutuja voi suuntautua kohti tulevaisuutta toivon ja mielekkäiden vaihtoehtojen kautta. Hännisen (2011, 20–22) mukaan tarinoiden merkitys arjessa on usein taka-alalla, mutta tilanne on toinen elämän kriisi- ja muutostilanteissa. Tarinoissa käännekohdalla on tärkeä rooli. Käännekohdassa tarina saa uuden suunnan. Toivon näkökulma yhdistettynä kuntoutujan todellisiin mahdollisuuksiin kannattelee eteenpäin.

Puusa & Juuti (2012, 56) Tutkijalle haasteellista tutkimuksessa on tavoittaa kuntoutujan oma näkökulma tutkittavassa ilmiössä. Tutkittavan äänen esille tuleminen on laadullisessa tutkimuksessa oleellisin menetelmävalinnan kannalta. Heikkinen Hannu L.T. (2010, 157) kuvaa narratiivisen tutkimuksen pyrkivän tuottamaan paikallista, henkilökohtaista sekä subjektiivista tietoa tutkimukselle. Tutkittavien tuottamalla narratiivisella aineistolla ei pyritä objektiiviseen tai yleistettävään tietoon.

Perusteluna narratiivisen lähestymistavan valinnalle on se, että tämä menetelmä korostaa tiedon subjektiivista luonnetta sekä kontekstuaalisuutta. Tietoa kerätään tietystä paikassa ja tietynä aikana. Tässä lähestymistavassa keskeistä on se, että todellisuus rakentuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Narratiivissa yhdistyvät toimijat, toiminta, ihmisten aikomukset ja tavoitteet, tapahtumat ja niille annetut tulkinnat. Tietomme todellisuudesta on kehittyvä kertomus narratiivisen lähestymistavan mukaan. (Kohonen 2011, 196–197.)

4.2 Aineiston hankinta ja tutkimukseen osallistuvien taustatiedot

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu kahdesta aineistosta. Pääaineisto on kuntoutujien kirjoittamat kuntoutustarinat sekä toisena aineistona kuntoutujille suunnatun palautelomakkeen kahden kysymyksen vastaukset. Kuntoutusosastolla uusittiin kuntoutujille suunnattua palautelomaketta ja olen hakenut luvan käyttää kyseisen lomakkeen vastauksia syksyllä 2011 tutkimuksessani toisena aineistona. Perusteluna toisen aineiston valinnalle on se, että näin saan lisäarvoa tutkimukselleni. Toivon tämän aineiston tuovan esille kuntoutujien kokemuksia osallisuudesta seuranta-/ja kertausjaksojen jälkeen. Tällöin kuntoutujien kuntoutusprosessi on jo mahdollisesti käynnistynyt ja kokemukset osallisuudesta näyttäytyvät uudella tavalla vastauksissa. Kiinnostukseni kohdistui palautekaavakkeen kahteen kysymykseen. Nämä ovat:

1. Tulin kuulluksi
2. Kerro minkälaisia vaikutuksia edellisellä jaksolla oli kuntoutumiseesi jakson päättymisen jälkeen. Jos et ole pystynyt hyödyntämään/toteuttamaan ohjeita, niin miksi näin tapahtui?

Palautelomakkeeseen liittyvässä aineistossa on vastauksia kahdeltakymmeneltä kahdelta kuntoutujalta. Kyselylomakkeessa on käytetty Likert-asteikkoa, jolla haettiin vastauksia viisiporraisella vaihtoehtoasteikolla asenneväittämiä koskien sekä kielteisiä että myönteisiä asenteita liittyen kysytyihin teemoihin. Tämä toinen aineisto tuo mielenkiintoisen lisän tutkimuksen tuloksen kannalta.

Keräsin kuntoutujien kuntoutustarinoita Kys:n Tarinan sairaalan kuntoutustutkimusosastolla, jossa toteutetaan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta kuntoutujille, joilla on samanaikaisesti usean erikoisalan sairauksia. Tutkimuksen empiirisessä osassa kuvaan kuntoutujien kuntoutustarinoista esiin nousseita osallisuuden kokemuksia.

Tutkimukseni varsinainen aineisto sisältää kuntoutujien kirjoittamia kuntoutustarinoita. Pyysin kuntoutujia kertomaan kuntoutustutkimusjakson kokemuksista ja siitä, millä tavoin he kokivat itse päässeensä vaikuttamaan omaan kuntoutusprosessiinsa. Pyysin kuntoutujia myös kuvamaan omaa osallisuuttaan kuntoutustutkimusprosessissa. Narratiivista aineistoa voidaan hankkia pyytämällä ihmisiä kirjoittamaan omaan kokemukseen perustuva vapaamuotoinen

tarina tutkimuksen aihepiiristä. Tutkimus voi kohdistua kirjalliseen tai suulliseen narratiiviseen aineistoon. (Kohonen 2011, 199.) Narratiivisen tutkimuksen aineistoja voivat olla Hännisen (2009, 7) mukaan esimerkiksi erilaiset narratiiviset haastattelut, elämäntarinat tai 1. persoonan tarinat. Heikkinen (2001, 116) puolestaan kuvaa narratiivisuutta tutkimuksessa lähestymistavaksi, jossa huomio kiinnittyy kertomuksiin tiedon välittäjänä esimerkiksi tutkimuksen materiaalina käytettäviin tarinoihin. Tarinoiden hyödyntäminen tutkimusmetodinä tuottaa tietoa käytännöstä ja muotoutuu tietyssä kontekstissa kuvaukseksi, jossa tieto rakentuu kuvaamaan sosiaalista todellisuutta. Narratiivinen kollaasi sallii mahdollisuuden sosiaalisen ilmiön kuvaamiseen. (Kostera Marika 2006, 15 – 18.) Narratiivinen lähestymistapa tutkimuksessa pyrkii tuottamaan uutta, mielenkiintoista tietoa yksilön elämäntilanteesta varsinkin silloin, kun jotain poikkeuksellista on tapahtunut. Tällaisia seikkoja voivat olla esimerkiksi sairastuminen, uramuutokset sekä työpaikan ja ammatin vaihdokset. (Kohonen 2011, 203 – 204.)

Tutkimusluvut tätä tutkimusta varten on myöntänyt KYS:n johtajaylilääkäri sekä tulosyksikön ylihoitaja. Kesällä 2011 ja valitsin tutkimukseni esittelypäivän niin, ettei osaston omaan suunniteltuun iltaohjelmaan syntyisi päällekkäisyyksiä. Tiedotin tutkimuksesta osastopalaverissa kuntoutustutkimusosaston henkilökunnalle ja kerroin tutkimuksesta pääpiirteitä lyhyesti. Osaston iltahoitajien kanssa sovin vielä erikseen käytännön järjestelyistä kyseisenä iltapäivänä. Viikon alussa asetin osaston palaverihuoneen oveen ilmoituksen infotilaisuudesta (kts Liite 1), jossa kerroin tutkimuksestani ja mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen liittyvässä infotilaisuudessa esittelin itseni ja kerroin tutkimuksen tavoitteista eli kuntoutujien oman näkökulman sekä kokemuksen esille tuomisen. Pyysin tutkimukseen osallistujia kiinnittämään erityistä huomiota tarinoissa yksilöllisiin kokemuksiin liittyen kuulluksi tulemiseen sekä vaikutusmahdollisuuksiin kuntoutustutkimusprosessissa. Lisäksi kerroin lyhyesti aineiston käsittelystä sekä anonymiteetin toteutumisesta tutkimuksessa. Informoin tutkimukseen osallistujia myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat saavat kopion pro gradututkielmasta sen valmistuttua.

Osalle kuntoutujista kuntoutusjakso kuntoutustutkimusosastolla oli jo entuudestaan tuttua ja he olivat tulleet seuranta- tai kertausjaksolle, mutta osa kuntoutujista tuli osastolle ensimmäistä kertaa. Osastolla oli sillä hetkellä 11 kuntoutujaa, joista 9 osallistui tutkimusta koskevaan infotilaisuuteen. Olen saanut kuntoutustarinat kuudelta kuntoutujalta. Laadullisen tutkimuksen aineiston suuruuden määrittelyssä on otettava huomioon tutkittava ilmiö. Aineiston tapausten

määrään vaikuttavat uuden tiedon löytyminen sekä erilaisten näkökulmien muodostumien. Aineistoa tulee kerätä niin kauan kuin aineiston tuottama tieto alkaa toistua. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 170 –171.)

Informanttien valintaan vaikuttivat esimerkiksi se, että kaikilla osallistujilla oli tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä kaikki tutkittavat osallistuivat kuntoutustutkimusosastojaksolle. Yhteistä tutkimukseen osallistujille oli myös se, että he tulevat Pohjois- Savon sairaanhoitopiirin alueelta. Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmän. Osallistujat olivat hyvin erilaisissa elämän vaiheessa olevia henkilöitä. Koulutus- ja työuran kannalta katsottuna osalla kuntoutujista ei ollut vielä työelämäyhteyttä ja osa kuntoutujista oli työelämässä olevia tai olivat vaihtamassa ammattia uudelleen koulutuksen myötä. Kuntoutujat osallistuivat kuntoutustutkimusosastojaksolle kesällä 2011 ja tutkimukseen osallistui molempien sukupuolen edustajia.

Tarinan sairaalan kuntoutustutkimusyksikön kuntoutuksen palveluyksikkö Kys:llä muodostuu kahdesta palveluryhmästä: fysiatrista ja kuntoutuskeskuksesta. Kuntoutustutkimuspoliklinikka ja -osasto kuuluvat kuntoutuskeskukseen. Kuntoutuskeskukseen kuuluvat myös työlääketeen poliklinikka, apuvälineyksikkö, kipupoliklinikka, hengityshalvauksyksikkö sekä somaattisten erikoisalojen sosiaalityö. (Kys, kotisivut). Keskussairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköillä on erikoisosaamista kuntoutustutkimuksessa silloin, kun havaitaan usean lääketieteen erikoisalan osaamisen tarve (Rautiainen Juhani, Wikström Juhani & Sivenius Juhani 2008, 237). Kuntoutujat tulevat lääkärin läheteellä erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimukseen Tarinan sairaalan kuntoutustutkimusosastolle. Kuntoutujat olivat tulleet kuntoutustutkimusosastolle joko lääkinnällisen kuntoutuksen jaksolle, työ- ja toimintakyvyn arviointijaksolle tai kuntoutustutkimusjaksolle.

Kuntoutustutkimusosastolla tehdään vaativia moniammatillisia kuntoutustutkimuksia henkilöille, joilla on usean erikoisalan sairauksia samanaikaisesti. Lisäksi osastolle tulee kuntoutujia lääkinnällisen kuntoutuksen jaksolle, jolloin moniammatillisen tiimin tavoitteena on kuntoutumisen tukeminen ja kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä kuntoutujan kanssa. (Kys, kotisivut.)

Lääkärin kuntoutustutkimus keskittyy määrittelemään kuntoutujan aikaisempien esitietojen ja kliinisen tutkimuksen avulla sen, miten sairaus tai vamma vaikuttaa ja tulee todennäköisesti

vaikuttamaan tutkittavan toiminta-, oppimis- ja työkykyyn sekä kuntoutusmahdollisuuksiin. Psykologin tekemällä kuntoutustutkimuksella pyritään selvittämään kuntoutujan psyykkiset edellytykset, rajoitukset sekä motivaatio työntekoon, koulutukseen ja kuntoutukseen sekä tarvittavat elämänhallintaa tukevat kuntoutustoimenpiteet. Sosiaalityöntekijän tekemä kuntoutustutkimus pitää sisällään kuntoutujan sosiaalisen taustan ja elämäntilanteen selvittämisen sekä kuntoutuksen edellyttämien sosiaaliturvaratkaisujen arvioinnin. Sosiaalityöntekijä arvioi myös kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä edistävien ja tukevien toimenpiteiden tarpeen. Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa sosiaalityöntekijä selvittää yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutujan mahdollisuudet työllistyä ja siihen tarvittavat toimenpiteet. Kuntoutustutkimusosastolla on 18 paikkaa. Kuntoutujat ovat pitkäaikaisista tule-kivuista tai muusta vajaakuntoisuudesta kärsiviä henkilöitä, joilla on usein merkittäviä toiminta- tai työkykyrajoitteita. Kuntoutusosastolla toiminta perustuu moniammatilliseen työskentelyyn, jonka tuloksena kuntoutujan kanssa laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Tarinan sairaalan viikko-osastolla lääkäri, psykologi sekä sosiaalityöntekijä suorittavat omalta osaltaan kuntoutustutkimukset, jotka ovat pohjana kuntoutujan kokonaisvaltaiselle toimintakykyarviolle ja kuntoutussuunnitelmalle. (Kys.)

