

”Joskus tuntuu kuin eläisin keinuen aalloilla”

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia sairauden vaikutuksista arkeen

Riitta Pellinen
Pro gradu – tutkielma
Sosiaalityö
Jyväskylän yliopisto
Kokkolan yliopistokeskus Chydenius
Kevät 2011

”Joskus tuntuu kuin eläisin keinuen aalloilla”

Pro gradu – tutkielma mielenterveyskuntoutujien kokemuksista sairauden vaikutuksesta arkeen

Riitta Pellinen

Sosiaalityö

Jyväskylän yliopisto

Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Ohjaajat: Aila-Leena Matthies ja Tuomo Kokkonen

Kevät 2011

92 sivua, 2 liitettä

TIIVISTELMÄ

Tämä on tutkimus mielenterveyskuntoutujien arjen kokemuksista. Mielenterveyshäiriötä sairastavien henkilöiden osuus Suomessa on monella mittarilla mitattuna suuri. Ilmiön taloudelliset ja inhimilliset vaikutukset yhteiskuntaan ovat myös mittavat. Tässä tutkimuksessa tutkitaan mielenterveyshäiriötä ilmiönä ja sen vaikutuksia psyykkistä sairautta sairastavan henkilön arkeen. Tutkimustehtävänä on vastata kysymyksiin miten mielenterveyskuntoutuja kokee arkensa psyykkisen sairauden kanssa sekä miten mielenterveyshäiriö vaikuttaa ihmisen toimijuuteen.

Tutkimuksen teoreettisina perusteina ovat kokemuksen ja toimijuuden teoriat. Tutkimusote on fenomenologis-hermeneuttinen. Kiinnostus kohdistuu aineiston osallistujien kokemusten ymmärtämiseen. Aineisto tutkimukseen kerättiin Kokkolassa sijaitsevan Kulmakartanon kävijöiltä. Kulmakartano on jäsenyhteisöperiaatteella toimiva kaikille alueen mielenterveyskuntoutujille avoin kohtaamispaikka. Aineisto koostuu viiden Kulmakartanon kävijän kirjoittamista kirjeistä, joissa he kuvaavat arkeaan ja sitä, millaisia ongelmia mielenterveyshäiriö on heidän elämässään aiheuttanut, lisäksi aineistoon on haastateltu kolmea henkilöä käyttäen menetelmänä avointa haastattelua. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Tämän tutkimuksen valossa suurimmat muutokset ja hankaluudet mielenterveyskuntoutujien arjessa näyttäisivät olevan vuorovaikutussuhteissa. Sairastumisen jälkeen on vaikeaa solmia suhteita toisiin ihmisiin, perheenjäsenten ja sukulaisten kanssa sosiaaliset vuorovaikutussuhteet hankaloituvat, ystävyysuhteet niihin ystäviin, joita oli ollut ennen sairastumista, katkeavat. Myös työelämään ja muuhun toiminnallisuuteen psyykkisellä sairaudella on ollut vaikutuksia. Täysin työkykyisenä ei kukaan aineistoon osallistuneista ollut voinut enää jatkaa sairastumisen jälkeen. Syrjäytymisriski mielenterveyskuntoutujilla on suuri. Tutkimuksen tuloksena voidaan myös todeta, että asennoituminen mielenterveyskuntoutujiin on tullut suvaitsevaisemmaksi. Aineistoon osallistuneet olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja kokivat tulleen kohdelluiksi asiallisesti. Mielestäni sosiaalityön osaamista tarvitaan mielenterveystyössä. Sosiaalityön asiantuntijuuden vahvinta osaamisaluetta ovat verkostotyömenetelmien ja vuorovaikutustaitojen hallinta sekä asiakasnäkökulman huomiointi. Sosiaalityöntekijät tarvitsevat kuitenkin asiantietoa eri mielenterveyshäiriöistä ja niiden vaikutuksista sosiaaliseen vuorovaikutukseen, jotta he saisivat entistä parempia valmiuksia mielenterveyskuntoutujien kohtaamiseen.

