

SOSIAALINEN HYVINVOINTI
MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ELÄMÄSSÄ

Tutkimus sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksistä nuorempien
ja varttuneiden mielenterveyskuntoutujien keskuudessa

Soile Läätö

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalityö

Pro gradu -tutkielma

Syyskuu 2013



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty

Laitos – Institution – Department

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalitieteiden laitos

Tekijä– Författare – Author

Soile Läätä

Työn nimi – Arbetets titel – Title

SOSIAALINEN HYVINVOINTI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ELÄMÄSSÄ.

Tutkimus sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksistä nuorempien ja varttuneiden mielenterveyskuntoutujien keskuudessa.

Oppiaine – Läroämne – Subject

Sosiaalityö

Työn laji – Arbetets art – Level

Aika – Datum – Month and year

Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages

Pro gradu -tutkielma

Syyskuu 2013

100 / 122 sivua

Tiivistelmä – Referat – Abstract

Tutkielma tarkastelee sosiaalisen hyvinvoinnin merkitystä ja sen vaihtelua kahden eri-ikäisen mielenterveyskuntoutuja-ryhmän kertomina ja kokemina. Tutkielman tavoitteena on selvittää, mistä mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi rakentuu, miten sosiaalinen hyvinvointi määrittynyt/ merkityksellistynyt eri-ikäisillä mielenterveyskuntoutujilla sekä tuetaanko yhteiskunnassa mielenterveyskuntoutujien ihmisarvoa ja täysivertaista yhteiskunnan jäsenyyttä. Aikuiset mielenterveyskuntoutajat näyttäytyvät yhteiskunnassa väliinpuotajina ja muodostavat oman erityisen marginaaliryhmänsä, mikä ilmenee myös heidän sosiaalisen hyvinvointinsa laadussa ja merkityksissä. Mielen sairastuessa sosiaalisen hyvinvoinnin merkitys korostuu ja sen heikentyminen hidastaa kuntoutumisen edellytyksiä. Tämän vuoksi juuri sosiaalista hyvinvointia tukevat rakenteet ja verkostot ovat erityisen tärkeässä asemassa mielenterveyskuntoutuksen toteutuksessa ja tuloksellisuudessa.

Tutkimusaineisto koostuu 23:sta 21–68-vuotiaan mielenterveyskuntoutujan haastattelusta. He käyttivät tutkimushetkellä Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n palveluita. Keskinäisen vertailun mahdollistamiseksi tutkimushenkilöt jaettiin kahteen ryhmään, 21–39-vuotiaiden (12) ja 52–68-vuotiaiden (11) ryhmään. Kyseinen jako perustui perinteisiin muutosodotuksiin ihmisen elämän eri vaiheissa ja suhteissa. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluin, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin analyysia varten. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisesti teemoittelemalla. Teemojen lisäksi analyysi esitetään tutkimuskysymyksittäin, joilla kahden ikäryhmän vastauksia vertaillaan toisiinsa. Tutkielman lähestymistapa painottui hermeneuttis-fenomenologisuuteen, jonka tavoitteena korostuu pyrkimys ymmärtää tutkimushenkilöiden kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Lähestymistapaan liittyi väljästi myös sosiaalinen konstruktionismi, jonka mukaisesti tutkijamushenkilöt itse rakentavat sosiaalista todellisuuttaan haastatteluissa, sekä biografinen ajattelu, joka kuvaa tutkimushenkilöiden elämän eri vaiheiden sisältöjen vaikutuksia sosiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi sosiaalipsykologinen lähestyminen tuki tutkimusaiheen tarkastelua.

Tutkielman mukaan mielenterveyskuntoutujien sosiaalinen hyvinvointi rakentuu pääasiassa samoista tekijöistä kuin yleensäkin ihmisillä eli elämän sisällöstä, ihmissuhteista sekä oman tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden kokemuksista. Sosiaalisen hyvinvoinnin toteutuminen edellyttää riittävän hyvää kokemusta omasta elämänlaadusta, joka määrittynyt kunkin yksilöllisistä tarpeista. Sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumiseksi mielenterveyskuntoutujalle tulee tarjoutua riittäviä ja mielekkäitä toimintaympäristöjä, mahdollisuuksia sosiaalisten verkostojen rakentamiseen niin normaali- kuin vertaispalveluissa sekä osallisuuden, kehittämisen ja vaikuttamisen kokemusta omissa asioissaan ja yhteiskunnassa. Mielenterveyskuntoutujan toimijuuteen ja sosiaalisten verkostojen monimuotoisuuteen vaikuttaa ikää enemmän se, miten elämän eri osa-alueet, kuten työ- ja opintoelämä, harrasteet ja sosiaaliset verkostot, ovat rakentuneet sairautta edeltävänä aikana. Nykyiseen palvelujärjestelmään ollaan suhteellisen tyytyväisiä, mutta omaan osallisuuteen ja osallistumisen mahdollisuuksiin kaivataan lisää tukea sekä ollaan huolissaan palveluiden säilyvyydestä tulevaisuudessa.

Avainsanat – Nyckelord – Keywords Mielenterveys, mielenterveyskuntoutus, sosiaalisuus, hyvinvointi, marginaaliryhmä, ikä.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MIELEN SAIRASTUMISESTA SEN KUNTOUTUMISEEN	7
2.1 Näkökulmia mielenterveyteen.....	7
2.2 Mielenterveyden horjuminen	13
2.3 Mielenterveyskuntoutuksen perusta, haasteet ja toteutus.....	14
3 SOSIAALISEN HYVINVOINNIN ELEMENTIT	20
3.1 Sosiaaliset suhteet ja verkostot.....	25
3.2 Sosiaalinen tuki	28
3.3 Yhteisöllisyys	30
3.4 Täysivertaisuus ja ihmisarvo	33
4 MARGINAALISUUS	36
5 TUTKIMUSASETELMA, EETTISET KYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	39
5.1 Tutkimuskysymykset ja -tehtävät.....	40
5.2 Tutkimusasetelma ja metodologia.....	41
5.3 Aineiston hankinta.....	43
5.4 Eettiset näkökohdat	45
5.5 Tutkimuksen toimintaympäristö.....	48
5.6 Tutkimusaineiston keruu	48
5.7 Oman roolini tarkastelua	50
5.8 Tutkimusaineiston analyysin kuvaus.....	54

6 SOSIAALINEN HYVINVOINTI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ELÄMÄSSÄ	56
6.1 Tutkimushenkilöiden taustaa.....	56
6.2 Sosiaalisen hyvinvoinnin tukipilarit.....	58
<i>Kuntoutuspalvelut</i>	58
<i>Tuki</i>	61
<i>Kuntoutumisen eteneminen</i>	63
<i>Yhteisöjen merkitys</i>	64
<i>Sosiaalisuus</i>	67
6.3 Iän vaikutukset sosiaalisen hyvinvoinnin rakentumisessa	69
<i>Sosiaalisen elämän muutokset</i>	69
<i>Nykyiset sosiaaliset suhteet</i>	72
<i>Arki ja hyvinvointi</i>	75
<i>Suhde omaan elämään</i>	79
<i>Tulevaisuuden näkymät</i>	81
6.4 Täysivertaisen yhteiskunnan jäsenyyden ja normaaliuden haasteet.....	84
<i>Kuntoutuminen ja palvelujärjestelmän toimivuus</i>	84
<i>Oma rooli</i>	86
<i>Leima ja kohtaaminen</i>	86
<i>Yhteiskunnan tuki ja jäsenyys</i>	89
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	91
8 POHDINTAA	96
KIRJALLISUUSLUETTELO	101

LIITTEET

Liite 1: SAATEKIRJE TUTKIMUSHENKILÖILLE.....	114
Liite 2: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO.....	116
Liite 3: LUPA AINEISTON KÄYTTÖÖN.....	117
Liite 4: ITUSPY:N ORGANISAATIOKAAVIO.....	118
Liite 5: TUTKIMUSHENKILÖIDEN NYKYIÄT (KEVÄT 2012) JA SAIRASTUMISEN AJANKOHDAT.....	120
Liite 6: OMAN ROOLINI JA ASEMANI VAIKUTUKSET -STRUKTUURI.....	121
Liite 7: ELÄMÄN VIISAUDET JA OHJEET.....	122

KUVIOT

Kuvio 1: Psykkinen sairastuminen sekä kuntoutumisen haasteet ja osatekijät.....	39
Kuvio 2: Sosiaalisen hyvinvoinnin toteutuminen.....	40

1 JOHDANTO

Tässä tutkielmassa keskityn mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin ikäperusteiseen tarkasteluun heidän itse kertomina ja kokemina. Kiinnostus tutkimusaiheeseen syntyi 2011 sosiaalityön käytäntötutkimusjakson aikana, jolloin tutkin eri työntekijätahojen näkemyksiä mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksestä. Lisäksi olen työskennellyt mielenterveyskuntoutujien parissa 11 vuotta, minkä ansiosta minulla on läheinen yhteys heihin myös käytännössä. Mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin tutkiminen on mielestäni ajankohtaista ja tärkeää, koska he näyttävät yhteiskunnassa väliinputoajina ja muodostavat oman erityisen marginaaliryhmänsä, mikä heijastuu heidän hyvinvointinsa kaikille osa-alueille. Aikuiset mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat asiantuntijoiden tukea elämänhallintaansa.

Marginaalisuutta ovat pohtineet useat tutkijat. Riitta Granfelt (2000, 20; 1998, 78) liittyy marginaalijäsenyyteen yksilön vastentahtoisuuden ja pahoinvoinnin kasaantumisen. Maarit Laitisen (2008, 27, 154) tutkimuksessa korostuu ihmisen tarve normaaliuden ja turvan tunteeseen sekä yhteisöllisyyteen, mutta myös oman paikan löytymiseen yhteisössä. Hän kuvaa, kuinka mielenterveysasiakkaat herkästi eristetään ja leimataan sekä kuinka vaikeaa heidän on saavuttaa arvostusta, tasa-arvoista asemaa tai roolia muiden rinnalla. Myös nykyinen institutionaalinen vallankäyttö ruokkii mielenterveyskuntoutujien stereotypisointia ja alempiarvoisen aseman tarjoamista. Stereotyyppisistä katsantokannoista seuraa negatiivisia heijastumia ja suhteita sosiaalisiin käytäntöihin (Törrönen 2005, 15, 18).

Tutkimustyö kuntoutuksen ympärillä on keskittynyt kuntoutujan voimien muutoksiin sekä kuntoutuksen kannattavuuteen ja vaikutuksiin. Kuntoutumisprosessi, kuntoutujan toimintaympäristö ja rakennemuutosten vaikutukset niihin ovat jääneet vähäisemmälle huomiolle. Myös hoidon ja kuntoutuksen välisen rajan vetäminen on osoittautunut ongelmalliseksi ja johtanut hoidon painottamiseen. Usein ihmisen vajaakuntoisuus liitetään yksilöllisiin esteisiin, mutta ei kyetä nimeämään niiden sosiaalisia syitä tai seurauksia. Myös mielenterveysongelmien ja sosiaalisten ongelmien erottelu saattaa olla vaikeaa, koska ne usein liittyvät toisiinsa. (Peltomaa 2005, 5–6.) Britta Sohlman (2004, 136) huomauttaa, että hyvän mielenterveyden luomiseen ei riitä yksin sosiaali- ja terveydenhuollon panos, koska myös yhteiskunnalliset päätökset heijastuvat mielenterveyden tilaan. Martine Fledderus ym. (2010, 2372) toteavat, että nykyinen suuntaus

kannustaa positiivisempaan mielenterveyden ymmärtämiseen, minkä taustalla saattaa vaikuttaa mielenterveystyön myönteinen kehitys ja lisääntynyt tutkimustieto.

Tutkimustyötä tarvitaan jatkossakin, sillä Jarkko Eskola (2009, 33) tuo esiin, että vaikka psykiatrisesti vakavasti sairaiden määrä ei ole noussut, niin mielensairauksien vaikutus-alue on selkeästi laajentunut. Elämän hektisyys ja kovenevat vaatimukset ilmenevät ihmisten voimien rapautumisena ja yhteiskunnan tuottamina lisäpaineina. Elämänhallinnasta on tullut entistä haastavampaa. Myös Vappu Taipale (2008, 310–311, 315, 318) muistuttaa 1990-luvun laman virheistä, jolloin "ylimääräiset" palvelut karsittiin säästötoimenpiteinä pois. Tämän seurauksena mielenterveyden kokonaisvaltainen tukeminen on jäänyt heitteille, vaikka juuri siihen tulisi panostaa yhteiskunnan toimivuuden, tuotavuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ville Lehtinen (2000, 238) toteaa, kuinka hyvä mielenterveys edistää ihmisen toimintakykyä, elämänhallintaa sekä sosiaalisia taitoja, joita tarvitaan terveiden yhteisöjen rakentamiseen ja ylläpitoon. Myös WHO:n (2004, 3, 11) mukaan kaikkien ihmisten perus- ja kansalaisoikeudet sekä poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset oikeudet tulisi toteuttaa. Jokaisella on oikeus mahdollisimman hyvään terveydentilaan, niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin.

Mielen sairastumisen yhteydessä sosiaalisen hyvinvoinnin taso usein laskee, mikä taas heikentää kuntoutumisen edellytyksiä. Tämän vuoksi sosiaalista hyvinvointia tukevat rakenteet ja verkostot ovat erityisen tärkeässä asemassa mielenterveyskuntoutuksen toteutuksessa ja tuloksellisuudessa. Laadukkaat mielenterveyspalvelut muiden virallisten ja epävirallisten verkostojen lisäksi edesauttavat sosiaalisen hyvinvoinnin laadun paranemista, mistä syntyy pidemmällä aikavälillä myös taloudellisia säästöjä. Mielenterveyspalveluiden karsiminen ja tehtyjen priorisointien epäoikeudenmukaisuus sekä kilpailuhenkisyys heikentävät mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia toimivan elämän rakentamiseksi. Sirkka-Liisa Kärkkäinen (2005, 310) on tarkastellut yhteiskunnan resurssien epätasaista jakautumista ja todennut, että vain lakisääteisiä palveluita pidetään merkittävänä palveluiden tuotannon priorisoinnissa. Säästötoimenpiteiden heikentäessä mielenterveyskuntoutujan virallista tukiverkostoa yksilö jää yhä enemmän oman epävirallisen verkostonsa varaan riippumatta siitä, kuinka tukeva se on.

Sosiaalitieteissä sosiaalisuus ja sosiaalinen toiminta kuvaavat ihmisten välistä sosiaalista suhdetta. Samalla ollaan kiinnostuneita myös rakenteen ja toiminnan välisestä suhteesta eli ihmisen ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vaikutuksista. (Kuusela 2011, 65.)

Tutkimuksen mielenkiinto on painottunut sosiaalisten suhteiden sekä sosiaalisen tuen ja pääoman merkityksiin. Mielenterveyskuntoutujien sosiaalista hyvinvointia käsitteleviä tutkimuksia on kuitenkin melko vähän. Sen lisäksi sosiaalisen hyvinvoinnin tutkimusta vaikeuttaa käsitteen määrittelyiden moninaisuus.

Hyvinvoinnin muodostumista ja sosiaalisen ulottuvuuden ilmenemistä on tutkinut esimerkiksi Erik Allardt (1976) *having-*, *loving-* ja *being-* ulottuvuuksilla ja Pauli Niemelä (2009; 2006) kolmen inhimillisen toiminnan tason, elämisen, tekemisen ja omistamisen, avulla. Sosiaalisen ilmentymistä ovat pohtineet muun muassa Petteri Niemi, Tuija Kotiranta ja Raili Haaki (2011, 8, 248). He toteavat, kuinka sosiaalisuuden merkityksellisyys on aina suhteessa kyseiseen kontekstiin. Heidän mielestään sosiaalinen hyvinvointi voisi hyvin korvata sosiaalisen käsitteen.

Pekka Kuusela (2011, 55, 64) määrittelee sosiaalisen toiminnan teorian pohjalta ihmisen sosiaaliseksi olennoksi, joka sekä tuottaa että muuttaa todellisuutta. Ihmisen toimintaan heijastuvat niin yhteiskunnan historialliset kuin rakenteelliset tekijät. Sosiaalinen toiminta voidaan jakaa henkilökohtaiseen mikrotasoon, organisaatioiden ja sosiaalisten ryhmien mesotasoon sekä yhteiskunnalliseen makrotasoon. Myös Raimo Tuomela ja Pekka Mäkelä (2011, 87) näkevät ihmiset sosiaalisina ryhmäolentoina, jotka toimivat yhdessä erilaisissa ryhmissä. Ihmisten toiminnan taustalla vaikuttavat sosiaaliset tekijät, joista he todellisuuttaan rakentavat. Reino Hjerppe (2005, 118–119) puolestaan painottaa, kuinka sosiaalinen pääoma heijastuu hyvinvointiin myönteisesti ja tukee yksilöä selviytymään sosiaalisista riskeistä. Se edistää myös yksilöiden tavoitteiden saavuttamista ja koko yhteisön hyvinvointia. Anneli Anttonen (2011, 144–145) toteaa ihmisten keskinäisen riippuvuuden olevan sosiaalisen elämän tosiasia. Ihminen on sosiaalisten suhteiden ympäröimänä myös haavoittuva ja heikko. Erilaiset yhteisöt luovat ihmisten elämään merkityksellisyyttä, sisältöä ja turvaa vastapainoksi yhteiskunnan muutoksille (Pessi & Seppänen 2011, 290). Myös yhteiskunta vaiheistaa ihmisen elämäntulkua eri instituutioiden, kuten päiväkodin, koulun ja työn, kautta sekä luo eräänlaista polkua biologisen ja psyykkisen iän kululle (Salonen 2011, 154, 158).

Katri Savolainen (2008, 5–6, 83, 87, 108) toteaa, että ympäristön merkitys korostuu yhteiskunnan marginaalissa olevien ihmisten kohdalla. Hän jatkaa, että puutteellisiin sosiaalisiin olosuhteisiin yhdessä psyykkisen sairauden kanssa liittyy usein myös heikko taloudellinen tilanne, huonot asumisolosuhteet ja ihmissuhdevaikeudet. Näiden seurauk-

sena luonnollisen elämänkaaren toteuttaminen perinteisine elämäntapahtumineen vaikeutuu. Saatu sosiaalinen tuki on usein riittämätöntä, minkä seurauksena heikot yksilöt jäävät yhteiskunnan valtakulttuurin ulkopuolelle. Tarjolle jää yksinäisyyttä, turvattuun ja mielekkään tekemisen puutetta, josta aiheutuu myös yksilön itsetunnon ja hyvinvoinnin heikentymistä elämän sisällön murentuessa. Sopivassa sosiaalisessa ympäristössä tapahtuva turvallinen vuorovaikutus ja toiminta kuitenkin luovat pohjan sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumiselle. Yhteisöjäsenyys liittyy yksilön tiettyyn ympäristöön, joka tarjoaa mahdollisuuden taitojen kehittämiseen, vastavuoroiseen sosiaaliseen tukeen ja sosiaalisen verkoston rakentamiseen. Nämä puolestaan vahvistavat jäsenien keskinäistä luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteisöllisyyttä.

Sosiaalitieteelliset tutkimukset ovat vahvistaneet sosiaalisen näkökulman laajemman huomioimisen välttämättömyyttä yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa, mutta myös yksilö-tasolla. Eristäytyminen ja yksinäisyys heikentävät hyvinvointia, minkä vuoksi erityisen tärkeää on huomioida sosiaalisen hyvinvoinnin merkitystä tarkastelemalla hyvän elämän ja hyvinvoinnin rakentumista. (Kotiranta ym. 2011, 242, 248.) Sosiaaliset muutokset heijastuvat yhteisösuhteisiin ja sosiaalisiin ilmiöihin. Valitettavan usein sosiaalinen näkökulma ja yksilöiden hyvinvointi ovat jääneet päättäjien mielenkiinnon taustalle. (Blunsdon & Davern 2007, 218–222.)

Aulikki Kananoja (2010, 126–127, 134) nostaa esiin huolensa "sosiaalisen" määrittymisestä niin sosiaalityössä kuin laajemminkin yhteiskunnassa vallitsevista ajattelutavoista. Sosiaalityön holistisuuden tulisi näkyä sen työtavoissa nykyistä selkeämmin sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisena. Sosiaalisuuden näkeminen vain taloudellisena tukena jättää työskentelyn ulkopuolelle muut sosiaalisten ongelmien vaikutusalueet, kuten työ-, koulutus- ja asunotilanteen sekä arjen mielekkyyden. Pauli Niemelän (2010, 64, 68; 2009, 225–226, 232) mukaan hyvinvointi on usein korvannut "sosiaalisen". Molemmat käsitteet kiinnittyvät hyvin sosiaalityöhön, koska se on kiinnostunut ihmisen yksilöllisestä hyvinvoinnista, elämisen puutteista ja ongelmista. Sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta sosiaalityön tavoitteena on mahdollistaa jokaiselle riittävä toimeentulo, asuminen, oikeus yksityisyyteen, yhdessä oloon, sosiaalisiin suhteisiin sekä mahdollisimman itsenäiseen elämään. Sosiaalityö painottuukin yhä enemmän inklusion käsitteeseen voimaannuttamisen, valtaannuttamisen ja kuntouttavan toiminnan kautta.

Holistisen otteen lisäksi sosiaalityön vahvuutena korostuu asiakkaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, joka keskittyy elämänhistorian, sosiaalisten tekijöiden, ympäristön ja mielenterveyden vaikutusten tarkasteluun yksilön arjessa, sosiaalisissa suhteissa ja yhteiskunnallisessa osallistumisessa (Peltomaa 2005, 23; Starnino 2009, 836). Se ei kiinnity kapeasti ns. normaalin elämänkaaren odotuksiin, vaan sallii erilaisuutta sekä ymmärtää erilaisia elämäntilanteita ja moninaisuutta normatiivisuuden sijaan (Kananaja 2010, 126, 134). Sosiaalipoliittisen ja yhteiskunnallisen asiantuntijuutensa pohjalta sosiaalityöntekijä tarkastelee asiakkaan sosiaalista tilannetta lähiyhteisöjen, yhteiskunnan, palvelujärjestelmän ja lainsäädännön näkökulmista sekä pyrkii edistämään kuntoutujan mahdollisimman itsenäisen ja laadukkaan elämän rakentamista (Tuusa 2005, 41). Usein yhteistyöhön sisältyy asiakkaan tukemista yksilöllisten tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa sekä asiakkaan äänen esiin tuomisessa ja lähiverkoston löytämisessä (Martindale & Phillips 2010, 60–62).

Mielenterveyden edistäminen on osa hyvinvointipolitiikkaa, jossa sosiaalityö vaikuttaa yhtenä tärkeänä toimijana. Yhteisöjen ja sosiaalisen tuen keinoin on mahdollista lisätä hyvinvointia ja yksilöiden sosiaalista pääomaa. Toisaalta mielenterveyskysymyksiä tulisi huomioida aikaisempaa enemmän, jotta sosiaalityöllä olisi riittävät mahdollisuudet toimia ihmisten mielenterveyden hyväksi. Lisäksi mielenterveystyön painopisteen tulisi ulottua enemmän elämäntilanteeseen ja elämänlaadun sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen ja ylipäättään sosiaalisen näkökulman vahvistamiseen. (Savolainen 2008, 107, 111.) Myös minä haluan tässä tutkielmassa kiinnittää huomioni niihin sosiaalisiin tekijöihin, joiden toimimattomuus heikentää kuntoutujan kuntoutumismahdollisuuksia.

Koko tutkimusprosessin ajan olen kysynyt, mitä tutkin, kun tarkastelen sosiaalisen hyvinvoinnin määrittymistä yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan välisten suhteiden kokonaisuudessa. Eri tekijöiden hahmottaminen on edellyttänyt mikro- meso- ja makrotasojen huomioimista. (Kuusela 2011, 64, 69.) Myös sosiaalityössä on oleellista pureutua kokonaisvaltaisesti sosiaalisen hyvinvoinnin mahdollisimman hyvään toteutumiseen yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa. Vaikeaksi sosiaalisen hyvinvoinnin määrittelyn tekee sen kokemuksellisuus ja yksilöllisyys (Ihalainen & Kettunen 2011, 9). Tässä tutkielmassa viitataan sosiaalisen hyvinvoinnin yhteydessä siihen kokemukseen, joka henkilöllä on oman elämänsä mielekkyydestä ja toimivuudesta ja johon voidaan liittää myös viralliset ja epäviralliset verkostot sekä arjen sisällöllisyys. Käsitteillä mielensai-

raus ja psyykkinen sairaus kuvaan psyykkisesti sairaan yksilön psyykkisen (mielen) voinnin heikentymistä. Tutkielmani aineiston hankintaan teemahaastattelu sopii hyvin.

Tutkimusaiheen ympärillä tärkeimpinä käsitteinä vaikuttavat mielenterveys ja mielenterveyskuntoutus sekä sosiaalinen hyvinvointi alakäsitteineen. Tutkielmassa kuvaan käsitteiden välisiä suhteita ja yhteyksiä mielenterveyskuntoutujiin sekä iän merkityksiin. Tavoitteenani on tuoda mielenterveyskuntoutujien näkemys esille, jonka toivon auttavan lukijaa ymmärtämään paremmin heidän erityisyyttään ja yhtäläistä oikeuttaan saada yhteiskunnan täysivertainen kansalaisuus sekä oikeutta saada tukea sosiaaliseen elämäänsä. Tavoitteenani on myös luoda käsitys tutkimuskohteesta ja peilata mielenterveyskuntoutujien ajatuksia valtakulttuurin näkemyksiin. Käytän rinnakkain käsitteitä mielenterveyskuntoutuja ja kuntoutuja sekä mielenterveyskuntoutus ja kuntoutus. Useissa yhteyksissä käsitteet voidaan laajentaa koskettamaan kaikkia kuntoutujaryhmiä mielenterveyskentän ulkopuolella. Mielenterveyskuntoutujiin liittyy kuitenkin myös omaa erityisyyttä, jota ei aina voida yleistää koskettamaan kaikkia kuntoutujaryhmiä.

Lähestyn tutkimuskohdetta hermeneuttis-fenomenologisesti, joka liittyy laajempaan hermeneuttiseen tutkimustapaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34). Pyrin sen avulla ymmärtämään tutkimushenkilöiden kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Myös konstruktiivinen ote tukee tutkimusaineiston kokonaisuuden tarkastelua. (Granfelt 1998, 15.) Tutkielmani painottuu mielenterveyskuntoutujien ikätarkasteluun sosiaalisen hyvinvoinnin kautta, mutta mahdollistaa myös varovaisten elämäkulullisten johtopäätösten tekemisen. Biografisen näkemyksen lisäksi otteessani vaikuttaa sosiaalipsykologinen näkemys, joka tukee tutkimuskohteeni ja siinä esiintyvän vuorovaikutuksen toteutumisen ehtojen ymmärtämistä. Sosiaalipsykologia auttaa ymmärtämään ihmisten käyttäytymistä ryhmässä ja sen jäsenenä sekä sosiaalisen identiteetin muotoutumista. (Pirttilä-Backman ym. 2010, 11, 27.) Lisäksi sosiaalipsykologia auttaa ymmärtämään, miten eri ryhmäjäsennydet suhteutuvat toisiinsa ja miten erilaiset ympäristöt vaikuttavat ihmiseen (Ahokas 2010, 223).

Päätutkimusaineisto rakentuu 23:sta 21–68-vuotiaan mielenterveyskuntoutujan teemahaastattelusta, jotka olen edelleen jakanut kahdeksi ryhmäksi eli 21–39-vuotiaisiin (12 henkilöä) ja 52–68-vuotiaisiin (11 henkilöä). Aineiston analyysin olen tehnyt teemoittelemalla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173–174). Tulososiossa vertailen keskenään nuorempien ja varttuneiden mielenterveyskuntoutujien kokemuksia. Tutkimushenkilöt ovat

työnantajani Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n (ITUSPY) asiakkaita, minkä vuoksi lisän haastatteluille muodostaa pohdintani työ- ja tutkijaroolieni merkityksistä ja vaikutuksista minulle tuttujen ja vieraimpien henkilöiden haastatteluissa.

Luvuissa kahdesta neljään tarkastelen tutkimusaiheen kannalta oleellisia käsitteitä. Luvussa kaksi syvennyn mielenterveyden rakentumiseen, mutta myös mielen sairastumiseen ja kuntoutumiseen. Luvussa kolme siirryn määrittelemään sosiaalisen hyvinvoinnin rakentumista. Luvussa neljä jatkan tutkimalla marginaalisuuden esiintymistä ja määrittelemistä. Luvussa viisi esittelen tarkemmin tutkimustehtäväni ja siihen liittyvät tutkimuskysymykset. Esittelen myös lähestymistapani ja tutkimusmenetelmäni sekä pohdin tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökohtia. Luvun lopuksi siirryn esittelemään tutkimuksen etenemistä käytännössä, eli sen toimintaympäristöä, aineiston keruuta, omaa roolia ja analyysimenetelmää. Luvussa kuusi jatkan kuvaamalla tutkimushenkilöiden taustoja sekä varsinaisia tutkimustuloksia tutkimuskysymyksittäin. Luvussa seitsemän esittelen tutkielman päätuloksia ja tekemiäni johtopäätöksiä. Luvussa kahdeksan pohdin koko tutkimusprosessin etenemistä haasteineen, mahdollisuuksineen ja anteineen.

2 MIELEN SAIRASTUMISESTA SEN KUNTOUTUMISEEN

2.1 Näkökulmia mielenterveyteen

Mielenterveyden käsite on muuttunut suuresti verrattuna antiikin ja keskiajan näkemyksiin. Tuolloin ihminen nähtiin yhtenä kokonaisuutena, josta ruumista ja mieltä ei erikseen voitu erottaa. Nykykieleen vakiintuneella mielenterveyden käsitteellä on melko lyhyt historia, mutta sen merkitys yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan hyvinvoinnille on korostunut 2000-luvulla. (Sohlman 2004, 19–20, 22.) Universaaliudesta huolimatta mielenterveyden kuvaaminen on haasteellista, koska sen sisältö vaihtelee eri yksilöiden ja kulttuureiden välillä ja myös eri tilanteissa. Lisäksi tutkijat, teoreetikot ja työnteekijät jättävät siihen ajanmukaisen painotuksensa, minkä vuoksi sen yksiselitteinen määrittely ei ole myöskään mahdollista. (Sohlman 2004, 27, 32; WHO 2004, 21.) Aihe on herättänyt keskustelua niin kansallisesti kuin kansainvälisesti ja sen asema kansanterveydellisenä haasteena on tunnustettu (Eskola 2009, 31).

Mielenterveys kuuluu kaikille ja on osa jokapäiväistä elämää eri ympäristöissä. Toisaalta siihen edelleen liitetään ennakkoluuloja ja virheellisiä tulkintoja. (Lehtinen 2000, 235.) Käsitteillä voidaan viitata puheessa niin myönteisiin kuin kielteisiin asioihin, kuten mielen terveyteen tai sairauteen (Sohlman 2004, 33). On tärkeää ymmärtää, ettei mielensairauden poissaolo takaa kukoistavaa mielenterveyttä. Toisaalta myöskään mielensairautta lieventävät interventiot eivät välttämättä tuota mielenterveyttä. (Fledderus ym. 2010, 2372.)

Terveyden, mielenterveyden ja hyvinvoinnin määrittelyt linkittyvät toisiinsa. Donald Woods Winnicott (1986, 37) määrittelee terveyden psykoneuroottisen sairauden puuttumiseksi. Jussi Simपुरa (2009, 40) näkee terveyden ylipäätään sairauden puuttumisena. Hänen mukaansa huono terveydentila on seurausta "sosiaalisesta sulkeumasta" ja hyvinvoinnin reunalle joutumisesta. Raili Peltonen (1994, 7) kuvaa positiivisen terveyden käsitteen ilmentävän sairauden puuttumisen lisäksi elämän arvoja. Aila Järvikosken ja Kristiina Härkäpään (2011, 72–73) mukaan terveys on hyvä silloin kun siinä ei ilmene mitään vikaa tai sairautta. Hyvä terveys ilmenee yleisenä hyvinvointina, jolloin yksilö suoriutuu arjen velvoitteista ja eri elämänvaiheiden muutoksista. Sirpa Martin (2000, 12) mukaan mielenterveys ilmentää oireiden puuttumista, työkykyä ja työnteon synnyttämää tyydytyksen tunnetta. Hyvän mielenterveyden omaava henkilö kykenee ottamaan vastaan elämän haasteita, työskentelemään vaikeuksista huolimatta ja niiden parissa. Kari Pylkkänen (2000, 28) liittyy mielenterveyden ytimen ihmisen kykyyn jäsentää itseään ja suhdettaan ympäristöönsä sekä kykyyn antaa havainnoilleen merkityksiä. Hyvän mielenterveyden vallitessa yksilö pystyy määrittelemään itsensä, toisten merkityksen ja toiseuden. Mielen sairastuessa merkitykset sekoittuvat ja muutostilanteet, kuten luopuminen ja uuden tavoittelemisen, muodostuvat mielenterveyden haasteiksi.

Taipale (2008, 315) yhdistää mielenterveyteen mentaalisen pääoman, joka on tietoyhteiskunnan pääomaa ja liittyy yksilöihin, yhteisöihin, yhteiskuntiin sekä eri mantereisiin taloudellisena ilmiönä. Se heijastuu yhteiskunnan kehitykseen ja taloudelliseen hyvinvointiin, jonka vuoksi myös talous on riippuvainen mielenterveydestä. J. Day ja M. Wen (2007, 1–2) tarkastelevat pääoman sosiaalista puolta, jonka vaikutus ilmenee erityisesti nuoruudessa positiivisena ja mielenterveyttä suojaavana voimavarana. Nuorten mielenterveyttä voimistavat varhaiset kokemukset sosiaalisesta kontrollista ja koheesiosta. Nuoruudessa harjaannutetaan sosiaalisia suhteita ja taitoja. Sosiaalisen elämän hallitseminen auttaa yksilöä selviytymään elämän haasteista aikuisuudessa. Nuoruusiän

mielenterveyden ajatellaankin ennustavan aikuisiän elämänlaatua. Lehtinen (2000, 239–240, 252) jatkaa, että tunne kaikille yhteisestä yhteiskunnasta toimii mielenterveyden jalustana. Ihminen kiinnittyy ikänsä mukaisesti virallisiin instansseihin, jotka osaltaan vahvistavat mielenterveyttä. Mielenterveyden rakentuminen on elämänmittainen prosessi, mikä mahdollistaa jatkuvan mielenterveyden edistämisen ja ennakkoluulojen ja asenteiden oikaisemisen sekä mielekkään elämisen toteutumisen.

Mielenterveyden vaikutusalueen monialaisuus vaikeuttaa käsitteen tarkastelua. Sitä voidaan lähestyä niin negatiivisen kuin positiivisen näkökulman kautta. Jouko Lönnqvist (2003, 80) toteaa, että mielenterveyden tarkastelu itsenäisenä ja positiivisena arvona on ollut vähäistä. Huomio sitä kohtaan voimistuu usein vasta sen horjuessa. Lehtinen (2000, 235–236) liittyy negatiiviseen mielenterveyteen mielensairaudet, ongelmat ja oireet. Voimavaralähtöisyys ilmentää vastaavasti mielenterveyden positiivista lähestymistä, joka jakaantuu yksilön henkiseen vahvuuteen hallita elämäänsä, sosiaalisen ympäristön jäsenyyteen ja yhteiskunnan rakenteisiin, jotka pyrkivät palveluiden avulla vahvistamaan jäseniensä mielenterveyttä. Siihen liittyy myös yksilöllisiä piirteitä, kuten ongelmanratkaisu- ja sopeutumiskyky, sosiaaliset taidot, psyykkinen hyvinvointi, itsearvostus ja läheiset ihmissuhteet. Myös Savolainen (2008, 27) rinnastaa psyykkisen hyvinvoinnin positiiviseen mielenterveyteen, joka kuvaa psyykkisen terveyden kokemista ja psyykkistä olotilaa eli hyvinvointia. WHO (2004, 13, 19) luonnehtii puolestaan mielenterveyttä positiiviseksi tunteeksi, johon liittyy onnellisuus, itsetunto, hallinnan tunteet ja positiivinen ajattelu. Sen tilaan vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, kulttuuriset arvot, sosiaalinen vuorovaikutus sekä sosiaaliset rakenteet ja voimavarat.

Sen lisäksi, että mielenterveys heijastaa yksilön ja ympäristön välistä tasapainoa, se myös muokkaantuu perintötekijöiden sekä kasvu- ja elinolosuhteiden vaikutuksista. Yleinen puhe on voimavaralähtöisyyden sijaan ongelma- ja häiriökeskeistä, mutta hyvinvoinnin näkökulmasta juuri positiivisen mielenterveyden huomioiminen olisi hyödyllistä. (Lehtinen 2002, 19–20.) Ville Lehtisen (2002) esittelemään positiivisen mielenterveyden malliin sisältyy neljä ulottuvuutta. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus toteutuvat niin yksilön kuin laajemmin perheen, koulun, työ- ja muun yhteisön, ympäristön, hallinnon ja palveluiden sisällä. Toisella ulottuvuudella vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, kuten tunne-elämä, ajattelu, identiteetti, minäkäsitys, sopeutumiskyky, terveys, elämän sisältö ja olemassa olevat resurssit. Kolmannella ulottuvuudella vaikuttavat yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, kuten sosiaalipolitiikka, palvelujärjestelmä,

asuminen, taloudellinen tilanne ja palveluiden laatu. Neljännellä ulottuvuudella kulttuuriset arvot heijastuvat siihen, miten mielenterveyteen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen kohdistetaan odotuksia tai miten erilaisuutta siedetään. (Mt., 19–20.) Mielenterveyden määrittäjinä saattavat toimia arkiset kokemukset, teoreettiset näkökulmat yksilön biopsyko-sosiaalisuudesta sekä yksilön ja ympäristön keskinäiset suhteet. Lisäksi mielen-terveyttä voidaan lähestyä jatkumo-, rakenne- ja prosessimallin kautta. Jatkumomallissa mielenterveys ilmenee jatkumona vakavan mielensairauden ja hyvän mielenterveyden välillä. Rakennemalli tarkastelee yksilön ja ympäristön välistä tasapainotilaa ja prosessimallissa mielenterveys määrittyy prosessin edistymisenä. (Lehtinen 2000, 236–237.)

Positiivinen mielenterveys voidaan liittää myös Sohlmanin (2004, 37–38, 40) tutkimuksen funktionaaliseen mielenterveyden malliin, jossa mielenterveys ilmentää yksilön käytettävissä olevia resursseja. Malli rakentuu positiivisesta mielenterveydestä, yhteiskunnallisista ja kulttuurisista tekijöistä, sosiaalisesta tuesta, seurauksista sekä altistavista ja laukaisevista tekijöistä. Positiivinen mielenterveys kuvaa psykologisia voimavaroja ja taitoja, joita ihminen tarvitsee psyykkisesti ja fyysisesti terveeksi kehittymiseen, tyydyttävien ihmissuhteiden ja roolien rakentamiseen, elämästä nauttimiseen ja kuormittaviin elämäntilanteisiin sopeutumiseen sekä yksilöllisten ja sosiaalisten päämäärien tavoittamiseen. Nämä voimavarat ja taidot mahdollistavat myönteisten ja ehkäisevät negatiivisten seuraamusten ilmaantumista.

Positiivisen mielenterveyden rakentamiseksi ihmisen tulee omata koherenssin tunnetta, itseluottamusta, tyytyväisyyttä itseensä, sosiaalista tukea ja riittävät sosioekonomiset olosuhteet. Vaikka funktionaalisen mielenterveyden mallin positiivinen näkökulma kohdistuu käytettävissä oleviin resursseihin, se sisältää myös mielenterveyden negatiivisen puolen olemassaolon. Mielenterveys nähdään ominaisuutena, jota jokaisella on, mutta eri mittasuhteissa. Käsitteen kausaalisuus ilmenee siinä, miten mielenterveyden seuraukset liittyvät prosessiin ja sitä seuraaviin tapahtumiin. Ne voivat aiheutua ihmisten tunteista, ajattelusta ja käyttäytymisestä. Toisaalta vähäinen tutkimustieto ja muut epävarmuustekijät heikentävät mielenterveyden seuraamusten tarkastelua. (Mt., 40, 131–133, 135–137.)

Sohlman (mt., 27, 30, 33) jatkaa mielenterveyden tarkastelemista kuvaamalla sen abstrakteja piirteitä tasapainon eli homeostaasin periaatteen ja elämänkaari-ajattelun mukaisesti. Jälkimmäisessä mielenterveys voidaan nähdä funktionaalisena, suhteina tai taitona

ja kyvykkyytenä. Mielenterveyttä voidaan kuvata myös yksilön hyvinvoinnin, elämään tyytyväisyyden, onnellisuuden ja elämänlaadun määreillä. Lisäksi siihen voidaan liittää psykologinen, tunneperäinen ja henkinen puoli. Funktionalismissa mielenterveyttä ilmaisee sosiaalisiin normeihin sopeutuminen, jolloin mielenterveys nähdään arkeen, itsehallintaan, eri tunnetiloihin sekä järkevään ja tavoitteelliseen toimintaan mukautumisena. Radikaalissa humanismissa korostuu mielenterveyden sisäinen kokemus, jota voidaan kuvata itsearvostuksen tunteeksi, iloksi, mielenrauhaksi ja elämän tarkoituksen näkökulmaksi. Radikaali strukturalismi tarkastelee asioita kollektiivisesti ja on kiinnostunut myötätunnosta sekä oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan luomisesta. Tällöin mielenterveyttä kuvaa ihmisen kyky tuntea myötätuntoa vähäosaisempia kohtaan. Mielenterveys voidaan nähdä myös yhteisen hyvän edistämisen, sorron ja epäoikeudenmukaisuuden vastustamisen sekä toisten oikeuksien huomioimisen tavoitteluna.

Mielenterveyden tarkastelu osoittaa, kuinka siihen liittyy merkittäviä yksilöllisiä, yhteiskunnallisia ja taloudellisia vaikutusalueita (Fledderus ym. 2010, 2372). Se toimii myös niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnan hyvinvoinnin edellytyksenä (Savolainen 2008, 4). Tähän näkökulmaan soveltuu myös Eija Nopparin ym. (2007, 15–16, 20) esittelemä kokonaisvaltaisen terveyden ja ihmiskäsityksen omaksumisen edellytys. Mielenterveys tulee nähdä yhtenä terveyden osa-alueena ja hyvän elämän kriteerinä, jonka toimivuuteen yhteiskunnan tulee panostaa. Sitä voidaan lähestyä terveyden edistämisen, ennaltaehkäisyn, henkilön, yksilöllisyyden, omahoidon ja moraalisten tekijöiden näkökohdasta. Mielenterveyden kokonaisvaltaisuus heijastuu laaja-alaisesti fyysiseen terveyteen, tunne-elämään, ajatteluun, identiteettiin, minäkäsitykseen, itsensä hyväksymiseen, itsearvostukseen ja -luottamukseen sekä autonomiaan, sopeutumiseen, selviytymiseen, stressin hallintaan ja elämäntarkoituksen kokemukseen.

Suhde mielenterveyteen on kehittynyt vuosikymmenien varrella. Pohjoismaiden hyvinvointimallin tavoitteena oli 1960-luvulla eriarvoisuuden minimoiminen ja marginaalissa olevien huomioimisen tehostaminen. 1970-luvulla yhdenvertaisuuden toteutumista pyrittiin vahvistamaan lailla. 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa mielisairaanhoido korvautui mielenterveystyöllä. 1990-luvun lama heikensi yhteiskunnan lupaavaa kehitystä, mikä näkyi vähenevinä resursseina ja kielteisinä asenteina. Säästöt kohdistuivat yhteiskunnan huono-osaisiin, joista tuli myös laman maksumiehiä. Mielenterveyspalveluja ja sairaalapaikkoja vähennettiin samalla kun avohoito oli riittämätöntä. Lopulta omais- ja potilasyhdistykset ryhtyivät ajamaan mielenterveysasiaa. (Eskola 2009, 32–33.)

Yleisesti mielenterveyskysymysten tärkeys tiedostetaan ja aiheen julkinen käsitteleminen on lisääntynyt 2000-luvulla. Myös mielenterveyden arvostaminen on lisääntynyt, mutta huomio on kiinnittynyt mielen sairastumisen aiheuttamiin mittaviin menetyksiin, kuten taloudellisiin uhkiin ja työelämän tappioihin. Mielisairauden käsitteen on usein korvannut psyykinen ongelma ja sairaus. Uusilla kielikuvilla, kuten mielenterveyspalveluilla, on pyritty hälventämään mielensairauksien aiheuttamaa stigmaa. Tästä huolimatta näytöt mielenterveyskuntoutujien tasavertaisesta asemasta työmarkkinoilla sekä yhteiskunnan kansalaisuudesta ja yhdenvertaisuudesta muiden rinnalla puuttuvat. Myös media vahvistaa vääristyneitä mielikuvia, leimaa ja stigmaa. Lisäksi annetut lupaukset sosiaaliturvan vahvistamisesta ovat edelleen lunastamatta ja eriarvoisuus on voimissaan. Suomen perustuslain mukainen toiminta edellyttää entistä parempaa yhteiskunnallista kehitystä hyvinvointiyhteiskunnan toteutumiseksi. (Eskola 2009, 34–35.) Negatiivisen ja leimaavan suhtautumisen ylläpitoa jatkaa hyvinvoinnin heikkenemisen lisäksi kasautuvan pahoinvoinnin muodostuminen. Leiman minimoiminen ja arvokeskustelu edellyttävät psyykkisesti sairaiden erityispiirteiden huomioimista ja joustamista heille asetetuissa sosiaalisen elämän kriteereissä. (Noppiari ym. 2007, 27.)

Keskeistä mielenterveyden tarkastelussa on ymmärtää sen moninaiset vaikutusmahdollisuudet ja uhkat ihmisen hyvinvoinnille (WHO 2004, 10). Suotuisat olosuhteet edistävät mielenterveyden lisääntymistä ja uusiutumista, kun taas heikkojen olosuhteiden vaikutuksesta yksilön voimavarat saattavat ehtyä enemmän kuin niitä ehtii uusiutua (Lehtinen 2002, 19). WHO:n (mt., 10, 59) tunnettu iskulause kiteyttää mielestäni olennaisimman, sillä terveyttä ei ole ilman mielenterveyttä. Mielenterveys ei liity vain sairauden poissaoloon. Se on välttämätöntä yksilöille, perheille ja yhteisöille. Positiivisessa mielessä se kuvastaa hyvinvointia ja yksilön aktiivista yhteisöjäsenyyttä. Se ilmaisee hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö tiedostaa omat kykynsä ja selviytyy normaaleista elämän stressitilanteista sekä kykenee työskentelemään ja antamaan panoksensa yhteiskunnalle.

2.2 Mielen terveyden horjuminen

Mielen sairastumisen laukaisijana saattaa toimia yksilön kykenemättömyys torjua altistavia ja riippumattomia tekijöitä (Fledderus ym. 2010, 2372). Erilaisia laukaisevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi ikä, pitkäkestoinen stressi, kielteinen elämänmuutos tai -tapahtuma, perhetausta, sosiaalisen tuen ja verkostojen vähäisyys, vaikutusmahdollisuuksien rajallisuus, sosiaalitaloudellinen tilanne, asumisen olosuhteet, elämänhallinnan puute tai ympäristö (Järvikoski 1994, 57; Lehtinen 2002, 20; Sohlman 2004, 40).

