

IRJA NIEMINEN

Koulutusinterventio osana  
mielenterveyskuntoutujien  
kuntoutusta  
Käytännön teoria





IRJA NIEMINEN

Koulutusinterventio osana  
mielenterveyskuntoutujien  
kuntoutusta

Käytännön teoria



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Esitetään Tampereen yliopiston  
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen  
auditoriossa F115, Lääkärintie 1, Tampere,  
20. päivänä tammikuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

IRJA NIEMINEN

Koulutusinterventio osana  
mielenterveyskuntoutujien  
kuntoutusta

Käytännön teoria

*Acta Universitatis Tamperensis 2247*  
*Tampere University Press*  
*Tampere 2017*

## AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

*Ohjaajat*Professori Marja Kaunonen  
Tampereen yliopisto*Esitarkastajat*Dosentti Marita Koivunen  
Turun yliopisto  
Dosentti Terhi Saarinen  
Itä-Suomen yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla  
Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu  
Mikko ReinikkaActa Universitatis Tamperensis 2247  
ISBN 978-952-03-0315-0 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1747  
ISBN 978-952-03-0316-7 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://tampub.uta.fi>Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2017

*Pekalle, Annelle, Essille ja Oonalle*



# KIITOKSET

Tutkimusmatkani tämän väitöskirjan parissa on ollut minulle äärimmäisen mielenkiintoinen ja omaa ajatteluani avartava kokemus. Tutkimusaiheeseeni liittyvä mielenterveys on ollut kiinnostukseni kohteena jo sairaanhoitajaksi opiskellessani. Kun minulle tarjoutui mahdollisuus työskennellä mielenterveyskuntoutukseen liittyvässä tutkimusprojektissa, en epäröinyt hetkeäkään tarttua tilaisuuteen.

Sydämellisimmät kiitokseni haluankin esittää ohjaajalleni, professori Marja Kaunoselle, joka mahdollisti tämän tutkimusmatkani mielenkiintoisen, kansainvälisen projektin parissa. Ilman Marjaa en ehkä koskaan olisi saanut vastaavalaista tilaisuutta. Marja, Sinun horjumaton tukesi ja uskosi siihen, että jonain päivänä tämä on valmis, on kantanut minua koko tutkimusprosessin ajan. Olet taitavasti ohjannut minut tieteen maailmaan ja auttanut minua rakentamaan ja kehittämään omia tutkijan taitojani. Lisäksi haluan kiittää EMILIA-projektin tutkimusryhmää, jonka kanssa tehty yhteistyö antoi alkusysäyksen väitöskirjatutkimukselleni.

Haluan osoittaa parhaimmat kiitokseni seurantaryhmääni kuuluneille professori Päivi Åstedt-Kurjelle, dosentti Jari Kylmälle ja tohtori Anna Anttiselle. Te olette tarjonneet arvokasta asiantuntemustanne ja tukeanne aina, kun olen sitä tarvinnut. Teidän positiivinen ja kannustava asenteenne on ollut hyvin merkityksellistä työni etenemisen kannalta.

Lämpimästi kiitän myös esitarkastajiani Marita Koivusta ja Terhi Saarasta. Teidän syvällinen perehtyminen työhöni ja rakentavat kommenttinne ovat auttaneet minua viimeistelemään työtäni parhaalla mahdollisella tavalla.

Tahdon kiittää myös hoitotieteen koko tiedeyhteisöä. Työskennellessäni teidän kanssanne minulla oli suuri ilo nauttia päivittäisistä kahvipöytä- ja käytäväkeskusteluista, joiden lomassa sain arvokasta ohjausta myös omaan väitöskirjatutkimukseeni. Silloin ymmärsin, kuinka suuri merkitys tiedeyhteisöllä on tuen antajana omaa tutkimusta tehdessä.

Vertaistuki koko tutkimusprosessin ajan on ollut korvaamattoman tärkeää. Haluankin kiittää tohtoriopiskelijoiden seminaariryhmää, jonka kanssa olemme pohtineet tutkimustemme ongelmakohtia useiden vuosien ajan. Ne ovat olleet

hedelmällisiä hetkiä tutkimuksen etenemisen ja verkostoitumisen kannalta. Eri-tyisesti haluan kiittää Mira Palosta vertaistuesta, jota olen saanut tänne maailman toiselle puolelle saakka. Lämmin kiitos myös Birgitta Lehdolle syvällisistä keskusteluista, joita kävimme tutkimusprosessimme aikana.

Tutkimukseeni osallistuneet mielenterveyskuntoutujat ja mielenterveysalan ammattilaiset mahdollistivat väitöskirjatutkimukseni tekemisen. Tahdon osoittaa lämpimät kiitokset heille.

Tutkimustani ovat taloudellisesti tukeneet Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat ry, Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan rahasto, Suomen sairaanhoitajaliitto, Tampereen kaupungin tiederahasto ja Tampereen yliopisto. Parhaimmat kiitokseni saamastani taloudellisesta tuesta, joka mahdollisti tutkimustyön tekemisen osin päätoimisesti.

Vanhempani ovat antaneet minulle sen perustan, josta olen kasvanut siksi ihmiseksi mikä nyt olen. Olette aina kannustaneet minua menemään eteenpäin ja uskoneet lujasti, että kykenen saavuttamaan tavoitteeni. Kiitos Äiti ja Isä.

Lämpimät kiitokset haluan osoittaa myös appivanhemmilleni, sisaruksilleni ja kaikille muille läheisilleni sekä ystäville. Olette kaikki omilla tavoillanne antaneet arvokkaan tukenne minulle jaksaa väitöskirjatutkimukseni parissa. Olette tarjonneet minulle lukemattomia ja unohtumattomia ilon ja onnen hetkiä. Ne ovat antaneet minulle intoa jatkaa myös tutkimukseni parissa.

Minun sanani eivät riitä kuvaamaan sitä syvää kiitollisuutta, jota tunnen rakasta perhettäni kohtaan. Anne, Essi ja Oona, te olette olleet se rohkaiseva tukiverkko, joka on nostanut minut aina ylös, kun olen kompuroinut tällä tutkimusmatkallani. Kiitos siitähän, kun olette jaksaneet tutkimukseen uppoutunutta, ajoittain poissaolevaa ja hajamielistä äitiä. Joonas ja Janne, tyttöjen kautta olette pakostakin joutuneet kuuntelemaan minun loputtomia pohdintojani tutkimukseni etenemisestä, lämmin kiitos rohkaisevasta tuestanne.

Pekka, olet ollut tärkein tukijani väitöskirjaprosessini aikana ja arjen jokaisena päivänä. Olet se elämäni perusta, josta olen voinut vapaasti ponnistaa kohti omia unelmiani, ja samalla tiedän, että se perusta ei petä. Rakkaat kiitokset Sinulle kaikesta antamastasi tuesta. Omistan väitöskirjani perheelleni.

Sydneyn kesäisen auringon lämmössä 6.12.2016

Irja Nieminen



# TIIVISTELMÄ

Psyykkisen sairautensa vuoksi mielenterveyskuntoutujat kohtaavat usein vaikeuksia kouluttautumisessaan, olipa kyseessä perus-, ammatillinen tai ylemmän asteen koulutus tai muu kuin tutkintoon johtava koulutus. Koulutus kuitenkin edistää heidän työllistymistään ja yhteiskuntaan integroitumistaan. Ymmärrys mielenterveyskuntoutujien kouluttautumisen kokemuksista auttaa tunnistamaan niitä tekijöitä, joiden avulla heitä voidaan tukea saavuttamaan heidän koulutukselliset tavoitteensa. Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista tarkasteltiin koulutusinterventioon osallistumisen näkökulmasta mielenterveyskuntoutuksen kontekstissa. Tarkoituksena oli kehittää käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, mitä tekijöitä koulutusintervention toteuttamisessa tulisi huomioida, että tuettaisiin mielenterveyskuntoutujien selviytymistä koulutuksessa. Tavoitteena oli myös saada tietoa siitä, millä tavoin heidän koulutusinterventiossa selviytymistään voidaan tukea mielenterveyskuntoutuksen keinoin.

Koulutusinterventio kehitettiin Euroopan Unionin rahoittamassa kansainvälisessä EMILIA-tutkimushankkeessa. Koulutusintervention tavoitteena oli edistää mielenterveyskuntoutujien toipumista ja sosiaalista integraatiota. Tutkimukseen osallistujat olivat mielenterveyskuntoutujia (n=47) ja mielenterveyspalveluita tarjoavien yksiköiden henkilökunnan jäseniä (n=59) yhdeksästä Euroopan maasta. Maat olivat Bosnia ja Hertsegovina, Espanja, Iso-Britannia, Kreikka, Norja, Puola, Ranska, Suomi ja Tanska. Kansainvälinen aineisto kerättiin mielenterveyskuntoutujilta yksilöhaastatteluilla ennen koulutusinterventiota sekä 10 ja 20 kuukauden kuluttua intervention alkamisesta. Vastaava aineisto Suomessa kerättiin ennen koulutusinterventiota ja 10 kuukauden kuluttua intervention alkamisesta. Henkilökunnan aineistonkeruumenetelminä käytettiin havainnointia ja ryhmähaastatteluita. Havainnoinnit toteutettiin 10 kuukauden kuluttua intervention alkamisesta havainnoimalla henkilökuntakokouksia, joissa keskusteltiin koulutusinterventiosta. Henkilökunnan aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia kaikissa muissa maissa paitsi Suomessa, jossa henkilökunnan aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Kaikki aineistot analysoitiin induktiivi-

sella sisällönanalyysillä. Alkuperäistutkimusten tulosten yhteenvedossa analyysimenetelmänä käytettiin metasynteesiä.

Tulokset osoittivat, että koulutusinterventio mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksen osana on moniulotteinen prosessi. Se koostuu mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevista tekijöistä, koulutustapahtuman ulottuvuuksista, koulutuksen seurauksista ja mielenterveyskuntoutuksen koulutautumista edistävästä tuen muodoista.

Mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista helpottivat kuntoutumisvaiheen huomiointi koulutuksen ajoituksessa, hoitotasapaino, koulutuksen tavoitteellisuus, oppijan motivaatio ja tietoinen koulutukseen sitoutuminen. Mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista taas vaikeuttivat syrjäytyminen, sairauden ylivalta ja yhteiskunnan arvot ja asenteet. Tutkimukseen osallistujat kuvailivat koulutustapahtumaa sen ulottuvuuksien kautta, joita olivat sosiaalinen vuorovaikutus, oppijan sisäiset voimavarat, opetuksen pedagoginen toteutus ja oppijakeskeinen yhteistyö mielenterveyskuntoutujan, kuntoutusorganisaation ja koulutusorganisaation välillä. Koulutuksen koettiin antaneen tukea mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaiseen kasvuun ja valmiuksia sosiaaliseen integraatioon. Siitä huolimatta esiin tuli myös kokemuksia koulutuksen epäonnistumisesta. Kouluttautumista edistävästä tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa olivat mielenterveyskuntoutujien sisäisten voimavarojen vahvistaminen ja tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoavan ympäristön luominen.

Tutkimuksessa kehitetty käytännön teoria tuotti uutta tietoa ja vahvisti aiempaa tietoperustaa koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Käytännön teorian avulla voidaan kehittää kuntoutujille suunnattuja koulutusinterventioita yhä enemmän heidän lähtökohtiinsa pohjautuviksi ja kehittää mielenterveyskuntoutusta niin, että se tukee entistä paremmin kuntoutujien koulutusinterventioon osallistumista ja siinä selviämistä. Käytännön teoriaa tulee vielä testata ja kehittää, jotta sitä voidaan käyttää eri toimintaympäristöissä.

Avainsanat: koulutusinterventio, kuntoutuja, kuntoutus, mielenterveys, selviytyminen

# ABSTRACT

Due to their mental illness, mental health service users often face difficulties when it comes to educating themselves, whether it is elementary, vocational, higher level or non-vocational training. However, education improves their employability and integration to society. Understanding mental health service users' experiences on education will help identify factors which can be used to help them achieve their educational goals. In this research mental health service users' education was observed by focusing on the participation in an education intervention in the context of mental health rehabilitation. The purpose was to develop a practice theory on the education intervention as a part of mental health service users' rehabilitation. The aim was to obtain data on what factors have to be taken into account when organizing the education intervention so that they would support mental health service users' coping in the education. Another goal was to find out ways for the mental health service users to cope in the education intervention by using means of mental health rehabilitation.

The education intervention was developed in an international research project called EMILIA, which was funded by the European Union. The goal of the education intervention was to enhance the rehabilitation and social integration of mental health service users. The participants of the study were mental health service users (n=47) and staff members of mental health service units (n=59) from nine European countries. The countries participated in the research were Bosnia-Herzegovina, Denmark, Finland, France, Great Britain, Greece, Norway, Poland and Spain. The data were collected from the mental health service users by one-by-one interviews before the education intervention and 10 and 20 months after the beginning of the intervention. Data collection from the staff was conducted by observations and focus group interviews. The observations were carried out 10 months after the beginning of the intervention by observing staff meetings where the education intervention was discussed. The observations were carried out in all countries except for Finland, where the data from the staff members were collected by the focus group interviews. All data were analyzed by inductive content analysis. Meta synthesis was used as an analysis method to conclude the results of the original studies.

The results showed that the education intervention as a part of mental health service users' rehabilitation is a multidimensional process. It consisted of factors which are associated with the educational preparedness of the mental health service users, dimensions of the education event, consequences of the education and the forms of support of mental health rehabilitation that contribute to the mental health service users' education.

Factors that made the mental health service users' education easier included taking into account the rehabilitation level when starting the education, treatment balance, goal-orientation of the education, motivation of the learner and intentional commitment to the education. Factors that hindered the mental health service users' education included isolation, dominance of the illness and the values and attitudes of society. The education event was described by the research participants through its dimensions, which were social interaction, inner resources of the learner, the pedagogical implementation and student-based cooperation between the mental health service user, rehabilitation organization and education organization. The education was experienced to support the mental health service users' personal growth and to prepare them for social integration. Nevertheless, there were experiences of failed education. Forms of support of mental health rehabilitation that contribute to the mental health service users' education were strengthening the mental health service users' inner resources and creation of an environment that provides support and professional expertise.

The practice theory developed in the research produced new knowledge and reinforced previous knowledge of the education intervention as a part of mental health rehabilitation. With the help of the practice theory, education interventions for mental health service users can be developed further to correspond to their needs and develop the education so that it supports better service users' participation and follow-through in the education. The practice theory has yet to be tested and developed so that it can be used in different environments.

Keywords: coping, education intervention, mental health, rehabilitation, service user

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	7
ABSTRACT .....	9
1 JOHDANTO.....	15
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT.....	17
2.1 Mielensterveyskuntoutaja .....	18
2.2 Mielensterveyskuntoutus.....	19
2.2.1 Mielensterveyskuntoutus käsitteenä.....	19
2.2.2 Koulutus osana mielensterveyskuntoutusta.....	20
2.3 Mielensterveyskuntoutujien koulutuksessa selviytyminen .....	23
2.3.1 Kouluttautumista vaikeuttavat tekijät .....	23
2.3.2 Kouluttautumista helpottavat tekijät .....	24
2.4 Koulutusinterventiot mielensterveyskuntoutuksessa .....	27
2.4.1 Koulutusinterventio käsitteenä.....	27
2.4.2 Kognitiivinen ja sosiaalinen kuntoutus.....	27
2.4.3 Ammatillinen kuntoutus.....	30
2.4.4 Psykoedukaatio .....	31
2.4.5 Toipumiskeskeiset koulutusinterventiot .....	32
2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	33
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	36
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	38
4.1 Tutkimusasetelma .....	38
4.2 Koulutusinterventio .....	39
4.3 Osallistujat .....	42
4.4 Menetelmät .....	43
4.4.1 Aineiston keruu.....	44
4.4.2 Induktiivinen sisällönanalyysi .....	46
4.4.3 Metasynteesi .....	48

5	TULOKSET – Käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta.....	50
5.1	Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät .....	52
5.1.1	Kouluttautumista helpottavat tekijät .....	52
5.1.2	Kouluttautumista vaikeuttavat tekijät .....	53
5.2	Koulutustapahtuman ulottuvuudet.....	55
5.2.1	Sosiaalinen vuorovaikutus .....	56
5.2.2	Oppijan sisäiset voimavarat .....	56
5.2.3	Opetuksen pedagoginen toteutus .....	57
5.2.4	Oppijakeskeinen yhteistyö .....	58
5.3	Koulutuksen seuraukset .....	59
5.3.1	Tuki henkilökohtaiseen kasvuun .....	59
5.3.2	Valmiudet sosiaaliseen integraatioon .....	61
5.3.3	Koulutuksen epäonnistuminen.....	63
5.4	Kouluttautumista edistävät tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa .....	63
5.4.1	Sisäisten voimavarojen vahvistaminen .....	64
5.4.2	Tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoavan ympäristön luominen .....	65
6	POHDINTA.....	67
6.1	Tutkimuksen eettisyys .....	67
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	69
6.3	Tulosten tarkastelu.....	72
6.4	Johtopäätökset .....	78
6.5	Tulosten hyödyntäminen .....	79
6.6	Jatkotutkimusehdotukset .....	80
	LÄHTEET .....	82
	OSAJULKAISUT .....	96

## Taulukot

**Taulukko 1.** Kuvaus tutkimusprosessin etenemisestä

**Taulukko 2.** Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät

**Taulukko 3.** Koulutustapahtuman ulottuvuudet

**Taulukko 4.** Koulutuksen seuraukset

**Taulukko 5.** Kouluttautumista edistävät tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa

## Kuviot

**Kuvio 1.** Kuvaus tiedonhakuprosessista

**Kuvio 2.** Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

**Kuvio 3.** Koulutusohjelmien sisällöt

**Kuvio 4.** Käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta

# OSAJULKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin alkuperäisartikkeleihin. Tekstissä niihin on viitattu roomalaisilla numeroilla.

- I Nieminen, I. & Kaunonen, M. 2011. Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMILIA-projektin koulutusinterventioihin – kuntoutujien ja henkilökunnan kokemukset 10 kk:n seurannan jälkeen. *Hoitotiede* 23, 57-71.
- II Nieminen, I., Ramon, S., Dawson, I., Flores, P., Leahy, E., Pedersen, ML. & Kaunonen, M. 2012. Experiences of social inclusion and employment of mental health service users in a European Union project. *International Journal of Mental Health* 41, 3-23.
- III Nieminen, I., Kylmä, J., Åstedt-Kurki, P., Kulmala, A. & Kaunonen, M. 2016. Mental health service users' experiences of training focused on empowerment: Training environment and the benefits of training. *Archives of Psychiatric Nursing* 30, 309-315.
- IV Nieminen, I. & Kaunonen, M. 2016. Professionals' views on mental health service users' education: challenges and support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, painossa.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa.



# 1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä kaikkialla maailmassa. On arvioitu, että jossakin vaiheessa elämäänsä kolmannes maailman väestöstä tulee kokemaan jaksoja, jolloin heillä on mielenterveysongelmia (Steel ym. 2014). Suomessa Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan 17 % naisista ja 14 % miehistä koki vointinsa merkittävästi psyykkisesti kuormittuneeksi. Runsasta vuodenaikaan liittyvää vaihtelua käyttäytymisessä ja mielialassa koki 20 % naisista ja 12 % miehistä. Lisäksi 7 %:lla naisista ja 4 %:lla miehistä oli depressiivisiä oireita. (Suvisääri ym. 2012.) Depressiivisten häiriöiden määrän on todettu olevan lisääntymään päin suomalaisilla (Markkula ym. 2015).

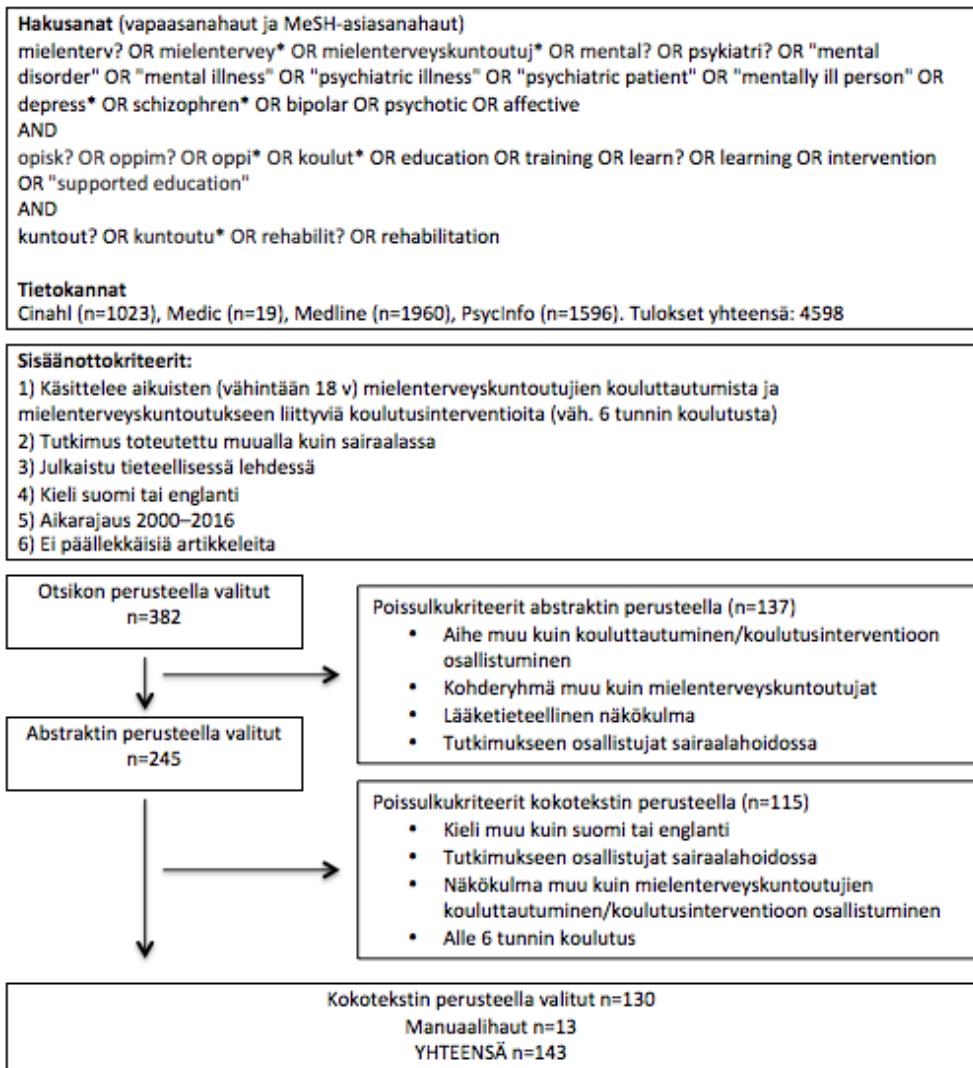
Psyykkisesti sairastuneet kokevat usein vaikeuksia kouluttautumisessa, olipa kyseessä perus-, ammatillinen tai ylemmän asteen koulutus tai muu tutkintoon johtamaton koulutus (Breslau ym. 2008, Waghorn ym. 2011). Vaikeudet voivat johtua siitä, että sairaus voi heikentää kognitiivisia taitoja kuten tarkkaavaisuutta, muistia, keskittymistä, oppimista ja ongelmanratkaisukykyä (McGurk & Wykes 2008, Tan 2009). Lisäksi epäonnistumisen pelko, sairauden pahenemisvaiheet ja sosiaaliset vaikeudet tuovat omat haasteensa koulutuksesta selviytymiseen (Atkinson ym. 2009). Kouluttamattomuudella ja työttömyydellä on todettu olevan yhteyttä psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin (Reneflot & Evensen 2014). Mielenterveyden häiriöihin liittyvät häpeä ja syrjintä saattavat johtaa mielenterveyskuntoutujien syrjäytymiseen yhteiskunnan toiminnoista (Tinklin ym. 2005, Simons ym. 2007) ja voivat siten syrjäyttää heidät myös koulutusjärjestelmästä. Kouluttautuminen on kuitenkin jokaisen perusoikeus, sillä Euroopan Unioni edellyttää kaikille yhdenmukaista oikeutta elinikäiseen oppimiseen, joka on keskeinen keino kansalaistaitojen, sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja työllisyyden kehittämisessä (Euroopan Unioni 2015).

Koulutus antaa psyykkisesti sairastuneille paremmat mahdollisuudet työllistyä (Cook ym. 2008, Waynor ym. 2012) ja motivoi heitä jatkamaan kouluttautumista (Dunn ym. 2008). Työllistymismahdollisuudet ja kouluttautuminen ovat merkittäviä tekijöitä heidän toipumisprosessinsa edistämässä (Best ym. 2008). Siksi on tärkeää tukea heitä saavuttamaan koulutukselliset tavoitteensa, olivat ne sitten tutkintoon johtavaa tai muuta koulutusta (Mueser & Cook 2012).

Erialaisten koulutuksellisten interventioiden on todettu olevan käyttökelpoinen lisä mielenterveyskuntoutuksessa (Fernandez ym. 2006), ja toisinaan niitä voidaan pitää jopa mielekkäämpinä kuin perinteisiä kuntoutusmenetelmiä (Clayton & Tse 2003, Hutchinson ym. 2007). Ongelmana on kuitenkin mielenterveyskuntoutujien huono osallistumisaktiivisuus heille suunnattuihin koulutusinterventioihin. Syitä tähän on tutkittu niukasti. (Bybee ym. 2000, Roberts & Bailey 2011, Roberts & Bailey 2013.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Tavoitteena oli saada tietoa niistä tekijöistä, joiden huomioiminen koulutusinterventioita toteutettaessa tukee mielenterveyskuntoutujia osallistumaan koulutusinterventioihin ja selviytymään niissä. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaiset mielenterveyskuntoutuksen keinot edistävät kuntoutujien koulutusinterventioon osallistumista ja siinä selviytymistä. Käytännön teorian avulla voidaan kehittää kuntoutujille suunnattuja koulutusinterventioita yhä enemmän heidän lähtökohtiinsa pohjautuviksi ja kehittää mielenterveyskuntoutusta niin, että se tukee entistä paremmin kuntoutujien koulutuksellisia pyrkimyksiä.

## 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Kirjallisuuskatsaus tämän väitöskirjatutkimuksen yhteenveto-osaa varten tehtiin keväällä 2016. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista ja mielenterveyskuntoutukseen liittyviä koulutusinterventioita käsittelevät tieteelliset julkaisut aikaväliltä 2000–2016. Haut toteutettiin Cinahl-, Medic-, Medline- ja PsycInfo-tietokannoissa. Hakusanoina käytettiin *mielenterveyskuntoutuja, psykiatrinen, oppiminen, koulutus ja kuntoutus*. Englanninkieliset hakusanat olivat *mental, disorder, illness, psychiatric, patient, person, depression, schizophrenia, bipolar, psychotic, affective, education, training, learning, intervention, supported ja rehabilitation*. Hakusanoista käytettiin erilaisia lyhennelmiä ja niitä yhdistettiin Boolean operaattoreilla 'and' ja 'or' lukuisilla eri tavoilla. (Kuvio 1.) Hakujen tuloksena löytyi yhteensä 4598 julkaisua. Otsikon perusteella katsaukseen mukaan valittiin ne tieteelliset artikkelit (n=382), joiden otsikossa mainitaan mielenterveyskuntoutujiin tai mielenterveyskuntoutukseen liittyvä koulutus, interventio, oppiminen, opiskelu tai ohjelma. Abstraktin perusteella mukaan otettiin 245 julkaisua. Tässä vaiheessa katsauksesta poissuljettiin artikkelit, joissa aihe oli muu kuin kouluttautuminen / koulutusinterventioon osallistuminen, kohderyhmänä oli muu kuin mielenterveyskuntoutajat, tutkimuksen näkökulma oli lääketieteellinen tai tutkimukseen osallistujat olivat sairaalahoidossa. Kokotekstiin perehtymisen jälkeen mukaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 130 julkaisua. Poissulkukriteerit kokotekstin perusteella olivat: kieli muu kuin suomi tai englanti, tutkimukseen osallistujat sairaalahoidossa, näkökulma muu kuin mielenterveyskuntoutujien kouluttautuminen / koulutusinterventioon osallistuminen tai kyseessä oli alle kuuden tunnin koulutus. Lisäksi kirjallisuushakuja tehtiin manuaalisesti tietokannoista löytyneiden julkaisujen lähdeluetteloista silloin, kun julkaisussa käytetty lähde viittasi mielenterveyskuntoutujien kouluttautumiseen tai mielenterveyskuntoutukseen liittyviin koulutusinterventioihin. Manuaalisella haulla katsaukseen valikoitui mukaan 13 julkaisua. Tutkimuksen lähtökohdat pohjautuvat näihin 143 lähteeseen.



**Kuvio 1.** Kuvaus tiedonhakuprosessista

## 2.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyden keskusliitto (2016) määrittelee käsitteen 'mielenterveyskuntoutuja' henkilönä, jonka psyykinen sairaus on hallinnassa ja joka on jo toipumassa sairaudestaan. Kielitoimiston sanakirjan (2016) mukaan mielenterveys-

kuntoutuja on mielenterveysongelmien vuoksi kuntoutettava tai kuntoutuva henkilö.

Kansainvälisestä kirjallisuudesta on vaikea löytää vastaavaa, tarkkaa määritelmää tälle käsitteelle. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään usein *mental health service user* -käsitettä silloin, kun kyseessä on mielenterveysongelmien vuoksi mielenterveyspalveluita käyttävä henkilö (esim. Verhaeghe & Bracke 2011, Newman ym. 2015). Toinen usein käytetty mielenterveyskuntoutujaa vastaava käsite on *mental health consumer*. Sharfstein ja Dickerson (2006) toteavat *consumer* -sanana mielenterveyspalveluiden yhteydessä viittaavan henkilöön, joka käyttää itsenäisesti valitsemiaan palveluita. Bassman (2006) kuvaili artikkelissaan käyttämänsä *consumer* -sanana viittaavan henkilöön, jolla on diagnosoitu psyykkinen sairaus ja/tai joka on saanut hoitoa psyykkiseen sairauteensa joko sairaalassa tai muiden mielenterveyspalveluiden piirissä. Bielavitz ym. (2011) viittaavat tutkimusraportissaan *mental health consumer* -käsitteellä psyykkistä sairautta sairastavaan henkilöön. Toipumisprosessin aikana häntä rohkaistaan olemaan terveyspalveluiden ’kuluttaja’ (Rissmiller & Rissmiller 2006). Nimi viittaa psyykkistä sairautta sairastavien aktiivisempaan rooliin heidän omassa hoidossaan ja heidän oikeuksiinsa, joiden puolustamiseksi entinen potilas Clifford Beers perusti Mental health consumerist -liikkeen 1900-luvun puolessa välissä (Rissmiller & Rissmiller 2006, Tomes 2006).

Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan psyykkistä sairautta sairastavaa henkilöä, joka käyttää mielenterveyspalveluita ja on kuntoutumassa sairaudestaan.

## 2.2 Mielenterveyskuntoutus

### 2.2.1 Mielenterveyskuntoutus käsitteenä

Käsitteenä mielenterveyskuntoutus on tullut käyttöön Suomessa 2000-luvulla. Sillä viitataan erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kuntoutukseen, jolloin kyseessä voivat olla diagnostisoitujen psykiatristen sairauksien lisäksi myös vaikeat kriisit elämässä tai uupumus. Huomattavasti vanhempi käsite on psykiatrinen kuntoutus, joka kohdistuu nimenomaan diagnosoituja psykiatrisia sairauksia sairastaviin henkilöihin. On käyty keskustelua siitä, pitäisikö psykiatrinen kuntoutus -käsitettä käyttää ainoastaan niissä tapauksissa, kun henkilöillä on

vaikea, diagnosoitu mielenterveyden häiriö erotukseksi muusta psyykkisiin ongelmiin liittyvästä kuntoutuksesta. (Järvikoski 2013.)

Perinteisesti kuntoutuksen eri osa-alueet jaotellaan lääkinälliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen. Lääkinällinen kuntoutus kohdistuu vähentämään sairauden aiheuttamaa haittaa. Ammatillisen kuntoutuksen tavoite on pääsy työelämään tai siellä jatkaminen. Sosiaalisessa kuntoutuksessa keskitytään arkielämän taitoihin, elämänhallintaan ja sosiaalisessa ympäristössä selviytymiseen. (Laukka ym. 2015.) Kuntoutuksen tavoitteet voidaan määrittellä myös toipumisen näkökulmasta, jolloin kuntoutus kohdistuu oireiden vähentämiseen ja kontrollointiin, elämäntapoihin ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Niiden lisäksi tärkeitä tavoitteita ovat toivo, voimaantuminen ja merkityksen tunne. (Whitley & Drake 2010.) Toipumisessa oleellisen tärkeää on jatkuva sitoutuminen merkitykselliseen ja tarkoituksenmukaiseen tekemiseen kuten ammatilliseen tai muuhun toimintaan. Tällainen sitoutuminen mielekkääseen toimintaan on myös mielenterveyskuntoutuksen keskeinen tavoite. (Swarbrick 2012, Tuisku ym. 2013.) Lisäksi pyritään palauttamaan psyykkisesti sairastuneille paras mahdollinen toimintakyky, jotta he olisivat mahdollisimman vähän riippuvaisia ammattilaisten avusta (Kopelowicz & Liberman 2003).

Kuntoutuksen eri osa-alueiden tarkka määrittely on kuitenkin vaikeaa niiden osittaisen päällekkäisyyden ja kuntoutuksen palvelujärjestelmän monimuotoisuuden vuoksi (Järvikoski 2013). Maailman terveysjärjestö WHO toteaaakin kuntoutuksen olevan monialaista ja eri sektoreiden välistä yhteistyötä, jota toteuttavat terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi sosiaalialan, työllisyyden, kasvatuksen ja muiden alojen ammattilaiset (World Report on Disability 2011).

Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutusta tarkastellaan toipumisen näkökulmasta. Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä mielenterveyskuntoutujien arkielämän taitoja ja sosiaalista integraatiota.

## 2.2.2 Koulutus osana mielenterveyskuntoutusta

Koulutuksen on todettu parantavan yksilön terveyttä, sillä se lisää toimintakykyä ja sitä kautta auttaa rakentamaan oleellisia psykososiaalisia resursseja elämässä pärjäämiseen (Zhang ym. 2011). Koulutuksesta on hyötyä psyykkistä sairautta sairastaville useilla eri elämän alueilla, oli koulutus sitten tutkintoon johtavaa tai muuta koulutusta (Lloyd & Tse 2010, Mueser & Cook 2012). Kouluttautuminen ja uuden oppiminen parantavat itsetuntoa (Mansbach-Kleinfeld ym. 2007), lisäävät psyykkistä sairautta sairastavien luottamusta omiin kykyihin

ja motivoivat heitä osallistumaan vapaaehtoistyöhön, jatkamaan kouluttautumista tai etsimään palkallista työtä (Dunn ym. 2008).

Kouluttamattomuus ja työttömyys ovat yhteydessä psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin (Reneflot & Evensen 2014). On tärkeää auttaa mielenterveyskuntoutujia kouluttautumaan, sillä se antaa heille paremman mahdollisuuden työllistyä (Cook ym. 2008, Waynor ym. 2012) ja lisää heidän sosiaalista liikkuvuuttaan (Lloyd & Tse 2010, Mueser & Cook 2012.) Koulutukseen osallistuminen sinällään tuo rytmiä ja merkityksellisyyttä jokapäiväiseen elämään (Mansbach-Kleinfeld ym. 2007).

Koulutukseen pääseminen samoin kuin työllistyminenkin ovat tärkeä osa mielenterveyskuntoutujien toipumisprosessia. Ne mahdollistavat heidän osallistumisensa merkityksellisiin opiskelijan ja työntekijän sosiaalisiin rooleihin, jotka ovat vastakohta heidän kokemilleen rooleille sosiaaliavustuksen saajana ja työkyvyttömyyseläkeläisenä. Lisäksi opiskelijan ja työntekijän rooleihin ei koeta sisältyvän stigmaa. (Best ym. 2008.) Opiskelijan identiteetti auttaa kuntoutujaa näkemään itsensä omien vahvuuksien kautta eikä ainoastaan henkilönä, jolla on psyykinen sairaus. Sellaisen identiteetin luominen on merkittävää toipumisen kannalta. (Rinaudo & Ennals 2012.) Potilaan roolin vaihtuminen opiskelijan rooliin, joka tuo mukanaan arvovaltaa ja valtaa, edistää kuntoutumista tavoilla, joita ei saavuteta pelkästään sosiaalisella tuella ja erilaisten taitojen hankkimisella (Mansbach-Kleinfeld ym. 2007). Mansbach-Kleinfeld kumppaneineen (2007) kuvailee mielenterveyskuntoutujien koulutukseen osallistumista prosessina, jossa he voivat löytää kadonneet roolinsa ja kykynsä sekä voivat toteuttaa itseään.

Tuettu koulutus on psykiatrisen kuntoutuksen muoto, jonka avulla tuetaan mielenterveyskuntoutujia saavuttamaan heidän koulutuksellisia tavoitteitaan (Murphy ym. 2005, Lloyd & Tse 2010, Manthey 2011, Manthey ym. 2012). Pääperiaatteet tuetussa koulutuksessa ovat toivo, normaaliuden tunne, itsemääräämisoikeus, tuki ja ihmissuhteet. Koulutuksessa keskitytään opiskelijan vahvuuksiin ja huomioidaan opiskelijan sairaudesta johtuvat tarpeet. (Mowbray ym. 2005, Unger 2013.)