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa lähtökohtana tässä tutkimuksessa oli osallisuuden käsite, jonka pohjalta pyrin nostamaan aineistosta osallisuuden kannalta keskeisiä ilmiön kuvauksia kuntoutujien tarinoista. Tutkimuksen kannalta oli oleellista ottaa huomioon kuntoutustutkimusprosessin eri vaiheet analysoinnissa, jotta kunkin kuntoutujan tilanne kuvautuisi mahdollisimman hyvin. Kuntoutajat olivat hyvin erilaisissa vaiheissa omassa kuntoutustutkimusprosessissa ja osallisuuden kokemusten merkitykset kuvautuivat hyvin yksilöllisesti kuntoutujien kirjoittamissa tarinoissa. Toisaalta aineiston analysointiin ja tulkintaan vaikutti itselläni oleva aiheeseen liittyvä aiempi ennakko-oletus ilmiöstä. Laadullinen tutkimus on prosessi, jossa tutkijan omat käsitykset tutkittavasta ilmiöstä jäsentyvät työn eri vaiheiden edistyessä. Tutkijalta vaaditaan joustavuutta, jotta uudelleenlinjaukset onnistuvat ja päätöksiä on tehtävä tutkimusongelman täsmennyttyä. Aineiston rajaamisessa on aina tulkinnallinen aspekti läsnä. Laadullinen aineisto näyttäytyy tutkijan omien tarkasteluperspektiivien kautta. Tutkija määrittelee itse aineiston keskeisimmän sisällön. (Kiviniemi Kari 2010, 70 – 85.)

Aineistoa tarkastellessa pyrin keskittymään aineiston kuvaamaan tietoon liittyen tutkimuskysymykseen. Informanttien kuvaus osallisuudesta ohjasi ilmiöön liittyvää ymmärrystä ja analysointia. Aineistosta esiin nousseiden kuvausten valintaan vaikutti aiempi teoreettinen tieto liittyen tutkittavaan ilmiöön. Aineiston analysointi aineistolähtöisesti on lähtökohtana aineiston koodauksessa siten, että aineistosta itsestään nousseita teemoja nostetaan tarkastelun kohteeksi. Tutkijalla on kuitenkin etukäteisolettamuksia tutkittavasta ilmiöstä, jolloin hänen haasteellisenä tehtävänä on löytää mahdollisimman neutraali ote omaan käsitykseen ilmiöstä käsitellessään aineistoa. (Eskola Jari & Suoranta Juha 1998, 153 –157.) Aineisto analysointi tutkimuksessani aiheutti paljon päänvaivaa ja pohdinkin paljon sitä, että onko tutkimuksessani mahdollista käyttää puhtaasti aineistolähtöistä analyysiä. Tulin siihen tulokseen, että tutkimuksen aineiston analyysi asettuu aineistolähtöisen ja teoriasidonnaisen sisällönanalyysien väliin. Eli analysointia ei ole tehty puhtaasti induktiivista lähestymistapaa käyttäen, vaan aiempi tutkijan tietopohja tutkittavasta ilmiöstä on vaikuttanut aineiston analysoimiseen.

Induktiivista (yksityisestä yleiseen etenevää) lähestymistapaa aineiston laadullisessa analyysissä kuvaavat (Tuomi & Sarajärvi 2001, 111 – 115; Elo & Kyngäs 2007, 110) prosessina, jossa edetään analyysiyksikön valinnan kautta koko aineiston hallinnan ja ymmärryksen jälkeen koodausvaiheeseen. Koodauksen jälkeen on pelkistettyjen ilmausten listaamisen vuoro. Pelkistettyjä ilmauksia ryhmitellään samankaltaisuuksien sekä erilaisuuksien mukaan omiksi ryhmiksi. Seuraava vaihe sisällön analyysin prosessissa on ala- ja yläluokkien muodostaminen. Abstrahointi eli käsitteellistäminen seuraavassa vaiheessa tarkoittaa sitä, että muodostetaan teoreettisia käsitteitä liittyen tutkimuksen kannalta oleellisimpaan ja valikoituun tietoon. Tämän vaiheen jälkeen tutkimuksessa edetään vaiheeseen, jossa teorian ja johtopäätösten avulla luodaan malleja tai uusia käsitteitä. Tutkimuksen tulosten ymmärtäminen tutkittavien kannalta kulkee punaisena lankana läpi koko analyysin.

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi tutkimuksessa lähtee liikkeelle tietyistä teoriasta, jonka pohjalta tutkija hakee tietoa empiirisesti teorian ohjatessa aineistonhankintaa. Aineistoa analysoidaan teoriaa hyväksi käyttäen ja tulkinta määrittyy teorian lähtökohdista käsin. Analyysin luokittelu nojaa tiettyyn teoriaan tai viitekehukseen, jolloin analyysi ohjautuu tietyn teeman analyysirungon viitoittamaa reittiä. (Eskola 2001, 135–140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Tutkimussuunnitelmaa laadittaessa narratiivinen tutkimustyyppi vaikutti mielestäni hyvältä vaihtoehdolta uuden tiedon tuottamiseen silloin, kun tavoitteena on osallistujien näkökulman esiin tuominen. Tutkimuksella pyritään henkilökohtaiseen, paikalliseen sekä subjektiiviseen tiedonmuodostukseen. Narratiivisessa tutkimuksessa keskitytään siihen, miten tutkittavat antavat merkityksiä asioille tarinoiden välityksellä. (Aaltola & Valli 2001, 129–130.)

Vaikka tutkimukseni lähtökohtana olikin kuntoutujan osallisuuden kokemusten ilmentymät kuntoutujien tarinoissa, osattomuuden kuvaukset toimivat tarinoissa tietynlaisina käännekohtina useissa tarinoissa. Osattomuuden kokemusten kuvaukset toimivat sisällön analyysissä tietynlaisena alkutilanteen, kuntoutujan tarinan alun määrittelijänä. Kuntoutustarinoita tarkastellessani huomasin kuntoutujien kertovan aluksi tilanteestaan ja lähtökohdistaan ennen kuntoutustutkimusjaksoa. Kuntoutujat kuvasivat usein erilaisia osattomuuteen liittyviä tuntemuksia ja ajatuksia kuten häpeä, pelko, ikävät kokemukset, tiedon puute, ei kuulla, ei ohjausta sekä sattumanvaraisuus. Edellä mainittuja seikkoja on tuonut esiin Luhtasela (2009, 33–34) omassa tutkimuksessaan. Seuraavassa näytteitä osattomuuden kokemuksista:

”Usein potilaan yksilöllinen ohjeistus ja neuvonta leikkauksen jälkeiseen elämään jää hyvin vajaaksi. Asiat hoituvat asentella.”

”Tajusin, että elin liiallisessa epätietoisuudessa.”

”Tuntui, ettei kipujani otettu todesta.”

”Suomessa ei kannata sairastaa”

Härkääpää Kristiina, Järvikoski Aila & Gould Raija (2011, 84) kuvasivat tutkimustuloksissa asiakkaiden ajatuksia ohjauksen ja tuen tarpeesta kuntoutusprosessissa. Tutkijoiden mukaan asiakkaat eivät olleet saaneet riittävästi tukea ja neuvontaa. Kuntoutusprosessiin liittyvät valinnat olivat sattumanvaraisia eivätkä ne perustuneet tietoon. Edellä mainitut kuvaukset ohjauksen ja tuen tarpeista ohjasivat huomiotani tutkimusaineiston osallisuuteen viittaaviin sisältöihin.

Kuntoutujien tarinoita tarkastellessa tutkimuksen kohteena olivat kuntoutujien osallisuuden kokemukset kuntoutustutkimusosastojaksolla. Aineisto koostui kuudesta kuntoutustarinasta. Tutustuin tarinoihin lukemalla ne useita kertoja ja etsien kuntoutujien osallisuuden kokemuksia. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi haastaa tutkijan löytöretkelle, jossa tutkijan tulkinta ilmiöstä rakentuu pikkuhiljaa tutkijan aiemman aiheeseen liittyvän perehtyneisyyden pohjalta. Tutustuessani aineistoon lähtökohtana oli ensin se, että pyrin mahdollisimman neutraalisti lukemaan tarinoita, jotta aiempi tieto aihepiiristä ei liikaa johdattelisi sisällönanalyysiä. Analyysiyksiköiden valinnassa keskeistä oli löytää myös kuntoutujien kertomusten kokemuksellinen tieto ja elämismaailma, jotta valinnat olisivat keskeisimpiä tutkimuksen kannalta. Löydettyäni aineistosta mielestäni oleellimmat osallisuuden ilmentymät, ilmaukset koodasin ne analyysiyksiköiksi eli tässä tapauksessa tutkimuskysymystä vastaaviksi pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Tällainen pelkistäminen tarkoittaa aineiston redusointia eli pelkistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Seuraavassa esimerkki aineiston pelkistämisestä:

Taulukko 1. Esimerkki pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
”Kuntoutustutkimusjakson alussa pelkäsin, ettei minua täälläkään oteta todesta. Onneksi pelkoni osoittautuivat täysin vääräksi.”	Kokemus kuulluksi tulemisesta
”Oma ääni kuuluu.”	
”Omat ajatukset otettiin todesta”	

Aineiston redusointiin käytin paljon aikaa. Jouduin jatkuvasti palaamaan tutkimuskysymysten äärelle ja pohtimaan valintojen perusteluja ja oikeutusta. Aineiston kanssa kävin tietynlaista vuoropuhelua siitä, millaisia vastauksia aineistosta nousi kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta. Tätä ”keskustelua” olisi jatkunut varmasti vielä enemmänkin, mutta tietyssä vaiheessa saatoin tämän vaiheen päätökseen ja jatkoin eteenpäin tutkimuksessani. Aaltola & Valli (2001, 34) viittaavat niin sanottuun hermeneuttiseen kehään, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkijan on käytävä vuoropuhelua tutkimusaineiston kanssa, jotta aineiston tulkinta kristallisoituisi. Keskeistä on tavoittaa se, mitä informantti on tarkoittanut.

Seuraavassa aineiston sisällönanalyysissä oli ryhmittelyn aika. Ryhmittelyssä lähtökohtana oli se, että pyrin löytämään pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 10.) Seuraavassa taulukossa esimerkki aineiston ryhmittelystä alaluokan ryhmittelyn osalta.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Tiedon saaminen sosiaaliturvaetuuksista	Yksilöllinen ohjaus
Yksilölliset ohjeet arjessa selviytymiseen	
Tieto ammatillisesta kuntoutuksesta	

Seuraavassa vaiheessa eli aineiston abstrahoinnissa empiirisestä aineistosta pyritään löytämään vastauksia tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Käsitteitä yhdistelemällä yhdistäviksi luokiksi muodostuivat kuntoutujan osallisuuden kokemusten näkökulmasta vuorovaikutuksen rakentuminen moniammatillisen tiimin avulla, tiedon saaminen ja luominen edellä mainitun tiimin avustuksella sekä vaikuttamisen mahdollisuudet sekä itsenäinen toimijuus omassa kuntoutustutkimusprosessissa.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Yläluokka	Yhdistävä luokka
Vaikuttaminen kuntoutumisen suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun	Osallisuuden kokemuksia vaikuttamisesta, päätöksenteosta sekä itsenäisestä toimijudesta
Moniammatillisen tiimin tuki päätöksenteossa	
Kuntoutussuunnitelmaan sitoutuminen, toteuttaminen sekä arvionti tuetusti	

Yhdistävät luokat antavat vastauksia tutkimustehtävään ja luovat pohjan aineiston tulosten kuvaamiselle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Seuraavaksi kuvailen aineistoa tarkemmin erilaisten kuntoutustutkimusprosessin eri vaiheissa.

Kuntoutustutkimusosastolla otettiin käyttöön palautekysely, jolla on tarkoitus saada tietoa kuntoutujien kokemuksista kuntoutustutkimusosastojaksolta. Yhdistän tämän lisäaineiston

tuloksia varsinaiseen tutkimusaineistoon perusteluineen kuntoutustutkimusprosessin vaiheiden esittelyn lomassa.

4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettistä pohdintaa tutkimukseni kannalta herätti se, että ovatko kerättävä tieto ja tutkimus tarpeellista. Perusteluina tutkimukselleni on se, että vastaajat tuovat tarkastelun kohteeksi ollessaan osallisina tutkimuksessa subjektiiviset kokemukset ja kuntoutusintervention luomat vaikutukset keskeisimpinä perusaineistona tutkimukselle. Tutkimussuunnitelmaa laadittaessa on hyvä miettiä sitä, että millaista tietoa ollaan tuottamassa. Lähtökohtana voidaan sosiaalityön eettisesti kestävässä tutkimuksessa pitää sitä, että tutkimuksella olisi vastaajille erityisesti hyötyarvoa. (Rauhala & Virokangas 2011, 246.)

Filosofisena lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessani on holistinen ihmiskäsitys, jossa biologinen, psykologinen ja sosiaalinen kietoutuvat yhteen. Kuntoutustiede perustuu holistiseen ihmiskäsitykseen, jossa tutkimuskohteita lähestytään sosiaali- ja käyttäytymistieteellisten ja toisaalta luonnontieteellisten menetelmien avulla (Järvikoski & Härkäpää 2011, 257).

Tutustuin Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimuseettisen toimikunnan ohjeisiin tutkijoille ennen kuin laadin tutkimussuunnitelman. Tutkimustani koskeva tutkimussuunnitelma on ollut liitteenä lupamenettelyissä ja kaikkia asianomaisia on informoitu asianmukaisesti. Tutkimukseni yhdyshenkilö on myös nimetty Kys:issä. Tutkimuslupia on tähän tutkimukseen kolme kappaletta. Nämä ovat Tutkimushankeilmoitus, Hoitotieteen ja muiden tutkimusten hakemus sekä tutkimuslupa arkistomateriaalin lainaukseen tutkimusta varten. Tutkimukselle tulee olla erillinen lupa tutkimuspaikasta ennen tutkimuksen aloittamista. (Kys, kotisivut.)