Avainsanat: mielenterveyshäiriö, mielenterveyskuntoutus, arkielämä, kokemukset, toimijuus, asenteet, sosiaalityö, sosiaalipolitiikka.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	1
1 JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat	4
1.2 Tutkimustehtävä	6
2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	7
2.1 Mielensterveys ja mielensterveyshäiriöt	7
2.2 Mielensterveyskuntoutus ja – kuntoutuminen	8
2.3 Mielensterveyshäiriöt tilastojen näkökulmasta	11
2.4 Yhteenvedoa mielensterveyshäiriöistä	15
3 SOSIAALITYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	17
3.1 Sosiaalityön rooli mielensterveystyössä	17
3.2 Sosiaalityön eettisiä kysymyksiä	20
3.3 Tutkimusaiheen kansainvälinen tutkimus	24
4 TUTKIMUKSEN TAUSTA - AJATTELU	29
4.1 Arkielämän ja kokemusten tutkimus	29
4.2 Toimijuuden teoria ja tutkimus	31
4.3 Giddensiläinen elämänpolitiikan näkökulma	34
4.4 Yhteenvedoa tutkimuksen teoreettisista näkökulmista	38
5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	40
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus	40
5.2 Narratiivinen tutkimus	42
5.3 Avoimet haastattelut ja kirjoitetut tarinat	45
5.4 Analyysimetodina sisällönanalyysi	47
6 TUTKIMUSEETTISTÄ POHDINTAA	50
6.1 Eettisten kysymysten huomioinen	50
6.2 Tutkijan kokemuksia tutkimusprosessista	51
6.3 Pohdintaa tutkijan roolista	53
7 AINEISTON ANALYYSI	55
7.1 Taustamuuttujien analyysin kuvaus	55
7.2 Sisällönanalyysin kuvaus	57
8 ANALYYSIN POHJALTA TEHDYT HAVAINNOT	59
8.1 Kokemukset sairauden vaikutuksesta sosiaalisiin suhteisiin	59
8.2 Kokemukset vuorovaikutustaitojen muutoksista	60
8.3 Kokemukset toimijuuden ja toimintakyvyn muutoksista	61
9 YHTEENVETOA TUTKIMUSHAVAINNOISTA	71
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	77
10.1 Tutkimustulosten ja tutkijan kokemusten yhteenvedoa	77
10.2 Sosiaalityön paikka mielensterveystyössä	79
10.3 Arvio tutkimuksen merkityksestä	81
LÄHTEET	86
LIITTEET:	
Liite 1: Saatekirje Kulmakartanon mielensterveyskuntoutujille	93
Liite 2/1 – 2/3: Tutkimuslupa-anomus	94 – 96

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden määrä on ollut huolestuttavasti kasvussa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Mielenterveyshäiriöiden vuoksi siirrytään työkyvyttömyyseläkkeelle tilastojen mukaan yhä useammin, nykyisin jo useammin kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi, jotka ennen olivat suurimmat työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syyt. (Eläketurvakeskus tilastot 2009.) Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa on keskusteltu viimeisen viiden vuoden aikana enenevässä määrin eläkeiän alentamisesta. Eduskunta ja vallassa oleva hallitus ovat toistuvasti esittäneet, että hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitämiseksi suomalaisten työntekijöiden tulisi olla nykyistä pidempään työelämässä. Työn verotuksen avulla hyvinvointipalvelut olisivat turvatut tulevaisuudessakin. Mielenterveyshäiriöt kuitenkin lisääntyvät ja niiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään, joten ristiriita arjen työelämän ja poliittisen tahdon välillä on suuri.

Euroopan Unioni nimesi vuoden 2010 Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuodeksi. Lähes 84 miljoonaa eurooppalaista elää köyhyysriskin alaisena. Teemavuoden tavoitteina oli lisätä tietoisuutta teemavuoden aiheista ja uudistaa EU:n ja sen jäsenvaltioiden poliittinen sitoumus köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen. Lisäksi tavoitteina oli tuoda julki niiden ihmisten huolia, jotka joutuvat kokemaan köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä sekä purkaa totuttuja mielikuvia ja yleisiä käsityksiä köyhyydestä. (Euroopan Komissio 2010.)

Mielenterveyskuntoutajat ovat ihmisryhmä, jotka sairautensa vuoksi kykenevät harvoin tekemään täysimääräisesti työtä ja jäävät työkyvyttömyyseläkkeelle useammin kuin muu väestö. Näin ollen mielenterveyskuntoutajat ovat taloudellisesti heikossa asemassa ja kuuluvat ryhmään, jolla on suuri riski pudota köyhyysrajalle. Työelämästä pois jäämisestä seuraa myös väistämättä jossakin määrin sosiaalista syrjäytymistä. Vuonna 2009 mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi sai sairaspäivärahaa yhteensä 63 457 henkilöä. (Kelan sairausvakuutusilasto 2009, 145.) Työkyvyttömyyseläkettä saavien joukossa työkyvyttömyyden pääasiallisena syynä olivat mielen-terveyden häiriöt 38 prosentilla vuoden 2009 tilaston mukaan. Tämä tarkoittaa 82 459 henkilöä. (Eläketurvakeskus tilastot 2009.)