Mielen sairastuminen heikentää ihmisen toimijuutta kokonaisvaltaisesti. Tämän seurauksena yksilö ei enää välttämättä kykene hyödyntämään aikaisempia voimavarojaan, kuten tietojaa ja taitojaan tai suhteuttamaan omia kykyjään ja mahdollisuuksiaan.

Usein arjesta selviytyminen myös vaikeutuu. Sairastunut ei kykene suoriutumaan aikaisemmista rooleistaan entiseen tapaan, minkä lisäksi ympäristön epäluulot heikentävät hänen toimijuuttaan entisestään. (Romakkaniemi 2010, 137, 143, 150.) Oireilu voi ilmentyä esimerkiksi yksilön psykososiaalisen sopeutumisen, työkyvyn ja fyysisen sairauden yhteydessä (Fledderus ym. 2010, 2372). Sairastumista ilmentää kasautuva kyvyttömyys. Tunne omasta huonommuudesta lisää masennusta, surua ja turhautumista. Ihmisen suhteet ympäröivään maailmaan sekoittuvat usein epätoivotulla tavalla. (Wright 2001, 107–108.) Sairauden myötä maailmankuvan merkitykset ja kokemukset voivat vääristyä sekä yhteiskunnan odotusten ja normaaliuden kriteereiden tavoittelemisen osoittautua liian haasteellisiksi (Rauhala 2009, 244; Somerkivi 2000, 203). Elämästä tulee vaikeaa niin itsen kuin muidenkin kanssa (Martti 2000, 15).

Oireet vaikuttavat yksilön identiteetin kehittymiseen psykologisesti ja sosiaalisesti. Erityisen altistavana ajankohtana ilmenee myöhäis- ja varhaisaikuisuus, jolloin identiteetin kehittyminen on vahvimmillaan. Sairastumisen aluksi yksilö saattaa kokea elämänsä olevan pelkkää sairautta. Hän joutuu muodostamaan uudenlaisen kuvan itsestään ja uskomuksistaan. (Farone & Pickens 2007, 35–36, 47.) Winnicott (1986, 15–16, 27) kuvailee sairastumista ympäristön romahdukseksi, joka rikkoo yksilön identiteettiä ja itsetuntoa sekä hankaloittaa tunteiden hallintaa. Toisaalta sairautta voidaan tarkastella myös puolustusmekanismien kautta, jolloin ihminen luontaisesti pyrkii palauttamaan elämänhallintansa. Lönnqvist (2003, 85) esittää, että uudet tilanteet ja mahdollisuudet voivat luoda elämälle sisältöä ja merkitystä sekä auttaa elämän tasapainon hallinnassa.

Mielensairauden kohtaaminen on usein vaikeaa, koska se ei jätä näkyviä merkkejä. Sairastumisen myötä positiiviset piirteet saattavat muuttua negatiivisiksi. Tällöin ulospäin suuntautuneisuus ja aktiivisuus tulkitaan maaniseksi käytökseksi, masennusta seuraava voimattomuus laiskuudeksi, työttömyys työn vieroksumiseksi ja vihaisuus aggressiivisuudeksi. Lisäksi sairauden pitkäkestoisuus heikentää vuorovaikutusta sekä lisää yksinäisyyttä ja köyhyyttä. Yksilö saattaa eristäytyä useilla elämän alueilla ja nähdä asiat, erityisesti itsensä, negatiivisesti. Usein hän syyttää itseään sairastumisestaan, mistä seuraa itsetunnon ja sosiaalisten roolien heikkenemistä sekä häpeää. Myös ympäristön palaute yksilön kyvyttömyydestä ja poikkeavasta käytöksestä leimaa hänet. (Peltomaa 2005, 12, 25.) Sosiaalisen osallisuuden häiriöt voivat ilmetä yksilön torjutuksi ja kiusatuksi tulemisena, vieraantumisenä, sosiaalisina pelkoina, passiivisuutena, jäykkyytenä sekä rohkeuden ja aloitekyvyn vähenemisenä (Riikonen 2008, 158).

Sairauden pitkäaikaisuus heijastuu usein myös negatiivisesti yksilön tulevaisuuden mahdollisuuksiin harrastusten, työn ja opintojen parissa, mikä heikentää yksilön tiedollisten ja taloudellisten voimavarojen kertymistä (Brunt & Tibblin 2011, 62–63; Romakaniemi 2010, 142). Työuran aikana sairastunutta voi kohdata tilanne, jossa hän ei täytä työkyvyttömyys- tai työttömyyseläkkeelle pääsyyille asetettuja kriteereitä. Hän saattaa jäädä myös kokonaan sosiaaliturvan ulkopuolelle. (Määttä 2010, 28.) Yhteiskunnan syrjivä ja leimaava toiminta luokittelee psyykkisesti sairaat sen epänormaaleiksi jäseniksi, vaikka myös heillä tulisi olla oikeus elää erilaista elämää ja saada riittävää tukea menetystensä paikkaamiseen (Granfelt 1998, 177; Järvikoski & Härkäpää 2011, 237).

2.3 Mielenterveyskuntoutuksen perusta, haasteet ja toteutus

Kuten mielenterveyden, myös kuntoutuksen määrittelyyn vaikuttaa aika, kulttuuri ja yhteiskunnan muutokset. Kuntoutumisesta on tullut suosittu käsite mielenterveyden kentällä, mutta sen sisällöt vaihtelevat eri määrittelyissä. (Koskisuu 2004, 10; Starnino 2009, 820.) Sen monimuotoisuutta ilmentää myös se, että sillä voidaan viitata tavoitteisiin, prosessiin, menetelmiin, järjestelmään tai sen osa-alueisiin, oppialaan sekä yksilön ja yhteisön muutokseen (Rissanen & Aalto 2002, 2; Tuusa 2005, 32). Uutena haasteena ilmenee mielenterveyspalveluiden suuri vaihtelevuus kuntien välillä lain varmistuksessa vain minimitaso (Järvikoski & Härkäpää 2011, 100, 234). Tästä johtuen paikalliset rakenteet ja priorisoinnit vaikuttavat siihen, mitä yhteisöjä ja mahdollisuuksia kuntoutu-

jalla on käytettävissään elämänsä rakentamiseen. Lisäksi ympäristön asenteet, suvaitsevaisuus ja erilaisuuden sietäminen asettavat omia ehtoja siihen. (Peltomaa 2005, 37–38.)

Mielenterveyskuntoutuksen tarkastelu edellyttää toimiakseen yhteiskunnallisten, poliittisten, sosiaalisten, psykologisten, sosiaalipsykologisten, taloudellisten, lainopillisten, lääke-, kasvatus- ja työtieteellisten sekä kulttuuristen näkökulmien huomioimista (Karjalainen 2004, 23; Kimberlin & Ager 2009, 70; Salo & Kallinen 2007, 335). Monialainen osaaminen kohdistuu erityisesti kuntoutujan osallistumis- ja päätöksentekomahdollisuuksien, toimeentulon, yhteenkuuluvuuden tunteen, itsemääräämisoikeuden ja palvelujärjestelmän toimivuuden toteutumiseen sekä yhteiskunnan leimaavan käyttäytymisen havainnoimiseen (Salo & Kallinen 2007, 335). Kuntoutuksen monialaisuus edellyttää myös moniammatillisen asiantuntijaverkoston rakentamista kuntoutujan ympärille. Ideaalissa tilanteessa kuntoutuja itse toimii oman kuntoutumisensa ohjaajana yhdessä tukiverkostonsa kanssa yhteisten arvojen ohjaamina. (Koskisuus 2004, 21; Somerkivi 2000, 182.) Mielenterveyskuntoutuksen ja -kuntoutumisen perusajatuksena on parantaa kuntoutujan hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäisyyttä, elämänsisältöä ja työmahdollisuuksia. Näihin tähdätään harjaannuttamalla hänen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksiaan. (Peltomaa 2005, 27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Peruslähtökohdat säilyvät eri lähestymistavoissa.

Pekka Rissanen ja Anna-Mari Aalto (2002, 2) kuvaavat kuntoutumista ihmisen, ihmisten ja ympäristön muutostapahtumaksi. Matti Tuusa (2005, 32) liittää kuntoutujan itsemääräämisen, autonomian, osallisuuden, vaikuttamisen, elämänhallinnan ja valtaistumisen kuntoutuksen ytimeen, jonka tavoitteena on parempi elämä. Myös Jari Koskisuus (2004, 10, 13–15, 18) määrittelee kuntoutuksen tavoitteeksi kuntoutujan vahvistumisen ja mahdollisimman hyvän elämän toteutumisen, johon sisältyy onnea, itsenäisyyttä ja oikeudenmukaista kohtelua. Elämänhallinnan vahvistaminen helpottaa kuntoutujan arjen hallintaa, päätöksentekoa sekä sosiaalisista rooleista ja vaikeasta elämäntilanteesta suoriutumista. Yhteisöjäsenyys tukee sosiaalisen elämän rakentamista.

Vappu Karjalainen (2004, 11–12, 16) näkee kuntoutuksen ihmisten välisenä vuorovaikutuksena. Kuntoutus tuottaa hyvinvointia, motivoi ja mahdollistaa keskeytyneen yksilöllistymiskehityksen korjaamisen. Marjo Peltomaa (2005, 11, 25) rajaa kuntoutuksen erilaisiin toimenpiteisiin, joilla kuntoutujaa tuetaan. Kuntoutuminen on kuntoutujan yksilöllinen prosessi, jonka avulla hänen voimavaransa ja toimintamahdollisuutensa

kasvavat. Peltomaa toteaa, että ongelmallista psyykkisen sairauden yhteydessä on sen oirehtiminen juuri kuntoutumisen kannalta tärkeillä alueilla eli vuorovaikutus- ja ympäristösuhteissa. Kuntoutuminen edellyttää aktiivista ja tavoitteellista toimintaa sekä kärsivällisyyttä. Kuntoutumisen mahdollisuudet pysyvät heikkoina niin kauan kun yksilö ei usko itseensä tai uuden elämän mahdollisuuksiin eikä kykene siksi sitoutumaan prosessiinsa.

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 14–15, 131; 2004, 90) painottavat sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisen tuen merkitystä kuntoutumisen voimavaroina. Ne edistävät hyvinvointia, lisäävät stressin sietokykyä ja tukevat arjen hallintaa. Kuntoutumista voidaan kuvailla kuntoutujan omaksi prosessiksi, monisektoriseksi toimintakokonaisuudeksi ja yhteiskunnalliseksi toimintajärjestelmäksi, jonka myötä kuntoutujan elämä helpottuu ja hyvinvointi lisääntyy. Kuntoutumisen perusteisiin voidaan liittää hallinnan, pystyvyyden ja valtaistumisen käsitteet. Hallinnan tunnetta vahvistamalla voimistetaan kuntoutujan kykyä vaikuttaa omiin valintoihinsa, tavoitteisiinsa ja elämänsä kulkuaan. Savolainen (2008, 29) lisää, että voimaantumisen ilmenee ihmisen toimintakyvyn ja -voiman ja myös vaikuttamisen ja vallankäytön lisääntymisenä häntä ympäröivässä sosiaalisessa elämässä. Pirjo Somerkiven (2000, 178) mukaan valtaistuminen ilmentää kuntoutumisen vaihetta, jossa kuntoutuja herää ja motivoituu kuntoutumiseensa sekä löytää omat voimavaransa siihen. Hänestä tulee päättävä ja vastuullinen ja itsenäinen toimija.

Päivi Forss ja Marja-Leena Vatula-Pimiä (2007, 198) kuvaavat kuntoutusta suunnitelmalliseksi, monialaiseksi ja pitkäjänteiseksi prosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutujan elämänsä hallinnan ja tasavertaisen yhteiskunnan jäsenyyden toteutuminen. Kuntoutuksen keinoin etsitään ja hyödynnetään kuntoutujan ja eri tukiverkostojen voimavaroja. Eero Riikonen (2008, 158) luettelee kuntoutumisen tavoitteiden liittyvän yksilön osallisuuden, hyvinvointiin, innostukseen sekä motivaation esiin saamiseen ja ohjaamiseen. Markku Salo ja Mari Kallinen (2007, 331) kuvailevat kuntoutumista taistona, jossa kuntoutuja tasapainoilee omien tarpeiden ja yhteiskunnan tarjoamien haasteiden välillä.

Suunnitelmallinen mielenterveyskuntoutus käynnistyy kirjallisella sopimuksella, johon kirjataan kaikki kuntoutukseen osallistuvat tahot ja henkilöt vastuualueineen kuntoutujaa unohtamatta. Siinä painottuvat kuntoutujalähtöisyys, tavoitteet ja ammattilaisten tuki sekä epävirallisen verkoston osallisuus. Tärkeää on myös, että kuntoutuja kiinnittyy normaalipalveluihin erityispalveluiden lisäksi. Yhteistyön tavoitteena on hyvinvoiva,

täysipainoinen ja tuottava kansalainen. (Koskisuus 2004, 19, 22, 24, 28.) Kuntoutuksen nelijako tukee kuntoutujan kykyjen ja toimijuuden kartoittamisessa sekä vahvistamisessa (Romakkaniemi 2010, 142). Lääkinnällinen kuntoutus kohdistuu kuntoutujan psyko fyysisen toimintakyvyn parantamiseen, ammatillinen kuntoutus työssä jaksamisen ja työmahdollisuuksien vahvistamiseen, kasvatuksellinen kuntoutus kuntoutujan kehitys- ja oppimismahdollisuuksien tukemiseen ja sosiaalinen kuntoutus yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan osallistumiseen. Kuntoutus toteutuu yhtenä kokonaisuutena, jossa kaikki osa-alueet huomioidaan yksilöllisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 22.)

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on varmistaa sisäisen ja ulkoisen elämänhallinnan toimivuus sekä hyvinvoinnin kokonaisvaltaisuus. Siinä yksilöä pyritään sopeuttamaan yhteiskunnan ja yhteisön toiminnan lisäksi omaan kotiinsa sosiaalisen vuorovaikutuksen, arkielämän taitojen ja yhteiskunnan käytäntöjen sisäistämisen keinoin. Tukitoimien avulla pyritään vähentämään kuntoutumisen esteitä ja tuottamaan mahdollisimman mielekäs elämä. Sosiaalinen harjaantuminen liittyy myös kasvamiseen, kehitykseen, asumiseen, liikkumiseen, työtilanteeseen, opiskeluun, sosiaaliseen verkostoon, perhe-elämään ja vanhemmuuteen. (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 204.) Kuntoutukseen sisältyy kolme sosiaalisen tasoja. Sosiaalisessa perimässä korostuu toisten huomioiminen, sosialisointi ja ihmisten luontainen sosiaalisuus. Sosiaalisessa läsnäolossa painottuu ihmisten vastavuoroisuus ja identiteetin rakentuminen. Sosiaalisen toimintaan liittyy yhteinen tekeminen ja päämäärä, joiden mahdollistuminen edellyttää edellisten tasojen toteutumista. (Vilkkumaa 2004, 28–33.)

Kuntoutuminen aloitetaan arjen perusasioita harjoittelemalla ja vaatimustasoa nostetaan voimavarojen lisääntyessä (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 226). Kynnyskysymykseksi muodostuu usein mielekkään elämänsisällön rakentaminen tyhjän arjen tilalle (Rissanen 2007, 186). Yhteistyössä eri tahojen kanssa tarkastellaan kuntoutujan sosiaalisten suhteiden, luottamuksen ja arvostuksen tasoa sekä voimavarojen riittävyyttä. Tämä edistää kuntoutujan kiinnittymistä elämän eri piireihin ja helpottaa toiminnan arvioimista luottamuksen, arvostuksen, vastuun ja huolen näkökulmista. Sosiaalisen inklusion kautta sosiaalinen elämä vahvistuu ja kuntoutujan on mahdollista tuntea itsensä arvostetuksi, hyväksytyksi ja kykeneväiseksi ottamaan vastuuta myös muista. (Mattila-Aalto 2009, 192, 194–195, 198, 205.)

"Sosiaalinen pätevyys" heijastuu aiemmin vaikeille elämän alueille ja ilmenee itsemääräämisoikeutena, itsensä toteuttamisena sekä vallan ja vastuun uudelleen jakautumisena (Koskisuus 2004, 204; Rissanen 2007, 192). Se voi ilmetä myös sosiaalisina voittoina, kuten työllistymisenä, itsenäisenä elämisenä ja kykynä solmia terveellisiä sosiaalisia suhteita. Kuntoutumisen johtotähtenä korostuu pyrkimys elää täyttä elämää huolimatta oireista, lääkityksestä, rooleista ja vastuista. Yhtenä kuntoutumisen kriteerinä painottuu oman sairauden hyväksyminen ja oireiden hallitseminen. (Starnino 2009, 827, 835.)

Mielenterveysjärjestelmän odotetaan vähentävän oireita ja parantavan sosiaalista toimintakykyä, mutta viranomaistyön hierarkkisuus näyttää heikentävän yksilön toimijuutta ja minäkuvan rakentumista. Tuen saaminen edellyttää sairauden leiman hyväksymistä, "myöntämielistä käyttäytymistä" ja sitoutumista, minkä vuoksi tuen vastaanottaminen saattaa herättää haavoittuneisuutta sekä kontrollin ja pakon tunteita. Kategoriointi kasvattaa leiman lisäksi sosiaalisten ongelmien riskiä ja itsensä aliarvioimista. (Farone & Pickens 2007, 48–49.) Myös kohtaamattomat tarpeet, kuten tiedon puute ja palveluiden saatavuuteen liitetyt ongelmat, hidastavat kuntoutumista (Jungwee & Nelson 2005, 5).

Kuntoutumisen esteet ja voimavarat liittyvät elämänsä vaiheisiin, pystyvyyden kokemukseen, resurssien riittävyyteen ja kuormittaviin tekijöihin. Kuntoutumisvalmius ilmenee kuntoutujan kykynä, tarpeena ja haluna asettaa tavoitteita elämälleen, mutta myös elämänsä hallintana ja myönteisinä tulevaisuuden näkyminä sekä tietoisuutena tuen saamisesta. Kuntoutumisvalmiuden myötä kuntoutumisen esteet poistuvat ja uudet mahdollisuudet tulevat esille. Toisaalta yksilön irtaannuttua sairauden aiheuttamasta stigmasta ja häpeästä saattavat ulkoiset tekijät edelleen ylläpitää syrjäytymistä esimerkiksi asumisessa ja työelämässä. (Peltomaa 2005, 11, 40, 119, 123, 127.) Yksilön siirtyessä sairaan roolista kuntoutujan rooliin ja edelleen muihin rooleihin hänelle rakentuu myös myönteisempi minäkuva. Kuntoutuessaan hän kykenee hahmottamaan itsensä ja omien sisäisten mielikuvien yhteydet sairauteen sekä todellisuuteen. (Koskisuus 2004, 29.) Kuntoutuminen on siten oman identiteetin hakemista ja roolien uudelleen rakentamista (Rissanen 2007, 191).

Kuntoutumisen myötä sairaus ei välttämättä parane eivätkä oireet väisty kokonaan, mutta mahdollisimman hyvän elämän, onnen ja onnellisuuden kokeminen mahdollistuu (Koskisuus 2004, 225). Kuntoutuminen ei myöskään pääty tiettyyn pisteeseen, vaan jatkuu elämän läpi. Siitä voi muodostua uusi tapa elää tasapainoisesti, jolloin kuntoutuja

työskentelee itsensä sekä menneiden, nykyisten ja tulevien elämäkokemustensa kanssa. (Rissanen 2007, 192.) Somerkivi (2000, 87) toteaa, että ehkä täysin elämäänsä hallitsevaa ja kuntoutunutta ihmistä ei ole, sillä elämään sisältyy aina uusia haasteita. Toisaalta jo kuntoutuksen polulle lähtenyttä voidaan pitää voittajana.

Kuntoutuksen sosiaalinen näkökulma on vahvistunut 2000-luvulla huonovointisuuden lisääntyä, mutta se on jäänyt vaille riittävää huomiota muiden kuntoutuksen osa-alueiden rinnalla hajanaisen määrittelyn vuoksi (Karjalainen 2004, 21–23; Tuusa 2005, 34–36). Yhteiskunnan nykytila näkyy myös palvelujärjestelmän toimivuuden heikentymisenä. Ennaltaehkäiseville, korjaaville ja oikea-aikaisille interventioille on suuri tarve, mutta nykyiset resurssit ovat riittämättömiä tukemaan yksilöiden sosiaalista osallisuutta ja mielenterveyden mahdollisimman hyvää tasoa. (Codyre 2009, 49–50.) Sen sijaan psyyken lääkkeisiin turvaututaan helposti niiden todennettavien vaikutusten vuoksi (Rauhala 2009, 249). Myös psykologisen ja sosiaalisen asiantuntemuksen tarve on lisääntynyt. Ihmisen heikkoutta ei voida korjata vain lääkkeillä ja unohtaa hänen sosiaalinen puolensa, joka saattaa osoittautua kuntoutujalle merkittävämmäksi. (Metteri & Haukka-Wecklin 2004, 59.) Kuntoutumisen tarkastelu ei ole aina myöskään kyennyt huomioimaan laajempia yhteiskunnallisia vaikutustekijöitä yksilön ympärillä. Useissa tutkimustuloksissa psyykkiset sairaudet ovat liittyneet vallitseviin olosuhteisiin, sosiaaliseen tukeen ja yhteisöllisyyteen. (Savolainen 2008, 4.) Yksilölliset voimavarat ja tarjolla oleva sosiaalinen tuki muodostavat tärkeän pohjan sille, miten sairastunut pystyy hallitsemaan elämäntilannettaan, oireitaan ja kuntoutumaan (Lehtinen 2002, 20).

Haasteista huolimatta kuntoutus on saanut uusia muotoja ja kuntoutujan tulevaisuuden näkymät ovat valoisammat (vrt. Brunt & Tibblin 2011, 54, 62). Toisaalta syrjintää ilmenee edelleen yleisesti, jopa mielenterveyspalveluiden sisällä. Tämä edellyttää palveluiden kehittämistä, jotta ne pystyisivät paremmin edistämään kuntoutujan täyden ja arvostetun yhteiskunnan jäsenyyden sekä luottamuksellisen ja kuntoutujalähtöisen työskentelyn toteutumista. (Martindale & Phillips 2010, 57, 60.) Tarjotun tuen tulee olla joustavaa, oikein kohdennettua, riittävää, osallistavaa ja jatkuvuutta edistävää, mutta myös yksilöllistä eri asiantuntijatahojen kanssa toimittaessa (Muir ym. 2008, 286). Kuntoutuksen näkökulma tulee siirtää pois psyykkisen sairauden tuottamasta leimasta ja lisätä palveluohjauksen osuutta yksilön kokonaisuuden huomioimiseksi (Farone & Pickens 2007, 48, 51; Somerkivi 2000, 48).

Itse nostan Marjo Romakkaniemen (2010, 151) tapaan tulevaisuuden haasteeksi emancipationaalisen kuntoutumisen toteutumisen, mihin sisältyy itsereflektointi, riittävät resurssit, eettisesti kestävä kohtaaminen sekä uudet mahdollisuudet, osallisuus ja sosiaaliset oikeudet. Sosiaalitieteellisen tiedon avulla on mahdollista tuottaa uutta ymmärrystä siitä, minkälaista nykypäivän yhteiskunnan jäsenyys on, miten se on yhteydessä mielen-terveyteen ja miten sitä parhaiten voitaisiin tukea (Savolainen 2008, 8).

3 SOSIAALISEN HYVINVOINNIN ELEMENTIT

Sosiaalinen hyvinvointi toimii tämän tutkielman toisena pääkäsitteenä mielenterveys-kuntoutumisen rinnalla. Sosiaalisen hyvinvoinnin alakäsitteiksi olen valinnut sosiaaliset suhteet ja verkostot, sosiaalisen tuen, yhteisöllisyyden sekä täysivertaisuuden ja ihmisarvon. Mielenkiintoni kiinnittyy yksilön subjektiiviseen kokemukseen siitä, mitä "hyvä elämä" sosiaalisen hyvinvoinnin ympärillä pitää sisällään (Martindale & Phillips 2010, 56). Universaalien hyvinvoinnin määrittelemisen on haastavaa, moninaista ja osin mahdotontakin, koska jokainen määrittelee oman hyvinvointinsa yksilöllisesti omista tarpeistaan käsin. Edes se, että tiedämme, mistä ihmisen välttämättömät perustarpeet muodostuvat, ei helpota hyvinvoinnin yksiselitteistä määrittelemistä. (Nordling 2007, 99–100; Savolainen 2008, 19.) Hyvinvoinnin ja sosiaalisen sisällöt vaihtelevat monien tekijöiden, kuten ajan, paikan ja ihmissuhteiden, vaikutuksesta. Lisäksi käsitteiden muotoutumiseen vaikuttavat aiemmat kokemukset, ulkoiset elinolot, terveys, ikä, sosiaaliset suhteet ja yksilölliset tekijät. (Anttonen 2011, 135; Eronen ym. 2008, 9; Ihalainen & Kettunen 2011, 9; Laitinen 2008, 150–151.)

Markku Ojanen (2009, 21, 212–213) kiteyttää, että ravitsemus, oma koti ja sosiaaliset kontaktit muodostavat perustan *hyvinvoinnille*. Sen tasoa kohentavia tekijöitä ovat yksilön aktiivisuus, toisten läheisyys sekä tietoisuus siitä, että pystyy antamaan ja saamaan tukea, mutta myös hallitsemaan itsekeskeisyyttään ja näkemään asioita toisen näkökulmasta. Sisäinen rauha, elämänhallinta, oikeudenmukaisuus, rakkaus, vastuullisuus ja mielekkäisyys kuvastavat sitä. Eero Suoninen ym. (2010, 291) kuvaavat, että ihminen muodostaa käsityksensä omasta hyvinvoinnistaan minäkuvan, yhteiskunnan ja ryhmäjäsenyyksien rakentumisen sekä sosiaalisen todellisuuden ja toimintakyvyn kautta. Myös arvot, elämäntyyli, turvattomuus, identiteettikriisit, liittymiset ja vuorovaikutus vaikuttavat elämän ja hyvinvoinnin kokemukseen. Elämän mielekkäisyys rakentuu onnellisuu-

desta, mielenterveydestä, elämänhallinnasta, oikeudenmukaisuudesta sekä turvallisuudesta. Peltosen (1994, 14, 18) mukaan hyvinvoinnin tasoon vaikuttavat yleiset ja yksilölliset, suorat ja epäsuorat sekä niitä voimistavat ja altistavat tekijät. Hän jakaa koherenssein tunteen selkeyteen, hallintakykyyn ja tarkoituksellisuuteen, jotka puolestaan tukevat yksilön voimavarojen, vuorovaikutussuhteiden ja elämän tarkoituksen tarkastelua sekä hallintaa.

Sosiaalinen löytyy niin ihmisten sisältä kuin ulkopuolelta. Se muodostuu yksilön minäkäsityksen, identiteetin, tottumusten, kokemusten sekä yksilöllisten ja yhteisten arvojen ja normien pohjalta. Sosiaaliset tarpeet rakentuvat yksilöllisesti, mutta lähiympäristö ja elämänhistoria vaikuttavat siihen, mitä kukin pitää tavoiteltavana. (Kananaja 2010, 126, 128.) Ihmisen sosiaalinen riippuvuus ohjaa samaistumaan enemmistön kantaan (Anttila 2007, 129). Myös yhteiskunnan valtasuhteet osoittavat jokaiselle oman paikkansa yhteiskunnan arvojärjestyksessä, jossa alemmalla tasolla olevien odotetaan sopeutuvan asemaansa ja rooliinsa (Saari 2011b, 17). Sosiaalisesti suuntautuneita ihmisiä kannattelee positiivinen elämänsenke. Heille ongelmat esiintyvät voitettavina haasteina ja he kykenevät hakemaan apua ja auttamaan toisia sekä huolehtimaan sosiaalisesta verkostostaan. (Ojanen 2009, 106–107.) Eeva Leino (2004, 93–94) tarkoittaa sosiaalisella elämisellä, asumisen, asioiden hoidon, työn, oppimisen ja liikkumisen vuorovaikutuksellisia yhteyksiä. Ihmisen sairastuminen muuttaa vuorovaikutussuhteita. Sairastumisesta seuraa usein eristäytymistä ja vieraantumista, jolloin tasa-arvoisuus ja vastavuoroisuus eivät toteudu enää entiseen tapaan.

Yhtenä hyvinvoinnin mittarina toimii ihmisen kyvykkyys suoriutua rooleistaan ja tehtävistään yhteiskunnassa sekä yhteisöissä (Savolainen 2008, 97). Tunne hyväksytyksi tulemisesta ja pääsy arvostettuihin rooleihin vaikuttavat yksilön osallistumismahdollisuuksiin ja mielekkään elämän toteutumiseen (Farone & Pickens 2007, 37, 40–41, 44). Myös yksilön status ja rooli-identiteetit heijastuvat yksilön toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Korkea sosioekonominen status liittyy runsaampiin resursseihin, kuten rahan, valtaan, tietoon, sosiaaliseen pääomaan ja koulutukseen, jotka helpottavat arjen haasteista selviytymisessä. (Cerven 2006, 12–13, 16–17; Peng 2009, 96.) Hyvinvoinnin eri osa-alueiden eriyttämistä ja toisiinsa suhteuttamista saatetaan pitää epämiellekkäänä, koska hyvinvointi muodostuu lukuisista eri tekijöistä (Hämäläinen 2006, 16). Toisaalta yhtä tärkeää hyvinvoinnin tason tarkastelussa on ymmärtää sen olevan riippuvainen monista eri tekijöistä (Simpura 2009, 41).

Simpura (2009, 41) nimeää hyvinvoinnin yläkäsitteeksi, jonka alle sosiaalinen hyvinvointi lukeutuu. "Sosiaalinen" ilmenee suurimmillaan hyvinvoinnin eri osa-alueiden ollessa tasapainossa keskenään. Juho Saari (2010, 43–45, 47) asettaa sosiaalisen hyvinvoinnin alle kolme välineellistä tavoitetta. Statuksen avulla ihminen hallitsee resursseja ja sopiva käyttäytyminen ilmaisee sosiaalisen toiminnan hyväksyttävyyttä, mutta tunne toisten välittämisestä vahvistaa parhaiten sosiaalista hyvinvointia. Saaren mukaan yksinäiselle ihmiselle sosiaalinen hyväksyntä on hänen statustaan tärkeämpää. Siihen liittyvät myös sosiaaliset siteet, tunnetuki ja myötäeläminen. Yksinäisyys ei välttämättä heikennä hyvinvointia, vaan ilmaisee sosiaalisten suhteiden puutetta.

Sosiaalisen hyvinvoinnin yhtenä mittarina voidaan pitää ihmisen kokemaa *onnellisuutta* (Saari 2010, 9, 21). Ihmisen sosiaalisuus ennakoii korkeampaa onnellisuuden tasoa (Ojanen 2009, 32). Jo varhaiset tutkimukset ovat yhdistäneet onnellisuuden olevan keskinäisessä vaikutussuhteessa ihmisen mielenterveyden ja sosiaalisten suhteiden kanssa. (Phillips 1967, 285). Sosiaaliset suhteet ja onnellisuus rikastavat vastavuoroisesti toinen toistaan, sillä onnellisilla ihmisillä on yleensä enemmän sosiaalisia suhteita kuin vähemmän onnellisilla. Onnen tunnetta vahvistaa myös ihmisen kyky antaa anteeksi ja tunnistaa omat vahvuutensa, mutta myös kiitollisuuden, välittämisen, toiveikkuuden, kuulumisen ja vaikuttamisen tunteet. (Koskisu 2004, 226.) Lisäksi kokemus elämän oikeudenmukaisuudesta lisää onnellisuutta (Suoninen ym. 2010, 295). Onnellisuus ja *elämään tyytyväisyys* ovat tärkeitä hyvinvoinnin rakentajia, koska ne määrittävät keskenään hyvin samanlaisia asioita ihmisten arjen sisällöissä (Kouvo & Räsänen 2005, 36; Savolainen 2008, 19–20).

Nyky-yhteiskunnassa arvostetaan sosiaalisen hyvinvoinnin rinnalla korkeaa *elämänlaatua* (Savolainen 2008, 19). Tämän vuoksi myös ihmisen kokemus omasta elämänlaadusta soveltuu hyvin sosiaalisen hyvinvoinnin rakennusaineeksi. Elämänlaadulla viitataan hyvään elämään ja elämään tyytyväisyyteen vaikuttaviin tekijöihin. (Martindale & Phillips 2010, 58.) Elämänlaadun muotoutumisessa korostuu ihmisen yksilöllisyyden ja läheisyyden tarpeet. Ihminen tavoittelee materiaalin lisäksi henkisiä tarpeita, kuten rakkautta, itsekunnioitusta ja autonomiaa. Yksilön itsearvostus lisääntyy tavoitteiden saavuttamisen ja palautteen myötä. (Martti 2000, 76.) Sosiaalisten suhteiden ja lähiympäristön merkitys ilmenee voimakkaana, minkä vuoksi myös sosiaalisella pääomalla voidaan selittää yksilön elämänlaadun tasoa (Kouvo & Räsänen 2005, 36). Yksilön joustamisen taito helpottaa ja vahvistaa hänen elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan (Fledderus

ym. 2010, 2372). Hyvinvoinnin tarkastelu tekemisen kautta itsensä toteuttamisena, osallisuutena ja onnistumisen kokemuksina kuvaa elämänlaadun rinnalla *elämönhallinnan* merkitystä hyvinvoinnin mittarina (Niemelä 2009, 217, 220).

Sosiaalinen osallisuus ilmenee hakeutumisena vastavuoroisiin ihmissuhteisiin, ryhmiin ja yhteisöihin. Kanssakäyminen mahdollistaa omien ajatusten ja tunteiden jakamisen sekä kuulluksi tulemisen ja oikeudenmukaisuuden kokemuksen. Jatkuvuus kuvaa elämän hallittavuutta, ymmärrettävyyttä ja mielekkyyttä. Itse-reflektio auttaa yksilöä hallitsemaan epävarmuutta, muutoksia ja keskeneräisyyttä. Läheiset toimivat yksilön resursseina ja kannustajina. (Suoninen ym. 2010, 296, 318.) Edellinen kuvastaa ihmisten riippuvuutta toisistaan ja merkityksellisten ihmissuhteiden roolia hyvinvoinnin kokonaisuudessa. Yksilö näyttäytyy sosiaalisissa suhteissa niin toimijana kuin kokijana. (Lahikainen 2010, 90.)

Sosiaalista hyvinvointia voidaan tarkastella myös *toimijuuden* kautta. Se muodostuu yksilön omien mahdollisuuksien ja ympäristön tarjoamien realiteettien välisessä vuorovaikutuksessa. Sosiaalisen ydin ilmenee toimijuuden ja rakenteiden välisenä suhteena. (Romakkaniemi 2010, 137, 139.) Sosiaalinen toiminta on vuorovaikutustapahtuma, jossa ihmiset vaikuttavat toisiinsa, rakentavat erilaisia statuksia sekä tuottavat ja vastaanottavat arjen viestejä. Ihmisen tavoitteet muotoutuvat suhteessa siihen, miten hän asettautuu suhteisiin tai irtaantuu niistä. (Mattila-Aalto 2009, 42.) Arjen toimivuus kuvastaa sosiaalisen hyvinvoinnin tasoa. Pieni toimijuus ilmenee arjen rutiinien toistona ja hallittavuutena. Inhimillinen ja suhteellinen toimijuus syntyvät vuorovaikutussuhteiden myötä. (Krok 2009, 31.) Riittävä toimijuus määräytyy yksilöllisesti (Nelson & Lomotey 2006, 64). Sosiaalista toimintakykyä voidaan vahvistaa harjoittelemalla elämäntaitoja muiden kanssa. Yhteinen vuorovaikutus innostaa oman hyvinvoinnin ja osallisuuden kohottamiseen, jolloin yksilön vaikutusmahdollisuudet vahvistuvat. Sosiaalinen toimintakyky vahvistaa positiivista mielenterveyttä, mutta ilman vuorovaikutusta yksilö jää yhteisön ulkopuolelle, yksin. (Savolainen 2008, 86, 97, 100.)

Niemelä (2009, 212, 214, 216, 219–221, 231; 2006, 67–68, 71–75) jakaa hyvinvoinnin hyvään oloon ja toimintaan sekä onnistuneeseen elämään, hyvään omistukseen ja menestykseen. Mikrotasolla huomio kiinnittyy ihmisen hyvinvointiin ja elämässä pärjäämiseen, makrotasolla taas hyvinvointivaltioon ja -yhteiskuntaan. Näiden toteutumista voidaan tarkastella kolmen toiminnan tason, elämisen, tekemisen ja omistamisen, avul-

la. Elämisen taso kuvaa ihmisen arkielämää, josta hänen toimintansa rakentuu ja johon hänen yksityinen elämä perheineen kiinnittyy. Tekeminen toteutuu eri yhteisöissä, kuten työ- ja harrastepiireissä. Tekeminen on sosiaalista, yhteisyyden ja liittymisen reaalistumista sekä yhteisen hyvän tavoittelua. Kyvyttömyys tähän ilmenee itsestä, elämästä ja yhteiskunnasta vieraantumisenä. Omistaminen on kaukaisin taso ihmisen konkreettises- sa toiminnassa. Se määräytyy erilaisten pääomien, fyysis-aineellisten, sosiaalisten ja henkisten, kertyminä. Näiden lisäksi toiminta jakautuu aineelliseen, sosiaaliseen ja henkiseen ulottuvuuteen, joiden toteutumisen tasot vaikuttavat hyvinvoinnin kokemukseen.

Tarveteoreettisessa hyvinvoinnin lähestymistavassa huomio kiinnittyy yksilön hyvinvoinnin, aineellisen ja henkisen, yhteisölliseen pohjaan, jossa korostuu yksilön oman paikan määrittäminen yhteiskunnassa (Hämäläinen 2006, 22–23). Tarpeiden täyttyminen edellyttää usein aineellisia resursseja, työtä, mielekästä tekemistä, huolenpitoa, ihmissuhteiden pysyvyyttä sekä kokemusta johonkin kuulumisesta, ihmisarvosta ja itsensä toteuttamisesta (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 144). Myös Allardt (1976, 9) on jakanut hyvinvoinnin kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat "Having, Loving ja Being", eli omistaminen, rakastaminen ja oleminen.

Sosiaalisen hyvinvoinnin kokemuksen yksioikoinen määrittäminen on vaikeaa ja ehkä myös tarpeetonta abstraktien käsitteiden johdosta. Riittävä ymmärrys kokonaisuudesta auttaa tulkitsemaan sitä. (Kouvo & Räsänen 2005, 23–24.) Toisaalta on havaittavissa, että nykyinen tarkastelu kiinnittyy aikaisemman tarveanalyysin sijaan minuuden ja identiteetin rakentumiseen sekä säilymiseen. Perustarpeiden tyydyttämistä ei nähdä enää riittävänä, vaan ihmisen sosiaalinen puoli tarvitsee myös huomiota. (Suoninen ym. 2010, 292.) Ihmisen työkyvystä on tullut yhä suurempi määrittäjä yhteiskunnan jäsenyydessä, jolloin yksilön hyvinvointiin vaikuttaa aikaisempaa selkeämmin hänen mahdollisuutensa vaikuttaa niin työssä kuin muualla elämässä (Kimberlin & Ager 2009, 70; Niemelä 2010, 68). Ihmisen sosiaalisella ympäristöllä on siten suuri merkitys täyden elämän mahdollistumisessa, eikä sen tärkeyttä tule väheksyä (Hodges 2006, 82). Lauri Rauhalan (2005, 42) ajatuksin yhteiskunnan tapaan elää ja rakentaa sosiaalista hyvinvointia tai ympäristön tarjoamiin puitteisiin ei yksittäinen ihminen pysty vaikuttamaan, vaan hän tarvitsee muita.

3.1 Sosiaaliset suhteet ja verkostot

Ihmiset kaipaavat luontaisesti muita ihmisiä, joiden lisäksi sosiaalinen kasvuympäristö, biologinen ja sosiaalinen perimä sekä kulttuuri vaikuttavat vuorovaikutteisen toiminnan, sosiaalisten suhteiden ja verkostojen syntyyn (Lahikainen 2010, 94–95; Niemi ym. 2011, 7). Ihminen on aina jollain tavalla yhteydessä toisiin ihmisiin niin kehittymisen kuin arjen haasteiden yhteydessä (Pirttilä-Backman ym. 2010, 11). Ihmisten yhteen haakeutumisen taustalla vaikuttaa sen pakollisuus ja hyödyttävyyys, mutta myös sosiaalisten suhteiden palkitsevuus ja arvokkuus (Ojanen 2002, 86). Sosiaalinen ihminen omaa riittävät sosiaaliset taidot, joiden avulla hän pystyy rakentamaan tyydyttävän sosiaalisen verkoston. Yhteistoimintaan liittyvät yhteiset positiiviset ponnistukset yhteisen hyvän saavuttamiseksi. Rakkaus, kunnioitus ja yhteistoiminnallisuuden arvostaminen rakentavat sosiaalista maailmaa, tukevat yhteisöjä ja edistävät yksilöiden persoonallisuuden kehittymistä. Sosiaalinen ongelma kuvastaa taas sosiaalisuuden vajetta ja heikentymistä yksilöiden ja yhteiskunnan välillä. (Ikäheimo 2008, 21–24.)

Makrotasolla tapahtuva yhteiskunnan muutos heijastuu mikrotason ihmissuhteisiin niitä muuttaen tai heikentäen (Saari 2010, 69). Somerkivi (2000, 16–18) on hyödyntänyt tutkimuksessaan Urie Brofenbrennerin (1981a, 193–194; ks. myös 1981b; 1979) ekologista kehitysteoriaa. Somerkiven ekologisen ympäristön tulkinnassa makrotasolla vaikuttavat kuntoutujan läheis- ja asiantuntijaverkostot, joiden vaikutus leviää myös muille yhteiskunnan tasoille mesosysteemissä. Eksosysteemissä ympäristön ja yksilön välinen vuorovaikutus toteutuu välillisesti esimerkiksi muiden perheenjäsenten sosiaalisten verkostojen kautta, joihin kuntoutuja ei itse ole suorassa yhteydessä. Makrosysteemi on ekologisen ympäristön suurin taso. Siinä vaikuttavat esimerkiksi kulttuuri, yhteiskunnan lainsäädäntö sekä sosiaalipolitiikka, joiden välityksellä yhteiskunnan voimavarat jakautuvat ja priorisoituvat.

Sosiaaliset verkostot muodostuvat yksilöä ympäröivistä sosiaalisista suhteista, joiden välityksellä hän on vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja yhteisöjen kanssa. Niiden pysyvyys tuottaa voimavaroja, hyvinvointia, onnellisuutta, turvaa ja yhtenäisyyttä sekä tukee stressin ja arjen hallinnassa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 87–88.) Sosiaalisen verkoston määrittelyssä voidaan hyödyntää myös verkostokartan käsitettä, joka kuvaa ihmiselle merkityksellisten ihmissuhteiden kokonaisuutta. Sosiaaliset verkostot toimivat eräänlaisina puskureina ja auttavat selviytymään elämän haasteista sekä vaikuttavat sosiaalisen identiteetin rakentumiseen. (Seikkula 1994, 16–17, 22, 26.) Niiden kautta

mahdollistuu myös uusien suhteiden rakentuminen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 88). Ne voivat olla luonteeltaan vastavuoroisia, tasaveroisia tai riippuvuuteen pohjautuvia. Sosiaalisen ydinverkoston toimivuutta voidaan määritellä tarkastelemalla sen kiinteyttä, vastavuoroisuutta, toistuvuutta, intensiivisyyttä ja kestoa. (Somerkivi 2000, 68, 70.)

Sosiaalinen kontrolli synnyttää sosiaalisessa verkostossa havainnointia, kannustusta, suostuttelua ja muistuttelua sekä ohjaa omaksumaan tiettyjä käytäntöjä. Eri rooleihin ja asemiin liittyy oikeuksia ja velvollisuuksia, joita eri suhteissa odotetaan toteutettavan. Sosiaaliset suhteet luovat tarkoitusta ja tavoitteita elämälle sekä vaikuttavat yksilön itsetuntoon ja mielenterveyteen. (Thoits 2011, 147–148.) Perhe on ensimmäinen ja läheisin ryhmä, johon yksilö syntyessään liittyy. Se luo hänelle turvallisuutta ja mahdollistaa tunteiden osoittamisen. (Winnicott 1986, 130, 140.) Perheen lisäksi ihminen tarvitsee siteitä ja vuorovaikutusyhteyksiä myös muiden ihmisten ja muun ympäristön kanssa liittämään elämän eri alueita yhteen (Somerkivi 2000, 128). Laajasta sosiaalisesta verkostosta huolimatta yksilö saattaa tuntea olonsa yksinäiseksi, mutta toisaalta muutama lähisuhde saattaa tyydyttää hänen sosiaalisuuden tarpeensa (Saari 2010, 125–126).

Perinteisesti sosiaalisella verkostolla viitataan yksilön luonnolliseen ihmissuhteiden kokoonpanoon ja vasta toissijaisesti virallisiin suhteisiin luonnollisen verkoston ollessa heikko (Somerkivi 2000, 18). Eri verkostot toimivat ihmisten voimavaroina, mutta niihin kohdistuu myös erilaisia odotuksia, jotka vaikuttavat suhteiden ilmenemiseen (Castrén 2005, 147, 164). Jokin ryhmäjäsentyys saattaa olla muita merkityksellisempi (Peltonen 1994, 4).

Sosiaaliset siteet voidaan jakaa primaari- ja sekundaariryhmäjäsentyksiin. Primaari-ryhmät muodostuvat pienistä, tiedollisista, intiimeistä ja jatkuvista epävirallisista suhteista. Ne voivat olla satunnaisia, mutta myös vastavuoroisia, merkityksellisiä, tunnepitoisia ja eri tavoin toteutettavissa olevia. Ne liittyvät yleisimmin perhe-, suku- ja ystäväsuhteisiin, mutta voivat syntyä myös työyhteisössä, harrasteissa, seuroissa ja muissa vapaa-ajan viettopaikoissa. Yleensä elämäkulun myötä sosiaalinen verkosto laajenee ja lisääntyy. Sitä muokkaavia tekijöitä ovat sukupuoli, ikä, syntyperä ja taloudellinen asema. Sekundaariryhmät muodostuvat primaari-ryhmiä laajemmista ja vuorovaikutukseltaan muodollisemmista virallisista suhteista, kuten yhteiskunnasta, valtiosta ja eri instituutioista, joiden toimintaa ohjaavat erilaiset säännöt ja hierarkkiset asemat. Ne voivat liittyä esimerkiksi työhön, vapaaehtoistoimintaan ja uskonnollisiin ryhmiin. Virallisen

verkoston jäsenet eivät välttämättä tunne toisiaan ja niissä jäsenyyden kesto vaihtelee tilanteen mukaan. (Brofenbrenner 1981a, 193–194; Jokinen 2002, 64–65; Thoits 2011, 146.) Markku Hyyppä (2002, 58) laajentaa verkostotyyppettä kolmenlaisiksi. Lähisiteet muodostuvat suljetuista ja kiinteistä suhteista, jotka tukevat arjessa selviämistä. Elämässä etenemiseen taas tarvitaan pienyhteisöjen yhteistyötä ja edelleen pienyhteisöjen sekä viranomaisten yhteistyötä.