Ydinpalvelut, jotka kuuluvat tuettuun koulutukseen, ovat urasuunnittelu, opiskelutaitojen kehittäminen, opastus käytännön asioissa, tutorointi ja mentorointi sekä palvelujen ja resurssien saatavuuden varmistaminen tai tukeminen (esim. tietokoneet, ammatillinen kuntoutus, taloudellinen tuki). Opetusmenetelmät ovat vaihtelevia, koska opiskelijat oppivat eri tavoilla. Opetusmenetelminä käytetään didaktista opetusta, välillistä ja kokeellista opetusta ja yhteistyössä

oppimista. Tuetun koulutuksen ensisijainen tavoite on lisätä mielenterveyskuntoutujien koulutuksellista osallistumista, mutta tuettuun koulutukseen kuuluvan urasuunnittelun myötä keskeisiä ovat myös ammatilliset tavoitteet. (Mowbray ym. 2005, Unger 2013.) Kuntoutujien koulutuksellisten saavutusten parantaminen onkin tärkeä osa kuntoutusta, kun pyritään parantamaan heidän työllistymistään (Lloyd & Tse 2010). Tuetussa koulutuksessa oleellista on yhteistyö kuntoutujien, perheiden, mielenterveyspalveluita tarjoavien organisaatioiden, koulutusorganisaatioiden ja ammatillisen kuntoutuksen toimijoiden välillä. (Mowbray ym. 2003, Mowbray ym. 2005, Unger 2013.)

Tutkimukset osoittavat vahvaa näyttöä tuetun koulutuksen vaikuttavuudesta (Mowbray ym. 2005, Unger 2013.) Se lisää osallistumista koulutukseen ja töihin (Isenwater ym. 2002, Smith-Osborne 2005, Gutman ym. 2009, Arbesman & Logsdon 2011), tukee koulutuksen loppuun saattamisessa (Best ym. 2008), parantaa akateemisia ja sosiaalisia taitoja, valmistaa kouluttautumiseen tulevaisuudessa ja auttaa mukautumaan opiskelijan rooliin (Gutman ym. 2007). Tuetun koulutuksen on todettu myös parantavan itsetuntoa, itsenäisyyttä, itseluottamusta ja kognitiivisia taitoja sekä vähentävän sairaalajaksoja (Isenwater ym. 2002). Kidd ym. (2014) vertasivat kognitiivisen kuntoutuksen integroimista tuettuun koulutukseen ja pelkkää tuettua koulutusta. Yhdistetty malli edisti pysymistä opiskeluiden parissa ja paransi akateemisia toiminta-alueita. Kognitiiviset toiminnot paranivat molemmissa ryhmissä. (Kidd ym. 2014.) Kuitenkin tuetussa koulutuksessa psyykkisesti sairaiden opiskelijoiden on todettu kokevan enemmän emotionaalista ahdistusta ja käyttävän enemmän emotionio-orientoituneita selviytymisstrategioita stressaavista tilanteista selviytyäkseen kuin terveiden opiskelijoiden. Lisäksi heillä on vähemmän mahdollisuuksia sosiaaliseen tukeen perheeltä ja ystäviltä kuin terveillä opiskelijoilla. (Ponizovsky ym. 2004, Sasson ym. 2005.)

Tuetun koulutuksen palveluita on mukana useissa tuetun työllistämisen ohjelmissa, ja se näyttää olevan käyttökelpoinen yhdistelmä. Tällainen yhdistelmä helpottaa mielenterveyskuntoutujien tuetun koulutuksen palveluiden saantia (Manthey ym. 2012) ja tukee heitä saavuttamaan sekä koulutuksellisia että työllistymiseen liittyviä tavoitteita (Schindler & Sauerwald 2013). Lisätutkimusta näiden palveluiden integraation toteuttamisesta kuitenkin tarvitaan (Manthey ym. 2012). Lisäksi tutkimukset tuetusta koulutuksesta koskevat pääasiassa nuoria, joilla on ollut ensivaiheen psykoosi. Lisää tietoa tarvitaan siitä, miten vanhemmat vakavia mielenterveysongelmia sairastavat kuntoutujat hyötyisivät tuetusta koulutuksesta. (Mueser & Cook 2012.)



Vasta tuetun koulutuksen kehittämisen jälkeen koulutukselliset interventiot mielenterveyskuntoutujille ja heidän koulutukselliset saavutuksensa ovat tulleet enemmän määrittäviksi mielenterveyskuntoutuksessa (Ashcraft ym. 2006). Roy ym. (2016) korostavat tarvetta kehittää ja toteuttaa näyttöön perustuvia varhaisia interventioita, jotka auttavat psyykkisesti sairaita hakeutumaan tuottavien aktiviteettien pariin, esimerkiksi kouluttautumaan ja työllistymään (Roy ym. 2016). Ongelmana on kuitenkin mielenterveyskuntoutujien huono osallistumisaktiivisuus heille suunnattuihin koulutusinterventioihin. Syitä tähän ei juurikaan ole tutkittu. (Bybee ym. 2000, Roberts & Bailey 2011, Roberts & Bailey 2013.)

Tässä tutkimuksessa koulutusintervention avulla pyrittiin lisäämään mielenterveyskuntoutujien tietoja ja taitoja, jotka edistävät heidän arjessa selviytymistään ja sosiaalista integraatiotaan.

## 2.3 Mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa selviytyminen

### 2.3.1 Kouluttautumista vaikeuttavat tekijät

Psyykkisesti sairastuneet kokevat usein vaikeuksia kouluttautumisessa, olipa kyseessä perus-, ammatillinen tai ylempään asteen koulutus tai muu tutkintoon johtamaton koulutus (Breslau ym. 2008, Miller & Nguyen 2008, Best 2008, Hartley 2010, Waghorn ym. 2011). Syynä on heidän psyykinen sairautensa (Breslau ym. 2008, Lloyd & Tse 2010, Manthey 2011, Waghorn ym. 2011), jonka oireiden on todettu vaikeuttavan kuntoutujien kouluttautumista (Rinaudo & Ennals 2012, Schindler & Sauerwald 2013). Psyykinen sairaus saattaa heikentää stressinsietokykyä (Secker ym. 2001) ja tiedonkäsittelyyn liittyviä eli kognitiivisia taitoja. Yleisiä ovat muistin, oppimisen ja prosessointinopeuden puutokset, suunnitelmallisuuden puute, aloitekyvyttömyys, vaikeudet arvioida omaa toimintaa ja vaikeudet toiminnan uudelleen suuntaamisessa. Lisäksi puutteita voi olla keskittymisessä, ongelmanratkaisussa, päättelyssä ja tarkkaavaisuudessa. (McGurk & Wykes 2008, Tan 2009, Tuulio-Henriksson 2014.)

Usein mielenterveyskuntoutujien esteet koulutuksessa ovat sisäisiä, kuten pelko, ahdistus, negatiivinen minäkäsitys ja kyvyttömyys uskoa omaan menestykseen (Schindler & Kientz 2013) samoin kuin itseluottamuksen puute (Rinaudo & Ennals 2012). Ahdistuksen tunteet ja erilaiset pelot voivat vaikeuttaa

kykyä omaksua uusia asioita (Järvikoski & Härkäpää 2011). Kuntoutujat usein selittävät menestymistään sekä ulkoisen että sisäisen tuen ansioksi, kun taas esteet he mieltävät ainoastaan sisäisiksi. Varsinkin ylemmän asteen koulutuksessa tuen mielenterveyskuntoutujille tulisi olla sekä sisäistä että ulkoista. (Schindler & Kientz 2013.)

Lisäksi mielenterveyskuntoutujien kokema stigma ja syrjintä vaikeuttavat heidän kouluttautumistaan (Mairs & Bradshaw 2004, Lloyd & Tse 2010, Roy ym. 2016). Toisaalta Roy kumppaneineen (2016) toteaa, että stigma ja riittämätön tieto tuen saamisen mahdollisuuksista ovat esteinä koulutukseen pääsyyn, mutta ei siellä selviytymiseen. Mielenterveyspalvelut tulisi kohdistaa aktiivisesti myös kuntoutujien sosiaalisen integraation edistämiseen eikä pelkästään mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, jotta voidaan tukea heidän kouluttautumistaan (Mairs & Bradshaw 2004).

Sairauden diagnoosin yhteydestä koulutuksesta selviytymiseen on ristiriitais-ta tietoa: toisaalta diagnoosin on todettu olevan yhteydessä opintomenestykseen (Smith-Osborne 2005), kun taas toisaalta vastaavaa yhteyttä ei ole todettu tutkimuksissa (Collins ym. 2000, Gutman 2008). Aiempi koulutustaso, sairaalajaksojen määrä, sairauden alkamisikä ja vanhempien koulutustaso eivät näyttäisi olevan yhteydessä siihen, miten mielenterveyskuntoutujat koulutuksessa selviävät (Gutman 2008, Gutman ym. 2009).

### 2.3.2 Kouluttautumista helpottavat tekijät

Sosiaalinen tuki on avaintekijä kuntoutujien koulutuksessa selviytymisessä (Bybee ym. 2000, Collins ym. 2000). Emotionaalinen tuki perheeltä (Roy ym. 2016), vertaistuki ja tuki koulutuksen opettajilta ovat ratkaisevan tärkeitä itsetunnon ja toimintakyvyn paranemisessa niin koulutusympäristössä kuin sen ulkopuolella (Isenwater ym. 2002, Roy ym. 2016). Kouluttajien usko oppijoiden kykyihin kannustaa kuntoutujia osallistumaan koulutukseen (Clayton & Tse 2003). Molemminpuolinen kunnioitus ja kumppanuus kuntoutujien ja palveluiden tarjoajien välillä ovat asiakaskeskeisten palveluiden perusta. Kunnioituksen ja kumppanuuden mukanaolo koulutus- ja työllistämishjelmissä sekä kuntoutujien yksilöllisyyden huomiointi edistävät kuntoutujien menestymistä. (Schindler & Sauerwald 2013.)

Hutchinsonin ja kollegoiden (2007) tutkimuksessa kuntoutujat kokivat fyysisellä ympäristöllä olleen yhteyttä siihen, miten he itsensä roolittivat. Kun koulutus tapahtui yliopistoympäristössä, he kokivat sen edistävän normaaliuden tun-

netta mahdollistaen heille opiskelijan roolin, jolloin he eivät kokeneet itseään mielenterveyspalveluiden käyttäjinä. (Hutchinson ym. 2007.) Lisäksi koulutusorganisaatioissa työskentelevien parempi tietämys mielenterveydestä ja henkilökunnan ja muiden opiskelijoiden positiivisemmat asenteet psyykkisesti sairastuneita kohtaan edistäisivät mielenterveyspalveluita käyttävien opiskelijoiden integroitumista opiskeluympäristöön (Sasson ym. 2005). Koulutusorganisaatioiden henkilökunta kokeekin, että heillä ei ole riittävästi tietoa ja koulutusta siihen, kuinka he voisivat tukea psyykkisesti sairastuneita heidän opinnoissaan. He toivovat koulutusta siihen, sekä keskustelua ja debriefingiä kokeneempien kollegoiden kanssa. (Brockelman ym. 2006, Miller & Nguyen 2008.)

Myös opetus- ja opiskelumenetelmät voivat olla mielenterveyskuntoutujien opiskelua helpottavia tekijöitä. Dialektinen keskustelu, pohdiskeluun haastaminen sekä oppijoiden aktiivinen rooli tukevat heidän oppimistaan. Samoin tärkeää on onnistua herättämään oppijoiden kiinnostus opiskelua kohtaan ja ylläpitämään se koko opiskelun ajan. (Bussema & Nemeč 2006.) Roy ym. (2016) osoittivat tutkimuksessaan, että sellaiset oppijat, joilla on psyykinen sairaus, käyttävät erilaisia strategioita kompensoidakseen kognitiivisia heikkouksiaan ja onnistuakseen kouluttautumisessa. Tällaisia strategioita olivat muun muassa kurssien valinta omien kykyjen mukaan ja keskittyminen arvosanojen suorittamiseen yksi kerrallaan, jolloin ne ikään kuin toimivat askeleina kohti tutkintoon valmistumista. He myös turvautuivat ympäristöstä saatavaan tukeen (esim. perheeltä saatu taloudellinen tuki korvaamaan työtulojen menetystä) ja osaikaiseen opiskeluun. Heidän omistautumisensa opiskelulle tapahtui kuitenkin muiden aktiviteettien, kuten työn, vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden, kustannuksella. (Roy ym. 2016.)

Oppijan sisäinen motivaatio eli hänen kiinnostuksensa saada tietoa ja kokemusta opittavana olevasta ilmiöstä edistää hänen oppimisprosessinsa etenemistä (Gutman 2008, Järvikoski & Härkäpää 2011, Roy ym. 2016). Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on vahvistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen. Tämä tapahtuu työstämällä epävarmuutta aiheuttavia tekijöitä. Menetelmä auttaa motivoimaan oppijaa jatkamaan opintojaan silloin, kun eteen tulee esteitä, jotka uhkaavat keskeyttää opiskelun. Tällä menetelmällä on saatu hyviä tuloksia kuntoutujien koulutuksessa pysymisestä (Manthey 2011.)

Niin ikään mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa onnistumista edistävät opetuksen ja oppimismahdollisuuksien joustavuus (Clayton & Tse 2003). Psyykkisesti sairaiden osallistujien yksilöllisiin tarpeisiin ei välttämättä onnistu-

ta vastaamaan, jos koulutuksen viitekehys on liian strukturoitu tietyn mallin mukaan. Mielenterveyskuntoutujien tuen tarve ja esteet kouluttautumisessa vaihtelevat suuresti. Tärkeää onkin kuntoutujakeskeinen lähestymistapa, jossa tuki räätälöidään yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Mairs & Bradshaw 2004, Schindler & Kientz 2013.)

Lisäksi mielenterveyskuntoutujien koulutuksellisten tavoitteiden saavuttamista edesauttavat selkeät uratavoitteet (Roy ym. 2016), mahdollisuus mentoointiin ja taloudelliset tekijät, jotka auttavat mm. asumisen ja liikkumisen järjestelyissä (Gutman ym. 2007, Gutman ym. 2009). Kyky käyttää saatavilla olevia opiskelijapalveluita tukee kuntoutujia heidän opinnoissaan (Smith-Osborne 2005). Lääkityksen käyttämiseen sitoutuminen edistää psyykkistä hyvinvointia ja siten auttaa jaksamaan koulutuksessa (Gutman ym. 2007, Gutman 2008, Gutman ym. 2009).

Ponizovsky tutkimusryhmineen (2004) ehdottaa kommunikoinnin, ongelmanratkaisun ja sosiaalisten taitojen harjoittelua mielenterveyskuntoutujille ennen varsinaisiin koulutuksiin osallistumista siksi, että se vähentää emotionaalista ahdistusta ja siten parantaa koulutusprosessin tehokkuutta ja yleistä sosiaalista kuntoutumista.

Bussema & Nemeč (2006) suosittelevat psykiatrisen kuntoutuksen periaatteiden mukaan ottamista koulutuksiin, jotka toteutetaan mielenterveyspalveluiden piirissä (Bussema & Nemeč 2006). Koulutuksellinen, toipumiskeskeinen lähestymistapa kuntoutuksessa on käyttökelpoinen lisä perinteisiin mielenterveyspalveluihin, sillä se kehittää valmiutta kuntoutumiseen ja edistää toipumista. (Dunn ym. 2008). Toisinaan koulutusta voidaan pitää jopa mielekkäämpänä mielenterveyskuntoutuksen muotona kuin perinteisempiä kuntoutusmuotoja (Clayton & Tse 2003, Hutchinson ym. 2007). Koulutus, joka painottaa tavoitteen asettelua, taitojen kehittämistä ja kognitiivista harjoittelua, lisää kuntoutujien osallistumista koulutuksellisiin ja ammatillisiin aktiviteetteihin (Arbesman & Logsdon 2011). Kuntoutuksessa tulisikin olla holistinen, ihmisen kokonaisuutena huomioiva ote, johon oleellisesti kuuluvat koulutus, työllistyminen, asuminen sekä psyykinen ja fyysinen hyvinvointi (Dunn ym. 2008).

## 2.4 Koulutusinterventiot mielenterveyskuntoutuksessa

### 2.4.1 Koulutusinterventio käsitteenä

Koulutus on asteittainen prosessi, jonka avulla saadaan tietoa ja oppimisen kautta ymmärrystä (Xia ym. 2011). Opettamisen ja koulutuksen ydin on siinä, että oppijat lähtevät koulutuksesta jollakin tavalla erilaisina kuin he siihen tulivat. Heillä on enemmän tietoja, taitoja ja itsetietoisuutta. (Nemec 2012.) Oppimista-pahtumina voidaan pitää myös kuntoutumiseen liittyvää voimaantumista ja identiteettityötä (Järvikoski & Härkäpää 2011). Tilastokeskus jaottelee koulutuksen Suomessa tutkintoon johtavaan ja tutkintoon johtamattomaan koulutukseen. Tutkintoon johtamaton koulutus voi olla esimerkiksi lyhyt kurssi, jonka kesto on vähintään kuusi tuntia. (Tilastokeskus 2016.)

Interventiolla tarkoitetaan väliintuloa, asioihin puuttumista. Terveysthuol-lon kontekstissa se tarkoittaa toimenpidettä, jonka tavoitteena on vaikuttaa yksilön tai ryhmän käyttäytymiseen tai terveydentilaan. (Kielitoimiston sanakirja 2016.)

Tässä väitöskirjatutkimuksessa koulutusinterventiolla tarkoitetaan vähintään kuuden tunnin kestoista kurssia, jonka tavoitteena on tukea mielenterveyskuntoutujia heidän kuntoutumisprosessissaan. Koulutusinterventiotutkimuksia on aiemmin toteutettu ainakin kognitiivisen, sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen piirissä ja psykoedukaation yhteydessä. Toipumiskeskeiset koulutusinterventiot ovat myös olleet tutkimuksen kohteena. Seuraavissa kappaleissa koulutusinterventioita tarkastellaan näiden mielenterveyskuntoutuksen osa-alueiden näkökulmasta.

### 2.4.2 Kognitiivinen ja sosiaalinen kuntoutus

#### **Kognitiivinen kuntoutus**

Psykkisesti sairastuneilla on usein vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa tarkkaavaisuus, muisti, keskittymiskyky, oppiminen, päättelykyky ja ongelmanratkaisukyky. (McGurk & Wykes 2008, Tan 2009.) Kognitiivinen kuntoutus kohdistuu puutteellisten kognitiivisten toimintojen parantamiseen kohdennettujen harjoitteiden avulla (Laukkala ym.

2015). Lisäksi kuntoutuksessa pyritään kehittämään motorisia toimintoja, sekä sosiaalista kognitiota, joka on edellytyksenä sosiaalisille taidoille (Tuulio-Henriksson 2014).

Kognitiivisten toimintojen paranemiseen suunnattujen interventioiden vaikuttavuudesta on tehty useita tutkimuksia. Parannusta havaittiin kognitiivisissa toiminnoissa (McGurk ym. 2007, Veltro ym. 2011), esimerkiksi ajatteluprosessissa, muistissa (Hadas-Lidor ym. 2001, Lee 2013, Revell ym. 2015), verbaalisessa muistissa, tarkkaavaisuudessa (Bucci ym. 2013, Cavallo ym. 2013), keskittymisessä (Lee 2013), verbaalisessa oppimisessa (Fisher ym. 2010, Revell ym. 2015) ja neurokognitiossa (Bowie ym. 2012). Myös ihmissuhteet paranivat (Bucci ym. 2013). Metakognitiivinen koulutusinterventio vähensi skitsofreniapotilaiden harhakuvitelmia ja paransi tietoisuutta harhakuvitelmista ja sairaudesta sekä niiden välisestä yhteydestä (Favrod ym. 2011). Bellack (2004) tutki kognitiivisen kuntoutuksen vaikutusta kuntoutujien toimintakykyyn, mutta ei löytänyt merkittävää näyttöä, kun taas Fisher ym. (2010), Wykes ym. (2011), Lee (2013), Pascual ym. (2015) ja Revell tutkimusryhmineen (2015) havaitsivat tutkimuksessaan kognitiivisten toimintojen paranemisen parantavan myös toimintakykyä. Motterin kumppaneineen (2016) tekemän meta-analyysin tulokset olivat kuitenkin ristiriitaisia sen suhteen, miten kognitiivinen harjoitus vaikutti kognitioon. Leen (2013) mukaan kognitiivisella kuntoutuksella ei ollut vaikutusta sairauden oireisiin, kun taas Revell ym. (2015) havaitsivat sen parantavan oireita.

Kognitiivinen kuntoutus on tehokkainta silloin, kun se yhdistetään johonkin muuhun psykiatriseen kuntoutusmuotoon (Wykes & Huddy 2009, Wykes ym. 2011, Revell ym. 2015). McGurk kollegoineen (2007) osoitti tutkimuksessaan, että kognitiivisen kuntoutuksen yhdistäminen tuettuun työllistämiseen edisti kuntoutujien työllistymistä paremmin kuin pelkkä tuettu työllistäminen. Minäkään kuntoutuksen elementin, kuten lähestymistavan, keston ja tietokoneen käytön ei ole todettu olevan yhteydessä kognitiivisiin tuloksiin (Wykes ym. 2011). Ongelmallista kuitenkin on, että kehittyneimmätkään kuntoutusmuodot eivät auta kuntoutujia palaamaan täysin mukaan reaali maailman toimintoihin (Lehman 2012), ellei heillä ole mahdollisuus käyttää uusia opittuja kognitiivisia taitoja käytännössä (Wykes & Huddy 2009).

Kaiken kaikkiaan tulokset kognitiivisesta kuntoutuksesta ovat moniulotteisia ja kompleksisia, sillä vaihtelevuus käytetyissä menetelmissä ja kuntoutuksen intensiteetissä vaikeuttavat tulosten tulkintaa (Wykes & Huddy 2009, Wykes & Spaulding 2011).

## **Sosiaalinen kuntoutus**

Sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa kaikkia niitä toimintoja, joilla pyritään parantamaan ihmisten sosiaalista toimintakykyä. Se tarkoittaa heidän kykyään selviytyä arkipäivän tilanteista ja vuorovaikutussuhteista toisten ihmisten kanssa. Lisäksi sosiaalisella kuntoutuksella pyritään vahvistamaan mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallista osallisuutta. (Palola 2012.) Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien sosiaalisesta kuntoutuksesta ovat arkielämän taitojen oppiminen, sisällön etsiminen arkeen, mielekkään tekemisen löytäminen ja itsenäinen asuminen (Laukkala ym. 2015).

Kirjallisuudessa on useita tutkimuksia sosiaalisia taitoja harjoittavien interventioiden vaikuttavuudesta. Niiden todettiin parantavan psyykkisesti sairaiden sosiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua (Mueller & Roder 2005, Rus-Calafell ym. 2013), työllistymistä ja työssä pysymistä (Tsang 2001) ja sairauden oireita. Lisäksi ne edistivät selviämistä sisäisen häpeän kanssa ja auttoivat ymmärtämään paremmin psyykkistä sairautta (Yildirim ym. 2015). Valencia ym. (2015) suosittelevat sosiaalisia taitoja harjoittavan intervention yhdistämistä muuhun psykiatriseen kuntoutukseen, jotta sen vaikuttavuus sosiaaliseen toimintakykyyn olisi pitkäaikainen. Torres ym. (2002) yhdistivät sosiaalisten taitojen harjoittamisen ammatilliseen kuntoutukseen, jossa oli mukana myös psykomotoristen taitojen harjoittelua. Tulokset osoittivat sosiaalisen toimintakyvyn parantuneen ihmisten välisessä toiminnassa, vapaa-ajan toiminnoissa ja työssä.

## **Integroidut kuntoutusmuodot**

Sosiaaliset ja kognitiiviset taidot ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa, jolloin parannukset sosiaalisissa taidoissa voivat parantaa kognitiivisia taitoja ja päinvastoin (Kopelowicz ym. 2006). Puhutaankin sosiaalisesta kognitiosta, joka tarkoittaa ihmisen kykyä prosessoida sosiaalisia tilanteita, esimerkiksi luoda mielikuvia toisista ihmisistä, heidän käsityksistään ja tunteistaan samoin kuin itsen ja toisten välisistä suhteista (Tuulio-Henriksson 2014). Kirjallisuudessa esitetään useita erilaisia metodeja, miten sosiaalisten taitojen opettelua on yhdistetty kognitiiviseen kuntoutukseen (Kolepowicz ym. 2006).

Kognitiivis-sosiaalisten taitojen harjoittaminen parantaa kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä (Choi & Kwon 2006, Galderisi ym. 2010, Roberts ym. 2010), sosiaalista kognitiota, elämänlaatua (Tas ym. 2012) ja voi helpottaa skit-

sofreniapotilaiden kykyä integroitua yhteisöön (Roder ym. 2002). Sosiaaliseen kognitioon kohdistettu interventio paransi merkittävästi mielenterveyskuntoutujien kykyä ymmärtää omaa ja toisten mielentilaa, kuten uskomuksia, tietoa, ai-  
komuksia ja tunteita (Bechi ym. 2012). Marsh ym. (2013) raportoivat, että kou-  
lutus toisten ihmisten mielentilojen hahmottamiseen paransi kuntoutujien kykyä  
tähän hahmottamiseen ja sosiaalista ymmärrystä. Kurtz ym. (2015) havaitsivat  
merkittävää parannusta tarkkaavaisuudessa, työmuistissa ja empatiassa niillä  
kuntoutujilla, jotka osallistuivat yhdistettyyn kognitiivisten ja sosiaalisten taito-  
jen koulutusinterventioon.

### 2.4.3 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa työllistymään, palaamaan  
työhön tai pysymään työssä silloin, kun sairaus heikentää työkykyä (Koskinen  
2004, Waddell ym. 2008). Työkokeilut ja työhönvalmennus ovat yleisimpiä  
keinoja mielenterveyskuntoutujien ammatillisessa kuntoutuksessa (Tuisku ym.  
2013). Se voi olla myös koulutusta silloin, kun työhön pääsy ei onnistu ilman  
lisäkoulutusta. Koulutus voi olla kurssimuotoista, oppisopimuskoulutusta tai  
ammattillista uudelleen koulutusta. (Gould ym. 2008.)

Ammatilliseen kuntoutukseen liittyviä interventioita on useita erilaisia mu-  
kaan lukien sosiaalisten taitojen harjoittelu, joka tapahtuu merkityksellisten ak-  
tivateettien, sosiaalisten roolien ja päivittäisten rutiinien kautta. Ammatillisen  
kuntoutuksen alueeseen kuuluvista interventioista on näyttöä, että ne tukevat  
psykkisestä sairaudesta toipumisessa. Näyttö on kuitenkin rajallista ja lisätut-  
kimuksia tarvitaan. (Urlic & Williamson 2012.) Yhdessä systemaattisessa kirjal-  
lisuus katsauksessa tutkittiin sellaisten ammatillisten interventioiden vaikutta-  
vuutta, jotka kohdistuivat psykkisesti sairaiden osallistumiseen ja työkykyyn  
palkallisessa ja palkattomassa työssä ja koulutuksessa. Vahvaa näyttöä saatiin  
tuetun työllistämisen vaikuttavuudesta, varsinkin silloin, kun siihen lisättiin  
kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. (Arbesman & Logsdon 2011.)  
Au ym. (2015) tutkivat kognitiivisen kuntoutusohjelman vaikutusta tuettuun  
työllistämiseen. Parannuksia tapahtui ammatillisissa, kliinisissä, psykologisissa  
ja neurokognitiivisissa tuloksissa. Tuettu työllistäminen yhdessä tuetun koulu-  
tuksen kanssa tukee kuntoutujia palaamaan kouluun, palkalliseen työhön tai  
molempiin (Nuechterlein ym. 2008) sekä vähentää mielenterveyspalveluiden  
käyttöä, parantaa itsetuntoa ja voimaannuttaa (Hutchinson ym. 2007). Voit  
(2001) totesi mielenterveyskuntoutujien työllistymiseen tähtäävässä interventi-



oissa parhaimmiksi ne, joissa oli asiakaskeskeinen lähestymistapa. Ne mahdollistivat asiakkaan aktiivisen roolin heidän ammatillisessa kuntoutumisessaan.

#### 2.4.4 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on koulutusta sairauden hoidosta ja kuntoutuksesta potilaille, joilla on psyykkisiä häiriöitä. Psykoedukaation tavoitteena on parantaa potilaan ymmärrystä omasta sairaudestaan, lisätä hänen hoitomyöntyvyyttään ja antaa emotionaalista tukea potilaalle ja hänen perheelleen. Keskeistä on tiedon ja kokemusten jakaminen sekä yhteistyö tiedon tarjoajan, potilaan ja hänen perheensä välillä. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Lähteenlahti (2008) korostaakin vuorovai-  
kutusta potilaan lähipiirin kanssa. Hänen mukaansa koulutuksellinen työote psykoedukaatiossa tarkoittaa lääketieteen ja maallikkokäsitysten vuoropuhelua, jolloin myös perheenjäsenten toiveet ja tarpeet tulisi ottaa entistä paremmin huomioon. (Lähteenlahti 2008.) Psykoedukaation sisällöille ja menetelmille ei ole olemassa yhtenäistä mallia, vaan työtapoja on monia. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Psykoedukaation vaikuttavuudesta psyykkisesti sairastuneille on tehty useita tutkimuksia. Tulokset osoittivat psykoedukaation edistävän hoitoon sitoutumista (Pekkala & Merinder 2002, Shon & Park 2002, Rouget & Aubry 2007, Xia ym. 2011, Eker & Harkin 2012, Javadpour ym. 2013, Lyman ym. 2014). Lisäksi sairauden oireet ja sairaalajaksot vähenivät (Pekkala & Merinder 2002, Shon & Park 2002, Haringsma ym. 2006, Bäuml ym. 2007, Rouget & Aubry 2007, Liberman & Kopelowicz 2009, Xia ym. 2011, Javadpour ym. 2013, Raisikila ym. 2013, Zhou ym. 2014, Lyman ym. 2014, Pascual ym. 2015). Psykoedukaatiolla on todettu olevan myös sosiaalista toimintakykyä parantava vaikutus (Pekkala & Merinder 2002, Xia ym. 2011, Chan ym. 2014, Lyman ym. 2014, Zhou ym. 2014), joskin Haringsman ja kumppaneiden (2006) vastaava näyttö oli heikohko. Lisäksi psykoedukaation on koettu parantavan terveyttä ja terveystyö-  
tyymistä (Lorig ym. 2014), lisäävän ymmärrystä sairaudesta ja sen lääkityksestä (Perry ym. 2012), auttavan tiedon saamisessa ja motivoivan muutokseen (Van Metre ym. 2011). Smith ym. (2011) eivät havainneet psykoedukaatio-  
intervention parantavan elämänlaatua.

Vanhemmuuden tukeminen psykoedukaation keinoin on osoittautunut hyödylliseksi, sillä se paransi taitoja olla vanhempi ja selviytyä (Kaplan ym. 2014). Tutkimukset osoittavat perheenjäsenten mukanaolon psykoedukaatiossa paran-

tavan sen tuloksia (Tomaras ym. 2000, Bäuml ym. 2007, Bruijn 2006, Kaplan ym. 2014). Perheinterventioilla havaittiin olevan merkittävä yhteys parantuneisiin ongelmanratkaisutaitoihin ja vähentyneeseen perheen kokemaan psyykkisestä sairaudesta johtuvaan taakkaan (Lyman ym. 2014). Toisaalta Zhao ym. (2015) kyseenalaistavat tutkimusten näytön lyhyen psykoedukaatio-intervention hyödyllisyydestä, sillä heidän kirjallisuuskatsauksessaan tutkimusten laatu oli heikko tai hyvin heikko.

#### 2.4.5 Toipumiskeskeiset koulutusinterventiot

Nykykirjallisuudessa toipuminen -käsitteen määrittely psyykkisen sairauden yhteydessä on moniulotteinen (Forrest 2014), ja sen tarkka määrittely on vaikeaa (Aston & Coffey 2012). Kroonisissa sairauksissa toipumisen voidaan ajatella olevan enemmänkin hyvinvoinnin vahvistumista kuin oireiden lievittymistä (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Andresen ym. (2003) kuvailevat toipumisen olevan psykologista paranemista sairauden aiheuttamista seurauksista, jossa keskeistä on toivon löytäminen, identiteetin uudelleen luominen, tarkoituksen löytäminen elämään ja vastuun ottaminen paranemisesta. Samansuuntainen on McCauleyn ym. (2015) näkemys toipumisesta, jonka mukaan henkilökohtaisessa kasvussa merkityksen ja tarkoituksen löytämisen kautta toivo herää ja muodostuu positiivinen tunne itsestä. Clarke kumppaneineen (2012) kuvailee toipumista enemmänkin matkaksi kohti terveyttä ja merkityksen löytämistä elämään kuin oireiden häviämiseksi. Deegan (1996) painottaa sekä toivon merkitystä toipumisessa että psyykkisesti sairastuneen huomioimista kokonaisvaltaisesti ihmisenä, jolloin sairaus on vain yksi osa häntä. Forrest (2014) ja Jose tutkimusryhmineen (2015) laajentavat toipumisen määritelmän koskettamaan koko yhteisöä eikä pelkästään yksilöä. Toipuminen ei tarkoita paluuta sairastumisesta edeltävään tilaan, vaan se on sekä prosessi että tulos, johon kuuluvat vahvuus, omatoimisuus, toivo ja toisten ihmisten tuki (Ramon ym. 2007).

Kuitenkin epäselvyys siitä, mitä toipumiskeskeisellä käytännöllä tarkoitetaan, on suuri haaste mielenterveyspalveluille (Le Boutillier ym. 2011). Mielenterveysalan ammattilaiset ja mielenterveyskuntoutajat voivat tulkita toipumisen eri tavalla. Tällä saattaa olla merkittäviä seurauksia toipumiskeskeisten palveluiden tarjontaan mielenterveyshoitotyössä. (McCauley ym. 2015.) Siksi myös mielenterveyskuntoutujien näkemys toipumisesta on tärkeää huomioida mielenterveyspalveluissa (Jose ym. 2015).

Koulutusinterventioita, joiden keskiössä on toipuminen, on jonkin verran tutkittu. Psykkisen sairauden itsehoito-ohjelman (Wellness Recovery Action Plan, WRAP) todettiin vähentävän oireilua, edistävän paranemista ja muuttavan asennetta oman sairauden hoitamiseen positiivisemmaksi. Kouluttajina oli mukana vertaisia, joiden osallisuus koettiin positiivisena. (Cook ym. 2010, Cook ym. 2012, Cook ym. 2013, Jonikas ym. 2013.) Toipumiskeskeinen BRIDGES-koulutusinterventio (Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support), joka on ollut kirjallisuudessa useamman tutkimuksen kohteena, vähensi myös oireita, lisäsi toiveikkuutta, voimaannutti ja antoi varmuutta sairauden itsehoitoon. Vertaisten vetämät koulutusinterventiot näyttäisivät antavan osallistujille sellaisia tietoja, taitoja ja tukea, joita he tarvitsevat tullakseen aktiivisemmin mukaan oman hoitonsa päätöksentekoprosessiin. (Pickett ym. 2010, Cook ym. 2012, Pickett ym. 2012.) Yhteisön osallisuus koulutukseen on keskeistä silloin, kun tavoitteena on kehittää yksilön kykyä toimia osana yhteisöä, perhettä ja työelämää (Asher ym. 2015).

Kuitenkin voimaannuttavan ja terveyttä painottavan lähestymistavan toteuttaminen koulutuksellisissa interventioissa psyykkistä sairautta sairastaville edellyttää paradigman muutosta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Se tarkoittaa ammattilaisten ja mielenterveyspalveluita käyttävien välisen valtasuhteen epätasapainon vähentämistä. (Jormfelt ym. 2012.)

## 2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Psyykinen sairaus vaikeuttaa mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista koulutuksen asteesta riippumatta. Syitä ovat muun muassa sairauden oireet, heikentyneet kognitiiviset taidot, kuntoutujien sisäiset tekijät, stigma ja syrjintä. Koulutuksella on kuitenkin todettu olevan myönteinen vaikutus kuntoutujien elämään, sillä se parantaa hyvinvointia, itsetuntoa ja mahdollisuutta työllistyä sekä motivoi jatkamaan kouluttautumista. Koulutukseen osallistuminen tuo merkityksellisyyttä elämään ja auttaa rakentamaan voimavaroihin perustuvaa identiteettiä. Koulutuksen selkeä tavoite, joustavuus ja yksilöllisyys edistävät kuntoutujien koulutuksessa selviämistä. Kuntoutujien saama tuki, motivaatio ja hoitoon sitoutuminen ovat myös koulutuksessa onnistumista helpottavia tekijöitä. Lisäksi koulutusorganisaation henkilökunnan tietämys mielenterveydestä auttaa kuntoutujien sopeutumista koulutusympäristöön.

Koulutuksellisia interventioita on tutkittu useammalla mielenterveyskuntoutuksen osa-alueella, kuten kognitiivisen, sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen ja psykoedukaation yhteydessä. Toipumiskeskeiset koulutusinterventiot ovat myös olleet tutkimuksen kohteena. Tulokset osoittavat koulutusinterventioiden parantaneen kuntoutujien toimintakykyä ja edistäneen heidän toipumistaan. Toisaalta tulokset ovat osin ristiriitaisia, ja tulosten tulkintaa vaikeuttavat käytettyjen menetelmien ja kuntoutuksen intensiteetin vaihtelevuus.

Mielenterveyskuntoutus on monisyinen kenttä, josta on vaikea erottaa yhtä yksittäistä tapaa, jolla voidaan suoraan vaikuttaa psyykkistä sairautta sairastavan kuntoutumiseen. Lisäksi kuntoutuksen eri osa-alueet ovat osittain päällekkäisiä. Kirjallisuuskatsauksessa tulikin esiin useiden eri kuntoutusmuotojen yhdistäminen, jolloin niiden vaikutus on tehokkaampi kuin minkään niistä yksinään. Tutkimuskirjallisuus suosittelee koulutuksellista, toipumiskeskeistä lähestymistapaa mielenterveyskuntoutuksessa, sillä se kehittää valmiutta kuntoutumiseen ja edistää toipumista. Kuntoutujille suunnattuihin koulutuksiin tulisikin sisällyttää psykiatrisen kuntoutuksen periaatteita.