Yhteiskunnalliset olosuhteet vaikuttavat monin tavoin väestön hyvinvointiin ja mielenterveyteen. 1990-luvun alussa taloudellinen taantuma ja siihen liittyvä työttömyys vaikuttivat monilla tavoin sekä suoraan että epäsuorasti ihmisten mielenterveyteen. Laman myöhäisvaikutuksia voi vain arvailla. Yhtenäiset ja voimakkaat ideologiat ovat kaatuneet ja jättäneet monet yksilöt eräänlaiseen arvotyhjiöön ja tarkoituksettomuuden tilaan. Ihmiset etsivät elämän tarkoitusta ja tukea lukuisista eriytyneistä ideologioista ja elämäntavoista tai poikkeuksellisista elämyksistä ja niin sanotusta virtuaalitodellisuudesta. Telekommunikaation myötä nopeasti laajeneva koko maailman verkottuminen vaikuttaa voimakkaasti myös ihmisten mielenterveyden muokkaantumiseen. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2006, 16.) Jatkuvasti kiihtyvä tahti elämässä ja lisääntyvät tehokkuusvaatimukset esimerkiksi työelämässä aiheuttavat ihmisissä epävarmuuden tunteita. Moni putoaa niin sanotusti rattailta ja seurauksena on mielenterveyshäiriöiden lisääntyminen.

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Edellä kerrottiin lukuina kuinka paljon suomalaisia vuositasolla jää sairauslomalle ja työkyyttömyyseläkkeelle mielenterveydellisistä syistä. Mielestäni voidaan todeta, että mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat taloudelliset ja inhimilliset vaikutukset yhteiskuntaan ovat mittavat. Tässä tutkimuksessa tutkitaan mielenterveyshäiriötä ilmiönä ja sen vaikutuksia psyykkistä sairautta sairastavan henkilön arkeen. Ottaen huomioon ongelman laajuuden on tärkeää ymmärtää tätä ilmiötä mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Mielenterveyskuntoutajat ovat parhaita asiantuntijoita kertomaan siitä miten mielenterveyshäiriö vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen elämään, tavalliseen arkeen sekä millaisia kokemuksia heillä on elämästä sairauden varjossa.

Tutkimuksen teoreettisina perusteina ovat kokemuksen ja toimijuuden teoriat. Tutkimusote on fenomenologis-hermeneuttinen. Kiinnostukseni kohdistuu aineiston osallistujien kokemusten ymmärtämiseen. Tausta-ajatteluuni vaikuttaneita teoreetikkoja ovat Lauri Rauhala (2005), liettualaisranskalainen strukturaalisen semantiikan oppi-isä A.J. Greimas (1980) sekä englantilainen yhteiskuntateoreetikko Anthony Giddens (1991). Lauri Rauhalan tieteofilosofinen näkemys ihmisestä ainutlaatuisena kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisen kokonaisuutena on kokemustutkimuksen viitekehyksenä tässä tutkimuksessa. A.J. Greimasin kehittämän aktanttimallin ja semioottiseen sosiologiaan liittyvän modalityteorian kautta etsin tämän tutkimuksen aineiston tarinoista viitteitä siitä kuinka aineistoon osallistuneiden toimijuus on muuttunut mielenterveyshäiriöön sairastumisen jälkeen.

Vielä yhtenä teoreettisena perspektiivinä tähän tutkimukseen olen ottanut Anthony Giddensin todellisuuden rakenteistumisen sekä emansipatorisen ja elämänpolitiikan näkökulmat. Giddensin ajatusmallin pohjalta haen tähän tutkimukseen sosiaalityön ja yhteiskuntapolitiittista näkemystä siitä kuinka sosiaalityötä tulisi kehittää mielenterveystyön kentällä.