Tavallisesti ihmisen sosiaaliset verkostot rakentuvat perheenjäsenistä, sukulaisista, ystäväistä ja työtovereista. Kuntoutujan sosiaalinen tukiverkosto rakentuu heidän lisäksi virallisen tahon asiantuntijoista ja vertaisista. Usein kuntoutujan yksityisverkosto on pienempi kuin terveenä ollessa. (Vuorinen 2001, 14.) Kuntoutujan yksityiselämän sosiaalisia suhteita täydentää kuntoutustahon yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen osallisuus. Virallinen taho tukee hänen osallisuuttaan sekä estää häntä kiinnittymästä liiaksi lähiverkostoonsa ja siten syrjäytymään elämän eri alueista. Ongelmana saattaa ilmetä perheettömyys tai lapsettomuus, jolloin kuntoutujalta saattaa puuttua tärkeä kuntoutumista motivoiva osa-alue. (Somerkivi 2000, 13, 86, 129.) Perheen ympäröimänä kuntoutujan ja perheen edessä saattaa olla toinen haaste, sillä sairaus muuttaa ihmistä. Sen seurauksena perheen yhteisyys saattaa kärsiä sekä rooli- ja työnjaot saattavat muuttua. Sairastunut saattaa eristäytyä ja vältellä muiden läheisyyttä. Perhe saattaa myös toimia liikaa sairastuneen puolesta ja suojella häntä kuntoutumiselta, jolloin kontrolli muuttuu ahdistavaksi. Kuntoutujan tilanne on vaikea siten, että samalla kun hän kaipaa tukea, hän on myös kykenemätön ottamaan sitä vastaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 152–153; Koskisuu 2004, 177–178.)

Nyky-yhteiskuntaa voidaan kuvata "yksinäisten yhteiskunnaksi", jonka vaikutukset ihmisten hyvinvoinnissa ilmenevät asteittain sosiaalisten rakenteiden heikentymisenä. Sosiaaliset siteet eivät periydy enää entiseen tapaan suvun tai yhteisön sisällä. (Saari 2010, 26.) Toisista riippuvuus tuomitaan usein ihmisen heikkoudeksi (Anttonen 2011, 144–145). Kuitenkin tutkimukset ovat vahvistaneet sosiaalisten verkostojen ja tuen merkityksellisyyttä ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle (Järvikoski & Härkäpää 2004, 90). Ihminen, jolla on paljon sosiaalisia suhteita, voi yleensä paremmin sekä kokee turvaa ja varmuutta (Niemi 2006, 76). Mielsairauden yhteydessä sosiaalisen osallisuuden ilmeneminen nähdään tärkeänä, koska sen on koettu tuottavan myönteisiä tunteita vuorovaikutustapahtumista ja tasapainottavan sairauden negatiivisia vaikutuksia (Phillips 1967, 286–287, 290).

3.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki sekoittuu usein sosiaalisen verkoston käsitteeseen. Moninaisista määrittelyistä huolimatta se on sosiaalista verkostoa rajatumpi. Sosiaalinen tuki perustuu yksilön kokemukseen, eikä siksi käsitä kaikkia olemassa olevia suhteita. (Somerkivi 2000, 59.) Sen määrittelyyn vaikuttavat tuen lähteet, tasot ja vaikutukset (Okulov 2008, 48). Se voidaan nähdä eräänlaisena sateenkaarikäsitteenä, jossa sosiaaliset verkostot antavat erilaista tukea eri tavoin ja eri seurauksin. Sosiaalinen tuki muodostuu epävirallisesta ja virallisesta tahosta tuen antajan mukaisesti. Tuen lajit voidaan jakaa sisällön mukaan. Emotionaalinen tuki liittyy rakkauteen, välittämiseen, arvostamiseen, turvallisuuteen ja luottamukseen sekä kuvastaa yksilön tietoisuutta tuen olemassaolosta. Välineellinen tuki kuvaa auttamisen konkreettisia tapoja. Arvioiva tuki ilmenee päätöksenteossa, valinnoissa ja palautteen saannissa. Tiedollinen tuki liittyy tarvittavan tiedon etsimiseen ja saamiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 88–89; Peltomaa 2005, 69, 125–126.)

Primaariryhmän emotionaalinen tuki toimii yleisesti tehokkaana hyvinvoinnin vahvistajana, koska sekundaariryhmän jäseniltä puuttuu usein emotionaalinen läheisyys ja sitoutuneisuus tuettavaan. Toisaalta liiallinen avuliaisuus saattaa aiheuttaa tuen kohteelle tunteen velasta, omasta epäpätevydestä, epäoikeudenmukaisuudesta ja liiallisesta riippuvaisuudesta tuen tuottajan silmissä. Tästä johtuen tuen pyytämistä primaariryhmältä saatetaan pyrkiä välttämään. Sekundaariryhmän tarjoama tuki saattaa osoittautua merkittävämmäksi läheisten ollessa kykenemättömiä tuen tarjontaan. Lisäksi siihen sisältyy primaariryhmältä puuttuva omakohtainen kokemus ja ymmärrys esimerkiksi mielen sairastumisesta, mitkä voimistavat tarjotun tuen vaikutusta. (Thoits 2011, 150–153.)

Petri Kinnunen (1998, 29, 100) viittaa sosiaalisella tuella toiminnallisuuteen eli eri tapoihin ja kanaviin, joiden avulla yksilö, hänen lähipiirinsä ja yksityinen sekä julkinen sektori pyrkivät lisäämään hyvinvoinnin tasoa. Yleisemmin ihmisen mahdollisimman hyvä hyvinvointi edellyttää osallisuutta useaan tuen lähteeseen. Eri tahojen tarjoamaan tukeen liittyy eri tavoin subjektiivinen, objektiivinen ja normatiivinen näkökulma. Sohlmanin (2004, 40) mukaan sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös läheisten määrän, heidän kiinnostuneisuuden ja naapuriavun ilmenemisen mittareilla. Kiintymykseen liittyvän ja emotionaalisen tuen tärkeys korostuvat usein niiden jäädessä vajaiksi (Jungwee & Nelson 2005, 15). Sosiaalinen tuki on ihmiselle merkityksellinen silloinkin, kun hänellä ei ole vastoinkäymisiä (Thoits 2011, 150).

Sosiaalisen tuen hyvinvointia vahvistavia tekijöitä voidaan tarkastella puskurimallin avulla. Tällöin jo pelkkä tietoisuus tuen saannin mahdollisuudesta vähentää negatiivisia oireita ja helpottaa selviytymistä vaikeissa elämäntilanteissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 90.) Vaikeuksien kohdatessa sosiaalinen verkosto toimii puskurina ja suojaa ongelmien vaikutuksilta niitä heikentäen. Puskuriksi-ilmion taustalla vaikuttaa usein tukihenkilö-, vertais- ja ystävätoiminnan eri muodot. (Suoninen ym. 2010, 308.) Vastavuoroisen tuen myönteinen vaikutus ilmenee sosiaalisen pätevyyden, itsetunnon sekä oman arvon ja tehokkuuden vahvistumisena. Hyödyllisin vaikutus sosiaalisella tuella on silloin kun yksilö kokee niin saavansa kuin antavansa tukea sopivasti. (Bracke ym. 2008, 441–442, 453.) Liiallinen tai vääränlaisen tuen tarjoaminen saattaa heikentää yksilön toimintakykyä ja aloitteellisuutta sekä synnyttää riippuvuutta. Se voi ilmetä myös tukahduttavana tekijänä, hidasteena tai esteenä. (Somerkivi 2000, 71–72.) Usein pienyhteisön tarjoama tuki koetaan turvallisemmaksi, yksilöllisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi verrattuna julkisen vallan tarjoamaan apuun, joka koostuu lähinnä aineellisesta tuesta ja palveluista (Peltonen 1994, 5).

Vertaistuen käsite on yksi sosiaalisen tuen muoto. Vertaistuenantaja on vastaavassa tilanteessa oleva henkilö, joka jakaa tilanteen tuen saajan kanssa. Vertaisten keskuudessa yksilön on turvallista jakaa oma elämäntilanne, pohtia sopivia ratkaisuja ja kuunnella toisten kokemuksia sekä luoda vastavuoroisia suhteita. Vertaistuen prosessin eri vaiheisiin lukeutuvat yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyteen kuuluminen ja voimaantuminen. (Jantunen 2008, 20, 28, 90.) Vertaispalveluihin sisältyy vertaistuen antaminen ja saaminen sekä yhteisten kokemusten merkityksellisyys ja vaikutus ihmisen elämässä. Niiden arvot pohjaavat yksilön autonomiaan, itsemääräämiseen, kunnioitukseen, riippumattomuuteen, osallisuuteen ja voimaantumiseen. (Hodges 2006, 82, 91–92.) Lisäksi altruismi, itsensä kehittäminen ja sosiaalinen toiminta kuvaavat vertaistoiminnan ydintä. Se näyttäytyy myös julkisten palveluiden täydentäjänä ja tiedon jakajana tarjolla olevista palveluista ja yksilön oikeuksista. (Nylund 2000, 47, 50.)

Sosiaalisen tuen yhteydessä niin "merkittävillä toisilla" kuin "kokemuksellisesti samantilaisilla" ovat omat merkitykset yksilölle. Samanlaiset toiset pystyvät asennoitumaan toisen asemaan ja sen vuoksi ymmärtämään toisen kohtaamia emotionaalisia ja käytännöllisiä pulmia. Primaariryhmän jäsenten tuen tärkeys painottuu usein ahdingon alkuvaiheeseen, mutta vähenee kuntoutumisen edetessä ja sekundaariryhmän aseman voi-

mistuessa ja sen alkaessa paikata primääriryhmän ehtyneitä voimia ja keinoja. (Thoits 2011, 145, 153–155.) Vertaisryhmään identifioituminen lisää sosiaalisen tuen tarjontaa, kohentaa itsetuntoa, voimaannuttaa kollektiivisesti ja auttaa vastustamaan stigmaa (Crabtree ym. 2010, 553, 562). Se saattaa toimia myös eräänlaisena suojana "normaaleja" ihmisiä ja yhteiskunnan normeja vastaan sekä vaihtoehtoisena sosiaalisena maailmana oman positiivisen identiteetin säilymiselle (Hall & Cheston 2002, 35). Virallisen tuen tarve kohdistuu alkuvaiheen informointiin ja konkreettisiin auttamisen keinoihin, kun taas epäviralliset tahot tukevat yksilön minän uudelleen rakentumista ja voimistumista (Farone & Pickens 2007, 42; Hodges 2006, 90).

Mielenterveyskuntoutuksen yhteydessä kuntoutuja tarvitsee monenlaista tukea eri lähteistä. Vertaistuki tuottaa kuntoutujalle mahdollisuuden samaistumiseen, roolimalleihin ja sosiaalistumiseen sekä toivon löytymiseen ja omanarvon tunteen kohenemiseen vastavuoroisen ymmärryksen lisäksi. Työntekijöiden tarjoama tuki auttaa kuntoutujaa ymmärtämään yhteiskunnan normeja, kuntoutumisen merkitystä ja elämän tarkoituksellisuutta ja ottamaan etäisyyttä. Uskonnollisten yhteisöjen tuki ilmenee hengellisyydessä ja omaisten emotionaalisen tuen tarjonnassa. (Peltomaa 2005, 125–126; Romakkaniemi 2010, 141, 148.) Sosiaalisen tuen toteutumisen ehtona ilmenee kuntoutujan oma aktiivisuus, ei hänen voimavarojensa riittävyys (Määttä 2010, 29).

3.3 Yhteisöllisyys

Yhteisöllisyyteen yhdistetään ajatus jostakin yhteisestä ja yhteisesti jaetusta myönteisestä asiasta. Käytän seuraavassa yhteisöllisyyden lisäksi yhteisön käsitettä, koska ne ilmenevät toisinaan toistensa synonyymeina. Yhteisö nähdään usein rajatumpana ja konkreettisena kun taas yhteisöllisyyteen liitetään enemmän symbolisia piirteitä. Koti on yhteisöllisyyden ensimmäinen syntypaikka, josta yksilö laajentaa toimintakenttäänsä. Kodin kautta syntyy "minä" kun taas omat verkostot ja yhteisöt rakentavat "meidät". (Okulov 2008, 38–39, 51, 55.) Yhteisöllisyys toteutuu usein asuinympäristössä, yhdistyksissä, järjestöissä tai seurakunnassa ja se voi ilmetä kansalaistoimintana, vaikuttamisena ja vapaaehtoistoimintana (Niemelä 2009, 219–220).

Yhteisöllisyyden syntymiseen tarvitaan tarvetilaa, rakenteellisia tekijöitä ja aktiivisia toimijoita. Sosiaalistamisen ja vuorovaikutuksen myötä yksilöt liittyvät yhteiseen toimintaan yhteisön vahvistamiseksi. Usein yhteen liittymisen taustalla vaikuttaa samanta-

painen elämäntilanne. Yhteisöllisyyttä ilmentää sen vapaaehtoisuus, henkilökohtaiset suhteet ja yksilön tarpeiden tyydyttyminen jäsenyyden kautta. Yhteisön jäsenet sitoutuvat yhteisiin arvoihin, normeihin ja merkityksiin, jotka ohjaavat yhteisen asian ajamiseen ja yhteisöllisen identiteetin omaksumiseen. (Okulov 2008, 46–47, 52, 56, 136.) Omanlaistensa pariin hakeutuminen mahdollistaa yksilön aseman kohentamisen, uusien mahdollisuuksien tarjoutumisen ja ristiriitojen heikentämisen (Ahponen 2008, 135; Saari 2010, 78). Yhteisöjäsenyys ilmenee yksilön omana sisäisenä prosessina, mutta muokkaa osaltaan myös sosiaalista identiteettiä (Niemelä 2002, 77).

Sosiaalisen vertailun keinoin jäsenet peilaavat asenteidensa, uskomustensa ja käytöksensä sopivuutta yhteisön asettamiin odotuksiin (Thoits 2011, 147). Osaltaan yhteisö kontrolloi ja ohjaa jäseniensä toimintaa sekä opettaa heille vastuullisuutta (Ruisniemi 2006, 42). Se vaikuttaa sosiaalisen järjestyksen säilymiseen ja jäsenten kuuliaisuuteen. Me-ajattelun myötä yksilön erilliset ajatukset väistyvät yhteisen äänen tieltä. (Tuomela & Mäkelä 2011, 88.) Toisaalta yhteisössä opetellaan hyväksymään erilaisuutta erilaisuuden keskellä. Kukin jäsen vaikuttaa osaltaan yhteisön toimivuuteen ja hyvinvointiin ympäröivän yhteiskunnan vaikutuksen lisäksi. (Ruisniemi 2006, 39–40, 44.)

Yhteisöllinen elämä luo sopivat puitteet johonkin kuulumiselle, osallisuudelle, osallistumiselle, itsensä kehittämiseksi sekä hyväksytyksi ja rakastetuksi tulemiselle (Hämäläinen 2006, 23). Jäsenyys sallii omien heikkouksien ja vahvuuksien esille tulon. Se rajaa ulkopuoliset pois yhteisön toiminnasta ja mahdollistaa jäsenten toisiinsa samaistumisen. (Hyypä 2002, 25–26.) Oman erityisyyden ja samanlaisuuden kokemukset ovat tärkeitä yksilölle. Niiden ilmeneminen vaihtelee riippuen kyseisestä sosiaalisesta ympäristöstä sekä turvan puutteesta ja lähteestä. (Lahikainen 2010, 96.) Jäsenyys välittyy oman paikan etsimisenä, jota ohjaavat yksilön tarpeet ja yhteisön sosiaalinen toiminta. Jäsenten välisessä vuorovaikutuksessa vaihdetaan ajatuksia ja kokemuksia sekä etsitään niille yhteisiä nimittäjiä. (Ruisniemi 2006, 42, 247.)

Yhteisöllisyys ja hyvinvointi toimivat vastavuoroisesti toisiaan vahvistaen. Yhteisöllisyyden myönteiset vaikutukset välittyvät koko yhteisön eduksi ja hyödyksi. (Hyypä 2002, 170, 187.) Yhteisöjäsenyyttä vahvistamalla voimistetaan osallisuutta ja keskinäistä luottamusta, joiden yhteisvaikutuksesta myös henkinen hyvinvointi vahvistuu (Savolainen 2008, 109). Yhteisöllisessä toiminnassa voimavarat yhdistyvät, jäsenet tuntevat itsensä tärkeiksi ja muille merkityksellisiksi samalla kun usko omaan pärjäämiseen ja

yhteiskunnan jäsenyyteen vahvistuu (Mokka & Neuvonen 2006, 80). Toisten olemassaolon ja yhteisöllisyyden tärkeys korostuu esimerkiksi sairastumisen, työttömyyden tai jonkin muun vaikean elämäntilanteen ilmetessä (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 190).

Sosiaalisen identiteetin kokemukseen vaikuttaa siihen liitetty arvolataus ja hyväksyttävyyden muiden silmissä. Se käsittää niin eri ryhmäjäsentyksien yksilölliset kokemukset ja niiden väliset yhteydet kuin myös kollektiivisen identiteetin ainekset. Kollektiivinen identiteetti muodostaa vastakkainasettelun me ja toiset. Se määrittelee ehtoja, rajoja ja kohteita yhteisen identiteetin ylläpitämiseksi, jolle haetaan tunnustusta yhteisen ja yksilöllisen toiminnan keinoin. (Anttila 2007, 22–23, 59–60, 159.) Hyväksyttävyyden tunne lisää yksilön voimavaroja ja vahvistaa sosiaalista identiteettiä. Kategoriointi selkeyttää, mutta ruokkii ennakkoluulojen syntymistä, jotka taas heijastuvat siihen, miten tiettyihin ihmisiin suhtaudutaan ja miten heille eri mahdollisuuksia tarjotaan. (Kulmala 2006, 62, 68.) Moninaiset identiteetit tuottavat yksilölle lukuisia lähteitä, joista hän voi ammentaa elämälleen arvoa ja jotka voivat mahdollistaa normatiivisen käyttäytymisen (Cerven 2006, 3–4). Identiteetti rakentuu ja muokkaantuu pitkin elämää, mutta yksilö tavoittelee sosiaalisissa tilanteissa mahdollisimman miellyttävän identiteetin saavuttamista suhteessa itseensä ja muihin (Jokinen 2004, 75–76; Ruisniemi 2006, 74).

Sosiaalisella pääomalla voidaan viitata joko yksilön tai yhteisön voimavaroihin. Se määrittää yksilön asemaa muiden joukossa ja kuvaa niitä sosiaalisia pääomia, joita yksilö voi hyödyntää tavoitteisiinsa pyrkiessään. Yhteisöön liitettynä se kuvastaa olemassa olevaa verkostoa, sosiaalisia normeja ja luottamusta. (Melin 2010, 566.) Sosiaalinen pääoma kehittyy ja kasautuu sosiaalisten verkostojen ja vuorovaikutussuhteiden välityksellä, joiden vaikutuksesta ihmisen voimavarat ja luottamus toisiinsa karttuvat ja elämänhallinta vahvistuu (Okulov 2008, 38). Riittävien resurssien ja sosiaalisen pääoman turvin niin yksilön kuin yhteisön hyvä voi toteutua (Suoninen ym. 2010, 317). Sen vaikutus näkyy myös yhteisön myönteisenä vuorovaikutuksena sekä syrjäytyneistä ja heikoimmista huolehtimisena (Hjerpe 2005, 118–119). Sosiaalisen pääoman puute ja heikkoudet ilmenevät usein lisääntyneenä pahoinvointina elämän eri alueilla (Hyypä 2002, 155; Niemelä 2009, 230). Tämän tutkielman kannalta oleellista on ymmärtää, että sosiaalisen pääoman rakennusaineina toimivat sosiaaliset suhteet ja verkostot sekä yhteisöllisyys. Nämä edistävät yksilön sosiaalista hyvinvointia, mutta heijastuvat myös hänen kokonaisvaltaisen hyvinvointinsa tilaan. (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 262.)

Julkinen valta pyrkii nojaamaan yhä enemmän yhteisöihin, koska julkisen vallan omat voimavarat ovat riittämättömät jäseniensä tukemiseen (Okulov 2008, 37, 39). Tämä näkyy myös sosiaalisissa kysymyksissä, kun yhteisvastuu näyttää toteutuvan pitkälti yhteisöjen avulla (Simpura 2009, 44). Kolmannen sektorin asema on vakiintunut kunnallisten palveluiden täydentäjänä. Sen vahvuuksia ovat hyvä paikallistuntemus ja kosketus ihmisten arkeen. Kolmannen sektorin palvelut toimivat emotionaalisen ja henkisen tuen kanavina sekä hoidon ja huolenpidon lähteinä. Kolmannen sektorin toiminnassa painottuu vapaaehtoisuus, yhteisten asioiden edistäminen, talkoohenki, vertaistuki, yhteiset kokemukset sekä tietojen ja taitojen vaihtaminen. (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 192, 262.)

Mielenterveystyössä yhteisöllisyys ilmenee yhteisinä sääntöinä, toimintana, vastuuna ja elämyksinä, joissa opetellaan arjen taitoja, päivärytmiä, mielekästä tekemistä ja vuorovaikutusta (Ihalainen & Kettunen 2011, 50). Yhteisöjäsenyys tukee kuntoutujan voimaantumista ja uskoa omaan selviytymiseensä sekä mahdollisuuteen elää hyvää elämää (Jantunen 2008, 64; Pehkonen 2010, 102). Winnicottin luoma ja Granfeltin (Winnicott 1986; 1971; ref. Granfelt 1998, 162–163, 175) soveltama kiinnipitävän ympäristön käsite soveltuu mielestäni hyvin kuvaamaan yhteisöllisyyden ja yhteisön merkitystä kuntoutujalle. Kiinnipitävää ympäristöä voidaan kuvailla kannattelevaksi ja mahdollistavaksi ympäristöksi, jossa heikkouden, riippuvuuden ja kykenemättömyyden ilmaiseminen on sallittua. Se tukee yksilön toimintakykyä, mutta luo myös turvaa ja auttaa kohtaamaan vaikeita asioita.

3.4 Täysivertaisuus ja ihmisarvo

Suomen perustuslaki (1999/731) takaa kaikille kansalaisilleen yhtäläiset perusoikeudet, jolloin kenenkään ei kuulu joutua eriarvoiseen asemaan ilman hyväksyttävää syytä sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän tekijän perusteella. Suojelevan demokratian edellytyksenä on ihmisten erilaisen huolenpidon tarpeen huomioiminen. Suurin haaste kohdistuu eriarvoisuuden minimointiin. Sosiaalisen kansalaisuuden haasteita ovat yhteisen hyvän karttumisen ja hyvinvoinnin tasa-arvoisen jakaantumisen toteutuminen yhteiskunnan jäsenten keskuudessa. (Ahponen 2008, 128, 130, 132.)

Täysivaltaisuus ja itsenäisyys luonnehtivat vastuullista kansalaista, joka kykenee huolehtimaan itsestään, läheisistään, tehtävistään ja velvollisuuksistaan (Juhila 2008, 106; Thoits 2011, 149). Ulkoinen elämäntilanne käsittää elämän perusasioiden hallitsemisen, ja sisäinen elämäntilanne liittyy yksilön käsitykseen elämänsä toteutumisesta (Ihalainen & Kettunen 2011, 100). Yksilön sosiaalinen osallisuus ilmenee aktiivisina osallistumis- ja kehittämismahdollisuuksina, jotka puolestaan tukevat yhteiskunnan täysipainoisen ja tasavertaisen kansalaisuuden toteutumista sekä heikentävät syrjäytymisen riskiä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 151). Vastavuoroisesti ihmisen kyvyttömyys toteuttaa itseään haluamallaan tavalla edesauttaa hänen vieraantumista itsestään, elämäntilanteestaan ja yhteiskunnasta (Niemelä 2009, 219).

Ihmisarvo määrittyy usein yksilön tuottavuuden, työkyvyn, itsensä elättämisen, elämäntilanteen sekä osallisuuden ja vuorovaikutussuhteiden mukaisesti (Martti 2000, 53). Työnteon kautta ihminen integroituu yhteiskuntaan, mikä mahdollistaa tunteen omista vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksista yhteiskunnassa. Työ tekee näkyväksi oman hyödyllisyyden, tarvittavuuden ja johonkin kuulumisen sekä mahdollistaa itsensä toteuttamisen. (Niemelä 2009, 227.) Työkyvyttömyys ilmenee inhimillisen pääoman vajeena (Kimberlin & Ager 2009, 75). Siihen liittyy itsekunnioituksen menetys, joka voi ilmetä häpeänä, voimattomuutena ja turhautumisena (Laitinen 2008, 142).

Yhteiskunnan eriarvoisuus näkyy siten, että eri ryhmien hyvinvoinnille asetetaan erilaiset painotukset (Saari 2011b, 18). Tämän seurauksena yhteiskunnan heikoimmat jäsenet jäävät usein aktiivisen osallistumisen ulkopuolelle yhteisten resurssien jakautumisessa (Peng 2009, 92). Järjestelmän jäykkyys ja muodollisuus saattavat lisätä turvattomuutta, jolloin yksilö saattaa tuntea tulleensa mitätöidyksi yksilöllisine tarpeineen. Tästä voi seurata itsestään vieraantumista, epätietoisuutta, sisäisiä ristiriitoja, sosiaalista vetäytymistä tai toisaalta sosiaalista toimintaa ja omien asioiden ajamista muutoksen saamiseksi. (Farone & Pickens 2007, 46.) Eriarvoisuus näkyy myös taloudellisena ja sosiaalisena köyhyytenä tai rikkautena, mikä heijastuu ihmisarvoisen elämän ja osallisuuden kokemukseen (Pehkonen 2010, 101). Ihmisarvon palautuminen onnistuu vain yksilön itsensä ja muilta saadun arvostuksen kautta (Laitinen 2008, 53). Ihanteellinen tilanne muodostuu kun yksilön resurssit ja ympäristön vaatimukset ovat keskenään tasapainossa, mikä mahdollistaa yksilön suoriutumisen sosiaalisista rooleistaan ja mielekkään elämän toteutumisen (Romakkaniemi 2010, 147).

Normatiivisuus ilmaisee yhteiskunnan jäsenille, mitä pidetään normaalina ja tavoiteltavana. Poikkeava ihminen nähdään yhteiskuntaan ja sen sääntöihin sopeutumattomana. (Ihalainen & Kettunen 2011, 98.) Lauri Rauhala (2009, 208) toteaa, että runsaat sosiaaliset verkostot ja osallistumisinnostus vastaavat asetettuja ihanteita, mutta määrittävät myös ihmisen arvoa ja täysivertaisen kansalaisuuden täyttymistä. Granfelt (1998, 81) korostaa, että vallitsevan normaaliuden käsitteen vaarana on, että se johtaa niiden huomommuuden korostamiseen, jotka eivät täytä asetettuja normeja. Toisaalta hän kysyy, kenellä on valta normaaliuden määrittämiseen. Jukka Törrönen (2005, 15) toteaa, että heikompien yksilöiden laiminlyöminen näkyy heidän yksilöllisyytensä ja erityisyytensä unohtamisena, jolloin heihin kohdistetaan valtaväestön asettamat normaliteetin vaatimukset ja syytökset harmonian rikkoutumisesta. Pirkkoliisa Ahponen (2008, 141) lisää, että myös riippuvuus toisista johtaa herkästi eriarvoistumiseen. Winnicott (1986, 152) huomauttaa, että koska yhteiskunta muodostuu kaikista sen jäsenistä, sen tulisi huomioida myös sairaiden tarpeet.

Hyvä ja moraalinen yhteiskuntapolitiikka huomioi heikompien tukemisen, tasapuolisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumisen (Ojanen 2011, 228). Erityistä huomiota yhteiskunnassa kaipaavat psyykkisesti ja sosiaalisesti heikommat yksilöt sosiaalisen toimintakykynsä vahvistamiseen, jotta heillä olisi paremmat edellytykset selviytyä arjessa niin yhteiskunnan kuin yhteisöjen jäsenenä (Savolainen 2008, 97). Tämä tapahtuu tavoittelemalla kaikkien osallisuuden ja toimijuuden esteetöntä toteutumista poistamalla ja minimoimalla esiintyviä konkreettisia ja abstrakteja esteitä. Esteettömyys voi esiintyä kahdenlaisena. Asenteellinen esteettömyys liittyy vähemmistöjen yhdenvertaisiin osallistumismahdollisuuksiin. Sosiaalinen esteettömyys ilmentää, miten vähemmistöihin suhtaudutaan yhteiskunnan eri areenoilla. Kummankin toteutuessa kaikille tarjoutuu yhtäläiset mahdollisuudet ilman syrjintää. Monimuotoisuus tulisi nähdä rikkautena ja kaikkien hyötynä. (Ekholm 2009, 159–160, 200.)

Monimuotoisuuden ja normalisaation pyrkimyksistä huolimatta nyky-yhteiskunnassa esiintyy psyykkisesti sairaiden leimaamista. Heidät eristetään, heille ei tarjoudu työpaikkaa eikä arvostettua asemaa tai roolia. Tasa-arvoisen suhteen saavuttaminen näyttää mahdottomuutena. (Laitinen 2008, 27.) Psyykkisesti sairaat eivät näyttäyty yhteiskunnassa myöskään "täysivaltaisen kansalaisen" asemassa, vaan heidät luokitellaan herkästi epäkelvoiksi kansalaisiksi. Yksilön asemaa heikentää entisestään sairauden vaikutukset, jotka heijastuvat identiteettiin sekä syrjäyttävät yksilön terveet ja vahvat

alueet. Työkyvyn heikkeneminen muuttaa elämänrytmiä ja köyhdyttää elämää sisällöllisesti, mistä voi seurata kokemus altavastaajana olemisesta. (Martti 2000, 52–54.)

Mielenterveyskuntoutujat nähdään usein "kelkasta pudonneina", mikä erottaa heidät valtakulttuurista ja ilmentää aikuisuuden kriteerien toteutumattomuutta. Myös kuntoutuksen perustavoitteet ovat yhteydessä ihanteellisen aikuisuuden rakentumiseen, johon sosiaaliset ja kulttuuriset käytännöt heijastuvat. Kuntoutujan tehtäväksi jää selviytyä aikuisuuden kriteerien ja tuen tarpeen synnyttämästä ristiriitaisesta yhtälöstä. Tämän vuoksi kuntoutuksessa on tärkeää sallia erilaisia aikuisuuden malleja ja yksilöllisyyttä, mutta tähdätä samalla kuntoutujan itsenäisen toimintakyvyn, itsemääräämisoikeuden, vastuullisuuden ja vapauden vahvistamiseen. (Raitakari & Juhila 2011, 206, 208–210.) Kuntoutujat tulee nähdä arvokkaina, tasa-arvoisina ja täysivaltaisina jäseninä, jotka lukeutuvat osaksi moninaisuutta ja "meitä" (Somerkivi 2000, 176). "Kunniallisen kansalaisen" aseman saavuttaminen edellyttää erilaisuuden sietämistä ja joustamista (Laitinen 2008, 151). Tasapuolisemman yhteiskunnan toteutuminen edellyttää taas sosiaalisten järjestelmien kehittämistä ja toimintojen sopeuttamista vajaakuntoisten edellytysten mukaisiksi (Kimberlin 2009, 34). Kuntoutujan voimaantuminen ja yhteiskuntaan osallistuminen mahdollistavat yhteisen käsityksen yhteisestä yhteiskunnasta (Farone & Pickens 2007, 51; Muir ym. 2008, 287).

4 MARGINAALISUUS

Marginaalisuus auttaa ymmärtämään ihmisen ulkopuolisuuden kokemuksia, minkä vuoksi se soveltuu hyvin psykososiaalisten asioiden tarkasteluun. Sen ala- tai rinnakkaiskäsitteiksi lukeutuvat sivullisuus, erilaisuus ja toiseus. Marginaalisuuteen kytkeytyy usein myös sosiaalitaloudellinen näkökulma. (Granfelt 1998, 42, 80.) Marginaalisuus voidaan liittää johonkin tilanteeseen liittyvään paikkaan, jossa yksilö on. Se voi olla ruumiillista tai symbolista, mutta myös niiden yhteenliittymä. (Juhila 2008, 99.) Marginaaliseen asemaan voidaan liittää pakon ja vapaaehtoisuuden rajojen vastakkaisuus. Se saattaa olla tietoinen valinta, mutta myös elämäntilanteiden ja -olosuhteiden sanelema tila. Usein siihen liittyvät erilaiset menetykset ja luovutukset, joiden äärellä yksilö koee olevansa voimaton. (Granfelt 1998, 82–83.) Marginaalisuudessa valtakulttuuri ja marginaaliryhmät sijoittuvat eri puolelle yhteiskuntaa (Juhila 2002, 13). Marginaalisuut-

ta voidaan kuvata sisällä ja ulkona olevien väliseksi tilaksi, jolloin syrjäytyneet näyttävät uloslyötyinä. Marginaaliasemaan liittyy tarpeettomuuden, ulkopuolisuuden ja osattomuuden tunteita, joihin joko alistutaan tai joita vastaan kamppaillaan. (Krok 2009, 23, 27.)

Marginaalissa oleva ihminen saattaa kokea tulleen unohtetuksi ja kadottaneensa elämän punaisen langan (Granfelt 1998, 82). Marginaalinen asema rajoittaa usein yksilön toimintaympäristöä ja elämänsisältöä sekä alentaa ihmisarvoa (Raitakari 2002, 45). Sivullisuuden kokemus voi nostattaa häpeän, huononmuuden, pelon ja epäilyksen tunteita (Knuuti 2007, 145). Toiseus voi ilmetä sosiaalisten suhteiden puuttumisena, työelämän ulkopuolella olemisena, taloudellisen ja mielekkään toiminnan heikentymisenä sekä valintojen ja osallistumisen vaikeuksina tai apua vaille jäämisenä (Kulmala 2006, 70, 72). Marginalisaatiossa ihmiset joutuvat tai ajautuvat reunalle. Leimaavat puheet lisäävät syrjäytymistä ja vahvistavat stigmaa, josta irtautuminen on vaikeaa. Toisaalta reunalla, marginaalissa, oleva ihminen on vielä tavoitettavissa, sillä vasta syrjäytymisen vahvistuessa yksilö joutuu eksklusioon eli ulkopuolelle. (Helne 2002, 22–24.)

Marginaaliyhteisöjen haasteeksi muodostuvat niiden ja valtakulttuurin väliset suhteet. Marginaalijäsenien odotetaan alistuvan enemmistön normeihin ja yltävän samoihin odo-
tuksiin täysipainoisen kansalaisuuden tavoitteissa. (Granfelt 2000, 26, 31.) Marginaalijäsenet ovat epätasa-arvoisessa asemassa erilaisten vapauksien ja valintojen suhteen. Tämä näkyy marginalisoitumiseen alistumisena sekä vaikutusmahdollisuuksien ja kansalaisuuden heikkenemisenä. (Niiranen 2002, 63.) Marginaalijäsenet saattavat turvautua omaan sisäiseen kotiinsa, koska se sallii yksilöiden erilaiset ajatukset ja minuudet sekä suojaa yhteiskunnan hyökkäyksiltä (Granfelt 1998, 105). Yhteiskunnan toiminta saattaa ilmetä kuntoutujan sairautta suurempana elämän rajoittajana, jolloin marginaalijäsenien osaksi jää toimeen tuleminen stigmat ja torjunnan kanssa jokapäiväisessä elämässä. Monet jättäytyvät kokonaan oman sisäryhmän pariin, minkä johdosta suhteet ulkomaailmaan heikentyvät entisestään. (Hall & Cheston 2002, 34, 36.) Sosiaalista eristäytymistä lisää pienen sosiaalisen verkoston lisäksi yksin asuminen, epäsäännöllinen osallistuminen sosiaalisiin aktiviteetteihin ja yksinäisyys (Cornwell & Waite 2009, 31).

Yhteiskunnallisessa keskustelussa puhe marginaalijäsenistä ei ole vierasta, mutta siinä korostuu yleisemmin muiden kuin itse marginaalijäsenien ääni. Marginaali-tilassa olevien ja keskuksen väliset suhteet kuvastavat vallan jakoa sekä symbolisia, kulttuurisia ja

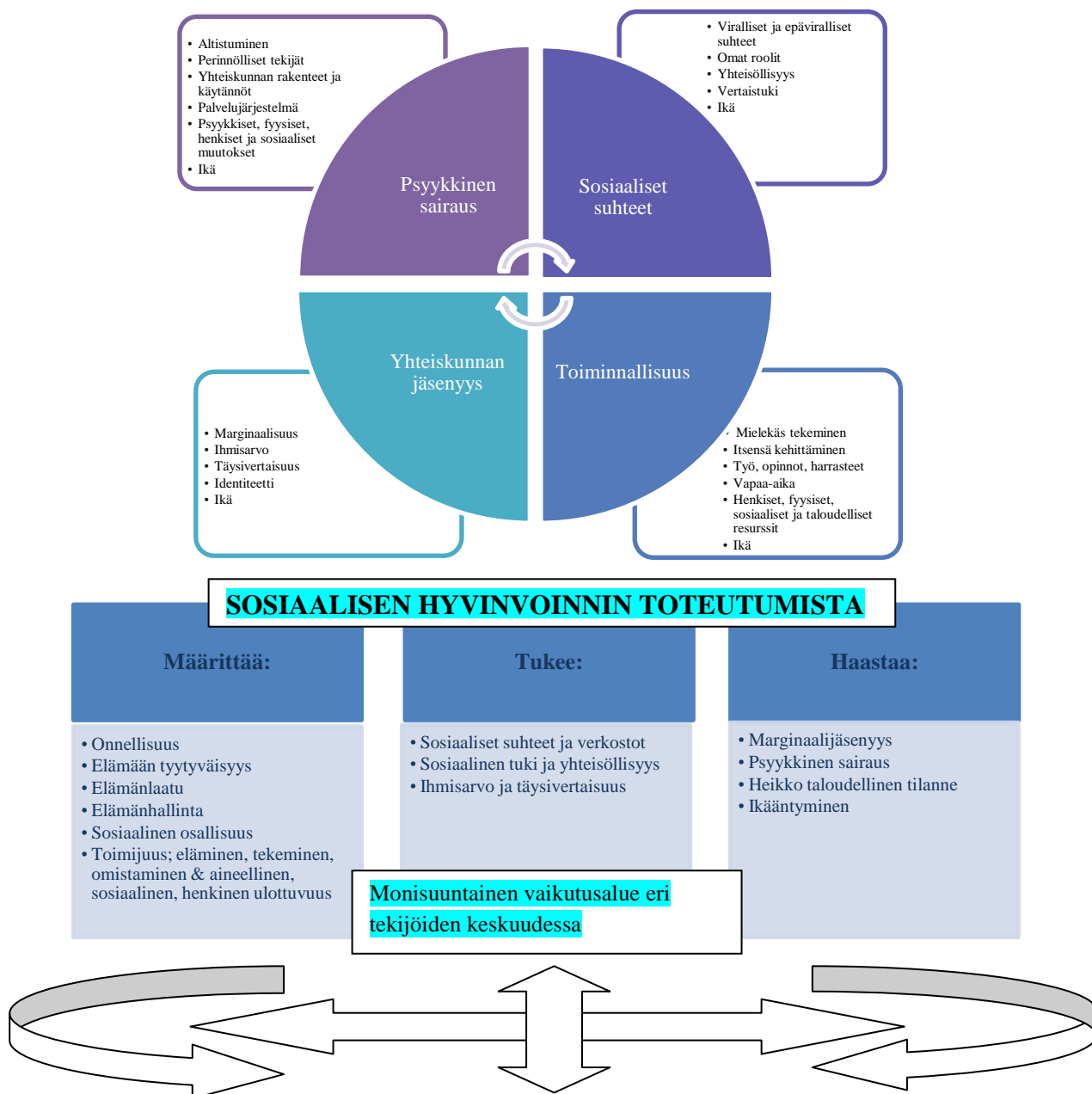
sosiaalisia tekijöitä. Marginaalijäsenet joutuvat usein itse vaikenemaan tai heidän viestinsä saattaa jäädä kuulematta. (Jokinen ym. 2004b, 9, 12.) Marginaalijäsenillä on paljon käyttämättömiä voimavaroja, mutta niiden esiin saamiseen tarvitaan yhteisiä ponnistuksia sekä heidän äänensä kuulumista ja kuulemista. Riippuvuuden synnyttämisen sijaan heidän vahvistamisessaan tarvitaan integroivaa, osallistuvaa ja osallistavaa työtä. (Juhila 2002, 15–17.) Marginaalijäsenien itse tuottama tieto tulee nähdä arvokkaana virallisen tiedon rinnalla, toisena tietona (Törrönen 2005, 21).

Marginaalijäsenien aseman parantaminen edellyttää parempaa ymmärrystä siitä, miten yhteiskunnan rakenteiden ja sosiokulttuurisen ilmapiirin vaikutukset heijastuvat heidän mahdollisuuksiinsa toimia yhteiskunnassa omien rajoitteidensa sallimissa rajoissa (Romakkaniemi 2010, 149). Haasteena ilmenee myös palvelujärjestelmän jäykkyys, joka ei huomioi asiakkaiden yksilöllisyyttä, vaan tuottaa kokemusta palveluiden ulkopuolelle jäämisestä (Laitinen 2008, 143). Tämä puolestaan heikentää kuntoutujan mahdollisuuksia päästä normaalien rakenteiden sisäpuolelle yhteiskunnassa (Hall & Cheston 2002, 42). Kuntoutumisen hidasteet saattavat löytyä niin kuntoutujan ajatuksista kuin yhteiskunnan rakennelmista. Kuntoutuessa ihmisen suhde ympäristöön muuttuu ja ympäristön asenteet voivat vahvistaa niin kuntoutujan osallisuutta kuin marginaalisuuttakin. (Romakkaniemi 2010, 143–144, 150.) Marginaalijäsenien aseman vahvistaminen edellyttää päättäjien panostusta monitieteisen yhteistyön lisäämiseen (Gormley & Quinn 2009, 259).

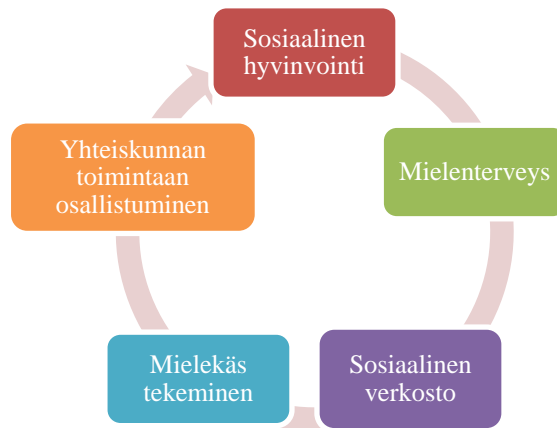
Tuomitsemisen sijaan valtakulttuurin tulee opetella sietämään erilaisuutta ja ymmärtämään marginaalijäsenien elämän moninaisia haasteita yhteiskunnassa (Raitakari 2004, 73). Myös heillä on oikeus tulla kuulluiksi ja nähdyiksi (Isojoki 2010, 12). Tämän tulee näkyä myös oikeutena poiketa perinteisistä ikään ja elämäntilanteeseen liittyvistä odotuksista, kuten opinto-, työ- ja perhetekijöiden suhteen (Pohjola 1994, 16, 53). Elämänmuutokset asettavat uusia ehtoja ihmisen toiminnalle, joista hän pyrkii selviytymään. Tämän vuoksi jokaisen elämä muotoutuu yksilölliseksi erilaisissa olosuhteissa, mistä seuraa elämäntilanteiden kirjavuus. (Järvikoski 1994, 25–26, 98.) Myös aikuinen saattaa olla jossain elämän vaiheessaan kyvytön huolehtimaan itsestään (Juhila 2008, 103).

5 TUTKIMUSASETELMA, EETTISET KYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Olen muokannut ja johtanut seuraavat sosiaalisen hyvinvoinnin rakentumista kuvaavat kuviot taustakirjallisuuden pohjalta. Kuviot havainnollistavat, kuinka monet eri tekijät kuntoutujan ympärillä voivat tukea, hankaloittaa tai estää sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumista. Ne osoittavat myös eri tekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen ja vastavuoroisuuden.



Kuvio 1: Psykkinen sairastuminen sekä kuntoutumisen haasteet ja osatekijät.



Kuvio 2: Sosiaalisen hyvinvoinnin toteutuminen.

Kuvio 1 kuvaa niitä tekijöitä, jotka voivat altistaa tai vaikuttaa yksilön psyykkiseen sairastumiseen ja siitä kuntoutumiseen yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan näkökulmista. Kuvio 2 esittää sosiaaliseen hyvinvoinnin toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Nämä kuvat toimivat lukijalle eräänlaisina oppaina siirryttäessä empiriaan.

5.1 Tutkimuskysymykset ja -tehtävät

Tutkielmani päätehtävänä on selvittää ja kuvata eri-ikäisten mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Tavoitteenaani on löytää vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. **Mistä mielenterveyskuntoutujien sosiaalinen hyvinvointi rakentuu?**
*Miten mielenterveyskuntoutajat määrittelevät/ kokevat sosiaalisen hyvinvoinnin?
Mitkä tukiverkostot, niin viralliset kuin epäviralliset, tukevat kuntoutumista?*
2. **Miten sosiaalinen hyvinvointi määrittyy/ merkityksellistyy eri-ikäisillä mielenterveyskuntoutujilla?**
3. **Miten mielenterveyskuntoutajat kokevat yhteiskunnan tukevan heidän ihmisarvoaan ja täysivertaista yhteiskunnan jäsenyyttään?**

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä huomio kohdistuu sosiaalisen hyvinvoinnin rakentumiseen ja sen osatekijöihin, kuten sosiaalisiin verkostoihin, sosiaaliseen tukeen, yhteisöllisyyteen ja täysivertaisuuteen sekä yksilön toimijuuden merkitykseen. Toinen tutkimuskysymys liittyy eri-ikäisten toteutuneeseen sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukseen. Lisäksi vertailen elämänkulun eri vaiheisiin liittyvien siirtymien, kuten koulunkäynnin, työskentelyn, avioitumisen, vanhemmuuden ja eläkkeelle siirtymisen, merkityksiä ja psyykkisen sairastumisen ajoittumisia. Kolmas tutkimuskysymys täydentää

edellisiä ja tarkastelee tutkimuskohteen marginaalijäsenyyden vaikutusta täysivertaisuuden toteutumiseen sekä erityisen tuen tarpeen ilmenemisen tarvetta.