Toimikunnan ohjeisiin viitaten tämän tutkimuksen kannalta olennaisia ohjeita ovat ihmisarvon loukkaamattomuuden sekä itsemääräämisoikeuden periaatteiden kunnioittaminen. Tietoon perustuva suostumus on ollut edellytys tutkimukselle. Informanttien kannalta mahdolliset tutkimukseen liittyvät haitat tulee minimoida. Suunnittelin tutkimukseen osallistumisen mahdollisimman vaivattomaksi osallistujille siten, että tutkimukseen liittyvä informointi tapahtui tutkimusosaston muun ohjelman lomassa ja tutkimukseen osallistujat olivat jo valmiiksi paikan päällä. (Kys, kotisivut.)

Kokosin selkeän tiedotteen tutkimuksestani, jossa kerrotaan tutkittavan näkökulmasta keskeisimmät seikat. Tällaisia ovat esimerkiksi tutkimuksen tarkoitus (pro gradututkielma) sekä se, että tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille kuntoutujan näkökulmaa, tietoa, kokemuksia ja ääntä kuntoutustarinoiden muodossa. Informanteille annettussa instruktiossa kerroin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta siitä, että aineistoa käsitellään huolellisesti eikä niitä palauteta takaisin kirjoittajille. Instruktioon liitin omat tietoni (nimi, puhelinnumero sekä sähköposti), jotta tutkittavalla olisi mahdollisuus saada lisätietoja liittyen tutkimukseen. Tutkimukseen liittyvässä infotilaisuudessa informanteilla oli mahdollisuus keskustella tutkijan kanssa myös henkilökohtaisesti tutkimukseen liittyvistä seikoista. Tutkimuksen kohderyhmälle keskeisiä eettisiä seikkoja ovat tietosuoja-asiat, vapaaehtoisuus sekä tutkimukseen osallistumiseen liittyvä käytännön menettely. Suostumukseen tutkimukseen osallistumisesta keräsin tärkeimmät seikat anonymisoinnista sekä tutkimusaineiston käytöstä esimerkkiotteiden julkaisuun liittyen. Tutkimuksen valmistuttua lupasin hävittää vastaajien kirjoitukset asianmukaisesti. Tutkimuksen eettisiä vaatimuksia ovat myös toisten tekstien plagioimattomuus sekä se, että tuloksia pyritään esittämään totuudenmukaisesti. Raportointi ei saa olla myöskään harhaanjohtavaa ja epätäydellistä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26–28; Kys, kotisivut.)

Eettistä pohdintaa vaaditaan koko tutkimuksen kokonaisprosessin ajan. Tutkimuksessa tulee huomioida tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kunnioittaminen arvokkaina ihmisinä. Tutkimuksellinen vastuu tutkimuksessa herätti tässä tutkimuksessa pohdintaa siitä, että tuottaako tutkimus uutta ymmärrystä vastaajien olosuhteista ja osallisuuden kokemuksista. (Pohjola 2007, 29.)

Tutkimuksen luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa on tietyllä tavoin ongelmallinen. Tutkijan objektiivisuus koetaan hankalaksi todentaa, sillä tutkija luo tutkimusasetelman ja hänen omat henkilökohtaiset seikat kuten iällä tai virka-asema vaikuttavat havaintoihin sekä tulkituksiin. Luotettavuus tutkimuksessa tulee esiin myös siinä, että tutkimuksessa tutkitaan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituksena. Tutkimusraporttia kannattaa myös tarkastella luotettavuuden näkökulmasta. Tutkijan tulee raportoida tutkimuksesta niin, että lukijat saavat tarpeeksi tietoa aineiston kokoamisesta sekä analysoinnista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–141.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Seuraavassa kuvaan kuntoutujien kokemuksia kolmessa kuntoutustutkimusprosessin vaiheessa osallisuuden kokemusten näkökulmasta.

5.1 Kiinnittymisvaihe

Osallistuminen kuntoutustutkimusosastojaksolle osallisuutta edistävänä tekijänä

Kuntoutustutkimusprosessin alussa kuntoutajat kuvaavat kuntoutustutkimusosastojaksolle ohjautumista osallisuutta edistävänä tekijänä tässä tutkimuksessa. Aiemmat kokemukset tiedon puutteesta, puutteellisesta kuulluksi tulemisen kokemuksista sekä vaikuttamisen mahdollisuuksien vähyydestä kuvautuivat kuntoutustutkimusprosessin alkuvaiheen kuntoutujien tarinoissa. Seuraavassa eräs kuvauksia kuntoutumistutkimusjakson alkuvaiheista:

”Saapuessani Tarinaan oli tietysti varpaillani. Pelkäsin, ettei minua täälläkään otettaisi todesta, mutta pelkoni osoittautuivat täysin vääriksi. Tarinan jakso oli niin fyysiselle kuin psyykkiselle terveydelleni parasta mitä olisi voinut tapahtua.”

”Paikka todella sopiva. Olen saanut uusia edellytyksiä kuntoutumiselle.”

”Selviäisinkö opiskelusta, työharjoittelusta? Tähänsanoi, että saisin apua Tarinassa.”

Kuntoutustutkimukseen ohjautumista kuntoutajat kuvaavat osallisuutta edistävänä mahdollisuutena. Nikkasen (2006, 73–76) tutkimuksessa kuntoutajat kokivat kuntoutukseen pääsyn ja kuulluksi tulemisen merkityksellisiksi seikoiksi kuntoutuksessa. Nikkasen tutkimuksen mukaan yksilöllinen kohtaaminen sekä omien näkemysten huomioon ottaminen vaikuttivat kuntoutujien itsetunnon kohenemiseen sekä luottamuksen vahvistumiseen liittyen omiin kykyihin. Aiemmat kokemukset tiedon puutteesta, kuulluksi tulemisen kokemuksista sekä vaikut-

tamisen mahdollisuuksien vähydestä kuvautuvat tässä tutkimuksessa alkuvaiheen kuntoutujan tarinassa. Hinkka, Aalto, Grönlund & Rajavaara (2011, 26–27) kuvaavat myös Kela toteuttaman työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (2007- 2011) arviointitutkimuksen alustavissa tuloksissa kuntoutujien kokemuksia seuraavasti. Kuntoutujista merkittävä osa koki hyötyvänsä siitä, että omaa terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita pysähdyttiin miettimään tarkemmin. Oma kehittyminen ja voimaantuminen näyttäisivät tutkimuksen mukaan vahvistavan työssä selviytymistä. Tutkijoiden mukaan kuntoutusprosessin keskeisiä vaihteita ovat kuntoutustarpeen arviointi sekä kuntoutujavalinta.

Voimaannuttava vuorovaikutuksen ilmapiiri osallisuutta edistävänä tekijänä

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuksen syntyminen kuntoutujan ja moniammatillisen tiimin välillä kuvautui kuntoutujien tarinoissa tärkeäksi osallisuuden kokemukseksi kuntoutustutkimusosastojakson alussa. Vuorovaikutuksen rakentuminen yksilöllisessä kohtaamisessa ammattihenkilöstön kanssa nousee merkittävään asemaan alkuvaiheen kuntoutujien tarinoissa. Kivun kokemuksen kuuleminen tulee esille kuntoutujien tarinoissa.

”Tämä oli ensimmäinen kerta, kun kipuni otettiin todesta ja tulin kuulluksi”

”Omat ajatukset ja mielipiteet kuultiin hyvin.”

”Oli ajateltava positiivisesti ja avoimin mielin kaikkeen uuteen. Yön nukuttuani ajatukseni kirkastuivat ja oivalsin oman panokseni merkityksen kuntoutumiseeni. Joten tartuin haasteeseen ja päätin antautua täysin ammattihenkilöstön käsiin.”

Toisen tutkimusaineiston eli palautekyselyn mukaan palautekyselyyn vastanneista 82 % oli sitä mieltä, että he tulivat kuulluksi täysin tai melko hyvin. Valtaosassa informanttien laatimissa kuntoutustarinoissa kohtaamista kuvattiin kuulluksi tulemisen kokemuksissa onnistuneeksi tämän tutkimuksen varsinaisen tarina-aineiston perusteella. Kuulluksi tulemisen koke-

mus on yksilöllistä ja kokemus kuvautui joskus haasteelliseksi seikaksi kuntoutuja kuvauksessa.

”..varmaan pitää asiat niin monta kertaa sanoa että varmasti ymmärtävät.”

”Kaikille olen sanonut että kyllä jumppaan, jos joku antaa ohjeet”

Toisaalta alkuvaiheeseen saattaa kuulua myös täysin päinvastaisia ajatuksia kuulluksi tulemisesta ja vuorovaikutuksen rakentumisesta. Ohjeet ja motivointi saattaa jäädä ulkokohtaiseksi kivun kokemuksen vuoksi ja vuorovaikutuksen luominen on haasteellista. (Nikkarinen, Huvinen & Brommels 2001, 40.)

Tyypillisimmillään alkuvaiheen kuntoutuja kokee elämänhallintansa hyvin epävarmaksi. Sairaudesta tai vamma on tyypillisesti heikentänyt kuntoutuja selviytymistä arjessa niin kotona kuin työssäkin. Kuntoutujalla on valtava tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi yksilöllisesti. Alkuvaiheen kuntoutujan roolissa korostuu se, että kuntoutuja tulee osalliseksi valtavasta määrästä tietoa. Tyydyttävän vuorovaikutuksen syntyminen kiireettömässä ilmapiirissä luo puitteet yhteiselle ymmärrykselle kuntoutujan tilanteesta. On tärkeää ottaa huomioon myös kuntoutujan omat toiveet ja tarpeet (Narumo 2006, 37–38.)

Alkuvaiheen kuntoutuja aistii vuorovaikutuksen ilmapiiriä ja luo sen pohjalta oman käsityksen kokemuksesta. Seuraavassa kuvaavia otteita liittyen vuorovaikutuksen ilmapiiriin syntyneeseen liittyen:

”Minusta se on paikkana ollut lepokoti, rauhan tyysija. Minua ei milloinkaan häirinyt sen paikan kiireettömyys, verkkaisuus eikä laitosisuus.”

”Kohtaamisen onnistuminen on tärkeää”

”Se, miten paljon aikaa minuun käytettiin, henkilökunnan ote ja positiivinen kannustus suorastaan pakottivat minut hoitamaan itseäni.”

”Tarinassa olen prinsessa. Hoviväkeni – lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti ja kaikki muut – on siellä minua varten. Tämä on Tarinan juju. Se tekee sen paikan hengen.”

Hyvän vuorovaikutusilmapiirin luominen on asiakassuhteen rakentamisessa hyvin tärkeää. Keskeisiä seikkoja ilmapiirin luomisessa ovat luottamuksellisuus, turvallisuus, myönteisyys ja kannustavuus. Vuorovaikutuksessa voimavaraistava kieli ja puhe toimivat osallisuutta edistävinä tekijöinä. Hyvän vuorovaikutuksen edellytyksenä on kuntoutujan kokemus siitä, että hän on tullut aidosti kuulluksi. (Ihalainen & Kettunen 2011, 40–41.)

Arvokkuuden kokemukset ihmisenä näkyy myös kuntoutumistarinoissa merkityksellisinä osallisuuden kokemuksina. Koukkarin (2011, 220) tutkimuksen mukaan kuntoutuksen keskeisimpänä tehtävänä on sen, että kuntoutuja nähdään ainutkertaisena yksilönä, jonka kuntoutumisen tavoitteet tulevat määritellyksi kuntoutujan ja kuntoutusta toteuttavien ammattiosajien dialogisessa yhteistyössä.

”Keskustelut avarsivat arvokkuuttani ihmisenä. Sitä jotenkin koki itsensä tärkeäksi. Olenkin koko ajan sanonut, että minä olen niin paljon muutakin kuin tämä kipu, jonka kanssa olen naimisissa.”

Romakkaniemen (2011, 56) mukaan ihmisen tulee tavoittaa uudelleen arvokkuutensa silloin, kun se on hukassa. Mahdollisuus muutokseen avautuu pysähtymisen, reflektion sekä uudelleen ymmärryksen myötä. Tässä työssä on pysähdyttävä ihmisen ainutkertaisen tilanteen arvioimiseen sekä aitoon kohtaamiseen. Kuntoutuksen näkökulmasta olennaisia tavoitteita ovat sosiaalisten resurssien lisääminen, osallisuus sekä uusien mahdollisuuksien löytyminen.

Osallisuus tietoon moniammatillisen työryhmän tuella

Tämän tutkimuksen aineistossa kiinnittymisvaiheen kuntoutujilla oli suuri tarve saada tietoa omasta tilanteestaan sekä mahdollisuuksistaan liittyen elämänhallintaan, opiskeluun, työelämään siirtymiseen, työssä jatkamiseen tai yleensä sairauden kanssa selviytymiseen. Seuraavassa otteita kuntoutujien tarinoista:

”Stressasin siitä, että tulenko koskaan löytämään ammattia, mikä olisi minulle sopiva ja tietenkin mielekäs itselleni.”