Kuntoutujien koulutuksessa selviytymiseen yhteydessä olevia tekijöitä on jonkin verran raportoitu aiemmissa tutkimuksissa, mutta tieto on pirstaleista, ja siitä on vaikea muodostaa yhtenäistä kuvaa koko koulutusprosessiin osallistumisen näkökulmasta. Koulutusinterventioita mielenterveyskuntoutuksessa on tutkittu runsaasti, mutta pääosin niissä on tarkasteltu interventioiden vaikuttavuutta. Ongelmana on kuitenkin mielenterveyskuntoutujien huono osallistumisaktiivisuus heille suunnattuihin koulutusinterventioihin. Syitä siihen on tutkittu niukasti. Tärkeää on saada tietoa siitä, mitä tekijöitä koulutusintervention toteuttamisessa tulee huomioida, että ne tukevat mielenterveyskuntoutujia osallistumaan koulutusinterventioon ja suorittamaan koulutusintervention loppuun saakka. Tutkimukset osoittavat kuntoutujien olevan hyvin yksilöllisiä psyykkisen sairautensa kanssa, ja koulutukseen osallistuminen on subjektiivinen kokemus. Siksi ymmärrys mielenterveyskuntoutujien kouluttautumisen kokemuksista auttaa tunnistamaan niitä tekijöitä, joiden avulla heitä voidaan tukea selviytymään koulutuksessa. Yhteenveto koulutuksesta osana mielenterveyskuntoutusta on esitetty kuviossa 2.

## KOULUTUS OSANA MIELENTERVEYSKUNTOUTUSTA

### Koulutuksessa selviytymistä

#### *helpottavat:*

-tavoitteellisuus, tuki, joustavuus, yksilöllisyys, motivaatio, hoitoon sitoutuminen, koulutusorganisaation tietämys mielenterveydestä

#### *vaikeuttavat:*

-sairausten oireet, sisäiset tekijät, stigma ja syrjintä

### Koulutus

#### *parantaa*

-hyvinvointia, itsetuntoa, mahdollisuutta työllistyä

#### *motivoi*

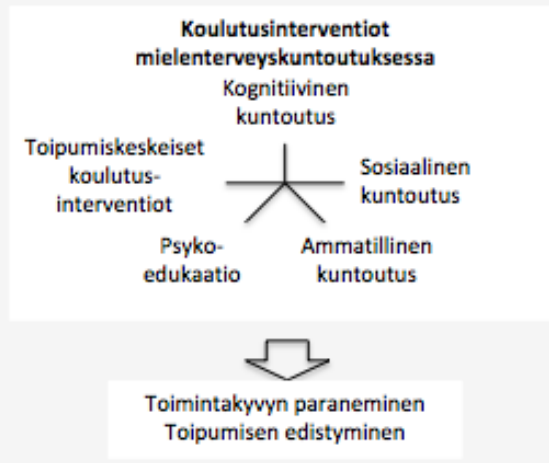
-jatkamaan kouluttautumista

#### *tuo*

-merkityksellisyyttä elämään

#### *auttaa*

-rakentamaan voimavaroihin perustuvaa identiteettiä



**Kuvio 2.** Yhteenveto koulutuksesta osana mielenterveyskuntoutusta

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Hoitotyössä käsitteelliset ja teoreettiset mallit muodostavat tietoperustan, joka ohjaa hoitotyön käytäntöä (Moreno ym. 2009). Käytännön teoria kuvaa hoitotyön tilanteita käytännönläheisemmin ja se on kontekstisidonnaisempi (Meleis & Topaz 2011) kuin abstraktimmalla ja yleisemmällä tasolla olevat käsitteelliset mallit sekä suuret ja keskitason teorit (Fawcett & Garity 2009). Siksi käytännön teoria on helposti hyödynnettävissä suoraan hoitotyön käytännön kehittämistyössä (Lee ym. 2012). Tässä tutkimuksessa käytännön teoria kehitettiin induktiivisesti, ja se esittää tutkittavan ilmiön käsitteellisessä muodossa (Im 2005). Sen avulla voidaan kehittää kuntoutujille suunnattuja koulutusinterventioita yhä enemmän heidän lähtökohtiinsa ja tarpeisiinsa pohjautuviksi. Kuntoutujien lähtökohtien ja tarpeiden huomioiminen koulutusintervention toteuttamisessa tukee kuntoutujien koulutuksessa selviytymistä. Käytännön teorian avulla voidaan myös kehittää mielenterveyskuntoutusta niin, että se tukee entistä paremmin kuntoutujien koulutusinterventioihin osallistumista ja niissä selviämistä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten mielenterveyskuntoutajat kuvaavat koulutusinterventioon osallistumistaan? (Osajulkaisut I, II, III)
2. Miten mielenterveyspalveluita tuottavien yksiköiden henkilökunta kuvaa mielenterveyskuntoutujien koulutusinterventioon osallistumista? (Osajulkaisu I)
3. Millainen näkemys mielenterveyspalveluita tuottavien yksiköiden henkilökunnalla on mielenterveyskuntoutujien osallistumisesta koulutuksiin, jotka ovat osana mielenterveyskuntoutusta? (Osajulkaisu IV)
  - a) Millaisia haasteita kuntoutajat kohtaavat kouluttautuessaan?

b) Millaisilla mielenterveyskuntoutuksen keinoilla kuntoutujia voidaan tukea koulutuksessa selviytymisessä?

4. Millainen on käytännön teoria, joka kuvaa koulutusinterventiota osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta? (Yhteenveto)

## 4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimusasetelma

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveyskuntoutujien koulutusinterventioon osallistumista. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, miten mielenterveyskuntoutujien koulutusinterventiossa selviytymistä voidaan tukea mielenterveyskuntoutuksen keinoin. Koulutusinterventio toteutettiin yhdeksässä Euroopan maassa, joita olivat Bosnia ja Hertsegovina, Espanja, Iso-Britannia, Kreikka, Norja, Puola, Ranska, Suomi ja Tanska. Kansainvälinen koulutusinterventio toteutettiin vuonna 2007. Suomalaiseen kontekstiin koulutusinterventio tuotiin vuonna 2011. Taulukossa 1 on kuvattu tutkimusprosessin eteneminen.



**Taulukko 1.** Kuvaus tutkimusprosessin etenemisestä

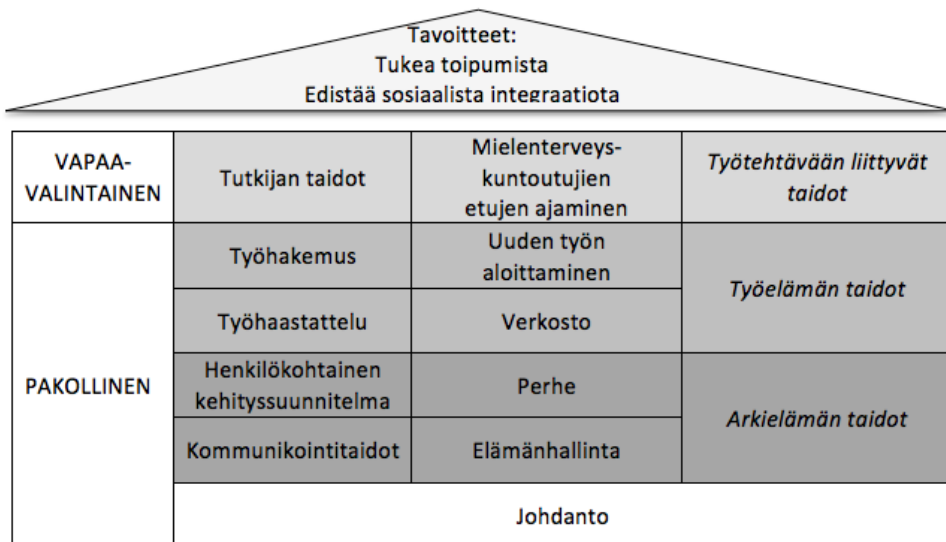
Tutkimukseen osallistujat	Aineiston keruu	Ajan-kohta	Analyysi	Osajulkaisu
<b>KANSAINVÄLINEN KOULUTUSINTERVENTIO 2007</b>				
Mielenterveyskuntoutujat (yht. n=23): Bosnia ja Hertsegovina (n=4), Espanja (n=4), Iso-Britannia (n=4), Kreikka (n=3), Norja (n=2), Puola (n=2), Ranska (n=2) ja Tanska (n=2)	Yksilöhaastattelut  Alkukartoitus, 10 kk ja 20 kk seuranta	2007-2009	Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisut I ja II
Mielenterveyspalveluita tarjoavien yksiköiden henkilökunnan jäsenet (yht. n=45): Bosnia ja Hertsegovina (n=6), Espanja (n=6), Iso-Britannia (n=9), Norja (n=11), Puola (n=6), Ranska (n=4) ja Tanska (n=3)	Henkilökuntakokousten (n=7) havainnointi  10 kk seuranta	2007-2009	Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu I
<b>KOULUTUSINTERVENTIO SUOMESSA 2011</b>				
Mielenterveyskuntoutujat (n=24) Suomesta	Yksilöhaastattelut  Alkukartoitus, 10 kk seuranta	2011-2012	Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu III
Mielenterveyspalveluita tarjoavien yksiköiden henkilökunnan jäsenet (n=14) Suomesta	Ryhmähaastattelut (n=4), 3-4 hlö/ryhmä  10 kk seuranta	2012	Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu IV
		2016	Meta-synteesi Käytännön teorian kehittäminen	Yhteenveto-osa

## 4.2 Koulutusinterventio

Tässä tutkimuksessa tarkasteltava koulutusinterventio oli useista koulutusohjelmista koostuva kokonaisuus. Koulutusohjelmat kehitettiin Euroopan Unionin

rahoittamassa kansainvälisessä EMILIA-tutkimusprojektissa (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action). Projekti toteutettiin vuosina 2005–2010 ja mukana oli 15 Euroopan maata.

EMILIA-hankkeessa kehitettiin mielenterveyskuntoutujille 11 erilaista koulutusohjelmaa, joiden sisällöt käsittelivät arjessa ja työelämässä tarvittavia tietoja ja taitoja (EMILIA 2009). Koulutusohjelmien tavoitteena oli tukea mielenterveyskuntoutujia heidän toipumisprosessissaan elinikäisen oppimisen mallin avulla. Tavoitteena oli myös edistää heidän sosiaalista integraatiotaan lisäämällä integraatiota helpottavia tietoja ja taitoja. Koulutusinterventiossa periaatteena oli, että ensin vahvistetaan arjessa selviämistä, jonka jälkeen opiskellaan työelämän valmiuksia. Arkielämän taitoihin kuuluivat kommunikointitaitojen kehittäminen, elämänhallinnan vahvistaminen, henkilökohtaisen kehityssuunnitelman tekeminen ja perheen tukiverkoston vahvistaminen. Työelämän taitoja varten harjoiteltiin työhaastatteluun osallistumista, sosiaalista verkostoitumista, työhakemuksen tekemistä ja opiskeltiin uuden työn aloittamisessa tarvittavia taitoja. Työtehtävään liittyvät taidot sisälsivät mahdollisuuden harjoitella tutkijan taitoja. Lisäksi opiskeltiin aktiivisen roolin ottamista mielenterveyskuntoutujien etujen ajamisessa. Se tarkoitti kykyä ja mahdollisuutta tuoda esiin mielenterveyskuntoutujien näkökulmaa heille tarkoitettujen palveluiden ja koulutuksen kehittämisessä. Kuviossa 2 on esitetty koulutusohjelmien sisällöt pääpiirteissään.



**Kuvio 3.** Koulutusohjelmien sisällöt

Projektissa mielenterveyskuntoutajat olivat mukana koulutusohjelmien suunnittelussa ja osa heistä toimi myös kouluttajina. Vertaiskouluttajat toimivat roolimalleina koulutusinterventioihin osallistuville kuntoutujille, sillä molemmilla oli yhteinen kokemus psyykkisestä sairaudesta. Ennen koulutusinterventioon aloittamista kouluttajat perehdytettiin koulutusohjelmiin ja koulutusinterventiossa käytettyihin opetusmenetelmiin. Lisäksi heillä oli käytössä yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet kunkin koulutusohjelman sisällöstä, opetusmenetelmistä ja koulutussessioiden aikatauluttamisesta. Perehdyttäminen ja kirjalliset ohjeet olivat yhdenmukaiset jokaisessa maassa. Kouluttajilla oli aiempaa kokemusta mielenterveyskuntoutujien kouluttamisesta, joten erilliseen osaamisen varmistamiseen ei katsottu olevan tarvetta. Kouluttajina toimivat mielenterveyskuntoutajat työskentelivät aina mielenterveysalan ammattilaisen työparina, jolloin päävastuu opetuksesta oli ammattilaisella.

Kaikkien koulutusohjelmien rakenne oli samanlainen. Ne alkoivat esittelyllä, jonka tarkoituksena oli tutustua projektiin, oppia tuntemaan koulutukseen osallistujat ja luoda hyvä ilmapiiri. Esittely tapahtui yleensä ensimmäisen päivän aikana. Seuraavana päivänä alkoi varsinainen koulutusohjelma. Opetusmenetelminä käytettiin yhdessä oppimista, vertaisoppimista, ongelmalähtöistä oppimista ja ryhmäkeskusteluja. Koulutusohjelmien pituus vaihteli kuudesta tunnista 25 tuntiin.

Kukin EMILIA-projektiin osallistunut mielenterveyspalveluita tarjoava organisaatio, joka järjesti koulutusintervention, valitsi aihekokonaisuuksista kuntoutujien tarpeisiin sopivimmat koulutusohjelmat tai osia niistä ja muokkasi ohjelmia yhteistyössä kuntoutujien ja henkilökunnan kanssa. EMILIA-projektin koulutusohjelmia tarkastellaan yksityiskohtaisemmin osajulkaisuissa II ja III. Tämän väitöskirjatutkimuksen tekijä ei osallistunut koulutusohjelmien kehittämiseen.

EMILIA-projektin päättyessä koulutusohjelmat ladattiin internetiin vapaasti kaikkien saataville ja yksi näistä koulutusohjelmista toteutettiin Suomessa. Näin ollen koulutusinterventio Suomessa koostui yhden koulutusohjelman kokonaisuudesta. Koulutusinterventio haluttiin tuoda myös suomalaiseen kontekstiin, jotta suomalaisilla mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus osallistua EU-projektissa kehitettyyn koulutukseen. Lisäksi suomalaisten mielenterveyskuntoutujien kokemukset koulutusinterventioon osallistumisesta rikastuttivat tämän tutkimuksen aineistoa. Tutkimusresursseista johtuen Suomessa ei ollut mahdollisuutta erikseen kartoittaa ennen intervention alkua, millaisen interventiokokonaisuuden mielenterveyskuntoutajat kokisivat eniten olevan heidän tarpeitaan

vastaava. Siksi koulutusintervention aiheeksi Suomessa valittiin sellainen, jonka mielenterveyskuntoutajat kokivat EMILIA-projektissa vastaavan eniten heidän tarpeisiinsa.

### 4.3 Osallistujat

Tässä tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa osallistujia rekrytoitaessa. Osallistujiksi pyydettiin sellaisia henkilöitä, joilla voitiin olettaa olevan kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kemparaj & Chavan 2013, Cleary ym. 2014.) Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta pyydettiin ja saatiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Koulutusinterventioon osallistuneet mielenterveyskuntoutajat tiesivät jo ennen intervention alkamista, että siihen osallistuessaan he osallistuvat myös tutkimukseen.

#### **Mielenterveyskuntoutajat**

Tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien sisäänottokriteerit olivat: 1) työttömyys ja työttömyyden vuoksi syrjäytynyt yhteiskunnasta tai vaarassa syrjäytyä; 2) iältään vähintään 18 vuotta; 3) vakava ja pitkäkestoinen psyykinen sairaus, esimerkiksi psykoosi, skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö ja 4) vähintään kolme vuotta kestänyt kontakti mielenterveyspalveluihin. Mielenterveyskuntoutajat, joilla oli dementia tai muusta kuin psyykkisestä sairaudesta johtuvia oppimisvaikeuksia, eivät voineet osallistua tutkimukseen. Lisäksi tutkimukseen ei otettu mukaan mielenterveyskuntoutujia, jotka sairauden pahenemisvaiheen vuoksi olivat sairaalahoitossa, sillä psyykkisen sairauden oireilu saattaa vaikeuttaa kuntoutujien koulutuksessa jaksamista (Lloyd & Tse 2010).

Osallistujat olivat mielenterveyskuntoutujia (n=47) yhdeksästä Euroopan maasta: Bosnia ja Hertsegovina, Espanja, Iso-Britannia, Kreikka, Norja, Puola, Ranska, Suomi ja Tanska. Kuntoutujista oli naisia 25 ja miehiä 20. Seitsemän osallistujaa keskeytti tutkimuksen seurantajakson aikana. Tutkimuksessa loppuun saakka mukana olleet kuntoutajat olivat iältään 25–61-vuotiaita (ka. 44). Tieto kahden osallistujan sukupuolesta puuttuu, samoin 23 osallistujan ikä. Suomessa osallistujat rekrytoitiin mukaan tutkimukseen kahdesta toimintakeskuksesta, jotka ovat kolmannen sektorin organisaatioita ja tarjoavat kuntoutuspalveluita psyykkistä sairautta sairastaville. Molemmissa organisaatioissa oli henkilökunnasta yksi vastuuhenkilö, joka rekrytoi osallistujat. Tietoa tutkimuk-

sesta jaettiin organisaatioiden ilmoitustauluilla. Lisäksi henkilökunta informoi asiakkainaan olevia kuntoutujia mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksesta kiinnostuneet kuntoutujat ottivat yhteyttä vastuuhenkilöön, jonka kanssa he sopivat mahdollisesta tutkimukseen osallistumisesta. Muissa maissa tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen jaettiin useilla eri tavoilla. Mahdollisiin osallistujiin otettiin yhteyttä mielenterveyspalveluita tarjoavien organisaatioiden kautta. Informaatiota tutkimuksesta jaettiin paikallisille kuntoutujaryhmille, ja mainoksia laitettiin sairaaloihin, päiväkeskuksiin ja yhteisöiden mielenterveysryhmiin. Erilaisten mielenterveyspalveluita tuottavien organisaatioiden vastuutyöntekijöihin otettiin yhteyttä, ja pyydettiin heitä etsimään tutkimuksen kriteerit täyttäviä henkilöitä heidän omasta asiakaskunnastaan.

### **Mielenterveyspalveluita tarjoavien organisaatioiden henkilökunta**

Mielenterveyspalveluita tarjoavien organisaatioiden henkilökunnan sisäänotto-kriteerit olivat: a) he työskentelivät niissä mielenterveyspalveluita tuottavissa organisaatioissa, joissa koulutusinterventio toteutettiin ja b) heillä oli kokemusta mielenterveyskuntoutujien kouluttautumisesta. Tutkimukseen osallistuneet henkilökunnan jäsenet (n=59) olivat kahdeksasta Euroopan maasta: Bosnia ja Hertsegovina, Espanja, Iso-Britannia, Norja, Puola, Ranska, Suomi ja Tanska. Kreikassa henkilökunnan havainnointia ei tehty 10 kk:n seurannan aikana. Suomessa tutkimukseen osallistujat olivat iältään 30–60-vuotiaita (ka. 41,5) ja heidän keskimääräinen työkokemuksensa mielenterveystyön kentällä oli 11,5 vuotta (min. 0,2, maks. 35). Nykyisessä työssään he olivat olleet 0,2–35 vuotta (ka. 9,5). Muiden maiden osallistujien taustatiedot puuttuvat. Suomessa sama vastuuhenkilö, joka rekrytoi mielenterveyskuntoutujat, pyysi tutkimukseen mukaan myös henkilökunnan jäsenet. Muissa maissa tutkimukseen mukaan otettiin ne, jotka osallistuivat mielenterveyspalveluita tarjoavien yksiköiden henkilökuntakokouksiin.

## **4.4 Menetelmät**

Tässä tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusotetta tutkittaessa mielenterveyskuntoutujien ja mielenterveyspalveluita tuottavien yksiköiden henkilökunnan kokemuksia koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kun-

toutusta. Tavoitteena oli syvempi ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä, ja tutkimuksessa korostui tutkittavan ilmiön konteksti (Mairs & Bradshaw 2004, Beery 2010, Kemparaj & Chavan 2013).

Laadullisen tutkimuksen avulla oli mahdollisuus tarkastella tutkimukseen osallistujien subjektiivisia kokemuksia, jotka voivat olla eri ihmisillä hyvin erilaisia (Flick 2014). Kyse on ihmisten kokemusten laadusta tai luonteesta ja siitä, mitä ne merkitsevät näille ihmisille. Siten laadullinen tutkimus yleensä alkaa kysymyksillä 'mitä', 'kuinka, miten' ja 'miksi', sen sijaan, että kysyttäisiin 'kuinka paljon' tai 'kuinka monta'. Tässä tutkimuksessa näitä kysymyksiä tutkittiin jokapäiväisen elämän kontekstissa ja kiinnostuksen kohteena olivat jokaisen tutkimukseen osallistujan yksilölliset tarkoitukset ja selitykset. (Draper 2004.) Tavoitteena oli kattava yhteenveto tapahtumista käytännönläheisiä termejä käyttäen, jotta saadaan tuotettua suora kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Sandelowski 2000.) Vaikka analyysin tuloksena muodostuneet käsitteet kuvattiin käytännönläheisin termin, se ei tarkoita sitä, että analyysissä ei olisi käytetty tulkintaa (Sandelowski 2010).

#### 4.4.1 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä ovat usein haastattelut ja havainnointi, joiden tuloksena saadaan tekstiaineistoa. Haastattelut ovat enemmän tai vähemmän strukturoituja ja ovat yleensä yksilö- tai ryhmähaastatteluja. Havainnoinnit voivat olla strukturoituja tai ei-strukturoituja, osallistuvia tai ei-osallistuvia. (Draper 2004.) Tässä tutkimuksessa haastattelukysymykset perustuivat laajempiin teemoihin, mutta kysymykset pidettiin kuitenkin avoimina, sillä osallistujille haluttiin antaa mahdollisuus kertoa kokemuksistaan vapaasti heidän omasta näkökulmastaan.

#### **Yksilöhaastattelut**

Mielenterveyskuntoutujien aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla. Koska tämän tutkimuksen kansainvälinen osuus oli osa laajempaa tutkimusprojektia, haastatteluteemat perustuivat projektin tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Haastatteluteemat olivat elämänlaatu, sosiaalinen integraatio, odotukset projektia ja elinikäistä oppimista kohtaan sekä kokemukset projektiin ja koulutusinterventioon osallistumisesta. Tässä tutkimuksessa haastatteluiden tavoitteena oli luoda ymmärrystä

siitä, kuinka kuntoutujat kokivat koulutusinterventioon osallistumisen. Haastattelut kestivät 20–90 minuuttia.

Aineistot osajulkaisuihin I ja II kerättiin ennen kansainvälistä koulutusinterventiota sekä 10 ja 20 kuukauden kuluttua intervention alkamisesta, vuosina 2007–2009. Aineisto III osajulkaisuun kerättiin Suomessa ennen koulutusintervention alkamista ja 10 kuukautta sen jälkeen, vuosina 2011–2012. Haastattelut toteutettiin koulutusintervention eri vaiheissa, jotta voitiin tunnistaa mahdollisia interventioon yhteydessä olevia tekijöitä. Kolmanteen aineistoon otettiin mukaan koulutuksen keskeyttäneiden ennen koulutuksen alkua tehdyt haastattelut. Haastatteluiden aikataulut määräytyivät EMILIA-projektin aikataulun ja resursien mukaan. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja niihin pyydettiin lupa kaikilta tutkimukseen osallistuneilta. Suomessa aineiston keräsi tämän tutkimuksen tekijä, muissa maissa EMILIA-projektin tutkijat. Jokaisessa kansainvälisen koulutusintervention järjestäneessä organisaatiossa oli yksi tutkija, joka keräsi aineiston.

## **Havainnointi**

Kansainvälinen henkilökunnan aineisto kerättiin henkilökuntakokouksia havainnoimalla. Aineiston keruu tapahtui 10 kuukauden kuluttua projektin alkamisesta, vuoden 2008 aikana. Tämä aineisto on mukana osajulkaisussa I. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkijan osallistuminen voi olla eriasteista ääripäiden ollessa osallistumattomuus ja täydellinen osallistuminen (Walshe ym. 2011). Tässä tutkimuksessa koulutusintervention järjestäneen organisaation tutkija osallistui kokouksiin sekä havainnoijana että keskustelijana, mutta hänen keskusteluosuutensa ei sisälly tutkimusaineistoon. Tutkija nauhoitti kokouksen siihen osallistuneiden luvalla ja piti lisäksi havainnointipäiväkirjaa (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimuksen kannalta ihanteellinen kokous oli sellainen, jossa tutkija keskusteli henkilökunnan kanssa EMILIA-koulutusohjelmista ja muista niihin liittyvistä asioista. Tutkija valitsi yhdessä henkilökunnan kanssa tutkimukseen sopivan kokouksen. Kokouksen kesto vaihteli 45 minuutista 130 minuuttiin. Projektin alussa koulutusintervention järjestäneiden organisaatioiden tutkijat saivat perehdytyksen EMILIA-projektiin sekä siihen liittyviin aineiston keruuseen ja analysointiin. Heillä oli projektin verkkosivuilla saatavilla Tutkijan ohjekirja ”Researcher Manual”. Lisäksi koulutusintervention järjestäneiden organisaatioiden tutkijoilla oli projektin vastuututkijoiden kanssa kuukausittain

verkkokeskustelu, jossa heillä oli mahdollisuus keskustella tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä. Aineiston keräsivät EMILIA-projektin tutkijat.

## **Ryhmähaastattelut**

Suomessa henkilökunnan aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Niiden tavoitteena oli saada tietoa siitä, millainen näkemys henkilökunnalla on niistä haasteista, joita mielenterveyskuntoutujat mahdollisesti kohtaavat kuntoutuksen osana olevissa koulutuksissa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös, millaisin mielenterveyskuntoutuksen keinoin henkilökunta kokee voivansa tukea kuntoutujia selviytymään näissä koulutuksissa. Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita vuorovaikutusprosessista, jossa mielenterveystyön ammattilaiset yhdessä pohtivat, mitä koulutuksiin osallistuminen mielenterveyskuntoutujille merkitsi (Curtis & Redmond 2007). Ryhmähaastattelu oli sopiva aineistonkeruumenetelmä, koska tavoitteena oli tutkia taustaltaan homogeenisen ryhmän kokemuksia, näkemyksiä ja tunteita (Curtis & Redmond 2007). Ryhmähaastattelun vahvuus on osallistujien välisessä vuorovaikutuksessa, joka mahdollistaa vastavuoroisuuden ja ryhmän ja ryhmädynamiikan vaikutuksesta esiin nousevien ajatusten yksityiskohtaisen tarkastelun (Freeman 2006).

Tässä tutkimuksessa toteutettiin neljä ryhmähaastattelua vuonna 2012 (osajulkaisu IV). Ryhmien osallistujien määrä vaihteli kolmesta neljään. Ryhmähaastatteluiden osallistujamäärä on yleensä pienimmillään neljä ja enimmillään 12 henkilöä (Twohig & Putnam 2002), joten tämän tutkimuksen ryhmähaastatteluiden osallistujamäärä oli varsin yleinen. Alun perin tavoitteena oli neljän henkilön ryhmähaastattelut, mutta henkilökunnan sairauslomien vuoksi kahdessa ryhmässä oli vain kolme osallistujaa. Siitä huolimatta ryhmissä onnistuttiin luomaan dialoginen keskustelu osallistujien välille ja jokaisella oli tarpeeksi aikaa ilmaista näkemyksensä ja reflektoida toisten keskustelua. Ryhmähaastattelut kestivät 80–93 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin tutkimukseen osallistuneiden luvalla. Aineiston keräsi tämän tutkimuksen tekijä.

### **4.4.2 Induktiivinen sisällönanalyysi**

Tässä tutkimuksessa osajulkaisuiden aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla kuvattiin tutkittavan ilmiön todellisuutta (Sandelowski 2010) ja tuotettiin tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (White



& Marsh 2006) aineistoa pelkistäen, ryhmitellen ja abstrahoiden (Elo ym. 2013, Vaismoradi ym. 2013).

Induktiivinen sisällönanalyysi soveltui tämän tutkimuksen menetelmäksi, koska aihetta on tutkittu vähän (Vaismoradi ym. 2013), ilmiötä koskeva tieto on pirstaleista (Elo & Kyngäs 2008) ja tutkimus kohdistuu tiettyyn valikoituun alueeseen (Schreier 2012). Tässä tutkimuksessa tällainen valikoitu alue oli koulutusintervention tarkastelu osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Tutkittua tietoa on niukasti siitä, miten mielenterveyskuntoutujia voidaan auttaa saavuttamaan heidän koulutukselliset tavoitteensa (Ennals ym. 2014).

Alustavaa aineiston analyysia tehtiin jo aineiston keruun aikana ja sitä jatkettiin, kunnes aineisto saturoitui eikä uutta tietoa haastatteluissa ja havainnoinnissa tullut enää esiin (Carlsen & Glenton 2011). Tämän jälkeen analyysi jatkui nauhoitettujen aineistojen sanatarkalla litteroinnilla. Havainnointiaineisto oli tässä vaiheessa jo kirjoitettuna tekstinä. Sen jälkeen litteroitu aineisto ja kirjoitettu havainnointiaineisto luettiin useita kertoja, jotta saatiin ymmärrys aineistojen kokonaisuudesta. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta, johon saattoi sisältyä useampia lauseita. Aineistoa pelkistettiin kysymällä siltä tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä (Elo ym. 2013). Kaikki ne tekstissä esiintyvät ilmaisut, joissa tutkimukseen osallistujat puhuivat mielenterveyskuntoutujien koulutusinterventioon ja koulutukseen osallistumisesta, alleviivattiin. Sen jälkeen alleviivatut kohdat pelkistettiin ja koodattiin sivun marginaaliin. Koodauksen avulla oli mahdollista erottaa aineistot toisistaan koko analyysin ajan, ja se myös mahdollisti alkuperäisaineistoon palaamisen analyysin eri vaiheissa. Seuraavaksi kaikki pelkistykset siirrettiin erilliseen Word-tiedostoon, jossa voitiin vertailla pelkistysten samankaltaisuutta ja erilaisuutta. Samaa tarkoittavat pelkistykset ryhmiteltiin samaan alaluokkaan, jolle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alaluokat edelleen yläluokiksi. Näin muodostettuja ala- ja yläluokkia vertailtiin keskenään sekä alkuperäisaineistoon, jotta varmistettiin kategorioiden ja alkuperäisaineiston vastavuus keskenään. Lopuksi samansisältöiset yläluokat yhdistettiin pääluokiksi. (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008, Elo ym. 2013.) Osajulkaisuissa I ja III on havainnollistettu, miten analyysi etenee alkuperäisilmaisista aina pääluokkiin asti.

Suomalaisten aineistojen analyysin teki alusta alkaen tämän tutkimuksen tekijä. Muissa maissa jokaisen koulutusintervention järjestäneen organisaation (n=8) tutkija teki ensimmäisen vaiheen aineistojen analyysin eli pelkisti aineistot tutkimustehtävien mukaisesti. Tässä vaiheessa aineistot olivat vielä alkupe-

räiskielellä. Analyysin ensimmäisen vaiheen jälkeen koulutusintervention järjestäneen organisaation tutkijat käänsivät aineistot englanniksi niissä yksiköissä, joiden äidinkieli ei ole englanti ja lähettivät ne sähköpostitse projektin vastuututkijoille analyysin jatkamista varten. Kansainvälisen aineiston analyysia jatkoi tämän väitöskirjatutkimuksen tekijä. Analyysien valmistuttua muut tutkimusryhmän jäsenet tarkastivat analyysit vaihe vaiheelta arvioidakseen, vastaavatko muodostuneet luokat alkuperäisaineistoa. Niissä tapauksissa, joissa tutkijoiden näkemys ei ollut yhdenmukainen, tutkimusryhmä keskusteli analyysista yhdessä, kunnes konsensus luokkien vastaavuudesta alkuperäisaineiston kanssa saavutettiin. Tarvittaessa aineistoa luokiteltiin uudelleen, ja luokkien nimiä muutettiin paremmin niiden sisältöjä vastaaviksi.

#### 4.4.3 Metasynteesi

Tämän väitöskirjatutkimuksen yhteenveto-osassa kehitettiin käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta metasynteessin avulla.

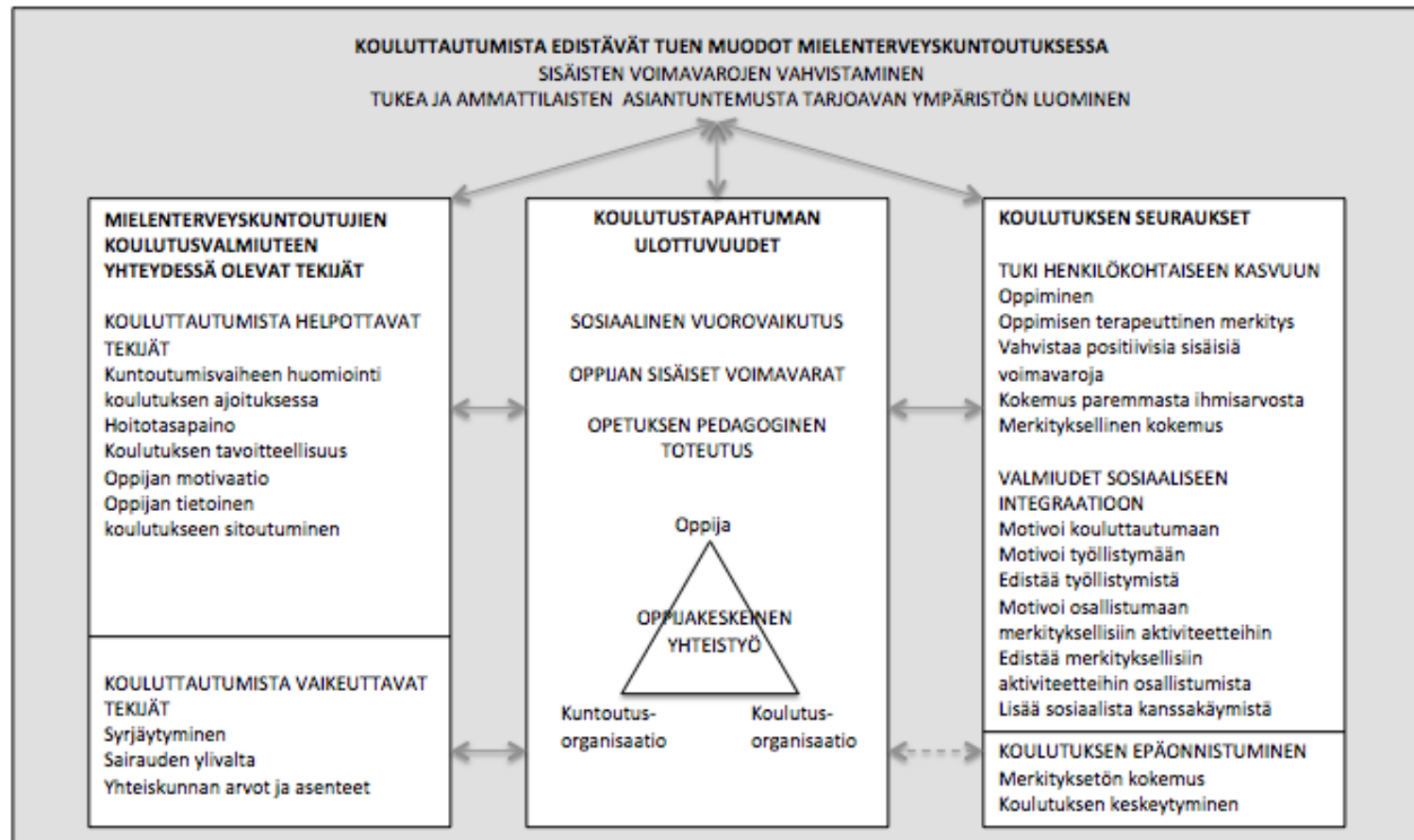
Synteesi alkuperäisistä laadullisista tutkimuksista kumuloi tutkimustietoa ja mahdollistaa teorian kehittämisen hoitotyön käytäntöön tavalla, joka ei ole mahdollista yksittäisen tutkimuksen pohjalta (Flemming 2007). Laadullinen metasynteesi koostuu sekä tulkinnallisesta tuloksesta että analyttisistä prosesseista (Barroso ym. 2003). Se on kriittistä tarkastelua, analyysia, tulkintaa ja alkuperäisten laadullisten tutkimusten yhdistämistä (Sandelowski ym. 1997, Sandelowski & Barroso 2002). Metasynteessissä tutkijan mielenkiinnon kohteena ovat laadullisten tutkimusten tulokset (Sandelowski & Barroso 2003, Korhonen ym. 2013). Tavoitteena voi olla teorian kehittäminen, abstraktiotason nostaminen (Thorne ym. 2004), uuden tiedon tuottaminen, syvällisempi tulkinta ja ymmärrys tutkimustuloksista (Bondas & Hall 2007, Hammer ym. 2009) tai pyrkimys hermeneuttiseen ilmiön ymmärtämiseen ja selittämiseen (Walsh & Downe 2005). Metasynteessin avulla voidaan myös tuottaa tietoa suoraan kliinisen päätöksenteon tueksi (Hannes & Lockwood 2011). Koska useampi tutkimus yhdessä muodostaa metasynteessin aineiston, se sisältää enemmän osallistujia ja kuvauksia kuin yksittäinen tutkimus, ja siksi metasynteesi tuottaa syvempää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä kuin pelkästään yksi tutkimus (Jensen & Allen 1996).