5.2 Tutkimusasetelma ja metodologia

Tutkielmassani tutkittavien subjektiivinen asema piiryy valitsemieni käsitteiden ja tutkielman näkökulman sekä tutkimushenkilöiden äänen esiintulon kautta. Tutkimusasetelmani on edellyttänyt minulta tutkimuskohteeni avointa ja läpinäkyvää lähestymistä, mutta myös kykyä ottaa siihen tarvittaessa etäisyyttä. Tutkimusprosessini objektiivinen eteneminen käsitteistöstä johtopäätösten tekemiseen on ollut haastavaa. Se on edellyttänyt jatkuvaa itsetutkiskelua, objektiivisuuden etsimistä sekä omien toimintatapojen ja valintojen kyseenalaistamista. (Törrönen 2005, 33–35.) Tutkimuskohteeni lopullinen rajaus on ollut melko pitkä prosessi, jota on ohjannut mielenkiintoni tutkimuskohdetta kohtaan. Pitkä työkokemukseni on vahvistanut mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin tutkimisen tarvetta. Tavoitteenani ei ole löytää vain yhtä oikeaa vastausta tutkimuskysymyksilleni, koska sellaisia ei ole (Granfelt 1998, 16). Valitsemallani tutkimusmenetelmällä minun on ollut kuitenkin mahdollista saada relevantti tutkimusaineisto tutkimuskysymyksiini. Myös mielenterveyskuntoutujien suora lähestyminen tuntui luontevimmalta tutkimustavalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 12–13.)

Tavoitteenani on ollut saada mahdollisimman kattava kuvaus niistä tekijöistä, jotka ovat oleellisia mielenterveyskuntoutujan sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Näkökulmaani vaikuttaa myös sosiaalityön tehtävä, jonka tavoitteena on tuoda esiin vaikeiden asioiden kanssa kamppailevien ihmisten elämää, kokemuksia ja todellisuutta. Uuden tiedon myötä myös vallitseva ymmärrys marginaalijäsenien asemasta voi laajentua. (Kulmala 2006, 77.) Tavoitteenani on kuulla ja ymmärtää, mitä tutkimushenkilöt haluavat minulle jakaa omassa ympäristössään niin elämästään kuin sosiaalisen hyvinvoinnin kokemuksistaan (Forss & Vatula-Pimiä 2007, 234; Granfelt 1998, 7). Tutkimuksellinen otteeni lähenee hermeneuttis-fenomenologisuutta, joka tarkoittaa kokemusten tuottamien merkitysten tarkastelua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34). Kyseisen tutkimusotteen monimuotoisuus mahdollistaa tutkijalle useita tapoja toisten kokemusten tulkitsemiseen (Krok 2009, 34).

Suvi Krok (mt., 33–35, 37) selventää, että kokemuksen tutkimisella tavoitellaan toisen tapaa ymmärtää omaa elämää. Hän kyseenalaistaa toisen kokemuksen suoran tavoittamisen, koska tutkijan omat lähtökohdat heijastuvat tutkimuskohteeseen. Toisten koke-

muksien merkityksenantojen tavoittaminen voi mahdollistua, mikäli tutkija pystyy häivyttämään oman esiymmärryksensä vaikutukset. Tämä edellyttää irrottautumista itsensäenselvyyksistä ja valmiina olevista oletuksista. Krokin sanoin tutkijan tulee irrottautua omasta tutusta roolistaan ja käsityksistään, jotta hän voi siirtyä tutkimuskohdetta ihmettelevään asemaan. Myös Katriina Lopenen (2010, 42) painottaa hermeneuttis-fenomenologisuuden kokemuksellista näkökulmaa.

Ihmisten kokemat merkitykset voidaan liittää eri instituutioihin, sosiaalisiin suhteisiin, tapoihin ja tottumuksiin. Niiden merkitystaso voi vaihdella ja niihin voi liittyä erilaisia vaikutuksia ja seurauksia ihmisten elämässä. (Somerkivi 2000, 21.) Yhteisöjäsenyyteen liitetyt merkitykset, kuten arvot, normit sekä yhteiset ja jaetut kokemukset, vaikuttavat yksilön toimintaan ja siihen, miten hän elämänsä kokee. Merkityksenannot liittävät yhteisön jäsenet toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34.) Fenomenologinen tutkimus on kiinnostunut maailmasta sellaisena kuin se ihmisille näyttäytyy ja tarkastelee ihmisten havaintoja, uskomuksia ja kuvitelmia. Tutkimuskohteena on minä subjektiivisena kokijana ja kokemusten tulkkina. (Kostamo-Pääkkö 2001, 13.)

Omaan ihmiskäsitykseeni on vaikuttanut Rauhalan (2009, 96–97; 2005, 126) esittämä tulkinta ihmisestä tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden olemassaolojen muodostamana kokonaisuutena. Nämä eri ulottuvuudet ovat tasaveroisessa vuorovaikutuksessa keskenään toinen toisiinsa vaikuttaen ja toisiaan tarvitien, kuitenkin siten, etteivät ne ole redusoitavissa toisiinsa. (Mt.) Osaltaan nojaudun myös eksistentiaaliseen ihmiskäsitykseen, jolloin ymmärrän ihmisen sosiaalisena ja uniikkina mielellisenä olentona, joka on altis kulttuurin vaikutuksille. Ihminen todellistuu omana persoonana ja fyysisenä olentona, joka tarkastelee elämäänsä omista lähtökohdistaan. Elämä vaikuttaa ihmisen kohtaloon, mistä seuraa elämänkulkujen ennustamisen vaikeutuminen. (Väyrynen 2007, 50.) Oma mielenkiintoni kohdistuu tutkielmassa kahden eri ikäryhmän elämän siirtymien tarkasteluun sosiaalisen hyvinvoinnin kautta.

Elämäkulullisen ja ikään sidotun lähestymistavan avulla saan tietoa yksilön elämästä hänen kertomana ja kokemana, mutta myös elämänkulkujen moninaisuudesta (Kyngäs 2000, 15–16). Ihmisten sosiaalinen todellisuus välittyy parhaiten sanallisen vuorovaikutuksen kautta (Suoninen 2010, 29). Siinä painottuu yksilön ainutlaatuisuus, aktiivisuus ja kokonaisvaltaisuus. Ihminen nähdään aktiivisena toimijana, joka kykenee sopeutumaan, mutta myös muuttamaan sosiaalista maailmaansa. (Laitinen 2008, 62.) Toisaalta

sosiaalisen konstruktionismin mukaan objektiivisen tiedon saavuttaminen on mahdotonta, koska tieto on aina subjektiivista ja arvosidonnaista. Tämän vuoksi jokaisella ihmisellä tulee olla vapaus muodostaa oma tulkintansa. (Ojanen 2007, 21.)

5.3 Aineiston hankinta

Olen päätenyt kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimusmenetelmään, koska se luo määrällisiä tutkimusmenetelmiä paremmat edellytykset tutkimuskohteeni tulkinnalle (Räsänen 2005, 87). Yhteiskunnalliset ilmiöt ja käytännöt välittyvät ihmisten kautta ja ilmentävät heidän elämäntilanteidensa erilaisia merkityksiä ja vaikutuksia, jotka tulevat esiin tutkimushaastatteluissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28, 32). Tutkimustulokset rakentuvat tutkimushenkilöiden ehdoilla ja heidän jakamallaan tiedolla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 23). Samalla kun tutkimushenkilöt jakavat kokemuksiaan, he myös kuvaavat elämäänsä ja sen kulkua sekä sitä, miten he todellisuutensa kokevat (Kulmala 2006, 76).

Pidin tärkeänä, että haastattelen, litteroin ja analysoin itse tutkimusaineistoni. Ihmisten kasvot, äänet ja nimet ilmentävät omaa todellisuuttaan, eikä niitä voi tavoittaa muutoin kuin olemalla itse läsnä. Kahdenkeskiset tilanteet mahdollistavat hedelmällisen ympäristön mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin syvällisemmälle tarkastelulle. (Granfelt 1998, 23.) Ne tarjoavat myös tilaisuuden havainnoida tutkimushenkilön ilmeitä, eleitä ja liikkeitä sekä eri tilannetekijöiden vaikutuksia (Laine 2010, 31; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tutkijan ja tutkimushenkilön kahdenkeskisyys vahvistaa keskinäisen luottamuksen syntymistä ja osallistumishalukkuutta. Toisaalta tutkimushenkilön verbaalisen ja nonverbaalisen käytöksen välinen suhde saattaa ilmetä myös ristiriitaisena (Hirsjärvi & Hurme 2008, 119).

Ennen haastatteluita jaoin tutkimushenkilöille tutkielman taustamateriaalia (ks. Liite 1), minkä uskon helpottaneen haastatteluun valmistautumista. Haastattelurungon teemat muodostuivat tutkielman tarkoituksen, tehtävän ja tutkimuskysymysten sekä taustateorian pohjalta (ks. Liite 2). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 75.) Haastatteluiden etenemisen tueksi laadin myös teemoihin soveltuvia alakysymyksiä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66).

Päädyin teemahaastatteluun, koska se on joustava aineistonkeruumenetelmä ja mahdollistaa tutkimushenkilöiden äänen esille tulon. Avoin haastattelu olisi mielestäni jättänyt liian paljon tutkimushenkilön verbaalisuuden varaan. (Eskola & Vastamäki 2010, 28–

29.) Teemahaastattelu mahdollistaa myös teemojen vapaan esittämisjärjestyksen, toiston, oikaisun ja tarkistuksen, jotka toimivat oikein ymmärtämisen varmistajina (Eskola & Vastamäki 2010, 37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Kysymysten esiintymisjärjestys ja syvyys vaihtelivat haastatteluiden välillä tutkimushenkilön kerronnan sekä tilannetekijöiden mukaan. Tämän ansiosta teemojen vastaukset ovat monivivahteisia ja yksilöllisiä. Teemahaastattelut osoittivat myös, että niiden myötä on mahdollista yltää hyvinkin syvälliseen käsittelyyn. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34, 48.)

Haastatteluympäristö valikoitui tutkimushenkilöiden toiveiden mukaisesti, minkä lisäksi pyrin itse vaikuttamaan ympäristön viihtyvyyteen sekä varasin tarjolle nenäliinoja ja vettä (ks. 5.5). Tutkimushenkilöiden oma halu ja kyky yhteistyöhön olivat ratkaisevassa asemassa tiedon tuottamisessa (Eskola & Vastamäki 2010, 38). Muokkasimme yhdessä haastattelun kulkua. Tutkimushenkilöt kertoivat omista lähtökohdistaan, joille en voinut, enkä halunnut, asettaa omia ehtoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 200.) Haastatteluotteellani tavoittelin mahdollisimman tasaveroista suhdetta itseni ja tutkimushenkilöiden välille (Eskola & Vastamäki 2010, 37).

Toisinaan haastatteluiden aikana selvensin tutkimushenkilöille tiettyjen käsitteiden merkityksiä tutkielman näkökulmasta. Tällä tavoin pystyin varmistamaan, että he ymmärtävät heille esitetyt kysymykset oikein ja pystyvät vastaamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 77.) Pyrin myös muodostamaan haastatteluista mahdollisimman avoimia ja luonnollisia tilanteita. Esittämäni kysymykset olivat konkreettisia, kokemusperäisiä ja kuvailemaan ohjailevia. (Laine 2010, 37–38.) Haastatteluissa toimin keskustelun avaajana ja eteenpäin viejänä. Aloitin haastattelut helpoilla taustakysymyksillä, joiden myötä uskoin tutkimushenkilön rentoutuvan ja pystyimme siirtymään pääteemojen käsittelyyn.

Hedelmällisin haastattelutilanne muodostui selkeällä kielellä sekä yksinkertaisilla ja lyhyillä kysymyksillä, joita hienot termit eivät sekoittaneet tai hämmentäneet tutkimushenkilön ajatuksia. Tavoitteenani ei ollut tutkimushenkilön ahdistuminen, vaikka monet teemat liikkuivat hyvin sensitiivisillä alueilla. Tilanteen niin vaatiessa tukeuduin kevenyksiin tai siirryin seuraavaan teemaan. Tekemäni haastattelut osoittivat suoraan kysymisen tuottaman rikkauden, mutta myös eteenpäin jatkamisen vaateen vaikeiden asioiden äärellä. (Eskola & Vastamäki 2010, 32–33.)

Yleensä haastattelut toteutuivat keskustelumaisesti mukavassa ilmapiirissä, mutta joskus tiettyjen teemojen käsittely nostatti jännittyneisyyttä ja ahdistusta (ks. 5.7). Myös

tuen ja ohjauksen tarve vaihteli melko paljon tutkimushenkilöiden välillä. Alakysymykset olivat usein korvaamattomia, koska ne auttoivat tutkimushenkilöä ymmärtämään kysymyksen tarkoituksen ja löytämään siihen sopivan vastauksen. (Eskola & Vastamäki 2010, 32, 36.) Annoin tutkimushenkilöille sopivasti tilaa ja keskityin heidän kertomaansa. Tämä edellytti minulta kärsivällisyyttä, jotta en hiljaisuuden aikana ollut tarjoamassa heille valmiita vastauksia. (Granfelt 1998, 27.) Arvioni on, että roolini ja suhtautumistapani edistivät luottamuksellisen ilmapiirin muodostumista, mikä ilmeni tutkimushenkilöiden rentoutumisena ja avautumisena (Hirsjärvi & Hurme 2008, 68–69). Kaikki haastattelut toteutuivat kokonaisuudessaan ja vain muutaman kerran ilmaantui tarvetta tauolle. Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu oli antoisa ja se oli myös suuri resurssikysymys tutkielman toteutuksessa. Tutkielman aineiston kerääminen vei paljon aikaa ja rahaa, minkä lisäksi sen työstäminen oli hidasta.

5.4 Eettiset näkökohdat

Tutkielmani eettisten kysymysten huomioimisen tukena on toiminut kaikissa sen vaiheissa, suunnittelusta raportointiin, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (Tenk) määrittelmä hyvän tieteellisen käytännön sisällön periaatteista. Tutkimusluvan on myöntänyt Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry (ITUSPY), jonka luvalla myös haastattelut toteutuivat. Kukin yksittäinen tutkimushenkilö on antanut oman henkilökohtaisen suostumuksensa. Tutkielmani sijoittuu yhteiskunnan marginaaliin, jossa tutkimushenkilöitä yhdistää mielensairaus. Heidän haastattelemisensa edellytti jokaisen yksilöllistä kohtaamista ja uniikin tarinan kuuntelemista sekä valmiutta kohdata erilaisuutta. Yksilöllisyyden vaatimus kohdistui aineiston keruun yhteydessä tutkimushenkilöiden tarpeisiin ja kohtaamisen sensitiivisyyteen. (Tenk 2009, 2, 7; 2002, 3.)

Marginaaliryhmien parissa tutkimustyöhön kohdistuu vahvoja eettisiä kysymyksiä, joita tutkija ei voi ohittaa tuodessaan tutkittaviensa todellisuutta muiden näkyville (Pohjola 1994, 189). Törrönen (2005, 16, 25, 33) korostaa, että marginaaliryhmän tuottaman aineiston tulkinta edellyttää aina erityistä varovaisuutta. Hän kuvaa, että turistin asenteella tutkija voi huomioida aineistosta vain ne kohdat, jotka poikkeavat hänen omasta elämäntavastaan. Tällöin hän samalla alistaa toisen tiedon normaalin normiin. Toisen tiedon tuottaminen edellyttää tutkimuskohteen lähestymistä, heidän kokemustensa ymmärtämistä ja halua nähdä asioita heidän silmin, mutta myös kykyä palata takaisin omaan,

tutkijan, rooliin. Marginaalitutkimuksessa tutkijalle tarjoutuu mahdollisuus kyseenalaistaa vallitsevia käsityksiä tuomalla marginaalissa olevien kokemuksia, näkökulmia ja ääniä uutena tutkimustietona esille. Tutkielmassani marginaaliryhmän huomioiminen on näkynyt luontevana kohtaamisena, minkä pohjana toimi pitkä työkokemukseni tutkimuskohteen parissa.

Ennen haastatteluita toimitin informaatiota tutkielman taustoista ja tarkoituksesta niihin yksiköihin, joissa haastatteluiden oli määrä toteutua (ks. Liite 1). Kävin myös asukas- ja jäsenkokouksissa kertomassa tutkimuksestani. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Näillä toimilla varmistin, että tutkimushenkilöt olivat riittävän tietoisia tutkimusprosessista ja siitä, mihin olivat osallistumassa, jotta he uskaltautuivat antamaan myös kirjallisen suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta ja aineiston käyttämisestä tutkielmassani (ks. Liite 3) (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Jokaisen haastattelun aluksi kertosin osallistumiseen liittyviä seikkoja ja pyysin kaikilta suostumuksen haastatteluiden nauhoittamiseen (Eskola & Vastamäki 2010, 39).

Omalla roolillani olen halunnut tuoda esiin tutkimushenkilöitä kunnioittavan ja arvostavan lähestymistavan, minkä näen tutkimuksen teon perustaksi (Romakkaniemi 2010, 147). Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisten periaatteiden (Tenk 2009, 4–7; 2002, 2–3) mukaisesti pyrin kaikin tavoin kunnioittamaan koko tutkimusprosessin ajan tutkimushenkilöiden itsemääräämistä, välttämään heidän vahingoittamistaan sekä varmistamaan heidän vapaaehtoisuutensa, yksityisyytensä ja tietosuojansa toteutumisen. Tutkimushenkilöiden henkisten kärsimysten esiintymistä pyrin minimoimaan omalla suhtautumisellani ja asemoitumisellani, mutta myös sanavalinnoissani ja kirjoitustyyliissäni. Huomioin haastattelussa heidän vointiaan ja varmistin muutaman kerran tutkimushenkilön halukkuutta haastattelun loppuun saattamiseen. Henkilötietolain (523/1999) mukaisesti suojasin tutkimusaineiston säilyttämällä sen lukitussa paikassa, minkä lisäksi kunnioitan tutkimushenkilöiden osallisuutta myös tutkielman julkaisutavalla ja sitoutumalla hävittämään tutkimusaineiston tutkielman hyväksymisen jälkeen.

Haastattelun etenemisen ja kysymysten esittämisen tavoissa ilmeni vaihtelua. Toisille saatoin esittää hyvin suoria ja henkilökohtaisia kysymyksiä, kun taas joidenkin kohdalla se tuntui epäsopivalta. Koin kuitenkin, että sensitiivinen, aito ja avoin lähestyminen tuotti parhaimman annin. Se myös takasi, että tutkimushenkilö sai itse päättää, mitä hän oli minulle valmis jakamaan. Tehtävänäni oli kunnioittaa heidän tekemiään linjauksia,

olla läsnä, kuunnella ja kuulla sekä olla kiinnostunut kuulemaan. (Granfelt 1998, 39–41.) Koin olevani tutkijan roolissani yksi osa tutkielmani sosiaalista todellisuutta, koska olen vaikuttanut tutkielman kulkuun valitsemillani metodologialla ja käsitteillä sekä tulkinnoillani. Haastatteluiden aikana tein yhteenvetoja vastauksista varmistaakseni niiden oikean tulkinnan. Näin toimiessani olen halunnut edistää tutkimushenkilöiden ajatuksien esiin tuomista siten, kuin he ovat minulle ne haastatteluissa esittäneet. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 18.)

Minut voidaan nähdä myös tutkielmani eettisenä ongelmana, sillä sen yhtenä merkittävänä haasteena on ollut roolini niin tutkijana kuin työntekijänä (ks. 5.7). Tutkimushenkilöiden tunnistettavuuden estämiseksi olen kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, miten ITUSPY:n eri yksiköt tulevat esiin haastatteluiden yhteydessä. Osalle tutkimushenkilöistä olen entuudestaan tuttu henkilö työroolistani. Se on saattanut toimia haastattelua tukevana elementtinä, mutta toisaalta se on saattanut myös hankaloittaa heidän avautumistaan. Eettisenä haasteena on ollut myös toisen tiedon tuottamisen tapa; olen kiinnittänyt erityistä huomiota tutkimuskohteen määrittelyyn, näkökulmaan ja tutkittavien äänen esiin tuloon. Tämä on edellyttänyt harkintakykyä siinä, minkälaisia otteita olen haastatteluista hyödyntänyt tutkielmani tulososiossa. (Törrönen 2005, 33–35.)

Olen pohtinut myös omien ja haastatteluissa esiintyneiden tunteiden vaikutuksia toimintaani. Granfelt (1998, 28) näkee, että yhteinen vuorovaikutus mahdollistaa empatian esiintymisen, mutta tarjoaa samalla mahdollisuuden liikkua samastumisen ja erillisyyden rajalla. Hän kutsuu sitä "kosketuksi tulemiseksi". Uskon, että tämä kasvattaa tutkijaa kypsemmäksi ja avarakatseisemmaksi, mutta herkistää myös erilaisille tunnetiloille. Oman roolini tarkasteleminen sai minut pohtimaan toimintojeni seurauksia tutkimushenkilöille. Kulmalan (2006, 78, 82) mukaan myös tutkija voidaan määritellä marginaalisuuden voimistajaksi, koska hän on itse rajannut tutkimuksensa tutkimushenkilöt tiettyyn marginaaliryhmään kuuluviksi. Marginaalijäsenyyden todellisuutta on mahdollista tuoda esille osoittamalla yhteiskunnan osallisuus marginaalisuuden vahvistajana tai heikentäjänä. Granfeltin (1998, 21–22) toteamuksen mukaisesti olen pyrkinyt vahvistamaan marginaalissa elävien tutkittavieni osallisuutta ottamalla heidät tutkielmaan mukaan, mikä puolestaan on edistänyt heidän tuottaman tiedon siirtymistä valtakulttuurin tietoisuuteen.

Välillä tunsin myös hyödyntäväni tutkimushenkilöitäni, vaikka tarkoitukseni olivat hyvät. Tunsin, että tutkimushenkilöt jakavat elämänsä ja syvimmat tuntosensa minulle, jotka sitten kokoan tutkielmaani ja poistun taka-alalle. (Pohjola 1994, 44.) Kaikista näistä eettisistä ja tutkimuksellisista haasteista huolimatta olen pyrkinyt puolueettomaan toimintaan ja tarkastelemaan tekemiäni havaintojen totuudenmukaisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135). Olen pyrkinyt muodostamaan tutkimushenkilöiden tuottamasta tiedosta ymmärrettävää ja reflektoimaan sitä myös aikaisempaan tietoon (Laitinen 2008, 82). Tiedostan myös, että olen vastuussa tutkielmastani eettisyyden lisäksi myös moraalisesti. Mahdollisimman hyvän eettisen tason toteutumiseksi olen koko tutkimusprosessin ajan pyrkinyt kiinnittämään erityistä huomiota huolellisuuteen ja systemaattisuuteen tutkijan roolissani. Tutkielmani tulososiossa olen pyrkinyt perustelevaan tekemiäni johtopäätöksiä asiallisesti ja tuomaan eri näkökulmia avoimesti esille. (Tenk 2009, 7–11.) Tutkimushenkilöiden valintakriteereitä esittelen tutkimuksen toteutuksen yhteydessä luvussa viisi kohdassa 5.6 (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86).

5.5 Tutkimuksen toimintaympäristö

Tutkielma toteutui työnantajani, ITUSPY:n, toiminnan piirissä. ITUSPY edustaa kolmatta sektoria, jonka tarkoituksena on tukea avohoidossa olevien mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia (ITUSPY 2013). Tutkimushenkilöt valikoituivat yhdistyksen eri toimipisteistä. Osa haastatteluista toteutui ITUSPY:n yksiköissä, mutta muulla tavoin työnantajani tai sen eri toimipisteet eivät ole vaikuttaneet tutkimuksen toteutukseen. (Ks. Liite 4)

5.6 Tutkimusaineiston keruu

Sain tutkimusluvan syksyllä 2011. Helmi-maaliskuussa 2012 kävin tiedottamassa tutkielmastani ja sen eri vaiheista sekä jakamassa taustatietoa siitä ja ilmoittautumislomakkeita haastatteluihin osallistumista varten. Yleisen tiedotustilaisuuden järjestäminen tuntui mahdottomalta, jonka vuoksi esittelin tutkielmani taustaa jokaisessa yksikössä erikseen. Infotilaisuuksien lisäksi lähestyin potentiaalisia tutkimushenkilöitä konkreettisesti, kirjallisella taustamateriaalilla ja muiden työntekijöiden välityksellä. Tämän jäl-

keen jäin odottamaan, mihin suuntaan halukkaiden tutkimushenkilöiden iät suuntautuivat, minkä jälkeen tein lopulliset linjaukset.

Tutkimushenkilöiden valintakriteereinä olivat ITUSPY:n asiakkuus, iän sopivuus ja diagnosoitu psyykinen sairaus. En varmentanut diagnooseja, koska jo yhdistyksen piirissä olemisen toimi riittävänä vakuutena. En rajannut osallistumista myöskään tiettyyn diagnoosiin tai sairastumisen keston. Tästä johtuen tutkimushenkilöiden sairaushistorioissa on suurta vaihtelua. Tiedostan, että sairauden laatu saattaa vaikuttaa eri tavoin sosiaalisen hyvinvoinnin ilmenemiseen, mutta arvioin myös, että diagnoosien tarkistaminen olisi hankaloittanut suuresti tutkimusprosessin toteutusta ja luultavasti heikentänyt osallistumishalukkuutta. (Ks. Liite 5)

Ensisijainen tavoitteeni oli valikoida ITUSPY:n toimipisteistä 25–35-vuotiaiden ja 55–65-vuotiaiden ryhmiin lukeutuvia mielenterveyskuntoutujia. Odotukseni ohessa huomasin, etten voi rajata iäkiä liian tiukasti, mikäli ylipäättään haluan tutkimushenkilöitä. Tästä seurasi erityisesti nuoremman ikäryhmän ikäjakauman laajeneminen ja tutkielman näkökulman tarkentuminen. Uusiksi vertailuryhmiksi muodostuivat 21–39-vuotiaat ja 52–68-vuotiaat mielenterveyskuntoutujat. Nuorempaan ryhmään kuului seitsemän miestä ja viisi naista, yhteensä 12 henkilöä. Varttuneemmat tutkimushenkilöt koostuivat neljästä miehestä ja seitsemästä naisesta, yhteensä 11 henkilöstä. Tutkimushenkilöiden määrään vaikutti tutkimusaiheeni ja tavoitteeni vertailla kahden eri ikäryhmän ajatuksia keskenään. Haastattelut toteutuivat maaliskuuhun 2012 aikana. Vain muutaman henkilön kohdalla ne peruuntuivat kokonaan tai siirtyivät toiseen ajankohtaan. Yhden tutkimushenkilön haastattelu keskeytyi hänen ahdistuttua haastattelutilanteesta.

Iän tuoma haaste ei tullut minulle yllätyksenä, vaan osasin ennakoida sitä jo työkokemukseni pohjalta. Nuoremman ikäryhmän mukaan saaminen olisi ilmeisesti edellyttänyt uuden tutkimusluvan anomista HUS:ilta, joka olisi tarkoittanut koko prosessin venymistä ja laajenemista ITUSPY:n ulkopuolelle. Uskon myös, että tuntemattomien tutkimushenkilöiden saaminen HUS:in kautta olisi ollut hyvin vaikeaa. Nyt tuttuuteni ja työyhteisöni tuki edistivät haastatteluiden toteutumista. Pohdinnoista huolimatta olen lopputulokseen tyytyväinen ja koen niin eettisesti kuin moraalisesti tehneeni oikein korostamalla osallistujien vapaaehtoisuuden ja oman halun tärkeyttä. Uskon myös saaneeni näillä kriteereillä luotettavamman tutkimustuloksen, eikä minun tarvitse pohtia teennäisen vapaaehtoisuuden vaikutuksia tutkimushenkilöihin ja tutkimustuloksiin.

Nuoremman ikäryhmän ikäjakaumasta muodostui melko suuri, koska nuoremmat tutkimushenkilöt ilmoittautuivat vasta aineiston keruun loppupuolella. Mielenkiintoni johdatti ikäjakauman venymiseen ja aineiston lisääntymiseen. Halusin saada edes hieman vihiä nuorten ajatusmaailmoista ja kokemuksista. Ennakko-oletuksenani oli, että nuoremmat saattavat olla vielä vahvasti mukana työ- ja opiskeluelämässä, mikä tuottaa lisäväriä ja ihmissuhteita heidän elämäänsä. Ajattelin myös, että yli 50-vuotiaat saattavat herkemmin suuntautua kohti eläkeajattelua, mikä on niin sanottujen terveidenkin ihmisten parissa yleistä. Työ- ja opintomaailman taakse jäämistä seuraa usein sosiaalisen elämän kaventuminen. Usein iän myötä myös somaattiset vaivat lisääntyvät ja heikentävät osaltaan sosiaalisen hyvinvoinnin tasoa.

Osa nuoremmista kertoi empineensä osallistumisestaan negatiivisten ennakkoluulojensa vuoksi. Osa tutkimushenkilöistä kieltäytyi aluksi haastattelusta, mutta ilmoittautui siihen toisena päivänä. Osa osallistui spontaanisti tai jo toteutuneiden haastatteluiden innoittamana. Uuden ikäjakauman seurauksena tutkimushenkilöitä ilmaantui enemmän kuin mitä minun oli mahdollista haastatella. Koin huonoa oloa ja syyllisyyttä, koska jouduin torjumaan osan halukkaista osallistujista. Samalla tiedostin, ettei tutkielma saa paisua liian suureksi käytettävissä olleilla voimavaroilla.

Haastatteluiden lomassa aloitin myös tutkimusaineiston purkamisen (tarkemmin luvussa 5.8). Toukokuun 2012 loppuun mennessä olin suorittanut ja litteroinut kaikki haastattelut omiksi tiedostoikseen. Tämän jälkeen muokkasin vielä käsitteellistä taustoitusta ja 2012 heinäkuun puolessa välin aloitin tutkimusaineiston analyysin. Tämän jälkeen tutkimustyöhöni tuli lähes puolen vuoden tauko, koska suoritin pitkän käytännön harjoittelujakson syksyn 2012 aikana. Tutkielman pariin palasin vuodenvaihteessa 2013 ja jatkoin ikäryhmien keskinäistä vertailua tuloslukua varten.

5.7 Oman roolini tarkastelua

Kaksinaisroolini vuoksi päädyin tuottamaan haastatteluista pienen raportin, jotta pystyisin tarkastelemaan toimintaani mahdollisimman objektiivisesti. Jokaisen haastattelun yhteydessä pohdin, miten työroolini mahdollisesti vaikutti sen kulkuun ja tunnelmaan sekä eettisyyden toteutumiseen. Nämä raportit toimivat tutkimuspäiväkirjan lisäksi tärkeinä apuvälineinä tutkielman toteutuksessa. (Ks. Liite 6)

Esitetasin haastattelurungon ja struktuurin yhdellä minulle entuudestaan tutulla mielen-terveyskuntoutujalla. Koehaastattelu auttoi hahmottamaan haastattelun kestoa ja sitä, miten eri tutkimushenkilöiden tuen ja ohjauksen tarpeet saattavat vaihdella heille vieraassa tilanteessa. Lisäksi se antoi minulle varmuutta ja testasi haastattelutekniikkani sekä toi esiin nonverbaalisen vuorovaikutuksen merkitystä. Koehaastattelu osoitti myös, miten hyvin kykenin keskittymään yhteen haastatteluun ja kokoamaan sen. Koin eettiseksi velvoitteekseni, että jokaiselle tutkimushenkilölle tarjoutuu yhtä hyvät lähtöasetelmat, joista välittyy tutkijan kiinnostuneisuus ja kuulemisen taito sekä toiston minimointi. Tämän toteutuminen huolestutti minua hieman, koska tiesin, että minua odotti Loviisassa useampi haastattelu yhden päivän aikana käytännön järjestelyiden vuoksi. Porvoossa toteutettavien haastatteluiden organisointi järjestyi sitä vastoin helpommin. Epäkohtien minimoimiseksi varasin jokaiselle tutkimushenkilölle runsaasti aikaa. Lisäksi pyrin varmistamaan, että saan kaikilta vastaukset ainakin tärkeimpiin kysymyksiin.

Haastattelut toteutuivat Tellervokodissa, Menteraklubilla, Porvoon klubitalolla, Taipale-
talolla ja tukiasukkaan kotona. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 28 minuutista tuntiin ja 40 minuuttiin, kestäen keskimäärin 57 minuuttia. Muutaman tutkimushenkilön äidin-
kieli ei ollut sama kuin omani, minkä vuoksi tarvittaessa tulkkasin ruotsiksi yhteisen
ymmärryksen varmistamiseksi. Täytin struktuurin mahdollisimman pian jokaisen haas-
tattelun jälkeen, jotta niiden tunnelmat olisivat vielä hyvin muistissa. Kirjasin myös
yksikön, jossa haastattelu toteutui ja selvensin henkilön suhdetta haastatteluympäristöön
ja itseeni. Tutkimushenkilöistä yhdeksän oli minulle entuudestaan tuttuja ja 14 henkilöä
vieraampia. Kaikki olivat kuitenkin tietoisia työantajastani.

Nauhoitin haastattelut matkapuhelimella. Jo koehaastattelussa paljastui kokemattomuuteni
äänityksen parissa, jonka vuoksi ensimmäisissä haastatteluissa jännitin laitteen hal-
lintaa ja olin huolissani äänen laadusta taustahäiriöiden vuoksi. Alkukankeuden jälkeen
opin käyttämään sitä sujuvasti ja luottamaan sen toimivuuteen. Myöskään tutkimushen-
kilöt eivät kiinnittäneet siihen juuri huomiota haastattelun käynnistyttyä. Olin varannut
etukäteen eri yksiköihin "tutkimushuoneet" varmistaakseni haastatteluympäristön rau-
hallisuuden. Huoneen ulkopuoliset taustaäänät eivät yleensä olleet liian häiritseviä ja
yllätyin myöhemmin litteroidessani äänitteiden hyvää tasoa. Haastatteluympäristöjen
vaihtelevuus näkyi myös siinä, kuinka viihtyisä tai sovelias se oli kyseiseen tarkoituk-
seen. Tutkimushenkilöiden omat kodit osoittautuivat parhaimmiksi haastatteluypäris-

töiksi, koska niissä ääni- ja muut häiriöt olivat helppoa eliminoida. Oma koti toimi myös tutkimushenkilöä rauhoittavana tekijänä, jolloin hän pystyi paremmin keskittymään haastatteluun hänelle turvallisessa ympäristössä. Kodit viestittivät omaa sano-
maansa heidän elämästään ja sinne pääseminen vahvisti henkilön osallistumishalua.

Tutumpien tutkimushenkilöiden parissa yhteinen tausta ja tietämys henkilön elämänvaiheista tukivat haastattelun kulkua ja luottamuksen syntymistä. Lisäksi monet heistä olivat entuudestaan tietoisia opiskelustani, mikä helpotti kohtaamista. He saattoivat hämmennyä kysyessäni heiltä asioita, jotka jo tiesin. Tällöin painotin, että tutkijana tarvitsen tietyt asiat nauhalle. Haastattelut nostattivat esiin asioita, joita en olisi osannut ennakoida tutkimushenkilöstä työntekijänä. Yllätyin myös useamman kerran arkoina ja hiljaisina pitämieni tutkimushenkilöiden avoimuudesta, puhumisen tarpeesta ja herkkyydestä. Tämä osoitti, että henkilö saattaa avautua teemojen ohjaamana tavallista enemmän, kuin mihin olin työroolissani tottunut. Vieraampien tutkimushenkilöiden kanssa työroolini ei herättänyt vastaavaa hämmennystä. "Alalla" oleminen osoittautui vahvuudekseni. Suurin huoli tutkimushenkilöillä kohdistui ennemminkin heidän vastaustensa sisältöjen kel-
poisuuteen kuin minun kaksoisrooliini.

Sen sijaan olin itse toisinaan vaivautunut kaksoisroolistani. Rooliristiriita saattoi syntyä tilanteessa, jolloin kerrottu ja aikaisempi tietämykseni eivät sopineet yhteen. En silti juuri kokenut, että tutummat tutkimushenkilöt olisivat tietoisesti salanneet asioita minulta, vaikka joskus mielestäni jotain jäikin kertomatta. Koin silti vieraampien tutkimushenkilöiden haastattelemisen helpommaksi, koska olin vapaa aiemmasta tietämyksestä. Arvelen, että myös vieraampien saattoi olla helpompaa kertoa minulle kokemuk-
sistaan, koska minulla ei ollut vertailupohjaa heidän kertomalleen.

Toisinaan jouduin pohtimaan tutkijan roolini asettamia rajoja. Halusin pysytellä turval-
lisilla alueilla ja välttää terapeutin keskustelun piirteitä. Toisinaan pohdin, kuinka syvälle voin haastatteluissa edetä, jotta siitä ei koidu henkistä haittaa tutkimushenkilölle. Tutkimushenkilön epäröidessä vastauksensa suhteen, kannustin häntä vapaaseen vuorovaikutukseen ja rajaamaan itse, mitä kukin haluaa kertoa. Muutaman kerran tunnistin tutkimushenkilön ahdistuvan. Vaivautuneisuus saattoi näkyä monipuolisena elekielenä, pitkinä taukoina ja huokauksina, mutta yhtä lailla se saattoi olla merkki siitä, että tutkimushenkilö paneutui esittämäni kysymyksen pohdintaan. Joskus tutkimushenkilön viestintä saattoi olla vähäeleistä ja haastavaa, mutta toisaalta se oli minulle myös

näytön paikka rohkaista häntä ilmaisemaan itseään. Joskus tutkimushenkilö taas innostui selostamaan silmät loistaen, välillä taas synkempi tunnelma välittyi vaikeiden asioiden äärellä tutkimushenkilön herkistyessä silmin nähden. Toisinaan tunsin myötätuntoa tutkimushenkilön esiintyessä hyvin eristäytyneenä, yksinäisenä ja särkyneenä ihmisenä. Tunnistin oman roolini vallan myös siinä, miten kykenen tulkitsemaan aineistoani hienovaraisesti ja valikoiden. Samalla pohdin myös oikeutusta kysymyksilleni.

Osa ilmaisi haluttomuutensa joidenkin teemojen läpikäymiseen, mitä kunnioitin. Jotkut halusivat kertoa asioista, jotka eivät koskettaneet tutkimusaihetta, mutta vaikeuttivat heidän keskittymistään. Annoin heidän purkautua, mutta jätin kyseiset asiat tutkimusaineiston ulkopuolelle. Joskus taas tunsin, että minun olisi pitänyt tarttua tiettyyn asiaan, mutta en niin tehnyt, koska ne eivät liittyneet teemaan. Tarjouduin kuitenkin keskustelemaan asioista haastattelun jälkeen. Pyrin näin toimiessani erottamaan tutkijan ja työntekijän roolini, jotta ne eivät sekoittuisi keskenään. Lopuksi varmistin jokaisen tutkimushenkilön kohdalla, että hänelle jää hyvä olo haastattelusta poistuessaan. Pääosin he eivät ilmaisseet pahaa mieltä, eikä heille jäänyt kysyttävää. Moni totesi, että oli jo ehtinyt käsitellä tapahtumat itsensä kanssa ja koki, että asioista on vain hyvä puhua totta. Arvioin myös, ettei kukaan paljastanut mitään, mitä ei halunnut tai mihin ei ollut valmis, mitä vahvistaa myös saamani palaute.

Yleisesti haastattelut toteutuivat tutkimushenkilöiden mielestä jouhevasti avoimessa ja miellyttävässä ilmapiirissä. Myös kysymyksiä pidettiin asiallisina ja niihin oli helppo vastata. Moni oli jännityksestä huolimatta tyytyväinen osallistumiseensa ja itsensä voittamiseen. Monelle osallisuus tarjosi mahdollisuuden oman tarinan kertomiseen ja kokemukseen, että joku on kiinnostunut kuulemaan heitä. Moni toivoi myös oman osallisuuden tukevan tutkielman tavoitteiden toteutumista. Muutama koki haastattelun vaikeaksi, tunteikkaaksi ja pitkäksi. Mielenkiintoista oli seurata, miten hienosti moni oli työstänyt kuntoutumisensa eri vaiheita ja edennyt tavoitteissaan. Olin mielissäni myös rakentavasta kritiikistä, jota tutkimushenkilöt uskalsivat tuoda esiin. Kaksinaisroolistani huolimatta en missään vaiheessa kyseenalaistanut tutkimisen oikeutusta työkentälläni.

5.8 Tutkimusaineiston analyysin kuvaus

Nauhoitin ja litteroin kaikki 23 haastattelua omiksi tiedostoiksi. Litteroidessani kirjoitin jokaisen haastattelun sanasta sanaan sähköiseen muotoon. Litteroidussa tekstissä ilmenee kokonaisuudessaan tutkimushenkilön ja minun puheen etenemisen tapa, tauot ja muut analyysin kannalta tarpeelliset tekijät. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.) Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 536 sivua, eli keskimäärin reilut 23 sivua haastattelua kohden. Litterointi auttoi havaitsemaan niitä haastattelutekniikkani heikkouksia ja kehittämiskohteita, joihin minun tuli kiinnittää huomiota tulevien haastatteluiden yhteydessä. Aineiston työstäminen osoitti, kuinka hyödyllistä oli, että olin itse haastatellut ja työstänyt tutkimusaineistoni. Se mahdollisti myös haastattelutunnelmiin palaamisen ja kehitti minua haastattelijana. Niin haastattelut kuin litteroinnit käynnistivät prosessin, jonka aikana työstin aikaisempaa tietämystäni, kokemuksiani ja haastatteluissa kuulemaani. Nämä eri näkökulmat yhdistyivät uusiksi tulkinnoiksi, mikä edisti päätelmien ja uusien oivallusten rakentumista, mutta edellytti myös useita lukukertoja (Laine 2010, 40).

Tutkielmani analyysivaihe eteni hermeneuttiselle tutkimukselle ominaisella tavalla, mikä näkyy siinä, että aineiston luokittelun, analyysin ja tulkinnan toteutuksille on mahdollista määritellä tarkkoja rajoja. Toisaalta se ei ole mielestäni tarpeellistakaan, sillä laadullisessa tutkimuksessa analyysi alkaa usein jo aineiston hankinnan yhteydessä. Olen jo haastatteluiden aikana tehnyt tiettyjä havaintoja, jotka ovat kulkeutuneet myös analyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136.) Ymmärtävä lähestyminen soveltuu hyvin laadullisen aineiston analyysiin, minkä vuoksi myös oma lähestymistapani tavoittelee sitä (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Vaikka esiymmärrykseni ohjasi ajatuksiani jo ennen tutkimusprosessin alkua, halusin uskoa myös, että minulla on mahdollisuus oppia ymmärtämään tutkimushenkilöiden kokemuksia. Tutkimushenkilöiden ajatusten tulkitseminen edellytti jatkuvaa kriittisyyttä ja reflektointia, jotta pystyin vakuuttumaan tekemistäni johtopäätöksistä ilman esiymmärrykseni vaikutusta. En silti pystynyt täysin samaistumaan tutkimushenkilöiden kertomuksiin tai heidän esittämiin merkitysmaailmoihin, koska minulta puuttuu kokemus mielenterveyskuntoutujan roolista. Olen kuitenkin halunnut olla avoin ja valmis muokkaamaan käsityksiäni uuden tiedon myötä. (Laine 2010, 32–34; Moilanen & Räihä 2010, 52.)

Päädyin analysoimaan aineistoni teemoittelemalla (Eskola & Vastamäki 2010, 43). Aluksi rakensin kaksi tutkimusaineistoa ikäryhmien mukaisesti, jotta niiden keskinäinen vertaileminen mahdollistuisi. Seuraavaksi keräsin kummastakin aineistosta tutkimus-

henkilöiden vastaukset kaikille yhteisten teemojen alle. Teemat toimivat analyysini johdotähtinä ja niitä luokittelemalla jäsenisin tutkimuskohdettani sekä vertailin aineiston eri osia toisiinsa olennaisen esiin nostamiseksi. Tämän jälkeen tarkastelin niissä ilmeneviä ajatuksia ja kokosin tulkintoja. (Eskola & Vastamäki 2010, 43; Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Analyysissa mielenkiintoni ei ole kohdistunut vain yhteisiin tulkintoihin, vaan myös yksittäisten tutkimushenkilöiden yksilölliset ajatukset ovat tärkeitä (Laine 2010, 42).

Aineistoa pelkistämällä karsin siitä tutkimustehtävän kannalta epäolennaisen aineksen pois, mikä helpotti sen työstämistä. Analyysi eteni eräänlaisena spiraalina, jossa kietoutui yhteen aineisto, sen kuvaaminen, yhteyksien löytäminen ja koodaaminen sekä tulkitseminen. Aineistoa kuvaamalla olen halunnut esitellä tutkimushenkilöiden, tapahtumien ja kohteiden pääpiirteitä. Tulossiossa, ennen lopullisia johtopäätöksiäni, esittelen erikseen näiden kahden eri ikäryhmän haastatteluaineiston tuloksia, niiden yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 137, 144–145, 147, 149.) Tulosluvussa olen koonnut kunkin teeman aineiston sille soveltuvan tutkimuskysymyksen yhteyteen.

Tavoitteenani on mahdollisimman induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi, jota tuen käyttämällä haastatteluotteita tekemiäni tulkintojeni vahvistukseksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136). Haasteellista induktiivisessa analyysissa on sen varmistaminen, että analyysi todella tapahtuu tiedonantajien ehdoilla, jolloin tutkijan ennakkooajatukset ja -oletukset eivät saa heijastua siihen millään tavoin. Toisaalta analyysini ei täysin tavoita induktiivista otetta, koska jo valitsemani käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät heijastuvat analyysin toteutukseen. Toisaalta taas fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapani ohjaa minua esittelemään omia ennakkokäsityksiäni tutkimuskohteesta, pysymään tietoisena niiden olemassaolosta ja mahdollisista vaikutuksista analyysin toteutuksessa. Tällöin teoria saattaa tukea analyysin etenemistä, vaikkakaan ei suoraviivaisesti ole siihen yhteydessä. Tämän seurauksena analyysi tulee nähdä uusien näkökulmien luomisena, ei vanhan testaamisena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96.) Olen ratkaisu edellä mainitsemani ristiriidan siten, että olen lähtökohtaisesti kiinnostunut tutkimushenkilöiden ajatuksista, kokemuksista ja merkityksistä. Vasta tutkielman lopussa olen kiinnostunut siitä, kuinka tutkimushenkilöiden kertoma vastaa teoriaosuuden käsitteiden sisältöjä.

Analyysin teon suurimmaksi haasteeksi koin itseni etäännyttämisen työntekijästä tutkijaksi. Tämä on edellyttänyt omien ennakko-oletusteni tiedostamista, niiden esille nostamista, mutta myös taustalle siirtämistä. Tiedostan silti, että ne ovat saattaneet vaikuttaa tulkintoihini (Krok 2009, 58). Tavoitteenani on ollut tavoittaa inhimillisiä, subjektiivisia ja arvopitoisia tiedon lähteitä, jotka nojaavat tutkimushenkilöiden kokemuksiin ja merkityksenantoihin (Laitinen 2004, 56). Tästä johtuen saamiani tutkimustuloksia ei voida myöskään yleistää, eikä niistä voida tehdä systemaattisia päätelmiä aineiston rajallisuuden vuoksi (Räsänen 2005, 87). Sen sijaan tutkielman tehtävänä on helpottaa tutkittavan ilmiön ja sen eri merkityssuhteiden ymmärtämistä sekä kokonaisuuden näkemistä.