”Haluan kuntoutua vielä työelämään ja luulen siihen olevan vielä täydet edellytykset kun saan hyvät eväät jatkokuntoutumiseen kotona.”

”Arjessa selviytyminen on hyvin haasteellista.”

”Polku eteenpäin on suunniteltu.”

Yksilöllinen kohtaaminen, yksilöllisten tavoitteiden luominen vuorovaikutuksessa moniammatillisen työryhmän kanssa sekä tiedon saaminen kuvautuvat kiinnittymisvaiheen kuntoutujien osallisuutta edistäviksi tekijöiksi tässä tutkimuksessa. Järvikoski & Härkäpää (2011, 52) viittaavat kuntoutustyöntekijöiden tehtävään antaa kuntoutujalle hänen tarvitsemansa tieto ja tuki ratkaisujen pohjaksi, jotka koskevat tulevaisuutta. Keskeisiä elementtejä kuntoutuksessa ovat jatkuva tuki sekä ohjaus. Asiakaslähtöinen, asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumista korostava toimintatapa tarkoittaa sitä, että tukitoimet tuodaan lähelle kuntoutujan arkielämää ja elinympäristöä. Paltamaa, Karhula, Suomela- Markkanen & Autti - Rämö (2011, 37) kuvaavat moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan yhteistä tiedonmuodostusta seuraavasti. Moniammatillinen työskentely pitää sisällään erilaisia työskentelymuotoja, joissa eri ammattialojen edustajat toimivat kuntoutujan asioissa välittämässä tietoja sekä laatimassa kuntoutussuunnitelmaa kuntoutujan tavoitteet ja tarpeet huomioon ottaen.

5.2 Seurantavaihe

Vuorovaikutuksellinen tiedonmuodostus osallisuutta edistävänä tekijänä

Kuntoutustutkimuksen edistyessä kuntoutujan osallisuuden kokemuksiin kuvautuu tämän tutkimuksen empiirisen aineiston pohjalta osallisuus tietoon ja tiedonmuodostukseen, arviointiin sekä vaikuttamiseen kuntoutumiseen liittyvässä tavoitteenasettelussa ja päätöksenteossa. Kuntoutujat kuvaavat kuntoutusprosessin edetessä omaa osallisuuttaan tiedonmuodostuksessa, joka liittyy kuntoutumisen tavoitteisiin. Uusi tieto näyttäytyy merkittävänä tekijänä kuntoutujan oman tilanteen hahmottamisessa. Tässä vaiheessa kuntoutujat kuvaavat omaa toimijuuttaan tavoitteiden asettelussa, suunnittelussa sekä yksilöllisissä ratkaisuisa. Järvikoski & Härköpää (2011, 33) kuvaavat kuntoutuksen ominaispiirteitä tavoitteellisuuden, suunnitelmallisuuden, prosessinomaisuuden sekä monialaisuuden ja moniammatillisuuden näkulmista. Kirjoittajien mukaan pyrkiessään tavoitteisiin kuntoutuja henkilökohtaisella tasolla käyttää aikaa ja fyysisiä sekä psyykkisiä resursseja saavuttaakseen asetettuja tavoitteita. Kuntoutujat kuvaavat kokemuksiaan tiedonsaannista seuraavasti:

”Itse koin saaneeni paljon uutta tietoa monelta eri alueelta.”

”Olen saanut itse vaikuttaa tavoitteisiin ja kuntoutussuunnitelmaan”

”Siellä on tosi moniammatillinen työryhmä. Minua kuultiin kuntoutustutkimuspalavereissa.”

”Kokonaisuus sinänsä oli hyvä ja eri osa-alueiden mukana olo oli hyvää täydennystä.”

”Sosiaaliturva ja ammatillisen kuntoutuksen infot toivat paljon tietoa”

” Nyt vaan odottelen pääsenkö koulutukseen ja saanko maksajan sille.”

Kuntoutujat kokivat tärkeäksi tiedon saamisen sekä sen, että moniammatillinen tiimi tukee kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kuntoutujan tiedonsaantia silloin, kun esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen asioita käynnistellään. Estaman & Arolan (2011, 71) mukaan esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen käynnistymisvaiheen toiminnassa on keskeisenä seikkana pyrittävä pitämään asiakkaan lähtökohdat, sillä kuntoutusasiakas tarvitsee ohjausta etsiessään palveluita sekä ohjausta kuntoutusasioissa.

Kuntoutuksen tärkeitä lähtökohtia ovat kuntoutujan omat tarpeensa sekä hänen voimavaransa. Kuntoutujan oma yksilöllinen elämäntilanne määrittelee lähtökohdan kuntoutumiselle. (Kettunen, Kähäri & Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 19.) Koukkari (2011, 221) tutkimuksen mukaan kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien tunnistaminen ja tunnustaminen tukee kuntoutussuunnitelman toteutumista kuntoutujan arvopohjan mukaisesti. Edellä mainitun tutkimuksen mukaan kuntoutujat kokivat tärkeäksi sen, että heille oli annettu riittävästi tilaa vaikuttaa oman elämäntilanteensa edistämiseen.

Moniammatillisen työryhmän tuki ja vertaistuki osallisuutta edistävinä tekijöinä

Tiedon tarve on valtava kuntoutusprosessin alussa ja henkilökohtaisen ohjauksen tarve kuvautuu myös kuntoutujan kerronnassa. Moniammatillisen tiimin kanssa käydyt keskustelut ja saatu tieto sekä tuki ovat antaneet välineitä päätöksentekoon sekä vaikuttamiseen tavoitteidenasettelussa sekä toteuttamisessa. Kuntoutumisessa edistynyt kuntoutuja toimii jo itsenäisesti osallistuen tiiviimmin tavoitteiden luomiseen liittyvään päätöksentekoon sekä arviointiin.

”Sain etuuksiin liittyvää ohjausta”

”Henkilökohtaista ohjausta juuri olinkin kaivannut”

”Sain selkeät ja hyvät toimintaohjeet. Niitä noudattamalla kuntoutumiseni on sujunut hyvin.”

*”Huomattuani kuinka alussa kuntoutumiseni vasta oli, oivalsin oman panokse-
ni merkityksen kuntoutumiseeni.”*

*”Oma vaikuttaminen ja oma halu yrittää on tärkeää. Pitäs ihtesä ymmärtää,
että näin pitäs tehdä.”*

Tämän tutkimuksen aineistoa tarkastellessa kuntoutujat ovat olleet kuntoutustutkimusjaksolla useamman kerran. Kuntoutuja on saattanut tehdä päätöksen hakeutumisesta esimerkiksi kou-
lutukseen. Yhteisen tiedon muodostaminen tässäkin vaiheessa edellyttää kuntoutujalta tiivistä yhteistyötä ammattihenkilöstön kanssa. Tavoitteiden arviointia tapahtuu jatkuvasti ja muutok-
sia tehdään yksilöllisesti kuntoutujan tarpeiden mukaan. Sitoutuminen kuntoutumiseen kuvaa tämän vaiheen kuntoutujaa. Moniammatillisen työryhmän tuki kuvautuu kuntoutujien osalli-
suuden kokemuksissa yksilöllisinä ohjeina sekä kannustavana motivointia. Paltamaan, Karhu-
lan, Suomela- Markkasen & Autti- Rämön (2011, 35) mukaan hyvä kuntoutuskäytäntö perus-
tuu asiakas- ja perhekeskeisyyteen. Toiminta lähtee kirjoittajien kuntoutujien arjen tarpeista. Laaja-
alaisen kuntoutussuunnitelman laatimisen edellytyksenä moniammatillisen työskente-
lyn tavoitteena on vastata kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin asiantuntijaryhmä ammatti-
taidolla. ICF- luokitus toimii rakenteena, konkreettisena viitekehystenä, jossa kuntoutujan tilanne tulee laajasti huomioiduksi. Seuraavassa ote kuntoutujan tarinasta:

*”...tuki minua ja kannusti yli vastoinkäymisten. Kun itsekin huomasin edisty-
väni, motivaatiokin alkoi kasvaa.”*

Vertaistuki on myös yksi merkittävä kokemus osallisuuden näkökulmasta. Toiset kuntoutujat jakoivat kokemuksia motivoiden ja tukien toinen toistaan. Kuntoutujat kuvasivat kuntoutusta-
rinoissa kohtaamista vertaisryhmässä motivoivana ja rohkaisevana ”areenana”.

*”Iloisin asia oli vertaistuki. Rohkaisimme ja kannustimme toinen toisiamme.
Kuntoutuksesta lähtiessäni itsetuntoni oli noussut ainakin 70%:tiin.”*

”Vertaistuki on esiarvoisen tärkeää.”

Vertaistuki toimii mahdollisuutena jakaa toisten samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa ajatuksia ja näkemyksiä sekä kuntoutumisen mahdollisuuksia (Narumo 2006, 81). Tiedon saaminen, itsemäärääminen sekä päätöksenteko liittyen kuntoutumiseen ja se suunnitteluun näyttää tämän tutkimuksen aineiston pohjalta vaikuttavan kuntoutujan kokemaan toimijuuteen omassa kuntoutumisessa. Koukkarin (2011, 220 – 221) tutkimuksen mukaan kuntoutujalle on tärkeää saada määritellä omat ainutlaatuiset tavoitteet kuntoutumiselle. Kuntoutussuunnitelma ohjaa kuntoutuksen toteutusta sekä jatkuvuutta. Tavoitteiden käytännön taso selkiytyy kuntoutujalle erilaisten oppimis- ja muutosprosessien kautta. Kuntoutajat kuvaavat osallisuutta kuntoutumiseen liittyvään tietoon merkittäväksi kuntoutustutkimusosasto jakson jälkeen. Oman mielipiteen merkitys ja tärkeys suunniteltaessa kuntoutuksen keinoja sekä toteutusta kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa painottuu myös kuntoutujien kokemuksissa Järvikosken, Hokkasen sekä Härkäpään (2009, 86) tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaa kuntoutajat kertoivat kuntoutuksen olevan haastavaa työtä, joka edellyttää sitoutumista, jotta tyydyttäviin tuloksiin voitaisiin päästä.

5.3 Irtaantumisvaihe

Osallisuus tiedonmuodostukseen ja vaikuttamiseen

Tämä tutkimuksen mukaan kuntoutustutkimusprosessin loppuvaiheessa kuntoutujalla on usein kokemus, että hän on saanut vastauksia prosessin alkuvaiheessa virinneisiin kysymyksiin. Osallisuus tietoon kuvautuu kuntoutujan tarinassa ymmärryksenä ja uuden tiedon käyttämisessä oman kuntoutumisen edistämiseksi. Seuraava ote kuvaa hyvin muutosta yksilöllisellä tasolla:

”Asenoituminen on tuon paikan kuin myös koko kuntoutusprosessin avainsana. Minä. Vai minä voin määrätä, miten suhtaudun ympäristööni ja elämään.”

”Tarmokkuus kuntoutuksesta jäi käteen. Itse olen ollut aktiivinen.”

Koukkarin (2011, 222) tutkimuksen mukaan kuntoutajat kokivat kuntoutumisen sisältävän uuden oppimista ja muutoksen mahdollisuutta. Tutkimuksen mukaan arjen kohtaaminen, motivoituminen sekä tulevaisuuteen suuntautuminen liittyivät henkilökohtaiseen muutos- ja oppimisprosessiin.

Tämän tutkimuksen informantit perustelevat omia tulevaisuuteen liittyviä valintojaan lisääntyneen tiedon pohjalta. Kuntoutujilla on uutta tietoa liittyen juuri heidän omiin mahdollisuuksiin edetä ammatillisessa kuntoutuksessa. Tässä tutkimuksessa kuntoutajat kuvaavat omaa panostaan lisääntyneenä aktiivisuutena tietoon perustuvissa valinnoissa, kuten seuraavassa otteessa kuntoutuja kertoo:

”Itse olen selvitellyt aktiivisesti työkokeilua”

Ammatillisen kuntoutuksessa tietoon perustuvaa valintaa kuvaa Kosciulek (2007, 44) artikkelissaan, jossa hän viittaa ammatillisen kuntoutusprosessissa kuntoutujan mahdollisuuteen asettaa omia tavoitteita ja kerätä tietoa mahdollisuuksista yksilöllisessä päätöksenteossa ja sitoutumisessa valittuihin vaihtoehtoihin. Kosciulekin mukaan kuntoutujan kyky tehdä tietoon perustuvia, kuntoutusprosessiin liittyviä päätöksiä ja valintoja on keskeistä.

Osallisuus yksilölliseen toimijuuteen päätöksenteossa ja arvioinnissa

Tämän tutkimuksen aineiston tarinoista nousi esiin kuntoutujan oma osallisuus liittyen elämänhallinnan kohentamiseen ja osallisuuden edistyminen yhteiskunnallisella tasolla työllistymisen/koulutuksen myötä. Kuntoutujan osallisuus tietoon perustuvaan päätöksentekoon moniammatillisen työryhmän tuella konkretisoituu sitoutumisena kuntoutussuunnitelmaan. Toisen tutkimukseeni liittyvän aineiston eli kyselylomakkeen avoimen kysymyksen osalta kuntoutujilta kysyttiin sitä, että millaisia vaikutuksia edellisellä jaksolla oli kuntoutumiseesi jakson päättymisen jälkeen. Kuntoutujien kyselylomakkeen vastauksista kuvautuu osallisuus tietoon ja tiedon hyödyntämiseen moniammatillisen työryhmän tuella. Kuntoutustutkimusosastojakson jälkeen kuntoutujat kuvaavat ja arvioivat yksilöllisten ohjeiden toteutumista arjessa seuraavasti:

”Kuntoutumiseni on mennyt kaikin puolin eteenpäin”

”Sain selkeät ja hyvät toimintaohjeet ja niitä noudattamalla kuntoutumiseni on sujunut hyvin.”