Lauri Rauhalan teoksessa *Ihminen kulttuurissa – kulttuuri ihmisessä* (2005) avataan Rauhalan hermeneuttisen ihmistieteen tieteenfilosofista käsitystä ihmisen ainutlaatuisuudesta sekä ihmisen ja kulttuurin välisestä suhteesta, joka on kaksisuuntainen: molemmat vaikuttavat toisiinsa. Kulttuurin Rauhala määrittelee olevan ihmisen viljelemää, luovaa todellisuutta. Rauhalan mukaan meillä on sekä osittain jaettu yhteinen kulttuuri toistemme kanssa että kullakin oma yksilöllinen, subjektiivinen kulttuurimme. Situaatio on ihmisen elämäntilanne ja määritellään filosofiassa tarkoittavan kaikkea sitä mihin ihminen on suhteessa. Situaatio ei ole ainoastaan ihmisen fyysinen ympäristö vaan siihen kuuluvat myös luonnon olosuhteet, toiset ihmiset, konkreettiset ja ei-aineelliset oliot kuten normit ja arvot. Ihmisen tajunta saa yleensä arkielämän tapahtumisessa merkityksensä aiheet tilanteesta. Situaatio-naalisuus on ikään kuin pelitila, jossa ihmisen kokonaisuus kehkeytyy kehollisuuden ja tajunnallisuuden suhteutuessa vastavuoroisesti siihen. (Rauhala 2005, 11 – 18; 39 – 40.)

Rauhalan filosofiassa minua kiehtoo hänen ajatuksensa kulttuurin ja ihmisen välisestä monimuotoisesta suhteesta. Se, että ihminen luo kulttuuria, ymmärretään useimmiten positiivisiksi asioiksi kuten taiteeksi. Mutta Rauhala ajattelee ihmisen voivan luoda myös sellaista kulttuuria, joka on tuhoavaa ja negatiivista kuten ympäristöä vahingoittavaa toimintaa. Ihmisten tuottamat jätevuoretkin ovat kulttuuria. Rauhalan mukaan ihminen on ainutlaatuinen kehollinen, tajunnallinen ja situationaalinen kokonaisuus, joka synnyttää kulttuuria, sisäistää sitä, tulee osaksi sitä ja ilmentää myös hyvin - tai pahoinvoinnissaan sen antia.

Fenomenologia tutkii kokemuksia, ihmisen suhdetta omaan elämäntodellisuuteensa. Fenomenologis-hermeneuttisen näkökulman ihmiskäsityksen keskeisinä käsitteinä ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. Tietokysymyksinä fenomenologis-hermeneuttisessa näkökulmassa esiin nousevat esimerkiksi ymmärtäminen ja tulkinta. Fenomenologisen ajattelun mukaan ihmisen suhde maailmaan on intentionaalinen, toisin sanoen kaikki merkitsee meille jotakin. Ihmisen kokemukset muotoutuvat merkitysten mukaan. (Laine 2007, 28 – 29.) Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni on saada selville aineistoon osallistujien kokemukset arkielämästä

sairastettaessa mielenterveyshäiriötä, pyrkii ymmärtämään tätä ilmiötä sekä tulkita aineistosta esiin nousseita kokemuksia.

Aineisto tutkimukseen kerättiin Kokkolassa sijaitsevan Kulmakartanon kävijöiltä. Kulmakartano on jäsenyhteisöperiaatteella toimiva kaikille alueen mielenterveyskuntoutujille avoin kohtaamispaikka. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys 2010.) Aineisto koostuu Kulmakartanon viiden kävijän kirjoittamista kirjeistä, joissa he kuvaavat arkeaan ja sitä, millaisia ongelmia mielenterveyshäiriö on heidän elämässään aiheuttanut. Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujista osa halusi, että heitä haastatellaan, joten haastattelin kolmea henkilöä käyttäen menetelmänä avointa haastattelua. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, taustatietojen käsittelyyn käytettiin SPSS 18 – tietokoneohjelmaa.

1.2 Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen avulla yritän saada tietoa siitä, kuinka mielenterveyskuntoutuja kokee tavallisen arkielämän. Lisäksi tutkimusaineiston avulla selvitetään mielenterveyshäiriön vaikutusta ihmisen toimintakykyyn. Tutkin miten toimijuus ja elämänhallinta ovat muuttuneet mielenterveyshäiriöön sairastumisen jälkeen mielenterveyskuntoutujien omasta mielestä.

Tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten mielenterveyskuntoutuja kokee arkensa psyykkisen sairauden kanssa?
2. Miten mielenterveyshäiriö vaikuttaa ihmisen toimijuuteen?