Olen jakanut tutkimushenkilöt iän mukaisesti nuorempiin (Ha) ja varttuneihin (Hb). Tutkimusaineistoissa Ha- ja Hb -koodien jälkeinen numero yksilöi kunkin tutkimushenkilön. Tutkimustulokset etenevät nuorempien ja varttuneiden kokemuksia vertailemalla. ITUSPY:n eri yksiköitä ja henkilöitä kuvaan tekstissä X:llä. Joiltakin osin olen myös muokannut lainauksia esimerkiksi poistamalla murteen puheesta. Lisäksi olen selkeyttänyt sitaattien luettavuutta poistamalla tarpeettomia ja usein toistuvia täytesanoja, kuten "että ja tota niin". Merkintä "." viittaa tutkimushenkilön puheessa ilmenneeseen taukoon ja merkintä "(...)" tarkoittaa, että olen katkaissut sitaatin ja jatkanut sitä toisesta kohdasta. Haastatteluissa esittämäni kysymykset ovat pääosin sanallisessa muodossa, muutamaa numeraalista kysymystä lukuun ottamatta.

6 SOSIAALINEN HYVINVOINTI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN ELÄMÄSSÄ

6.1 Tutkimushenkilöiden taustaa

Nuorempien kuntoutujien ryhmä muodostui 12:sta 21–39-vuotiaasta ja varttuneiden 11:sta 52–68-vuotiaasta kuntoutujasta. Nuorempien keskimääräinen ikä oli 32 vuotta ja varttuneiden 60 vuotta (Liite 5). Nuoremmat olivat sairastuneet keskimäärin 22-vuotiaana ja varttuneet 32-vuotiaana. Sairastumista kuvailtiin eri tavoin, sen kanssa selviytymisenä ja sille valikoitumisena. Nuorempien lapsuuden perheeseen oli kuulunut vanhemmat ja tavallisimmin yhdestä kahteen sisarusta. Varttuneista lähes puolet oli

kasvanut ydinperheessä vanhempien ja yhden tai useamman sisaren kanssa. Seitsemän kohdalla lapsuuden perhe oli ollut rikkonainen ja erilaisten murheiden koettelema, mihin oli sisältynyt vähävaraisuutta, sopimatonta käytöstä ja päihteitä. Muutama oli asunut uusperheessä, kasvatti- tai lastenkodissa. Niin nuoremmat kuin varttuneet olivat muuttaneet kotoa pois yleisimmin parikymppisinä ja he kaikki olivat asuneet jo useamman vuoden itsenäisesti tai tuetusti omissa asunnoissaan. Valtaosa nuoremmista oli syntyjään paikkakuntalaisia, mutta osa oli asunut useammalla paikkakunnalla eri puolella Suomea. Varttuneet olivat syntyjään eri puolilta Suomea ja myös he olivat asuneet usealla paikkakunnalla ja nuorempia laajemmalla alueella.

Kaikki nuoremmat olivat käyneet vähintään peruskoulun ja lähes kaikilla oli ammatillinen koulutus. Suurin osa varttuneista oli käynyt kansakoulun ja neljälle se oli jäänyt ainoaksi kouluksi. Työkokemusta nuoremmille oli kertynyt vaihtelevasti ja joiltakin se puuttui vielä kokonaan. Moni oli ollut jo yli kymmenen vuotta poissa työelämästä sairastumisen vuoksi. Varttuneiden työhistoriat vaihtelivat suuresti, mutta olivat yleisimmin pitkiä. Joillakin raskas työ oli jättänyt jälkensä fyysiseen kuntoon. Suurin osa oli jäänyt työelämästä pois sairas- tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen myötä.

Nuorempien tulot muodostuivat pääasiassa sairas- ja takuueläkkeestä sekä asumis- ja hoitotuesta. Vaikean taloudellisen tilanteen vuoksi he olivat tarvinneet vanhempiansa apua ja tehneet erilaisia valintoja, kuten vähentäneet terapeutin tapaamisia. Osa oli sopeutunut pieniin tuloihinsa ja jatkuvaan köyhyyteen. Osa ei ollut täysin tietoinen taloudellisesta tilanteestaan, koska se oli edunvalvojan hallinnassa. Myös sosiaalitoimen ja kuntoutujan välinen yhteistyö ilmeni vaikeaselkoisena. Varttuneiden tulot muodostuivat eläkkeestä ja osalla myös asumistuesta. Moni oli suhteellisen tyytyväinen siihen, mitä itsellä oli. Osa koki taloudellisen tilanteensa riittämättömäksi ja kuvaili sitä selviytymisen taistoksi. Osalla oli edunvalvoja, minkä he kokivat hyväksi asiaksi. Moni asetti terveydentilansa aineellisen tason edelle, mutta siitä huolimatta rahat eivät aina riittäneet edes perusterveydenhoitoon. Oma heikko taloudellinen ja fyysinen tilanne saattoi osoittaa palveluihin pääsyn esteeksi. Osa oli joutunut tukeutumaan läheisten apuun.

Suurin osa nuoremmista asui yksin yhdistyksen asumispalveluissa tai tukiasunnoissa ja osa oli itsenäisesti vuokralla. He olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä asuntoihinsa, yleisiin tiloihin ja ohjaajiin. Itsenäisen asumisen heikkoutena ilmeni yksinäisyyden lisääntyminen. Varttuneet asuivat eri tavoin vuokra- tai omistusasunnoissa. Osa asui itsenäisesti ja

osa sai tarpeen mukaan tukea ammattilaisilta sekä toisilta asukkailta asumispalveluissa. Suurin osa asui yksinään ja oli tyytyväisiä asumiseensa ahtaudesta huolimatta.

6.2 Sosiaalisen hyvinvoinnin tukipilarit

Kuntoutuspalvelut

ITUSPY:n ja HUS:in tarjoamat palvelut olivat tuttuja kaikille tutkimushenkilöille, mutta jälkimmäiset olivat vähentyneet kuntoutumisen myötä. Nuoremmilla nykyisten palveluiden käyttö painottui mielenterveyskuntoutujille suunnattuihin palveluihin, kuten sairaalan klotsapiinipoliklinikkaan (neurolepteihin kuuluvan lääkeaineen kontrollointikäynnit), psykiatriseen poliklinikkaan ja ITUSPY:n palveluihin. Usein aikaisempaa kokemusta löytyi kuntoutuskodista ja -poliklinikasta, toiminta- ja psykoterapiasta, erityis- huoltopiirin työtoiminnasta, seurakunnan toiminnoista, mielenterveyskuntoutujille suunnatusta valmentavasta ja kuntouttavasta opetuksesta ja Kelan kuntoutuskursseista. Varttuneet olivat käyttäneet pääasiassa mielenterveyskuntoutujille suunnattuja palveluita vaihdellen muutamasta useaan hoitotahoon. ITUSPY:n palveluiden lisäksi sairaala, kuntoutuskoti, kuntoutus- ja psykiatrian poliklinikka sekä toimintaterapia olivat lähes kaikille tuttuja. Kokemusta löytyi myös terveyskeskuksesta, Kelan kursseista, asumispalveluista ja yksityisistä hoitotahoista. Kuntoutumisen myötä hoitokontaktit olivat usein harventuneet ja muodostuneet lähinnä reseptien uusimiseksi.

"Mullakin oli terapeutti viis vuotta sitten, niin viime aikoina kohdattiin niinku kerran kolmessa kuukaudessa. .. Niin me oltiin sit niin monta vuotta oltu yhdessä, et ei niinkään puhuttu mun olotilasta. Meil oli samanikäisiä lapsenlapsia. (...) Niistä puhuttiin." (Hb9)

ITUSPY:n ja seurakunnan palvelut ilmenivät merkittävänä, koska niihin osallistumista ei ole rajattu iän mukaan yhtä tiukasti verrattaessa esimerkiksi HUS:in asiakkailleen asettamiin ikärajoihin. Kaikki eivät kuitenkaan olleet kiinnittyneitä päivätoimintaan, vaan saattoivat olla asumispalveluyksikön lisäksi perusterveydenhuollon, edunvalvonnan ja sosiaalitoimen tuen varassa.

Mielipiteet palvelujärjestelmän toimivuudesta jakaantuivat nuoremmilla kahtia. Osa koki ne toimiviksi ja riittäviksi. Negatiivinen arviointi kohdistui asiantuntijoihin, kuten sosiaalityöntekijöihin, hoitajiin, ohjaajiin ja lääkäreihin. Psykiatrian poliklinikka ja

ITUSPY:n palvelut sen sijaan saivat kiitosta. Kelan ja sosiaalitoimen koettiin toisinaan nöyryyttävän asiakasta.

"Sosiaalitoimisto niinku ärsyttää tietenkin, ku ne tonkii ihmisten kaiken maailman asioita ja sit sieltä ei saakaan mitään. Et ei tiedä kuin siihen voi luottaa. (...) Kauhee byrokratia ja samoten Kela, et joka ikistä liitettä myöten sanotaan, et puuttuu kuitenkin, et tulee bumerangina takas, etkä osaa täyttää niit." (Ha4)

Kelan ja kuntoutuksen välillä ilmeni ristiriitoja, koska työnteosta rangaistiin tukia supistamalla työn kuntouttava vaikutus unohtaen. Myös niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon lääkäreiden kanssa oli ilmennyt erimielisyyksiä ja huonoa kohtamista psyyketaustan vuoksi. Toisinaan kommunikoinnin vaikeus oli liittynyt heikkoon suomenkielen taitoon ja toisinaan kuntoutuja oli joutunut puolustamaan itseään apua saadakseen. Toisaalta osa totesi ymmärtävänsä kuntoutumisen myötä työntekijöiden toimineen hänen parhaakseen. Palvelukentällä ilmeni myös "luukuttamista", jolloin työnjako *"ei oo ihan toiminut aina täydellä teholla. (...) Yks antaa sen injektion ja sit siellä ei jutella sen enempää. Että mä voin täällä jutella sitten."* (Ha10)

Varttuneet kokivat palvelujärjestelmän yleisesti toimivaksi, mutta tunnustivat myös, että heidän tarpeensa olivat toisinaan jääneet kohtaamatta. Osa yhdisti palveluiden toimivuuden omaan aktiivisuuteensa. *"Et, sun täytyy rohkeasti vaatia näitä palveluita. Ja ottaa selvää, missä niitä on. (...) Eli toimivuus on hyvin luotettavasti siitä kiinni, et ite käy tökkimään näitä viranomaisia."* (Hb6) Myös osa varttuneista totesi, että *"On tullut kahnausta, mut ihmiset on pitänyt päänsä sen takia, että he ovat olleet oikeassa. Kyl sen nyt ymmärrän."* (Hb11) Yleisesti nuoremmat ja varttuneet kokivat, että ITUSPY:n palvelut täydensivät kunnan päivätoimintoja ja loivat uutta uskoa elämään sekä tarjosivat uusia, tärkeitä ja luontevampia vuorovaikutuksen mahdollistavia vertaisympäristöjä.

Kuntoutus oli kokonaisuudessaan toiminut nuoremmilla jouhevasti ja jatkuvuutta tuottaen. Joillakin katkonaisuus oli ollut hoitotahon kanssa yhteinen päätös ja siihen hetkeen sopiva ratkaisu. Muutama koki, että heidät oli irrotettu liian varhain hoidon piiristä. Yleisesti hoitotahoihin oltiin tyytyväisiä suljettua osastoa lukuun ottamatta.

"Mä en oo tavannu yhtään ihmistä, joka on sanonu, et se on mukava paikka. Ja se hoitotapa on klininen. Ne oli hirveen kovia. Mun mielestä niiden pitäis olla lempeitä. (...) Et pitäis mieltii hieman sitä ihmistasolla." (Ha2)

Vaikeinta kuntoutumisessa nuoremmilla olivat olleet tilanteet, jolloin yhteistyö ei ollut sujunut hoitotahon kanssa ja kuntoutuja oli jäänyt tukea vaille. Moni oli vaiennut, koska ei ollut uskaltanut jakaa asioita vanhemmilleen, minkä lisäksi ystävät olivat usealla olleet harvassa. Varttuneet kokivat pysyneensä palveluketjussa koko kuntoutumisensa ajan. Ainoat katkokset ilmenivät kotikunnan vaihdon yhteydessä.

Nuoremmista lähes kaikki olivat saaneet palautetta kuntoutumisestaan hoitotahoilta ja ITUSPY:n yksiköistä. Myönteinen palaute oli tuottanut onnistumisen kokemuksia ja vahvistanut itseluottamusta, kun taas negatiivinen palaute oli lamauttanut kuntoutumista. Noin puolet oli saanut sosiaalista tunnustusta ja palautetta omasta merkityksestään perheeltä, ystäviltä ja yhteisöiltä. Palaute oli merkityksellistä, koska se osoitti *"et joku välittää, et mä onnistun"* (Ha12) ja myös siksi, että *"siit saa vähän semmosta niinku hyväksyntää yhteiskunnasta tai yhteisössään"* (Ha7). Moni varttunut oli saanut palautetta kuntoutumisestaan läheisiltä, ystäviltä ja virallisilta tahoilta. Palaute kannusti, antoi voimaa ja hyvää mieltä. *"Tuli sanomaan mulle, et sul on aika suuri merkitys täs yhteisös. (...) Sehän kannustaa aika lailla."* (Hb9) Neljäsosa totesi kuitenkin, ettei ollut saanut palautetta, minkä vuoksi saatettiin kokea, että *"en minä mikään tärkeä ole"* (Hb2).

Nuoremmat luottivat kohtaamiinsa työntekijöihin ja viranomaisiin. Huonot kokemukset liittyivät yleensä yhteen paikkaan. Epävirallisissa verkostoissa äiti oli usein tärkein luottohenkilö, jonka lisäksi muut sukulaiset ja läheiset, työntekijät ja Jumala ilmenivät merkityksellisinä. Enemmistö luotti ajoittain itseensä, omiin mahdollisuuksiinsa pärjätä ja parempaan tulevaisuuteen, mutta myös sairauden vaihe vaikutti itsevarmuuden tasoon.

"Jos mul on maaninen vaihe, niin mä oon niinku hirmu itsevarma. Mä luotan itteeni enemmän ku depiksessä ollessani. Sit mä vetäydyn enemmän ja vältän kaikkee mun kotiin." (Ha4)

Varttuneista lähes kaikki luottivat viranomaisiin, vaikkakin sairastumisen yhteydessä yleinen luottamus muita kohtaan oli horjunut. Suurin luottamus kohdistui lähiomaisiin, työntekijöihin ja vertaisiin. Muutama haki toivoa uskosta. Itsetunnon koheneminen oli edistänyt itseluottamusta, mutta luottamus taloudelliseen pärjäämiseen ilmeni heikkona.

"No, mä oon oppinut tähän ikään mennessä, että pitää vaan etusijalla luottaa vain itseensä ja mahdollisuuksiinsa kuntoutua ja pärjätä elämässä. Elämällä on semmonen kantava voima." (Hb3)

Suurin osa nuoremmista koki ottavansa vastuuta kuntoutumisestaan, mutta osa halusi jakaa sitä myös työntekijöille. *"En mä oikein yksin pysty täysin kuntoutumaan, ilman*

tukipalveluita" (Ha1). Tärkeää kuntoutumisessa oli mennä muiden pariin. Suurin osa varttuneista koki ottavansa itse vastuuta kuntoutumisestaan, mutta halusi jakaa sitä myös muille. Nuoremmat sitoutuivat pääsääntöisesti paremmin yhdessä kuin itsenäisesti tehtyihin sopimuksiin. Osa piti tärkeänä, että sai itse määritellä yhteistyökumppaninsa ja toimia pääroolissa, sillä *"se ahdistuksen määrä vähenee, mitä enemmän ohjaa itse ja ratkoo niitä asioita"* (Ha4). Toisaalta myös yhdessä laadittu sopimus edisti sen toteuttamista. Varttuneista moni tarvitsi toisten ohjausta ja kannustusta päätöksen teossa. Toisaalta moni koki sitoutuvansa parhaiten itse määrittelemäänsä sopimukseen. *"Kyllä mä katson, että mä ite olen se luotettavin neuvottelukumppani ja sopimuskumppani"* (Hb6).

Tuki

Nuoremmat kokivat yleisesti saaneensa apua, mutta välttivät avun pyytämistä, koska *"se on noloa"* (Ha3) tai koska *"vanhempien kanssa ja kaikkien kanssa on se, että ne ei ymmärrä, että mulla on tää sairaus"* (Ha10). Osa koki kuitenkin jääneensä ilman riittävää tukea auttajien vähäisyyden vuoksi. Tuen tarve kohdistui useimmiten kodinhoitoon, virallisiin asioihin, muistutteluun ja keskusteluun. Suurin osa koki selviytyvänsä arkias-kareista, mutta saattoi tarvita tukea esimerkiksi siivouksen aloittamiseen. Oma mielenkiinto ja mielentila määrittivät pitkälti sitä, mikä milloinkin tuntuu hyvältä.

"Jos vaan saan ittestäin kiinni, ni osaan, et se ei oo siitä kiinni, mut se on niinku, aloitekyvyttömäksi tunnen itteni. (...) Saattaa olla pitkään, et mä niinku jätän niitä, et sairaus vaikuttaa siihen vaan." (Ha4)

Suurin osa varttuneista selvisi arjen askareista itsenäisesti, mutta sai tarvitessaan melko hyvin apua kodinhoitoon, hygieniaan, lääkehoitoon, asiointiin, talouteen ja kulkemiseen. Tärkeiksi koettiin myös läsnäolo, yhdessä tekeminen ja vuorovaikutus. Fyysisen kunnon heikkeneminen hankaloitti monen elämää. *"Kyllä se aika vaikeeta on kyllä loppujen lopuksi, niinku pankkiasiat ja kaikkee tommosii juttui ku ei ite pysty käymään. (...) Mä en kato pärjää yksin."* (Hb1)

Tuen vastaanottaminen oli nuoremmilla ollut vaikeinta sairastumisen alussa, mutta nostatti edelleen ristiriitaisia tunteita, kuten vaivautuneisuutta, kapinaa ja toisten kuormittamista, mutta herätti yhä enemmän myös kiitollisuuden ja hyvän olon tunnetta.

"Se on helpottavaa osaltaan.. Sit tuntuu, et oonko mä ollu semmonen taakka toiselle, mut ehkä vähemmän kun tajuaa, et terveet ihmiset kestää enemmän. (...) Jos yhtä hauraalle juttelen, se on vähän eri asia, ku just mielummin puhuu semmoselle vahvalle ihmiselle sit." (Ha4)

Nuoremmat ottivat apua vastaan mieluummin läheisiltä kuin virallisilta tahoilta. Suurin osa oli saanut sopivasti apua, osa liikaa ja osa totesi avun olleen riittämätöntä tai väärin ajoitettua. Usein hoitotahojen apu koettiin liian vähäiseksi ja omien vanhempien apu jopa tukahduttavaksi. Kuntoutumisen kannalta tärkeimpiä tuen lähteitä olivat psykiatrisen poliklinikan ja ITUSPY:n työntekijät, vanhemmat ja puoliso. Avun antaja määrittyi usein tilanteen mukaan, mutta yleisimmin he kääntyivät äidin tai työntekijöiden puoleen. Sairauteen liittyvät asiat kohdistettiin työntekijöille. Läheisiltä ja toisinaan myös työntekijöiltä pyydettiin apua kotiaskareisiin ja taloudelliseen tilanteeseen. Usein tuen arvo ja merkitys jakaantuivat eri tahoille muodostaen kokonaisuuden, minkä vuoksi niitä oli mahdotonta asettaa tärkeysjärjestykseen.

"Siinä on monta pilarii. Et siinä on niinku perhe. (...) Mut sit siel on X ja sit on psykologi ehdottomasti. Riippuu niinku mistä, mikä on problema, ni sen mukaan sitten. Et jos on käytännön juttu niin vanhempien kautta ja sisaren kautta ja sit tämmösii arkoi asioita ja muita asioita, mitä painaa, ni X:n ohjaajan kans esimerkiksi." (Ha4)

Varttuneilla tuen vastaan ottaminen oli vaatinut totuttelua, mutta tuottanut myös hyvää mieltä ja kiitollisuutta tuen antajaa kohtaan. Moni oli saanut sopivasti tukea, mutta lähes kolmasosa totesi jääneensä vaille riittävää ymmärrystä. Apua ei haluttu pyytää kaikilta, minkä vuoksi pyrittiin pärjäämään mahdollisimman itsenäisesti. Tuen vähäisyys saattoi johtua myös siitä *"etten oo osannut itse pyytää tai puhua omista asioistani"* (Hb3). Kuntoutumisen kannalta tärkeimmät tuen lähteet vaihtelivat vertaisesta, puolisoista, sisaruksesta, lapsesta ja ystävästä ITUSPY:n työntekijään sekä Jumalaan. Myös sukulais- ja naapuriapu mainittiin. Tilanneyhteys vaikutti varttuneilla siihen, kenen puoleen he kääntyivät. Yleensä sairaudesta haluttiin keskustella virallisen tahon kanssa, koska läheisen saattoi olla vaikeaa ymmärtää heitä. Toisaalta työntekijätkään eivät aina soveltuneet, koska *"ammattiauttajat eivät välttämättä ymmärrä sillä tavalla. (...) Tietää niinku tietoasioista, mut ei sitten niinku vertaistukena pysty auttamaan."* (Hb3)

Tuen vastavuoroisuus vaihteli osalla nuoremmista elämän ja sairastumisen mukaan. Suurin osa koki erityisesti vertaisten parissa niin antavansa kuin myös saavansa tukea, mikä mahdollisti tunteen omasta hyödyllisyydestä ja arvokkuudesta. *"Se on ihan hyvä, et saa sitä tukea ja jos sitä itekin pystyy antaa jollekin, ni se on tosi tärkeä juttu, koska muutkin ihmiset hyötyy siitä"* (Ha7). Muutama nuorempi koki toisten tukemisen vaikeaksi ja siksi oman roolin mitättömäksi. Tärkeää oli kuitenkin tiedostaa oman ja työntekijän roolien rajat. Moni varttunut koki ja osa toivoi, että oli pystynyt antamaan tukea

toisille. Yleisesti läheiset ihmissuhteet koettiin vastavuoroisiksi, jolloin tuen saaminen ja antaminen toteutuivat automaattisesti. Toiset saatettiin nähdä itseä heikompina, minkä vuoksi heitä tuli auttaa. Kuntoutuminen ilmeni auttamisen ja sovitun toteutumisenä.

"Et tälleen ku tää mun mielentila on suht koht tasanen ollut jo pidemmän aikaa niin, se ei oo ainakaan siitä kiinni, et mä pystyn luottaan itseeni ja pystyn luottaan siihen, jos mä jonkun ihmisen kanssa sovin tai teen jotakin, niin, niin se on varmalla pohjalla siinä" (Hb6).

Niin nuoremmilla kuin varttuneilla ilmeni yhteisiä tekijöitä tuen yhteydessä, joskin varttuneet olivat usein nuorempia tyytyväisempiä. Tuen pyytäminen ja vastaanottaminen oli ollut monelle haaste, mutta kuntoutumisen myötä avun pyytäminen ja kohdistaminen tarpeen mukaisesti oli helpottunut. Useimmat pystyivät vastavuoroiseen tukeen, mutta myös yksisuuntainen auttaminen oli arvokasta niin itselle kuin tuen kohteelle.

Kuntoutumisen eteneminen

Omien voimavarojen harjaannuttaminen oli auttanut nuorempia rajaamaan omia toimia. Osa ei tiedostanut vielä rajojaan, minkä vuoksi avun vastaan ottaminen oli tärkeää, mutta toisaalta oli uskallettava jatkaa luottavaisesti eteenpäin. Voimaa eteenpäin menemiseen he saivat perheeltä, ystäviltä, ammattilaisilta, harrastuksista, uskonnosta, lemmikistä ja normaalista arjesta. *"Ammatti-ihmiselle minä käänny. (...) Niille tulee sitten soitettua ja puhuttua sitä, miltä tosiaan tuntuu. Ei tartte kaunistella, ku ne tietää mun sairauden."* (Ha4) Merkityksellisiä tekijöitä kuntoutumisessa olivat olleet sairaalahoito, lääkkeet, terapia, päivätoiminta, läheiset, ystävät ja työntekijät. Varttuneista lähes kaikki kokivat tiedostavansa omien voimavarojensa riittävyden ja luottivat itseensä. *"Mulla on semmonen niin ku oman elämän hallinta nytten"* (Hb5). He saivat lisävoimia kuntoutumiseensa muilta ihmisiltä, eli ystäviltä, vertaisilta ja yhteisöiltä, mutta myös onnistumisista, terveellisistä elämäntavoista, lemmikeistä ja uskonnosta. Eniten kuntoutumista olivat tukeneet sopivat lääkkeet, hoitokäynnit, ymmärrys ja positiivinen elämänasenne.

Uusiin asioihin nuoremmat suhtautuivat yleensä joko myönteisesti ja mielenkiinnolla tai hieman varovaisesti ja vastustellen. *"No, mähän pelkään, et mä ensin vähän vastustan, et ne tutut ja turvalliset luo sen turvan, mut sit huomaakin, että ei se ollutkaan niin paha"* (Ha4). Toisaalta muutokset koettiin pääsääntöisesti hankalina, vaikka epävarmuuden ja keskeneräisyyden sietäminen olivat lisääntyneet monilla. Sopeutumiseen vaikuttivat tilannetekijät sekä oma persoona ja vointi. Erityisesti uusien ihmisten kohtaamiseen ja matkustamiseen sisältyi jännitystä. Muutokset eivät näyttäneet välttämättä

huonoina asioina, vaan *"et muutokset on hyvä asia, mut en ehkä sopeudu niin hyvin, että. .. Jos vähänkin tulee ongelmia, ni mä oon sitte henkisesti heti kyräillen."* (Ha10) Varttuneet suhtautuivat uusiin asioihin yleisesti myönteisesti, mutta varauksellisesti. *"Kyllä mä mielestäni aika avoin olen kaikelle uudelle"* (Hb5). Noin puolella muutokset vaativat totuttelua ja usein ikääntymisen koettiin hankaloittaneen sopeutumista. Osa sieti keskeneräisyyttä hyvin ja osalla se aiheutti ärtymystä. *"En mä muutoksiin rupee"* (Hb8).

Kuntoutuminen ilmeni nuoremmilla uusien suhteiden ja ympäristöjen sekä vastavuoroisuuden ja paremman olotilan muodostumisena. *"Ainakin mä oon sosiaalisempi, mul enemmän niin sanottua elämäkokemusta ja sit mä oon kuullu erilaisia selviytymistari-noita ja niit ku sit ottaa ittelleen"* (Ha8). Osa koki, että heihin luotettiin aikaisempaa enemmän ja myös oma vastuunotto ja elämäntilanteen hallinta olivat vahvistuneet. Kuntoutuminen oli tutustuttanut omaan sairauteen ja auttanut hyväksymään sen sekä vähentänyt siihen liittyntä häpeän tunnetta itsetuntoa kohottaen. Samalla elämänlaatu sekä asioihin ja toisiin suhtautuminen olivat parantuneet. Varttuneiden kuntoutuminen näkyi elämänlaadun kohenemisena, uusien ystävyys-suhteiden rakentumisena ja kanssakäymisen helpottumisena. Monella vointi, usko, itseluottamus ja asumisen taso olivat vahvistuneet sekä elämänsisältö oli rikastunut ja taloudellinen tilanne parantunut. *"Olen tutustunut ihmisiin paremmin ja tullut itseluottamusta ja tullut aktiivisemmaksi ihan joka alueella. Sitten se, et elän terveemmin."* (Hb3) Ammattilaisten koettiin tehneen voitavansa, minkä vuoksi *"se on minun vastuullani taas sitten se, että miten mä tästä kuntoudun"* (Hb5).

Kuntoutuminen ilmeni kaikilla parempana elämän hallintana ja laatuna. Sosiaaliset verkostot ja harrasteet tukivat kuntoutumisen etenemistä. Varttuneet olivat nuorempia muutosmyönteisempiä ja heillä uskonnon merkitys korostui nuorempia yleisemmin.

Yhteisöjen merkitys

Lähes kaikki nuoremmat kuuluivat yhteen tai useampaan yhteisöön ITUSPY:n, harrasteiden ja seurakunnan piirissä. Yhteisöt toivat vaihtelua ja mielekkyyttä arkeen sekä mahdollistivat sosiaalisten verkostojen vahvistamisen myös vapaa-ajalle. Monelle yhteisö oli kuin toinen koti, jota ilman olisi hukassa. Mielenterveyskuntoutujien yhteisöissä syntyi vahvempaa yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden tunnetta muihin verrattuina.

"Siellä seurakunnassa tuntee ittensä hieman jotenki ulkopuoliseksi. Et kuulunks tänne paikkaan, et ku mulla on mielenterveys-ongelmia, vaik ei sen pitäis siihen mitenkään liittyä." (Ha9)

Varttuneet kuuluivat yhteen tai useampaan yhteisöön, mutta usein yksi niistä ilmeni muita tärkeämpänä, kuten ITUSPY:n yksiköt ja seurakunta. Vertaisryhmät olivat tärkeitä, koska *"siellä on niitä samassa tilanteessa ku minä itsekin. (...) Samanarvoisia ollaan sitten siinä lähtöviivalla."* (Hb1) Yhteisöjäsenyys saattoi olla ohimenevä vaihe tai syventyä ja jäädä pysyväksi ympäristöksi. *"Mä kuulun tänne. (...) Vaikka mä en välttämättä mielestäni oo enää niin paljon sairas, että mun tarttis siinä mielessä tulla tänne. (...) Täällä on hyvä olla."* (Hb5) Yhteisö tarjosi sosiaalista tukea, samanhenkisyyttä, iloa ja sisältöä elämään kunkin tarpeiden mukaan, mutta ylettyi myös vapaa-aikaan. Jäsenyys voimisti yhteenkuuluvuuden tunnetta ja heikensi sosiaalisten tilanteiden jännittämistä.

Kaikki nuoremmat oli otettu hyvin vastaan eri yhteisöissä. *"Ihan ku olis tullu kotiin, et nyt mua ymmärretään, et nyt on jotain tärkeätä tässä"* (Ha4). Myös heidän poissaolonsa oli huomattu "reachaamalla" ja saadun avun laajuus oli yllättänyt heidät. Myös varttuneet olivat saaneet hyvän vastaanoton ennako-oletuksistaan huolimatta. Toisista yhteisöjäsenistä oli tullut lähes kaikille tärkeitä ihmisiä ja yhteisöstä työpaikka, joka loi säännöllisyyttä ja tekemistä arkeen. Se oli ympäristö, missä voi kokea elämisen vapautta ja saada rohkeutta omana itsenä olemiseen. Niin nuoremmat kuin varttuneet kokivat olonsa pääosin turvalliseksi yhteisöissään, sillä uhkatekijöihin oli reagoitu ajoissa.

Nuoremmat odottivat pääsääntöisesti saavansa yhteisön jäseniltä ja työntekijöiltä tukea sitä tarvitessaan. *"Kaikki tukee kaikkii, et pääsee parempaan kuntoon, et pääsee työelämään takas ja muuta"* (Ha7). Useimmat kokivat, että jo muiden läsnäolo ja seura auttoivat, mikäli jokin painoi mieltä. Usein apua uskallettiin pyytää, vaikkakaan sen pyytämisen tai vastaan ottaminen ei aina ollut helppoa. Usein asiayhteys ratkaisi sen, keneltä apua haluttiin kysyä. Myös suurin osa varttuneista uskoi saavansa yhteisöltään tukea sitä tarvitessaan. He nojautuivat niin työntekijöiden kuin vertaisten puoleen eri asioissa. Lähes kaikki uskalsivat pyytää apua muilta yhteisössään, mutta osalla se oli edellyttänyt harjoittelemista. Vertaistuki ilmeni oman panoksen rinnalla vastavuoroisena, tervetulleena, voimaannuttavana ja kuntouttavana. *"Kaveruutta ja.. ollaan semmonen iso perhe, että minäkin tiedän, että kuulun siihen. (...) Tukikohta, mihkä voi turvautua."* (Hb5)

Lähes kaikki nuoremmat kokivat asemansa vahvaksi ja osalle oli muodostunut omia tehtäviä tai rooleja, kuten ilmapiirin keventäjä, myötäkokija tai vierailija. Osa hyödynsi osaamistaan. *"No, päätehtävä mullahan on, et mä vähän pidän niinku, et nää koneet pyörii täällä, että. Ja kyllä mä sit yritän myös pitää yllä semmosta hyvää fiilistä."* (Ha8)

Toisilla tehtävät ja roolit vaihtelivat tilanteen ja mielenkiinnon mukaan, mutta luottamustehtävät hoidettiin kunniallisesti. Luottamus toisiin ja yhteisöön ilmeni tärkeänä. Luotettavien jäsenien verkosto yhteisössä vaihteli runsaasti muutamasta pariinkymmeneen. Myös moni varttunut koki olevansa osa "*vakiokalustoa. Kaikki tietää minut nimeltä.*" (Hb9) Oman roolin pohtiminen ilmeni vaikeasti määriteltävänä. Osa oli mieltynyt keittiötehtäviin ja seurusteluun, mutta monen roolit vaihtelivat tilanteen, oman mielenkiinnon ja jäsenyyden keston mukaan. Joillakin osallisuus oli supistunut fyysisen kunnan heikennettyä. Varttuneille oli tärkeää, että heidän ympärillään oli luotettavia ihmisiä ja että yhteisössä vallitsi yleinen luottamus sekä rehellisyys myös itseä kohtaan. Luotettavien ihmisten määrä yhteisöissä vaihteli muutamasta useaan.

Nuoremmat painottivat päätöksenteossa yhteisön etua ja enemmistön toiveen toteutumista, koska "*jos se vaikuttais vain muhun, ni sit se yhteisö ei kokis sitä niin niinku hyvänä. Yhteisö ei hyötyis siitä mitään.*" (Ha7) Myös varttuneet kannattivat yhteisön edun toteutumista. "*Jos yhteisön etu tapahtuu, niin silloin tapahtuu myöskin mun oma etu*" (Hb6). Tilanteesta riippuen osa puolusti omaa tahtoaan ja osa nöyrtyi muiden päätöksiin. Kaikki nuoremmat kokivat yhteisöjäsenyyden vaikuttavan myönteisesti heidän hyvinvointiinsa. Yhteisön kautta oli mahdollista saada uusia ystäviä, vertaistukea ja mielekästä tekemistä ilman sairauskeskeisyyttä. Yhteisö tuki päivärytmin ylläpitoa ja tarjosi paikan, jossa saa olla "*just semmonen, ku mä itte oon*" (Ha8). Pelkkä tietoisuus muiden läsnäolosta auttoi jaksamaan. Yhteisö ilmeni myös yksilön pelastuksena. "*Et kyl tää sairaus pistää vakavaksi ja se vaatii sen yhteisöllisyyden. Kaikki ymmärtää, et me tarvitaan toisiamme.*" (Ha10) Myös varttuneet näkivät yhteisöjäsenyyden tukevan kokonaisvaltaisesti ja voimaannuttavasti heidän hyvinvointiaan. Yhteisö tuotti elämänsäältä, hyvää oloa, hyväksyntää sekä mahdollisuuden vuorovaikutukseen ja hyödyllisyyden kokemukseen. "*Totta kai se vaikuttaa, että saa olla hyödyksi. Ettei tartte tuntea itteänsä, et nytten mää oon joku hylkiö.*" (Hb5)

Yhteisön lisäksi oman asuinympäristön viihtyvyydellä oli merkitystä. Enemmistö nuoremmista viihtyi asuinympäristössään ja koki sen turvalliseksi, mutta vältti pimeällä yksin liikkumista. Varttuneet kokivat samoin asuinympäristönsä pääosin turvalliseksi ja hyväksi paikaksi asua. Oma heikko fyysinen kunto saattoi kuitenkin edellyttää toisen henkilön apua kotoa poistumisessa. Osa nuoremmista seurasi lähiympäristön tapahtumia median ja "puskaradion" välityksellä ja osa ei ollut kiinnostunut koko asiasta. "*Lehtii luen ja sit sitä saa kavereilta kuulla aina kaikki tapahtumat. (...) Sit sosiaalinen media*

on aika paljon, mikä avaa kaupungin tapahtumia." (Ha7) Varttuneista valtaosa oli kiinnostunut, mitä lähiympäristössä tapahtuu lehtien, radion ja muun median välityksellä.

Kaikilla tutkimushenkilöillä nousi yksi yhteisö ylitse muiden. Yhteisöjen merkitys ilmeni mielekkäänä tekemisenä, vertaistukena, sosiaalisina suhteina ja turvallisena omien rajojen kokeilemisena. Lisäksi niiden koettiin edistävän hyvinvointia. Nuoremmat olivat rohkeimpia tarttumaan omiin rooleihin yhteisöissä, mutta kokivat enemmän pelkoa asuinympäristössään kun taas varttuneiden huoli kohdistui fyysiseen kuntoon.

Sosiaalisuus

Valtaosa nuoremmista piti itseään sosiaalisena ja osa koki kehittyneensä sosiaalisesti. Toisaalta he saattoivat kokea itsensä sosiaalisiksi omassa tukiympäristössään, mutta eivät enää ulkomaailmassa. Oma tausta saattoi vaikuttaa siten, että

"Sit ku tutustuu uusiin ihmisiin, ni tulee sellanen muuri. (...) Ku tiedostaa vaan, ettei voi kaikista asioista puhua. On hirveen vaikeaa tutustua toiseen ihmiseen, ku semmoseen, et tietää, et toinen on kokenut samanlaista, eikä ihmettele." (Ha9)

Suurin osa nuoremmista oli kiinnostuneita muista ihmisistä, mutta ei kokenut kiinnostusta molemminpuoliseksi. *"Vähän semmonen kuva, ettei kukaan ole kiinnostunut"* (Ha1). Oma kiinnostuneisuus ilmeni rohkeana tutustumisena ja lähestymisenä erityisesti vertaisten parissa. Suurin osa varttuneista koki olevansa sosiaalisia. Osa totesi selviytvänsä sosiaalisista tilanteista elämällä sovussa. Enemmistö oli kiinnostunut muista ihmisistä ja uskoi tai toivoi muiden olevan hänestä kiinnostuneita. Kiinnostuneisuus ilmeni kuulumisten kyselemisenä ja välittämisenä, mikä kohotti itsetuntoa. *"Et jos sun kanssaihminen osoittaa mielenkiintoa sun puheisiin tai sun tekemisiin, niin useimmiten aiheuttaa sulle tiettyä mielihyvää"* (Hb6). Osa rajasi kiinnostuneisuuden yhteisön sisälle. *"No, täällä ainakin seuraa on ja ovat kiinnostuneita. Muuten ei kyllä yleensä, muut yhteiskunnan ihmiset sillai."* (Hb3)

Muiden seurassa nuorempien tunnetila vaihteli toisten tuttuudesta ja tilanteesta riippuen ahdistuneen, jännittyneen ja rennon välillä. Moni koki olevansa oma itsensä muiden lähellä, mutta turvallisinta se oli läheisten ja tuttujen keskuudessa. *"Se mun ongelma onkin, ku kaikkien kaa ei pysty ole"* (Ha11). Vaikeissa tilanteissa omaa oireilua peiteltiin ja luonnollisen olotilan muodostaminen koettiin usein hankalaksi. *"Ei oikein tiedä, mitä uskaltaa sanoa, ettei ne kato jotenki kieroön mua"* (Ha1). Myös lääkkeiden koettiin

muuttaneen omaa persoonaa, mikä näkyi sosiaalisen aktiivisuuden heikkenemisenä. Omissa yhteisöissä olotila yleensä helpottui ja joukkoon pääsemisestä iloittiin, mutta tilanne muuttui usein päinvastaiseksi, mikäli joukossa oli paljon "terveitä". Varttuneet kokivat olonsa vieraiden seurassa usein jännittyneeksi, ahdistavaksi tai epämiellyttäväksi, mutta tutummassa seurassa luonnolliseksi ja levolliseksi. "*Tutussa porukassa pystyn oleo rento*" (Hb10). Ryhmätoiminta oli osalle haasteellista, mutta osa koki ne mielenkiintoisiksi tilanteiksi, joihin liittyi oman paikan etsiminen. Yli puolet koki olevansa oma itsensä muiden läheisyydessä, mutta usein siihen vaikutti myös tilanne ja muiden tuttuus. Vuorovaikutus hankaloitui, mikäli joukkoon liittyi paljon psyykkisesti terveitä tai äänekkästä puheensorinaa. Moni oli jo harjaantunut toimimaan vieraiden parissa.

Suurin osa nuoremmista uskalsi sanoa mielipiteensä ja vaikuttaa siten omiin asioihin. Toisaalta osalla siihen liittyi myös jännite, jota karsastettiin tai päädyttiin mukailemaan toisia. Noin puolet koki voivansa näyttää tunteitaan ainakin läheisille, mutta joskus vihan ja surun näyttämistä vältettiin ja vaiettiin mieluummin. "*Joskus oon yrittänyt enemmänkin. (...) Et peittää sitä surua, niitä surullisia asioita ja ahdistuneisuutta, et oon reippaampi ku mitä oonkaan.*" (Ha4) Osalla tilanne saneli sen, miten he pystyivät näyttämään tunteitaan. Myös valtaosa varttuneista totesi kertovansa mielipiteensä melko usein tai sitä kysyttäessä, mutta ihmisjoukossa oma mielipide saattoi jäädä sanomatta. "*Ja sitten tietysti ku on paljon ihmisiä ja kovasti mielipiteitä, ni sit mä mielummin kuuntelen niitä muita*" (Hb6). Heille vihan, surun ja rakkauden osoittaminen oli melko helppoa, mutta osa pyrki pysyttelemään neutraalina ja kätkemään tunteensa.

Kaikki nuoremmat mainitsivat ainakin yhden ihmisen, johon olivat sosiaalisesti sitoutuneita ja jonka uskoivat pysyvän rinnallaan elämän läpi. Usein tämä ilmeni myös riippuvaisuutena. Yleisemmin omat vanhemmat, erityisesti äiti, mainittiin tärkeimpinä ihmisinä. Osalle yksinäisyys oli yleinen olotila, jota saatettiin kokea vaikka ympärillä olisi paljon läheisiä. "*Joskus yksin kaiken keskellä*" (Ha8). Myös sairauden vaihe heijastui olotilaan. "*Et masentunu, tuntuu et on jossain kuvussa yksin, vaikkei olekaan ku on ne tukipilarit*" (Ha4). Osalla lähiverkosto oli heikko, minkä vuoksi uskonnosta haettiin voimaa. Suurin osa varttuneista nimesi yhden henkilön, jonka uskoi pysyvän vierellään elämän tapahtumista huolimatta. Tärkeimpinä henkilöinä ilmenivät oma lapsi, puoliso, vertainen tai ohjaaja. Yli puolet totesi olevansa riippuvainen jostakusta. Yksinäisyys oli tuttua lähes kaikille. Sitä oli yritetty poistaa omalla aktiivisuudella ja uskonnon avulla.

Sosiaalisuus ilmeni kummallakin ikäryhmällä omassa ympäristössä vahvempana ja luonnollisempana, mutta vieraiden parissa epävarmempana. Kaikki olivat kiinnostuneita muista, mutta arvelivat usein itsensä vähemmän kiinnostavaksi. Varttuneille tunteiden osoittaminen oli nuorempia helpompaa. Suurin osa tutkimushenkilöistä tiedosti sairauden vaikuttavan sosiaalisuuden ilmenemisessä ja haasteellisuudessa.

6.3 Iän vaikutukset sosiaalisen hyvinvoinnin rakentumisessa

Tutkimushenkilöt selittivät sairastumisestaan eri tavoin. Aina syytä ei löytynyt. Osalla nuoremista sairastumiseen liittyi jokin merkittävä elämäntapahtuma kuten haasteet opinnoissa tai töissä, päihteet ja parisuhdeongelmat. Myös suhde vanhempiin oli saattanut olla rikkonainen ja osalle sairaus oli vain puhjennut.

"Mä olin täysin syrjäytynyt kaikesta. Niin sanotusti vaeltelin ympäri kaupunkia. Pääsin sit vanhemmista irti. Se oli kauheeta se olo vanhempien luona ku olin sairas oikein. Tuntu, et seinät kaatuu päälle. Mä eristäydyin vaan sinne huoneeseen, enkä uskaltanut lähteä pois sieltä. Se oli kyllä hirveetä aikaa. Sit tuli se sairaala-aika, se oli kyllä täysi pelastus." (Ha1)

Varttuneista osa oli sairastunut yllättäen keskellä työ- ja perhe-elämää ja osa liitti siihen jonkin stressaavan elämänvaiheen haasteineen, kuten avioeron, onnettomuuden tai arjen vaikeudet. Olotilaa kuvattiin seuraavanlaisesti *"ei jaksanut kiinnittää mihinkään huomiota, sitä oli semmonen. .. Toisten vedettävä ja nakeltava."* (Hb5)

Sosiaalisen elämän muutokset

Nuoremmat kokivat mielensairauden näkyvän yleisimmin syrjäytyneisyytenä, neurootisuutena, traumoina, sosiaalisuuden vaihteluina, paniikkikohtauksina ja ahdistuneisuutena. Sairastumisen seurauksena muiden parissa toimimisesta ja oman sairauden hyväksymisestä oli muodostunut yksi elämän suurimmista haasteista.

"Ehkä sillee ku sairastu, ni tuli aremmaksi. .. Hävetti sillo aluksi ku ei voinut ymmärtää, et on sairastunut, ei halunnut ymmärtää ja kielti sen. (...) Et mä niinku häpesin sitä. Ja viimiseen asti en voinu luopuu siitä. Mut sillo ku mä olin huonossa kunnossa, ni ne väheni ne suhteet, koska mä olin niin paljon kotona sen depiksen aikana. Eikä sinne tullut ku yks ystävä mua tapaamaan ja pyytään lenkille. .. Sit tuli uusii." (Ha4)

Sairastuminen heijastui myös perheen toimintaan. Vanhemmat olivat usein joutuneet etsimään uutta rooliaan ja työskentelemään suuresti lapsensa sairauden hyväksymiseksi. Läheiset olivat toimineet yksilön epänormaaliuden määrittäjinä. Ajan myötä käsitykset

mielensairaudesta olivat yleisesti muuttuneet, minkä seurauksena nuorempia oli huomioitu aikaisempaa enemmän. Vastaavasti myös nuoremmat kaipasivat enemmän hyväksyntää ja huomiota. Osalla käsitys itsestä, erilaisuudesta ja ihmisarvosta oli muuttunut.