”Olen pystynyt hyödyntämään/toteuttamaan ohjeita. Olen pystynyt toistaiseksi käymään töissä.”

Kuntoutujan osallisuuden kokemuksia irtaantumisvaiheessa kuvaa seuraava kuntoutustutkimusprosessin ajoittumiseen liittyvä kommentti kuntoutujan tarinasta:

”Kuntoutustutkimusjaksolle pitäisi päästä aina aikaisemmin eli heti, kun vamma on todettu, eikä niin kuin minun kohdallani aivan liian myöhään.”

Subjektiivinen toimijuus on tyypillistä tämän vaiheen kuntoutujalle. Kuntoutuja on motivoitunut kuntoutumisessaan ja kuntoutussuunnitelman jatkosuunnitelmat ja suositukset virittävät ajatukset tulevaisuuteen ja uusiin mahdollisuuksiin elämässä.

Osallisuus oman elämäntilanteen hallintaan

Kuntoutuja kuvautuu kuntoutustarinoissa voimaantuneena ja hän pystyy itsenäiseen päätöksentekoon sekä aktiiviseen toimimiseen yhteiskunnassa erilaisissa yhteisöissä sekä sosiaalisissa verkostoissa. Tätä vaihetta voisi kutsua myös irtautumisvaiheeksi. Seuraavassa otteessa kuvautuu mielestäni hyvin kuntoutujien kokemukset oman kuntoutumisen vaikutuksista elämäntarinaa ja osallisuuden kokemukseen.

”Ole pystynyt hyödyntämään/toteuttamaan ohjeita. Olen pystynyt toistaiseksi käymään töissä.”

”Jokainen meistä kirjoittaa oman tarinansa. Joskus olen ollut objekti, mutta parantelen itseäni koko ajan vain vahvemmaksi subjektiksi. Tällä hetkellä olen tyytyväinen elämäni. Se, että minulla on enää muutama vuosi eläkeikään, sulkee pois mahdollisuuden tulevaisuuden Tarinatuokioon. Olen saanut sieltä kuitenkin paljon pikku juonenkäänteitä, joista olen kiitollinen.”

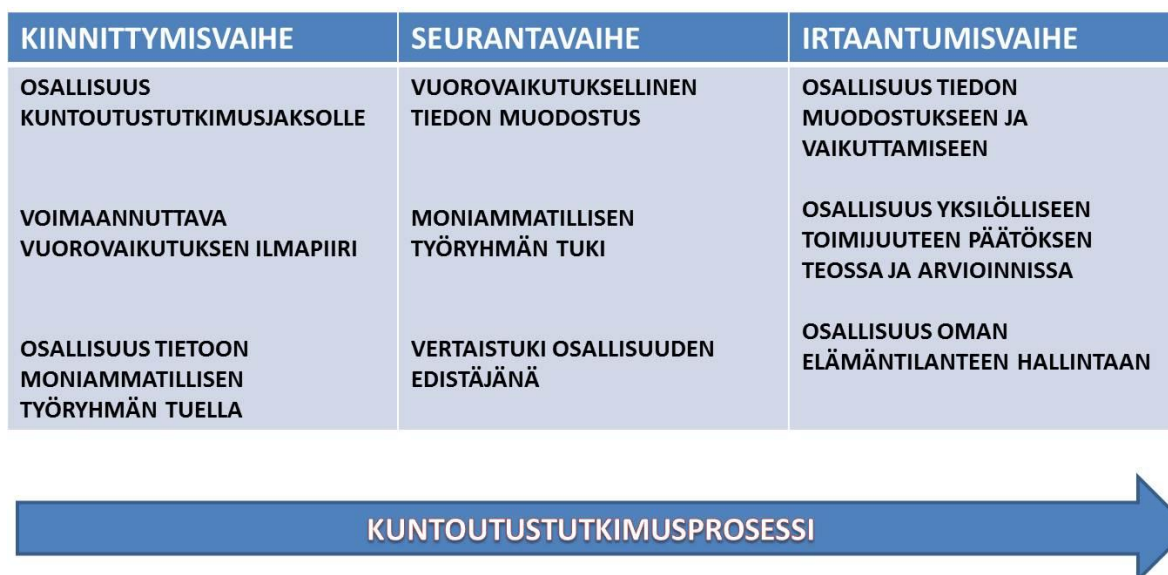
Valtaistuminen (empowerment) ymmärretään kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen ja hallinnan kokemusten vahvistumisena kuntoutusprosessin myötä. Silloin, kun kuntoutujalla on mahdollisuus tehdä valintoja ja säädellä oman kuntoutusprosessin kulkua, kuntoutujan elämäntilanteen vahvistuminen ja valtaistuminen tapahtuu parhaalla mahdollisella tavalla. Kuntoutujan osallisuus kuntoutustapahtumassa liitetään kuntoutujan osallistumiseen

kuntoutustapahtuman tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun sekä saavutettujen tulosten arviointiin. Osallisuus yhteisöissä ja yhteiskunnassa mielletään osallistumisena kansalaisena sekä erilaisten yhteisöjen jäsenenä. Aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutumiseen oletetaan tukevan valtautumisprosessia ja näin luo edellytyksiä yhteisölliseen osallistumiseen. (Järvi-koski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 22.)

Tämän tutkimuksen mukaan irtaantumisvaiheessa osallisuus tiedonmuodostukseen, vaikuttamiseen, aktiivisen toimijuuteen sekä kuntoutujan oman elämäntilanteen hallintaan kytkeytyvät kokonaisvaltaisesti kuntoutujan valtaistumisprosessiin, jonka myötä kuntoutujalla on tietoa vaihtoehtoista, omasta kapasiteetista sekä oman panostuksen vaikutuksista. Moniammatillinen työryhmä toimii kuntoutujan tukena keräämässä tietoa ja luomassa yhteistä näkemystä kuntoutujan kuntoutustutkimusprosessissa (Kys, kuntoutustutkimusprosessi).

6 YHTEENVETO

Tavoitteena tutkimuksessani oli tutkia kuntoutujien osallisuuden kokemuksia kuntoutustutkimusosastojaksolla. Tutkimuksen tuloksena esiin nousi kolme teemaa, joiden kautta osallisuuden kokemukset kuvautuivat kuntoutujien tarinoissa. Osallisuutta kuvaavia teemoja olivat osallisuus arvokkaaseen, voimaannuttavaan vuorovaikutukseen, osallisuus tietoon ja tiedonmuodostukseen sekä osallisuus vaikuttamiseen sekä päätöksentekoon omassa kuntoutumisessa. Seuraavassa kuviossa tutkimustulokset kuvautuvat tarkemmin kuntoutustutkimusprosessin eri vaiheissa.



KUVIO 1. Yhteenvetokuvio tuloksista.

Jokaisen kuntoutujan kuntoutusprosessi on yksilöllinen ja ainutlaatuinen. Tässä yhteenvedossa kuvautuu yksi kuntoutustutkimusprosessin vaihemalli osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Tämän tutkimuksen empiirisen aineisto pohjalta eri vaiheet painottuivat kolmeen vaiheeseen, joita kuvailen seuraavaksi tarkemmin.

Kuviossa kuntoutustutkimusprosessin ensimmäisessä kiinnittämisympäyksessä informantit kokivat osallistumisen kuntoutustutkimusosastojaksolle tärkeäksi mahdollisuudeksi tulla kuulluksi

ja kohdatuksi moniammatillisen työryhmän tuella. Avun piiriin hakeutuminen sekä kuntoutus- tutkimukseen ohjautuminen kuvautuivat tarinoissa toiveita herättävinä tapahtumina kuntoutu- jien elämässä. Nikkanen (2006, 73 – 74) viittaa kuntoutustarpeen tunnistamiseen kuntoutuk- sessa. Kuntoutukseen osallistuneet kuntoutujat kokivat huomion keskittäminen terveyteen ja hyvinvointiin tärkeäksi myös Hinkan, Aallon, Grönlundin, Rajavaaran, Halosen, Saarisen, Kinnusen, Ritamäen, Takalan, Huplin & Järvikosken (2003, 26-7) tutkimuksessa alustavien tutkimustulosten mukaan.

Tiedon tarve liittyen informanttien kokonaisvaltaiseen tilanteeseen oli tämän tutkimuksen tarinoissa ilmeinen. Useat kuntoutujat kuvasivat tarinoissaan epätietoisuutta, aiempia osatto- muuden kokemuksia sekä epävarmuutta liittyen tulevaisuuteen ja selviytymiseen elämässä yleensä sairaudesta tai vammasta johtuen. (vrt. Rynänen 2005, 218; Luhtasela 2009, 33–34) Tiedon tarvetta lisäsi merkittävästi myös se, että uusi tilanne saattoi olla ennustamaton ja äkil- linen. (vrt. Rissanen 2011. 132) Moniammatillinen työryhmä kuvautui tämän tutkimuksen tarinoissa merkittäväksi voimaannuttavaksi tekijäksi kuntoutustutkimusprosessissa. Voimaan- nuttavan vuorovaikutuksen luominen kuntoutustutkimusprosessin alussa nousi olennaiseksi seikaksi koko prosessin käynnistymisessä. Vuorovaikutuksen merkitys osallisuuden edistämi- sessä nousi tämän tutkimuksen erääksi tärkeäksi teemaksi kuntoutujien tarinoissa. Moniam- matillinen työryhmä luo kuntoutujien mukaan kuntoutumista suosivan ilmapiirin. Useassa kuntoutujien kuntoutustarinoissa kuntoutustutkimusjaksolle osallistuminen kuvautui osalli- suutta edistäväksi tekijäksi kuntoutumisessa.

Kuntouttava ja kuntoutumista tukeva työote tarkoittaa työntekijän tai ammattikunnan työtapaa tai toimintaotetta, jonka peruslähtökohtia ovat asiakkaan tai potilaan subjektiivinen huomioon ottaminen. Tärkeitä elementtejä ovat myös asiakkaan osallisuus sekä yksilön omat vaikutus- mahdollisuudet. Kuntouttavassa työotteessa on tärkeää ottaa huomioon fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset seikat. Kuntoutumisen tavoitteita asetettaessa mahdollisuus kuntoutujan omiin valintoihin sekä päätöksentekoon tulee taata. (Järvikoski Aila & Härkäpää Aila 2011, 23.)

Tässä tutkimuksessa kuntoutujat kokivat kuntoutusprosessin alussa olevansa suurimmaksi osaksi uuden tiedon vastaanottajina. Kuntoutujat kokivat myös oman asiantuntijuuden omassa kuntoutumisessaan tärkeäksi yhteisen tiedon muodostamisessa moniammatillisen työryhmän kanssa. Kuntoutussuunnitelman laatiminen kuntoutusprosessin alussa kuvautui kuntoutujien tarinoissa kokonaisvaltaisen tilanteen ja mahdollisuuksien ”käsikirjaksi”, joka loi turvallisen

ja suunnitelmallisen etenemisen kuntoutumiselle. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa ja kohtaamisessa moniammatillisen työryhmän avulla kuntoutujat kuvasivat tarinoissaan yksilöllisen ja henkilökohtaisen tiedon rakentumista hatarin askelin ja pienin tavoittein kuntoutustutkimusprosessin alussa. Kaikki kuntoutujat tässä tutkimuksessa olivat tietoisia kuntoutussuunnitelman sisällöstä. Puumalaisen (1993, 30) tutkimuksessa kaikki kuntoutujat eivät tienneet heille tehdyn kuntoutussuunnitelman sisältöä.

Östlund Gunnel, Cedersund Elisabeth, Alexanderson Kristiina & Hensig Gunnel (2001) kuvaavat artikkelissaan tuki- ja liikuntaelinsairauksia potevien kokemuksia terveydenhuollon ja kuntoutushenkilöstöltä saatua tukea oman tutkimukseni kannalta mielenkiintoisesti. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat saatua tukea seuraavasti. Kuntoutujat kokivat tulleen kohdelluksi omina persoonina ja heitä oli kohdeltu subjeteina. Heihin oli luotettu, heitä oli kuunneltu, heidän mielipiteitään oli kysytty sekä heitä oli kohdeltu yksilöllisesti.

Aiempi aiheeseen liittyviä tutkimuksia tarkasteltaessa Palomäen (2011) tutkimuksen alustavien tutkimustulosten näkökulmasta tutkimuksessa kuvautuu kuntoutustutkimusten kokonaisvaltaisuus kuntoutujien tarinoissa osallisuutta edistävänä seikkana. Ammattihenkilöstön rooli kohtaamisessa ja kuulluksi sekä ymmärretyksi tuleminen nousivat tärkeiksi teemoiksi tutkimuksessani. Palomäen (2011) tutkimuksessa alustavien tutkimustulosten mukaan osallisuudenkokemuksiin vaikuttaa paljon se, onko asiakas kokenut olevansa objektin vai subjektin roolissa kuntoutustutkimuksessa.