Tutkielma on rakennettu siten, että luvussa 2 tehdään selkoa mielenterveyshäiriöistä sekä siihen liittyvistä käsitteistä kuten kuntoutuksesta. Luvussa 3 tarkastellaan sosiaalityötä mielenterveystyön yhteydessä. Luku 4 on omistettu tutkielman teoreettisen tausta-ajattelun esittelyyn. Luvuissa 5 ja 6 kerrotaan käytetyistä tutkimusmenetelmistä sekä aineiston analyysistä ja tehdyistä havainnoista. Luku 7 kokoaa aineistosta esiin nousseet havainnot yhteenvedoksi. Luvussa 8 pohditaan tämän tutkimuksen tekemistä sekä havaintojen pohjalta syntyneitä ajatuksia.

2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Tässä luvussa käsittelen mielenterveyshäiriöitä yleisellä tasolla. Valotan aiheesta tehdyn tutkimuksen avulla millaisesta ilmiöstä mielenterveyshäiriöissä on kysymys. Luvussa 2.1 selvennän mitä eroa on terveellä ja sairaalla mielellä. Luvussa 2.2 luon katsausta mielenterveyskuntoutukseen ja mielenterveyshäiriöistä kuntoutumiseen. Luvussa 2.3 tarkastelen mielenterveyshäiriöitä tilastollisesta näkökulmasta. Luvussa 2.4 tutkin mielenterveyshäiriöitä yhteiskunnallisena ilmiönä. Luvussa 2.5 teen yhteenvetoa ja pohdin millainen käsitys mielenterveyshäiriöistä muotoutui aikaisempaan tutkimukseen tutustumisen myötä.

2.1 Mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt

Ymmärtääksemme mitä mielenterveyshäiriöt ovat, meidän on tiedettävä, mitä eroa on terveellä ja sairaalla mielellä. Tässä luvussa olen käyttänyt lähteenä Psykiatria (2006) – teosta, joka on laaja-alainen ja koko kliinisen psykiatrian kattava oppi- ja käsikirja. Teoksen tiedot perustuvat tuoreimpaan tutkimustietoon ja sen kolmekymmentä kirjoittajaa ovat alansa johtavia asiantuntijoita. He edustavat Suomen kaikkia lääketieteellisiä tiedekuntia, tutkimuslaitoksia ja monipuolisesti myös käytännön psykiatria. Mielestäni tämä teos on psykiatrian perusteos, jossa käsitellään alan eri osa-alueita perusteellisesti. Koska kirjoittajat edustavat eri lääketieteellisiä tiedekuntia ja käytännön psykiatrian eri ajattelutapoja, teos antaa tietoa psykiatriasta useasta eri näkökulmasta tarkasteltuna.

Maailman Terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena. Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, jota me koko ajan sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme. Sen ymmärtämiseen, mitä on mielenterveys, tarvitaan tietoa siitä mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa, mikä voisi olla ihanteellinen mielenterveys, miten mielenterveys ilmenee keskimäärin ihmisten elämässä ja mistä eri tekijöistä jatkuvasti muuttuva mielenterveys on riippuvainen. (Lönnqvist ymt. 2006, 13.)

Amerikan psykiatriyhdistyksen diagnostinen ja tilastollinen käsikirja (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 1994) määrittelee mielenterveyshäiriön (mental disorder) kliinisesti merkitsevänä yksilön käyttäytymiseen liittyvänä tai psyykkisenä oireyhtymänä tai oirekokonaisuutena, johon liittyy ajankohtaista haittaa oireina tai

toimintakyvyn heikentymisenä tai johon liittyy merkitsevästi lisääntynyt kuolemanvaara tai vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta tai vapauden menetyksestä. Mielenterveyshäiriö on yleisnimitys monille psykiatrisille häiriöille niiden syistä tai vaikeusasteista riippumatta. Diagnoosi mielenterveyshäiriöstä kärsivälle asetetaan silloin, kun häiriö on kliinisesti merkitsevä, jolloin häiriö yleensä myös aiheuttaa työ- ja toimintakyvyn huonontumista tai siihen liittyy haittaavia oireita. Ihmisen mielenterveyttä ja sen ongelmia voidaan määrittellä monella eri tavalla, myös muutoin kuin vain tautiluokituksen diagnoosein. Normaalin ja patologisen raja on aina suhteellinen. Erityisesti on huomioitava, että yksilön ja yhteiskunnan välisistä ristiriidoista johtuvaa tai uskonnollisin, seksuaalisin tai poliittisin perustein poikkeavaksi katsottua käyttäytymistä ei tulisi nähdä yksilön mielenterveyshäiriönä, ellei voida osoittaa, että se on selvästi oire yksilön toimintakyvyn häiriöstä. (emt. 2006, 13 – 14.)