"Elämäkatsomus on täysin muuttunu ihan. Suhteisiin muihin ihmisiin, että miten mä niinku kohtaan. Et sillo mä olin ehkä semmonen, et jos mä pidin jotain outona, ni se oli ihan hirveetä. Nykyään, jos mä pidän ihmistä outona, ni se on hyvä puoli." (Ha8)

Varttuneista mielen sairastuminen ilmeni ihmissuhteiden kuormittumisena, hankaloitumisena ja vähenemisenä sekä hylätyksi tulemisena. Oman käyttäytymisen hahmottaminen oli edellyttänyt sairauden oireiden hyväksyntää. Sairastuminen oli usein heijastunut negatiivisesti kykyyn miellyttää toista ihmistä ja uuden parisuhteen rakentamiseen. *"Mä ymmärrän ihan täysin nyt kun mä olen toipunut. (...) Että ku ihminen on siinä tilassa, kun minäkin olin, semmosen ihmisen kanssa on vaikeeta tulla toimeen."* (Hb6) Osalla ihmissuhteet eivät olleet muuttuneet mitenkään. Osalla sairastumiseen liittyvät tapahtumat estivät lähentymästä aikaisempia ystäviä. Osalla sairastuminen oli mahdollistanut irtautumisen epäsosiaalisista ihmissuhteista ja tavoista. Sairastuminen näkyi myös asuin-, opiskelu- ja työyhteisöjen menetyksinä. Ihmissuhteiden hoitaminen oli osalla vaikeutunut ikääntymisen lisäksi heikentyneen liikuntakyvyn, taloudellisen tilanteen ja kulkuyhteyksien johdosta. Monella oli aikaisempaa enemmän ystäviä, mutta poismenon seurauksena vähemmän sukulaissuhteita.

"Mua rajoittaa niin paljon se ku johonkin reissuunki lähtee ni, ni mä en pääse ku mun jalka sanoo, että nytten stoppi. Vaikee on päästä bussiin ja sitten ku nääkin tekee jotain reissuja niinku muutama vuosi sitten mä pystyin vielä tekemään, mutten enää." (Hb1)

Moni nuorempi koki, että hänen ihmissuhteensa olivat muuttuneet laadukkaimmiksi ja vastavuoroisimmiksi. *"Et sillo ku mä sairastuin. (...) Mä otin, otin ja otin. Ei musta ollut antamaan. Ja sitten ku vointi meni eteenpäin, alko tulemaan sellasta vastavuorosta."* (Ha2) Ystäviä oli usein aikaisempaa enemmän ja niitä oli karttunut eri yhteisöistä. Niin vertaisten kuin "terveiden" ystävien tuki ilmeni tärkeinä ja toisiaan täydentävinä.

"Nää on vähän eri ku vertaa klubikavereita toisiin kavereihin, koska klubikavereissa silleen, et se on se vertaistuki niinku. Et ei niitä voi oikein verrata, mut vähän erilaisii kavereita, mut yhtä tärkeitä on." (Ha11)

Yhteisöihin liitettiin paljon lämpimiä ajatuksia ja osa kutsui niitä toiseksi perheeseen tai kodikseen. Eri tahojen merkityksellisyys ilmeni vuorovaikutuksessa. Ystäville ja

seurustelukumppanille jaettiin eri asioita kuin vanhemmille. Myös työntekijöistä oli muodostunut tärkeitä luottohenkilöitä, joiden kanssa moni pystyi purkamaan sisintään.

"Täällä on aika paljon niinku noi työntekijäihmiset auttanut. .. Palaamaan arkirutiineihin. (...) Et tääl on löytänyt semmosen, et pystyy jotain ihmisten kaa toimimaan, pystyy tekemään niit askareita, mitä niinku on." (Ha7)

Nuorempien sosiaalinen kuntoutuminen näkyi lisääntyneenä itsevarmuutena, luontevampana yhdessä olona ja mielekkäänä tekemisenä. Haasteina ilmenivät kuitenkin edelleen yksinäisyys, syrjäytyneisyys, tekemisen puute ja sosiaalisten tilanteiden pelkotilat sekä epäonnistumisten voittaminen. Mielenterveyskuntoutujan leima hankaloitti "terveiden" kohtaamista, minkä vuoksi vertaisten parissa viihdyttiin paremmin.

"No, vois se olla vähän parempi kyl silleen. Pystyis nähä just jotain kavereita ja olla silleen luonnollisempi, eikä stressaa ja panikoida ja. (...) Mut tääl niinku ku puhuu noit kaikkien kaa, ni ei tarvii niinku jännittää, ku kaikki tietää ja kaikilla on samat. Sen takia tää onkin just silleen tosi tärkeä. Nyt mä en osaa mun omien kavereiden tai siis vanhojen kavereitten kaa, ku niit nään selvinpäin, sit mä oon ihan paniikissa." (Ha11)

Moni varttunut koki edistyneensä melko hyvin sosiaalisessa kuntoutumisessaan. Osa totesi, että ikääntymisen ja elämäkokemuksen myötä yhteisöissä ja muiden parissa toimiminen sekä sosiaalisten suhteiden rakentaminen olivat helpottuneet.

"Melkein vois sanoa niin, et on tullut ihmisiä enemmän. Et siin oli hetki semmosta hiukka ankeeta aikaa ku mä tiedostin kykyni vajaavaiseksi ja mä olin huonommassa kunnossa. (...) Sen takia mä koitin suorastaan välttämään ihmisiä, joka on nyt taas kääntynyt jokseenkin päinvastoin. Mä haakeudun ihmisten seuraan. Mulla on tekemistä, mielekästä tekemistä, ja tuun ihmisten kaa toimeen. Ja osaan olla yksinkin omassa seurassa, siinäkään ei ole ongelmia kun mä saan tietyin väliajoin tulla tänne." (Hb6)

Yhteisöjä kuvailtiin heidän pelastajiksi ja paikoiksi, joissa he saavat kokea välittämistä ja arvostusta. *"Siellä on mun se sosiaalinen yhteisö. Sinne on niin tervetullut aina ja se on mun toinen koti." (Hb10)* Mielekäs toiminta kuntoutti ja sitä kaivattiin lisää muiden seuran ohella. Usein elämän koetinkivenä ilmenivät ihmissuhdemuutokset, joiden lisäksi myös vääryyttä ja huomiotta jäämistä oli koettu. *"Mua on kohdeltu syrjättynä. .. Mulle ei koskaan oo paljon puhuttu, että ei mulla oo koskaan ollut ihmissuhteita." (Hb8)*

Sairastuminen ilmeni yleisesti sosiaalisten taitojen ja tilanteiden hallinnan vaikeutumisenä niin tutussa kuin vieraassa ympäristössä. Uusissa vertaisympäristöissä oli luontevampaa rakentaa uusia ja laadukkaita ihmissuhteita. Sosiaalinen toimintakyky oli monella kohonnut alkuajoista, mutta ilmeni usein edelleen haasteellisena. Varttuneilla

ikäntymisen oireet taloudellisen tilanteen lisäksi rajoittivat heidän osallistumismahdollisuuksiinsa, kun taas nuoremmilla suurimpana haasteena ja esteenä ilmeni epävarmuus.

Nykyiset sosiaaliset suhteet

Suurin osa nuoremmista laski vanhempansa ja usein myös sisaruksensa perheeseen, vaikka he eivät enää asuneet yhdessä. Usein suhde äitiin tai isään ilmeni vahvempana. Välimatkan pidentyessä suhteet olivat usein etäänntyneet ja muokkaantuneet, mutta silti läheisiin pyrittiin pitämään yhteyttä eri tavoin ja toivottiin yhteisiä tapaamisia. *"Ne on perheenjäseniä, mut ne on niinku eri osoitteessa asuvia. Kyl meil läheiset välit on, mut se fyysinen etäisyys."* (Ha4) Perheeseen saatettiin lukea myös sukulaisia, seurustelukumppani ja ystävät. Nuoremmista suurin osa asui yksinään ja vain kaksi asui kaksin tai kolmisin puolison ja /tai lapsen kanssa. Sairastumisen koettiin niin koetelleen kuin vahvistaneen läheissuhteita. Perhettä kuvailtiin voimavaraksi sekä elämän tueksi ja turvaksi, mutta sisarusten elämässä eteneminen herätti osalla katkeruutta, mikä etäännytti heidät läheisistä. *"Mun perhe on ottanut tän mun sairastumisen ihan hyvin. Kukaan ei oo sanonut, et hävettää eikä mitään. .. Et meistä on tullu tosi läheisiä."* (Ha2)

Varttuneet olivat eläneet jo vuosikymmeniä vanhemmistaan irrallaan ja monella vanhemmat olivat jo kuolleet. Kuudella oli omia lapsia ja heihin oltiin tiiviissä yhteydessä. Osalla perheeseen kuului myös sukulaisia. Noin puolet asui puolisonsa tai lapsensa kanssa, muut yksin. Läheiset ilmenivät heille rakkaina ja tärkeinä seuralaisina, mutta usein harvalukuisina. Yhteyttä pidettiin puhelimella sekä konkreettisesti tapaamalla puolin ja toisin. Kaikilla ei ollut perhettä. *"Kyllä mä yksin asun, mut ei mulla perhettä oo"* (Hb7). Suhde muihin perheenjäseniin oli saattanut katketa tai vahvistua sairauden myötä, mutta usein kaivattiin tiiviimpää yhteydenpitoa. *"No, enemmänkin sais kyllä käydä kattomassa omaa äitiinsä. Se on semmonen homma, et ku mä kato sairastuin, niin, ei ne oikein paljon välitä sillai. .. Ku mun lapsikin vaan rahaa, rahaa vaan."* (Hb1)

Isovanhemmat olivat nuoremmille tärkeitä siitä huolimatta, olivatko he elossa vai jo kuolleet. Sukulaisiin pidettiin yhteyttä etäisyyksistä huolimatta. Joillakin perinteisiin kuului sukukokouksiin osallistuminen kun taas osalla pienen suvun koettiin vaikeuttavan yhteydenpitoa sairastumisen lisäksi. Myös monen varttuneen kohdalla sairastumisen lisäksi pitkät etäisyydet hankaloittivat näkemistä ja puhelinsoitot toteutuivat taloudellisen tilanteen mukaisesti. Osalla suhteet olivat katkenneet jo ydinperheen rikkoutuessa tai myöhemmässä elämänvaiheessa vähäisen yhteydenpidon seurauksena. Osalle

oli muodostunut erilaisia yhteydenpitotapoja. *"Et tavataan muutaman kerran vuodessa ja sunnuntaisin soitellaan ja sil tavalla"* (Hb6). Osalla ei ollut jäljellä sukulaissuhteita.

Nuoremmille joulu korostui perhejuhlan ja traditiona, josta haluttiin pitää kiinni oman perheen kokoonpanosta huolimatta. Usein myös merkkipäiviä vietettiin yhdessä, mutta muiden juhlapyhien vietossa ilmeni enemmän vaihtelua. Yhteistä aikaa vietettiin eri tavoin, kuten yhteisen ruokailun, mökkeilyn, elokuvan, musiikin, saunomisen sekä kaupungilla kiertelyn tai yhteisen harrastuksen merkeissä.

"No, joulu on ihan ehdoton, mutta muutenkin ihan viikoittain ja tota käydään ihan kävelemässä, ulkoilemassa, kokkaillaan, katotaan yhdessä jostain leffaa. (...) Ja ihan semmosta kahvittelua ja oleskelua." (Hb5)

Varttuneista osa vietti tärkeimmät juhlapyhät läheisten kanssa ja usein myös syntymäpäiville kokoonnuttiin, mutta myös tiiviimpää yhteydenpitoa toivottiin. Osalle yhteisten traditioiden viettäminen oli harvinaista ja juhlapyhien yksinäisyys tuttua, vaikka heillä oli omia lapsia. Oma yhteisö saattoi olla ainoa tukiverkosto. *"Mä saan olla paljon yksin. X tuo ruokaa vaan ja armolla rahaa ja .. Mä olen paljon yksin."* (Hb8)

Nuorempien ystäväpiirin laajuus vaihteli muutamasta yli kymmeneen, mutta tosiystävien määrä jäi muutamaaan. Moni haluaisi elvyttää vanhoja ystävyysuhteitaan, mutta koki sen käytännössä hankalaksi ja yksisuuntaiseksi. Toisaalta usein vanhat ystävät haluttiin unohtaa hylätyksi tulemisen ja sairastumisen vuoksi. Muutama ei pystynyt nimeämään ketään ystäväkseen, koska *"mulla on vähän semmonen tilanne, etten mä kykene luomaan ihmissuhteita"* (Ha1). Varttuneiden ystäväpiiri vaihteli runsaasta hyvin pieneen. Muutama koki, ettei hänellä ollut ystäviä ennen sairastumistaankaan.

Suurimmalla osalla nuoremmista yhteydenpito aikaisempiin opiskelu-, työ- ja harrastetovereihin oli kuihtunut opintojen, töiden ja harrastusten päätyttyä. Uudet harrastukset ja yhteisöt olivat mahdollistaneet uusien ystävyysuhteiden rakentamisen. Toisaalta uusien suhteiden solmiminen oli haasteellista, koska harrastukset olivat usein yksilölajeja, kuten sähly, uinti, juoksu, kuntosali, baletti, aerobick ja taide. Osalla ei ollut harrasteita. Suurin osa varttuneista ei ollut enää missään tekemisissä aikaisempien opiskelu-, työ- ja harrastetoverien kanssa, sillä *"ne on hajonnut pitkin maailmaa"* (Hb5). Moni koki vaikeaksi aikaisempien tuttavien kohtaamisen sairastumisensa jälkeen, mutta arvioi sen olevan molemminpuolista. Yleisimmin uusiin ihmisiin oli tutustuttu yhteisötoiminnan ja harrasteiden parissa. Erilaisia harrasteita olivat sähly, pyöräily, kävely, lukemi-

nen, käsityö, karavaanaus ja keilailu. Uusien ystävien sijaan harrastusten päätavoitteena saattoi ilmetä *"et haluaa tehdä ja viettää aikaa jossain muualla ku kotona"* (Hb3). Fyysinen kunto rajoitti osalla harrastamista ja osa ei harrastanut mitään.

Nuorempien sosiaalinen verkosto vaihteli runsaasti tiiviydeltään päivittäisestä viikoittaisiin tapaamisiin. Eniten he tapasivat terapeuttiaan, vanhempiaan, sisaruksiaan, vertaisiaan ja muita ystäviään. Tapaamisten organisoinnin haasteina ilmenivät aikataulutus ja oman voinnin vaihtelut. Suurin osa varttuneista koki nykyiset ihmissuhteensa aikaisempaa laadukkaimmiksi niiden määrän muutoksista huolimatta. Muun verkoston puuttuessa työntekijöistä oli muodostunut osalle uusi tukiverkosto ja osa haki voimaa uskonnosta. Useimmiten he tapasivat perheenjäseniään, vertaisiaan ja työntekijöitä.

Nuoremmat kokivat ihmissuhteensa pääsääntöisesti vastavuoroisiksi, erityisesti heille tärkeiden ihmisten parissa. Toisaalta vastavuoroisuus ei aina toteutunut ideaalisti ja oli tilanteesta riippuvainen. Joillakin uskonto ilmeni kantavana voimana.

"Jos jotain ihmisiä auttaa yleisesti, ni kylhän ne aika paljon auttaa takas sit. .. Esimerkiksi ennen ku sairastuin, ni mä autoin paljon kavereita ja ku mä sairastuin, ni ne autto mua tosi paljon sitten." (Ha7)

Se, kenelle nuoremmat halusivat jakaa elämänsä hienot ja vaikeat hetket, vaihteli tilanteen mukaan. Osa jakoi monelle ja osa rajasi kohteensa tiukemmin. Usein luotettavien ihmisten määrä rajoittui muutamaan henkilöön, kuten läheisiin, ystäviin ja hoitokontakteihin. Osa haki omista vanhemmistaan tukea ja osa ei halunnut huolestuttaa heitä.

"Näitä sairautteen liittyviä asioita mä jaan yleensä täällä tai klubilaisille. Mä oon välillä avautunut muuallakin. Mut äidille mä en kerro ihan mun niinku yksityiskohtaisesti. Mä en halua huolestuttaa. Ja toisaalta siks, ettei kaikki ymmärrä." (Ha2)

Moni varttuneista koki ihmissuhteensa vastavuoroisiksi ja jokaisen auttavan kykyjensä mukaan. Kaikki eivät kokeneet tasapuolisuutta. *"Jos suoraan sanon, ni kyl mä annan enemmän kuin mä saan sitte"* (Hb11). Yleensä elämän hyvät ja pahat asiat jaettiin puolisoille, omille lapsille, ystäville ja työntekijöille. Asioiden jakamisen ehtona olivat ehdoton luottamus ja haasteina taas taloudelliset tekijät sekä ystävien harventuminen. Joillakin työntekijät olivat ainoita henkilöitä, joiden kanssa he pystyivät asioitaan jakamaan. *"Mun omaohjaaja. .. Koska se rajoittaa hirveen paljon ku mä sairastuin, ni ystävät jää sillo pois."* (Hb1) Usein asiayhteys määrittä, kenen kanssa asian pystyi jakamaan.

"Vaikeita, sillo mä haluan kyllä asiantuntijan tai tällasen työntekijän. (...) Hyviä juttuja sitten kavereille jaan täällä ja muualla." (Hb11)

Enemmistö nuoremmista arvosti läheisten lisäksi yhteisöjen jäseniä ja heidän mielipiteitään. Heidät miellettiin usein osaksi omaa "perhettä". Muita ihmisiä arvostettiin semmoisina kuin he ovat eikä heitä käytetty välikappaleina. Vieraat ihmiset

"antaa mulle positiivista energiaa, että joskus vaan on niitä ennakkoluuloja. .. Vois ajatella, et he ei ihan ymmärrä tai. (...) Luulee, et he on enemmän mua vastaan vihamielisiä, että tuntuu välillä, että he on oma kategoriansa ja me sairaa ollaan oma kategoria. Ja sit, ei se oo mikään kuilu, se on tottumuskysymys." (Ha10)

Myös varttuneet kokivat toiset ihmiset ja erilaiset paikat tärkeiksi, koska ne tarjosivat mahdollisuuden jutella asioista ja ystäväyhteyksiä. Oma vointi, persoona ja kemia saattoivat heijastua ihmisten kohtaamiseen, mutta aina pyrittiin kohteliaisuuteen. *"Et mä oon silleen niinku perussosiaalinen ihminen. .. Mut sit ku mulla on just nää masennusvaiheet, ni sit mä en oikein jaksa muita ihmisiä. Sit mä haluan vetäytyä siihen kuoreen."* (Hb10)

Perhe oli kaikille tärkeä, mutta rakentui eri tavoin ikäryhmien välillä ollen nuoremmilla laajempi. Usein läheisten tapaaminen kohdistui juhlapäiviin. Sairastuminen oli heijastunut lähes kaikilla sosiaaliseen elämään, mutta usein myös taloudelliset ja fyysiset tekijät vaikeuttivat sitä entisestään. Sosiaalisen verkoston rakenne vaihteli tutkimushenkilöiden keskuudessa runsaasti. Suhteet koettiin yleensä vastavuoroisiksi, mutta myös yksinäisyyttä ilmeni. Nuoremmille sosiaalisten suhteiden rakentaminen oli haasteellisempaa.

Arki ja hyvinvointi

Nuoremmilla omien roolien hahmottaminen oli hieman vaikeaa. Lopulta erilaisia rooleja löytyi runsaasti, kuten lapsi, tytär, poika, vanhempi, kummi, työntekijä, ystävä, asukas, jäsen ja vertainen. Valtaosa koki selviävänsä rooleistaan. Myös varttuneet luettelivat eri rooleja, kuten vanhempi, kuntoutuja, asukas, yhteisöjäsen, ystävä, työntekijä, työtoveri, puoliso, sisar, mies ja nainen. Lähes kaikki kokivat selviävänsä rooleistaan.

Nuorempien arki rakentui yksilöllisten tarpeiden mukaan. Aika kului esimerkiksi pelausten, lukien, elokuvia ja tv:tä katsellen sekä musiikin, tietokoneen tai lemmikin parissa, mutta myös kaupungilla asioiden. Läheisten kanssa aikaa vietettiin yhdessä erilaisissa yhteyksissä. Kaksi kävi vaihtelevasti töissä. Yhteisöissä käytiin mielekkään tekemisen vuoksi. Lisäksi säännölliset hoitotapaamiset ja harrastukset rytmittivät viikkoa. Myös

omalle ajalle löytyi tarvetta. *"Mä kyllä pidän, pyrin pitämään viikossa yhen semmosen niinku oman päivän, että mä en lähe minnekään. Ja sillo ku mulla on omapäivä, ni mulla on yleensä sitten kodinhoitopäivä."* (Ha8) Toisinaan väsymys valtasi olotilan, jolloin päivä saattoi kulua myös nukkuen. Varttuneilla sairastuminen ilmeni usein työkyvyttömyytenä. *"Jos mä en olis sairastunut -84, ni mä olisin töissä vielä tänä päivänäkin"* (Hb1). Töistä poisjääminen saattoi olla myös yksilön oma ratkaisu, koska *"mä en kehdannut mennä töihin enää"* (Hb2). Osalla arkiaskareista selviytyminen oli vaikeutunut sairauden myötä kun taas osa ei kokenut mitään vaikutuksia. Monelle oli muodostunut omat rutiinit arjen kululle. Päivä alkoi usein yhteisön toimintaan osallistumalla, mitä seurasi kodinhoitoa ja harrastuksia.

Osalla nuoremmista ei ollut riittävästi mielekästä tekemistä ja osalla sitä oli riittämiin. Yhteisöjäsenyydestä huolimatta osa koki toisinaan tylsyyttä ja toivoi työn täyttävän tyhjän aukon. Osa ei osannut nimetä, mitä kaipasi. Moni tiedosti kuitenkin omien toimien merkityksen. *"Oon oppinut ite hakeutuu avun pariin, koska kotoa ei kukaan hae"* (Ha4). Varttuneista osa oli tyytyväisiä mielekkään tekemisen tarjontaan, mutta moni toivoi myös lisää sisältöä päiviinsä, jotain erilaista tekemistä. Osalla oma liikuntakyky ilmeni toiminnan rajoitteena, jolloin toivottiin esimerkiksi, *"et mä saisin tänne joitain tavaroita, jotakin niinku käsillä tehdä, pussitusta, taikka tommosta"* (Hb1). Toisaalta kysymys mielekkään tekemisen riittävydestä ilmeni yksilöllisenä. *"Et sil taval liukuva käsite, et jollekin toiselle ei riitä alkuunkaan se, mikä mulle riittää. Me ollaan ihmiset erilaisia sanomattakin."* (Hb6) Tylsyyttä helpotettiin tietokoneen avulla, liikunnalla ja erilaisia tehtäviä tekemällä, jolloin aika kului nopeammin ja oma toiminta sai merkitystä.

Suurin osa nuoremmista voi hyvin tai kohtalaisesti, vaikkakin olotilan muutokset olivat heillä yleisiä. Hyvinvointi rakentui elämän perusasioista ja itsensä hoitamisesta, mitä tukivat sosiaaliset suhteet, läheisten hyvä olo, konkreettinen tekeminen, omat aikaansaannokset, hyvä ravinto, sää, psykoosin poissaolo, lääkitys sekä arjen sujuvuus, rutiinit ja päivärytmi. Ystävien, mielekkään tekemisen ja jonnekin menemisen merkitys korostuivat tärkeimpinä hyvän olon rakentajina. *"Se on niinku tosi tärkeätä, et on jotain, mihin herää ja mihin menee"* (Ha11). Elämän hyvinä asioina ilmenivät pitkälti samat tekijät kuin hyvinvoinnissa, mutta myös perhe, yhteisöt, Jumala, itsenäisyys ja opinnot. Varttuneista enemmistö voi hyvin fyysisesti ja henkisesti, mutta neljäsosa kärsi fyysisistä vaivoista. Hyvinvointi ja elämän hyvät asiat rakentuivat läheisistä ja muista ihmisistä, positiivisesta asenteesta, monipuolisesta tekemisestä, ravinnosta, puhtaudesta, nukkumi-

sesta, liikkumisesta, sopivasta lääkityksestä sekä hyvästä omasta tunnosta ja uskosta. *"No, monipuolista tekemistä ja hyvät ihmissuhteet"* (Hb9). Huonon olon laukaisijoina toimivat huomiotta jääminen ja huoli ihmissuhteiden kestävydestä.

Enemmistö nuoremmista piti elämäntilannettaan kokonaisuutena melko hyvänä. He kokivat kuntoutuneensa melko hyvin ja tunnistavansa sairautensa varomerkit. Kolmasosa arvioi elämäntilanteensa tyydyttäväksi. Moni haaveili työelämästä, opiskelusta tai yleensä eläkkeeltä pois pääsystä sekä sosiaalisista suhteista, omasta perheestä ja talosta. Ajatukset olivat usein toiveikkaita, mutta oman elämän vertaaminen ikätovereihin herätti ristiriitaisia tunteita. Vaikka omaan olotilaan oltiin tyytyväisiä, niin ystävien, parisuhteen ja muiden perinteisten elämän "saavutusten" uupuminen turhautti monia.

"Ku vertaa mun kavereihin, joilla on. (...) Toinen lapsi tulossa ja se on kihloissa ja sillä on ammatti. (...) Kateutta silleen ku sillä on kaikki niin hyvin ja mies rakentaa taloa. (...) Mä vertaan. .. Mut kyllä mä olisin halunnut suorittaa enemmän tässä elämässä, mut kaikki aikanaan." (Ha12)

Monet varttuneet kuvailivat elämäntilannettaan sopeutumiseksi, mutta myös hyväksi.

"No se on ihan semmonen tyydyttävä ja seesteinen. Tietenkin välillä tulee jotain vaikeuksia, mutta olen oppinut, että niistä aina selviää. Välillä on vähän alamäkiä ja ylämäkiä ja niinku elämässä yleensä on." (Hb3)

Lähes kaikki olivat tyytyväisiä elämäntilanteeseensa, mutta huolta aiheutti heikon taloudellisen tilanteen lisäksi tulevaisuuden pohtiminen. *"Kyllä mulla hyvä elämäntilanne tällä hetkellä on. Se tulee kyllä mieleen vaan, et vaan ku tuntuu, et ne voimat vähenis. Niin että tulee vanhaksi ja. .. Se on edessä päin se sitten."* (Hb11)

Nuorempien onnellisuuden yleisarvosanaksi muodostui lähes kahdeksan (7,79), joka koostui hyvin alhaisista ja korkeista lukemista. Varttuneiden keskuudessa onnellisuuden tila vaihteli tasaisemmin ja oli hieman yli kahdeksan (8,2). Onnellisuutta kuvattiin monin tavoin. *"Tällä hetkellä kaikista onnellisin, mitä mä oon ollut koko ikänä"* (Hb5).

Nuorempien onnellisin aika ilmeni erilaisina huippuina kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Usein onnelliset hetket liittyivät aikaan ennen sairastumista, koska se ilmensi terveyttä, intoa, toimintaa, palkkatyötä, armeijaa, traditioita, onnistumisia, sosiaalisuutta, parisuhteen solmimista ja iloisia juhlia. Onnellinen muisto saattoi liittyä myös sairaalahoittoon pääsyyn, koska *"siitä se paranemisprosessi lähti käyntiin"* (Ha1). Nykyhetki saattoi ilmetä elämän kulta-aikana uusien ystävien myötä tai, koska *"tää on niin rauhallista elämää. Ja täyspainoista ja on aikaa helliä itseään. Ja nyt kun on eläkkeellä, saa*

tehtyä kaikkee. Ei oo kiire mihinkään." (Ha2) Varttuneilla onnellisimmat hetket liittyivät omaan lapseen, parisuhteeseen, perhe-elämään, ympäristöön, onnistumisiin ja uskoon tuloon. Muutama koki suurinta onnellisuutta parhaillaan, koska *"nääh mielenenterveyshommat on hoidossa ja mä oon aika pitkälle toipunut näistä. .. Vaivoista. .. Mä tuun taloudellisesti toimeen ja mulla on viihtyisä ympäristö."* (Hb6) Toisaalta muutama suhtautui onnellisen ajan määrittelyyn skeptisemmin ja koki, ettei onnellista aikaa ole ollut. *"Toivottavasti ei oo vielä ollutkaan"* (Hb1).

Nuorempien elämään tyytyväisyys sai melko hyvän arvosanan, seitsemän ja puoli (7½). Tyytyväisyyttä heille tuotti läheiset ihmissuhteet, ruokavalio, liikunta, koti, arjen sujuvuus, opinnot, työ ja itsensä hyväksyminen. *"Ei mul oo mitään muut, ku noi loput harhat ja paniikit ku sais pois ni, sit olis niinku ihan täydellisesti kaikki"* (Ha11). Heidän mieliala oli yleisimmin vakaa, iloinen, positiivinen, pirteä ja hyvä, mutta toisinaan myös surullinen. Nuoremmat kuvailivat itseään rauhalliseksi, myönteiseksi, luotettavaksi, joustavaksi, tunnolliseksi, empaattiseksi, avuliaaksi, sosiaaliseksi ja hauskaksi, mutta myös vetäytyväksi. Monien mieliala vaihteli vuodenajan ja sairauden vaiheen mukaan.

Varttuneilla elämään tyytyväisyyden keskiarvoksi tuli lähes kahdeksan (7,85). He olivat tyytyväisiä pääasiassa terveydentilaan ja ystäviin sekä osa asumiseen ja rahatilanteeseen. Lähes puolet oli tyytyväisiä kaikkiin elämän osa-alueisiin. *"Et ne asiat, mitkä on mun määrättävissä ja hoidettavissani. Ne on omasta mielestäni aika lailla hyvällä mallilla."* (Hb6) Elämään oltiin tyytyväisiä siksi, *"että elämä käy kuten pitää"* (Hb8). Varttuneiden tunnetilat vaihtelivat positiivisesta negatiiviseen. He kuvailivat itseään mukavaksi, rauhalliseksi, eristäytyneeksi, luotettavaksi, kiltiksi, uskovaksi ja sosiaaliseksi. Enemmistö koki mielentilansa melko hyväksi, mutta myös väsymystä ilmeni.

Nuoremmille mielihyvää tuottivat ystävät, parisuhde, unelmat, urheilu, omat aikaansaannokset, arjen sujuvuus, syöminen, musiikki, lukeminen, elokuvat, ulkoilu, lemmikki, hyvä sää sekä oma vapaus tekemisissään ja elämä ylipäätään. Mielipahaa tuottivat henkinen paha olo, ihmisten ymmärtämättömyys, huono käytös, kiusaaminen, syrjäytyminen, oma heikkous, stressi, ahdistus, elämänmuutokset, läheisten huono vointi sekä ihmisten luokittelu ja aliarvioiminen. *"No, joskus tuntuu, et niinku sairauden takia mua aliarvioidaan"* (Hb4). Myös varttuneille mielihyvää tuottivat lukuisat asiat, kuten ystävät, lapset, vuorovaikutus, luonto, ulkoilu, harrastukset, lukeminen, hyvä ruoka ja miellyttävän asian odottaminen sekä rukoileminen. Toisten ihmisten merkitys ilmeni

pienissä teoissa. *"Se esimerkiksi ku joku tulee kylään"* (Hb5) tai *"joku soittaa puhelimella, niin se tuottaa mielihyvää"* (Hb2). Mielipahan lähteitä olivat toisten loukkaukset, vääryys, toisen paha olo, ikävät asiat, oma avuttomuus ja unenpuute.

Suurin osa nuoremmista oli saavuttanut ainakin osan itselleen asettamistaan tavoitteista. Muutama koki epäonnistuneensa opintojen jäätyä kesken. *"Mut ei siit tullu mitään ja toinen tavoite oli. .. Työelämä, siitäkään ei tullut mitään. Mut mä oon vaan pettynyt ja surullinen, että näin kävi."* (Ha11) Tavoitteiden saavuttamisessa merkittävänä voimavaroina olivat toimineet toisten tuki ja kannustus sekä oma halu ja onnistumisen kokemukset. Suurin osa varttuneista koki onnistuneensa tavoitteissaan ja muutama oli pettynyt niissä. Asetetut tavoitteet liittyivät talouden kohenemiseen, ammatilliseen koulutukseen ja omaan asuntoon. *"Jos mä aattelen, et tää koti tavoitteeksi ja akateemiset opinnot, ni eihän siitä tullut mitään. Se niinku jäi kesken kerta kaikkiaan."* (Hb11) Toisaalta sairaus saattoi vaikuttaa siten, että *"en mä, en mä haaveile, ei. Mä yritän olla kiitollinen elämälle, ku mulla on hyvä."* (Hb8) Tavoitteiden saavuttamista oli edistänyt oma tahto, periksi antamattomuus sekä muiden ihmisten tuki, oma rauha ja uskonto.

Niin nuoremmat kuin varttuneet voivat melko hyvin ja heidän hyvinvointinsa rakentui samantapaisista asioista, kuten muista ihmisistä ja mielekkästä tekemisestä. He olivat melko tyytyväisiä elämäntilanteeseensa, mitä kuvasti onnellisuuden taso ja tavoitteiden saavuttaminen. Varttuneet toivat esiin melko usein fyysiset vaivat kun taas nuoremmat korostivat hyvinvoinnin tilan liittyvän usein vuodenaikaan ja sairauden vaiheeseen.

Suhde omaan elämään

Moni nuorempi toivoi, että hänen elämässään olisi tietyt asiat toisin. Esimerkiksi parempi psyykkinen olo helpottaisi uusien ihmissuhteiden rakentamista. Ilman sairautta he eivät olisi joutuneet kokemaan psykooseja ja pelkotiloja, vaan heillä olisi ammatillinen koulutus, työ ja *"hätät, perhe, omakotitalo, kaikki mitä on normaalia"* (Ha12). Kaikki eivät kuitenkaan halunneet muuttaa elämäänsä. *"No, tietyt asiat, et toivois, et tapahtuis toisin, mut toisaalta ei täs elämässä haluais silti vaihtaa mitään, mitä on kokenut"* (Ha7). Myös osa varttuneista toivoi tiettyjen asioiden olevan toisin. Terveenä heillä olisi muutama ystävä ja läheisiä rinnalla. Heillä olisi myös talous kunnossa ja sen myötä viihtyisä asunto hyvällä asuinalueella ja toimiva parisuhde, eikä ikä rajoittaisi heidän elämäänsä. Ikä heijastui osalla tulevaisuuden pohdintoihin. *"No, en mä nyt ihmeitä osaa"*

tässä iässä enää vaatia. Alkaa olee sil taval niinku tasaraha, et se mikä tulee, niin se sopivasti myös menee." (Hb6)

Edellä esitetyt toiveet heijastuivat myös tutkimushenkilöiden esittämiin haaveisiin, haasteisiin sekä asioihin, mitkä heitä eniten elämässään harmittivat. Nuoremmat haaveilivat eniten elämänkumppanista, perheestä ja mielekkästä sosiaalisesta elämästä sekä paremmasta terveydestä, jotta he jaksaisivat edetä elämässään. Myös taloudellisesta turvasta haaveiltiin, mutta ymmärrettiin, ettei onnellisuus rakennu rahan varaan. Läheisiä ei haluttu kuormittaa liikaa, minkä vuoksi toivottiin, *"et parantuis kokonaan ja vois sanoo kaikille, läheisillekin, et nyt se on ohi"* (Ha9). Sairauden väistyminen nähtiin osin mahdollisena ja hyvän elämän ehtona, mutta osin myös mahdottomana. Yleisimmin nuorempia harmitti kuntoutumisen haasteiden voittamisen vaikeus. *"Just se ku ei oikein pysty ihmissuhteita luomaan. Se on suurin ongelma."* (Ha1) Myös uusien psykoosien pelko sekä opinnoista ja töistä selviytyminen huolettivat.

Reilulla puolella varttuneista haaveet kohdistuivat tasavertaiseen kumppaniin, taloudelliseen turvaan, parempaan terveyteen ja kesän lämpöön. *"Ku mä saisin olla jonkun kanssa vielä, enkä yksin. Joku toinen vois parantaa mun elämänlaatua. Joku toinen ihminen."* (Hb1) Osa oli luovuttanut. *"Et alkaa olee sil tavalla, että ne, mitä mä oon haaveillut, ni mä oon ne saavuttanut tai sitten luopunut yrittämästä. Jompi kumpi."* (Hb6) Elämän haasteina ja murheina ilmenivät arjesta selviytyminen, huoli lapsesta, myönteinen suhtautuminen muihin, parisuhde ja terveys. Vajaalla puolella ei ollut haasteita, eikä murheita.

Nuoremmilla elämän arvot olivat laaja-alaisia ja liittyivät kokonaisvaltaiseen terveyteen, perheeseen, uskontoon, kunnioittamiseen, ymmärtäväisyyteen, luotettavuuteen, oikeudenmukaisuuteen, sosiaalisuuteen ja ystävällisyyteen sekä rakkauteen. Varttuneiden elämänarvot painottuivat läheisiin, ystäviin ja ihmisiin, jotka pitävät heitä elämässä kiinni. *"Mulle on toiset ihmiset hirveen tärkeitä. Kyllä, että ne kannattaa ja pönkittää mun elämää niin."* (Hb5) Myös terveys, uskonto, harrastukset, lääkkeet ja hyvä ruoka olivat tärkeitä. Suurin osa nuoremmista ja yli puolella varttuneista oli jakaa elämänohje tai viisaus, jota he pyrkivät noudattamaan. Olen koonnut ne liitteeseen (ks. Liite 7).

Niin nuorempien kuin varttuneiden kohdalla tiivistyi elämän suurimmat odotukset, haaveet ja muutosodotukset pitkälti samoihin tekijöihin, kuten terveyteen, ihmissuhteisiin, mielekkääseen tekemiseen ja ylipäättään normaaliin arkeen ja elämäntilanteeseen. Nuorem-

mat olivat varttuneita toiveikkaimpia tulevaisuuden suhteen. Varttuneet eivät juuri kokeneet enää voivansa tai haluavansa tehdä muutoksia ikääntymisensä vuoksi.

Tulevaisuuden näkymät

Lähes kaikki nuoremmat hyväksyivät menneen ja pystyivät jatkamaan tulevaisuutta kohden, koska tapahtumille ei voinut enää mitään. Toisaalta ajatuksia synkensi ajatus sairauden pitkäkestoisuudesta. *"Harmittaa. (...) Se on niin pitkä prosessi, et se voi kestää loppuelämän se, et on kunnossa täysin."* (Ha1) Sen sijaan sairauden vaikutusten hyväksyminen oli haasteellisempaa ystävien kadottua sairastumisen myötä. Sairastumiselle etsittiin selityksiä ja sen parissa työskenneltiin hyväksymisen helpottamiseksi.

"Aluksi mä makasin vaan sängyssä ja mä en liikkunut mihinkään. Et mä pelkäsin niin paljon, mut nyt mä oon saanut lääkityksen kohdalleen ja sitä kautta rohkeutta, valmiuksia jokapäiväiseen elämään." (Ha10)

Moni nuorempi koki pystyvänsä vaikuttamaan tulevaisuuteensa, jonka näki kuntoutumisen suhteen valoisana ja toiveikkaana. Paras orientoituminen toteutui etenemällä päivän kerrallaan. Suurin toive liittyi paranemisen mahdollisuuteen, mutta monella epävarmuus sairauden kehittymisestä ja omien voimavarojen riittävydestä heikensi uskoa tulevaan. *"Välillä vähän pimeesti, mutta kyl siin on vähän aikaa hyviäkin juttuja tulee"* (Ha3). Tulevaisuus näyttäytyi tienristeyksenä, jossa haasteena oli valita oikea suunta. Tulevaisuuden kuviin piirtyi opiskelua, työelämää, harrasteita, psykoosien poissaoloa ja oireiden hallintaa, mutta myös synkkiä mielikuvia ilmeni.

Varttuneista moni oli joutunut ponnistelemaan hyväksyäksään sairastumisensa, sillä ilman hyväksyntää elämä olisi vieläkin ristiriitaisempaa. Enemmistö uskoi voivansa vaikuttaa tulevaisuuteensa, joka näkyi usein valoisana, positiivisena, hyvänä elämänä ja asumisena sekä mahdollisena työskentelynä. Myös iän tuomat haasteet ja elämän jatkuvuuden kysymykset valtasivat tilaa sairauteen liittyvältä pohdinnalta. *"Ku ikää rupee olemaan, ni siinä on sekin asia, joka on pakko ottaa niinku ajatuksiin, että kuinka kauan tätä elämää yleensäkin riittää"* (Hb6). Huolta aiheutti myös oma vointi ja sen aiheuttamat rajoitteet. *"Vois vähän ees. .. Tehä töitä, just et tulis mielekkyttä. .. Et tuntis itensä niinku enemmän tarpeelliseksi. Tekis jotakin mielekästä, työtä."* (Hb10)

Osa nuoremmista tiedosti omat voimavaransa. Puolet uskoi jaksavansa tehdä töitä täyspäiväisesti ja puolet koki, ettei juuri nyt pysty töihin tai pystyy osa-aikaisesti. Myös

aikaisemmat pettymykset varjostivat työskentelyintoa tai toisaalta saavutettua tasapainoa ei haluttu riskeerattavan. Silti työ heijastui vahvasti työelämässä olleiden ajatuksiin.

"Mä en minnekään eläkkeelle halua mennä. Mä haluan ensin mennä painaa duunii. Työ merkitsee mulle aika paljon semmosta sisältöä elämään. (...) Et saa niinku jotain aikaseksi välillä, jotain muuta ku sit istuu kotona ja kattoo telkkarii. (...) Kyl mä uskon, et sit ku pääsee duuniin, niin kyl se varmaan tois paljon enemmän. .. Kuntoutuis varmaan paljo paremmin ku ois töissä. Sit näkis ihmisiä päivittäin. Se on tärkeetä." (Ha7)

Työ merkitsi nuoremmille mielekästä tekemistä, päivärytmiä, taloudellista turvaa, elämän sisältöä, muita ihmisiä sekä korkeampaa itsetuntoa. Se ilmensi normaaliutta, mutta omat voimavarat, keskittymiskyky ja elämänasenne saattoivat olla vielä riittämättömät.

"Se on ihan oikeasti tosi arvostetussa statuksessa mun mielestä. Et ihan tärkeä homma päivittäin puuhaamisen kannalta ja muutenkin ihmiset arvostaa sitä, et, että on töissä. Ja ite mä arvostan kanssa tosi paljon semmosta vastuuntuntoa ja turvallisuutta ja luotettavuutta." (Ha5)

Varttuneista noin puolet haluaisi olla vielä työelämässä ja koki omaavansa myös mahdollisuuksia siihen. Toinen puoli ei tuntenut itseään enää työkykyiseksi tai ajatteli tehneensä jo osuutensa tai piti omaa ikää rajoitteena työelämälle. Toisaalta kevyempi työ houkutteli. *"Mulla on sen verran ikää, etten tiedä selviäisinkö minä enää siitä. (...) Kylä semmosta kevyttä työtä ehkä pystyis tekemään ja tota jos heräis aamulla sitten töihin." (Hb2)* Osalla töihin menon esti fyysisen voinnin asettamat rajoitteet. *"Se on kuntaa fyysinen kunto on näin. .. Jotakin työtä varmasti, työtä kyllä henkisesti. .. Ettei tarttisi hirveesti liikkua." (Hb5)* Työ oli merkinnyt varttuneille muita ihmisiä, mielekästä tekemistä, taloudellista vapautta ja elinehtoa. Se oli rakentanut ihmisten elämää, tuottanut hyvää oloa sekä edistänyt omien saavutusten ja ihmissuhteiden toteutumista. *"No, siel olis paljon ihmisii mun ympärillä ja tota noin niin olis jotain tekemistä ja sit ei tarttis olla vain tälleen näin kädet ristissä tälläi näin" (Hb1).* Mielen sairastumisen ja lääkkeiden vaikutusta työntekoon kuvattiin "voiman innon" heikentymisenä.

Nuoremmista kolme oli kiinnittynyt opiskeluelämään. Reilut puolet heistä haluaisi opiskella tulevaisuudessa, mutta muiden mielestä opinnot oli opiskeltu. *"Kaikilla on oma ammatti. .. Et mäkin haluan. Mä haluan semmosen ammatin, jossa mä onnistun." (Ha12)* Varttuneista yksi opiskeli, mutta melko moni oli kiinnostunut pienimuotoisesta opiskelusta. *"No, sanotaan nyt semmosta kevyempää mallia, jossa ei siis tarvitse mitään virallisia tutkintoja suorittaa" (Hb6).* Osalla opiskeleminen ei tuntunut ajankohtaiselta tai sen aika oli jo mennyt ohi.

Lähes kaikki nuoremmat pystyivät ainakin jossain määrin vaikuttamaan arjen ja vapaa-ajan sisältöön, kuten harrastuksiin ja päivärytmiin. Aikaa heillä oli riittämiin, mutta ei useinkaan rahaa. *"No, rahaa ei välttämättä, mut aikaa, ei melkein muuta oookkaan ku aikaa"* (Ha11). Tästä johtuen monen vapaa-aika suuntautui maksuttomaan tekemiseen, kuten lenkkeilyyn ja ystävien tapaamiseen. Tarjolla oleviin palveluihin oltiin tyytyväisiä, mutta haasteena ilmeni itsensä liikkeelle saaminen. Noin puolet varttuneista koki voivansa vaikuttaa vapaa-aikansa sisältöön, mutta he eivät aina olleet tietoisia kaikista vaihtoehdoista. Toinen puoli koki taloudelliset ja fyysiset resurssinsa riittämättömiksi, vaikka aikaa olikin. Vapaa-ajasta jouduttiin myös tinkimään, koska etusijalle nousivat oman terveyden hoitamisen esteet.

"Korvaako kukaan mitään, esimerkiksi jos mä nyt joudun laittamaan silmälasit, uudet ja nää hampaat on uusittava. .. Tuleeko kukaan vastaan niissä. .. Et mun näillä pienillä eläketuloilla niin. (...) Mä en pysty. .. Mä haluaisin enempi liikkua ja mennä ja olla, mutta tuota kun ei. .. Ensinnäkään ei oo terveyttä siihen, eikä oo rahhaa siihen." (Hb5)

Nuoremmat odottivat tulevaisuudessa läheisiltään enemmän yhdessäoloa, luottamusta, avoimuutta, ymmärrystä, tukea, saatavilla oloa ja positiivista suhtautumista. Lisäksi toivottiin, että läheisillä *"olis elämässä jotakin, et he ei murehtis mun takia niin paljon. Niinku mä tarkotin äitiä ja isää, et heillä olis oma elämä ja silleen."* (Ha10) Varttuneet odottivat tulevaisuudelta pääasiassa uutta parisuhdetta sekä läheisiltä saatavilla oloa, rinnalla pysymistä, ystävyyttä ja yhteydenpitoa. *"He saavat elää silleen kun itse haluavat ja toivon, että he pysyvät minun ystävinä"* (Hb3). Toisaalta toivottiin, että läheiset välittäisivät heistä enemmän ja olisivat tiiviimmin tekemisissä heidän kanssaan. Nuoremmat kokivat tulevaisuuden yleisemmin riippuvan itsestään, mutta myös muiden elämäntilanteiden uskottiin vaikuttavan siihen. *"Kyllä se omalla kontolla on vähän se asia. Itse pitäis kyetä tekemään juttuja."* (Ha1) Yli puolet varttuneista ajatteli tulevaisuuden riippuvan täysin itsestään ja vajaa puolet uskoi myös muiden vaikuttavan siihen.

Tutkimushenkilöt hyväksyivät pääasiassa menneen ja suuntautuivat tulevaisuuteen. Nuoremmilla kohdistui tulevaisuuden odotukset ja haaveet työ- ja opintoelämään kun taas varttuneet keskittyivät enemmän säilyttämään nykyisen olotilansa ja läheisensä. Enemmistö tutkimushenkilöistä toivoi kuitenkin lisää mielekästä tekemistä, mutta harmitteli resurssien vähäisyyttä, joka hankaloitti itsensä toteuttamista. Nuoremmat tiedostivat olevansa elämästään vastuussa varttuneita selkeämmin.