Tässä tutkimuksessa metasynteessin aineisto muodostui neljän tähän tutkimukseen kuuluvan alkuperäisartikkelin tuloksista. Walsh ja Downe (2005) ku-

vailevatkin tämän olevan 'puhtain' lähestymistapa metasynteessä, koska synteesi tehdään saman tutkijan tietyn aihealueen useammasta tutkimuksesta. Silloin siinä toteutuu konstruoidun tiedon periaate (Walsh & Downe 2005). Osa tutkijoista suosittelee, että metasynteisiin mukaan otettavissa tutkimuksissa olisi käytetty samaa laadullista analyysimenetelmää, niin kuin tässäkin tutkimuksessa käytettiin (Estabrooks ym. 1994, Jensen & Allen 1996). Alkuperäisartikkelit olivat sopivia synteessin aineistoksi, koska niiden yhteys alkuperäistutkimusten aineistoon voitiin osoittaa suorilla lainauksilla alkuperäisaineistosta (Jensen & Allen 1996, Korhonen ym. 2013). Tulosten synteesi toteutettiin laadullista sisällönanalyysia käyttäen, sillä se on sopiva menetelmä metasynteisiin (Pearson 2004, Hannes & Lockwood 2011). Metodi metasynteessin tekemiseen valittiin tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen mukaan (Sandelowski & Barroso 2003, Walsh & Downe 2005). Sisällönanalyysi eteni, kunnes pääkategoriat muodostuivat eikä analyysia ollut mahdollista enää jatkaa. Analyysin tuloksena syntyi käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta.

## 5 TULOKSET – KÄYTÄNNÖN TEORIA KOULUTUSINTERVENTIOSTA OSANA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KUNTOUTUSTA

Tutkimusaineiston analyysin tuloksena muodostui käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielensterveyskuntoutujien kuntoutusta. Käytännön teoria muodostuu käsitteistä 'mielensterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät', 'koulutustapahtuman ulottuvuudet', 'koulutuksen seuraukset' ja 'kouluttautumista edistävät tuen muodot mielensterveyskuntoutuksessa' (Kuvio 4). Käsitteet kuvaillaan yksityiskohtaisemmin seuraavissa kappaleissa. Roomalaiset numerot taulukoissa viittaavat alkuperäisiin artikkeleihin.



**Kuvio 4.** Käytännön teoria koulutusinterventiosta osana mielensterveyskuntoutujien kuntoutusta

## 5.1 Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät

Tutkimuksen tulokset osoittivat tutkimukseen osallistujien kuvailevan mielen-terveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevia tekijöitä niiden kou-  
luttautumista helpottavan ja vaikeuttavan merkityksen kautta (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät

Yläluokka	Alaluokka
Kouluttautumista helpottavat tekijät	Kuntoutumisvaiheen huomiointi koulutuksen ajoituksessa (II, III, IV) Hoitotasapaino (II, IV) Koulutuksen tavoitteellisuus (IV) Oppijan motivaatio (III) Oppijan tietoinen koulutukseen sitoutuminen (III)
Kouluttautumista vaikeuttavat tekijät	Syrjäytyminen (I, II, III, IV) Sairauden ylivalta (IV) Yhteiskunnan arvot ja asenteet (I, II, IV)

### 5.1.1 Kouluttautumista helpottavat tekijät

Kuntoutumisvaiheen huomiointi koulutuksen ajoituksessa, hoitotasapaino, kou-  
lutuksen tavoitteellisuus, oppijan motivaatio ja oppijan tietoinen koulutukseen  
sitoutuminen koettiin olevan mielen-terveyskuntoutujien kouluttautumista hel-  
pottavia tekijöitä.

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisvaiheen huomioimista koulutuksen  
ajoituksessa pidettiin oleellisen tärkeänä koulutuksessa selviytymisen kannalta.  
Haastavuutta oikea-aikaiseen ajoitukseen toi psyykkisen sairauden aaltoileva  
luonne, jolloin systemaattisen kouluttautumisen toteuttaminen oli vaikeaa. Siksi  
koulutuksen ajoittaminen vaiheeseen, jolloin kuntoutuja koki omat voimavaran-  
sa siihen riittäviksi, oli tärkeää. ”*Mun mielestä tossakin vaiheessa pitää aatella  
semmosia että missä vaiheessa sitä kuntoutumisen polkua tommoselle kurssille  
menee että siinä vaiheessa ku sä niinku pystyt työstämään niitä asioita.*” (Kun-  
toutuja M1\_2, Suomi)

Hoitotasapainon ylläpitäminen edisti voinnin vakautta ja auttoi selviämään koulutuksessa. Mielenterveyskuntoutujien hoitosuhdetta terveydenhuoltoon pidettiin välttämättömänä nimenomaan lääketieteellisen hoidon jatkuvuuden kannalta. Osalle kuntoutujista lääkityksen lisäksi terapia oli tärkeä tekijä estämään psyykkisen sairauden pahenemisvaiheita. *”Tietysti tarvitsemme myös lääkitystä, mutta psykologinen työ on niin tärkeää, ja me tarvitsemme niitä työkaluja toipuaksemme sairaudestamme.”* (Kuntoutuja 206\_20kk, Tanska)

Tutkimukseen osallistujien haastatteluissa korostui koulutuksen tavoitteellisuus. Selkeä tavoite ennen koulutuksen alkamista edisti sen loppuun saattamisessa. *”Tavoitteiden asettaminen motivoi minua oppimaan.”* (Kuntoutuja 611\_20kk, Puola) Kuntoutujien keskuudessa koulutus koettiin mahdollisuutena työllistyä ja sitä kautta integroitua yhteiskuntaan. *”Aika moni haluais ennalta tietää että jos mä lähen opiskelemaan mun pitää saada tietää että mä työllistyn että en mä niinku lähe opiskeleen huvin vuoksi.”* (Henkilökunnan jäsen P1, Suomi) Toisaalta koulutuksen puute nähtiin esteenä työllistymiselle.

Mahdollisuus työllistyä opintojen kautta motivoi mielenterveyskuntoutujia osallistumaan koulutukseen. Ylipäättään motivaation herääminen kouluttautumista kohtaan oli merkittävä tekijä siinä, miten mielenterveyskuntoutujat osallistuivat koulutukseen. *”Tärkeintähän on se että on motivaatio tulla...ne jotka tuli sinne kurssille koki että tämä on niin tärkeä asia tän mä haluan kuulla tähän mä haluan osallistua tää hyödyttää mua.”* (Kuntoutuja M2\_2, Suomi)

Motivaatioon kiinteästi yhteydessä oli koulutukseen sitoutuminen. Mielenterveyskuntoutujien haastattelut osoittivat, että oma tietoinen päätös koulutukseen sitoutumisesta loi itselle tunteen omasta vastuullisuudesta, joka puolestaan edisti osallistumista. *”Se oli rakentava, mulle tarpeen, mä muuten ois käynyt-kään ja sitte mä olin sitoutunu, se pakko teki ihan hyvää mulle.”* (Kuntoutuja M3\_2, Suomi)

## 5.1.2 Kouluttautumista vaikeuttavat tekijät

Mielenterveyskuntoutujien koulutusjärjestelmästä ulosjääminen, heikentynyt tukiverkosto ja heikentyneet taloudelliset resurssit uhkasivat johtaa kuntoutujien yhteiskunnasta syrjäytymiseen vaikeuttaen heidän kouluttautumistaan.

Henkilökunta toi esiin huolensa mielenterveyskuntoutujien koulutusjärjestelmästä ulos jäämisestä. Osa mielenterveyskuntoutujista kuvaili aiempaa opiskeluaan ”takkuamiseksi” opintojen kanssa, sillä psyykkisen sairauden vuoksi

opiskelumenestys oli ollut huono tai opiskelu oli keskeytynyt kokonaan. Osalla mielenterveyskuntoutujista sairauden paheneminen keskeytti tässä tutkimuksessa toteutettuun koulutukseen osallistumisen. Henkilökunta toi esiin, että mielenterveyskuntoutujien opiskeluiden myötä saatu pätevyys menetti merkityksensä ja vaikeutti työnsaantia, jos opiskeluista oli kulunut pitkä aika. Samoin pitkä tauko opinnoissa nosti kuntoutujan henkistä kynnystä hakeutua uudelleen opintojen pariin. *“Kahdella opiskelemaan hakeneella oli niinkun vuosien vuosien tauko”* (Henkilökunnan jäsen P11, Suomi). *”Niin et se oli tosiaan pitkän ajan päästä”* (Tutkija). *“Kyllä ja se oli iso kynnys rohkaistua lähteen edes kokeileen ja hakeen et se oli todella semmonen”* (Henkilökunnan jäsen P11, Suomi).

Henkilökunnan kokemuksen mukaan hoitokontaktien katkeaminen, ongelmat perhesuhteissa ja sosiaalinen eristäytyminen heikensivät kuntoutujien tukiverkosta. Se vaikeutti heidän opiskeluissa selviämistään. Henkilökunta koki toiselle paikkakunnalle muuttamisen olevan kuntoutujille uhka hoitokontaktien katkeamiselle. Vanhempien mielenterveysongelmat tai kuntoutujan ja vanhempien ristiriitaiset näkemykset kuntoutujan toiveista ja tavoitteista loivat ongelmia perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Vaikeudet muissakin sosiaalisissa suhteissa aiheuttivat kuntoutujan vetäytymisen sosiaalisesta kanssakäymisestä. *”Ne on vaikeita ne sosiaaliset suhteet, siellä on niin paljon taustalla semmosia asioita mitä on hirveen vaikee mennä puhuun ja sitte eristäydytty aika paljon että monet taantuu aika pitkälle sosiaalisesta kanssakäymisestä ja verkostoista niin se on niinku tuplasti kovempi juttu lähtää.”* (Henkilökunnan jäsen P9, Suomi)

Taloudellisten resurssien niukkuus johtui usein työttömyydestä ja aiheutti ongelmia arjessa selviämisestä. Kun arjen perusasiat eivät olleet kunnossa, se heijastui myös kouluttautumismahdollisuuksiin. Eräässä henkilökuntakokouksessa sosiaalityöntekijä ilmaisi asian seuraavasti: *”Jos sinulla ei ole kotia, on vaikea osallistua EMILIA-koulutukseen tai käydä läpi koko EMILIA-prosessia.”* (Ote havainnointimuistiinpanoista henkilökuntakokouksesta\_10kk, Ranska)

Sekä mielenterveyskuntoutujien että henkilökunnan kokemusten mukaan psyykkisen sairauden ottaessa ylivallan mielenterveyskuntoutujan psyykkinen ja fyysinen toimintakyky heikkenivät ja sairaus vangitsi henkiset voimavarat. Siinä vaiheessa kuntoutujalla ei ollut riittävästi voimavaroja edes harkita mahdollista kouluttautumista. Sairaus aiheutti vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa, kuten keskittymiskyvyn puutetta, oppimisongelmia, hahmottamisvaikeuksia, lukihäiriöitä, muistivaikeuksia ja vaikeuksia loogisessa ajattelussa. Tarkistamisen pakot ja olemuksen jähmeys hankaloittivat fyysistä toimintakykyä. Sairaus vangitsi henkiset voimavarat muokkaamalla identiteettiä, aiheuttamalla häpeää, huo-



nontamalla itsetuntoa ja mitätöimällä oman osaamisen. Oman itsensä kanssa umpikujassa oleminen esti suunnittelemasta omaa tulevaisuutta. ”Joitakin kuntoutujia on jotka on niin umpikujassa itensä kanssa että ei niinku yhtään tiää minne minä haluaisin, tietää kuitenkin että jotain pitäis tapahtua jotain pitäis tehdä.” (Henkilökunnan jäsen P2, Suomi)

Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva syrjintä ja ennakkoluulot työnhaku- vaiheessa tuotiin esiin henkilökunnan haastatteluissa. Se merkitsi työttömyyttä tai työtä alle kuntoutujan pätevyystason. Molemmissa tapauksissa kuntoutujalla ei ollut mahdollisuutta hyödyntää omaa koulutustaan ja osaamistaan. Se saattoi heikentää motivaatiota kouluttautumisen jatkamiselle. Mielenterveyskuntoutujat kokivat stigman ja ennakkoluulot esteinä sosiaaliselle integraatiolle. ”Tämä (esteet) on sosiaalisessa järjestelmässä. Kun sanot töissä, että saat etuutta jonkun vamman vuoksi, se on kuin tuomio.” (Kuntoutuja 611\_20kk, Puola)

## 5.2 Koulutustapahtuman ulottuvuudet

Tutkimukseen osallistujat tarkastelivat koulutustapahtumaa sen ulottuvuuksien kautta, joita olivat sosiaalinen vuorovaikutus, oppijan sisäiset voimavarat, opetuksen pedagoginen toteutus ja oppijakeskeinen yhteistyö (Taulukko 3).

**Taulukko 3.** Koulutustapahtuman ulottuvuudet

Yläluokka	Alaluokka
Sosiaalinen vuorovaikutus	Yhteenkuuluvuuden tunne (III) Kouluttajan sosiaaliset taidot (III) Tuen tarve (I, II, III, IV)
Oppijan sisäiset voimavarat	Heikentyneet sisäiset voimavarat (III, IV) Koulutuksesta vieraantuminen/kiinnostuminen (III, IV)
Opetuksen pedagoginen toteutus	Yksilöllinen koulutuspolku (I, III, IV) Oppimista edistävä oppimisympäristö (III, IV) Kouluttajan ammatilliset taidot (III)
Oppijakeskeinen yhteistyö	Yhteistyökumppanit (IV) Oppijakeskeisyys (IV)

## 5.2.1 Sosiaalinen vuorovaikutus

Koulutustapahtumassa sosiaalisen vuorovaikutuksen ominaisuuksia olivat yhteenkuuluvuuden tunne, kouluttajan sosiaaliset taidot ja tuen tarve. Kaikkien koulutustapahtumaan osallistuvien vastavuoroinen vuorovaikutus ja ryhmäytyminen loivat tunteen yhteen kuulumisesta. Osa mielenterveyskuntoutujista toimi kouluttajina yhdessä ammattilaisten kanssa. Kuntoutuja kouluttajana loi läheisyyden ja yhtenäisyyden tunnetta oppijoiden keskuudessa, koska hänellä oli samankaltaisia kokemuksia psyykkisestä sairaudesta. *”Kokemuskouluttaja antoi yhtenäisyyden tunnetta, että ei ole yksin tässä maailmassa.”* (Kuntoutuja M3\_2, Suomi).

Kouluttajan sosiaaliset taidot, kuten taito kuunnella, kyky ymmärtää ja aito kiinnostus, edistivät vastavuoroista kanssakäymistä ja innostivat osallistumaan koulutukseen. *”Koulutusinterventioon tuntui mukavalle mennä, kun suhtauduttiin hyvin osallistujiin.”* (Kuntoutuja S8\_2, Suomi) *”Olemme kaikki ystäviä täällä, tasavertaisia.”* (Kuntoutuja 114\_20kk, Bosnia ja Hertsegovina)

Koulutuksen aikana mielenterveyskuntoutajat tarvitsivat tukea. Henkilökunnan kokemuksen mukaan kriittisiä kohtia tuen saamisen kannalta olivat koulutuksen alkuvaihe ja hetket, jolloin näytti siltä, että kuntoutuja oli jättämässä koulutuksen kesken. *”Jotenkin ottaa huomioon tän kuntoutujan tilanne, sairaus, et niinku et hän ei jää yksin siinä...mulla on kokemus yhestä asiakkaasta joka alotti tuolla ammattiopistossa merkonomiopinnot ja ne keskeyty kahen viikon jälkeen ja hän oli aika yksin, pitäis olla tukiverkko mukana.”* (Henkilökunnan jäsen P2, Suomi)

## 5.2.2 Oppijan sisäiset voimavarat

Koulutustapahtuman ulottuvuuksiin kuuluivat myös mielenterveyskuntoutujien sisäiset voimavarat, jotka olivat usein heikentyneet psyykkisen sairauden vuoksi. Osa kuntoutujista koki vieraantuneensa kouluttautumisesta. Toisaalta koulutukseen osallistuminen saattoi herättää uudelleen kiinnostuksen kouluttautumisesta kohtaan.

Menneisyydessä kuntoutujilla saattoi olla kokemuksia opiskeluiden keskeytymisestä psyykkisen sairauden vuoksi. Kielteinen asenne omaan selviytymiseen aiheutti epäilystä siitä, pystyykö osallistumaan koulutukseen. Itseluottamuksen puute, pitkäjänteisyyden puute ja heikentyneet kognitiiviset taidot tekivät mielenterveyskuntoutujien oppimisesta ja opiskelusta haastavaa. *”Vaikka*

*sanotaan että skitsofrenialla ei oo älykkyyteen vaikutusta mut se kuitenkin vaikuttaa siihen kykyyn käyttää niitä älyllisiä lahjoja ja kaikkee niitä.”* (Kuntoutuja, M3\_1, Suomi)

Kouluttautumisen vieraantuminen oli saattanut heikentää mielenterveyskuntoutujien opiskelutaitoja. Pitkät tauot opiskelussa aiheuttivat kuntoutujille epävarmuuden tunteen omasta oppimiskyvystä. *”Niin no ainoa vaan se että eihän sitä voi tietää että miten oppii ku ei oo pitkään aikaan opiskellu mitään.”* (Kuntoutuja S2\_1, Suomi) Toisaalta koulutuksen ominaisuudet, esim. mielenkiintoiset opetettavat aiheet, herättivät kuntoutujan motivaation osallistua koulutukseen.

### 5.2.3 Opetuksen pedagoginen toteutus

Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa selviytymistä tuki koulutuksen pedagoginen toteutus, jossa huomioidaan yksilöllinen koulutuspolku, oppimista edistävä oppimisympäristö ja kouluttajan ammatilliset taidot.

Psyykkisen sairauden vuoksi mielenterveyskuntoutujien vointi ja elämäntilanne saattoivat olla hyvin vaihtelevia. Siksi yksilöllisyyden huomioiminen koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa koettiin tärkeäksi. Sairauden erityispiirteiden huomioiminen, mahdollisuus oppia omaan tahtiin, oppijan taustan ja tarpeiden huomioiminen auttoivat kuntoutujaa suoriutumaan koulutuksesta. *”Koulutuksen täytyy jotenkin koskettaa omaa elämää.”* (Kuntoutuja M5\_2, Suomi)

Oppimisympäristöllä ajateltiin olevan yhteyttä siihen, miten kuntoutajat oppivat ja selviytyivät koulutuksessa. Lyhyet koulutussessiot, pienet ryhmät, ryhmässä oppiminen, kertaus, selkeät ohjeet, opetettavan aiheen kiinnostavuus, turvallinen ilmapiiri ja rauhallinen ja kärsivällinen kouluttaja edistivät kuntoutujien oppimista. *”Tunsin oloni turvalliseksi ryhmässä ja se helpotti oppimistani.”* (Kuntoutuja 507\_20kk, Norja) Koulutuspaikan läheinen sijainti helpotti tunneille osallistumista. Kuntoutajat kokivat, että koulutuksen osallistavat ja ryhmässä tehdyt harjoitukset auttoivat heitä konkretisoimaan käsiteltävät aiheet. Sekä mielenterveyskuntoutajat että henkilökunta totesivat ihanteellisen oppimistavan kuntoutujille olevan tekemällä oppiminen käytännön ympäristössä. *”Semmonen vanhan ajan kisällä ja oppipoika -tilanne tulee mieleen, että pääsis niinku oikeen et tavallaan niinku työn taikka toiminnan kautta niinku seuraan sitä että miten se tehdään ja sillai pitkällä aikavälillä.”* (Henkilökunnan jäsen P6, Suomi)

Kouluttajien tietoa, kokemusta ja näkemystä opetettavista aiheista arvostettiin. Kouluttajan hyvät ammatilliset taidot herättivät kuntoutujien luottamuksen kouluttajaa kohtaan. Kun kouluttajaa pidettiin ammattitaitoisena ja luotettavana, se myös motivoi kuntoutujia osallistumaan koulutukseen. *"Mä olisin halunnu, että se olis vielä jatkunu. Se oli niin mukavaa."* *"Mikä sinua motivoi menemään sinne?"* (Tutkija) *"Se XX oli semmonen hyvä opettaja siinä."* (Kuntoutuja M8\_2, Suomi)

#### 5.2.4 Oppijakeskeinen yhteistyö

Koulutustapahtuman suunnittelussa ja toteutuksessa yhteistyön mielenterveyskuntoutujan, kuntoutusorganisaation ja koulutusorganisaation välillä koettiin olevan edellytys oppijakeskeisen koulutuksen toteuttamiselle.

Henkilökunta toivoi mielenterveyskuntoutujaa yhteistyökumppaniksi edistämään koulutusorganisaation tiedonsaantia kuntoutujan koulutustarpeista ja lisäämään tietoa kuntoutujan psyykkisen sairauden mukanaan tuomista opiskeluun liittyvistä haasteista. Henkilökunnan haastatteluissa korostui myös yhdyshenkilön tarve kuntoutus- ja koulutusorganisaation välille tiedon kulun edistämiseksi. Samoin koettiin tarvetta siihen, että kuntoutujan tutustuessa koulutusorganisaatioon hänen mukanaan on tukea antamassa kuntoutusorganisaation henkilökunnan jäsen. Tämän ajateltiin rohkaisevan kuntoutujaa yhteydenottoon koulutusorganisaatioon päin ja tukevan kuntoutujaa jatkamaan opintojaan. *"Viime syksynä oltiin semmosen opiskelijan kans, jolla oli 10 vuotta ollu yliopisto-opinnot tauolla, hänen kanssaan mä lähdin yhdessä. Mun rooli oli olla vaan mukana siellä. Hän kyllä täysin sujuvasti hoiti itse kaikki asiansa, mutta se et mentiin sinne yhdessä ja hän sai sitä kautta sen kynnyksen ylitettyä ja nyt hän on ihan viittä vaille gradua valmis ja muuttaa, että se oli enää todella pienestä kiinni ne opinnot."* (Henkilökunnan jäsen P8, Suomi)

Opiskelujen aikana koettiin olevan tarvetta säännölliseen kuntoutujan opinto-suoritusten arviointiin yhdessä mielenterveyskuntoutujan, kuntoutusorganisaation ja koulutusorganisaation kanssa, jotta voitaisiin havaita mahdolliset ongelmakohdat kuntoutujan opintopolulla. Se mahdollistaisi oikea-aikaisen ja oikeanlaisen tuen tarjoamisen kuntoutujalle hänen kohdatessaan vaikeuksia opintojen sa aikana ja auttaisi häntä jatkamaan opintojaan. *"Ylipäättään se, että me pystytään menemään yliopistolle vaikka sen opiskelijan kanssa ihan sinne keskustelemaan siitä että mitä se tarkoittaa, minkälaista tukea tää ihminen tarvitsee, jotta hän pystyy jatkamaan siellä sitä opiskelua."* (Henkilökunnan jäsen P7, Suomi)

## 5.3 Koulutuksen seuraukset

Koulutukseen osallistuminen tuki mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaista kasvua ja antoi heille valmiuksia sosiaaliseen integraatioon. Siitä huolimatta esiin tuli myös kokemuksia koulutuksen epäonnistumisesta. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Koulutuksen seuraukset

<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Tuki henkilökohtaiseen kasvuun	Oppiminen (I, III) Oppimisen terapeutin merkitys (I) Vahvistaa positiivisia sisäisiä voimavaroja (I, II, III) Kokemus paremmasta ihmisarvosta (II) Merkityksellinen kokemus (I, III)
Valmiudet sosiaaliseen integraatioon	Motivoi kouluttautumaan (I, III) Motivoi työllistymään (II) Edistää työllistymistä (II) Motivoi osallistumaan merkityksellisiin aktiviteetteihin (II) Edistää merkityksellisiin aktiviteetteihin osallistumista (II) Lisää sosiaalista kanssakäymistä (I, II)
Koulutuksen epäonnistuminen	Merkityksetön kokemus (I, III) Koulutuksen keskeytyminen (III)

### 5.3.1 Tuki henkilökohtaiseen kasvuun

Koulutuksen seurauksena oppiminen, oppimisen terapeutin merkitys, positiivisten sisäisten voimavarojen vahvistuminen, kokemus paremmasta ihmisarvosta ja koulutuksen merkityksellisenä kokeminen antoivat tukea mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaiseen kasvuun.

Koulutuksen avulla mielenterveyskuntoutajat kokivat saaneensa uusia tietoja ja taitoja. Uuden tiedon oppimisen kautta he kokivat ymmärryksensä lisääntyneen. Henkilökunta kertoi koulutuksen antaneen kuntoutujille mahdollisuuden ammatilliseen kehittymiseen. ”Osallistuttuaan EMILIA-työpajoihin mielenterveyskuntoutajat hakivat ja saivat rahoitusta projektiin, jossa he kouluttavat muita kuntoutujaorganisaatioita, niinpä muutamista heistä, taitavimmista, tuli kouluttajia.” (Ote havainnointimuistiinpanoista henkilökuntakokouksesta\_10kk, Bosnia ja Hertsegovina)

Oppimisella koettiin olevan terapeutinen merkitys. Oppiminen oli positiivisella tavalla vaativaa, se auttoi tuntemaan voinnin vakaammaksi ja edisti mielenterveyttä. *”Oppiminen on hyvä motivaattori ja se auttaa menemään ulos ja auttaa välttämään masennusta, tällä on terapeutinen vaikutus.”* (Kuntoutuja 307\_20kk, Ranska) Henkilökunnan mielestä EMILIA-projektin elinikäisen oppimisen teema tuki mielenterveyskuntoutujien paranemista. Puhdas oppimisen prosessi oli tärkeä ja voimaannuttava kuntoutujille, eivät niinkään todistukset ja saavutettu status. Oppiminen synnytti toivoa, mikä oli tärkeää matkalla kohti paranemista. *”Ilman sitä toivon herättämistä sä et voi lähteä niinku voimaantumaan itse et sulla täytyy olla jotenki niinku positiivinen näkökulma siihen niinkun että ku susta on vielä johonkin ja sä pystyt tekemään näitä asioita ja muuta.”* (Kuntoutuja M9\_2, Suomi)

Mielenterveyskuntoutajat kokivat positiivisten sisäisten voimavarojen vahvistuneen koulutuksen myötä. Oppiminen stimuloi heidän mielensisäistä toimintaansa ja auttoi heitä tarkastelemaan itseään laajemmalla perspektiivillä. Koulutuksen harjoitukset aktivoivat kuntoutujia prosessoimaan heidän omaa ajatteluaan. Henkisen hyvinvoinnin paraneminen rohkaisi sinnikkyytteen pyrkiä eteenpäin elämässä. Kuntoutajat ilmaisivat oppimisen lisänneen itseluottamusta. Lisäksi terveen minäkuvan vahvistuminen paransi itsetuntoa ja itsetuntemusta. *”Tunnen itseäni niin paljon enemmän nyt ja tiedän paremmin omat rajani.”* (Kuntoutuja 801\_20kk, Iso-Britannia) Lisääntynyt itsetuntemus auttoi tunnistamaan ja käyttämään omia vahvuuksia. *”EMILIAan osallistuminen on merkinnyt minulle kaikkea. Siitä ajasta, kun olin kiusaamisen uhri, joka ei uskaltanut avata suutaan, olen todella kasvanut. Nyt uskallan esiintyä julkisesti, vetää kursseja ja puhua medialle jne.”* (Kuntoutuja 506\_20kk, Norja) Koulutuksen myötä lisääntynyt tieto omasta sairaudesta rohkaisi kuntoutujia tuomaan esiin omia mielipiteitä hoidostaan, kun he tapasivat omaa psykiatriaansa. Kuntoutujille se merkitsi parempaa kykyä ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja kykyä selviytyä oman psyykkisen sairauden kanssa. *”Opin kuinka voittaa sairauteni, sen seuraukset.”* (Kuntoutuja 626\_20kk, Puola)

Kokemus paremmasta ihmisarvosta koostui toisilta ihmisiltä saadusta arvostuksesta ja tasavertaisesta kohtelusta. Henkilökunnan usko mielenterveyskuntoutujien kykyihin ja vahvuuksiin sai kuntoutujat tuntemaan itsensä arvostetuiksi. Oma osallisuus johti tasavertaiseen kohteluun ja se koettiin voimaannuttavana. *”Meitä kohdeltiin kuten vertaisia, koska meillä oli jotakin tarjottavaa, se on tärkeää terapialleni.”* (Kuntoutuja A\_20kk, Kreikka)

Koulutus toi merkityksellisyyttä kuntoutujien elämään. Koulutusprosessi siinä ja tunne siitä, että on ihmisiä, joille on tarpeellinen, antoivat merkitystä elämään. EMILIA-projektissa mukana oleminen toi menestyksen ja hyödyllisyyden tunteen. Koulutukseen osallistuminen aktivoi lähtemään kotoa ja laajentamaan elinpiiriä kodin ulkopuolelle. *”Sai aina tulla johki tilaisuuteen, että ohjelmanumero.”* (Kuntoutuja S1\_2, Suomi) *”Henkilökunta kertoi kuntoutujien aktiivisesta koulutukseen osallistumisesta ja heidän innokkuudestaan.”* (Ote havainnointimuistiinpanoista henkilökuntakokouksesta\_10kk, Espanja)

### 5.3.2 Valmiudet sosiaaliseen integraatioon

Tämän tutkimuksen mukaan koulutus motivoi kouluttautumaan, motivoi ja edisti työllistymistä, motivoi ja edisti merkityksellisiin aktiviteetteihin osallistumista ja lisäsi sosiaalista kanssakäymistä antaen näin valmiuksia sosiaaliseen integraatioon.

Koulutukseen osallistuminen motivoi mielenterveyskuntoutujia oppimaan enemmän ja kouluttautumaan lisää. Ne kuntoutujista, jotka työllistyivät intervention jälkeen, havaitsivat työssä ollessaan tarvitsevansa lisäkoulutusta. Muutamat kuntoutujista hakivat ammatilliseen oppilaitokseen koulutuksen jälkeen ja eräs kuntoutujista aloitti yliopisto-opinnot. Vaikka suoraa yhteyttä tässä tutkimuksessa toteutetun koulutuksen ja sen jälkeisiin opintoihin hakeutumisen välillä ei voitu osoittaa, koulutuksen kuitenkin koettiin olevan yhteydessä omaan ajatteluun, niin kuin eräs yliopisto-opintojaan intervention jälkeen jatkanut kuntoutuja kuvaili: *”Mä luulen että vaikka en nyt pysty selkeesti niitä enää muistamaan niitä asioita mutta siellä ne jotenki alitajuisesti ohjaa mua...niin jotenki ajatusmallit löytää.”* (Kuntoutuja M6\_2, Suomi)

Mielenterveyskuntoutajat totesivat jo ennen koulutuksen alkua, että työ on tärkeä tekijä heidän sosiaalisen integraationsa ja hyvinvointinsa edistämisessä. Palkkatyön ja harrastusten löytäminen olivat tavoitteita, joiden saamisen toivottiin helpottuvan koulutuksen myötä. Kuntoutujien kiinnostus työnsaantia kohtaan vahvistui entisestään koulutuksen aikana. Itseluottamuksen paraneminen antoi rohkeutta hakea ja ottaa vastaan työtä. *”EMILIA on avannut minulle paljon mahdollisuuksia sillä ilman sitä en olisi hyödyntänyt tilaisuutta mennä töihin. Minä vain menin ja se oli hienoa.”* (Kuntoutuja 801\_10kk, Iso-Britannia)

Koulutuksen jälkeisissä haastatteluisissa osa kuntoutujista kertoikin löytäneensä palkallista työtä. Työllistymisen suhteen kuitenkin maiden välillä oli selkeitä

eroja. Eräs kuntoutujista kuvaili, että työn saamisella klubitalossa oli käännte-tekevä merkitys hänen elämässään. Hän oli työtä hakiessaan tasavertainen mui-den hakijoiden kanssa. Tässä tapauksessa hänen kokemuksensa psyykkisestä sairaudesta olikin positiivinen resurssi eikä taakka, joka pitää salata muilta. Se merkitsi hänelle kokemusta kokonaisena ja hyväksyttynä ihmisenä olemisesta. ”*Se oli helpotus, että psykiatrinen tausta ei enää ollut huono asia, nyt se oli laatu itsessään. Se tarkoittaa, että voin olla työssäni täydellä persoonallani, minun ei tarvitse kätkeä psykiatrasta taustaani.*” (Kuntoutuja 219\_10kk, Tanska) Työllä oli niin ikään sosiaalinen merkitys, sillä sen kautta kuntoutujilla oli mahdollisuus harjoittaa ja parantaa sosiaalisia taitojaan.

Koulutuksen myötä kiinnostus merkityksellisiin aktiviteetteihin heräsi, ja kuntoutujat ilmaisivat olevansa aktiivisemmin mukana vapaaehtoistyössä koulu-tuksen jälkeen kuin ennen sitä. Erityisesti vapaaehtoistyötä mielenterveyden parissa pidettiin merkityksellisenä, sillä se mahdollisti omien kokemusten jaka-misen toisten hyödyksi. ”*Nykyisin työskentelen aktiivisemmin paremman psyki-atrian puolesta. Niinpä jos voin auttaa muita niin teen töitä sen eteen.*” (Kun-toutuja 206\_10kk, Tanska)

Sosiaalisen kanssakäymisen koettiin vilkastuneen koulutuksen aikana ja sen jälkeen. Koulutukseen osallistuminen antoi mahdollisuuden muiden ihmisten tapaamiseen ja kokemusten jakamiseen heidän kanssaan. ”*Tapaat mukavia ih-misiä ja jaat kokemuksia ja ajatuksia heidän kanssaan, se rikastuttaa henkises-ti.*” (Kuntoutuja 103\_20kk, Bosnia ja Hertsegovina) Oman sosiaalisen verkos-ton laajenemista edisti lisääntynyt sosiaalinen aktiivisuus ja fyysinen liikkuvuus. Lisäksi koulutus antoi luottamusta ja uskallusta solmia uusia kontakteja muihin ihmisiin. Koulutukseen osallistuminen antoi syyn murtautua ulos omasta yksi-näisyydestä. ”*Olen hyötynyt koulutuksesta siinä mielessä, että se katkaisi minun hyvin negatiivisen jokapäiväisen olemassaolon. Ulos meneminen ja kaikki sel-lainen, se on parempi kuin ei mitään. Ja toisten kanssa yhdessä oleminen, joka oli oikeastaan ainoa sosiaalinen aktiviteetti, johon osallistuin tuolloin.*” (Kun-toutuja 203\_10kk, Tanska) Toipumisen edetessä kuntoutujilla saattoi herätä kiinnostus laajentaa sosiaalista verkostoaan laajemmalle yhteisöön, ei ainoas-taan niiden ihmisten luo, jotka toimivat mielenterveysalan kentällä. Siitä huoli-matta mielenterveyskuntoutujat kokivat usein sosiaalisten suhteiden rakentami-sen ja ylläpitämisen haasteellisiksi niin perheenjäsenten kuin muidenkin ihmis-ten kanssa.



### 5.3.3 Koulutuksen epäonnistuminen

Koulutuksen tavoitteiden saavuttamisessa epäonnistuttiin, jos kuntoutujat kokivat koulutuksen merkityksettömänä tai he keskeyttivät koulutuksen.

Jotkut kuntoutujista eivät kokeneet koulutusta riittävän haastavana, jotta sillä olisi ollut oppimisen kannalta merkitystä heille. ”*Se oli aika yksinkertaista, en mä tiä, siinä paljon oppinu mitään...oli niin matala taso siinä.*” (Kuntoutuja S4\_2, Suomi) Silloin kiinnostus koulutusta kohtaan heikkeni, ja siihen oli vaikea motivoitua. Joillakin mielenterveyskuntoutujilla kokemus koulutukseen osallistumisesta oli negatiivinen. Se saattoi nostaa esiin ikäviä muistoja, tai koulutukseen liittyneet harjoitukset aiheuttivat ahdistusta.

Osa kuntoutujista keskeytti koulutuksen. Syitä keskeytykseen olivat psyykkisen voinnin huonontuminen, henkilökohtainen elämäntilanne tai se, että henkilökohtaiset kemiat kuntoutujan ja kouluttajan välillä eivät toimineet. Osa keskeytyksen syistä jäi tuntemattomiksi.

### 5.4 Kouluttautumista edistävät tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa

Tutkimustulokset osoittivat, että sisäisiä voimavaroja vahvistava lähestymistapa mielenterveyskuntoutuksessa edisti kuntoutujien koulutuksessa selviämistä, samaten sellaisen ympäristön luominen, jossa kuntoutujille on tarjolla jatkuvaa tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta (Taulukko 5).

**Taulukko 5.** Kouluttautumista edistävät tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa

<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Sisäisten voimavarojen vahvistaminen	Voimavarakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksessa (IV) Opiskelutaitojen kehittäminen ja ylläpitäminen (IV)
Tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoavan ympäristön luominen	Tuen jatkuvuus (I, II, III, IV) Aito vuorovaikutus (IV) Ammatillisen osaamisen jakaminen (IV)

#### 5.4.1 Sisäisten voimavarojen vahvistaminen

Henkilökunnan kokemusten mukaan voimavarakeskeinen lähestymistapa mielenterveyskuntoutuksessa ja kuntoutujien opiskelutaitojen ylläpitäminen ja kehittäminen vahvistivat kuntoutujien sisäisiä voimavaroja ja ne antoivat tukea heidän kouluttautumiseensa.