Ihmisen mielenterveyden kehittymiseen ja sen ylläpitämiseen vaikuttavat monet tekijät. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät voidaan ryhmitellä sen mukaan, ovatko ne luonteeltaan yksilön sisäisiä vai ulkoisia. Sisäisiin suojaaviin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi fyysinen terveys ja perimä, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyväksytyksi tulemisen tunne, ristiriitojen käsittelytaito, vuorovaikutustaidot sekä kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa ruoka, suoja, sosiaalinen tuki, työllisyys, myönteiset mallit, koulutusmahdollisuudet, turvallinen ympäristö sekä toimiva yhteiskuntarakente. Sisäisiä haavoittavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi synnynnäinen sairaus tai vamma, itsetunnon haavoittuvuus, huonot ihmissuhteet, huono sosiaalinen asema, eristäytyneisyys tai laitostuminen. Ulkoisia haavoittavia tekijöitä on useita kuten nälkä ja puute, suojattomuus ja kodittomuus, hyväksikäyttö ja väkivalta, päihteet, kulttuuriset ristiriidat, työttömyys, köyhyys sekä haitallinen ympäristö. (emt. 2006, 15.)

2.2 Mielenterveyskuntoutus ja – kuntoutuminen

Kuntoutumisen käsite on hyvin moniulotteinen. Sitä on myös tutkittu sekä lääketieteen että sosiaalitieteiden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa olen valinnut kuntoutuksen tutkimuksesta niin sanottuja perusteoksia, jotka käsittelevät kuntoutusta eri tieteenalojen näkökulmasta. Yksi tällainen perusteos on mielestäni Rissasen, Kallanrannan ja Suikkasen toimittama Kuntoutus (2008) – teos. Koskisuun ja Kulolan teoksessa Yhdessä yksin (2005) käsitellään kuntoutusta perheen ja parisuhteen näkökulmasta. Liukko käsittelee teoksessaan

Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa (2006) nimensä mukaisesti kuntoutusta sosiaalityön näkökulmasta.

Kuntoutus – kirjassa (2008) mielenterveysongelmista ja niiden kuntoutuksesta on kirjoittanut Eero Riikonen. Hän toteaa, että koska ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen olento, kuntoutuksen käsite liittyy väistämättä paitsi fyysiseen ja psyykkiseen suorituskäyttöön myös vaikeammin määriteltävissä oleviin asioihin kuten sosiaalisen osallisuuden kokemiseen ja elinvoiman, motivaation ja kiinnostuksen uudelleenlöytämiseen. Mielenterveysongelmat liittyvät monin tavoin sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjäytymisen uhkaan. Ehkäisevien ja sosiaalista osallisuutta korostavien painotusten koko ajan yleistyessä kuntoutus on muuttumassa yhä enemmän osallisuuden, hyvinvoinnin, innostuksen sekä motivaation lähteiden etsinnäksi ja tukemiseksi. Tällaisen kuntoutustoiminnan sisältöjä ja tavoitteita on vaikea hahmottaa vajaakuntoisuutta painottavien sanastojen ja ajatteluperinteiden avulla. On syntynyt voimavarasuuntautunut kuntoutusmalli sekä voimavarasuuntautunut asiakastyö, jolla viitataan toimintatapoihin, joilla etsitään asiakkaiden voimavaroja ja mahdollisuuksia. Voimavarasuuntautuneen asiakastyön historia liittyy nimenomaan kuntoutukseen ja erityisesti mielenterveyskuntoutukseen. Voimavarasuuntautuneisuus on vahvasti sosiaalitatiiviseen keskusteluun kytkeytyvä. Vaikka Riikonen itse edustaa lääketieteellistä näkökulmaa, hän tuo voimakkaasti esiin sitä, että mielenterveyskuntoutujan omat toiveet, tarpeet, sanastot, kuvittelukyky ja toimintamahdollisuudet on saatava mielenterveyskuntoutuksen keskiöön. Mielenterveyskuntoutuksen ja mielenterveystyön asiantuntijoiden olisi oltava herkkänä sille, mitä asiakkaat itse pitävät lupaavana ja innostavana. (Riikonen 2008, 158 – 160.)