Mattila- Aallon (2009) tutkimus kuntoutusosallisuudesta keskittyy kuvaamaan sosiaalista inklusiota, jota tapahtuu erilaisissa sosiaalisissa suhteissa sekä sidoksissa. Tutkimuksen mukaan osallisuutta voidaan kuvata kolmen osallisuuden ilmenemisen kautta. Kuntoutumisen varhaisvaiheessa elämänhallinnan osallisuus näyttäytyy kuntoutujan oman päihteettömän elämänhallinnan haltuunoton näkökulmasta. Toisessa elämänpoliittisen osallisuuden vaiheessa kuntoutuja pyrkii tekemään päätöksiä, jotka liittyvät hänen kuntoutumiseensa. Elämän orientaation osallisuusvaiheessa kuntoutujan tehtävänä on pyrkiä kohti sosiaalisten suhteiden muodostamaa piiriä oman arvostetun, toimintaa ohjaavan koodiston mallintamiseksi. (Mattila-Aalto 2009, 3.)

Tässä tutkimuksessa kuntoutujat pyrkivät saamaan alkuvaiheessa tilanteen haltuun, jotta ymmärrys tilanteesta selkiytyisi ja ammattihenkilöstön tuella kuntoutuminen käynnistyisi mah-

dollisimman yksilöllisesti. Edistynyt kuntoutuja on saanut ”työkaluja”, tietoa sekä ymmärrystä moniammatillisen työryhmän tuella mahdollisuuksista kuntoutumisen tavoitteisiin liittyvien päätösten tueksi. Kuntoutustutkimusvaiheen loppuvaiheessa kuntoutuja kuvautuu subjektiiviseksi toimijaksi, joka toteuttaa omaa kuntoutussuunnitelmaa yksilöllisesti.

Tässä tutkimuksessa sosiaalityön rooli kuvautuu merkittäväksi juuri sosiaaliturvan sekä ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijuuden kautta. Sosiaalityön erikoisosaaminen näkyy tarinoissa siinä, että kuntoutujat kokivat saaneensa täsmällistä tietoa mahdollisuuksista sekä etuuksista oman päätöksenteon tueksi. Usein kuntoutujat kuvasivat sosiaalityöntekijän tukea ja ohjausta todella tärkeäksi uudeksi tiedoksi kuntoutumisen kannalta. Tuki yksilö, yhteisö sekä yhteiskunnallisella tasolla osallisuuden edistämisen näkökulmasta kuvautui merkittäväksi seikaksi. Sosiaalityön tuki oli merkittävää ”mahdollistajana” silloin, kun vaihtoehtoja ei ole esimerkiksi työllistymiselle pienellä paikkakunnalla.

Sosiaalityöllä on merkittävä rooli kuntoutuksessa erikoissairaanhoidon piirissä. Terveystieteiden huollon sosiaalityötä voisi kuvata työksi, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön ja perheen elämäntilanteeseen niin, että sairaudesta huolimatta taloudellisen toimeentulon, sosiaalisen suoriutumisen sekä yhteiskunnallisen osallistumisen jatkuminen toteutuisi mahdollisimman hyvin. (Linden, Mirja 1999, 55.)

Sosiaalityön näkökulmasta tuloksia tarkastellessa osallisuutta voidaan kuvata kuntoutujan yksilö, yhteisö sekä yhteiskunnallisilla tasoilla. Sosiaalityö moniammatillisessa työryhmässä tuo ammatitaitoisesti laajemman, kokonaisvaltaisen näkökulman arviointiin, suunnitteluun sekä interventioiden toteutukseen biomedikaaliseen viitekehykseen. Sosiaalityöntekijän tehtävä on luoda puitteet yksilöllisesti jokaisen kuntoutujan tarpeiden mukaiseen selvitykseen, jossa on huomioitu laajasti kaikki ratkaisevasti vaikuttavat tekijät. (Heinonen Tuula, Metteri Anne & Leach Jenifer 2009, 150.) Edellä kuvattu kokonaisvaltainen näkökulma korostuu kuntoutustutkimuksen sosiaalityössä.

Terveystieteiden huollon sosiaalityöhön liittyvä tärkein yhteiskunnallisia tehtäviä on auttaminen. Hyvinvoinnin ja tasa-arvon edistäminen yhtenä tavoitteena luo mahdollisuuden syrjäytymisen ehkäisyyn ja osallisuuden edistämiseen kuntoutujan elämässä. Ongelman määrittelyssä taas sosiaalityön tehtävä on ohjata, neuvoa ja tukea kuntouttavien toimenpitein arkielämässä selviytymistä. Kuntoutujan kasvu ja hänen tietoisuutensa oikeuksista kehittyy sosiaalityön keinoin

ja näin hänen yksilötason selviytyminen yhteiskunnassa näkyy arkielämän sujuvuutena sekä uusien mahdollisuuksien löytämisenä. Tässä mielestäni näyttäytyy hyvin sosiaalityön auttamistyön eri tasot: yksilöllinen, yhteisöllinen sekä yhteiskunnallinen taso. (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007, 9.)

Perinteisesti syrjäytymisellä tarkoitetaan työttömyyttä, mutta käsite on myös laajentunut koskemaan myös syrjäytymistä ihmissuhteista. Tällöin ihmisen sosiaalinen verkosto on kaventunut huomattavasti. Elämän tarkoituksesta syrjäytyminen merkitsee kokonaisvaltaista tarkoituksettomuutta elämässä, jolloin ihmisen on vaikeaa nähdä tulevaisuutta tavoitteellisena mahdollisuutena. Syrjäytyminen koulutuksesta ja osin itsensä kehittämisestäkin, taloudellinen syrjäytyminen sekä syrjäytyminen vaikuttamisesta ja vallasta eli osallistumattomuus ovat tärkeitä syrjäytymisen muotoja. Sosiaalityö myös kuntoutuksen kentällä on ”sosiaalista asianajoa” syrjäytyneiden etujen puolustamisessa. (Niemi 1993, 152–153.)

Kuntoutuksen terveysosiaalityöhön tavoitteeksi voisi asettaa kuntoutujan oman motivaation toimia omaksi parhaakseen ja näin luoda mahdollisuus muutokselle, kuten Richmond (1917, 163) toteaa kirjassaan *What is social case work*. Samalla tavalla ajankohtaisia ovat edelleen hänen ajatuksensa asiakasta koskevan päätöksenteon asiakkaan osallisuutta estävästä työstä, jos asiakkaan tilanteesta sekä taustasta elinympäristöineen ei ole riittävästi tietoa ja kartoitettua dokumentointia Richmond (1917, 13). Merkittävää mielestäni on myös Richmondin ajatus siitä, että asiakas tulee ottaa vahvasti osalliseksi häntä koskevassa suunnittelussa, jotta hänet voidaan sitouttaa suunnitelmiin (Richmond 1917, 256).

Kuntoutusprosessin seurantavaiheessa kuntoutujat kuvaavat tarinoissaan vuorovaikutuksellisen tiedonmuodostuksen merkitystä oman tilanteen ymmärryksen kautta. Kuntoutussuunnitelmaan on koottu tavoitteita ja suunnitelmia kuntoutujan kuntoutumista tukevien tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutujat kokivat tulleen osalliseksi kuntoutussuunnitelman laadintaa ja tavoitteiden uudelleenarviointiin moniammatillisen työryhmän tuella. Tavoitteet koettiin yksilöllisesti ”räätälöidyiksi” ja moniammatillisen työryhmän tuki osoittautui tärkeäksi varsinkin silloin, kun kuntoutuminen ei edennyt toivotulla tavalla. Nikkasan (2001, 5) tutkimuksen mukaan tuki tavoitteiden asettelussa on tärkeää.

Järvikosken, Hokkasen, Härkäpään, Martinin, Notkon & Puumalaisen (2009, 19) mukaan kuntoutussuunnitelman laatiminen on keskeinen kuntoutusprosessin tapahtuma kuntoutujan

vaikutusmahdollisuuksien kannalta. Kuntoutumisen seuranta on myös merkittävä seikka kuntoutujan osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Osallisuutta kuntoutuksessa voidaan määrittellä kirjoittajien mukaan kahdella tasolla. Osallisuus kuntoutustapahtumassa tarkoittaa kuntoutujan osallisuutta kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun ja saavutettujen tulosten arviointiin. Toisella tasolla kirjoittajat viittaavat yleisempään osallisuuteen yhteiskunnassa sekä yhteisöissä. Kirjoittajien mukaan kuntoutujan aktiivisen osallistumisen myötä valtautumisprosessi etenee kohti parempia edellytyksiä yhteisölliseen osallistumiseen.

Tässä tutkimuksessa kuntoutujat kokivat saaneensa uutta tietoa ja heidän edellytyksensä ottaa vastaan tietoa on jo kehittynyt. Ymmärrys omasta tilanteesta mahdollistaa tässä vaiheessa uudenlaisen mahdollisuuden sitoutua ja muokata omia tavoitteita. Kuntoutujat kuvaavat oman toimijuuden vahvistumista uuden tiedon myötä. Voimaantumisen näyttäytyy myös keskeisenä vaikuttavana tekijänä itsenäisen toimijuuden lisääntyessä. Tässä vaiheessa kuntoutuja saattaa tehdä päätöksen kokeilla ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoja ja tarvitsee tiiviisti moniammatillisen työryhmän tukea tavoitteeseen päästäkseen.

Järvikosken, Hokkasen sekä Härkäpään (2009, 86) tutkimuksessa kuntoutujat kuvaavat kuntoutusta haastavana työnä, joka vaatii sitoutumista. Tässä tutkimuksessa seurantavaiheen kuntoutujien tarinoissa kuvautui sitoutuminen omaan kuntoutussuunnitelmaan selkeästi. Kuntoutujien oma aktiivisuus lisääntyi ja näkyi kuntoutujien omatoimisuuden lisääntymisenä esimerkiksi yhteyden ottamisena omaan eläkelaitokseen.

Toisaalta myös vertaistuki osoittautui osallisuutta edistäväksi tekijäksi kuntoutustutkimusprosessissa. Erialaisten kuntoutustarinoiden kuuleminen tuotti uutta toivoa tulevaisuuden suunnitelmiin ja kannusti sekä kannatteli haasteellisissa kuntoutumisen tilanteissa. Toisten kuntoutujien kanssa kuntoutujat kuvasivat keskusteluja voimaannuttaviksi ja helpoiksi ”yhteisen kielin” myötä. Kokemukset uudesta yllättävästä ja haasteellisesta elämäntilanteesta yhdistivät kuntoutujia vahvasti.

Irtautumisvaiheessa kuntoutujien tarinoissa kuvautuu osallisuus kuntoutumiseen liittyvään tiedonmuodostukseen vahvana. Moniammatillisen työryhmän tuki on kuntoutujalle edelleen tärkeä, mutta itsenäinen toimijuus, subjektiivinen kuntoutujan omassa kuntoutumisessa on vahvistunut paljon. Oman tilanteen ymmärtäminen ja toisaalta hyväksyminen näyttäytyy kuntoutujien asenteessa etsiä uusia mahdollisuuksia sekä vaihtoehtoja sairaudesta tai vammasta huoli-

matta. Kuntoutujat toimivat itsenäisesti ja saattavat jo toimia yhteiskunnallisella tasolla työelämässä tai ovat aloittaneet uudelleenhouluksen.

Oman elämäntilanteen hallinta voimaantumisen myötä näyttäytyy tämän tutkimuksen tarinoissa vahvistuneen kuntoutustutkimusprosessin tässä vaiheessa. Kuntoutujalla on esimerkiksi uutta tietoa liittyen oman paikkakunnan mahdollisuuksiin saada tukea jatkossa omassa kuntoutumisessa. Hänellä on taitoa toimia omien tarpeiden ja tavoitteiden vaatimilla tavoilla kuntoutumisen edistämiseksi. Kuntoutujat kuvasivat tarinoissa oman motivaation merkitystä kuntoutusprosessin toteutumisessa. Mahdollisuus seurantaan kuntoutustutkimuksen jälkeen kuvautui tarinoissa tärkeäksi kuntoutumisessa. Epävarmoissa tilanteissa tietoa oli mahdollista saada tarvittaessa esimerkiksi sosiaaliturvaan tai ammatillisen kuntoutukseen liittyen.

Nikkarinen, Huvinen & Brommels (2001, 42) ovat tutkimuksen tuloksena kuvanneet kuntoutumisen onnistumisen esteitä sekä edellytyksiä seuraavasti. Kuntoutujat kuvasivat motivaatioon vaikuttavina tekijöinä sitä, että kuntoutujan omat ajatukset kuultiin. Tärkeää oli myös se, että kuntoutujalla oli tietoinen koko ajan siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu. Seurannan ja tuen merkitys kuntoutustutkimuksen jälkeen koettiin tärkeinä seikkoina motivaatioon vaikuttavina tekijöinä.