Mielenterveyskuntoutujien itsetunnon vahvistaminen koettiin tärkeäksi, sillä heidän luottamuksensa itseensä oli heikentynyt psyykkisen sairauden vuoksi. Henkilökunnan oli tärkeää osoittaa kuntoutujalle uskovansa siihen, että kuntoutuja pystyy opiskelemaan. *”Ammattilaiset uskoivat kykyihimme, se tuntui hyvältä.”* (Kuntoutuja A\_20kk, Kreikka)

Pettymykset elämässä saivat kuntoutujat usein tuntemaan toivottomuutta. Toivon rakentaminen koettiin osa-alueeksi, johon kuntoutujat tarvitsivat tukea henkilökunnalta pystyäkseen menemään eteenpäin elämässään. *”Me ollaan niitä toivon luoja ja rakentajia ja tsemppaajia ja rohkaisijoita ja niin kun yhteitään antaa sitä jonkinlaista muutakin mielikuvaa niin siinä varmaan niinku meidän osuus on tosi tärkeä.”* (Henkilökunnan jäsen P12, Suomi)

Henkilökunnan haastatteluissa korostettiin mielenterveyskuntoutujien itsetuntemuksen kehittämistä. Siihen kuului kuntoutujien kyky tunnistaa sairauden mukanaan tuomat muutokset. Kouluttautumisessa se merkitsi sitä, että kuntoutuja tiedosti ne oppimisvaikeudet, jotka sairaus on aiheuttanut, ja kehitti juuri näitä sairauden vuoksi heikentyneitä kykyjä. Lisäksi kouluttautuessa oli tärkeää auttaa kuntoutujaa tiedostamaan oma tilanteensa silloin, kun opinnoissa ilmeni vaikeuksia. Jo pelkkä tilanteen tiedostaminen saattoi auttaa selvittämään vaikeudet. *”Meidän täytyy vähän ruveta niinkun kuntoutusneuvotteluissa ja näin niin avaamaan sitä että kukas sä oot ja mitä sä oikeesti haluat.”* (Henkilökunnan jäsen P11, Suomi)

Itsetuntemuksen koettiin olevan perusta identiteetin rakentumiselle. Kuntoutujat tarvitsivat laajempaa näkökulmaa siihen, miten tarkastella minäkuvaa ja sitä, miten he olivat osa yhteiskuntaa. Kuntoutujia ohjattiin näkemään itsensä uudella tavalla niin, että heille muodostuisi realistinen ja heidän terveitä puoliaan korostava minäkuva. *”Mä jotenkin hyvin semmosena isona asiana näkisin sen että meillä se sairaus ei oo se pääasia, se on olemassa, mutta sen kanssa opetellaan elämään.”* (Henkilökunnan jäsen P14, Suomi)

Kyky tunnistaa omat voimavarat ja oppia käyttämään niitä auttoivat henkilökunnan mielestä kuntoutujia löytämään heidän omat sisäiset vahvuutensa. Henkilökunnan jäsenet painottivat haastatteluissa, että kuntoutujien tulisi olla realis-

tisesti tietoisia omista vahvuuksistaan ja heikkouksistaan, mutta tärkeää on nimenomaan kuntoutujien positiivisten ominaisuuksien korostaminen. ”*Me niinkun pyritään korostamaan niitä ihmisen hyviä puolia joita se osaa, niin et jokainen pystyis käyttään mahdollisimman paljon niitä omia vahvuuksiansa hyödyksi.*” (Henkilökunnan jäsen P7, Suomi)

Mielenterveyskuntoutujien normaaliuden tunnetta tuli edistää tarjoamalla heille tilaisuuksia, joissa he voivat tuntea kuuluvansa sellaisten ihmisten joukkoon, joilla ei ole psyykkistä sairautta. Henkilökunta oli havainnut, että ympäristö vaikutti siihen, millaisen roolin kuntoutujat ottivat itsellensä ja eri roolit saivat heidät käyttäytymään eri tavalla. Sellaisen ympäristön luominen, jossa kuntoutujilla on mahdollisuus ottaa itsellensä rooli ilman sairautta, koettiin tärkeäksi. Koulutuksessa tämä tarkoitti normaaliryhmiä erityisryhmien sijaan. ”*Pitäisikin keskittyä siihen miten heidät saatais niihin normaaliryhmiin mukaan ihan niinku ketkä tahansa...koska sillon se ihminen vois roolittua siihen oikeeseen mun mielestä oikeeseen ympäristöön ku sitä ei haittais enää se kuntoutujan rooli vaan se vois ittekin ottaa sen vastuun.*” (Henkilökunnan jäsen P9, Suomi)

Henkilökunta korosti, että mielenterveyskuntoutujien aiemmissa koulutuksissa saatuja tietoja ja taitoja tulisi pitää yllä, jotta heidän aiempi koulutuksensa ei menettäisi merkitystään. Se helpottaisi myös uuteen koulutukseen osallistumista. Kuntoutujilla voi olla pitkä tauko opiskelussa, jolloin opiskelutaidot ovat voineet unohtua. ”*Sit siinä tulee myös tää että ne tahtoo äkkiä niin kun hukkaa ne tiedot taidot et jos joku asia muuttuu tai sitä ei käytetä et täytytys niinku semmonen ylläpitävä olla siinä myöskin rinnalla vaikka uutta oppii.*” (Henkilökunnan jäsen P11, Suomi)

#### 5.4.2 Tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoavan ympäristön luominen

Tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoava ympäristö muodostui tuen jatkuvuudesta, aidosta vuorovaikutuksesta ja ammatillisen osaamisen jakamisesta. Tällaisen ympäristön koettiin auttavan mielenterveyskuntoutujia heidän koulutuksellisissa pyrkimyksissään.

Sekä mielenterveyskuntoutujat että henkilökunta toivat esiin kuntoutujien tuen tarpeen kouluttautumisen kaikissa vaiheissa. Henkilökunta painotti tuen jatkuvuutta ja helppoa saatavuutta. Henkisen tuen lisäksi materiaallinen tuki, kuten tietokoneen käytön mahdollistaminen ja mahdollisuus käyttää kuntoutuskeskusten tiloja, helpotti kuntoutujien kouluttautumista. Tärkeimmiksi tuen antajiksi

koettiin perheenjäsenet, ystävät, mielenterveyden ammattilaiset, vertaiset ja kouluttajat. Käynnit kuntoutuskeskuksessa autoivat rakentamaan kuntoutujien sosiaalista verkostoa. *”Tuki on ollut yksi meidän työkaluista, jonka avulla kykenemme toimimaan ja kehittymään ja olemaan osana yhteisöä. Monet meistä tarvitsevat tukea ja kontaktia, joita me saamme näistä keskuksista.”* (Kuntoutuja 206\_20kk, Tanska)

Henkilökunta oli huomannut kuntoutujien arvostavan aitoa vuorovaikutusta sosiaalisessa kanssakäymisessä. Se tarkoitti tasa-arvoisuutta ja aitoutta kuntoutujien ja henkilökunnan välillä. Sosiaalista kanssakäymistä kuvailtiin vastavuoroiseksi vuorovaikutusprosessiksi, jossa sekä kuntoutujat että henkilökunta oppivat toisiltaan. *”Joku fiksu on joskus sanonu klubitalossa että se on ihan sama mitä siellä tehdään kun ne ihmissuhteet on se tärkein asia.”* (Henkilökunnan jäsen P10, Suomi) Koulutuksen aikana henkilökunnan ja mielenterveyskuntoutujien yhdessä tekemisen havaittiin syventäneen heidän välistä vuorovaikutussuhdettaan. *”Koulutusohjelmien suunnittelu ja opettaminen yhdessä kuntoutujien kanssa antoi mahdollisuuden nähdä kuntoutujien kyvyt ja paransi suhdettamme.”* (Ote havainnointimuistiinpanoista henkilökuntakokouksesta\_10kk, Espanja)

Henkilökunta koki tärkeäksi ja tarpeelliseksi asiantuntemuksensa jakamisen kuntoutujille. Henkilökunnalla oli laaja ammatillinen verkosto, jonka kautta he saivat myös kuntoutujille hyödyllistä tietoa. Kuntoutujat tarvitsivat tietoa koulutukseen liittyvistä käytännön järjestelyistä samoin kuin erilaisista koulutusmahdollisuuksista. Tällaisen tiedon hakeminen itsenäisesti oli kuntoutujille vaikeaa. Henkilökunnan jäsenet pitivätkin tärkeänä rooliaan kuntoutujien auttamisessa. He autoivat kuntoutujia suunnittelemaan tulevaisuuttaan ja ohjasivat heitä koulutuksen pariin silloin, kun se koettiin tarpeelliseksi. *”Onhan se oleellista myös siinä kun ihminen suunnittelee tulevaisuuttaan niin sitte ollaan siinä mukana niinku oletko mahdollisesti ajatellut esimerkiksi opiskelua, kouluttautumista, niin kuin sitä kautta otetaan se esiin jos asianomainen itse ei sitä tuo.”* (Henkilökunnan jäsen P8, Suomi) Työskentely mielenterveyskuntoutujien kanssa vaatii henkilökunnalta ammatillista valmiutta ja erityistä tietotaitoa.

# 6 POHDINTA

## 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin Helsingin julistuksen (2013) ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) eettisiä ohjeita. Ennen tutkimuksen aloittamista sovittiin kaikkien tutkimusprosessiin osallistuneiden vastuut, velvollisuudet, oikeudet ja tekijyyttä koskevat periaatteet, kuten myös aineiston käyttöoikeuksia ja säilyttämistä koskevat periaatteet kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). EMILIA-projektille saatiin King's Collegen tutkimuseettisen toimikunnan myönteinen lausunto tutkimuksen eettisyydestä. King's College sijaitsee Lontoossa, Englannissa. Lisäksi jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa maassa tutkimus hyväksytettiin kunkin maan eettisen käytännön mukaisesti ennen aineiston keruun alkua. Suomessa tämä tarkoitti tutkimusluvan saamista tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyspalveluita tarjoavien organisaatioiden johtajilta. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei Suomessa vaadittu, koska osallistujat eivät olleet potilaita eikä tutkimukseen sisällynyt riskiä osallistujien vahingoittamisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009).

Tutkimuksen aihetta pitää tarkastella eettisesti siltä kannalta, mitä hyötyä tutkimuksesta on tutkimukseen osallistuvalla. Lisäksi on tarkasteltava sitä, että hänelle ei aiheudu osallistumisesta mitään haittaa. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.) Aiempi tutkimuskirjallisuus osoitti koulutusinterventtioiden positiivisen vaikutuksen mielenterveyskuntoutujien elämässä, mutta myös kuntoutujien kouluttautumiseen liittyvät vaikeudet. Tämä tutkimus tuotti tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tukimenetelmiä kuntoutujille, jotta he kykenisivät saavuttamaan koulutukselliset tavoitteensa.

Tässä tutkimuksessa tiedonantajina olivat mielenterveyskuntoutujat. Marginaalisia ihmisryhmiä, esimerkiksi psyykkisesti sairastuneita, lapsia, dementoituneita, kehitysvammaisia, ei saisi sulkea systemaattisesti pois tutkimuksen piiristä. Jos näin tehdään, ihmisten kokemuksista ja elämästä jäisi tutkimatta hyvin oleellisia puolia. (Kuula 2011.) Kuitenkin psyykkinen sairaus voi vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja ajatteluun. Siksi on tärkeää huomioida, onko psyykki-

sesti sairastunut kykenevä antamaan suostumustaan tutkimukseen ja onko hänen vointinsa riittävän hyvä, jotta tutkimuksesta ei aiheudu hänelle haittaa. Tähän tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutajat käyttivät avohoidon mielenterveyspalveluita ja asuivat itsenäisesti kotona. Lisäksi päättäessään tutkimukseen osallistumisestaan he saivat tukea heitä rekrytoineelta henkilökunnalta, joka tunsikin kuntoutajat hyvin. Kutsuessaan kuntoutujia mukaan tutkimukseen henkilökunta arvioi myös mielenterveyden ammattilaisten näkökulmasta, olivatko kuntoutajat riittävän hyvässä kunnossa osallistumaan tutkimukseen.

Ihmistieteisiin kohdistuvan tutkimuksen pääperiaatteita ovat luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tässä tutkimuksessa yksilöhaastattelut katsottiin sopivimmaksi aineistonkeruumenetelmäksi mielenterveyskuntoutujien aineiston keräämisessä, jotta voitiin luoda luottamuksellinen ilmapiiri haastateltavan ja haastattelijan välille (Hunter Revell 2013). Osallistujille kerrottiin, että tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa eikä siitä aiheudu heille mitään seurauksia.

Tutkimukseen osallistumisen perusedellytys on, että osallistujien antama suostumus perustuu asianmukaiseen informaatioon (Hirsjärvi & Hurme 2004, Kuula 2011). Kaikille tutkimukseen osallistuneille annettiin tietoa tutkimuksen luonteesta ja tarkoituksesta, samoin kuin mahdollisista riskeistä, ja tutkimukseen osallistumisen luottamuksellisuutta korostettiin (Koh ym. 2012). Jokaisella oli täysi vapaus päättää omasta osallistumisestaan. Osallistujat antoivat suostumuksensa tutkimukseen allekirjoittamalla kirjallisen suostumuksen. Myös haastatteluiden nauhoittamiseen pyydettiin kirjallinen suostumus jokaiselta osallistujalta. Henkilökunnalta kysyttiin lupa havainnointiin.

Tutkimuksen raportoinnin kaikissa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että yksittäisiä osallistujia ei voida tunnistaa. Laadullisessa tutkimuksessa erityisesti suorat lainaukset aineistosta saattavat sisältää riskin, että tutkimukseen osallistuja tunnistetaan. Se tarkoittaa tilannetta, että hänet tunnistetaan helposti ja yksiselitteisesti häneen liittyvän koodin perusteella. (Kuula 2011.) Tässä tutkimuksessa osallistujia tarkoittavat koodit ovat kirjain-numeroyhdistelmiä eikä niistä suoraan voi tunnistaa ketään henkilöä.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudessa on kyse siitä, kuinka hyvin tutkija onnistuu saavuttamaan tutkimukseen osallistuneiden näkökulman ja kuinka hyvin tutkija kykenee esittämään tämän näkökulman niin, että se on yhtäpitävä tutkimukseen osallistuneiden kanssa (Milne & Oberle 2005). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheiden kautta tai laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden mukaan. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta tarkasteltiin luotettavuuskriteereiden mukaan, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2012.)

**Uskottavuudella** tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2012). Tulosten uskottavuuteen vaikuttaa myös osanottajien valinta (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa pyydettyä tutkimukseen mukaan sellaisia mielenterveyskuntoutujia ja mielenterveysalan ammattilaisia, joilla on henkilökohtaista kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta (Kemparaj & Chavan 2013, Cleary ym. 2014). Tutkimuksessa oli mukana yhdeksän Euroopan maata. Osallistujat erilaisine kulttuuritaustoineen ja kokemuksineen antoivat rikasta informaatiota tutkittavana olevasta ilmiöstä. Samoin eri sukupuolten näkemykset rikastuttivat aineistoa ja lisäsivät tutkimuksen uskottavuutta. (Graneheim & Lundman 2004.)

Kuitenkin kielelliset ja kulttuuriset eroavaisuudet saattoivat aiheuttaa tulkinnallisia epäselvyyksiä ja siten heikentää tutkimuksen luotettavuutta (Rastas 2005). Tässä tutkimuksessa ne ovat voineet heikentää tutkimuksen uskottavuutta. Ihmisten vuorovaikutus- ja puhutavat voivat olla erilaisia eri maissa. Siten tutkittavaa ilmiötä koskevat merkitykset, joita haastateltavat toivat esiin haastatteluissa, eivät ehkä ole välittyneet sellaisinaan analyysia tekeväälle tutkijalle. Lisäksi kielelliset eroavaisuudet ovat saattaneet aiheuttaa tulkintavirheitä siinä vaiheessa, kun aineisto on käännetty englannin kielelle sekä silloin, kun kansainvälisen aineiston analyysia jatkoi toinen tutkija. Kouluttajan ja koulutukseen osallistujan välinen suhde voi olla erilainen eri maissa, jolloin se väistämättä vaikuttaa eri tavalla myös koulutukseen osallistujien kokemuksiin. Koulutuksen samanlaisuutta pyrittiin lisäämään sillä, että kouluttajien perehdyttäminen ja koulutusta koskevat kirjalliset ohjeet olivat yhdenmukaiset joka maassa. Tutkimuksen uskottavuuden kannalta keskeistä on se, että kansainvälisen aineiston analyysin ensimmäinen vaihe tehtiin kussakin maassa omalla äidinkielellä, jolloin keskeisin tulos aineistosta saatiin mukaan. Lisäksi tutkijaryhmä teki jatku-

vaa yhteistyötä myös aineiston analyysivaiheessa. Kulttuurisia eroja oli kuitenkin nähtävissä aineistojen runsauden vaihtelevuudessa. Joissakin aineistoissa sanoja oli vähän, mutta asiasisältö oli sama kuin runsaassa tekstissä. Kulttuurien väliset erot näkyivät niin ikään siinä, kuinka avoimesti tiedonantajat kuvailivat kokemuksiaan. Eri maiden aineistojen ja tutkimustulosten samankaltaisuuden voidaan kuitenkin ajatella vahvistavan tutkimuksen uskottavuutta kulttuurisista eroista huolimatta. Uskottavuuden ja yleensäkin tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkittävää myös tutkijan ja tiedonantajien välinen luottamus. Tässä tutkimuksessa luottamuksen syntymistä voidaan ajatella auttaneen sen, että paikallisilla tutkijoilla ja tiedonantajilla oli sama kansalaisuus. On niin ikään huomioitava, että kulttuurisia vaihteluita esiintyy sekä ryhmien välillä että niiden sisällä (Rastas 2005). Oletus siitä, että yksilö on tietynlainen kuuluessaan tiettyyn ryhmään, saattaa pahimmillaan muodostua tutkijan ja tutkimukseen osallistujan välisen keskinäisen ymmärryksen esteeksi (Rastas 2005).

Tämän tutkimuksen uskottavuutta vahvistettiin myös käyttämällä menetelmä- ja aineistotriangulaatioita. Menetelmätriangulaatio toteutettiin keräämällä aineistoa yksilöhaastatteluilla, ryhmähaastatteluilla ja ei-osallistuvalla havainnoinnilla. Sen avulla oli mahdollista saada esiin niitä ainutkertaisia eroavaisuuksia ja sitä merkityksellistä tietoa, jotka olisivat voineet jäädä huomioimatta, jos olisi käytetty vain yhtä aineistonkeruumenetelmää. Aineistotriangulaatiossa tiedonantajina olivat sekä mielenterveyskuntoutujat että mielenterveysalan ammattilaiset. Kahden eri ryhmän näkemykset tutkittavasta aiheesta mahdollistivat laaja-alaisemman ymmärryksen kuntoutujien koulutusinterventioon osallistumisesta kuin pelkästään jommankumman ryhmän kokemukset. (Thurmond 2001.)

Tutkimusprosessin aikana kirjoitettiin päiväkirjoja, joissa kuvattiin tutkijan ajatuksia, kokemuksia ja pohdittiin valintoja (Kylmä & Juvakka 2012). Ne mahdollistivat myöhemmin analyysissa muodostuvien kategorioiden peilaamisen tutkijan aineistonkeruuvaiheen ajatuksiin. Päiväkirjamerkintöjen ja kategorioiden samansuuntaisuus vahvistivat tutkimuksen uskottavuutta. Kaiken kaikkiaan aineiston analyysi oli jatkuvaa vuoropuhelua alkuperäisen aineiston ja muodostuvien kategorioiden välillä, jonka tukena käytettiin tutkijan päiväkirjamerkintöjä. Tarvittaessa kategorioita ryhmiteltiin ja nimettiin uudelleen niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä.

Uskottavuutta lisäsi vielä se, että tutkija vietti aineiston kanssa paljon aikaa (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkija teki itse kaikkien suomalaisten aineistojen analyysit ja kansainvälisen aineiston analyysit pelkistämisen vaiheesta eteenpäin. Samoin tutkimuksen Suomessa tehdyn osuuden haastattelut ja litteroinnit teki



tutkija itse. Lisäksi kuntoutujien haastattelut toteutettiin ennen ja jälkeen koulutusintervention, mikä lisäsi tutkijan aineiston kanssa viettämää aikaa. Tutkimuksesta myös keskusteltiin samaa aihetta tutkivien kanssa.

**Vahvistettavuus** toteutuu silloin, kun tutkija kuvaa riittävän tarkasti, miten on päätytty tuloksiinsa ja lukija voi seurata analyysiprosessin kulkua pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2012). Osajulkaisuissa I ja III esitettyjen analyysin etenemistä kuvaavien taulukoiden tarkoituksena on antaa lukijalle mahdollisuus arvioida luokittelun onnistumista. Lisäksi tässä tutkimusraportissa on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimusprosessin kaikki vaiheet, jotta lukija voi seurata tutkimuksen etenemistä. Vahvistettavuus on kriteerinä siinä mielessä ongelmallinen, että laadullisessa tutkimuksessa samasta ilmiöstä voidaan päätyä erilaiseen tulkintaan sen kuitenkaan heikentämättä tutkimuksen luotettavuutta, sillä erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkittavana olevasta monitahoisesta ilmiöstä (Malterud 2001).

**Refleksiivisyys** edellyttää, että tutkija on tietoinen omista ennako-oletuksistaan sekä siitä, miten hänen aikaisempi kokemus vaikuttaa tutkimusprosessin kulkuun (Mays & Pope 2000, Kylmä & Juvakka 2012). Laadulliselle tutkimukselle tunnusomaista on ihmislähtöisyys, jolloin tutkimusta tehtäessä tutkija ei voi asettua ulkopuolisen tarkkailijan rooliin, vaan hän on tiiviissä vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistujien kanssa (Sandelowski & Barroso 2002, Kylmä & Juvakka 2012). Aineiston analyysissä on väistämättä mukana tulkintaa, ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavat myös tutkijan tieto ja uskomukset tutkittavasta aiheesta (Sandelowski & Barroso 2002). Ennen EMILIA-projektin aloittamista tutkijoilla oli yhteinen menetelmäkoulutus, jolloin yhdessä keskusteltiin tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä asioista. Yhtenä tavoitteena oli tunnistaa tutkijoiden ennako-oletukset suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Lisäksi tutkijoilla oli koko tutkimusprosessin ajan säännöllinen ryhmäkeskustelu kuu-kausittain, jossa kaikilla oli mahdollisuus tuoda esiin omia näkökulmiaan. Tutkijaryhmän kansainvälisyydestä johtuen keskusteltavat aiheet olivat monipuolisia, ja tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä asioista keskusteltiin usein. Lisäksi tämän tutkimuksen tekijä on pyrkinyt olemaan koko tutkimusprosessin ajan tietoinen omista ennako-oletuksistaan ja niiden mahdollisesta vaikutuksesta tutkimustuloksiin (Ashworth 1997). Vähentääkseen omien ennako-oletusten vaikutusta tutkija on pyrkinyt tarkastelemaan aineistoa uusista näkökulmista, jotka eivät mukaile tutkijan aiempia käsityksiä tutkittavasta aiheesta (Ashworth 1997).

**Siirrettävyys** tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen vastaavanlaiseen kontekstiin. Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan tutkimukseen osallistujia ja sitä kontekstia, jossa tutkimus toteutettiin, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä johonkin toiseen vastaavaan kontekstiin. Myös tulosten esittelyssä käytettyjen suorien lainausten tarkoituksena on parantaa tutkimustulosten siirrettävyyttä. (Graneheim & Lundman 2004.) Kuitenkin tämän tutkimuksen osallistujamäärä oli pieni eikä tuloksia voida yleistää muihin vastaaviin toimintaympäristöihin. Toisaalta tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla tutkittavan ilmiön laadullisia ominaisuuksia ja pyrkiä tuomaan esiin laadullista vaihtelevuutta, jolloin osallistujamäärä ei ole suoraan yhteydessä siihen, kuinka laadullisesti rikasta aineistoa tutkimuksessa saadaan (Schreier 2012). Tutkimustulosten siirrettävyyteen tuo haasteita vielä se, että tutkimus toteutettiin yhdeksässä eri maassa. Se tarkoittaa erilaisia mielenterveyshoitotyön konteksteja. Siihen nähden tässä tutkimuksessa kuvailtu ympäristö, jossa tutkimus toteutettiin, ei välttämättä anna riittävästi tietoa, jotta lukija voisi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä. Toisaalta kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet toimivat mielenterveyspalveluita tuottavissa yksiköissä, jotka tarjoavat palveluitaan toipumisvaiheessa oleville mielenterveyskuntoutujille. Lisäksi kyse on länsimaiseen kulttuuripiiriin kuuluvista Euroopan maista, minkä voisi ajatella luovan samantyyppisen kulttuurisen kontekstin.

### 6.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokset osoittivat koulutusintervention osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta olevan moniulotteinen prosessi. Se koostui mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevista tekijöistä, koulutustapah-tuman ulottuvuuksista, koulutuksen seurauksista ja mielenterveyskuntoutuksen kouluttautumista edistävästä tuen muodoista. Tulokset olivat yllättävän samansuuntaiset joka maassa ottaen huomioon, että osallistajat edustivat yhdeksää eri kansalaisuutta. Ainoastaan työllistymisessä koulutusintervention jälkeen oli selkeää vaihtelevuutta. Tämä voi kuitenkin heijastaa enemmän eri maiden taloudellista tilannetta kuin koulutusintervention merkitystä työllistymisen edistämässä. Yhteiskunnan huonolla taloudellisella tilanteella on väistämättä yhteyttä siihen, miten ihmiset työllistyvät.

## **Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät**

Mielenterveyskuntoutujien koulutusvalmiutta paransi, kun koulutuksella oli selkeä tavoite. Mielenterveyskuntoutujien koulutuksen tavoitteellisuuden merkitys koulutuksen onnistumiselle on tullut esiin aiemmissa tutkimuksissakin (Arbesman & Logsdon 2011, Royn ym. 2016). Samoin tuetussa koulutuksessa tavoitteellisuus näkyy urasuunnittelun muodossa, vaikka sen ensisijaisena tavoitteena onkin koulutuksellinen osallistuminen (Mowbray ym. 2005, Unger 2013).

Tämä tutkimus osoitti oppijan motivaation merkityksen hänen oppimisprosessinsa edistäjänä ja siten tuki myös aiempaa tutkimustietoa (Gutman 2008, Järvikoski & Härkäpää 2011, Roy ym. 2016). Yllättävää on, että Royn ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa psyykkisesti sairaiden hyvä menestys opinnoissa selittyi motivaatiolla, mutta vertailuryhmässä olevien terveiden osallistujien opintomenestykseen olivat selkeimmin yhteydessä kognitiiviset ja sosiaaliset taidot (Roy ym. 2016). Tärkeää olisikin jo mielenterveyskuntoutujien koulutuksen suunnitteluvaiheessa huomioida, miten heidät saataisiin motivoitumaan koulutukseen osallistumiseen. Yksi keino voisi olla, että koulutukseen osallistujat olisivat mukana jo koulutuksen suunnitteluvaiheessa, niin kuin he olivat tässäkin tutkimuksessa. Tulokset osoittivat, että mahdollisuus työllistyä opintojen kautta herättää usein kuntoutujien motivaation opiskella. Tämä saattaa kuvastaa myös työn merkitystä mielenterveyskuntoutujille, sillä he kokevat työn antavan mahdollisuuden saavuttaa sosiaalisesti hyväksytty status, parantavan sosiaalista elämää ja tuovan rytmiä ja merkityksellisyyttä elämään (Fossey & Harvey 2010). Koskinen (2004) suosittelee koulutusta osaksi ammatillista kuntoutusta, kunhan huomioidaan se, että kuntoutujan voimavarat ovat riittävät. Tämäkin tutkimus osoitti, kuinka tärkeää koulutuksen oikea-aikaisuus on, jotta kuntoutajat jaksaisivat olla mukana koko koulutusprosessin ajan.

Tämän tutkimuksen mukaan kouluttautumista vaikeutti yhteiskunnasta syrjäytyminen. Se etäännyttää kuntoutujia myös koulutusjärjestelmän piiristä. Tähän tutkimukseen haastatellut kokivat stigman ja syrjinnän olevan esteinä kuntoutujien sosiaaliselle integraatiolle. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa (Mairs & Bradshaw 2004, Atkinson 2009, Lloyd & Tse 2010, Roy ym. 2016). Stigman on todettu heikentävän itsetuntoa ja vähentävän luottamusta omiin kykyihin. Se johtaa arvottomuuden tunteeseen ja tunteeseen kykenemättömyydestä hoitaa annettuja tehtäviä loppuun saakka. (Fung ym. 2007.) Stigman vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet mielenterveyspalveluiden piirissä ovat ensiarvoisen tärkeitä, jotta kuntoutujien kouluttautumista voitaisiin

helpottaa. Li (2014) ehdottaa ratkaisuksi stigman vähentämiseen kohdistuvaa interventiota (Li 2014). Se voisi olla hyödyllistä toteuttaa ennen koulutuksen alkamista, koska kuntoutujilla saattaa olla vaikeuksia selviytyä koulutusohjelman kognitiivisista haasteista. Stigma-interventio voisi vahvistaa kuntoutujien koulutusvalmiutta lisäämällä uskoa omiin kykyihin ja onnistumiseen. Lisäksi muiden ihmisten asenteisiin ja ennakkoluuloihin psyykkisesti sairaita kohtaan saattaa vaikuttaa tiedon puute. Tiedon lisääminen psyykkisistä sairauksista ja niiden merkityksestä sairastuneille olisikin tärkeää muiden ihmisten ennakkoluulojen vähentämiseksi ja heidän asenteidensa parantamiseksi psyykkisesti sairaita kohtaan (Lloyd & Waghorn 2007).

Psyykkisen sairauden koettiin heikentävän kuntoutujien kognitiivisia taitoja ja fyysistä toimintakykyä. Pahimmillaan sairaus vangitsi kuntoutujan voimavarat niin, että ajatusten kohdistaminen tulevaisuuteen oli mahdotonta ja ihminen oli lukossa itsensä kanssa. Psyykkisen sairauden koulutuksessa selviämistä heikentävä vaikutus on aiemminkin todettu lukuisissa tutkimuksissa (Breslau ym. 2008, McGurk & Wykes 2008, Tan 2009, Lloyd & Tse 2010, Manthey 2011, Waghorn ym. 2011, Rinaudo & Ennals 2012, Schindler & Sauerwald 2013). Koulutuksen ajoituksen kannalta se on haastavaa, sillä sairauden luonne on aaltoileva ja toipumisprosessin aikanakin voi tulla sairauden pahenemisvaiheita. Ihmisen oppimismahdollisuudet heikentyvät, jos elämäntilanne on niin kuormittava, että se aiheuttaa aikaisempien tavoitteiden hämärtyvän ja sen, että kiinnostus ympäristöä kohtaan vähenee (Järvikoski & Härkäpää 2011).

## **Koulutustapahtuman ulottuvuudet**

Koulutustapahtumaa kuvaillessaan mielenterveyskuntoutajat ja mielenterveyden ammattilaiset toivat esiin oppijoiden ja kouluttajien välisen vuorovaikutuksen, joka parhaimmillaan loi yhteenkuuluvuuden tunnetta ja lisäsi innostusta koulutukseen osallistumiseen. Tässä koulutusinterventiossa myös osa kuntoutujista toimi kouluttajina. Sitä pidettiin merkittävänä tekijänä empaattisen ilmapiirin luomisessa. Tällaisen ilmapiirin on todettu lisäävän mahdollisuutta vertaistuelle samoin kuin sosiaalisten verkostojen luomiselle (Moran ym. 2014). Näin ollen se antaa lisäksi mahdollisuuden sosiaalisten taitojen harjoittamiselle. Koulutustapahtumassa voidaan ajatella olevan myös sosiaalisen kuntoutuksen piirteitä. Samoin Tse kollegoineen (2014) totesi tutkimuksessaan hyvän kuntoutujien ja kouluttajan välisen suhteen olevan merkittävä tekijä kuntoutujien voimaantumiseen. Kuitenkaan onnistuneen sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä

koulutustapahtumassa ei aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa ole juurikaan tullut esiin. Se on merkittävä tekijä, kun halutaan edistää kuntoutujien koulutukseen osallistumista. Tässä tutkimuksessa arvostettiin kouluttajien sosiaalisia taitoja, muun muassa taitoa kuunnella, kykyä ymmärtää ja aitoa kiinnostusta oppijoita kohtaan. Lisäksi kouluttaja koettiin yhdeksi tärkeimmistä tuen antajista koulutuksen aikana samoin kuin perheenjäsenet, ystävät, mielenterveyden ammattilaiset ja vertaiset. Sosiaalinen tuki on aiemmissakin tutkimuksissa todettu avaintekijäksi mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa menestymiseen (Bybee ym. 2000, Collins ym. 2000, Isenwater ym. 2002, Roy ym. 2016).

Järvikoski ja Härkäpää (2011) korostavat didaktisten periaatteiden huomioimista silloin, kun kuntoutuskursseihin liittyy koulutuksellisia elementtejä kuten luentoja, sillä ihmiset käsittelevät saatua informaatiota erilaisilla tavoilla. Myös Gould tutkimusryhmineen (2008) kehottaa kiinnittämään huomiota opetusmenetelmiin, jos kuntoutujan oppimisvalmiudet ovat heikot huonontuneen suorituskyvyn vuoksi. Samoin tämä tutkimus osoitti opetuksen pedagogisella toteutuksella olevan yhteyttä mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa selviämiseen. Mielenterveyskuntoutajat ja henkilökunta toivat esiin useita oppimista edistäviä oppimisympäristön elementtejä. Niitä olivat esimerkiksi lyhyet koulutussessiot, pienet ryhmät, ryhmässä oppiminen, kertaus, selkeät ohjeet, turvallinen ilmapiiri ja rauhallinen ja kärsivällinen kouluttaja. Busseman ja Nemečin (2006) mukaan pohdiskeluun haastaminen ja dialektinen keskustelu tukevat oppijoiden oppimista. Samoin Järvikoski ja Härkäpää (2011) pitävät välttämättömänä mahdollisuutta kiireettömään reflektioon, jotta kuntoutujalla on aikaa omaksua uusi tieto. Tässä tutkimuksessa koettiin tärkeäksi kuntoutujien mahdollisuus oppia omaan tahtiin. Tämä viitannee edellä mainittuun riittävään aikaan reflektoida, mutta myös mielenterveyskuntoutujien yksilöllisyyteen oppijoina, mikä johtuu heidän psyykkisestä sairaudestaan. Tarve kuntoutujakeskeisyyden ja yksilöllisyyden huomioimiseen koulutusinterventioita toteutettaessa sekä mahdollisuus joustaviin koulutusmahdollisuuksiin on tullut esiin aiemmissa tutkimuksissakin (Clayton & Tse 2003, Mairs & Bradshaw 2004, Schindler & Kientz 2013, Miettinen 2014).

Tulokset osoittivat, että yhteistyö mielenterveyskuntoutujan, kuntoutusorganisaation ja koulutusorganisaation välillä on edellytys oppijakeskeisen koulutuksen toteuttamiselle. Aiemminkin on tutkimuksissa todettu, että mielenterveyskuntoutujien koulutuksen onnistumisessa on oleellisen tärkeää yhteistyö kuntoutus- ja koulutusorganisaatioiden ja opiskelijan hoito- ja tukitahojen välillä (Mowbray ym. 2002, Miettinen 2014). Yhteistyötä parantavaksi tekijäksi ehdo-

tettiin tässä tutkimuksessa yhdyshenkilöä koulutus- ja kuntoutusorganisaation välillä sekä yhteistyöpalavereja, joissa on mukana myös kuntoutuja. Tulos vahvistaa aiempaa tutkimustietoa (Miettinen 2014), mutta aiemmissa tutkimuksissa mielenterveyskuntoutuja ei kuitenkaan näydy aktiivisena toimijana tässä yhteistyössä. Pitkään onkin keskusteltu siitä, että mielenterveyskuntoutujien olisi tärkeää päästä mukaan oman hoito- ja kuntoutusprosessinsa suunnitteluun, mutta edelleenkin he eivät ole siinä riittävästi mukana, vaikka itse niin haluaisivatkin (Tait 2005, Newman ym. 2015). Newman kumppaneineen (2015) peräänkuuluttaakin perusteellista muutosta palveluiden käyttäjien ja palveluiden tarjoajien välisessä suhteessa, jotta helpotettaisiin palveluiden käyttäjien osallistumista heidän omaan hoitoonsa.

### **Koulutuksen seuraukset**

Koulutusinterventio koettiin tässä tutkimuksessa oppimista edistävänä prosessina, joka aktivoi kuntoutujien ajatteluprosessia. Uuden tiedon oppimisen kautta kuntoutujat kokivat ymmärryksensä lisääntyneen. Nämä tulokset osoittavat, että koulutusinterventioon osallistuessaan kuntoutujilla oli mahdollisuus harjoitella myös kognitiivisia taitoja. Se on tärkeää, sillä tämän tutkimuksen mukaan pitkien taukojen kuntoutujien kouluttautumisessa koetaan heikentävän heidän opiskelutaitojaan. Samoin Isenwater ym. (2002) ja Kidd ym. (2014) ovat raportoineet mielenterveyskuntoutujien kognitiivisten taitojen parantumisesta tuetun koulutuksen yhteydessä. Kidd kumppaneineen (2014) havaitsi kognitiivisen kuntoutuksen yhdistämisen tuettuun koulutukseen edistävän opiskeluiden parissa pysymistä ja parantavan akateemisia taitoja.