6.4 Täysivertaisen yhteiskunnan jäsenyyden ja normaaliuden haasteet

Kuntoutuminen ja palvelujärjestelmän toimivuus

Nuorempien kuntoutumisen polku sai numeraaliseksi arvioksi keskimäärin seitsemän (6,9) vaihdellen kolmen ja yhdeksän välillä. Kuntoutumista oli tukenut ammattiapu, yhteisötoiminta, vertaistuki sekä perhe ja muut läheiset. Suurin osa koki palveluiden toteutuneen sujuvasti ja jatkuvuutta tuottaen. Varttuneilla kuntoutumisen polku sijoittui keskimäärin kahdeksaan (7,9) vaihdellen kuuden ja kymmenen välillä. Heillä kuntoutumisen edistäjinä ilmenivät toisten ihmisten ja ystävien osallisuus sekä kuunteleminen, lääkkeet, sairaalahoito, kuntoutuskurssit, rukoileminen ja myönteinen tulevaisuusajattelu. *"No ainakin hyvät ihmiset, jotka siis, joiden päälle minä ymmärrän ja ne ymmärtää mun päälle"* (Hb6). Noin puolet oli tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Huonoihin kokemuksiin liittyi vaikeus saada oma ääni kuuluville, yksilöllisen kohtaamisen puute ja kaltoin kohteleminen. *"Kauhee paikka. Siel oli niin täyttä, ni piti nukkua lattialla."* (Hb1) Myös lääkekielteisyyden ja yhteistyökumppaneiden kemioiden keskinäinen sopimattomuus olivat vaikuttaneet negatiivisesti palveluiden sujuvuuteen.

Nuoremmilla kuntoutumisen hidasteena raskaiden elämäntapahtumien lisäksi ilmeni vaikeus puhua vaikeista asioista. Takapakit nähtiin kuitenkin normaaleina ilmiöinä. Vaikeinta oli ollut eristäytyminen, ahdistus, harhat, paniikkihäiriöt, sairaalajaksot, vieraat paikat, tietämättömyys, pohdinnat sekä sairauden kieltäminen ja hyväksyminen.

"No, eristäytyminen. Tuntuu et, ei oo mitään aukkaa, mistä päästä ulos siitä. Se aiheuttaa mulle mielipahaa, huonoa oloa täällä." (Ha1)

"Varmaan ykköseks tulee mieleen se, että hyväksyä sen, että on oikeasti sairaana. (...) Sitä on vaan vaikeeta hyväksyä ja sanoo se ääneen." (Ha9)

Varttuneilla kuntoutumista oli hidastanut asuinpaikan muutos, rahattomuus ja fyysisen kunnon heikentyminen. Vaikeaa oli ollut myös kuntoutumisen käynnistyminen ja pitkäkestoisuus sekä yksinäisyys, kuulematta jääminen, masennus, olotilojen vaihtelut, elämänhalun menetys, oireiden hallinta, lääkityksen löytäminen ja avuntarpeen tunnustaminen. *"Sillo ku olen ollut syvästi masentunut, silloin on ollut todella vaikeeta nousta sieltä ja hakee sitä apuu ja tunnustaa muille, et nyt mulla on vaikeeta, en jaksa"* (Hb3). Myös työelämästä poisjääminen oli satuttanut. *"Vaikeinta ollut tosiaan silloin kun jäin työkyvyttömyyseläkkeelle. .. Sen otti vähän niinku kunnian loukkauksena."* (Hb11)

Noin puolet nuoremmista koki saaneensa riittävästi tietoa eri mahdollisuuksista ja palveluista. Moni oli joutunut olemaan itse hyvin aktiivinen tietoa saadakseen. Informoinnin puute ajoittui yleensä sairastumisen alkuvaiheeseen, jolloin lisätieto palveluista ja sairaudenkuvasta olisi ollut tarpeen. Moni oli saanut tietoa vertaisilta.

"Et heidän informointi on niin huonoo, et mitä mahdollisuuksia ihmisellä on. .. Ni, enhän mä tiennyt mistään tuetuista asuinnoista mitään, ni se rupes harmittaa ihan hirveesti, et miten niinku nää hoitajat ei tajua, että pitää vähän auttaa ja informoida, et minne voi mennä niinkö edistämään omaa asumistaan ja omaa olemistaan." (Ha5)

Varttuneista noin puolet oli saanut riittävästi tietoa eri mahdollisuuksista ja tarjolla olevista palveluista. Toisaalta moni koki tiedon saannin olleen suuresti oman aktiivisuuden ja rohkeuden varassa. Toisinaan informoinnin koettiin parantuneen kuntoutumisen edessä, mutta avun saaminen ja pyytäminen olivat vaatineet ponnisteluja. *"Se on ainakin mulle niin hirveen vaikee se asia hyväksyy, koska aina kyl ite pärjänny" (Hb5).*

Moni nuorempi totesi, ettei ollut osallistunut kuntoutussuunnitelman laadintaan tai hänen roolinsa oli ollut merkityksetön. *"No, se on yleensä, et mä vaan oon siinä ja kuuntelen ja mä sanon mielipiteeni" (Ha12).* Vain muutama oli varma, että oli osallistunut ja vaikuttanut suunnitelman sisältöön. Yleisesti ilmeni, ettei suunnitelmia oltu lähiaikoina juuri tehty, eikä niiden sisältöä tiedetty. Vastauksissa ilmeni usein *"jossain vaiheessa, joskus, kauan aikaa sitten, kerran, varmaan, en oo varma, semmosta paperia mä en muista."* Tai *"ehkä niihin ei oo pistetty enää täyttä panosta, ku ne on kerran tehty" (Ha10).* Myös varttuneiden osallisuus kuntoutussuunnitelman teossa vaihteli runsaasti. Noin puolet heistä ei muistanut, että olisi ikinä ollut mukana suunnitelman teossa, jolloin saatettiin todeta *"mitä se tarkoittaa?" (Hb8).* Toinen puoli muisti ainakin joskus olleensa vastaavassa mukana. Vain muutama oli ollut usein mukana ja tiesi, mistä oli kysymys. Usein suunnitelmia ei kuitenkaan ole päivitetty aikoihin, jos ikinä. *"Joskus olen ollut ja joskus varmaan en. Muut on päättänyt mun puolesta asioita." (Hb3)*

Varttuneet kokivat kuntoutumisen toteutuneen nuorempia jouhevammin. Heillä oli nuorempia enemmän huonoja kokemuksia eri palveluista, mutta nuoremmilla oli taas monipuolisempi kokemus kuntoutumisen edistäjistä. Sairauden oireiden hallinta ilmeni nuorempien haasteena kun taas varttuneet kokivat raskaiksi elämän muutostapahtumat. Soveltuva lääkitys ja avuntarpeen vastaanotto olivat kaikille merkityksellisiä, mutta kuntoutumisprosessin haasteita olivat oman osallisuuden ja aktiivisuuden toteutuminen.

Oma rooli

Suurin osa nuoremmista koki saaneensa äänensä kuuluville ainakin joskus, mutta oma arkuus vaikeutti kuulluksi tuleamista. *"Mä oon kyllä aika arka. .. Kertomaan mielipiteitä. En paljon kommentoi mitään."* (Ha1) Nuoremmat totesivat melko usein, ettei heidän mielipiteensä ollut vaikuttanut lopputulokseen, vaikka sitä olisi kysytty. Toisaalta ilmeni kokemusta myös yhdessä muodostetuista päätöksistä.

"Just riippuen niistä ihmisistä, varsinkin ne ihmiset, jotka niinku kattoo mun sairautta silleen alaspäin, et toi on nyt se hullu. Et saattaa pöydän ääressä kysellä, et mitä kuuluu tai johonkin asiaan mielipidettä, ni tuntuu siltä, et sitä ei aina niinku noteerata." (Ha4)

Moni nuorempi koki toimineensa oman elämänsä asiantuntijana. Osa korosti, ettei aina ole ollut paras asiantuntija, mikäli vointi on ollut huono. *"Et sillo ku mä oon maniassa, mä en tosiaankaan tiedä, mikä on mulle parasta. Et siin vaiheessa asiantuntijat ja omaiset tietää paremmin."* (Ha4) Suurin osa varttuneista koki yleisesti tuoneensa mielipiteensä esille. Yhteisissä keskusteluissa oli vallinnut usein molemminpuolinen kohtaaminen ja ymmärrys, mutta *"en mä tiedä, mitä ajattelevat ja toimivat jälkeinpäin"* (Hb11). Enemmistö uskoi vaikuttaneensa mielipiteellään päätöksiin ja osa epäili sitä. *"En mä usko, et sillä just nimenomaan, minun sanalla on. Täytyyhän sitä vähän keskustella silleen tasapuolisesti."* (Hb10) Suurin osa koki toimineensa oman elämänsä parhaana asiantuntijana ja koki oman näkemyksen kehittyneen kuntoutumisen myötä. *"Kyllä ne pystyy vähän vaikuttamaankin siihen asiaan, mutta lopputulos on minun"* (Hb5).

Kummatkin ikäryhmät kokivat, että he olivat saaneet tuoda näkemyksensä esiin. Varttuneet kokivat nuorempia yleisemmin, että heidän mielipiteellään oli ollut vaikutusta lopputulokseen ja että he olisivat saaneet toimia oman elämänsä asiantuntijoina.

Leima ja kohtaaminen

Valtaosa nuoremmista koki itsensä erilaiseksi mielenterveystaustansa vuoksi, mikä korostui psyykkisesti terveiden parissa. Oman taustan esille nostaminen saattoi tuottaa parempaa palvelua virastoissa, mutta myös alempiarvoisuutta verrattaessa omaa asemaa muihin asiakasryhmiin palvelujärjestelmän sisällä. Leima ulottui myös työmarkkinoihin.

"Et kehitysvammaset, niil on lait ja etuudet. Ni kyl mielenterveyskuntoutajat on kaikista huonommassa asemassa, koska omaiset ei jaksa pitää ääntä, eikä sairaat pidä ollenkaan. Ja se on tosiaan väärin." (Ha4)

"No, kyl mä oon kokenut, et on niinku erilainen. Koska se vaikuttaa täs yhteiskunnassa aika paljon, et tota jos sä oot mielenterveystausta. (...) Jos hakee töitä tai muuta, ni tietenkkin ihmiset ajattelee, et sä oot erilainen, tietyllä tavalla. .. Sit saattaa tulla negatiiviseksikin siin vaiheessa." (Ha7)

Varttuneista valtaosa oli kokenut itsensä erilaiseksi, minkä osa uskoi johtuvan myös ulkoisesta olemuksestaan. Osa liitti erilaisuuden eristäytymiseen ja osa ajatteli, että *"se-hän on enimmäkseen mun omien korvien välissä. Et, sitä nyt ei tartte mainostaa joka nurkalla tietenkään."* (Hb6)

Erilaisuuden kokemuksista huolimatta valtaosa nuoremmista koki saaneensa kunnioitusta, hyväksyntää ja oikeudenmukaista kohtelua kaupungilla liikkueensa, mutta erityisesti mielenterveyspalveluissa. Moni koki, ettei sairaus näkynyt ulospäin. Osa tunnisti, kuinka oma mielikuvitus hämärsi todellisuutta. *"Mä nään tuolla katukuvassa niin kovasti, että mä kuulen, tossa menee se skitsofreenikko taas tai mikä lie uskon mies"* (Ha10). Toisaalta yli puolella oli ainakin yksi kokemus leiman vaikutuksesta, mikä useimmiten liittyi sosiaalitoimeen, kouluun ja sairaalaan sekä omiin ystäviin. Edes lääkäri ei ollut aina kyennyt asianmukaiseen kohtaamiseen. Oman taustan paljastaminen koettiin osin hyödylliseksi, osin torjuntaa lisääväksi. *"Mut jossakin tietyssä tilanteessa voin siitäkkin avoimesti puhua, koska ei maailma ikinä muutu, jos sitä vaan piilottelee aina"* (Ha2). Omakohtainen sairastuminen oli osalla muuttanut omaa ajattelutapaa.

"Sillo itekkin, kun en ollut vielä sairastunut, ni mä ajattelin, et noi ja sit ne. Et on kaks ryhmää, et terveet ja sairaat. Ku nyt se on ku veteen piirretty viiva. Et en mä enää ajattele mitään." (Ha4)

Myös varttuneista suurin osa koki saaneensa oikeudenmukaista, kunnioittavaa ja kannustavaa kohtelua eri instansseissa. He arvelivat hyvän kohtaamisen johtuvan siitä, ettei sairaus ollut muiden tiedossa. Toisaalta ilmeni myös vastakkaista ajattelua ja monimuotoisia kokemuksia leimaamisesta, mikä ilmeni usein etäisyyden ottona. *"Siin torilla oli jotkut ihmiset, nauro oikein. .. Se oli vaikee paikka, ku tuntuu, että se näkyy kaikki se päällepäin."* (Hb11) Osa liitti leimaamisen sairauden vaikeimpaan vaiheeseen, osa omiin ajatuksiin ja osalla ei ollut kokemusta siitä. Koettu leima ilmeni ahdistuksena. *"Ku mä en haluis olla mikään mielenterveysairas. Ku mulla on leima tässä otsassa. Tässä näin ikuinen leima."* (Hb1) Osa totesi hyväksyneensä erilaisuutensa.

Enemmistö nuoremmista koki tulleen huomioduksi yksilöllisesti. Toisaalta kolmasosalla oli kokemusta luokitteluista massaan tai kategoriaan, esimerkiksi sairaalassa.

"Se tuntu pahalta, et siel ei välttämättä paneuduta ihmisen yksilöllisyyteen. Et ne on siellä lasikopissa ja tietokoneen ääres. Semmosta henkilökohtasta keskustelua pitää aina pyytää erikseen, et sitä ei tuu automaattisesti. Se on melkein ku koirakoulu, joskus tuntu. En koe aina saaneeni hyvää palvelua. Useimmiten ne on ammatti-ihmisiä, mut sairauden hetkellä sitä ei osaa arvostaa. Et se tuntu tylymmältä kuin se onkaan." (Ha4)

Nuoremmat kokivat myös muiden suhtautuneen heihin varauksellisesti, minkä vuoksi he olivat jääneet vaille soveltuvaa kohtaamista. Tilanne saatettiin ratkaista seuraavasti:

"Ni täytyy aina ilmottaa, et on skitsofreenikko. Sit mä oon ehkä vähän huono puhumaan, ku mul on sellanen sairaus ku skitsofrenia." Toisaalta hän koki myös, että *"mun pitäis enemmän puhua vain siitä, et mulla on sellanen normaali sairaus, joka mua vaivaa. Ehkä mä sitten uskaltaisin mennä tonne uloskin."* (Ha10)

Varttuneista moni koki saaneensa yksilöllistä kohtelua ja hyvien kokemusten ajateltiin johtuvan oman sairauden näkymättömyydestä. Toisaalta osalla esiintyi kokemuksia kategorisoinnista ja yleistämisestä. *"Olen vain yksi muiden joukossa"* (Hb3). Muutama totesi, että suvaitsemattomuutta, pelkoa ja epätasa-arvoista kohtelua oli esiintynyt niin yhteisössä, omassa perheessä kuin virastoissa.

Myös turvattomuuden tunteen kokemus jakaantui nuorempien keskuudessa. Valtaosalla turvattomuutta ilmeni ihmispaljoudessa ja omien pelkotilojen yhteydessä. Osa ei ollut tuntenut itseään uhatuksi missään vaiheessa. *"Olen monessakin paikkaa, ku olen ollut huonos kunnossa, ihan julkisilla paikoilla, apteekissa ja kaupan kassalla ja niinku epävarma. Tulee mieleen, et tulee paniikkikohtaus."* (Ha4) Suurin osa koki olleensa erityisesti sairauden pahemmassa vaiheessa jollekin este tai hidaste. Myös valtaosa varttuneista oli kokenut turvattomuutta, joka oli liittynyt yksin oloon, jonnekin menemiseen tai omiin ajatuksiin. Lisäksi yksinäiset juhlapyhät ja yksin asuminen olivat kärjistäneet tilanteita, jolloin osa oli turvautunut Jumalaan. Toisinaan *"se turvattomuus on kans joskus semmosta, kun pelkää jotakin, ei siihen välttämättä mitään aihetta ole"* (Hb7). Huonoimmat hetket liittyivät yleisemmin sairauden pahimpaan vaiheeseen. *"Ku olin psykoosissa, tunsin itseni aika turvattomaksi. (...) Itse ei ymmärrä, mitä oikein tekee."* (Hb3) Kolmasosa oli kokenut olleensa muiden tiellä tai este heille.

Kummatkin ikäryhmät olivat kokeneet itsensä erilaiseksi osittain ulkopuolisten tahoilta ja osittain omien ajatustensa johdosta. Sairauden "näkymättömyyden" koettiin vähentäneen yksilöllistä leimaamista. Toisaalta kummallakin ikäryhmällä oli kokemusta luokit-

telemisestä eri palveluissa sekä turvattomuuden kokemuksia. Varttuneet kokivat saaneensa yksilöllistä palvelua nuorempia useammin.

Yhteiskunnan tuki ja jäsenyys

Enemmistö nuoremmista koki nykyiset yhteiskunnan palvelut riittäviksi ja yhteiskuntaan palaamista tukeviksi. Niiden välityksellä moni oli saanut kertoa omista ajatuksistaan ja haaveistaan. *"Et se oli tila, missä minä puhuin. Et kukaan ei sanonut mulle niinku ennen, et mitä pitää ajatella tai mikä on hyvää."* (Ha2) Toisaalta osalla ilmeni tyytymättömyyttä esimerkiksi työelämään tukemisen palveluihin. Viranomaisten käytös ei ollut aina ollut palveluhenkistä ja myös huonot kulkuyhteydet olivat rajoittaneet osallistumista. Usein oma yhteisö tuntui yhteiskuntaa turvallisemmalta paikalta.

"Mä oon jättänyt niinku sen tien tutkimatta, et miten pääsis yhteiskuntaan mukaan. Et mä oon siinä mielessä vähän tämmönen syrjäytynyt. Et mä en oo lähtenyt mukaan siihen yhteiskunnan valtavirtaan, vaan et mä oon pysynyt täällä linjakkeessa." (Ha10)

Lähes kaikki varttuneet kokivat, että yhteiskunta oli omilla toimillaan edistänyt kuntoutujan paluuta yhteiskunnan jäseneksi. Toisaalta sopivien palveluiden saaminen oli saattanut vaatia pitkällisen ponnistuksen onnistuakseen. *"Mut mä oon joutunu mones paikkaa kiertämään, ennen ku mä tänne päässy, ku monta paha juttuu on käyny kuule. .. Et niin kauan ku mä elän, ni asuisin tässä."* (Hb1) Kysymys tasavertaisuudesta herätti ristiriitaisia tulkintoja, eikä sen aina koettu toteutuneen.

Täysivertaisuuden ja -valtauuden käsitteet ilmenivät hieman vaikeina nuorempien kohdalla, mutta kokemukset niistä jakaantuivat melko tasaisesti. Moni koki palvelujärjestelmän riittäväksi ja osallisuutta tukevaksi, mutta toisaalta vaikeaksi ja alistavaksi. Usea ei kokenut saaneensa samanlaista kohtelua kuin niin sanotut terveet yhteiskunnan jäsenet. Vertaisten parissa omasta sairaudesta ja sairastumisesta oli tullut hyväksyttävämpää. *"Se on normaalia, et on sairas. Et ei oo epänormaalia, et sairastuu, vaan et sitä tapahtuu, eikä oo yksin sen kanssa. Sitä varten nää palvelut onkin."* (Ha4) Täysivertaisuuden ja -valtauuden toteutuminen olivat myös osalle varttuneista hieman haasteellisia käsitteitä ja osa liitti ne Suomen kansalaisuuteen. Yli puolet koki täysivaltaisuuden toteutuneen, mikä ilmeni yhtäläisinä oikeuksina ja velvollisuuksina muiden rinnalla. Osa totesi, että mielenterveystaustasta oli aiheutunut erilaista kohtelua. Varttuneiden kokemukset mielenterveyskuntoutuksen kasvu- ja kipuvaiheista sekä mielenterveysasiakkaan arvostuksessa tapahtuneesta muutoksesta heijastuivat myös vastauksissa.

"On se kehittynyt aika paljon. On siinä mennyt jo lähemmäs 40 vuotta jo. Mä oon kokenut näitä suuria laitoksia. (...) Mä muistan tota, alkuaikana ku mä olin sairaalassa. .. Ni mä jo luulin, et mä olin menettänyt niinku kansalaisoikeuden töihin. Et se oli 1970-luvulla, ni se kasvatti niin raa´aksi, siis mielenterveyspotilaat, että sillä ei olis enää mitään oikeuksia." (Hb9)

Uutena huolenaiheena korostuivat tulevaisuuden kuvat.

"Nyt sitten kun kaikki ruvetaan säästämään ja näin. Sit sitä ei enää ehkä saa, mitä on välillä ollut. Ja kyllä, kyllä se on ollut vaihtelevaa." (Hb3)

Yhteiskunnan vaatimusten tavoittaminen koettiin nuorempien keskuudessa vaikeaksi, koska yhteiskuntaan osallisuuden ajateltiin edellyttävän psyykkistä terveyttä. Yhteiskunnassa toimiminen nähtiin myös raakana pelinä, jossa tarvitaan vahvaa kilpailu- ja selviytymiskykyä sekä oma-aloitteisuutta. Lisäksi yhteiskunnan jäsenyyden koettiin edellyttävän positiivista asennetta, mihin liittyi päättäväisyys ja itsenäisyys omien asioiden hoidossa. Eli *"rohkeutta ottaa asioista, niinku härkää sarvista. Et painaa, painaa vaan eteenpäin."* (Hb8) Ja *"sitä, että hoitaa tai pitää huolta omista oikeuksistaan. Ei välttämättä muut tuu sitten."* (Ha9) Moni koki, ettei työkyvyttömänä täytyä asetettuja kansalaisvelvollisuuksia. Silti toiminnallisuus ja hyvä tukiverkosto toimivat tärkeimpinä kuntoutumisen elementteinä. Itsearvostuksen tunne antoi heille voimaa ja riittävät resurssit turvaa elämiseen. Osa luokitteli Suomen hyvinvointivaltioksi, joka turvaa kaikki, mutta toisaalta sen säilymistä ei enää pidetty itsestänselvyytenä.

Varttuneiden mielestä yhteiskunnan korkeat vaatimukset edellyttivät rohkeutta, avoimuutta, aktiivisuutta, tietoa, koulutusta, itseluottamusta, uskoa, hyvinvointia ja veronmaksukykyä. Omaa asemaa pidettiin heikkona suhteessa päättäjiin ja uudistusten toteutumiseen. *"Nykyinen yhteiskunta on kyllä niin, niin kinkkinen kyllä ku vaan voi näiden lakien ja säädösten mukaan ja. .. Ei tällaiset pysy tuolla eduskunnan kanssa kyllä."* (Hb5) Omien asioiden ajaminen edellytti taitoa tuoda oma mielipide esille ja perustella se. Avun pyytämistä ei saisi pelätä, mutta sitä tuli osata pyytää oikeista paikoista.

Täysivertaisuuden ja -valtaisuuden käsitteet ilmenivät lähes kaikille epäselvinä. Varttuneet suhtautuivat niiden toteutumiseen nuorempia myönteisemmin. Kummatkin ikäryhmät kokivat yhteiskunnan tukeneen heidän kuntoutumistaan yhteiskunnan jäsenenä, vaikka kehityskohteitakin löytyi. Moni ei kokenut olevansa tasaveroinen psyykkisesti terveiden rinnalla. Nykyisen palvelujärjestelmän tulevaisuutta pidettiin epävarmana.

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Tutkimustulokset osoittavat, että mielenterveyskuntoutujien sosiaalinen hyvinvointi rakentuu pääasiassa samoista tekijöistä kuin yleensäkin ihmisillä eli elämän sisällöstä, ihmissuhteista sekä oman tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden kokemuksista. Edellisten tekijöiden merkitys korostuu kohderyhmän yhteydessä, mikä ilmenee heidän vaikeutena suoritua niistä. Näiden haasteiden lisäksi kuntoutujan elämää saattaa varjostaa syrjäytymisen uhka ja normaalin elämänsä katkeaminen sairastumisen seurauksena. (Myös Peltomaa 2005, 25; Romakkaniemi 2010, 150.) Usein mielen sairastuminen heijastuu kaikille elämän tasoille, niihin eri tavoin vaikuttaen. Tutkimustuloksissa esiintyy samansuuntaisia sisältöjä kummankin ikäryhmän kohdalla, mutta usein eri kysymysten yhteydessä.

Yleisesti tutkimushenkilöiden verkostot jakautuvat heidän omien lähtökohtiensa ja tarpeidensa mukaisesti mikro-, meso- ja makrotasoihin, mikä näkyy myös epävirallisen ja virallisen tuen lähteiden merkityksinä. Osalla on hyvin runsas läheisverkosto. Osalla se on huomattavasti heikompi, minkä vuoksi he tukeutuvat enemmän viralliseen tahoon. (Myös Somerkivi 2000, 18; Thoits 2011, 146.) Tärkeimpinä verkostoina korostuvat oma perhe ja muut läheiset, ystävät, ITUSPY:n eri yksiköt, hoitotahot ja seurakunta. Läheisiltään tutkimushenkilöt kaipaavat läsnäoloa, tukea, pysyvyyttä ja rinnalla oloa. Usein konkreettista apua pyydetään mieluiten läheisiltä, mutta sairauteen liittyvissä kysymyksissä käännetään työntekijöiden puoleen. Melko moni hakee myös omasta seurakunnasta hengellistä tukea, uskoa ja ohjausta, mutta saattaa samalla kokea, että häntä karteetaan psyykkisen sairauden aiheuttaman leiman vuoksi.

Kaikki tutkimushenkilöt ovat kiinnittyneitä yhteisölliseen toimintaan, joko asumisen muotona ja/tai päivätoimintaan osallistumalla. Yhteisöt ja vertaiset ilmenevät vahvoina tukiverkostoina, joihin moni kokee samaistuvansa ja joilta he saavat kaipaamaansa ymmärrystä ja tukea sekä muita ihmisiä ympärilleen yksinäisyyden tilalle. Vertaisyhteisöissä tehdään yhteistyötä, koetaan onnistumisia, jaetaan kokemuksia sekä kohotetaan oman arvon ja hyödyllisyyden tunnetta. Yhteisöllisyys ja yhteisötoiminta kerryttävät sosiaalista pääomaa ja muokkaavat sosiaalista identiteettiä (Melin 2010, 566; Niemelä 2002, 77). Osa hakee yhteisöistään elämänsisältöä, mielekästä tekemistä, päivärhythmiä ja tukea asioiden hoitoon, mutta monelle ne näyttävät vertaisten kohtaamispaikkoina tai uusien mahdollisuuksien näyttämöinä. Usein jo tietoisuus vertaistuen olemassaolosta antaa voimaa kuntoutujan arkeen. Tuen ja turvan hakeminen saattavat ilmetä myös riip-

puvuutena. Kaikki eivät silti ole halukkaita osallistumaan yhteisiin tehtäviin ja ryhmiin, vaan osalla tavoitteet painottuvat sosiaalisten tilanteiden harjaannuttamiseen.

Mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin rinnalla olen tässä tutkielmassa kiinnostunut siitä, että löytyykö näiden kahden ikäryhmän väliltä eroavuuksia. Oletin tutkielmaa aloittaessani, että varttuneiden kuntoutujien on ehkä helpompi käsitellä sairauttaan ja sen tuomia merkityksiä elämässään, koska heillä on ollut aikaa totuttautua sairauteensa ja työstää sitä. Tästä johtuen ajattelin myös, että heillä on nuorempia käsitellympiä ja kypsempiä pohdintoja elämästään ja tilanteestaan. Olin tässä osittain väärässä ja yllätyin, kuinka hyvin myös nuoremmat pystyivät ilmaisemaan itseään.

Tutkimustulosten edetessä sain havaita, että nykyikää tärkeämpää on kiinnittää huomio kuntoutujan sairastumisen ajankohtaan ja elämänvaiheeseen. Toisin sanoen kuntoutujan nykyiseen toimijuuteen ja sosiaalisten verkostojen monimuotoisuuteen vaikuttaa se, miten elämän eri osa-alueet, kuten työ- ja opintoelämä, harrasteet ja sosiaaliset verkostot, ovat rakentuneet sairautta edeltävänä aikana. Sairastumisikä heijastuu myös siihen, miten yksilö kokee pystyneensä täyttämään yhteiskunnan jäsenilleen määrittämiä normaaliuden kriteereitä. Tämä näkyy ammatinvalinnan, perheen perustamisen, asunnon hankinnan, itsenäisen pärjäämisen ja työelämän odotuksina. Valtaosa nuoremmista on sairastanut useita vuosia ja varttuneista taas suurin osa on sairastanut jo vuosikymmeniä. Kokonaisuudessaan enemmistö on sairastunut suhteellisen nuorina, parikymppisinä. Tämä vahvistaa edelleen sitä, kuinka tärkeää tutkimuksessa on kiinnittää huomio nimenomaan sairastumisen lähtötilanteeseen, koska se osaltaan määrittää kuntoutumisen polulle omia ehtoja ja rajoitteita, mutta myös mahdollisuuksia.

Moni varttuneista on ollut pitkään työelämässä ennen sairastumistaan, mutta nykyhetkeen nähden he ovat olleet töistä poissa jo kauan. Osa nuoremmista on ollut töissä vaihtelevia jaksoja ennen sairastumistaan ja osalle työelämä oli vielä lähes tuntematon alue. Työkokemuksen lisäksi varttuneilla on nuorempia enemmän kokemusta mielenterveyspalveluiden muutosvaiheista ja monipuolistumisesta sekä laajempi näkemys yhteiskunnan kehityksen vaikutuksista. Niin nuorempien kuin varttuneiden keskuudessa enemmistö pitää nykyisiä mielenterveyspalveluja melko riittävinä ja toimivina.

Sairastuminen on vaikuttanut tutkimushenkilöiden sosiaalisen elämän rakentumiseen eri tavoin. Monella sosiaalinen verkosto on sairautta edeltävänä aikana ollut rikas ja toimiva, mutta sairastumisen yhteydessä läheiset ja ystävät ovat saattaneet kaikota tai kuntou-

tuja on saattanut itse työntää heitä syrjään. Heikko sosiaalinen verkosto on ilmennyt usein kuntoutumisen haasteena. Yhteisöissä ja vertaisten parissa yksilö on saattanut kasvattaa itselleen entistä rikkaamman sosiaalisen verkoston ja vahvemman aseman siinä. Kuntoutuessa vanhat sosiaaliset suhteet ovat saattaneet elpyä. Varttuneilla ikääntymisen myötä sukulaissuhteet ovat usein köyhtyneet. Tutkimustulokset osoittavat selkeästi, kuinka tärkeitä muut ihmiset ovat kaikille heidän iästään riippumatta. Ne osoittavat myös, että hyvät perhesuhteet eivät täytä yksilön sosiaalisten suhteiden tarvetta.

Tutkimushenkilöiden nykyikä on usein yhteydessä heidän elämäntavoitteisiinsa. Nuorempien toiveet painottuvat opinto- ja työelämään, omaan asuntoon ja perheen perustamiseen. Varttuneista monella on pitkä työura takana ja somaattiset vaivat ovat tuoneet uusia elämän haasteita kuntoutumisen rinnalle, minkä vuoksi heidän odotuksensa painottuvat eläkkeellä oloon. Lähes jokaisen toiveissa ilmenee terveydentilan koheneminen ja elämästä nauttiminen muiden seurassa. Myös yhteiskunnalla on suuri merkitys tutkimushenkilöiden sosiaalisen hyvinvoinnin täyttymisen mahdollisuuksille. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, kuinka elämäämme ohjaavat valtakulttuurin määrittämät normit, joita kukin pyrkii osaltaan tavoittelemaan täyttääkseen yhteiskunnan täysivaltaisen jäsenen kriteerit (myös Granfelt 2000, 26, 31; Ihalainen & Kettunen 2011, 98). Yhteiskunta sallii jonkin verran poikkeavuutta ja erilaisuutta, mutta liian suuresta erilaisuudesta ja muiden tuesta riippuvaisuudesta saattaa seurata leimautumista ja toiseuteen ajautumista. Erityisen vahvasti tämä korostuu, mikäli aikuisuuden kriteerit jäävät täyttymättä.

Ihmisarvon ja oman tarvitsevuuden kokemus liittyy myös täysivaltaisuuteen (Martti 2000, 53; Niemelä 2009, 227). Tällöin se ilmentää yksilön kykyä huolehtia itsestään ja läheisistään, jolloin siihen liittyy vahvasti työelämässä oleminen. Kaikkien tutkimushenkilöiden kohdalla työnteko ei ole ajankohtaista tai mahdollista, minkä vuoksi heidän omat yhteisönsä toimivat heille ensisijaisina omanarvon kohottajina. Ne ovat ympäristöjä, joissa he voivat auttaa toisiaan, itseään ja yhteisöään. Enemmistö tutkimushenkilöistä kokee yleisesti, että yhteiskunta tukee heidän osallisuuttaan ja täysivaltaisuuden toteutumistaan riittäväällä ja toimivalla palvelujärjestelmällä. Toisaalta se koetaan myös vaikeaksi, alistavaksi ja eriarvoistavaksi. Moni kokee yhteiskunnan jäsenyyden vaatimusten olevan liian korkeita, jotta heidän olisi edes mahdollista yltää niihin (myös Hall & Cheston 2002, 34). Tutkimushenkilöiden ilmaisemat arvot mukailevat pitkälti yhteiskunnan luomia ihanteita, mutta omien oikeuksien toteutumisen suhteen heillä ilmenee toisistaan eriäviä kokemuksia. Heidän puheesta välittyi, kuinka he kokevat toisinaan

olevansa muita heikommassa asemassa sekä huonompia kansalaisia ja ihmisiä. Tämä saattaa konkretisoitua vääryyden kokemuksena, laiminlyöntinä tai vertailuna esimerkiksi vammaispalveluihin. Toinen epäkohta liittyy osallisuuden kokemukseen, joka ei aina näytä toteutuvan esimerkiksi oman kuntoutumisen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Mielenterveyskuntoutujien elämän haasteiden erityisyys liittyy kuntoutumisen suhteen oleellisiin tekijöihin, mutta mielensairauden heikentämiin ulottuvuuksiin eli juuri niihin tekijöihin, joiden toimivuutta tarvitaan yhteiskunnan jäsenyyden täyttymiseen. Tästä johtuen eri marginaaliryhmiä ei saisi liittää yhteisen tarkastelun piiriin, vaan palvelujärjestelmän tulisi kohdata jokainen asiakasryhmä heidän erityispiirteensä huomioiden.

Tutkimushenkilöillä on keskenään ristiriitaisia ja vaihtelevia kokemuksia leimautumisesta. Melko monen kokemuksista välittyi sisäisen ja ulkoisen leiman vaikutus, jolloin leimautuminen yhdistyi osittain omiin ajatuksiin ja osittain muiden ihmisten käyttäytymiseen (myös Peltomaa 2005, 40; Romakkaniemi 2010, 150). Valtaosa kokee säästyneensä leimaamiselta, koska sairaus ei näy ulospäin tai koska he eivät ole kertoneet siitä perheen ulkopuolella. Toisaalta leimaavaa käytöstä on saatettu kokea hyvinkin yllättävältä taholta, kuten terveyskeskuksen lääkäreiltä, ihmisiltä, joiden jokainen kuvittelisi kykenevän ammattitaitonsa vuoksi suhtautumaan asiallisesti eri asiakasryhmiin. Ehkä leima on peräisin yhteiskunnan palveluiden jakautumisesta, jossa todellinen marginaalisuus nousee esiin? Hälyttävänä piirteenä ilmenee kuitenkin se, että kuntoutuja saatetaan alistaa epätasa-arvoiselle ja loukkaavalle kohtelulle hänen hakiessaan apua ammattilaisilta.

Edellisistä epäkohdista huolimatta tieto ja ymmärrys mielenterveyden tärkeydestä sekä sen heikentymisen seurauksista yksilön elämään on yleisessä tietoisuudessa vahvistunut. Tämä on näkynyt myös käsitteiden kehittymisenä. Nykykielessä mielen sairastumisen yhteydessä käytetään yleisemmin käsitteitä psyykkisesti sairas, mielenterveysongelmainen ja mielenterveyskuntoutuja. Jälkimmäisestä kuvastuu myönteinen vaikutelma, joka ohjaa sairauskeskeisyydestä pois. Myös mielenterveyspalvelut ovat kehittyneet ja monissa kunnissa kolmas sektori on tullut täydentämään kunnallisia palveluita. Toisaalta kuntien välillä ilmenee epätasa-arvoisuutta, mikä näkyy eri asiakasryhmien palveluiden priorisointina. (Myös Codyre 2009, 49–50; Järvikoski & Härkäpää 2011, 100, 234.)

Omana ennakoajatuksenani esiintyi oletus siitä, ettei nykyinen palvelujärjestelmä välttämättä ole riittävä tai tue tarpeeksi mielenterveyskuntoutujien paluuta yhteiskunnan

täysivaltaisiksi jäseniksi. Se ei kuitenkaan ole täysin yhteneväinen tutkimustulosten kanssa. Ennakoajatukseni liittyi ehkä ennemmin nykyisiin hälytysmerkkeihin, joissa taloudellinen tilanne pakottaa säästötoimiin. Osittain tämä on jo näkynyt palveluiden karsimisena, tukien heikentymisenä, harventuneina hoitokontakteina ja ylipäättään kuntoutujien elämän kapeutumisenä. Ennaltaehkäisevän ja korjaavan näkökulman sijaan yhteiskunnassa vallitsee tehokkuusajattelu, joka määrittää toimintaa. Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden osoittaminen on vaikeaa. Kuntoutujien tulisikin olla aikaisempaa enemmän tuomassa esiin mielenterveyspalveluiden merkitystä mielekkään elämän ja töihin paluun mahdollistajina. Toisaalta jokaisella tulisi olla oikeus elää ihmisarvoista ja sisältörikasta elämää muiden parissa osallistumalla yhteiskuntaan omien kykyjensä ja vointinsa mukaisesti.

Sosiaalinen osallisuus vahvistaa tutkimushenkilöiden sosiaalisen hyvinvoinnin kokemusta. Myös heidän elämänlaadun ja -tyytyväisyyden sekä onnellisuuden kokemukset ovat yhteydessä toisiinsa. Mitä tyytyväisempiä ja onnellisimpia he ovat, sitä korkeammaksi he myös arvioivat elämänlaatunsa tason. Samoin mitä kokonaisvaltaisempi heidän elämänhallintansa on, sitä parempi on myös heidän elämänlaatunsa. Niemelän (2009; 2006) inhimillisen toiminnan tasot ja ulottuvuudet soveltuvat myös mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin tarkasteluun. Elämisen mielekkyys ilmenee yksilöllisten tarpeiden toteutumisena, joihin usein liittyvät tärkeät ihmiset, päivärytmi ja mielekäs tekeminen omassa kodissa, yhteisössä, töissä tai opinnoissa. Omistaminen on yhteydessä siihen, miten kuntoutujat kokevat voivansa omistaa arvostamia asioita, tyydyttää perustarpeita, toteuttaa itseään ja osallistua eri toimintoihin. Toiminnan tasojen ulottuvuuksien, aineellisen, sosiaalisen ja henkisen, keskinäinen tasapaino ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen mahdollistavat kuntoutujalle korkeamman sosiaalisen hyvinvoinnin tason sekä kokemuksen yhteiskuntaan osallisuudesta.

Tutkimushenkilöiden roolit rakentuivat pääsääntöisesti perinteisistä tehtävistä, joista he suoriutuivat melko hyvin. Arki täyttyi monenlaisesta tekemisestä, vaikkakin moni kaipasi lisäpuuhaa. Yhteisöt ilmenivät tärkeinä paikkoina ja työn korvikkeena. Tutkimustulokset osoittavat, että niin yksilö itse, hänen intressinsä ja sosiaaliset verkostonsa kuin myös vallitsevat olosuhteet ja taustatekijät vaikuttavat hänen toimijuutensa lopulliseen tasoon. Tutkimusaineisto osoittaa moninaisia ja yksilöllisiä tarinoita, mutta kaikissa sosiaalinen elämä ja toiminta eli sosiaalisen hyvinvoinnin merkitys korostuu.

8 POHDINTAA

Olen tutkielmassani ollut kiinnostunut siitä, miten eri-ikäiset mielenterveyskuntoutujat kokevat sosiaalisen hyvinvointinsa, mistä se rakentuu ja miten yhteiskunta tukee sen toteutumista. Tätä olen tutkinut tarkastelemalla kahden eri ikäryhmän kokemuksia sekä heidän sosiaaliselle hyvinvoinnille antamiaan merkityksiä. Osaltaan minua jäi harmitamaan, etten onnistunut tavoitteessani haastatella 25–35-vuotiaita kuntoutujia. Toisaalta tiedän nyt saaneeni hyvän aineiston, joka perustuu monen kohdalla kuntoutumisen pitkäkestoisen etenemisen aikaansaamaan kuntoutumisvalmiuteen. Se, etten tavoittanut nuorempia, saattaa johtua siitä, että he ovat vielä liian varhaisessa kuntoutumisen vaiheessa, jotta kokisivat pystyvänsä jakamaan ajatuksiaan. Toiseksi ITUSPY:n palvelut on suunnattu yli 18-vuotiaille, minkä vuoksi myös asiakkaiden keski-ikä lähenee nuoruuden sijaan aikuisuuden eri vaiheita. Teemahaastattelu tuntui luontevimmalta tavalta lähestyä kuntoutujia.

Tutkimusaineiston keruu tuotti toisinaan haasteita niiden kasautuessa yhdelle päivälle, jolloin omat voimavarani olivat koetuksella. Kokemuksesta viisastuneena en enää tekisi yhden päivän aikana viittä haastattelua, vaan tyytyisin jatkossa kahdesta kolmeen. Tutkimuskohteen laajuuden vuoksi haastatteluista muodostui usein hyvin pitkiä, mikä edellytti minulta hyvää keskittymiskykyä ja jaksamista. Sopiva kuormitus mahdollisti, että pystyin olemaan läsnä ja kuulemaan, mitä toinen haluaa sanoa. Pysin mahdollisimman empaattiseen, ymmärtävään ja kannustavaan kohtaamiseen, mutta myös ohjaamaan haastattelun kulkua. Melko usein tutkimushenkilöt avautuivat asioista, joihin en ollut osannut valmistautua. Monet raskaat ja raa'at kokemukset pysäyttivät. Tutkimushenkilön herkistyessä jouduin myös tasapainoilemaan niin kysymysten asettelussani kuin verbaalisessa ja nonverbaalisessa viestinnässäni. Pysin olemaan valppaana tutkimushenkilöiden viestinnälle sekä tiettyjen teemojen ja kysymysten ohittamisen tarpeelle, mutta myös haastattelun toteutumisen mielekkyydelle. Toisten vaikeiden tilanteiden esille tulo herätti ajatuksia myös siitä, mitä ja miten voin haastatteluista tuoda esille.

Haastattelun aikana selostin tutkimushenkilöille haastattelun etenemistä, minkä uskon auttaneen monia jaksamaan viimeiseen kysymykseen asti. Vaikka osa koki haastattelut raskaiksi ja vaikeiksi, halusivat he silti olla siinä osallisena ja tarjota oman näkemyksensä. Lopulta yllätyin, kuinka hyvin tutkimushenkilöt jaksoivat käydä haastatteluteemat läpi uupumisen merkeistä huolimatta. Kuntoutujien puheesta välittyi, kuinka he ovat prosessoineet kuntoutumisensa eri vaiheita ja elämän haasteita. Haastatteluhetket jäävät

muistoihini minua rikastavina, opettavina ja kehittävinä elämyksinä. Ne tuottivat hyvin rikkaan sekä vaihtelevan kuvan mielenterveyskuntoutujien elämästä ja sosiaalisen hyvinvoinnin tekijöistä. Päädyin analysoimaan haastattelut teemoittelemalla, koska se tuntui sopivimmalta tavalta työstää laaja tutkimusaineisto.

Koin haastattelut tutkimuksellisesti antoisiksi, mutta myös siksi, että tutkimushenkilöille tarjoutui tila oman kokemuksensa ja näkemyksensä kertomiseen. Yllättävänä lisänä haastattelut tuottivat myös uutta ymmärrystä, jota en ollut aikaisemmin pystynyt luomaan työroolissani. Ainoastaan ristiriitaiset vastaukset tiettyjen kysymysten yhteydessä saivat minut pohtimaan kysymystenasetteluni vaikeaselkoisuutta tai tutkimushenkilön kokemusten sekoittumista vertaistoiminnan ja kunnallisten palveluiden keskuudessa tai ristiriitaisten kokemusten mahdollisuutta. Uskon, että juuri vertaisyhteisöissään kuntoutujat saavat kokea jäsenyytensä vahvuuksia, mutta niiden ulkopuolella heitä saattaa kohdata toinen maailma.

Tutkielman tekemiseen omalla työkentälläni liittyi niin sitä vahvistavia kuin uhkaavia tekijöitä. Se mahdollisti tutkimusprosessin toteuttamisen omalla mukavuusalueellani, mutta samalla se kenties heikensi kykyäni objektiiviseen tarkasteluun. Työroolini kokonaisvaltainen häivyttäminen oli mahdotonta, koska tunsin osan tutkimushenkilöistä entuudestaan, enkä olisi vieraammiltakaan voinut sitä tietoa evätä. Uskon, että tuttuuteni lisäksi tutkielman esitteleminen ja taustatietojen jakaminen sekä henkilökohtaiset lähestymiset vaikuttivat osaltaan myönteisesti kuntoutujien osallistumishalukkuuteen. Myös työnantajani ja työyhteisöni ovat edistäneet ja mahdollistaneet tutkielmani toteutumisen.

Tutkimustyön riskit ja uhkat omalla työkentälläni liittyivät niin rooliristiriitoihin kuin esiymmärrykseeni, minkä vuoksi pyrin refleктоimaan toimintaani ja syntyneitä ajatuksiani koko tutkimusprosessin ajan. Pohdin myös, mille asioille olen ehkä sokea tai mitä itsestäänselvyyksiä omaan. Tämän edesauttamiseksi pyrin omaksumaan ihmettelevän asenteen ja olemaan valppaana työroolini vaikutuksille. Pyrin muodostamaan haastatte- luista mahdollisimman luotettavia tulkintoja sekä sulkeistamaan aikaisemmat oletukse- ni, kokemukseni ja tietämykseni taka-alalle. Halusin, että jokainen tutkimushenkilö saa kertoa oman, omannäköisen tarinan, siten kuin hän itse halusi ja valitsi. Kaksoisrooliini liittyvistä haasteista johtuen koin lopuksi vieraampien tutkimushenkilöiden haastatte- lisen helpommaksi, koska heidän parissaan olin vapaa aikaisemmasta tietämyksestäni.