Tässä tutkimuksessa kuntoutujat nostivat esiin kolme merkittävää teemaa osallisuuden edistämisen näkökulmasta kuntoutustutkimuksessa. Arvokas, voimaannuttava vuorovaikutus, osallisuus tietoon ja tiedonmuodostukseen sekä osallisuus vaikuttamiseen sekä päätöksentekoon. Jotta nuo edellä mainitut osallisuuden ilmentymät toteutuivat kuntoutujien tarinoissa niin hyvin, kuntoutujat kuvasivat tarinoissa kiireettömyyttä, aikaa pysähtyä sekä yksilöllistä ohjausta keskeisinä tekijöinä kuntoutujan näkökulmasta.

7 POHDINTA

Tutkimuksessa oli mahdollisuus asettua tarkastelemaan kuntoutujan näkökulmasta kuntoutus-tutkimusprosessin osallisuuden edistämisen ilmentymiä. Kuntoutujan näkökulmaa on tutkittu suhteellisen vähän ja jatkotutkimukselle on varmasti vielä tarvetta esimerkiksi kuntoutujien yksilöllisten, ”räätälöityjen” kuntoutusmahdollisuuksien suunnittelussa sekä arvioinnissa yhdessä kuntoutujan kanssa. Mielenkiintoista on nähdä millaisia tutkimustuloksia Palomäen tutkimus kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden osallisuudesta tuottaa.

Yhteiskunnallisesti tämän tutkimuksen anti on saada uutta, subjektiivista tietoa kuntoutusjärjestelmän sekä kuntoutukseen liittyvän palvelujärjestelmän osallisuutta edistävästä kokemuk-sista kuntoutujan näkökulmasta. Monialaista osaamista ja eri tieteiden alojen tutkimus on tarpeen jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa. Yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat myös kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin. Tavoitteina työurien pidentäminen molemmista päistä sekä työssä jaksaminen ovat yhteiskunnallisessa keskustelussa hyvin usein esillä. Kuntoutuksen rooli tullee olemaan merkittävä myös edellä mainituista tavoitteista katsottua.

Kuntoutuksen kannalta tässä tutkimuksessa kuntoutujien tarinoista nousi esiin hyvin tärkeitä teemoja osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Biopsykososiaalinen kuntoutuksen malli moniammatillisine työryhmineen kuvautui informanttien tarinoissa osallisuutta edistävänä toimintakehyksenä, jossa kuntoutujien oli mielekästä rakentaa vuorovaikutusta sekä käynnistää kuntoutustutkimusprosessia. Kuntoutuksen ajoituksen määrittely sekä kuntoutujien ohjautuminen kuntoutustutkimuksessa ovat varmasti haasteita myös tulevaisuudessa. Kuntoutujat kokivat osallisuutta edistävinä tekijöinä kuntoutustutkimusosastojaksolle osallistumisen sekä oman roolin aktiivisena toimijana kuntoutumisessa. Moniammatillinen työryhmä toimi ”kivi-jalkana” kuntoutujien kuntoutumisprosessin käynnistyessä. Kuntoutuja sai olla tärkeimpänä vaikuttajana omassa kuntoutustutkimusprosessissa.

Sosiaalityön kannalta tutkimus tuotti uutta tietoa sosiaalityön erityisosaamisen roolista moniammatillisessa työryhmässä kuntoutujan osallisuuden edistämisen näkökulmasta. Informanttien kuntoutustarinoissa sosiaalityön rooli oli merkittävä jo siksi, koska uusi elämän ti-

lanne oli usein haasteellinen niin taloudellisesti kuin yhteiskunnallisen osallisuuden kannalta. Sosiaalityössä tavoitteena on luoda ja palauttaa kuntoutujan omaehtoista toimijuutta sekä etsiä yhdessä kuntoutujan kanssa elämänhallinnan edellytyksiä tulevaisuutta silmällä pitäen. Sosiaalityön tehtävänä kuntoutuksessa on välittää tietoa kuntoutujan mahdollisuuksista yhteiskunnassa ja huolehtia hänen oikeuksien toteutumisesta esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmään tai ammatilliseen kuntoutukseen liittyen. Informanttien tarinoissa tuli esille se, että sosiaalityön tarjoama tieto ja tuki mahdollisti kuntoutujan aktiivisen oman työskentelyn käynnistymisen päätöksenteossa ja vaikuttamisessa kuntoutussuunnitelmaan sekä kokonaisvaltaisen voimaantumisen. Sosiaalityössä yksilö, yhteisö sekä yhteiskunnalliset tasot ovat keskeisiä näkökulmia kuntoutujan osallisuuden edistämässä.

Tämä tutkimusprosessi on ollut mielenkiintoinen prosessi, jonka käynnisti omakohtainen kokemus kuntoutumisen saralla. Oman kuntoutumistarinan tapahtumat ovat herättäneet paljon kysymyksiä ja näin ohjanneet pro gradutyöni aiheenvalintaa. Kuntoutujien osallisuuden kokemukset kuntoutustutkimuksessa näyttäytyivät mielenkiintoisina näkökulmina tutkimuksessa myös sosiaalityön opintoihin liittyvään eettiseen pohdiskeluun. Informantit kuvasivat tarinoissaan arvokasta, kohtaamista sekä vuorovaikutusta omaa arvokkuutta edistävänä tekijöinä. Toisaalta taas tarinoissa nousi esiin osallisuus, vaikuttaminen sekä voimaantuminen kannustavassa ilmapiirissä. Tunnen, että tämä tutkimusprosessi on ollut itsellenikin varsin voimaantuttava kokemus. Olen saanut myös paljon vastauksia kysymyksiini ja ymmärrys kuntoutumisen haasteellisuudesta on syventynyt hyvin paljon. Kuntoutujan näkökulma on avannut omassa oppimisprosessissani myös uusia näkökulmia kuntoutujan perspektiivistä katsottuna. Lopuksi erään kuntoutujan toteamus kuntoutumisesta ja omasta toimijuudesta kuntoutumisessa:

”Asennoituminen on koko kuntoutusprosessin avainsana. Tässä niin kuin muussakin: ikä tuo viisautta. Kyllähän sitä ”kypsyä” sisältäpäin näiden ryppyjen ja selluliittien ja kolotusten kanssa! Jos e ole valmis vastaanottamaan annettuja ohjeita ja opastuksia, niin ulkokohtaiseksi jäävät.”

LÄHTEET:

Aaltola Juhani & Valli Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS-kustannus.

Ala-Kauhaluoma, Mika 2007. Toimeenpanon haasteita ja arvioinnin ratkaisuja. Tutkimus uusista työllistymisen tukemisen tavoista. Helsinki. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 76.

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry ammattieettinen lautakunta, 2005. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki.

Bäckman, Sonja 2008. Työkykyarviokokous moniammatillisen työryhmän päätöksentekotilanteessa. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja potilaan osallisuudesta. väitöskirja. Sosiologian laitos. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino. Helsinki
saatavilla <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/36166/tyokyky.pdf?sequence=2>
Helsingin yliopiston verkkojulkaisu, haettu 1.2.2011.

Elo Satu & Kyngäs Helvi 2008. the qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62(1), 107 – 115.

Engel, GL. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 196 (4286): 129 – 136.

Eskola Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Teoksessa Aaltola Juhani & Valli Raine Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS- kustannus. 133–157.

Eskola Jari & Suoranta Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.

Halonen Jukka-Pekka, Saarinen Timo, Kinnunen Elina, Ritamäki Vuokko, Takala Ismo, Hupli Vuokko & Järvikoski Aila 2003. Kuntoutustutkimus tarkastelun kohteena. KELA. Sosiaali- ja terveysturvanselosteita 30/2003.

Saatavilla:

www.helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3375/Halonen.pdf?sequence=2

Helsingin yliopiston verkkojulkaisu, haettu 9.10.2011.

Hassinen, Jukka 2003. Matka kuntouttavaan työtoiminnan valmennuksen, laadun ja prosessin maailmaan. Helsinki: Valtakunnallinen työpajayhdistys ry.

Heikkinen, Hannu L. T. 2001. Narratiivinen tutkimustodellisuus kertomuksena. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. Gummerus. 143–159.

Heinonen Tuula, Metteri Anne & Leach Jenifer 2009. Applying health determinants and dimensions in social work practice. European Journal of Social Work. Vol 12 No 2 June 2009. 139–153.

Hinkka Katariina, Aalto Liisi, Grönlund Rainer & Rajavaara Marketta 2011. Työ muuttuuko kehittykö kuntoutus? Teoksessa Järvikoski Aila, Lindh Jari & Suikkanen Asko. Kuntoutus muutoksessa. Tampere. Lapin yliopistokustannus. 19–32.

Hirsijärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hänninen, Vilma 2003. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Sosiologian ja sosiaalipolitiikan laitos. Väitöskirja. Tampereen yliopisto

Hänninen, Vilma 2009. Mitä ihmettä on narratiivinen tutkimus? Metodifestivaalit 29.5.2009. Jyväskylä.

Saatavilla: <http://www.jyu.fi/ytk/laitokset/ihme/metodifestivaali/ohjelma/perjantai/hanninen2>

Haettu 4.2.2012.

Hänninen Vilma & Valkonen Jukka(toim.) 2002. Kunnan tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Helsinki: Kuntoutussäätiön Tutkimuksia 59/98.

Hänninen, Vilma 2011. Uusi tarina vie eteenpäin. Talentia. 7/2011 (38), 20–23 .

Hämäläinen Juha & Väisänen Raija 2011. Terveysyhtymä ja sosiaalityö. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n Seminaari. Köyhyys ja terveys. 20.–21.10.2011. Ohjelma ja abstraktit. Tampereen yliopisto.

Hämäläinen Juha & Väisänen Raija 2011. Terveysyhtymä sosiaalityön viitekehityksessä. Pakaste-seminaari. Rovaniemi. 5.10.2011. Saatavilla: www.sosiaalikallega.fi/Pekkala_5.10..pdf Haettu 2.2.2012.

Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila & Gould Raija 2011. Asiakslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Teoksessa Järvikoski Aila, Lindh Jari & Suikkanen Asko Kuntoutus muutoksessa. Tampere. Lapin yliopistokustannus. 73–88.

Ihalainen Jarmo & Kettunen Terttu 2011. Turvaverkko vai tramboliini. Sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki. WSOYpro OY.

Juntunen, Elina 2009. Valtaa diakoniasta? Valtautumisen monet merkitykset diakoniatyössä. Janus 2, 139–154.

Järvikoski, Aila 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46/ 1994.

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 1995. Mitä kuntoutus on? teoksessa: Suikkanen Asko, Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila, Kallanranta Tapani, Piirainen Keijo, Repo Marjatta & Wikström Juhani Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY.12–28.

Järvikoski Aila, Puumalainen Jouni & Vilkkumaa Ilpo 1997. Selvitys kuntoutustoiminnan arviointitarpeista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:7.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2005. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2005. Mitä kuntoutus on? Julkaisussa Suikkanen Asko, Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila, Kallanranta Tapani, Piirainen Keijo, Repo Marjatta & Wikström Juhani. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Helsinki: WSOY. 12– 28.

Järvikoski Aila, Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.) 2001. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 69/2001.

Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa, Härkäpää Kristiina, Martin Marjatta, Nikkanen Pirjo, Notko Tuula & Puumalainen Jouni 2009. Kuntoutuja palveluiden käyttäjänä. Teoksessa: Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa & Härkäpää Kristiina (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research reports 80/2009. 16–20.

Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa, Härkäpää Kristiina, Martin Marjatta, Nikkanen Pirjo, Notko Tuula & Puumalainen Jouni 2009. Osallisuus ja osallistuminen kuntoutuksen tavoitteina. Teoksessa: Järvikoski Aila, Hokkanen Liisa & Härkäpää Kristiina (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research reports 80/2009. 21–24.

Järvikoski, Aila 2010. Kuntoutuksen tutkimuksen painotuksia 2000- luvulla. Saatavilla http://www.kutke.fi/Aila%20Jarvikoski_25112010.pdf. Kutken tutkimusseminaari 25. 10. 2010. Haettu 4.2. 2011.

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2011. Kuntoutus yhteiskunnallisena toimintana. Teoksessa Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOY pro OY. 8 – 34 .

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2011. Sosiaalinen syrjäytyminen ja osallisuus. Teoksessa: Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOY pro Oy. 147–153.

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOY pro Oy. 76–78.

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2011. Tiede ja tutkimus. Teoksessa: Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOY pro Oy. 256–257.

Järvilehto, Soili 1997. Kuntoutussäätien tutkimuksia. Research Reports 58/97. Helsinki. Yliopistopaino.

Kallio, Veikko 1995. Kuntoutuksen tiennäyttäjät. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus 1972–1992. Turku. Kansaneläkelaitos.

Kanaoja Aulikki, Lähteinen Martti, Marjamäki Pirjo, Laiho Kristiina, Sarvimäki Pirjo, Karjalainen Pekka, Seppänen Marjaana (toim.) 2007. Kuntouttava sosiaalityö. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki:Gummerus.123– 127.

Kari Anneli & Puukka Pauli 2001. Hyvä kuntoutuskäytäntö kuntoutuksen suunnittelussa. Teoksessa Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma- velvollisuus vai mahdollisuus? KELA. Sosiaali - ja terveysturvan katsauksia 44. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino OY. 18–22.

KELA, 1.1.2011. Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Kuntoutustutkimuksen palvelulinja. Terveysosasto. Kuntoutusryhmä.