Koulutusinterventioon osallistuneet kuvailivat sitä terapeutiksi prosessiksi, joka voimaannuttaa ja edistää mielenterveyttä. Tulos vahvistaa aiempaa tutkimustietoa (Zhang ym. 2011). Lisäksi kuntoutujien positiivisten sisäisten voimavarojen, kuten itseluottamuksen, itsetuntemuksen ja itsetunnon, koettiin parantuneen koulutusintervention myötä. Oppiminen synnytti toivoa. Mielenterveyskuntoutujat kokivat toivon merkittäväksi tekijäksi heidän toipumisprosessissaan. Näyttää siltä, että koulutusinterventiossa toteutui osa tuetun koulutuksen pääperiaatteista (Mowbray ym. 2005, Unger 2013).

Kuntoutujien valmiuksien sosiaaliseen integraatioon koettiin parantuneen koulutusintervention myötä. Sosiaalisen integraation kautta psyykkisesti sairastuneilla on mahdollisuus kehittää ja harjoitella kykyjään vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa ja yhteiskunnan jäsenenä olemiseen (Ware ym. 2007).

Vaikuttaa siltä, että koulutusinterventioon osallistuminen antoi kuntoutujille mahdollisuuden harjoitella näitä kykyjä, mikä näyttäytyi sosiaalisen elämän vilkastumisena ja valmiutena laajentaa sosiaalista verkostoaan myös mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle. Lisäksi koulutusinterventioon loppua kohden yhä paranevan sosiaalisen elämän voisi tulkita olevan merkki kuntoutujien parantuneesta kyvystä rakentaa ja ylläpitää ihmissuhteita. Sosiaalisen elämän vilkastumisen ja sosiaalisten kykyjen parantumisen on todettu edistävän sosiaalista integraatiota (Mowbray 2000, Isenwater ym. 2002, Hammond 2004, Dunn ym. 2008).

Tutkimustulokset osoittivat lisäksi mielenterveyskuntoutujien vaihtelevan osallistumisaktiivisuuden, ja joidenkin kohdalla kokemukset koulutusinterventioon osallistumisesta olivat jopa negatiivisia. Osa kuntoutujista keskeytti koulutuksen. Yhtenä syynä koulutuksen keskeytymiseen oli psyykkisen voimien huonontuminen, kuten myös Atkinsonin tutkimusryhmineen (2009) raportoi. Muita syitä olivat liian kiireinen henkilökohtainen elämäntilanne tai se, että kuntoutujan ja kouluttajan kemia ei ollut yhteensopiva. Osa keskeytyksen syistä jäi tuntemattomaksi. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että kuntoutujien huoli heihin kohdistuvista odotuksista, huoli mielenterveysongelmien pahentumisesta (Megivern ym. 2003), aikaisemmat negatiiviset oppimiskokemukset (Tinklin ym. 2005) ja motivaation puute saattavat vaikeuttaa koulutukseen osallistumista (Schindler & Kientz, 2013). Silloin, kun mielenterveyskuntoutuja keskeyttää koulutukseen osallistumisen, olisi erityisen tärkeää selvittää syy, miksi näin tapahtui ja antaa sen mukaisesti hänelle tukea. Se voisi rohkaista häntä myöhemmin jatkamaan opintojaan. Samaten joustavat opintomahdollisuudet koulutusorganisaatioiden taholta helpottaisivat kuntoutujien keskeytyneiden opintojen jatkamista.

### **Kouluttautumista edistävät tuen muodot mielenterveyskuntoutuksessa**

Sisäisten voimavarojen vahvistaminen ja tukea ja ammattilaisten asiantuntemusta tarjoavan ympäristön luominen osoittautuivat tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutuksen tuen muodoiksi, joiden koettiin auttavan kuntoutujia heidän kouluttautumisessaan. Tämän voisi tulkita siten, että tuen tulisi olla sekä sisäistä että ulkoista, niin kuin myös Schindler & Kientz (2013) ovat todenneet.

Sisäisten voimavarojen vahvistaminen tämän tutkimuksen yhteydessä tarkoitti itsetunnon vahvistamista, toivon herättämistä, pyrkimistä positiiviseen kuvaan itsestä, terveitä puolia korostavan minäkuvan luomista sekä omien vah-

vuuksien tunnistamista ja niiden käyttämisen oppimista. Nämä tulokset viittaavat siihen, että toipumiskeskeisellä lähestymistavalla mielenterveyskuntoutuksessa voitaisiin auttaa mielenterveyskuntoutujia selviytymään koulutuksessa. Tämä ei ole uusi näkökulma kuntoutujien koulutuksessa, sillä toipumiskeskeistä lähestymistapaa on sovellettu esimerkiksi toipumiseen keskittyvissä kouluissa (recovery colleges), jotka korostavat yksilön positiivisia voimavaroja sen sijaan, että keskiössä olisivat hänen ongelmansa ja vajavuutensa (Perkins ym. 2012). Samalla tavalla mielenterveyskuntoutujille suunnattu tuettu koulutus keskittyy opiskelijan vahvuuksiin ja hänen sairaudestaan johtuviin tarpeisiinsa (Mowbray ym. 2005, Unger 2013). Pääperiaatteet tuetussa koulutuksessa ovat toivo, normaaliuden tunne, itsemääräämisoikeus, tuki ja ihmissuhteet (Mowbray ym. 2005, Unger 2013). Tutkimusten mukaan tuettu koulutus edistää mielenterveyskuntoutujien osallistumista koulutukseen ja työhön (Isenwater ym. 2002, Smith-Osborne 2005, Gutman ym. 2009, Arbesman & Logsdon 2011), tukee saavuttamaan koulutukselliset tavoitteet (Best ym. 2008), parantaa akateemisia ja sosiaalisia taitoja, valmistaa kouluttautumaan lisää ja auttaa sopeutumaan opiskelijan rooliin (Gutman ym. 2007). Yhteenvetona voitaneenkin todeta, että tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan toipumiskeskeinen kuntoutusote edistää myös mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa selviytymistä. Kuitenkaan Suomessa tätä aihetta ei ole aiemmin tutkittu. Lisäksi tämä tutkimus toi uutta näkökulmaa kansainvälisestäkin siksi, että toipumiskeskeistä kuntoutusotetta tarkasteltiin mielenterveyspalveluita tarjoavien yksiköiden kontekstissa.

## 6.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

1. Kouluttautuminen tulee ottaa tietoisesti osaksi mielenterveyskuntoutujien kuntoutusohjelmaa ja sen tulee olla tavoitteellista. Kouluttautumisen hyödyt näyttävät olevan monelta osin yhteneväisiä useiden muiden mielenterveyskuntoutuksen osa-alueiden kuntoutumista edistävien piirteiden kanssa.
2. Toipumiskeskeinen lähestymistapa mielenterveyskuntoutuksessa tukee myös kuntoutujien koulutuksellisia pyrkimyksiä. Sen toteuttaminen käytännössä edellyttää ammattilaisten ja mielenterveyskuntoutujien yhteistä näkemystä siitä, mitä toipumiskeskeisytyllä tarkoitetaan ja mihin sillä pyritään.



3. Mielensterveyskuntoutajat tarvitsevat mahdollisuuden tuen saamiseen koko koulutusprosessin ajan. Mielensterveysalan ammattilaiset ovat avainasemassa tukeakseen kuntoutujien kouluttautumista, ja siihen he tarvitsevat erityisosaaamista. Samoin kuntoutujien perheenjäsenten tuki on tärkeää, ja se tulee huomioida mielensterveystyössä.
4. Yhteistyö mielensterveyskuntoutujan, kuntouttavan tahon ja koulutusorganisaation välillä on tärkeää kuntoutujien kouluttautumisen tukemisessa. Sitä on tarvetta lisätä. Kuntoutujat tulee ottaa mukaan myös koulutusten suunnitteluun ja arviointiin.
5. Kouluttajat tarvitsevat erityisosaaamista mielensterveyskuntoutujien kohtaamisessa, heidän erityistarpeidensa tunnistamisessa ja niihin vastaamisessa.
6. Koulutusorganisaatioiden henkilökunnan tietoa mielensterveysongelmiin liittyvissä erityiskysymyksissä tulee lisätä.
7. Tarvitaan joustavia ja yksilöllisiä koulutusmuotoja. Ne mahdollistavat kuntoutujien kouluttautumisen jatkumisen, vaikka välillä olisikin sairauden pahenemisvaiheita, jolloin koulutus saattaa keskeytyä.

## 6.5 Tulosten hyödyntäminen

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostunut käytännön teoria antaa kokonais kuvan koulutukseen osallistumisen prosessista ja auttaa siten hahmottamaan ne tekijät, jotka koettiin olevan yhteydessä kuntoutujien koulutusinterventioon osallistumiseen ja siinä selviytymiseen. Teoriaa voidaan hyödyntää mielensterveyskuntoutuksen kentällä sekä koulutusorganisaatioissa silloin, kun mielensterveyskuntoutujille järjestetään koulutusinterventio tyypisiä koulutuksia. Tässä tutkimuksessa tuotettu tieto hyödyttää myös koulutuksen järjestäjiä, joilla ei ole aiempaa kokemusta kuntoutujien koulutusten järjestämisestä. Käytännön teoria auttaa ymmärtämään kuntoutujien yksilöllisyyttä ja erityistarpeita, jotka tulisi ottaa huomioon koulutusten yhteydessä.

Tulokset osoittivat tarvetta kuntoutujan, kuntouttavan tahon ja koulutusorganisaation välisen yhteistyön kehittämiseen. Siihen tarkoitukseen käytännön teo-

ria antaa käyttökelpoista tietoa. Tätä tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalan johtamisessa, kun toimintoja suunnitellaan ja uudelleen organisoidaan. Yhteistyön lisääminen koulutusorganisaatioiden sekä sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden välillä tukee mielenterveyskuntoutujien koulutuksessa selviämistä ja näin ollen myös heidän kuntoutumistaan ja yhteiskunnallista osallisuuttaan. Tällä on todennäköisesti taloudellistakin merkitystä. Lisäksi tämä tutkimus osoitti toipumiskeskeisen ajattelutavan mielenterveyskuntoutuksessa edistävän kuntoutujia saavuttamaan heidän koulutuksellisia tavoitteitaan. Toipumiskeskeisen lähestymistavan toteutuminen mielenterveyskuntoutuksessa edellyttää, että kaikissa mielenterveyspalveluita tarjoavissa organisaatioissa omaksutaan yhtenäinen ajattelutapa. Tämä edellyttää myös ammattilaisten ja kuntoutujien yhteistä näkemystä siitä, mitä toipumiskeskeisyydellä tarkoitetaan. Tärkeää onkin luoda edellytykset yhteiselle keskustelulle ja mahdollisesti koulutuksellekin koko sosiaali- ja terveysalan kentällä.

Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujille suunnattu koulutusinterventio edisti heidän kuntoutumistaan ja sosiaalista integraatiotaan, mikä osoittaa koulutuksen olevan hyödyllinen osa mielenterveyskuntoutusta. Lisäksi joustavat koulutusmahdollisuudet edistivät kuntoutujien opinnoissa selviämistä. Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa on tärkeää huomioida nämä näkökulmat ja pyrkiä luomaan sellaiset olosuhteet, jotka tukevat mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista.

Onnistunut vuorovaikutusprosessi mielenterveyskuntoutujien koulutuksen yhteydessä tukee heidän koulutuksessa selviytymistään. Tämä tieto on tärkeää muussakin kanssakäymisessä psyykkisesti sairastuneiden kanssa. Onkin tärkeää huomioida jo sosiaali- ja terveysalan tulevien ammattilaisten koulutuksessa ne erityispiirteet, jotka liittyvät kanssakäymiseen mielenterveyskuntoutujien kanssa. Myös opetushenkilökunnan osaamista olisi syytä kehittää psyykkisesti sairastuneiden kohtaamisessa ja opettamiseen ja ohjaukseen liittyvissä erityiskysymyksissä (Miettinen 2014).

## 6.6 Jatkotutkimusehdotukset

Tulokset osoittivat kuntoutujien koulutuskokemusten olevan hyvin yksilöllisiä. Laajempi laadullinen aineisto voisi antaa vielä rikkaamman kuvan kuntoutujien kouluttautumisprosessista. Mallia voidaan vielä kehittää keräämällä aineistoa kuntoutujien läheisiltä. On tärkeää saada heidän näkemyksensä siitä, miten kun-

toutujia voidaan tukea kouluttautumisessa ja millainen rooli omaisilla olisi hyvä olla tässä prosessissa. Lisäksi on tarvetta tutkia, miten koulutusorganisaatioiden opetushenkilöstö kokee kuntoutujien kouluttamisen. Tämä tutkimus osoitti heidän tarpeensa lisäkoulutukseen, jotta he olisivat valmiimpia toimimaan kuntoutujien kouluttajina.

Käytännön teorian testaaminen on tarpeen isommalla otoksella. Teorian pohjalta voidaan rakentaa mittari, jota voidaan käyttää aineiston keruussa ja testata mallin toimivuutta koe-kontrolliasetelmalla. Tutkimusta on hyvä kohdistaa myös koulutusorganisaatioissa tapahtuvaan mielenterveyskuntoutujien koulutukseen. Tässä tutkimuksessa kontekstina oli ainoastaan mielenterveyspalveluita tuottavat yksiköt.

# LÄHTEET

- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. 2003. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 37, 586–594.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti* 71, 1759–1764.
- Arbesman, M. & Logsdon, DW. 2011. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy* 65, 238–246.
- Ashcraft, L., Anthony, WA. & Dayan, E. 2006. Moving recovery into the classroom. *Behavioral Healthcare* 26, 10–12.
- Asher, L., Fekadu, A., Hanlon, C., Mideksa, G., Eaton, J., Patel V. & De Silva, MJ. 2015. Development of a community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One* 10, e0143572-e0143572.
- Ashworth, PD. 1997. The variety of qualitative research. Part one: introduction to the problem. *Nurse Education Today* 17, 215–218.
- Aston, V. & Coffey, M. 2012. Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 257–263.
- Atkinson, S., Bramley, C. & Schneider, J. 2009. Professionals' perceptions of the obstacles to education for people using mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 33, 26–31.
- Au, DWH., Tsang, HWH., So, WWY., Bell, MD., Cheung, V., Yiu, MGC., Tam, KL. & Lee, GT. 2015. Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research* 166, 297–303.
- Barroso, J., Gollup, C., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. & Collins, L. 2003. The challenge of searching for and retrieving qualitative studies. *Western Journal of Nursing Research* 25, 153–178.
- Bassman, R. 2006. The evolution from advocacy to self-determination. *Teoksessa Mental Health, United States, 2004. Toim. Manderscheid RW & Berry JT. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 14–22.*
- Bechi, M., Riccaboni, R., Ali, S., Fresi, F., Buonocore, M., Bosia, M., Cocchi, F., Smeraldi, E. & Cavallaro, R. 2012. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research* 198, 371–377.

- Beery, TA. 2010. Essentials on qualitative research methods: Clinical considerations for allied professionals. *Hearth Rhythm* 7, 572–574.
- Bellack, AS. 2004. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 375–391.
- Best, LJ., Still, M. & Cameron, G. 2008. Supported education: Enabling course completion for people experiencing mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal* 55, 65–68.
- Bielavitz, S., Wisdom, J. & Pollack, DA. 2011. Effective mental health consumer education: A preliminary exploration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 38, 105–113.
- Bondas, T. & Hall, OC. 2007. Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research* 17, 113–21.
- Bowie, CR., McGurk, SR., Mausbach, B., Patterson, TL. & Harvey, PD. 2012. Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: Effects on cognition, functional competence, and real-world behavior. *The American Journal of Psychiatry* 169, 710–718.
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N. & Kessler, RC. 2008. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research* 42, 708–716.
- Brockelman, KF., Chadsey, JG. & Loeb, JW. 2006. Faculty perceptions of university students with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30, 23–30.
- Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen Lääkärilehti* 61, 4219–4225.
- Bucci, P., Piegari, G., Mucci, A., Merlotti, E., Chieffi, M., De Riso, F., De Angelis, M., Di Munzio, W. & Galderisi, S. 2013. Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: A randomized trial in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 150, 69–75.
- Bussema, E. & Nemeč, P. 2006. Effective teaching. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29, 315–317.
- Bybee, D., Bellamy, C. & Mowbray, CT. 2000. Analysis of participation in an innovative psychiatric rehabilitation intervention: Supported education. *Evaluation and Program Planning* 23, 41–52.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, RR. & Kissling, W. 2007. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 68, 854–861.
- Carlsen, B. & Glenton, C. 2011. What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Medical Research Methodology* 11, 1–10.
- Cavallo, M., Trivelli, F., Adenzato, M., Bidoia, E., Giarretto, RM., Oliva, F., Ostacoli, L., Sala, A. & Picci, RL. 2013. Do neuropsychological and social cognition abilities in schizophrenia change after intensive cognitive training? A pilot study. *Clinical Neuropsychiatry* 5, 202–211.
- Chan, SWC., Li, Z., Klainin-Yobas, P., Ting, S., Chan, MF. & Eu, P-W. 2014. Effectiveness of a peer-led self-management programme for people with schizophrenia: protocol for a randomized controlled trial. *70*, 1425–1435.

- Choi, K. & Kwon, J. 2006. Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal* 42, 177–187.
- Clarke, S., Oades, LG. & Crowe, TP. 2012. Recovery in mental health: A movement towards well-being and meaning in contrast to an avoidance of symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35, 297–304.
- Clayton, J. & Tse, S. 2003. An educational journey towards recovery for individuals with persistent mental illnesses: a New Zealand perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 72.
- Cleary, M., Horsfall, J. & Hayter, M. 2014. Data collection and sampling in qualitative research: does size matter? *Journal of Advanced Nursing* 70, 473–475.
- Collins, ME., Mowbray, CT. & Bybee, D. 2000. Characteristics predicting successful outcomes of participants with severe mental illness in supported education. *Psychiatric Service* 51, 774–780.
- Cook, JA., Blyler, CR., Burke-Miller, JK., McFarlane, WR., Leff, HS., Mueser, KT. & Kaufmann, CK. 2008. Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses* 2, 37–46.
- Cook, JA., Copeland, ME., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, JA., Curtis, LC., Grey, DD. & Nichols, WH. 2010. Developing the evidence base for peer-led services: changes among participants following wellness recovery action planning (WRAP) education in two statewide initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34, 113–120.
- Cook, JA., Copeland, ME., Floyd, CB., Jonikas, JA., Hamilton, MM., Razzano, L., Carter, TM., Hudson, WB., Grey, DD. & Boyd, S. 2012. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety and recovery. *Psychiatric Services* 63, 541–547.
- Cook, JA., Jonikas, JA., Hamilton, MM., Goldrick, V., Steigman, PJ., Grey, DD., Burke, L., Carter, TM., Razzano, LA. & Copeland, ME. 2013. Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36, 250–257.
- Curtis, E. & Redmond, R. 2007. Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher* 14, 25–37.
- Deegan, P. 1996. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19, 91–98.
- Draper, AK. 2004. The principles and application of qualitative research. *Proceedings of the Nutrition Society* 63, 641–646.
- Dunn, EC., Rogers ES., Hutchinson DS., Lyass, A., MacDonald Wilson KL., Wallace LR. & Furlong-Norman K. 2008. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 35, 357–369.
- Eker, F. & Harkin, S. 2012. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 138, 409–416.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.

- Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. *Tutkiva Hoitotyö* 11, 17–25.
- EMILIA 2009. Saatavilla:  
<http://mailtodawson.wixsite.com/entermentalhealthnet/emilia-training>  
 Luettu: 15.3.2016
- Ennals, P., Fossey, EM., Harvey, CA. & Killackey, E. 2014. Postsecondary education: Kindling opportunities for people with mental illness. *Asia-Pacific Psychiatry* 6, 115–119.
- Estabrooks, CA., Field, PA. & Morse, JM. 1994. Aggregating qualitative findings: an approach to theory development. *Qualitative Health Research* 4, 503–511.
- Euroopan Unioni. 2015. Neuvoston ja komission yhteinen vuoden 2015 raportti eurooppalaisen koulutusyhteistyön strategisten puitteiden (ET 2020) täytäntöönpanosta. Eurooppalaisen koulutusyhteistyön uudet painopisteet (2015/C 417/04). Saatavilla [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015XG1215\(02\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015XG1215(02)&from=EN)  
 Luettu 2.11.2016
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S. & Bonsack, C. 2011. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 67, 401–407.
- Fawcett, J. & Garity, J. 2009. Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fernandez, RS., Evans, V., Griffiths, RD. & Mostacchi, M. 2006. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 70–80.
- Fisher, M., Holland, C., Subramaniam, K. & Vinogradov, S. 2010. Neuroplasticity-based cognitive training in schizophrenia: an interim report on the effects 6 months later. *Schizophrenia Bulletin* 36, 869–879.
- Flemming, K. 2007. The synthesis of qualitative research and evidence-based nursing. *Evidence Based Nursing* 10, 68-71.
- Flick, U. 2014. An introduction to qualitative research. Edition 5. SAGE.
- Forrest, R. 2014. The implications of adopting a human rights approach to recovery in practice. *Mental Health Practice* 17, 29–33.
- Fossey, EM. & Harvey, CA. 2010. Finding and sustaining employment: A qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 77, 303–314.
- Freeman, T. 2006. 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 56, 491–497.
- Fung, KMT., Tsang, HWH., Corrigan, PW., Lam, CS. & Cheung, WM. 2007. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 53, 408–418.
- Galderisi, S., Piegari, G., Mucci, A., Acerra, A., Luciano, L., Rabasca, AF., Santucci, F., Valente, A., Volpe, M., Mastantuono, P. & Maj, M. 2010. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: Comparison with structured leisure activities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260, 305–315.

- Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2008. Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 1, 39–53.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
- Gutman, SA. 2008. Supported education for adults with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 59, 326–327.
- Gutman, SA., Schindler, VP., Furphy, KA., Klein, K., Lisak, JM. & Durham, DP. 2007. The effectiveness of a supported education program for adults with psychiatric disabilities: the Bridge Program. *Occupational Therapy in Mental Health* 23, 21–38.
- Gutman, SA., Kerner, R., Zombek, I., Dulek, J. & Ramsey, CA. 2009. Supported education for adults with psychiatric disabilities: effectiveness of an occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy* 63, 245–254.
- Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S. & Weizman, A. 2001. Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation* 15, 349–359.
- Hammer, K., Morgensen, O. & Hall, EOC. 2009. The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 549–57.
- Hammond, C. 2004. Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: fieldwork evidence. *Oxford Review of Education* 30, 551–568.
- Hannes, K. & Lockwood, C. 2011. Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 67, 1632–1642.
- Haringsma, R., Engels, GI., Cuijpers, P. & Spinhoven, P. 2006. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *International Psychogeriatrics* 18, 307–325.
- Hartley, MT. 2010. Increasing resilience: Strategies for reducing dropout rates for college students with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13, 295–315.
- Helsingin julistus. 2013. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/25.7.2016>
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hunter Revell, SM. 2013. Making meaning in qualitative research with conversational partnership: A methodological discussion. *Advances in Nursing Science* 36, E54–E65.
- Hutchinson, D., Anthony, W., Massaro, J. & Rogers, ES. 2007. Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30, 189–197.
- Im, EO. 2005. Development of situation-specific theories: an integrative approach. *Advances in Nursing Science* 28, 137–151.



- Isenwater, W., Lanham, W. & Thornhill, H. 2002. The College Link Program: evaluation of a supported education initiative in Great Britain. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26, 43–50.
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G-R. & Azizi, A. 2013. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry* 6, 208–213.
- Jensen, LA. & Allen, MN. 1996. Meta-synthesis of qualitative findings. *Qualitative Health Research* 6, 553–560.
- Jonikas, JA., Grey, DD., Copeland, ME., Razzano, LA., Hamilton, MM., Floyd, CB., Hudson, WB. & Cook, JA. 2013. Improving propensity for patient self-advocacy through Wellness Recovery Action Planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal* 49, 260–269.
- Jormfeldt, H., Rask, M., Brunt, D., Bengtsson, A. & Svedberg, P. 2012. Experiences of a person-centred health education group intervention – A qualitative study among people with a persistent mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 33, 209–216.
- Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G. & Nagarajaiah. 2015. Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry* 14, 13–18.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2013:43. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Kaplan, K., Solomon, P., Salzer, MS. & Brusilovskiy, E. 2014. Assessing an Internet-based parenting intervention for mothers with a serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37, 222–231.
- Kemparaj, U. & Chavan, S. (2013) Qualitative research: a brief description. *Indian Journal of Medical Sciences* 67, 89–98.
- Kidd, SA., Kaur, J., Virdee, G., George, TP., McKenzie, K. & Herman, Y. 2014. Cognitive remediation for individuals with psychosis in a supported education setting: a randomized controlled trial. *Schizophrenia Research* 157, 90–98.
- Kielitoimiston sanakirja. 2016. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <http://www.kielitoimiston-sanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80> Luettu 12.6.2016.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim* 129, 2133–2139.
- Koh, J., Goh, E., Yu, KS., Cho, B., & Yang, JH. 2012. Discrepancy between participants' understanding and desire to know in informed consent: Are they informed about what they really want to know? *Journal of Medical Ethics*, 38, 102–106.
- Kopelowicz, A., Liberman, RP. & Zarate, R. 2006. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 32, S12–S23.
- Kopelowicz, A. & Liberman, RP. 2003. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services* 54, 1491–1498.
- Korhonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2013. Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 1027–1034.

- Koskinen, E-L. 2004. Koulutus osana ammatillista kuntoutusta. Uudelleen koulutuksen onnistumisen edellytyksiä. *Kuntoutus* 4, 47–55.
- Kurtz, MM., Mueser, KT., Thime, WR., Corbera, S. & Wexler, BE. 2015. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 162, 35–41.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laukkala T, Tuisku K, Fransman H & Vormaa H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. *Suomen Lääkärilehti* 21, 1508–1513.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, VJ., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. 2011. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services* 62, 1470–1476.
- Lee, WK. 2013. Effectiveness of computerized cognitive rehabilitation training on symptomatological, neuropsychological and work function in patients with schizophrenia. *Asia-Pacific Psychiatry* 5, 90–100.
- Lee, H., Fawcett, J., Yang, JH. & Hann, H-W. 2012. Correlates of hepatitis B virus health-related behaviors of Korean Americans: a situation-specific nursing theory. *Journal of Nursing Scholarship* 44, 315–322.
- Lehman, AF. 2012. Making a difference. *The American Journal of Psychiatry* 169, 678–680.
- Li, D. 2014. Should self-stigma reduction program be regarded as the first and foremost psychosocial intervention for people with schizophrenia? *International Journal of Social Psychiatry* 60, 720–721.
- Liberman, R. & Kopelowicz, A. 2009. Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A family-assisted program for Latinos in California. *Salud Mental* 32, 93–105.
- Lloyd, C. & Tse, S. 2010. Supported education. *Teoksessa Vocational Rehabilitation Health*. Toim. Lloyd, C. 187–200. Wiley-Blackwell.
- Lloyd, C. & Waghorn, G. 2007. The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy* 70, 50–59.
- Lorig, K., Ritter, PL., Pifer, C. & Werner, P. 2014. Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: a translation study. *Community Mental Health Journal* 50, 96–103.
- Lyman, DR., Braude, L., George, P., Dougherty, RH., Daniels, AS., Ghose, SS. & Delphin-Rittmon, M. 2014. Consumer and family psychoeducation: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 65, 416–428.
- Lähteenlahti Y. 2008. Psykoedukaatio psykiatrisessa kuntoutuksessa. Työterveys ja kuntoutus (Työterveyshuollon tietokannat). [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), artikkelin tunnus: kun00176 (013.060).
- Mairs, H. & Bradshaw, T. 2004. Life skills training in schizophrenia. *British Journal of Occupational Therapy* 67, 217–224.
- Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358, 483–488.

- Mansbach-Kleinfeld, I., Sasson, R., Schvarts, S. & Grinshpoon, A. 2007. What education means to people with psychiatric disabilities: A content analysis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 10, 301–316.
- Manthey, T. 2011. Using motivational interviewing to increase retention in supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 14, 120–136.
- Manthey, T.J., Rapp, C.A., Carlson, L., Holter, M.C. & Davis, J.K. 2012. The perceived importance of integrated supported education and employment services. *Journal of Rehabilitation* 78, 16–24.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Pirkola, S., Pena, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A.K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. & Härkänen, T. 2015. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders* 173, 73–80.
- Marsh, P., Langdon, R., McGuire, J., Harris, A., Polito, V. & Coltheart, M. 2013. An open clinical trial assessing a novel training program for social cognitive impairment in schizophrenia. *Australasian Psychiatry* 21, 122–126.
- Mays, N. & Pope, C. 2000. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320, 50–52.
- McCauley, C.O., McKenna, H.P., Keeney, S. & McLaughlin D.F. 2015. Concept analysis of recovery in mental illness in young adulthood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 579–589.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R. & Pascaris, A. 2007. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry* 164, 437–441.
- McGurk, S.R. & Wykes, T. 2008. Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31, 350–359.
- Megivern, D., Pellerito, S. & Mowbray, C. 2003. Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26, 217–231.
- Meleis, A.I. & Topaz, M. 2011. Nursing theory of the future: situation-specific theories. *Pflege* 24, 345–347.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2016. Käsitteitä mielenterveydestä. Saatavilla: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/> Luettu 12.6.2016
- Miettinen, K. 2014. Oppimisen yhteispeli –hankkeen arviointitutkimus. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2014:15. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Miller, C. & Nguyen, N. 2008. Who’s supporting us? TAFE staff perspectives on supporting students with mental illnesses. National Centre for Vocational Education Research, Adelaide. Saatavissa: [https://www.ncver.edu.au/\\_\\_data/assets/file/0017/5525/cp0604.pdf](https://www.ncver.edu.au/__data/assets/file/0017/5525/cp0604.pdf) Luettu: 5.8.2016
- Milne, J. & Oberle, K. 2005. Enhancing rigor in qualitative description. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 32, 413–420.
- Moran, G.S., Russinova, Z., Yim, J.Y. & Sprague, C. 2014. Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: A qualitative study

- using self-determination theory. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 32–41.
- Moreno, M., Durán, M. & Hernandez, Á. 2009. Nursing care for adaptation. *Nursing Science Quarterly* 22, 67–73.
- Motter, JN., Pimontel, MA., Rindskopf, D., Devanand, DP., Doraiswamy, PM. & Sneed, JR. 2016. Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 189, 184–191.
- Mowbray, C. 2000. The Michigan supported education program. *Psychiatric Services* 51, 1355–1357.
- Mowbray, CT., Collins, ME., Bellamy, CD., Megivern, DA., Bybee, D. & Szilvagy, S. 2005. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work* 50, 7–20.
- Mowbray, CT., Korevaar, L. & Bellamy, CD. 2002. Supported education: an innovation in psychiatric rehabilitation practice. Results from the United States and the Netherlands. *Canadian Journal of Community Mental Health* 21, 111–129.
- Mowbray, CT., Megivern, D. & Holter, MC. 2003. Supported education programming for adults with psychiatric disabilities: results from a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 159–167.
- Mueller, DR. & Roder, V. 2005. Social skills training in recreational rehabilitation of schizophrenia patients. *American Journal of Recreation Therapy* 4, 11–19.
- Mueser, K.T. & Cook, J.A. 2012. Supported employment, supported education and career development. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35, 417–420.
- Murphy, AA., Mullen, M. & Spagnolo, A. 2005. Enhancing individual placement and support: Promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 8, 37–61.
- Nemec, PB. 2012. Transformative learning. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35, 478–479.
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, SH. & Kennedy, C. 2015. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 171–182.
- Nuechterlein, KH., Subotnik, KL., Turner, LR., Ventura, J., Becker, DR. & Drake, RE. 2008. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31, 340–349.
- Palola, E. 2012. Sosiaalinen kuntoutus uudessa sosiaalihuoltolaissa. *Kuntoutus* 4, 30–34.
- Pascual, JC., Palomares, N., Ibanez, A., Portella, MJ., Arza, R., Reyes, R., Feliu-Soler, A., Diaz-Marsa, M., Saiz-Ruiz, J., Soler, J. & Carrasco, JL. 2015. Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 15, 255–255.
- Pekkala, E. & Merinder, L. 2002. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, CD002831.
- Pearson, A. 2004. Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JBIC Reports* 2, 45–64.

- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. & Brown, H. 2012. Recovery colleges. Centre for Mental Health. NHS Confederation Mental Health Network. Saatavissa <http://www.imroc.org/wp-content/uploads/1.Recovery-Colleges.pdf> Luettu 15.8.2016.
- Perry, J., Lingwood, S. & Khaver, B. 2012. A medication workshop for patients with schizophrenia living in community care homes. *BMJ Quality Improvement Reports* 1, 1.
- Pickett, SA., Diehl, S., Steigman, PJ., Prater, JD., Fox, A. & Cook, JA. 2010. Early outcomes and lessons learned from a study of the Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES) program in Tennessee. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34, 96–103.
- Pickett, SA., Diehl, SM., Steigman, PJ., Prater, JD., Fox, A., Shipley, P., Grey, DD. & Cook, JA. 2012. Consumer empowerment and self-advocacy outcomes in a randomized study of peer-led education. *Community Mental Health Journal* 48, 420–430.
- Ponizovsky, A., Grinshpoon, A., Sasson, R. & Levav, I. 2004. Stress in adult students with schizophrenia in a supported education program. *Comprehensive Psychiatry* 45, 401–407.
- Raiskila, T., Blanco Sequeiros, S., Kiuttu, J., Kauhanen, M-L., Läksy, K., Vainiemi, K., Tuulio-Henriksson, A., Hakko, H., Joukamaa, M. & Veijola, J. 2013. The impact of an early eclectic rehabilitative intervention on symptoms in first episode depression among employed people. *Depression Research and Treatment* 2013, 926562–926562.
- Ramon, S., Healy, B. & Renouf, N. 2007. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry* 53, 108–122.
- Rastas, A. 2005. Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa: Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus, ss. 78-102. Toim. Ruusuvuori J. & Tiittula L. Vastapaino, Tampere.
- Reneflot, A. & Evensen, M. 2014. Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare* 23, 3–15.
- Revell, ER., Neill, JC., Harte, M., Khan, Z. & Drake, RJ. 2015. A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophrenia Research* 168, 213–222.
- Rinaudo, B. & Ennals, P. 2012. Mental illness, supported education, employment and recovery: Ben's story. *Work* 43, 99–104.
- Rismiller, DJ. & Rismiller, JH. 2006. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services* 57, 863–866.
- Roberts, SH. & Bailey, JE. 2011. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing* 67, 690–708.
- Roberts, SH. & Bailey, JE. 2013. An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing* 69, 2514–2524.

- Roberts, DL., Penn, DL., Labate, D., Margolis, SA. & Sterne, A. 2010. Transportability and feasibility of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 38, 35–47.
- Roder, V., Brenner, HD., Muller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bösch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspén, E., Schmidl, F. & Schwemmer, V. 2002. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: Results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105, 363–371.
- Rouget, BW. & Aubry, J-M. 2007. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders* 98, 11–27.
- Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. & Mottard, J-P. 2016. Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed-methods study. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 83, 42–52.
- Rus-Calafell, M., Gutierrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabate, J. & Caqueo-Urizar, A. 2013. A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research* 143, 327–336.
- Sandelowski, M. 2000. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23, 334–340.
- Sandelowski, M. 2010. What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health* 33, 77–84.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. 2002. Finding the findings in qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship* 34, 213–219.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. 2003. Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Research in Nursing & Health* 26, 153–170.
- Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C. 1997. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health* 20, 365–371.
- Sasson, R., Grinshpoon, A., Lachman, M. & Ponizovsky, A. 2005. A program of supported education for adult Israeli students with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29, 41.
- Schindler, VP. & Kientz, M. 2013. Supports and barriers to higher education and employment for individuals diagnosed with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation* 39, 29–41.
- Schindler, VP. & Sauerwald, C. 2013. Outcomes of a 4-year program with higher education and employment goals for individuals diagnosed with mental illness. *Work* 46, 325–336.
- Schreier M. 2012. *Qualitative content analysis in practice*. SAGE Publications Ltd, London.
- Secker J., Grove B. & Seebohm P. 2001. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective. *Journal of Mental Health* 10, 395–404.
- Sharfstein, SS. & Dickerson, FB. 2006. Psychiatry and the consumer movement. *Health Affairs* 25, 734–736.
- Shon, KH. & Park, SS. 2002. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Medical Journal* 43, 579–589.

- Smith, DJ., Griffiths, E., Poole, R., di Florio, A., Barnes, E., Kelly, MJ., Graddock, N., Hood, K. & Simpson, S. 2011. Beating bipolar: exploratory trial of a novel internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 13, 571–577.
- Smith-Osborne, A. 2005. Antecedents to postsecondary educational attainment for individuals with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Best Practices In Mental Health* 1, 15–30.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, JW., Patel, V. & Silove, D. 2014. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43, 476–493.
- Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruusu, O., Korkeila, J., Lindfors, O., Mattila, A., Markkula, N., Marttunen, M., Partonen, T., Pena, S., Pirkola, S., Saarni, S., Saarni, S. & Viertiö, S. 2012. Toim. Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. THL. Raportti 68/2012 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1)
- Tait, L. & Lester, H. 2005. Encouraging users involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 168–175.
- Tan, BL. 2009. Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. *Australian Occupational Therapy Journal* 56, 220–228.
- Tas, C., Danaci, AE., Cubukcuoglu, Z. & Brune, M. 2012. Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia -- a randomized pilot study. *Psychiatry Research* 195, 32–38.
- Thorne, S., Jensen, L., Kearney, MH., Noblit, G. & Sandelowski, M. 2004. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qualitative Health Research* 14, 1342–1365.
- Thurmond, VA. 2001. The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 33, 253–258.
- Tilastokeskus. 2016. Tietoa tilastoista. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/koulutus.html> Luettu 30.7.2016.
- Tinklin, T., Riddell, S. & Wilson, A. 2005. Support for students with mental health difficulties in higher education: the students' perspective. *British Journal of Guidance & Counselling* 33, 495–512.
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. & Stefanis, C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35, 487–493.
- Tomes, N. 2006. The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs* 25, 720–729.
- Torres, A., Mendez, LP., Merino, H. & Moran, EA. 2002. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. *Psychiatric Services* 53, 799–801.
- Tsang, HWH. 2001. Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189, 90–98.