Tutkijan roolini itselle tutussa ympäristössä, työnantajani eri toimipisteissä, välittyi myös haastatteluiden jälkitunnelmiin. Toisinaan jäin pohtimaan työroolini vaikutusta siihen, mitä tutkimushenkilöt olivat vastanneet. Pohdin erityisesti, vastasivatko he ajoittain siten kuin ajattelivat minun odottavan tai mitä ehkä haluaisin kuulla. Lisäksi heidän ja julkisen puheen välillä ilmeni toisinaan eroja, mikä synnytti minussa ristiriitaisia ajatuksia. Toisaalta ymmärsin, että heidän tilanteensa on toisenlainen kuin niiden mielenterveyskuntoutujien, jotka eivät ole kiinnittyneitä mihinkään palvelujärjestelmään tai yhteisöön. Pohdin pitkään myös omia tutkijan oikeuksiani ja oikeuttani luokitella ihmisiä tutkielmassani. Huomasin välillä korostavani tasavertaisuutta ja välillä taas luokittelevani heitä mielenterveyskuntoutujiksi ja marginaaliryhmän edustajiksi.

Tutkielmani heikkoudeksi saatetaan määritellä sen laajuus, joka paljastui minulle niin käsitetarkastelun, haastatteluiden kuin aineiston analysoinnin yhteydessä. Tutkimusongelman monitahoisuus asetti minut monien valintojen äärelle, jotta työstäni ei olisi tullut elämäntyöni. Mikäli voisin peruuttaa, valitsisin todennäköisesti saman tutkimuskohteen, mutta ehkä pureutuisin kolmen tutkimuskysymyksen sijaan vain yhteen. Laajuudesta ja vaihtelevista määritelmistä huolimatta koin tutkimusaiheen tärkeäksi, mitä myös työkokemukseni tuki. Tiedän, että kuntoutujissa piilevä potentiaali voidaan saada esille heitä tukemalla. Tällöin myös kaikki voittavat, yhteiskunta, omaiset, mutta ennen kaikkea itse kuntoutujat. Toinen perustelu valitulle tutkimusaiheelle, tutkimuskysymyksille ja tutkimusmenetelmälle koskettaa juuri mielenterveyskuntoutujien erityisyyttä ja tutkijan roolia. Vaikka tutkimusmenetelmänäni ei ollut syvähaastattelu, muutama tutkimushenkilö koki haastattelun hyvin syvälliseksi ja osittain myös raskaaksi. Tämän vuoksi voidaan pohtia, mitä tuntemuksia heillä olisi noussut vielä syväluotaavammasta tutkimusaiheesta. Kolmantena tekijänä korostan tämän tutkimuskohteen parissa työskentelemisen varovaisuutta, mikä estää tutkijaa lipsumasta tutkijasta terapeutiksi.

Tutkimusaiheeni erityisyys ja sensitiivisyys ilmenee myös siinä, miten psyykkinen sairaus jättää jälkensä sosiaalisen hyvinvoinnin mahdollisuuksiin. Kuntoutumisen haasteet kohdistuvat yksilön sosiaalisen toimintakyvyn ja -taitojen palauttamiseen. Lokeroinnin ja luokittelun sijaan kuntoutujien erityisyys ja yksilölliset tekijät tulee huomioida keskinäisessä yhteistyössä. Jokainen on yksilö. Jokaisella on myös oma tarina, joka voi poiketa suuresti jonkin toisen kuntoutujan tarinasta. Tutkimushenkilöiden tuottamat kokemukset auttoivat minua ymmärtämään, kuinka täysivertaisuuden ja ihmisarvon toteutu-

misen taso liittyy kuntoutujan jäsenyyden vahvuuteen ja oman paikan löytymiseen niin yhteiskunnassa ja eri yhteisöissä kuin myös oman kodin ja perheen sisällä.

Suomen perustuslaki lupaa kaikille yhtäläiset oikeudet ja velvollisuudet. Todellisuudessa yhteiskuntaamme sisältyy eriarvoisuutta ja ulkopuolisuutta. Tämä näkyy myös mielenterveyskuntoutujien elämässä ja heidän hyvinvointinsa toteutumisessa. Julkinen valta pystyy yhä huonommin tukemaan jäseniensä hyvän elämän toteutumista. Arjessa pärjäämisen kriteerit ja tuen saannin välinen ristiriita osoittavat, etteivät tarpeet ja resurssit kohtaa. Yksilö jää helposti yksin. Heikompien yhteiskunnan jäsenien on haasteellista tavoitella täysivertaisen kansalaisen aseman konkreettista täyttymistä. Tasa-arvoisuus kuulostaa kliseeltä, joka elää ajatuksissa, mutta ei enää toteudu. Eriarvoisuus ilmenee myös siinä, miten ihmisten ympärillä olevat verkostot ja tuen saannin mahdollisuudet vaihtelevat. Erilaiset yhteisöt ovat syntyneet paikkaamaan yhteiskunnan kyvyttömyyttä.

Oikea-aikaisilla, soveltuvilla, riittävillä ja jatkuvuutta tuottavilla palveluilla on suuri merkitys kuntoutumisen etenemiselle. Tämä tutkielma toimii hyvänä osoittimena mielenterveyden avopalveluiden säilyttämisen tärkeydestä. Samalla se osoittaa niiden vaikuttavuutta mielenterveyskuntoutujien elämänlaadussa. Silti mielenterveysasioille tuntuu jäävän vain vähän tilaa. Mielenterveyskuntoutujien tarpeiden priorisointi ei näyttäyty listan kärjessä, kuten eivät myöskään heille osoitetut resurssit tai kohderyhmän mukaisen asiantuntemuksen toteutuminen. Tästä johtuen mielenterveyspuolen asiantunte-
musta tulisi lisätä niin koko palvelujärjestelmän sisällä kuin myös sosiaalityön opin-
noissa. Tällä hetkellä mielenterveysasiat jäävät lähinnä opiskelijan oman mielenkiinnon
varaansa. Tämä on suuri puute, sillä mielenterveysongelmat eivät ole häviämässä, vaan
päinvastoin ne ilmenevät usein kasautuvina ongelmina, yksilön kuormittumisena ja
elämänlaadun heikentymisenä. Ilman riittävää ja oikea-aikaista tukea kuntoutujien elä-
mänhallinta vaikeutuu kaikilla elämän osa-alueilla, mikä takaa entistä isomman työ-
maan kuntoutujan lisäksi myös työntekijöille.

Sosiaalityön holistisen kohtaamisen vaatimus edellyttää ihmisen kokonaisuuden koh-
taamista. Ihminen tulee nähdä psyykkis-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena ja ymmärtää
näiden eri osa-alueiden välisen vuorovaikutuksen merkitys. Kiinnittymällä vain elämi-
sen perusehtojen täyttymiseen tuetaan kyllä elämän jatkuvuutta, mutta unohdetaan sa-
malla sen laadun merkitys ihmisen hyvinvoinnille.

Tutkielma antaa viitteitä tutkimushenkilöiden suhteellisen hyvästä asemasta, mutta jättää vastaamatta seuraaviin kysymyksiin. Miksi julkisessa puheessa ilmenee puhetta eriarvoisuudesta, marginaalisuudesta, sivulle ja ulos jäävistä, äänen esille saamattomuudesta, epätasa-arvoisesta kohtelusta sekä leimautumisesta? Mikä on tämän marginaaliryhmän marginaali, joka kärsii eniten ja miten heitä voitaisiin parhaiten tukea? Mielenkiintoista olisi jatkossa saada vertailupohjaa tutkimuskysymyksilleni niiden mielenterveyskuntoutujien keskuudessa, jotka eivät hyödynnä avopalveluita tai eivät ole tietoisia niiden olemassa olostani tai niiden mielenterveysongelmaisten kohdalla, jotka ovat jo syrjäytyneet tai jotka ovat selkeässä vaarassa siirtyä yhteiskunnan reunan ulkopuolelle. Haastattelemillani tutkimushenkilöillä on ITUSPY:n raamien sisäpuolella paremmat mahdollisuudet sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumiseen iästään huolimatta. Näiden yhteisöllisten palveluiden myötä heillä on ainakin jonkintasoinen kosketus ulkomaailmaan.

Mielenterveyskuntoutajat näyttävät tutkielmassani oman elämänsä taistelijoina, selviytyjinä ja vahvoina ihmisinä urillaan. Osaltaan vaikuttaa siltä, että yhteiskuntamme sallii vain tietynlaista erilaisuutta ja ohjaa jäseniään noudattamaan normatiivisia käytäntöjä yksilöllisten elämäntapojen sijaan. Olemme kuitenkin ihmisinä erilaisia ja uniikkeja yksilöitä. Miелensairaus on yksi sairaus muiden joukossa, minkä vuoksi yhteiskunnan tulee kyetä tukemaan mielenterveyskuntoutujien täysivertaisen jäsenyyden toteutumista sekä poistamaan vääristyneitä ennakkoluuloja ja asenteita. Muiden suvaitsevaisuus auttaisi myös mielenterveyskuntoutujia näkemään oman sosiaalisen identiteetin moninaisuuden ja monimuotoisuuden, joista mielenterveyskuntoutuja on vain yksi.

Kokemuksia jakamalla saadaan tärkeitä asioita esille julkiseen puheeseen ja voidaan ehkä vaikuttaa mielenterveyspalveluiden tehokkuuteen ja tärkeyteen kuntoutumisen prosessissa. Kokemusasiantuntijoiden kokemusten jakaminen on tärkeää myös siksi, että nykyiset yhteiskunnan vaatimukset tuntuvat kohtuuttomilta. Mielenterveyskuntoutujilta vaaditaan paljon oman sairautensa voittamiseksi, oman tahdon ja toiminnan lisäksi. He tarvitsevat myös muita tukipilareita. Sosiaalinen hyvinvointi edellyttää riittävän hyvää kokemusta omasta elämänlaadusta, joka määrittyy kunkin yksilöllisistä tarpeista. Sosiaalisen hyvinvoinnin ja kuntoutumisen toteutumiseksi kuntoutujalle tulee tarjoutua riittäviä ja mielekkäitä toimintaympäristöjä ja mahdollisuuksia sosiaalisten verkostojen rakentamiseen niin normaali- kuin vertaispalvelujen äärellä sekä osallisuuden, kehittämisen ja vaikuttamisen kokemusta niin omissa asioissaan kuin yhteiskunnassa.

KIRJALLISUUSLUETTELO

Aalto, Anna-Mari & Hurri, Heikki & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma & Karjalainen, Vappu & Paatero, Heidi & Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka (toim.)(2002) *Kannattaako kuntoutus?: asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 267.* Helsinki: Stakes.

Aalto, Inkeri & Kiljala, Satu (toim.) (2001) *Toisin tehden: uusia tuulia mielenterveys-työhön.* Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) (2010a) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos.* Jyväskylä: PS-Kustannus.

Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) (2010b) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos.* Jyväskylä: PS-Kustannus.

Ahokas, Marja (2010) *Ryhmät ja niiden väliset suhteet.* Teoksessa Eero Suoninen & Anna-Maija Pirttilä-Backman & Anja Riitta Lahikainen & Marja Ahokas (toim.) *Arjen sosiaalipsykologia.* Helsinki: WSOYpro Oy, 185–242.

Ahponen, Pirkkoliisa (2008) *Tasa-arvoa vai erojen politiikkaa? Sosiaalisesta kulttuuriin kansalaisuuteen.* Janus. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 16 (2), 127–145.

Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia.* Porvoo: Söderström.

Anttila, Jorma (2007) *Kansallinen identiteetti ja suomalaisiksi samastuminen. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 14.* Helsinki: Yliopistopaino.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5481/kansalli.pdf?sequence=2>. [Haettu 23.11.2011.]

Anttonen, Anneli (2011) *Hoivan sosiaaliset merkitykset.* Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) *Sosiaalisen toiminnan perusta.* Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 135–151.

Blunsdon, Betsy & Davern, Melanie (2007) *Measuring Wellness Through Interdisciplinary Community Development: Linking the Physical, Economic and Social Environment.* *Journal of Community Practice* 15 (1/2), 217–238.

Bracke, Piet & Christiaens, Wendy & Verhaeghe, Mieke (2008) *Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons With Chronic Mental Health Problems.* *Journal of Applied Social Psychology* 38 (2), 436–459.

Brofenbrenner, Urie (1981a) *Ekologinen sosiaalisuututkimus – peruskehikko.* Teoksessa Kurt Lüscher (toim.) *Urie, Brofenbrenner / Sosiaalisuututkimus.* Suomentanut Ikonen, Pirkko. Prisma-tietokirjasto. *Psykologia.* Espoo: Weilin + Göös, 189–209.

Brofenbrenner, Urie (1981b) *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design.* 4th printing. Cambridge, Mass: Harvard U.P.

Brofenbrenner, Urie (1979) *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design.* Amazon.co.uk: Harvard University Press.

- Brunt, David & Tibblin, Lena (2011) Supported housing and housing support for the psychiatrically disabled – Background, population, policies, practices and current challenges. *Aotearoa New Zealand Social Work Review* 23 (1/2), 54–65.
- Castrén, Anna-Maija (2005) Verkostot voimavarana. Laadullinen verkostotutkimus suomalaisen ja venäläisen yhteiskunnan vertailussa. Teoksessa Pertti Jokivuori (toim.) *Sosiaalisen pääoman kentät*. Jyväskylä: Minerva, 147–169.
- Cerven, Christine (2006) Psychological Well-being, Socioeconomic Status, and the Accumulation of Multiple Identities. *Conference Papers, American Sociological Association, Annual Meeting*, 1–20.
- Codyre, David (2009) Social inclusion: a primary mental health perspective. *International Journal of Leadership* 1 (5), 46–50.
- Cornwell, Erin York & Waite, Linda J. (2009) Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health & Social Behavior* 50 (1), 31–48.
- Crabtree, Jason W. & Haslam, S. Alexander & Postmes, Tom & Haslam, Catherine (2010) Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem: Positive and Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues* 66 (3), 553–569.
- Day, J. & Wen, M. (2007) Social capital and adolescent mental well-being: The role of family, school and neighborhood. *Conference Papers. American Sociological Association. Annual Meeting*, 1–17.
- Ekholm, Elina (2009) Monimuotoisuus ja esteettömyys: näkövammaisten asiantuntijoiden työelämäkokemuksia. Väitöskirja. Espoo: Ennora.
- Eronen, Anne & Londen, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta (2008) *Sosiaalibarometri 2008: ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista ja palvelujärjestelmän muutoksesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2010) Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 26–44.
- Eskola, Jarkko (2009) Mielenterveys – marginaalista keskiöön? *Mielenterveys. Mielenterveyden asiantuntijalehti* 48 (2), 31–35.
- Farone, Diane Weis & Pickens, Judith (2007) The Mental Health System and Sense of Self Among Adults with Serious Mental Illness. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment* 15 (4), 35–54.
- Fledderus, Martine & Bohlmeijer, Ernst T. & Smit, Filip & Westerhof, Gerben J. (2010) Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *American Journal of Public Health* 100 (12), 2372–2378.
- Forss, Päivi & Vatula-Pimiä, Marja-Leena (2007) *Sosiaalinen turva ja hyvinvointi*. Helsinki: Edita.

- Gormley, David & Quinn, Neil (2009) *Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work*. *Practice* 21 (4), 259–272.
- Granfelt, Riitta (2000) *Marginalisaatio*. Teoksessa Eija Nurminen (toim.) *Sosiaalityö ristipaineissa*. Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. 2 muuttamaton painos. Helsinki: Yliopistopaino, 19–38.
- Granfelt, Riitta (1998) *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 702. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hall, Sarah & Cheston, Richard (2002) *Mental Health and Identity: The Evaluation of a Drop-in Centre*. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 12 (1), 30–43.
- Heikkinen, Eino & Tuomi, Jouni (toim.) (2000) *Suomalainen elämäntietä*. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.
- Helne, Tuula (2002) *Sisällä, reunalla, ulkona? Kohti relationaalista syrjäytymisen tarkastelua*. Teoksessa Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 20–43.
- Henkilötietolaki (1999/523). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. [Haettu 22.4.2013.]
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007) *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hjerppe, Reino (2005) *Sosiaalinen pääoma, sen taloudelliset vaikutukset ja akkumulatio*. Teoksessa Pertti Jokivuori (toim.) *Sosiaalisen pääoman kentät*. Jyväskylä: Minerva, 103–132.
- Hodges, John Q. (2006) *Peer Support Among Consumers of Professional Mental Health Services: Implications for Practice, Policy, and Research*. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 14 (3), 81–92.
- Hyypä, Markku T. (2002) *Elinvoimaa yhteisöstä: sosiaalinen pääoma ja terveys*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hämäläinen, Juha (2006) *Hyvinvoinnin kaksi strategiaa: poliittinen ja pedagoginen*. Teoksessa Pauli Niemelä & Terho Pursiainen (toim.) *Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena*. Professori Juhani Laurinkarin juhlakirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopio: Kuopion yliopisto, 16–29.
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2005) *Toinen tieto: kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Ihalainen, Jarmo & Kettunen, Terttu (2011) *Turvaverkko vai trampoliini: sosiaaliturvan mahdollisuudet*. 6. painos. Helsinki: WSOYpro.

Ikäheimo, Heikki (2008) Sosiaalisuus ja epäsosiaalisuus sosiaalityössä. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Palmenia-sarja 36. Helsinki: Palmenia, 13–33.

Immonen, Tuula & Ahonen, Juha (toim.) (2002) Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Mielekäs elämä! -ohjelma. Mielenterveyden ja työllistymisen edistämisen asiantuntijaryhmän julkaisu. Selvityksiä 2002:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Isojoki, Veli-Matti (2010) "Mulla on ihan niinku ikävä tänne" – Klubitalo osallisuuden mahdollistajana. Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen kuuluva lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=88aa8ff4-1e07-442a-b92e-2dfad6e2342b>. [Haettu 21.11.2011.]

ITUSPY (2013) <http://www.ituspy.com>. [Haettu 19.3.2013]

Jantunen, Eila (2008) Osalliseksi tuleminen: masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja. A. Tutkimuksia 18. Lisensiaatintyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Jokinen, Arja (2004) Asuntola kulttuurisella kartastolla. Teoksessa Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 74–97.

Jokinen, Arja & Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (toim.) (2004a) Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus.

Jokinen, Arja & Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (2004b) Johdanto: neuvottelu marginaalien kulttuurisesta paikasta. Teoksessa Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 9–19.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, Kimmo (2002) Terve elämä tämänhetkisyiden kulttuurissa. Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi: näkökulmia sosiaali- ja terveystieteille. Jyväskylä: PS-kustannus, 60–75.

Jokivuori, Pertti (toim.) (2005) Sosiaalisen pääoman kentät. Jyväskylä: Minerva.

Juhila, Kirsi (2008) Aikuisuus sosiaalityössä. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 82–108.

Juhila, Kirsi (2002) Sosiaalityö marginaalissa. Teoksessa Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 11–19.

Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) (2002) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Jungwee, Park & Nelson, Connie H. (2005) Correlates of unmet mental health care needs, and social support, health status and health behaviour. Conference Papers. American Sociological Association. Annual Meeting, 1–17.

Järvikoski, Aila (1994) *Vajaakuntoisuudesta elämän hallintaan? : kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Tutkimuksia/ Kuntoutussäätiö 46. Väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiö.*

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) *Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.*

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2004) *Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.*

Kananoja, Aulikki (2010) *Sosiaalityön asiakastyön menetelmät ja orientaatiot: Asiakastyön yleiset lähtökohdat. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 2. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma, 119–139.*

Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) (2010) *Sosiaalityön käsikirja. 2.uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma.*

Karjalainen, Vappu (2004) *Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 11–25.*

Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) (2004) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes.*

Kimberlin, Sara E. (2009) *Political Science Theory and Disability. Journal of Human Behavior in the Social Environment 19 (1), 26–43.*

Kimberlin, Sara E. & Ager, Mary (2009) *Economic Theories of Disability Benefits. Journal of Human Behavior in the Social Environment 19 (1), 70–84.*

Kinnunen, Petri (1998) *Hyvinvoinnin ruletti: tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Acta Universitatis Lapponiensis 20. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.*

Knuuti, Ulla (2007) *Matkalla marginaalista valtavirtaan?: huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.*

Koskisuu, Jari (2004) *Eri teitä perille: mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki:Edita.*

Kostamo-Pääkkö, Kaisa (2001) *"Puheet avohuoltolaitosten, toimenpiteiden ja laitosten keskeisiä": analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 39. Rovaniemi: Lapin yliopisto.*

Kotiranta, Tuija & Haaki, Raili & Niemi, Petteri (2011) *Sosiaalisuus ja sosiaalinen hyvinvointi. Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 241–248.*

Kotiranta, Tuija & Niemi, Petteri & Haaki, Raili (toim.) (2011) *Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.*

- Kouvo, Antti & Räsänen, Pekka (2005) Sosiaalinen pääoma, elämäntilanne ja sosiodemografiset tekijät – käyttökelpoisia elämänlaadun ja hyvinvoinnin jäsennysperusteita? *Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 5 (1), 22–38.
- Krok, Suvi (2009) Hyviä äitejä ja arjen pärjääjiä: yksinhuoltajia marginaalissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1437. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Kulmala, Anna (2006) Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 523. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. <http://tambud.uta.fi/bistream/handle/10024/67610/951-44-665-2.pdf?sequence=1>. [Haettu 25.11.2011.]
- Kuusela, Pekka (2011) Sosiaalitieteet, sosiaalisuus ja sosiaalisen toiminnan teoria. Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) *Sosiaalisen toiminnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 51–71.
- Kyngäs, Margit (2000) Vankeus miehen elämänselämyksessä: tutkimus nuorena rikoksentehtäjänä vankilaan tuomittujen miesten lapsuudesta, vankeusajasta ja vankeuden jälkeisestä elämästä. *Acta Universitatis Lapponiensis* 36. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kärkkäinen, Sirkka-Liisa (2005) Minne häviää asunnoton mielenterveysongelmainen? Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) *Toinen tieto: kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 293–318.
- Lahikainen, Anja Riitta (2010) Minuuden sosiaalinen rakentuminen. Teoksessa Eero Suoninen & Anna-Maija Pirttilä-Backman & Anja Riitta Lahikainen & Marja Ahokas (toim.) *Arjen sosiaalipsykologia*. Helsinki: WSOYpro Oy, 89–140.
- Laine, Timo (2010) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 28–45.
- Laitinen, Maarit (2008) Valta ja asiakaslähtöisyys viranomaiskohtaamisissa. Lahtelaisien asiakkaiden kertomuksia työttömyyden ajalta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=eec7ecae-14f9-496f-82cd-c521f0e95d79>. [Haettu 18.11. 2011.]
- Laitinen, Merja (2004) Häväistyt ruumiit, rikotut miehet: tutkimus lapsina läheissuhteissa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ja miesten elämästä. Väitöskirja. Tampere: Vastapaino.
- Lehtinen, Ville (2002) Hyvinvointi ja mielenterveys. Teoksessa Tuula Immonen & Juha Ahonen (toim.) *Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Mielekäs elämä! –ohjelma. Mielenterveyden ja työllistymisen edistämisen asiantuntijaryhmän julkaisu. Selvityksiä 2002:14*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 19–25.
- Lehtinen, Ville (2000) Mielenterveyttä ikä kaikki. Teoksessa Eino Heikkinen & Jouni Tuomi (toim.) *Suomalainen elämänselämyksensä*. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi, 235–253.

- Leino, Eeva (2004) Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 93–101.
- Loponen, Katriina (2010) Palvelujen kynnyksellä. Nuorten aikuisten kokemuksia työelämän toiseudesta. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Lapin yliopisto. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=82ec6353-b9d9-45d6-a0a5-a454ad08d26c>. [Haettu 21.11.2011.]
- Lüscher, Kurt (toim.) (1981) Urie, Brofenbrenner / Sosialisatitotkimus. Suomentanut Ikonen, Pirkko. Prisma-tietokirjasto. Psykologia. Espoo: Weilin + Göös.
- Lönnqvist, Jouko (2003) Mielenterveys suojelukohteena. Teoksessa Minna Valkonen-Korhonen & Kaarina Lehtonen & Timo Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Helsinki University Press, 80–86.
- Martindale, Kathy & Phillips, Ross (2010) Applying quality of life in mental health social work practice. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, 21/22 (4/1), 55–63.
- Martti, Sirpa (2000) Hyvän mielen tiedotuskeskus – paikka, johon tulla. Arviointitutkimus Tiedotuskeskuksen vaikuttavuudesta mielenterveyskuntoutujien elämään. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 35. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Mattila-Aalto, Minna (2009) Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. 81. Kuntoutussäätiö: Yliopistopaino. http://www.kuntoutussaatio.fi/files/159/Kuntoutusosallisuuden_diagnoosi.pdf. [Haettu 22.11.2011.]
- Melin, Harri (2010) Sosiaalisen pääoman merkitys työelämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (5), 562–567.
- Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula (2004) Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 53–69.
- Moilanen, Pentti & Räihä, Pekka (2010) Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 46–69.
- Mokka, Roope & Neuvonen, Aleks (2006) Yksilön ääni: hyvinvointivaltio yhteisöjen ajalla. *Sitran raportteja* 69. Helsinki: Sitra.
- Muir, K. & Fisher, K.R. & Dadich, A. & Abelló, D. (2008) Challenging the exclusion of people with mental illness: the Mental Health Housing and Accommodation Support Initiative (HASI). *Australian Journal of Social Issues* 43 (2), 271–290.
- Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) (2009) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Määttä, Anne (2010) Toimeentulotuen väliinputoajat. *Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 18 (1), 20–34.

- Nelson, Geoffrey & Lomotey, Jonathan (2006) Quantity and quality of participation and outcomes of participation in mental health consumer-run organizations. *Journal of Mental Health* 15 (1), 63–74.
- Niemelä, Jorma (2002) Identiteettityö, sosiaalinen pääoma ja marginaalista murtautuminen. Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.) *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi: näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*. Jyväskylä: PS-kustannus, 76–93.
- Niemelä, Pauli (2010) Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön vastuunjako. *Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 18 (1), 61–69.
- Niemelä, Pauli (2009) Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 209–236.
- Niemelä, Pauli (2006) Hyvinvoinnin käsite toiminnan teorian valossa. Teoksessa Pauli Niemelä & Terho Pursiainen (toim.) *Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena*. Professori Juhani Laurinkarin juhlakirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopio: Kuopion yliopisto, 67–79.
- Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.) (2006) Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Professori Juhani Laurinkarin juhlakirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.) (2008) *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Palmenia-sarja 36. Helsinki: Palmenia.
- Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija & Haaki, Raili (2011) Sosiaalinen muutos, monimuotoisuus ja tutkimus. Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) *Sosiaalisen toiminnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 7–20.
- Niiranen, Vuokko (2002) Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 63–80.
- Nordling, Esa (2007) Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Psykologian laitos. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1245. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
<https://tampub.uta.fi/bistream/handle/10024/67746/978-951-44-7024-0.pdf?sequence=1>. [Haettu 25.11.2011.]
- Noppari, Eija & Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja (2007) *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi.
- Nurminen, Eija (toim.) (2000) *Sosiaalityö ristipaineissa*. Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. 2. muuttamaton painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nylund, Marianne (2000) *Varities of mutual support and voluntary action. A study of Finnish self-help groups and volunteers*. Väitöskirja. Helsinki: Finnish Federation for Social Welfare and Health.

Raitakari, Suvi (2004) Nuoren elämänhallinta: toivottua arkea ohjeistamalla? Teoksessa Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 56–73.

Raitakari, Suvi (2002) Sosiaalityön marginaalistasus. Asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä. Teoksessa Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 44–62.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011) Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä: PS-Kustannus, 189–214.

Rauhala, Lauri (2009) Henkinen ihminen. Sisältää korjatut laitokset teoksista Henkinen ihmisessä ja Ihmisen ainutlaatuisuus sekä Jussi Backmanin esseen ihmisen ainutlaatuisuuden ajattelijana. Helsinki: Gaudeamus.

Rauhala, Lauri (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Uudistettu laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Riikonen, Eero (2008) Mielenterveysongelmat. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 158–166.

Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) (2008) Kuntoutus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, Pekka & Aalto, Anna-Mari (2002) Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Anna-Mari Aalto & Heikki Hurri & Aila Järviöskoski & Jorma Järvisalo & Vappu Karjalainen & Heidi Paatero & Timo Pohjolainen & Pekka Rissanen (toim.) Kannattaako kuntoutus?: asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 267. Helsinki: Stakes, 1–26.

Rissanen, Päivi (2007) Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Romakkaniemi, Marjo (2010) Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 18 (2), 137–152.

Ruisniemi, Arja (2006) Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa: tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Acta Universitatis Tamperensis 1150. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Ruuskanen, Petri (toim.) (2002) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi: näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Jyväskylä: PS-kustannus.

Räsänen, Pekka (2005) Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa Pekka Räsänen & Anu-Hanna Anttila & Harri Melin (toim.) Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus, 85–102.

- Räsänen, Pekka & Anttila, Anu-Hanna & Melin, Harri (toim.) (2005) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Saari, Juho (toim.) (2011a) Hyvinvointi: suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Saari, Juho (2011b) Johdanto. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi: suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 9–29.
- Saari, Juho (2010) Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro.
- Salo, Markku & Kallinen, Mari (2007) Yhteisasumisesta yhteiskuntaan: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Salonen, Kari (2011) Sosiaalinen näkökulmana vanhuudessa. Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 152–168.
- Savolainen, Katri (2008) Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Lisensiaatintutkimus. Sosiaalityö, yhteisösosiaalityön erikoisala. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.
<http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=126c5218-d4a2-4e11-bb5d-4d1d864f1000>. [Haettu 21.11.2011.]
- Seikkula, Jaakko (1994) Sosiaaliset verkostot: ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Hygieia. Lisäpainokset 2. painos 1996. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Simpura, Jussi (2009) Sosiaalinen puristuksessa: onko talouden, onnellisuuden ja terveyden välissä tilaa globaalisosiaaliselle kysymykselle? Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 17 (1), 36–46.
- Sohlman, Britta (2004) Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 137. Väitöskirja. Helsinki: Stakes.
- Somerkivi, Pirjo (2000) "Olen verkon silmässä kala": vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus. [Haettu 26.9.2011.]
- Starnino, Vincent R. (2009) An integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 19 (7), 820–842.
- Suomen perustuslaki (1999/731). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. [Haettu 22.4.2013.]
- Suoninen, Eero (2010) Päivittäinen vuorovaikutus. Teoksessa Eero Suoninen & Anna-Maija Pirttilä-Backman & Anja Riitta Lahikainen & Marja Ahokas (toim.) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYpro Oy, 29–88.

- Suoninen, Eero & Lahikainen, Anja Riitta & Pirttilä-Backman, Anna-Maija (2010) Hyvinvointi ja pahoinvointi. Teoksessa Eero Suoninen & Anna-Maija Pirttilä-Backman & Anja Riitta Lahikainen & Marja Ahokas (toim.) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYpro Oy, 291–319.
- Suoninen, Eero & Pirttilä-Backman, Anna-Maija & Lahikainen, Anja Riitta & Ahokas, Marja (toim.) (2010) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYpro.
- Taipale, Vappu (2008) Mielenterveyspolitiikka nousee innovaatiopolitiikan ytimeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (3), 310–318.
- Tenk (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf. [Haettu 15.9.2011.]
- Tenk (2002) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf. [Haettu 15.9.2011.]
- Thoits, Peggy A. (2011) Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* 52 (2), 145–161.
- Tuomela, Raimo & Mäkelä, Pekka (2011) Sosiaalinen toiminta. Teoksessa Tuija Kotiranta & Petteri Niemi & Raili Haaki (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 87–112.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuusa, Matti (2005) Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä: aktivointi ja työllistymisen tukeminen sosiaalityön ammattikäytäntönä kunnissa. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 74. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Törrönen, Jukka (2005) Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto: kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 15–37.
- Valkonen-Korhonen, Minna & Lehtonen, Kaarina & Tuovinen, Timo (toim.) Mielen-terveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Helsinki University Press.
- Vilkkumaa, Ilpo (2004) Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 27–38.
- Vuorinen, Marja (2001) Sosiaalinen tuki terveyden edistäjänä. Teoksessa Inkeri Aalto & Satu Kiljala (toim.) Toisin tehden: uusia tuulia mielenterveystyöhön. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 14–16.
- Väyrynen, Sanna (2007) Usvametsän neidot: tutkimus nuorten naisten elämästä huume-kuvioissa. *Acta Universitatis Lapponiensis* 118. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

WHO (2004) Promoting Mental Health. Concepts – Emerging Evidence – Practise. Summary Report. WHO, Geneva.

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf. [Haettu 21.11.2011.]

Winnicott, D.W. (1986) Home is where we start from: essays by a psychoanalyst. New York: Norton & Company.

Winnicott, D.W. (1971) The child, the family, and the outside world. Harmondsworth.

Wright, Georg Henrik von (2001) Hyvän muunnelmat. Englanninkielinen alkuteos on ilmestynyt 1963, suomentanut Vesa Oittinen 2010. Helsinki: Otava.

SAATEKIRJE TUTKIMUSHENKILÖILLE

Hei!

Opiskelen Helsingin yliopistossa sosiaalityötä. Suoritan tämän 2012 kevään ja kesän aikana pro graduani varten teemahaastatteluja Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n asiakkaille.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen sosiaalisen hyvinvoinnin merkitystä elämän eri vaiheissa aikuisten mielenterveyskuntoutujien kertomina ja kokemina. Kipinän aiheeseen olen saanut käytäntötutkimuksestani. Aikuiset mielenterveyskuntoutujat näyttäytyvät yhteiskunnassa väliinputoajina ja muodostavat oman erityisen marginaaliryhmänsä. Heidän marginaalisuutensa ilmenee myös sosiaalisen hyvinvoinnin tasossa ja laadussa. Mielen sairastuessa sosiaalisen hyvinvoinnin merkitys korostuu ja sen heikentyminen hidastaa myös kuntoutumisen edellytyksiä. Tämän vuoksi juuri sosiaalista hyvinvointia tukevat rakenteet ja verkostot ovat erityisen tärkeässä asemassa mielenterveyskuntoutuksen toteutuksessa ja tuloksellisuudessa. Mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen hyvinvoinnin tutkiminen on ajankohtaista ja tärkeää, koska he tarvitsevat tukea asioidensa asianajoon ja kuulluksi tulemiseen.

Mielenkiintoni tässä tutkielmassa rajautuu aikuisiin mielenterveyskuntoutujiin, jotka käyttävät Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n palveluita. Keskityn tarkastelemaan mielenterveyskuntoutujia kahdessa eri ikäryhmässä, eli 25–35- ja 55–65 -vuotiaissa. Kyseinen jako perustuu elämänkulun perinteisiin muutosodotuksiin ihmisen elämäntilanteissa ja suhteissa. Tässä tutkielmassa selvitän kyseisiä ikäryhmiä edustavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja ajatuksia sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksestä ja elämänkulullisista vaihteluista. Tutkimuskysymykseni ovat: *Mistä mielenterveyskuntoutujien sosiaalinen hyvinvointi rakentuu? Miten mielenterveyskuntoutujien eri elämänvaiheet heijastuvat sosiaaliseen hyvinvointiin? Tuetaanko yhteiskunnassa mielenterveyskuntoutujien ihmisarvoa ja täysivertaista yhteiskunnan jäsenyyttä? Keskeisimpiä käsitteitä tutkimuksessa ovat mielenterveys ja mielenterveyskuntoutus, sosiaalinen hyvinvointi, marginaalisaatio ja elämänkulku.*

Tutkielman lähestymistavassa painottuu erityisesti hermeneuttis-fenomenologisuus, jossa korostuu pyrkimys ymmärtää tutkittavien kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Lähestymistapaani liittyy väljästi myös sosiaalinen konstruktionismi, jonka mukaisesti tutkimushenkilöt itse rakentavat sosiaalista todellisuuttaan haastatteluissa, ja biografinen ajattelu, joka ilmentää tutkittavien elämän eri vaiheiden heijastamia vaikutuksia sosiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi sosiaalipsykologinen lähestyminen tukee tutkimusaiheen tarkastelua. Olen päätenyt 10–20 teemahaastatteluun, jotka nauhoitan ja litteroin. Tutkimusaineiston analysoin aineistolähtöisesti sisällönanalyysilla. Tutkielman on tarkoitus valmistua syksyllä 2012.

Kiitos vastauksesta!

Soile Läätö

soile.laati@helsinki.fi

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

- * Haastateltavan informointi
- * Taustatiedot
- * Asuminen
- * Sosiaaliset verkostot ja suhteet
- * Sosiaalinen tuki
- * Yhteisöllisyys
- * Asuinympäristö
- * Arki
- * Nykyinen hyvinvointi/ olotila
- * Sosiaalinen identiteetti & oma rooli
- * Vaikuttaminen
- * Täysivaltaisuus/-vertaisuus
- * Aikajana
- * Tulevaisuus
- * Lopuksi

LUPA AINEISTON KÄYTTÖÖN

Olen tietoinen pro gradun tavoitteista, tarkoituksesta sekä aineiston käyttötarkoituksesta.

Olen tietoinen, että tutkimukseen antamani aineisto tullaan tuhoamaan pro gradun valmistuttua. Henkilöllisyyteni ei tule pro gradussa millään tavoin ilmi eikä minua voi siitä tunnistaa.

Annan luvan käyttää kertomaani aineistoa pro gradussa.

(Haastateltavan nimi, paikka ja päivämäärä)

ITUSPY:N ORGANISAATIOKAAVIO



(ITUSPY 2013)

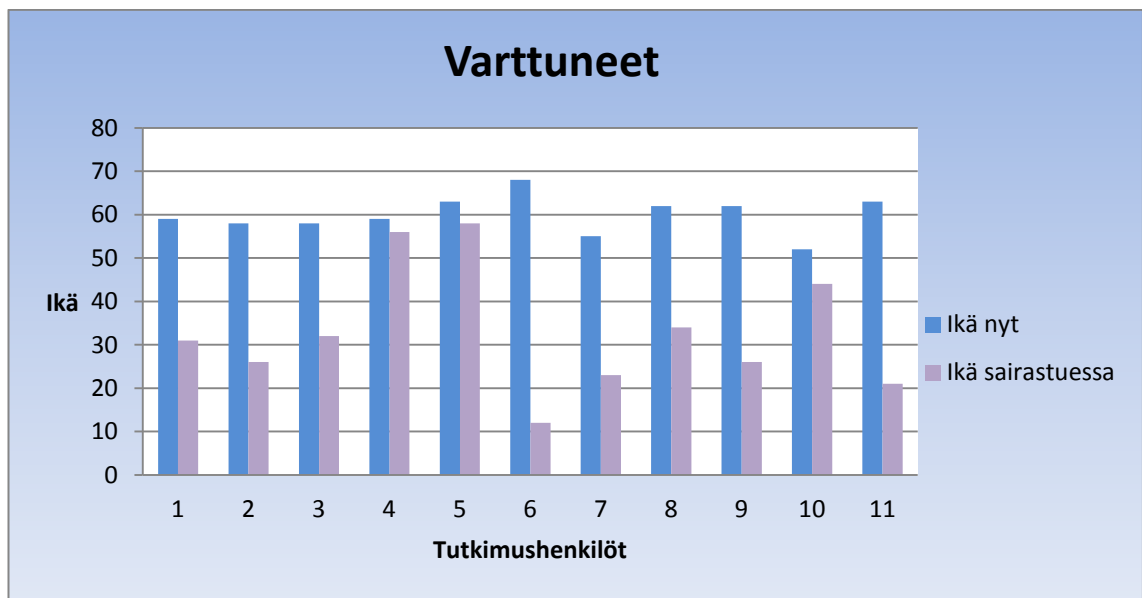
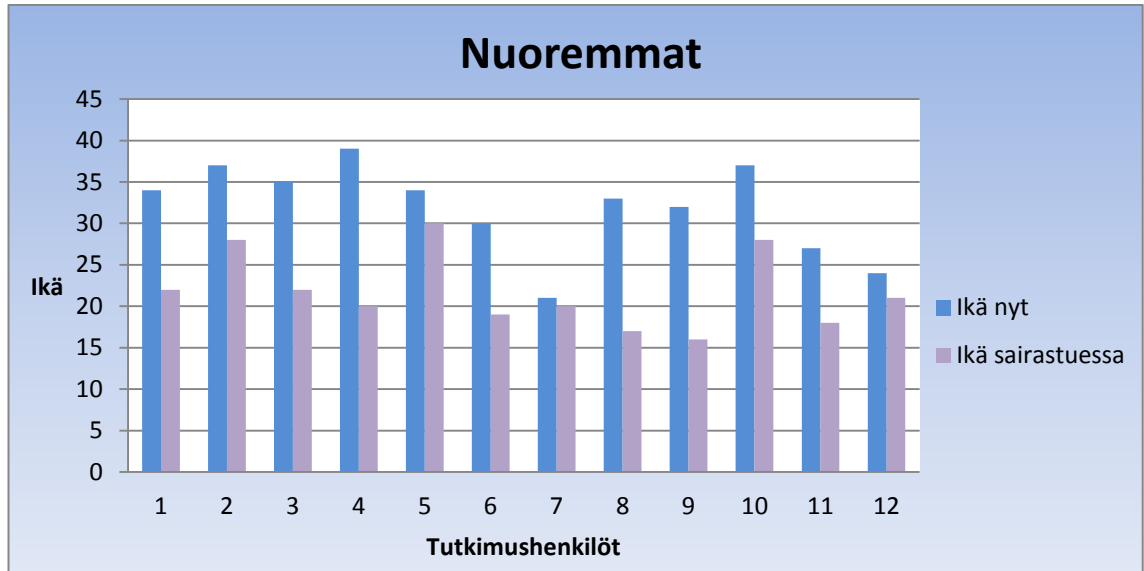
Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n toimintaan kuuluu Tellervokoti, Taipaletalo, Porvoon klubitalo, Menteraklubi sekä Porvoon ja Loviisan omaisryhmät. *Tellervokoti ja Taipaletalo* tarjoavat ympärivuorokautista kuntouttavaa asumispalvelua aikuisille miehille ja naisille. Asukkaiden taustoja määrittää psykiatrinen sairaus ja vaihteleva tuen tarve. Ohjaaja auttaa ja ohjaa asukkaita arjessa, ja kannustaa myös mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. Asukkaille pyritään tarjoamaan asuinympäristö, jossa he voivat turvallisesti kokeilla omia voimavarojaan. Työskentelyssä huomio kiinnitetään heidän vahvuuksiinsa ja toistensa tukemiseen sekä huomioimiseen. Lisäksi sii-

nä korostuu yksilöllisyys, vertaistuki, yhteisöllisyys, tasaveroisuus ja psykososiaalinen työote. Asukkailla on myös mahdollisuus osallistua erilaisiin työ- ja vapaa-ajan toimintoihin. (ITUSPY 2013.)

Porvoon klubitalon toiminta pohjautuu vapaaehtoisuuteen ja tasa-arvoiseen toimintaan. Toiminnan tavoitteena on mielenterveyskuntoutujien, eli klubitalon jäsenten, itsetunnon ja elämänhallinnan tukeminen ilman sairaalahoitoa. Työskentely yhdessä ohjaajien kanssa muodostaa jäsenille työpainotteisen päivän ja mahdollisuuden osallistua keittiö- tai toimistoyksikön tehtäviin. Työtehtävät kytkeytyvät klubitalon arjen pyörittämiseen ja sen kehittämiseen. Työpainotteista ohjelmaa on tarjolla arkisin virka-ajan puitteissa. Lisäksi vapaa-ajan toimintaa ja juhlapyhien viettoa järjestetään sovitusti. Toimintaan heijastuu myös kansallinen ja kansainvälinen toimijuus, sillä Porvoon klubitalo on Suomen fountain -house klubitalojen verkostoyhdistys ry:n sekä klubitalojen kansainvälisen katto-organisaatio ICCD:n jäsen. (Porvoon klubitalo 2013.)

Menteraklubin toiminta tarjoaa palveluja mielenterveyskuntoutujille ja elämän kriiseissä oleville henkilöille. Myös siellä huomio kiinnittyy jäsenten voimavaroihin ja yhteisöllisyyteen. Toimipiste tarjoaa turvallisen ympäristön, jossa jäsen voi vaihtaa mielteitä ja löytää sosiaalisen tukiverkoston. Toimipisteessä kokoontuu erilaisia ryhmiä, kuten liikunta-/ ihannepaino-, kädentaito-, keskustelu-, leivonta- ja ruokaryhmiä. Lisäksi siellä tarjoutuu mahdollisuus lehtien lukuun, saunomiseen ja pyykin pesuun. *Porvoon Omaisryhmä* kokoontuu Tellervokodissa ja *Loviisan Omaisryhmä* Menteraklubilla. Lisäksi yhdistyksellä on satelliittiasuntoja, joissa palveluohjaaja käy tarpeen mukaan. (ITUSPY 2013.)

TUTKIMUSHENKILÖIDEN NYKYIÄT (KEVÄT 2012) JA SAIRASTUMISEN AJANKOHDAT



OMAN ROOLINI JA ASEMANI VAIKUTUKSET -STRUKTUURI

1. Haastattelun numero ja Ituspy:n yksikkö.
2. Haastateltavan tuttuus.
3. Aikaisemman yhteistyön mahdolliset myönteiset ja / tai negatiiviset vaikutukset.
4. Oma kokemus haastateltavan suhtautumisesta minun uuteen, tutkijan, rooliin.
5. Rooliristiriitojen esiintyminen (vaivautuminen, salailu, avoimuus / herättikö rooliin luottamusta vai heikensikö työrooliin avautumista?).
6. Haastattelun jälkimaku.

ELÄMÄN VIISAUDET JA OHJEET

"Pitäis elää joka päivä ku viimeinen päivä,
 et hyödyntää se mahdollisuus,
 et on viel suht nuori ja tälleen.
 Et on kaikki mahdollista vielä tälleen.
 Se on eri asia sit ku on 60-kymppinen ..
 Silloin ei oikein voi enää mitään .." (Ha1)

"Ennen mä olin vannonut, et se, mikä ei tapa,
 tekee sinut vahvemmaksi. Mut en enää ajattele niin.
 Positiivisuus. Tääl on ihmisiä, jotka on
 hirveen positiivisia. Ja ne on suuri voimavara kaikille
 ja varsinkin itselleen." (Ha2)

"Tappele hänen kanssaan ja
 ota hänet ystäväksi vasta sen jälkeen.
 Kiinalainen sananlasku." (Ha5)

"Et rakasta lähimmäistäsi niin kuin itseäsi.
 Sillä pääsee aika pitkälle." (Ha4)

"No, semmosta sattuu" (Ha8).

"Opissa on variksen poika tulessa" (Hb2).

"Älä siirrä seuraavaan päivään, mitä voit tänään tehdä.
 Älä ikinä sano ikinä. Se, mitä mä en koskaan tee,
 niin nauti tästä hetkestä, niin ku se olis viimeinen ..
 ja koputtaa puuta." (Ha12)

"Niin metsä vastaa, kuin sinne
 huudetaan" (Hb10).

"Pitää elää hetki kerrallaan" (Hb9).

"Et olis huomina päivä parempi ku tämä päivä.
 Huolehdi itsestäsi." (Hb5)

"Yritetään joskus pieniä siemeniä kylvää .." (Hb3).

"Kuhan pysyy pinnalla ja muiden mukana, ni siinä on jo paljon" (Hb6).