Riikonen jakaa ihmisen voimanlähteet kolmeen kategoriaan: yksilölliset voimanlähteet, sosiaaliseen vuorovaikutukseen sisältyvät voimanlähteet ja yhteiskunnan voimavarat. Yksilöllisten ja vuorovaikutuksellisten voimanlähteiden luonteen ymmärtäminen edellyttää hyvää vuorovaikutusta, jolloin keskeiseksi nousee esimerkiksi dialogisuus. Hyvässä vuorovaikutuksessa olennaista on, että mitään osapuolta ei ahdisteta nurkkaan vaan kaikki saavat vapaasti toteuttaa mielikuvitustaan ja vaihtaa puheenaiheita sekä puheen tyyliä. Riikosen mukaan on vaikea ennustaa, missä määrin ja millä toiminnan alueilla palvelujen tuottajat, kehittäjät ja rahoittajat kykenevät irtautumaan kuntoutuksen lääketieteellisistä, objektivistisista ja produktivistisista juurista ja painotuksista. Riikonen itse kuitenkin uskoo, että valtaistamiseen liittyvät toimintamallit tulevat yleistymään. Hänen mielestään valtaistamis-

ta koskevien teoreettisten mallien ja niiden palvelusovellutusten kehittäminen onkin mielenterveyskuntoutuksen ja – työn tulevaisuuden avainalue. (Riikonen 2008, 162 – 165.)

Kuntoutus on perinteisesti liitetty ensisijaisesti vamman, vian ja sairauden käsitteisiin. Eeva Liukon Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa – teoksessa todetaan, että 1990-luvulla kuntoutuksen käsite laajeni käsittämään fyysisen ja psyykkisen kuntoutumisen lisäksi myös sosiaalisen kuntoutumisen. Tuon käsitteen laajenemisen myötä kunnallinen sosiaalityö on alkanut käyttää kuntouttavan sosiaalityön menetelmiä. (Liukko 2006, 7.) Mielenterveyskuntoutujien kohdalla kuntouttava sosiaalityö voi minun mielestäni olla esimerkiksi aktivointitoimia työllistymiseen liittyen ja syrjäytymistä ehkäiseviä toimenpiteitä esimerkiksi koulutukseen, kuntoutukseen tai vertaistuen piiriin ohjaamista sekä näiden tukitoimien toteutumisen arviointia ja seurantaa. Yhtenä tärkeänä kuntouttavan sosiaalityön osa-alueena on mielenterveyskuntoutujan elämänhallinnan parantamisen tukeminen toimintakykyä vahvistamalla, voimaannuttavalla vuorovaikutuksella sekä resurssien ja toimintamahdollisuuksien turvaamisella. Liukon teoksessa (114 – 115.) tuodaan esiin kuntouttavan sosiaalityön menetelminä psykososiaalinen työ, palveluohjaus, verkostotyö ja sosiaalinen kuntoutus. Työvälineinä käytetään esimerkiksi työskentelyn tavoitteita selkiyttäviä haastattelulomakkeita tai verkostotyötä tukevaa verkostokarttaa.

Mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisella tarkoitetaan useimmiten psyykkisesti sairastuneen ihmisen läpikäymää muutosprosessia, joka voidaan määritellä monin tavoin riippuen mistä näkökulmasta sitä katsotaan. Koskisuun ja Kulolan (2005) mukaan Bostonin yliopiston psykologian professori ja tutkija William Anthony on määritellyt tämän prosessin syväksi henkilökohtaiseksi ja ainutlaatuiseksi muutosprosessiksi, jossa ihmisen asenteet, arvot, tunteet, elämän päämäärät, taidot ja roolit muuttuvat. Psykologian tohtori Patricia Deegan (Koskisuun ym. 2005), joka on itsekin mielenterveyskuntoutuja, määrittelee kuntoutumisen olevan kaikkea sitä, mitä sairastunut tekee voittaakseen sairaudesta aiheutuvat ongelmat. Kuntoutumista voi tarkastella myös roolin muuttumisena, jolloin ihminen muuttuu sairaasta, hoitoa vastaanottavasta potilaasta kuntoutujaksi, joka elää aktiivisesti omaa elämäänsä. Vähitellen sairauden oireiden lievittyessä alkaa kuntoutuminen, oman elämän uudelleen jäsentäminen, tapahtuneen sisäistäminen ja elämän uudelleen rakentaminen. Luovutaan vähitellen täysin potilaana olemisesta ja otetaan jälleen oman elämän vastuu takaisin itselle. (Koskisuun & Kulola 2005, 147 - 148.)