- Tse, S., Wing See Tsoi, E., Wong, S., Kan, A. & Fei-Yeng Kwok, C. 2014. Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *International Journal of Social Psychiatry* 60, 211–218.
- Tuisku, K., Juvonen-Posti, P., Härköpää, K., Heilä, H., Vainiemi, K. & Ropponen, T. 2013. Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. *Duodecim* 129, 2623–2632.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi.  
Saatavissa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> Luettu: 15.11.2016
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)  
Luettu 25.7.2016
- Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Duodecim* 130, 233–240.
- Twohig, PL. & Putnam, W. 2002. Group interviews in primary care research: advancing the state of the art or ritualized research? *Family Practice* 19, 278–284.
- Unger, KV. 2013. Supported education. *Best Practices in Community Mental Health: A Pocket Guide*, 242–254.
- Urlic, K. & Wiiliamson, P. 2012. Evidence supports the effectiveness of occupational therapy interventions in improving components of recovery for adults with serious mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal* 59, 332–334.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398–405.
- Valencia, M., Moriana, JA., Kopelowicz, A., Lopez, SR. & Liberman, RP. 2015. Social-skills training for Spanish-speaking persons with schizophrenia: Experiences from Latin America, Spain, and the United States. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 18, 209–246.
- Van Metre, L., Chiappetta, L., Siedel, B., Fan, T. & Mitchell, AM. 2011. Educating for wellness: A wellness education group intervention for adults with chronic severe mental illness living in the community. *Issues in Mental Health Nursing* 32, 408–415.
- Veltro, F., Mazza, M., Vendittelli, N., Alberti, M., Casacchia, M. & Roncone, R. 2011. A comparison of the effectiveness of problem solving training and of cognitive-emotional rehabilitation on neurocognition, social cognition and social functioning in people with schizophrenia. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 7, 123–132.
- Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2011. Stigma and trust among mental health service users. *Archives of Psychiatric Nursing* 25, 294–302.
- Voit, S. 2001. Intervention options: Participation in work activities for people with schizophrenia. *Work* 16, 139–151.



- Waddell, G., Burton AK. & Kendall NAS. Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when? London: The Stationary Office. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf)
- Waghorn, G., Chant, D., Lloyd, C. & Harris, M. 2011. Earning and learning among Australian community residents with psychiatric disorders. *Psychiatry Research* 186, 109–116.
- Walsh, D. & Downe, S. 2005. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 50, 204–211.
- Walshe, C., Ewing, G. & Griffiths, J. 2011. Using observation as a data collection method to help understand patient and professional roles and actions in palliative care settings. *Palliative Medicine* 26, 1048–1054.
- Ware, N., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. & Fisher, D. 2007. Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Service* 58, 469–474.
- Waynor, WR., Gao, N. & Dolce, JN. 2012. The paradoxical relationship between hope and the educational level of people in recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 15, 299–311.
- White, MD. & Marsh, EE. 2006. Content analysis: a flexible methodology. *Library Trends* 55, 22–45.
- Whitley, R & Drake, RE. 2010. Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services* 61, 1248–1250.
- World Report on Disability. 2011. Geneva: World Health Organization. Saatavissa: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf) Luettu 12.6.2016.
- Wykes, T. & Huddy, V. 2009. Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry* 22, 161–167.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, SR. & Czobor, P. 2011. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *The American Journal of Psychiatry* 168, 472–485.
- Wykes, T & Spaulding, WD. 2011. Thinking about the future cognitive remediation therapy – what works and could we do better? *Schizophrenia Bulletin* 37, S80–90.
- Xia, J., Merinder, LB. & Belgamwar, MR. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review* 6, CD002831, Wiley, England.
- Yildirim, A., Hacıhasanoglu Asilar, R., Camcioglu, TH., Erdiman, S. & Karaagac, E. 2015. Effect of psychosocial skills training on disease symptoms, insight, internalized stigmatization, and social functioning in patients with schizophrenia. *Rehabilitation Nursing* 40, 341–348.
- Zhang W, Chen Q, McCubbin H, McCubbin L & Foley S. 2011. Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being and ethnicity. *Health & Place* 17, 238–247.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, MB. 2015. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, CD010823.
- Zhou, B., Zhang, P. & Gu, Y. 2014. Effectiveness of self-management training in community residents with chronic schizophrenia: A single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China. *Shanghai Archives of Psychiatry* 26, 81–87.

# OSAJULKAISUT



IRJA NIEMINEN, SHULAMIT RAMON, IAN DAWSON, PAZ FLORES, EITHNE LEAHY, MARIALOUISE PEDERSEN AND MARJA KAUNONEN

## **EXPERIENCES OF SOCIAL INCLUSION AND EMPLOYMENT OF MENTAL HEALTH SERVICE USERS IN AN EU PROJECT**

### **ABSTRACT**

*Aims:* The aim of this study was to describe how the mental health service users experienced social inclusion and employment in the EU EMILIA project.

*Methods:* The study design was an intervention group follow-up study, with data collection at three points: baseline (T<sub>0</sub>), at 10 month follow-up (T<sub>1</sub>), and at 20 month follow-up (T<sub>2</sub>). The data for this study were collected with thematic interviews from mental health service users and were thematic analysed with content analysis. The number of participants was 23 including two to four service users per each demonstration site.

*Results:* Most users experienced improvement in their social life. Employment and participation in meaningful activities continued to improve to the end of the EMILIA project, though at a slower pace. In addition users were motivated for work and actively searched for it. Having a mental illness, stigma and discrimination were reported to be obstacles to social inclusion. The difficulties identified in social relationships continued to exist.

*Conclusions:* Training intervention impacted positively on mental health service users' social inclusion and employment. However stigma, discrimination and having a mental illness are still barriers to users' integration.

*Keywords:* social inclusion, employment, mental health service user, mental illness

---

Irja Nieminen, MNSc, Researcher, University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland

Shulamit Ramon, Professor, Ph.D. Faculty of Health and Social Care, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK.

Ian Dawson, Coordinator of services, Salten District Psychiatric Centre, Nordland Hospital, Bodø, Norway.

Paz Flores, Psychiatrist Day Psychiatric Hospital, Centre Forum-Hospital del Mar, Barcelona, Spain

Eithne Leahy, Mental Health Researcher, Biomedical Research Institute, Barcelona, Spain

MariaLouise Pedersen, Research assistant, Psychiatric Research Unit, Region Zealand, Vodnborg, Denmark

Marja Kaunonen, Adjunct Professor, PhD, University of Tampere, School of Health Sciences / Pirkanmaa Hospital District, Science Center, Tampere, Finland

## INTRODUCTION

Social inclusion is a concept that came to the fore in European social policy in the 1980s, as a less radical alternative to the concept of solidarity (Levitas 2005) and less negative in its connotation than the concept of social exclusion. The concept relates to the way people connect to the society in which they live. Connectedness includes personal and family relationships, as well as being a valued member of that society. In the specific context of experiencing severe mental ill health, such connectedness is often disrupted by the traumatic event of mental illness and the subsequent external and internalised stigma. There is strong evidence that mental service users are subjected to widespread social discrimination and exclusion at a structural level – for example with respect to housing and employment – and at a more local level in the interactions with family, friends and community (Thornicroft 2006). Therefore, a process of rebuilding one’s positive social identity is essential if social inclusion is to return or be established in the first place in some cases.

The sense of isolation, of being negatively different from other people, of being perceived by other people as such, translates in most societies also to the reduction, and at times elimination, of socially valued roles and identities. A socially valued identity does depend on undertaking roles perceived in one’s society as contributing to an increase in the degree of social growth and harmony (Yanos et al 2001).

Empowerment is a process by which people with spoiled social identity (Goffman 1963) feel enabled to take control over their lives and where this is demonstrated in their increased activities in areas perceived as socially desirable. Goffman explains the processes by which one’s identity becomes spoiled in the sense of being treated as negatively different. Often the person then internalizes this inferior identity, created by the majority in a given society. Empowerment was found to involve “increased control over daily life” and “supportive and equitable relationships” with peers, family and friends; “participation in the community-at-large”; and accessing resources such as employment, education and housing integration (Nelson et al 2001).

Furthermore, people with the lived experience of mental illness regain power through solidarity and establishing more positive identities (Meddings 1998, Rogers et al 2007). Social inclusion involves both an active form of citizenship (Ware et al 2007) and a subjective sense of belonging (Prince and Gerber 2005) that may result from being part of mainstream social networks and engaging in meaningful social and occupational activities within the community. Barriers to social inclusion include not just social stigma and discrimination as mentioned above, but also practical issues which may arise as a consequence of people’s mental health difficulties, such as low income, unemployment or poor housing (Bradshaw et al 2007).

Employment has emerged as a key factor in enhancing social inclusion. This relates to its multiple significance in terms of: undertaking a socially valued role; actively contributing

to social wealth and human capital (Borg and Kristiansen 2008); gaining income if in paid employment and being part of a social organization and network (Ruesh et al 2004). For many people, though not for everyone, employment provides opportunities to gain knowledge and skills, and it epitomizes being like everybody else.

Furthermore, we also have now research evidence from a randomised control trial study of six European countries (Burns et al 2008) in which people experiencing severe mental illness were assigned either to an IPS (individual placement and support) (Marshall et al 2008) group (the experimental group) or to the usual employment service their agency has before (control group). The evidence demonstrates that people with severe mental illness entering competitive employment are more likely to remain in employment, have fewer re-hospitalisation episodes than those in the control group. Therefore the focus in the EMILIA study on employment as the key criterion for social inclusion is justified. Nevertheless, as highlighted above, the emphasis in the EMILIA study on providing opportunities for meaningful activities, empowerment and solidarity is too of significance in terms of social inclusion (Seebohm and Gilchrist, 2008), even if these elements on their own do not lead to entering competitive employment.

## **BACKGROUND**

The EMILIA Project was a Framework 6 European Union project, funded over a four and a half year period (2005-2010), in the thematic area of Lifelong Learning. There were 15 partners from all over Europe that participated and eight of these had the role of demonstration site.

The EMILIA project explored the use of lifelong learning as a means of achieving improved social inclusion of mental health service users with enduring, long term mental health difficulties. The aim of the study was to improve the way in which service users can experience greater participation and inclusion either in the delivery of services or in education and training delivery in meaningful ways which is intended to include greater social inclusion, and paid employment, however locally defined.

The social inclusion\lifelong learning strategy adopted in the EMILIA project consisted in assisting the demonstration sites (which are either Universities or mental health services) in the EMILIA project to:

1. Systematically review **demonstration site** core functions as to the degree to which service users are involved in them.
2. Define priority areas of either educational or service development in which service users could be more involved
3. Create occupational opportunities in demonstration sites varying from full time work to sessional input, for mental health service users in these designated priority areas for development, in three broad categories: trainers\educators; researchers\auditors; and direct service providers either in user-led services or in mainstream services

4. Create a tailored strategy for the demonstration site organisations designed to assist them to implement these designated occupational roles, including the development of support strategies for service users in these new roles
5. Create a tailored lifelong learning development plan for service users in the demonstration sites to assist them to acquire the skills and knowledge for these new roles
6. Develop a series of accredited **training packages** which demonstration sites can choose from in order to assist service users in their learning development
7. Develop learning pathways so that service users can gain academic credits and awards according to their level of ability, based on the learning undertaken
8. Create service user employment and support pathways within demonstration site organisations (7 mental health services and 1 university)
9. Employ and support service users in the roles appropriate within each demonstration site (research\audit; education\training; user-led service provision or mainstream service provision in designated sector of provision)
10. Systematically evaluate this process as to the degree to which this strategy is effective in achieving social inclusion for the service users concerned
11. **Disseminate** findings on pan-European basis.

The target group for the project was adults over 18 years of age, who suffer from a serious mental illness to the degree that you need, or have needed, long term or repeated use of specialist mental health services and not presently in paid employment.

Each demonstration site recruited users to the project by informing them of the purpose of the project, its aims and possible outcomes. A recruitment flyer was produced and translated into several languages. The potential users were informed that the project did not guarantee they would get a job-but hopefully be of help if they were interested in doing so. And the project did not require them to be in a paid job or to search for a job of any kind.

The EMILIA Project developed and produced 11 training programmes as the main intervention to be delivered to the users participating in the project. These training programmes were Dual Diagnosis, Empowering People in Recovery, Family Network Support, Personal Development Plan, PTSD Intervention, Powerful Voices, Social Competences (work related), Social Network, Strengths Support, Suicide Intervention and User Research Skills. The overall aim of the training programmes was to facilitate and encourage the recovery of the students through the concept of lifelong learning (more discussion about the concept of lifelong learning can be found e.g. from the article of Ogunleye and Kaunonen 2010). They were also aimed to equip the participants with skills and knowledge that would enable greater participation in society in the attempt to combat social exclusion.

The programmes were designed to be delivered to groups of users. A major EMILIA innovation was the employment of mental health service users as trainers. These were service users who often worked in the local community; some of them also helped recruit students, and design the training modules. The use of peers to teach reduced the feeling

of 'us and them' for participants: the trainers acted as role models which created a feeling of 'if they can do it then so can I' among many students, and it gave a real authenticity to the training because both trainers and students had shared mental health related experiences.

The overall structure of the training programmes was similar. Each program started with an introductory phase including a "getting to know each other" or "breaking the ice" exercise. Then there followed an introduction to the main topic of that particular program. This usually filled the first day's training. The following days training had different themes but had a similar structure with an introduction to an exercise, detailed instructions to the trainer and then finishing the day's training with an evaluation.

The training programmes for the EMILIA intervention were chosen and developed in collaboration with mental health service users and mental health professionals. Each programme was of varying length and module based. The minimum requirement of the 8 demonstration sites was that they delivered at least 3 training programmes to the participating users. Only a couple of the sites chose to deliver the original programmes as they were presented. The majority chose a set of modules, picking from several programmes, in order to tailor them to their own particular local needs. Mental health service users were involved in choosing which of the EMILIA designed modules were to be delivered so as to help ensure that they best met the learning needs of mental health service users.

In addition to asking all service users for a self-report, in each site key informants amongst the users, 23 in total, were asked at each data collection point for feedback as part of the qualitative strand of research. They were chosen at random at each site. They acted as representatives to the much larger number of users who participated in EMILIA. This feedback revealed their positive view both towards the degree to which they were consulted on the training that they received and towards the use of mental health service users as trainers in the training. An example of such feedback was; "It was good that the teachers were in the same position as us as well [i.e. mental health service users]. That was very good. I think that that helped [us] to open up. I think that if the teachers hadn't experienced mental ill health I think that I would have probably opened up but perhaps some other people may not have done. That was a very good [aspect to the training]. It gave me more of a push to achieve as well."

## **METHODS, MEASURES AND DATA COLLECTION**

The study design was an intervention group follow-up study, with data collection at three points: baseline ( $T_0$ ), at 10 month follow-up ( $T_1$ ), and at 20 month follow-up ( $T_2$ ). After the baseline data collection the mental health service users were provided a training intervention. Ethical approval for the study was granted by a local ethics committee. All participants signed informed consent. The study was conducted between 2006 and November 2009.



The data for this study were collected with thematic interviews from mental health service users. The interviews were accomplished with mental health service users in eight European countries, that are France, UK, Poland, Denmark, Norway, Spain, Greece, and Bosnia-Herzegovina, who participated in the EMILIA project. The inclusion criteria for the study participation was: 1) Without a paid employment (i.e. socially excluded); 2) Age 18 and over; 3) Serious and enduring mental illness i.e. psychosis; schizophrenia (F20); bi-polar affective disorder (F31); and 4) At least 3 years contact with mental health services, either inpatient hospitalization or use of outpatient services. People with dementia and people with a learning disability were excluded from the study. The results of this paper are from the interviews of key service users (n=23).

The interview themes were designed specifically for this study and focused on individual experiences. The main interview themes were: expectations from the project, lifelong learning, social inclusion, and quality of life. For example the quality of the service user's life was probed by the questions "What areas of your life do you consider have gone particularly well over the last year in terms of education, training, employment, meaningful unpaid activities, and social networks?", or "What areas of your life have not gone so well in the last year?" The aim has been to create understanding on how the service users experienced the project and the way the themes outlined above were treated in it.

The data were analysed by means of qualitative content analysis (Krippendorf 1999). Textual data was explored with a view to grouping together similar types of utterances and ideas (Burnard 1996). Qualitative data analysis occurred in three stages: description, analysis and interpretation (Cavanagh 1997). Initial efforts at analysis focused on reducing the large volume of data by attaching meanings to elements of data; discovering classes of things, persons, events, and properties; and noticing regularities in the setting or the people. Analysis went beyond description and in it the researcher identified essential features and interrelationships among them. The emphasis was on identifying themes and patterns in the data. The underlying meanings were linked together in categories by creating themes (Graneheim & Lundman 2004). During interpretation the researcher offered his/her interpretation of what is going on (ibid) in terms of understanding and explaining the situation. Interpretation may focus on the usefulness of the findings for clinical practice or may move toward theorizing. During the analysis process the researcher gained increasing understanding of the process dynamics (Cavanagh 1997), namely the mental health users' experiences of participation in the training.

The initial analysis was conducted by the EMILIA researcher in the demonstration site's own language, then summarised and translated into English before sending the summary to the central qualitative team for the final analysis. The researchers were provided a template for the analysis, which helped them to classify the data according to the main topics of the interest, such as quality of life, employment, housing or finance. The researchers were asked to write the content summary and an example of a memorable phrase to the template.

## RESULTS

The main category Views of social inclusion and employment, identified in the data, consisted of categories Employment and meaningful activities, Social network, Finance and housing and Impact of mental illness.

Two to four mental health service users per each demonstration site were interviewed. There were 23 participants in this study. The data concerning gender and age is missing from one demonstration site. Thus, among 20 participants 9 are women and 11 are men. The average age is 42,8 years; the youngest participant is 24 years and the oldest is 57 years. Table 1 provides the number of key informant service users in each demonstration site,

**Table 1. Key informant service users in each demonstration site**

Demonstration Site	Number of participants		
	Baseline (T <sub>0</sub> )	10 month follow-up (T <sub>1</sub> )	20 month follow-up (T <sub>2</sub> )
Bosnia	3	4	4
Denmark	3	3	2
France	3	2	2
Greece	3	-	3
Norway	2	2	2
Poland	4	1	2
Spain	5	5	3 1*
UK	4	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>23</b>

\* participated in the interview only in 20 month

### Employment and meaningful activities

Mental health service users participated in this study for the purpose of gaining new skills and knowledge through EMILIA training. They reported being empowered, feeling being useful, being valued and being treated as equals. Their self-confidence improved and they learned to recognize their own strengths.

Mental health service users perceived work as an important factor in social inclusion and well-being already at the beginning of the project. Findings showed that involvement in work and meaningful activities increased during the EMILIA training. Employment opportunities were improved for a number of participants at the 10 month follow-up point, though without further improvement taking place at the 20 months point. Some of the users worked as trainers in their own demonstration sites. Working as a trainer made

it possible to use one's knowledge: *"One should spread the knowledge, not keep it to himself."* Some of them worked in a user run association, as a personal medicine coach, and one even run a Foreign Language School. One of the users applied for a job at the fountain house and was offered the position: This event was a significant turning point for her:

*"I applied for the job on equal terms with everyone else. It meant a lot. I know that there were 43 applications, and I thought it was special just being chosen for an interview. All my other jobs usually lasted for about 6 months then I had to quit because I was struggling mentally. Now I have been in my job for more than 6 months and I am there on equal terms with my colleagues, you know, I do have a mental health service user background, but that is now a resource. In my application I also wrote what areas of my life I have been working on. Suddenly that was a quality. It was a relief that it was no longer a down side to have a psychiatric background, now it is a quality in itself; that is cool. It means that I can be a whole person at my work, I don't have to hide the part of me that has a psychiatric background."*

Being able to keep a job for 14 months was described as a major success, given the importance of maintaining it. One user explained that one of the areas in her life she continuously struggles with, is her ability to socialise. She reflected on using her job as a way to improve her social skills. One started university studies during the project.

Interest in meaningful activities increased and mental health service users were more and more involved in these activities during the project, which was expressed already at the 10 months point but appears more strongly in the 20 month follow-up data. Spending time with people you can learn from was experienced as useful: *"If you are eager to learn everything is meaningful."* There was an active involvement in meaningful activities from the part of retired interviewees in one site.

Mental health service users were motivated for work and meaningful activities especially in the end of the EMILIA project. Motivation was expressed most strongly in the 20 months follow-up data. The users felt that they gained enough self-confidence to take on work. They were interested in work for mental health promotion: *"I have a goal to run a hobby course at my day centre and also get paid for it."* Working in the mental health field was experienced as interesting:

*"Yes, so the energy that I have, I want to use it to help other psychiatric users who can benefit from my expertise. I really want to work to improve the psychiatric field, and better conditions and more dignity for the users."*

Self-employment, finding a paid job and having hobbies were set as achievable goals. Information on the employment system was experienced to be a very good support.

Even if sometimes it was hard to participate in the activities, the voluntary work gave a lot in return and was a great success: *"The voluntary work has been hard but it has been a success story. With two mental health charities, I have been pleased about that."*

EMILIA gave the courage to participate by oneself in meaningful activities which before would have been too frightening.

## **Social network**

### *Involvement in social life*

When the project started, users were willing to build their social networks. Improving social life was focused upon in both the 10 and 20 months data, but especially in the latter data set. The EMILIA training was perceived as a positive change in life:

*“I think it has been a really good process. When it started we were very different people with different backgrounds and experiences. It was a lot of work for trainers and a big challenge. It will lead to something good and positive, and I can see it in some of the people I have been following through the training, how they have blossomed and created a network, how they now have the courage to get out more. Some of them have been very isolated at home. Trainers have also been excellent at following up on the ones that were struggling a bit and who would benefit.”*

Attending a course prevented social isolation. The project gave the needed confidence for this purpose, along with the creation of one's own social group. EMILIA helped to meet people and these social contacts were seen as beneficial. Attending the training broke down a negative everyday existence:

*“I have profited from the training in the sense that it has broken down my very negative everyday. You know getting out and everything that is better than nothing. And being together with the others, which was actually the only social activity I participated in back then.”*

There was a willingness to establish close relationship, to have a person to care about and to be cared for. This demands socially even more than a regular friendship thus illustrating the user's readiness to meet a social challenge. People within the mental health community were important, but it seems that after being able to build social network and feeling to be recovered enough, there was an increasing need for friends outside of the mental health community:

*“I am no longer mentally ill the same way the others are, I have recovered and I have a job and a family. It is not important for me the same way it is for the others that my whole life revolves around having a mental illness. I recognise that it is a part of my life, but it should not be my whole identity. Sometime when I have gone to the training and I have heard the others talking it has just been about illness, illness, illness. I think it is good to have some other interests besides having a mental illness.”*

It was also important to have opportunities to talk about things unrelated to mental health. However some of the users had only a few friends and difficulties in family relations continued. Maintaining social relationships was perceived to be difficult.

### *Need for social support*

Both 10 and 20 month follow up data highlighted the need of mental health service users for social support, which didn't change during the project. It was seen as essential for achieving goals, finding and keeping a job. Support was also perceived to be important for being able to function, self development and being part of the community:

*“We pointed out that there are cut-down being made in the drop-in centers, and the number of hours that the users have with a support and contact person. That isn't a good development, because that has been one of the tools for us to be able to function, and develop, and be part of the community. A lot of us need the support and contact that we get from these things.”*

When asked who was an ideal supporter, users mentioned their close family members, friends and mental health professionals. The EMILIA project was seen as supportive too. It could be the most important for others just to be there for the user. Sometimes it was hard to have the strength to persist and then the support from others was crucial. Others could give support simply by telling a user that nothing is impossible or just by listening and being more patient. It was important that there was someone to talk to. In spite of the need for support there was a belief in building on one's success and achieve one's goals by motivating oneself: *“Just really motivate myself, like coming here today. I really had to push myself. Try and set myself little tasks.”* In addition there was a willingness to overcome problems at work by searching help actively: *“And I have gone to the director of mental health, for him to give me some support to help me with this problem that I have got with the management.”*

### **Finance and housing**

There was an improvement in the key informant's financial state at the end of the project, but financial support was still needed for every day life: *“It would make my life so much easier.”* Also it was wished that the studies would be financially supported, as having no work meant lower finance. Having money was not only a material issue, but it also meant independence.

Users in one site were more satisfied with their housing at the end of the project compared to the beginning. Otherwise there were no clear changes in housing situation. Some of the users lived with their parents. Independent housing was desired. There was a feeling of marginalization regarding housing.

### **Impact of mental illness**

The findings showed that mental illness impeded service users' social inclusion. It impacted negatively on their employability. Having mental health problems cut down opportunities to be employed and users were offered work below their qualifications:

*“I think that if you have ever had a mental health problem that your opportunities are cut down drastically. Jobs do come along but they are not suitable jobs. Jobs like temporary work, you end up unemployed, temporary work, in jobs that no one else will do.”*

Even if they were coping well financially, due to the exacerbation of the illness they had to take time off work, thus causing decrease in income. Attending meaningful activities was hindered by relapse in their mental health state and social networks had to be put on hold due to such a relapse. Mental illness induced tiredness for some users and it was hard to be motivated for training. The side effects of medication impeded participation in training.

Stigma and prejudice linked to people with mental illness were perceived to be barriers in society: *“This is in social system (the barriers). When you say at work, you have disability benefit, it is like sentence.”* However there were also some users who found that mental illness had not had a significant impact on their life. Medication and therapy were experienced to be important for preventing relapse in mental health.

## **INSTANCES OF INTERVENTION AND EMPLOYMENT IN TWO DEMONSTRATION SITES**

Each of the eight EMILIA demonstration sites created their own lifelong learning development plan to their service users to assist in acquiring the skills and knowledge for new roles. In some sites, families and hospital staff were also involved in the learning process thus creating a varied structure for the training on offer in the different sites. But despite local variations in training content, a clear EMILIA intervention has taken place in all demonstration sites.

The most commonly used EMILIA training models were Strengths building and Recovery. They were used across the eight EMILIA sites often under different names: Recovery, Empowering and Recovery (Spain, France, Poland, Greece, Denmark), Strengths Approach (Greece, Denmark, Spain), and two ‘mixed’ modules using both Lifelong Learning in Mental Health: from the Development of Personal Strengths to Recovery and Leadership (UK) and EMILIA Induction: Building your PDP on your strengths and aspirations (France).

Social Network model (France, Norway) and Families (Spain, France) have been tried at two sites. Three other modules used at one site only: Powerful Voices (Norway), User Researcher (France), A short version of Employers (France: with job centre professionals) Some sites have added other sorts of training (Bosnia) based on more manual activities. One site (Denmark) carried out from Compliance to Concordance.

Spain and UK were the only sites to carry training by users for health professionals. In UK service users were also systematically involved in being part of assessment panels of students’ portfolios.

The decision as to which training modules were to be used from the original EMILIA list was assisted by responses to questionnaires in each site. Eight sites asked both professionals & users, while five sites asked only users. On two occasions, in Greece and in Poland, the training was piloted before the EMILIA intervention started.

### **Intervention in the Spanish Demonstration Site**

The object of EMILIA was to reduce the social exclusion of mental health service users. During the four years of the project's intervention in the Centre Forum of Barcelona, Spain this aim was achieved by not individualising the users' treatment but by using a team approach and working with mental health service users, their families and the professionals together. The EMILIA lifelong learning training was provided to these three target group.

#### *Training mental health services users*

The users took a training programme designed to follow a life long learning model with emphasis on their empowerment. This has meant that the users brought to the training their own life experiences and reflected on the knowledge that these life experiences, both positive and negative, might imply. Training focused on themes such as recovery, personal strengths, social network, family, and communication. These training themes came from predesigned EMILIA training packages, however local adaptations were made when the need arose. The trainers consisted of a team of professionals who met weekly with user-volunteers to prepare each training session together. This involvement of user as co-trainers added to the dynamic nature of the training sessions. The training sessions were carried out weekly over a period of 11 months. After the training sessions, users frequently stayed on in the hospital to eat together in the canteen, adding to the many ways in which the EMILIA training promoted social inclusion.

When the users were initially recruited to the EMILIA project, each participant had filled out a Personal Development Profile. The aim of this tool was to track progress throughout the project. Towards the end of the training intervention, the tool was reintroduced to act as a form of evaluating the impact of the EMILIA training. While general feedback was positive, some users found it a difficult task and required clinical backup in order to get through it.

#### *Training the families*

The EMILIA multi-family met weekly during the training intervention. It was an open group which meant that new family members, users or key persons could join the group freely. The training focused on four main topics: information of symptoms and treatment of schizophrenia, bipolar disorder, depression and personality disorders, impact of diagnosis and the acceptance process of illness in families and users (stages), skills and abilities of families to cope with crisis and relapse prevention (coping), resetting the

functions and roles in the family to improve coexistence. Participants, both users and family members, commented on how the training had given them the opportunity to share experiences, understand better mental illness and have a more tolerant attitude.

### *Training of the hospital staff*

Previous to the EMILIA project in Barcelona no training had ever been given out by mental health service users for hospital staff. The aim of this training was to firstly, make staff more aware of the difficulties users can have in combining illness with holding down a normal job, and secondly, learn mechanism so that they could offer support.. Themes of the training were hierarchies and levels of collaboration, history and evolution of the users within the mental health institutions, users participation, active/passive, difficulties of integration. The training for staff also adopted the LLL methodology and lasted for a total of seven two-hour sessions. Feedback from the sessions was mixed, i.e. emergency unit staff were more sceptical than others about user involvement. On the whole, it was decided that more training should be carried out in the future for staff as there was still a long road ahead in changing staff mentality. An interesting aspect of the training was that it highlighted how users can be an asset to the mental health institution; trained users can train other users and also professionals.

### **Employment in the Danish Demonstration Site**

In Denmark EMILIA participants received training to become Personal Medication Coaches (PMC). People with lived experience with mental illnesses were trained to coach others in contact with mental health services. Currently, 10 people work as PMCs in 2 drop-in centres. Some visitors come for a limited period of time while others turn up every week for continued support. Visitors' issues include coping with illness symptoms/side effects of medication, relational issues or navigating public administration to ensure services.

The following description illustrates the inclusive way in which the PMCs work :

*“Jane has come to see the PMCs. She is in her 30ies and she wears dirty clothes. She sits on the couch and makes herself a sandwich asking if she can read a one of her short stories for us. Helen and Catherine, the two PMCs, say they would enjoy a story and Jane takes out a black folder. Catherine takes out her knitting from her bag and Helen kicks off her sandals and puts her feet on the couch. Jane is a wonderful writer; her short story is dramatic and humorous and portrays the characters in a consistent way. Every time there is a catching description Helen and Catherine nods or laughs in acknowledgement. Afterwards Catherine says: "One day someone just lost custody of her child and Jane read a poem about her own experiences losing her son – it was beautiful. Would you read it again?" Jane turns the pages in the book then hands it to Catherine. "Would you like to read it?" Jane asks. Catherine is moved by Jane's invitation; she clears her throat. The poem is called "The Removed Mother's Prayer": Do not turn the light off for my child/ Give him his mother and a life/ A child is not a doll/ A child is not*



*just passing time/By all means – the staff are nice/and good at their job/ But – professional love/ stops at the end of the day.”*

The analysis of this lifelong learning experience by the project's researcher highlights the value of enabling the expert by experience (Jane) to re-validate her loss, to create new ways of discussing this difficult experience and to be valued for her ability to express it through creative writing by the PMCs (Butler 1999).

## **DISCUSSION**

The key informants, 23 in total, represented the much larger number of users who participated in EMILIA. All of the demonstration sites were included in this study and key informants did not differ from the other participants by any significant way. So this study can be thought to give an extensive view of the researched phenomenon in this context.

The results described how mental health service users experienced social inclusion and employment in an EU project. To be employed was an important goal to achieve for the users and after the EMILIA training there were improvements in employment and involvement in meaningful activities, in similarly in their social life and financial situation. Social support helped users to achieve goals, find and keep a job, be able to function, develop and to be part of the community. Stigma and discrimination in society and mental illness itself were perceived to be obstacles to social inclusion.

Overall the results in this study were similar across all demonstration sites, only the degree of employment varied. In EMILIA improving employment happened most strongly within the first 10 months whereas involvement in meaningful activities increased until the end of the project. High unemployment rate in some countries inevitably has impeded users' possibilities to be employed whereas participation in meaningful activities is not that clearly linked to the context of employment in a given country.

Training and learning new things motivate to participate in different kinds of activities, such as voluntary work, further training and looking for a paid job (Mowbray 2000, Isenwater et al. 2002) thus giving a possibility to be employed, reduce financial dependence and improve the quality of life (Megivern et al. 2003). Learning improves self-confidence (Hammond 2004) which enabled the service users in EMILIA to feel confident enough to take on work. This study showed that mental health service users were willing to be employed as suggested also Secker & Gelling (2006).

With employment being a key factor in enhancing social inclusion (Borg and Kristiansen, 2008) EMILIA has furthered mental health service users' social inclusion by improving this aspect of their lives. In addition users were actively involved in meaningful activities which may have given them a subjective sense of belonging thus enhancing their social integration (Prince and Gerber, 2005).

A longer period of training might increase users' employment even more than in this case, but it has to be taken into consideration that mental illness and side effects of medication may impede users' participation in training as this study showed. Mental symptoms hinder concentration, memory and motivation (Megivern et al. 2003) as well as they decrease a stress tolerance (Secker et al. 2001). Thus it is essential to take into consideration users' special needs for the participation in training. It is also important that training will be offered to users when they are in stable condition and feel able to participate in training.

Through social integration psychiatrically disabled people develop and exercise their capacities for connectedness and citizenship. Sustaining connectedness demands social, moral and emotional competencies. (Ware et al. 2007.) EMILIA gave users a possibility to develop these competencies, which manifested itself as users' improved social life and readiness to widen their social circle outside of the mental health community. In addition, constantly improving social life during the project suggests users' ability to build and sustain social relationships. Social network is also known to be a significant factor in improving the quality of life of people with mental health problems (Hansson & Björkman 2007).

Within the EMILIA project users were socially supported, which may have helped them to be successful in training (Bybee et al. 2000, Tinklin et al. 2005). According to Collins et al. (2000) social support is a major factor in achieving goals, which is also in line with this present study. In addition, service users need support for empowerment and social inclusion from their close people and mental health professionals.

The results of this study confirm findings of Simons et al. (2007) and Secker et al. (2001) of stigma and discrimination linked to people with mental health problems, which hinder users' participation in activities in their community. Offering an opportunity and encouraging users to participate in different kinds of activities the EMILIA project on its behalf helped them to feel like a part of a community giving also confidence to create users' own social groups.

## **CONCLUSIONS**

The EMILIA project improved the mental health service users' social inclusion and employment. Participating in training empowered users for personal growth and the ability to be more involved in work and meaningful activities thus improving their social life.

Employment was perceived as one of the most important factors in improving mental health service users' social inclusion but also possibilities for meaningful activities, empowerment and active social life provided service users with a subjective sense of belonging and active citizenship thus enhancing their social integration.

Stigma, discrimination and having a mental illness are barriers to social inclusion. These are the issues that need to be addressed when trying to improve users' social integration.

## REFERENCES

- Barnes, D, Carpenter, J and Bailey, D (2000) Partnerships with service users in interprofessional education for community mental health: a case study. *Journal of Interprofessional Care* 14:2 189-200
- Borg, M and Kristiansen, K (2008) Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability and Society* 23:5 511-523
- Bradshaw, W, Armour, M and Roseborough, D (2007) Finding a Place in the world. *Qualitative Social Work* 6:1 27-47
- Burnard, P (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 16(4): 278-81
- Burns, T, Catty, J, White, S, Becker, T, Koletis, M, Fioritti, A, Rossler, W, Tomov, T, van Busschbach, J, Wiersma, D and Lauber, C (2008) The impact of supported employment and working on clinical and social functioning *Schizophrenia Bulletin* doi: 10.1093 Published online 21 : 4 : 2008
- Butler, J. (1999) Subject of Sex/Gender/Desire. In *Gender Trouble – Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Bybee, D, Bellamy, C and Mowbray, C, T (2000) Analysis of participation in an innovative psychiatric rehabilitation intervention: supported education. *Evaluation and Program Planning* 23 41-52.
- Cavanagh, S.(1997). *Content analysis: concepts, methods and applications*. Nurse Researcher, Vol. 4(3), pp. 5-16, Spring.
- Collins, M, E, Mowbray, C, T and Bybee, D (2000) Characteristics predicting successful outcomes of participants with severe mental illness in supported education. *Psychiatric Services* 51 774-780.
- Goffman, E. (1963) *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N: Prentice-Hall.
- Graneheim, U. H and Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.