Saatavilla:

[http://www.kela.fi/in/liite.nsf/\(WWWAIIDocSByld/7C54A8BFC32332E!C22577E6004Af/sfile/StandardiKuntoutustutkimus.pdf](http://www.kela.fi/in/liite.nsf/(WWWAIIDocSByld/7C54A8BFC32332E!C22577E6004Af/sfile/StandardiKuntoutustutkimus.pdf)

Haettu 10.3.2012

Kela.Etuusohjeet.Kuntoutussuunnitelma.

Saatavilla:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/180608172300HL?OpenDocument>.

Haettu

3.2.2012.

Kemppainen, Erkki 2004. Kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja oikeusluonne. Julkaisussa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. Helsinki: Gummerus. 71–79.

Kettunen Reetta, Kähäri-Wiik Kaija, Vuori-Kemilä Anne & Ihalainen Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kivekäs, Jukka 1993. Mitä eläkelaitos odottaa kuntoutustutkimukselta? Kuntoutus 3 (?), 36–42.

Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola Juhani & Valli Raine. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 70 – 85.

Kosciulek, John F 2007. A Test of The Theory of Informed Consumer Chice in Vocational Rehabilitation. Journal of Rehabilitation 2007 (73) 2, 41 – 49.

Kohonen, Eeva 2011. Narratiivisuus- vähän hyödynnetty lähestymistapa kaupatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.). Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimustavan valintaan. Vantaa: JTO- Palvelut OY. 196 – 205.

Kokko, Riitta-Liisa 2004. Kohtaamisia ja ohituksia kuntoutujan elämäntilanteen tienristeyksessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. 163–173.

Koskinen AnnaKaisa 2007. “Vaihtoehtoinen tarina” Mitä on sosiaalinen muutostyö? SOC-CAN JA Heikki Waris- instituutin julkaisusarja nro 14. Helsinki. Yliopistopaino. Saatavilla: http://www.socca.fi/files/73/Vaihtoehtojen_tarina_mita_on_sosiaalinen_muutostyo.pdf. Haettu 6.3.2012.

Kostera, Marika 2006. The Narrative Collage As Research Method. Storytelling, Self, Society 2 (2), 5 – 27.

Koukkari, Marja 2010. Kokonaisvaltaisuuden käsite kuntoutuksen kontekstissa. Teoksessa Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus. 35–42.

Koukkari Marja 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Järvikoski Aila, Lindh Jari & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus muutoksessa. 220–226.

Kuntoutusselonteko 2002:6. Valtionneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Kurki, Merja 2004. Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? Tules- ja Aslak-kurssit pystyvyyden vahvistajina. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:6. Helsinki.

Kys:n kotisivut. Terveyssoseaalityö. www.psshp.fi/index.asp?-/z=-2 Haettu 5.12.2011.

Kys, kotisivut. Tutkimusohjeet. Saatavilla.
<http://www.psshp.fi/index.asp?link=3838.5&language=1>
 Haettu 20.3.2012.

Kys, Kuntoutuskeskus. kotisivut. Saatavilla
www.psshp.fi/index.asp?link=5717.5&language=1 haettu 6.10.2011.

Kys, Kuntoutustutkimusprosessi. Saatavilla:
<http://www.psshp.fi/idex.asp?link=5717.5&language=1>
 Haettu 19.3.2012.

Leino, Marjo 2004. Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Karjalainen Vappu & Vilkkumaa Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes. 93–102.

Lindqvist Tuija, Oksala Ilkka, Pihlman Marja- Riitta (toim.) 2001. Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2001:8. Helsinki.

Linden, Mirja 1999. Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES. Sosiaali- ja terveystalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 234. Helsinki. Gummerus kirjapaino.

Liukko, Eeva 2006. Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. Socca:n ja Heikki Waris- instituutin julkaisusarja 9/2006.

Luhtasela, Leena 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Sosiaalityön lisensiaatintyö. Helsingin yliopisto.

Malm Marit, Matero Marja, Repo Marjo & Talvela Eeva- Lisa 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Mandich Angela, Miller Linda & Law Mary 2002. Finding the evidence. Outcomes in Evidence - Based Practice. Teoksessa Law Mary (edit.) A Guide to Practice. SLACK. Thorofare. 49 –70.

Matinvesi, Seppo 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa ICF- tulkintaa. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampere: Juvenes Print.

Mattila - Aalto Minna 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/ 2009. Helsinki.

Mattila- Aalto 2012. Kuntoutus työelämäosallisuuden rakentajana. Työryhmä 2. 40. Valta-
kunnalliset Kuntoutuspäivät 22.3.2012. Saatavilla:
http://www.kuntoutussaatio.fi/files/792/Mattila-Aalto_Osallistumiskasitteenajakaytantona.pdf
Haettu 7.4.2012.

Metsämurronen, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. Viro. International Methelp Ky.

Mönkkönen, Kaarina. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. *Sosiaalipsykologia*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94.

Narumo. Reija 2006. *Voiko kuntoutumista ohjata? Ohjaava ote mielenterveystyössä*. Pori. Mielenterveyden keskusliitto.

Niemelä, Pauli 1993. Sosiaaliset ongelmat sosiaalialan työn ja ammatietiikan lähtökohtana. Julkaisussa Hämäläinen Juha & Niemelä Pauli. *Sosiaalialan etiikka*. Helsinki: WSOY. 147–153.

Nikkanen, Pirjo 2006. Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. *Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 70*. Vammala. Vammalan kirjapaino.

Nikkarinen Tuuli, Huvinen Santeri & Brommels Mats 2001. *Kuntoutustutkimus osana elämäntarinaa*. Vakuutuskuntoutus VKK r.y. Helsinki: EDITA.

Nordling, Esa 2011. *Asiakaslähtöisyys mielenterveyskuntoutuksessa*. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. www sivut: <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10190&contentlan=1>

Palomäki, Susanna 2011. *Kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuutta ja asiakkaiden osallisuutta etsimässä*. Terveys- ja sosiaalialan työntekijät ry:n seminaari. Köyhyys ja terveys 20–21.10.2011. Tampereen yliopisto. Ohjelmat ja abstraktit.

Paltamaa Jaana, Karhula Maarit, Suomela-Markkanen Tiina & Autti-Rämö Ilona (toim.) 2001. *Kuntoutuksen toimivuus. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa*. KE-LA:n tutkimusosasto. Sastamala. Vammalan kirjapaino OY. 96–99.

Pekkonen, Mika 2005. *Kuntoutus työkyvyn ja työhyvinvoinnin ylläpitäjänä*. Julkaisussa Kinnunen Ulla, Feldt Taru, Mauno Saija (toim.). *Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Jyväskylä: PS-kustannus. 350–352.

Piirainen, Keijo. Kuntoutussopimus 1995. Tutkimus asiantuntija- asiakas- suhteen sosiaalisesta ylläpidosta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2012. Kotisivut Sosiaalityö. Saatavilla: http://www.pshp.fi/potilaille_ja_laheisille/prime101.aspx.

Haettu 19.3.2012.

Pohjolainen, Anneli 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki Leena & Saari Erkki Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 11–31.

Pohjolainen, Timo 2010. Vaikuttavuustutkimus lääketieteelliseltä kannalta. saatavilla [http://www.kutke.fi/Timo Pohjolainen_25112010.pdf](http://www.kutke.fi/Timo_Pohjolainen_25112010.pdf) (4. kuntoutuksen tutkimuksen seminaari 25.-26.11.2010). haettu 2.2.2011.

Puumalainen, Jouni & Vilkkumaa, Ilpo 2001. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Julkaisussa. Kallanranta Tapani, Rissanen Paavo, Vilkkumaa Ilpo (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Gummerus. 16–29.

Puusa Anu & Juuti Pauli 2012. Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Johtamistaidon opisto. Vaasa. Hansaprint OY. 47–57.

Romakkaniemi, Marjo 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. (Lecitio Praecursora). Kuntoutus. 4 Vol 34. Kuntoutussäätiö. ForssaPrint. 53–57.

Rauhala Pirkko-Liisa & Virokangas Elina 2011. Sosiaalityön tutkimusetiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Sosiaalityön arvot ja etiikka. Pehkonen Aini & Väänänen-Fomin Marja (toim.) Jyväskylä. PS-Kustannus. 235–256.

Rautiainen Juhani, Wikström Juhani & Sivenius Juhani 2008. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu. Kustannus Oy Duodemic. 235– 250.

Rhodes Carl & Brown Andrew D. 2005. Narrative, organizations and research. *International Journal of Management Reviews* 3 (7), 167 – 188.

Richmond, Mary.E. *Social diagnosis*. Russel Sage Foundation 1917.

Rissanen, Paavo 2001. Syöpä. Julkaisussa Kallanranta Tapani, Rissanen Paavo & Vilkkumaa Ilpo (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki. Gummerus. 128–139.

Ryynänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 119.

Saikku Peppi & Karjalainen Vappu.2007. Kohtaamisen muuttuva haaste. Pitkittäistarkastelu kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. *Kuntoutus* 2, 15–26. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Savukoski, Marjo & Kauramäki, Pirjo 2004. Nuoren sosiaalinen tukeminen omalle ammatilliselle uralle. Julkaisussa. *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 123- 135.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutuksiin neuvottelukunta. Edita Prima Oy. Helsinki.

Sparkes, Andrew C 1999. Exploring body narratives. *Sport, Education & Society*, 1999 (4) 1. 14– 17.

Talo, Seija 2001. Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Toimintakyvyn viitekehyksistä. Teoksessa *Toimintakyky- viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen*. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä. GUMMERUS. 31–44.

Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. WHO. STAKES. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus. Jyväskylä.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen, Tiia 2010. So 300 Kuntoutus. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. 174 - 193.

Tuusa, Matti 2005. Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä. Aktivointi ja työllistymisen tukeminen sosiaalityön ammattikäytäntönä kunnissa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 74/ 2005. Helsinki.

Volanen, Salla-Maarit 2011. Voimavaroja kaikille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Journal of Social Medicine 3 (48). Sosiaalilääketieteellinen yhdistys. Vammala. Vammalan kirjapaino OY. 243–246.

Östlund Gunnel, Cedersund Elisabeth, Alexanderson Kristiina & Hensig Gunnel 2001. "It was real nice to have someone" Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. Scandinavian Journal of Public Health 29 4, 285 – 91 .

Saatavilla:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=9&sid=50091540-d408-47bb-b673-05452adfole82%40sessionmar14> Haettu 15.3.2012.

LIITE 1

TULE MUKAAN TUTKIMUKSEENI: TARINOITA TARI- NASTA

*Kuntoutujan osallisuuden edistäminen kuntoutustutkimukses-
sa ja kuntoutuksessa*

*Olen Itä-Suomen yliopiston sosiaalityön maisterikoulutuksen opiskelija ja teen pro - gradututkielmaani aiheena kuntoutu-
jien osallisuuden edistäminen kuntoutuksessa. Tavoitteina
tutkimuksessa on tuoda esille kuntoutujan näkökulmaa, ko-
kemuksia ja ääntä kuntoutustarinoiden muodossa.*

*Kuntoutustarinassa tärkeää ovat teidän yksilölliset
kokemukset kuulluksi tulemisesta sekä vaikuttamisesta. Mi-
tä jäi "reppuun" kuntoutustutkimusjakson jälkeen? Millaisia
uusia tavoitteita koet saaneesi kuntoutumiseesi ja elämääsi?
Millä tavoin koit itse saaneesi vaikuttaa kuntoutusprosessii-
si?*

*Tarinan voit kirjoittaa kotona kuntoutustutkimus-
jakson jälkeen. Osallistujat saavat palautuskuoren ja posti-
merkin sekä mahdollisuuden osallistua kahden Intersportin
lahjakortin arvontaan (arvo 20 euroa/ lahjakortti). Olen saa-
nut tutkimusluvan tutkimukseeni Kys:n tutkimuspäällikkö Kir-
si Luodolta sekä kuntoutusylilääkäri Timo Miettiseltä. Tari-
noita on tarkoitus kerätä kesäkuun aikana. Tutkimukseni val-
mistumisajankohdaksi olen suunnitellut kevään 2012.*

Toivottavasti voit osallistua tutkimukseeni.

Terveisin

Arja Haataja

Sosiaalityön maisteriopiskelija

*Itä-Suomen
0503766515)*

yliopisto

(alhaataj@student.uef.fi,

Liitä kirjoitukseesi nimesi, osoitteesi, ikäsi ja ammattisi tai entinen ammattisi. Halutessasi voit lähettää kirjoituksesi nimimerkillä, mutta myös nimimerkillä kirjoittaessasi laita alkuun tiedot iästä, sukupuolesta, ammatista tai entisestä ammatista.

Tekstin pituudella ei ole alarajaa. Kirjoituksista ei makseta palkkiota, eikä niitä palauteta takaisin kirjoittajille. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit milloin tahansa jättäytyä tutkimuksen ulkopuolelle, jolloin tarinasi poistetaan tutkimusaineistosta.

Tutkimustulosten yhteydessä kirjoituksista julkaistaan esimerkkiotteita. Julkaistavista otteista muutetaan henkilönimet ja muut välittömän tunnistamisen mahdollistavat nimet (kuten nimet, työpaikat jne.) toisiksi. Kirjoitukset hävitetään yllämainitun tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen valmistuttua tutkija lähettää pro gradutyön jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen osallistun tutkimukseen.

Nimi

nimen selvennys

päivämäärä