- Hammond, C (2004) Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: fieldwork evidence. *Oxford Review of Education* 30:4 551-568.
- Hansson, L and Björkman, T (2007) Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research* 16 9-16.
- Isenwater, W, Lanham, W and Thornhill, H (2002) The college link program: evaluation of a supported education initiative in Great Britain *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26:1 43-50.
- Krippendorff, K. (1999) Content analysis, An introduction to its methodology. Volume 5. California: Sage.
- Levitas, R. (2005) *the inclusive society? social exclusion and new labour*. Houndsmills: Palgrave Macmillan
- Marshall, T., Rapp, C.A., Becker, D.r., Bond, G.R. (2008) Key Factors for Implementing Supported Employment. *Psychiatric Services*, 59, 886-892.
- Meddings, S. (1998) A hearing voices group for people who are cognitively disorganised: challenges to group work, *Clinical Psychology Forum* 112 14-17.
- Megivern, D, Pellerito, S and Mowbray, C (2003) Barriers to Higher Education for Individuals with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26:3 217-231.
- Mowbray, C (2000) The Michigan Supported Education Program. *Psychiatric Services* 51:11 1355-1357.
- Nelson, G, Lord, J and Ochocka, J (2001) Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 11 125-142.
- Ogunleye, J and Kaunonen, M (2010) Lifelong learning and mental health. *LLinE Journal (Life Long Learning in Europe)*, in press.
- Prince, P and Gerber, G (2005) Subjective well being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research* 14 161-69.
- Rogers, E., Teague, G., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., and Banks, S. (2007) Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: Results of multisite study, *Journal of Rehabilitation Research & Development* 44 785-800.

Ruesch, P, Graf, J, Meyer, P, Rossler, W and Hell, D (2004) Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36 13-19

Secker, J and Gelling, L (2006) Still dreaming: Service users' employment, education & training goals. *Journal of Mental Health* 15:1 103-111.

Secker, J, Grove, B and Seebohm P (2001) Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health* 10:4 395-404.

Seebohm, P and Gilchrist, A (2008) *Connect and include: an exploratory study of community development and mental health*. London: National Social Inclusion Programme / Community Development Foundation

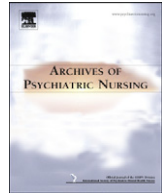
Simons, L, Tee, S, Lathlean, J, Burgess, A, Herbert, L and Gibson, C (2007) A socially inclusive approach to user participation in higher education. *Journal of Advanced Nursing* 58:3 246-255.

Thornicroft, G (2006) *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press

Tinklin, T, Riddell, S and Wilson, A (2005) Support for students with mental health difficulties in higher education: the students' perspective. *British Journal of Guidance & Counselling* 33:4 495-512.

Ware N, Hopper, K, Tugenberg, T, Dickey, B and Fisher, D (2007) Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services* 58:4 469-474

Yanos, P, Rosenfield, S and Horwitz, A (2001) Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness *Community Mental Health Journal* 37 405-419



## Mental Health Service Users' Experiences of Training Focused on Empowerment: Training Environment and the Benefits of Training



Irja Nieminen<sup>a,\*</sup>, Jari Kylmä<sup>a</sup>, Päivi Åstedt-Kurki<sup>b</sup>, Anna Kulmala<sup>c</sup>, Marja Kaunonen<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, Finland

<sup>b</sup> Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, General Administration Pirkanmaa Hospital District, Finland

<sup>c</sup> Muotiala Accommodation and Activity Centre Association, Tampere, Finland

### ABSTRACT

This qualitative study investigated the mental health service users' (MHSUs') experiences of empowerment training and it was based on individual interviews with 24 MHSUs. Findings showed that MHSUs described the training environment through three dimensions: social interaction, learners' internal resources and the pedagogical execution of training. The training reinforced their positive internal resources, stimulated their inner mind activity and gave meaning to their lives. The knowledge of the training environment helps to build environment, which will support MHSUs' training. Empowerment training could be used to strengthen MHSUs' positive internal resources giving them also a possibility to train their cognitive activities.

© 2015 Elsevier Inc. All rights reserved.

Mental disorders are highly prevalent throughout the world. At some point in life, mental disorders affect one third of the world's population (Steel et al., 2014). The prevention and treatment of mental health problems have a significant impact on society and public health.

According to a Finnish Health 2011 study during the last year 7% of women and 4% of men had depressive disorders whereas 1% of women and 3% of men had alcohol abuse. In addition, 17% of women and 14% of men felt to be significantly mentally burdened. Profuse annual fluctuation of mood and behaviour occurred among 20% of women and 12% of men (Suvisaari et al., 2012.)

Furthermore, in Finland, one in four sickness benefit days and one in three new disability pensions are granted based on mental health problems (Ministry of social affairs, 2012). Even if the total number of people receiving a disability pension has clearly decreased after 1995, disability pensions based on mental health problems have evenly increased. Furthermore, 38% (82,500 people) of all disability pensions in 2009 resulted from mental disorders, which have been the most common reason for disability pensions in Finland since 2000 (Hiltunen & Kiviniemi, 2010).

Among people with mental disorders, a higher education level enables a greater chance to enter competitive employment (Cook et al., 2008). Therefore, helping them complete educational milestones or receive special training in a particular area increases their competitiveness in the job market (Mueser & Cook, 2012).

However, psychiatric disorders have been proven to disrupt training and education at all educational milestones (Breslau, Lane, Sampson, & Kessler, 2008; Waghorn, Chant, Lloyd, & Harris, 2011). People with severe mental disorders often have difficulties in cognitive skills, such

as paying attention, remembering, concentrating and learning, as well as reasoning and problem solving (McGurk & Wykes, 2008; Tan, 2009). Furthermore, fear of failure, stigma, fluctuating levels of illness and social discomfort were reasons that made education more difficult (Atkinson, Bramley, & Schneider, 2009). Schindler and Kientz (2013) found that the main reasons for disruption were the individual's internal barriers, such as the above-mentioned and including a lack of motivation and negative self-perception.

Various educational strategies are useful adjuncts to mental health rehabilitation, including structured educational interventions delivered at frequent intervals and behavioural interventions instead of verbal or written information (Fernandez, Evans, Griffiths, & Mostacchi, 2006). Learning enhances MHSUs' cognitive skills (Roe, Hasson-Ohayon, Salyers, & Kravetz, 2009), confidence and self-esteem (Atkinson et al., 2009). Education has been shown to improve individuals' health by increasing their functionality, which helps to develop essential psychosocial resources for building a better life (Zhang, Chen, McCubbin, McCubbin, & Foley, 2011).

Furthermore, education, among many other activities, increases the experience of meaning, which is central to recovery in mental health (Stickley & Wright, 2011; Zolnierek, 2011). An activity is regarded as meaningful when it gives a sense of contribution and a sense of being valued by or giving back to others (Hancock, Bundy, Honey, Helich, & Tamsett, 2013). A personal meaningful activity enables an individual to recreate his/her identity and sense of self (Carless, 2008).

Recent literature presents a number of studies where the self-management training of people with mental illness improved their wellbeing (Cyhlarova et al., 2015; Wynaden, Barr, Omari, & Fulton, 2012), promoted a healthier lifestyle (Bradshaw, Lovell, Bee, & Campbell, 2010), improved their self-esteem and self-advocacy-assertiveness, empowered them (Pickett et al., 2012), increased confidence and hopefulness and promoted recovery (Cook et al., 2012).

\* Corresponding Author: Irja Nieminen, PhD student, Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere.

E-mail addresses: [i.nieminen@kolumbus.fi](mailto:i.nieminen@kolumbus.fi) (I. Nieminen), [jari.kylma@uta.fi](mailto:jari.kylma@uta.fi) (J. Kylmä), [paiivi.astedt-kurki@uta.fi](mailto:paiivi.astedt-kurki@uta.fi) (P. Åstedt-Kurki), [anna.kulmala@muotiala.fi](mailto:anna.kulmala@muotiala.fi) (A. Kulmala), [marja.kaunonen@uta.fi](mailto:marja.kaunonen@uta.fi) (M. Kaunonen).

Cook et al. (2012) concluded that training interventions focusing on recovery are a worthy adjunct to traditional mental health services. In one group, prior to and after evaluations of five weeks of peer support training of recovery, empowerment and self-concept promoted MHSUs' recovery, improved their employability, gave a sense of self-worth and empowered them (Hutchinson et al., 2006). A recovery course (a single group) led by a peers lasting eight weeks decreased psychiatric symptoms, as well as increased feelings of self-advocacy, hopefulness, recovery and empowerment (Pickett et al., 2010). A randomised controlled trial of training, which supported young people with mental health problems to participate in higher education, promoted postsecondary participation, hope, self-determination and mental health empowerment (Geenen, Powers, & Phillips, 2014). A randomised controlled trial of a 12-week peer-run course on recovery assessments showed improvements in empowerment, hope and self-efficacy beliefs but not in quality of life (van Gestel-Timmermans, Brouwers, van Assen, & van Nieuwenhuizen, 2012).

These studies showed that recovery-oriented training interventions very often have an empowering influence on people with mental illness. MHSUs and staff in mental health services have highlighted empowerment to be the most important aspect in health promotion (Svedberg, Hansson, & Svensson, 2009). This is in line with the World Health Organisation (2004), which describes principles of self-determination, participation and empowerment to be essential to mental health promotion. However, the importance of empowerment to the promotion of mental health has not been emphasised in research literature (Svedberg et al., 2009).

The focus of the previous studies has been more on a mental illness, where they focus more on self-care and information on illness, as well as promoting MHSUs' healthier lifestyles. There is a lack of studies of training interventions, which particularly have aimed to strengthen MHSUs' positive internal resources to empower them.

In addition, more knowledge is required about what sort of education in what kinds of settings would be ideal to help people with mental disorders to succeed in their education (Atkinson et al., 2009). There are no studies, to our knowledge, which explore MHSUs' training environments where learning and teaching take place. The knowledge of MHSUs' experiences of the training environment helps to create an environment that will support their success in training. Education was one of the most requested services when hospitalised people with psychosis were asked about their life and treatment goals (Ramsay et al., 2011).

## MATERIALS AND METHODS

### Aim

The purpose of this study was to describe MHSUs' experiences of a training intervention, which focused on their empowerment. The aim was to answer the following research questions:

1. How did MHSUs describe the training environment?
2. How did MHSUs benefit from the training?

### Training Intervention

The training carried out in this study was developed in the EMILIA project (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action), which was funded during 2005–2010 by the European Union (for more information on the EMILIA project, see Nieminen et al., 2013). The training started with the introductory module followed by the 'Empowering People in Recovery' programme. The aims of the training were to increase the sense of control, to give tools to cope with stigma, to improve awareness of positive resources, to promote empowerment and to promote a process of lifelong learning. A mental health professional was a primary trainer who was assisted by a MHSU. Teaching methods included learning together, peer learning, problem-based learning and group discussions. The training was delivered once a week over seven weeks. The length of each session was 3.5 h. The participants were divided into four groups, with each group having five to six people. The description of topics and contents of the training is presented in Table 1.

### Design

A qualitative design was used to explore MHSUs' experiences in the training. The context of the phenomenon under the study and the effort to gain a deeper understanding were highlighted (Beery, 2010). The data were analysed using an inductive content analysis to display a condensed description of the phenomenon (White & Marsh, 2006). A content analysis is a suitable method for scarcely explored and novel phenomena (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013), or when the knowledge of the phenomena is fragmented (Elo & Kyngäs, 2008). Because we also wished to focus on the selected aspects of the MHSUs' experiences, with our interest being in the training environment and benefits of the training, a qualitative content analysis was the most suitable method for our study (Schreier, 2012).

### Settings and Participants

The participants of this study were Finnish MHSUs with severe, long-term mental illnesses.

To be included in the study, candidates had to meet the following inclusion criteria: a minimum age of 18, being unemployed, having used mental health services for at least three years before the study and being socially isolated or at risk of social isolation. The social isolation in this context means to be isolated from society because of unemployment.

Using a purposeful sampling, 24 MHSUs were selected for this study, of whom 16 were females and eight were males. Seven participants

**Table 1**  
Description of the Topics and Contents of Training.

Day	Topic	Content/aim of training
Day 1	Introduction	Information on the EMILIA project Structure and aims of the training Common conversation about basic rules and practices during training sessions
Day 2	Recovery and empowerment Interviews or metaphors	Background information on recovery and empowerment
Day 3		Getting to know each other Attitudes towards people with mental health problems
Day 4	Recovery and empowerment	Experiencing illness and hospitalisation Understanding the terms recovery and empowerment individually and commonly
Day 5	De-stigmatisation	Finding the positive value in one's own life
Day 6		Stereotypes linked to people with mental illness Re-defining self-portrait Coping with discrimination
Day 7	Responsibility	Exploring the term of responsibility Fields of responsibility
Day 7	Being empowered or empowering oneself	Finding one's positive traits

**Table 2**  
Participants' Background Information.

Gender	Number	Age (year)	Discontinued (person)	Reasons for termination (person)
Women	16	31–55, mean 46	5	Deterioration of mental condition (2), Personal life situation that is too busy (1), Unsuitable chemistry with a trainer (1), Unknown (1)
Men	8	26–63, mean 45	2	Deterioration of mental condition (1), Unknown (1)
<b>Total</b>	<b>24</b>			

withdrew from the study during the follow-up period. The age range of the users who continued the research was 25–61 years (mean = 44 years) (Table 2). MHSUs were recruited from the day activity centres of two non-governmental organisations, which offer services to people with mental illness.

#### Data Collection

Individual interviews were considered the most appropriate method for data collection to create a trusting atmosphere between the interviewee and interviewer (Hunter Revell, 2013). The interviews were conducted in two phases – before and 10 months after the training – to have an opportunity to identify any changes possibly attributed to the intervention. The withdrawn participants' interviews were included in the baseline data. As this study is part of a larger project, the follow-up interviews followed the timetable of the EMILIA project, where a project schedule determined interview phases. Interview questions were open-ended to facilitate the participants' opportunity to discuss their experiences from their own perspective. Interviews progressed individually, lasting from 20 to 90 min. The participants were asked about their training experiences, as well as how they perceived the training environment and how they benefitted from the training. In follow-up interviews, the MHSUs were asked to focus particularly on their experiences of the training intervention.

Both organisations had a person in charge to recruit MHSUs for the study. Information on the training was delivered to the bulletin boards of the organisations. In addition, the staff of the organisations informed MHSUs, who were their customers, about the training intervention. Then, MHSUs who wanted to participate in the training contacted the person in charge.

#### Ethical Considerations

The guidelines of the Declaration of Helsinki (2013) were followed in this study. Permission for the study was obtained from the directors of the participant organisations. The organisations were action centres where anybody who has used mental health services was given the opportunity to come and participate in the daily activities or to simply drop in for a coffee or a lunch break and meet other people. The participants of this study were living independently at their homes. Approval from an ethics committee was received for the EMILIA project. As the project was completed, there is a free access to the training programmes on the EMILIA website. Therefore, as the participants in this study were not patients, approval from the ethics committee was not required. All participants were well informed of the purpose of the study and the confidentiality of participation was highlighted (Koh, Goh, Yu, Cho, & Yang, 2012). The participants' awareness of being able to withdraw from the study at any time was confirmed. Participation was based on MHSUs' voluntariness and all subjects gave written consent to participate in the study. The interviews and the training were conducted in the units of the participant organisations.

#### Data Analysis

The interviews were tape-recorded after the written permission for recording was given by all participants. After transcribing the taped

interviews verbatim, they were read through several times to offer an overall sense of the text. Next, parts concerning the MHSUs' experiences of training were highlighted, and headings were written in the page margins according to the open coding. Following this, all headings were recorded on coding sheets and compared with each other. Headings with similar content were then grouped together to constitute categories. Abstraction continued until the main categories were identified (Elo & Kyngäs, 2008). In this study the data obtained before the intervention and the data obtained after the intervention have been analysed separately. When abstraction proceeded the categories of both data appeared to be parallel. Finally, the abstraction revealed the main categories, which were similar in both data. Therefore, the main categories have been presented only in one column in the tables of this report. A sample of the process of analysis is shown in Table 3.

#### Trustworthiness

The concepts of credibility, dependability and transferability have been used in this study to describe the aspects of trustworthiness. The study participants' various experiences, genders and ages contributed to the rich data increasing the credibility of the study, as did also the quotations from the participants' original interviews. The first author collected and analysed the data, after which the other authors evaluated these data to confirm the equivalence of the categories to the original data, which strengthened the dependability of the data. Information of context and participants' characteristics were described to give readers the possibility to evaluate whether the findings are transferable to other settings. (Graneheim & Lundman, 2004.)

## FINDINGS

The training environment was explored through three dimensions: social interaction, learners' internal resources and the pedagogical execution of training (Table 4). The benefits of the training were reinforcing positive internal resources, stimulating inner mind activity and varying meaningfulness (Table 5).

#### Dimensions of Training Environment

##### Social Interaction

Social interaction included connectedness, the trainer's social skills and the need for support. These concepts were identified in both pre- and post-interviews. Reciprocal interaction and grouping during training sessions created the feeling of connectedness. The MHSU as a trainer gave a feeling of closeness because of his corresponding experiences of mental illness. "The MHSU trainer gave the feeling of unity, so that I am not alone in this world".

The trainers' skills for reciprocal interaction, such as listening, interest and understanding, made MHSUs to feel appreciated and respected. "It felt pleasant to go to the training intervention, because participants were treated so well."

There was a need for constant support to help MHSUs be successful in their training. MHSUs appreciated the support given by peers and trainers. "The training intervention was like support to each other."

##### Learners' Internal Resources

Especially before the training, the participants expressed that their internal resources had weakened and they had become alienated from



**Table 3**  
A Sample of the Process of Analysis.

Category	Subcategories	Open codes	Meaning units
Connectedness	Interactivity	Reciprocal interactivity among group members Trainer's ability for reciprocal interactivity	'It was rewarding when we had a small group that was dialogic.' 'It was really good that trainers were attentive and they were interested in and listened to what others said.'
	Grouping	Feeling of belonging to a group Learning in a group	'The most important thing is that one integrates with a gang.' 'I think it is easier when people with mental illness are in their own group.'

the training. In their pasts, they had experiences of the termination of studies due to the exacerbation of their mental illness. Lack of self-confidence, lack of resilience and impaired cognitive skills caused by mental illness made their learning and training challenging. "In any case, mental illness influences the ability to use cognitive skills".

There were long previous periods when MHSUs had not participated in any training or education from which they had been alienated. They found this to hinder their ability to get a job and it made them unsure about their learning skills. "It is difficult to evaluate my learning skills, because I have not been in training for a long time".

When applying for training, a rehabilitation phase should be taken into consideration.

The fluctuating nature of the illness caused periods of deterioration in their life, when there were not enough internal resources to concentrate on and manage training. "If I went to the course now, it could give me more... when I was there, maybe my condition was not good enough".

Despite the alienation from training indicated in the baseline data, in post-interviews MHSUs highlighted the attractiveness of the training intervention, which meant that the training attracted MHSUs' interests and awakened their motivations. An intentional commitment to training seemed to contribute a regular participation. "And then I was committed to the training, the necessity of commitment was good."

#### *Pedagogical Execution of Training*

The description of the pedagogical execution of training was similar before and after the training. It consisted of individuality in the design and execution of training and the environment, which promoted learning and trainers' professional skills. MHSUs' possibility to learn at their own pace and take their background, special characteristics of illness and needs into consideration made training individual. "The training intervention met my needs, which made me go there."

Practical education methods, brief training sessions and revision composed the learning environment, which promoted the participants' learning and managing. "Illustrating things practically helped to remember."

Trainers had knowledge of, experience with and perceptions of the taught issues. Their good professional skills inspired confidence towards trainers and motivated participation in the training. "The good trainer motivated me to go to the training intervention."

#### *Benefits of Training*

##### *Reinforcing Positive Internal Resources*

Before the training, MHSUs mentioned that training and education had helped to reinforce their positive internal resources by improving self-esteem and promoting mental well-being.

Learning was perceived to build up self-esteem as well as to have positive influence on the one's life. "When I learn new things it lifts my spirit and gives me a certain satisfaction".

The training intervention carried out in this study reinforced the MHSUs' self-image, made them feel as if having greater mental strength and encouraged them to further training. MHSUs were supported to re-define their self-image without having to define themselves in terms of their illness. Reinforcing a healthy self-image increased their self-esteem and self-knowledge. At its best, a belief in one's own abilities helped to break old patterns of behaviour: "In a way, I have, like, broken down barriers... these improvements are so incredible, that I have been able to do this... me and my family are amazed... this course definitely has been a big factor in it."

Feeling of having greater mental strength meant that the training intervention encouraged more persistence to advance in one's life and increased strength and energy. "When it is not only chatting with each other but it is specifically outlined training, just being there gives strength and energy."

After the training, the MHSUs considered further studies; a few even applied for vocational training. One user, who decided to continue his studies at university after a long break, described: "I think that even if I cannot clearly remember all the matters (discussed in the training), they are somehow unconsciously guiding me."

##### *Stimulating Inner Mind Activity*

According to the MHSUs' previous experiences, inner mind activity was stimulated by learning new things and broadening one's own perspectives.

Training enabled MHSUs to learn new things and helped them to consider themselves from a more extensive aspect. "Studying opens up new horizons and puts my own worries into perspective".

The training in this study seemed to make MHSUs to work more actively channelling them to process their own thinking. They were also helped to gain knowledge. Group exercises with different themes every day and trainers' thought-provoking comments enabled the participants to maintain good conversations, which then resulted in creative thought processes and reflections, allowing them to process their own thinking: "This course was good in a sense that I, like, suddenly started to think matters a bit more closely and a bit more deeply."

The content of the training intervention was interesting and enabled MHSUs to gain new knowledge, which promoted understanding. "The training intervention gave new knowledge, which helped to understand better many things."

##### *Varying Meaningfulness*

The meaningfulness of the training varied. Previously, MHSUs perceived training to be a meaningful activity for them or they had a

**Table 4**  
Dimensions of Training Environment.

Main categories	Categories before training	Categories after training
Social interactions	Connectedness Trainer's social skills Need for support	Connectedness Trainer's social skills Need for support
Learners' internal resources	Weakened internal resources Alienation from training	Weakened internal resources Attracting interest in training
Pedagogical execution of training	Individuality in the design and execution of training Environment that promoted learning Trainer's professional skills	Individuality in the design and execution of training Environment that promoted learning Trainer's professional skills

**Table 5**  
Benefits of Training.

Main categories	Categories before training	Categories after training
Reinforcing positive internal resources	Improving self-esteem Promoting mental well-being	Reinforcing one's self-image Feeling of having greater mental strength Being encouraged to further training
Stimulating inner mind activity	Learning new things Broadening one's own perspective	Processing one's own thinking Gaining knowledge
Varying meaningfulness	Meaningful activity Contradictory attitude towards training	Meaningful activity Meaningless experience

contradictory attitude towards training. Similarly, the training as a meaningful activity and a meaningless experience was identified in the post-interviews.

Participating in the training gave MHSUs a sense of meaning, motivating them to go outside from their home. The training was even regarded as the most important activity of the day: I would have had an appointment at a mental health clinic at the same time [as the training], but I had to send my prescription there by mail because I could not skip the training sessions.

Before the training, MHSUs on the one hand liked learning, but on the other hand, they were unsure of whether they were interested in the training. In addition, afterwards, some of the MHSUs found the training experience meaningless. They reported that it was not challenging enough. "It was too simple, too low level, I hardly learnt anything; it could have been higher-level training."

## DISCUSSION

MHSUs appreciated the feeling of connectedness during the training sessions. The matter was discussed already before the intervention, but especially after it MHSUs emphasised that the trainers played a key role by enabling an empathetic atmosphere, where MHSUs experienced being heard and respected. Tse, Wing See Tsoi, Wong, Kan, and Fei-Yeng Kwok (2014) also reported that the relationship between MHSUs and course trainers was a major contributor to the MHSUs' empowerment. An important part of connectedness was having a trainer with a MHSU background. Moran, Russinova, Yim, and Sprague (2014) discovered that relatedness in peer training provided an opportunity to establish social network and to receive peer support. Connectedness linked to training sessions is a scarcely discussed topic in previous studies. It might be a valuable aspect in the MHSUs' training to promote their participation.

This study showed that despite MHSUs' mental conditions, there is a constant need for support to help them succeed in their training, as Schindler and Kientz (2013) reported. Turning points in life, such as applying for and entering training and education, may be stressful if there have been long periods without being in any training. Especially in these situations, support is important. Social support helps a person with mental illness to see a stressful situation in a positive light, which in turn increases his/her intrinsic motivation and functioning (Davis & Brekke, 2014). A lack of support may be a barrier to training (Secker & Gelling, 2006). It might be challenging for MHSUs to get support if they are not within the range of mental health services and have no supportive people around them. In these cases, professionals are in a key position to support MHSUs.

MHSUs had trouble in cognitive activities due to their illnesses worsening their participation in training and education. This result was indicated in both interviews being parallel to previous studies (McGurk & Wykes, 2008; Tan, 2009). Furthermore, MHSUs' long periods without participation in any training made them feel unsure about their learning and study skills as well as alienated them from training. This may also cause them to have difficulty applying for and succeeding in training. If their study skills would be maintained, it might facilitate their possible later training and education. In addition, despite the alienation from

training the intervention attracted MHSUs' interest in training thus showing their willingness to be trained. They also experienced exclusion from jobs due to the lack of training and education. This suggests their need for more regular training and education.

However, seven of 24 MHSUs discontinued this study. Two of them completed the training, but they did not participate in a follow-up interview. The reasons for the termination of the course were deterioration of mental condition, a personal life situation that is too busy and unsuitable chemistry with a trainer. It has been reported in previous studies, that fluctuating levels of illness (Atkinson et al., 2009) and a lack of motivation hinder MHSUs from participating in training (Schindler & Kientz, 2013). This study indicated the same issues. The MHSUs involved in the present study stated there had to be motivation to participate in the training. Quinn, Clare, McGuinness, Robert, and Woods (2012) pointed out the association between motivation and outcomes: the more a caregiver was motivated in his/her job, the better the outcomes were. MHSUs also emphasised intentional commitment, which promoted their participation. Little is discussed regarding these issues in the research literature. Interestingly, these aspects were discussed only after the training, which may refer to the usefulness of the introduction session, which included basic rules for and practices in the training sessions, which then were discussed together. In addition, commitment to the training was emphasised.

The pedagogical execution of MHSUs' training has not been investigated in recent years. However, these findings showed that there might be a connection between pedagogical aspects and MHSUs' experiences in the training. Individuality, the trainer's expertise and an environment that supports learning were discussed in both the baseline and after the training, indicating MHSUs' experiences to be similar to those in other trainings. It would be useful to acknowledge these aspects when designing and organising MHSUs' training. MHSUs' needs and individuality could be acknowledged by involving them in all phases of training, from the design to the delivery. Before training, it would also be useful to survey MHSUs' needs and hopes regarding the training, which could then be the basis for the training.

Even if training and education overall seemed to have reinforcing influence on the MHSUs' positive internal resources it was the training of this study which made the participants to focus on their internal resources actively. MHSUs were helped to consider themselves from a positive point of view, as well as to view an illness as being only one part of life, not the centre of it. They found the positive perspective of themselves to be a prerequisite for empowerment. Reconstruction of a positive identity encourages social inclusion and promotes self-esteem among people with a mental illness (Walsh & Tickle, 2013), while a negative self-perception can be a barrier to employment (Schindler & Kientz, 2013). It would be useful to support MHSUs to find their positive traits also on a daily basis in mental health services. One solution might be that professionals, together with MHSUs, actively search for MHSUs' positive capacities. MHSUs also need to be encouraged and counselled by nurses in how to use their positive resources.

Furthermore, the MHSUs were inspired to consider further training, indicating results parallel to previous studies (Major et al., 2010; Rinaldi, Perkins, McNeil, Hickman, & Singh, 2010). This finding was discussed only in the follow-up interviews, suggesting the impact of a separate

training course on motivation. It would be useful to research further whether participating more frequently in a shorter training programme might help MHSUs to sustain their motivation to training and later encourage them to enter longer education programmes. Learning and training increase the feeling of self-efficiency and motivation to participate in activities, such as voluntary work, further training or looking for a paid job (Dunn et al., 2008).

According to the MHSUs' previous experiences training had helped them to broaden their own perspectives. The intervention in this study seemed to make MHSUs to work more actively channelling them to concentrate on their own thoughts. Especially, group discussions and practical exercises prompted the processing of their own thinking. Thus, the training gave them an opportunity to train their cognitive abilities, such as creative thinking and problem solving. There is a need for psychological interventions that improve the metacognitive capacity to assist individuals in their social interactions (Lysaker, Gumley, & Dimaggio, 2011), in their further education and in their efforts to gain employment (Rinaldi et al., 2010).

Participation in the training gave the MHSUs a sense of meaning. Successfully engaging in activity furthers the individual's self-worth (Connell, Brazier, O'Cathain, Lloyd-Jones, & Paisley, 2012) and well-being (Hancock et al., 2013). However, there were participants who did not find the training challenging enough. This might indicate that their needs remained unmet regarding intellectual challenges. It also refers to their internal resources, which remained unused. Pryce (2013) emphasises the importance of considering the needs and capacities of people with mental illness when planning leisure or occupational activities for them.

## CONCLUSIONS

The training environment was multidimensional from the MHSUs' point of view. They discussed the environment through social interaction, learners' internal resources and the pedagogical execution of training. Recognising these dimensions helps to build an environment that will support MHSUs' training. Thus, the knowledge of these dimensions may be useful in organising and executing MHSUs' training.

The training reinforced MHSUs' positive internal resources, stimulated their inner mind activity and gave meaning to their lives. However, there were MHSUs who did not find the training meaningful.

The findings of this study provided tentative proof for the feasibility of the empowerment training to reinforce MHSUs' internal resources and train their cognitive activities, which for their part will train also MHSUs' study skills. Participation in the training increased the MHSUs' motivation to participate also in further training and education, which will improve their possibilities to find employment. We suggest that empowerment training could be a relevant tool for mental health care providers to use in order to strengthen MHSUs' positive internal resources and to give them a possibility to train their cognitive activities thus equipping them for further training and education.

There is a need for further knowledge of what kind of support would help MHSUs to succeed in their training and education. Longitudinal studies are needed to give more information of the benefits and challenges of MHSUs' training and education. Furthermore, more knowledge of the training environment is required to build an environment that would support MHSUs' learning.

## LIMITATIONS

Due to a small sample size caution is required in interpreting these findings. Even if the current study presents the true description of the experiences of this small sample, it cannot be said that all MHSUs would have similar experiences of the empowerment training. In addition, the recruitment of participants from the action centres might tend towards MHSUs who are more outgoing. Those who have trouble meeting other people and who do not go to action centres would have

valuable information for our study. This may have influence on the qualitative diversity of our study results. Also the withdrawn participants' baseline data were included in the data analysis but their post-interviews data were missing; this might affect the findings.

## Acknowledgment

This study is one part of the first author's doctoral dissertation, which is supported financially by the City of Tampere Science Fund. The authors wish to thank everyone whose contribution made this paper possible.

## References

- Atkinson, S., Bramley, C., & Schneider, J. (2009). Professionals' perceptions of the obstacles to education for people using mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(1), 26–31.
- Beery, T. A. (2010). Essentials on qualitative research methods: Clinical considerations for allied professionals. *Hearth Rhythm*, 7, 572–574.
- Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., & Campbell, M. (2010). The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 473–486.
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 708–716.
- Carless, D. (2008). Narrative, identity, and recovery from serious mental illness: A life history of a runner. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 233–248.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1–16.
- Cook, J. A., Blyler, C. R., Burke-Miller, J. K., McFarlane, W. R., Leff, H. S., Mueser, K. T., ... Kaufmann, C. K. (2008). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2, 37–46.
- Cook, J. A., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S., Fox, A., Shipley, P., ... Burke-Miller, J. K. (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*, 136, 36–42.
- Cyklarova, E., Crepaz-Keay, D., Reeves, R., Morgan, K., Lemmi, V., & Knapp, M. (2015). An evaluation of peer-led self-management training for people with severe psychiatric diagnoses. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(1), 3–13.
- Davis, L., & Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*, 215(1), 39–45.
- Declaration of Helsinki (2013). <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/> (17.6.2015)
- Dunn, E. C., Rogers, E. S., Hutchinson, D. S., Lyass, A., MacDonald Wilson, K. L., Wallace, L. R., & Furlong-Norman, K. (2008). Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health*, 35, 357–369.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Fernandez, R. S., Evans, V., Griffiths, R. D., & Mostacchi, M. (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 70–80.
- Geenen, S., Powers, L. E., & Phillips, L. A. (2014). Better futures: A randomized field test of a model for supporting young people in foster care with mental health challenges to participate in higher education. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1–21. <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-014-9451-6>.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Hancock, N., Bundy, A., Honey, A., Helich, S., & Tamsett, S. (2013). Measuring the later stages of the recovery journey: Insights gained from clubhouse members. *Community Mental Health Journal*, 49, 323–330.
- Hiltunen, M., & Kiviniemi, M. (2010). *Katsaus eläketurvaaan vuonna 2009. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 6/2010*. Helsinki: Eläketurvakeskus (Finnish Centre for Pensions).
- Hunter Revell, S. M. (2013). Making meaning in qualitative research with conversational partnerships: A methodological discussion. *Advances in Nursing Science*, 36(2), E54–E65.
- Hutchinson, D. S., Anthony, W. A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E. C., Lyass, A., & Rogers, E. S. (2006). The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 205–213.
- Koh, J., Goh, E., Yu, K. -S., Cho, B., & Yang, J. H. (2012). Discrepancy between participants' understanding and desire to know in informed consent: Are they informed about what they really want to know? *Journal of Medical Ethics*, 38, 102–106.
- Lysaker, P. H., Gumley, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognitive disturbances in persons with severe mental illness: Theory, correlates with psychopathology and models of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 1–8.
- Major, B. S., Hinton, M. F., Flint, A., Chalmers-Brown, A., McLoughlin, K., & Johnson, S. (2010). Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following



- first episode psychosis: A naturalistic prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 1–8.
- McGurk, S. R., & Wykes, T. (2008). Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 350–359.
- Ministry of social affairs (2012). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. (Plan for promoting mental health work and the social work with substance abusers. Proposals for development of mental health work and the social work with substance abusers 2015. Progress review and actions to be intensified in regard to implementation. English abstract.)*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2014). Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: A qualitative study using self-determination theory. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 32–41.
- Mueser, K. T., & Cook, J. A. (2012). Supported employment, supported education, and career development. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 417–420.
- Nieminen, I., Ramon, S., Dawson, I., Flores, P., Leahy, E., Pedersen, M. L., & Kaunonen, M. (2013). Experiences of social inclusion and employment of mental health service users in an EU project. *International Journal of Mental Health*, 41(4), 3–23.
- Pickett, S. A., Diehl, S., Steigman, P. J., Prater, J. D., Fox, A., & Cook, J. A. (2010). Early outcomes and lessons learned from a study of the building recovery of individual dreams and goals through education and support (BRIDGES) program in Tennessee. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 96–103.
- Pickett, S. A., Diehl, S. M., Steigman, P. J., Prater, J. D., Fox, A., Shipley, P., Grey, D. D., & Cook, J. A. (2012). Consumer empowerment and self-advocacy outcomes in a randomized study of peer-led education. *Community Mental Health Journal*, 48, 420–430.
- Pryce, J. (2013). An evaluation of 'work' for people with a severe persistent mental illness. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 25, 239–255.
- Quinn, C., Clare, L., McGuinness, T., Robert, T., & Woods, R. T. (2012). The impact of relationships, motivations, and meanings on dementia caregiving outcomes. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1816–1826.
- Ramsay, C. E., Broussard, B., Goulding, S. M., Cristofaro, S., Hall, D., Kaslow, N. J., ... Compton, M. T. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Research*, 189, 344–348.
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N., & Singh, S. P. (2010). The individual placement and support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health*, 19(6), 483–491.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Salyers, M. P., & Kravetz, S. (2009). A one year follow-up of illness management and recovery: Participants' accounts of its impact and uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 285–291.
- Schindler, V. P., & Kientz, M. (2013). Supports and barriers to higher education and employment for individuals diagnosed with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 39, 29–41.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Secker, J., & Gelling, L. (2006). Still dreaming: Service users' employment, education & training goals. *Journal of Mental Health*, 15, 103–111.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.
- Stickley, T., & Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part one: A review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 247–256.
- Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruusu, O., Korkeila, J., Lindfors, O., Mattila, A., ... Viertiö, S. (2012). Toim. Terveystyö, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL raportti 68/2012 [www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN\\_ISBN\\_978-952-245-769-1.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN_ISBN_978-952-245-769-1.pdf)
- Svedberg, P., Hansson, L., & Svensson, B. (2009). The attitudes of patients and staff towards aspects of health promotion interventions in mental health services in Sweden. *Health Promotion International*, 24(3), 269–276.
- Tan, B.-L. (2009). Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 220–228.
- Tse, S., Wing See Tsoi, E., Wong, S., Kan, A., & Fei-Yeng Kwok, C. (2014). Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 211–218.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15, 398–405.
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P. M., van Assen, M. A. L. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63(1), 54–60.
- Waghorn, G., Chant, D., Lloyd, C., & Harris, M. (2011). Earning and learning among Australian community residents with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 186, 109–116.
- Walsh, F. P., & Tickle, A. C. (2013). Working towards recovery: The role of employment in recovery from serious mental health problems: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(2), 35–49.
- White, M. D., & Marsh, E. E. (2006). Content analysis: A flexible methodology. *Library Trends*, 55(1), 22–45.
- World Health Organisation (2004). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, Practice*. Summary report. Geneva: World Health Organization, department of Mental Health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne.
- Wynaden, D., Barr, L., Omari, O., & Fulton, A. (2012). Evaluation of service users' experiences of participating in an exercise programme at the Western Australian State Forensic Mental Health Services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 229–235.
- Zhang, W., Chen, Q., McCubbin, H., McCubbin, L., & Foley, S. (2011). Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being, and ethnicity. *Health & Place*, 17, 238–247.
- Zolnierek, C. D. (2011). Exploring lived experiences of persons with severe mental illness: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 46–72.