Koskisuun ja Kulolan (2005) teoksessa todetaan, että psyykkinen sairastuminen on traumaattinen kokemus kaikille perheenjäsenille. Perheiden ja parisuhteen kuntoutumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä tiedetään vielä varsin vähän. Keskellä arjen pyöritystä ja sairauden aiheuttamaa kriisiä on ymmärrettävästi vaikeaa tai joskus jopa mahdotonta nähdä muutoksen lupausta tai toivoa paremmasta saati hahmottaa kuntoutumisen prosessia tapahtuvaksi. Perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa eri tavalla eri perheenjäseniin. Jokainen perheenjäsen myös toipuu ja kuntoutuu omalla tavallaan sekä omassa tahdissaan. Kuntoutuminen ei ole suoraviivaista tai tasaisesti etenevää. Sekä kuntoutujan itsensä että hänen perheenjäsentensä toipuminen on monimutkainen prosessi, joka ei etene tasaisesti tai mutkattomasti. Sairastuneen toipuminen ja kuntoutuminen voi aiheuttaa vakavan kriisin perheessä. Kuntoutujan käsitys tilanteesta ja oman kuntoutumisen merkityksestä niin hänelle itselleen kuin hänen perheelleen voi olla vahvasti ristiriitainen muiden perheenjäsenten käsitykseen verrattuna. (emt. 2005, 152 - 155.)

2.3 Mielenterveyshäiriöt tilastojen näkökulmasta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia mielenterveyshäiriötä ilmiönä. Mielenterveyshäiriötä on tilastoitu erilaisten tunnuslukujen kautta, esimerkiksi kuinka paljon Suomessa jäädään eläkkeelle mielenterveyshäiriöiden vuoksi. Tässä luvussa 2.3 tarkastellaan mielenterveyshäiriötä eri tilastojen valossa. Tilastotietojen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä siitä millaisen ongelman kanssa ollaan tekemisissä, miten mielenterveyshäiriöt vaikuttavat esimerkiksi toimintakykyyn ja mahdollisuuksiin osallistua työelämään sekä millä tavalla mielenterveyskuntoutujiin asennoidutaan yhteiskunnassa.

Työkyvyttömyyseläkettä saavien joukossa työkyvyttömyyden pääasiallisena syynä olivat mielenterveyden häiriöt 38 prosentilla vuoden 2009 tilaston mukaan. Tämä tarkoittaa 82 459 henkilöä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi jäädään työkyvyttömyyseläkkeelle useammin kuin minkään muun syyn takia. Seuraavaksi suurin sairaus – tai vammairyhmä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi eläkkeelle jäävät. Heitä vuoden 2009 tilastossa oli 63 746 henkilöä eli 29,4 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeen saajista. (Eläketurvakeskus tilastot 2009.)

Mielenterveyshäiriötä sairastava ihminen saattaa olla eläkkeen lisäksi oikeutettu eläkkeensaajan hoitotukeen. Kelan vammaisetuuksia ovat lapsen vammaistuki, aikuisen vammaistuki, eläkkeensaajan hoitotuki ja ruokavaliokorvaus. Laki vammaisetuuksista (570/2007)

tuli voimaan 1.1.2008, sillä korvattiin aiemmat erilliset vammaisetuuksia koskevat lait. Eläkkeensaajan hoitotuki voidaan myöntää henkilölle, joka on täyttänyt 16 vuotta ja joka saa työkyvyttömyyseläkettä tai vanhuuseläkettä kansaneläkkeenä tai työeläkkeenä tai maa-hanmuuttajan erityistukea tai vastaavaa korvausta ulkomailta. Tuen saaminen edellyttää, että henkilön toimintakyky on heikentynyt vähintään vuoden ajan ja sairaus tai vamma aiheuttaa vähintään viikoittain avun, ohjauksen tai valvonnan tarvetta tai jatkuvia erityis-kustannuksia. Vuoden 2009 lopussa eläkkeensaajan hoitotukea sai 198 900 henkilöä. Mää-rä ja osuus 16 vuotta täyttäneestä väestöstä ovat lisääntyneet jatkuvasti 1990- ja 2000-lukujen ajan, kymmenen vuoden aikana noin kolmanneksella. (Kelan vammaisetuustilasto 2009 7 – 11.) Tämän tutkimuksen aineistoon osallistuneet henkilöt ovat kaikki työkyvyt-tömyyseläkkeellä ja heistä kolmelle on myös myönnetty eläkkeensaajan hoitotuki.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat suurin sairausryhmä, johon myönnetään eläkkeensaajan hoitotukea. Vuoden 2009 lopussa kaikkiaan 46 413 henkilöä eli 23,3 pro-senttia tähän sairausryhmään kuuluvista henkilöistä sai eläkkeensaajan hoitotukea. Vertai-lun vuoksi todettakoon, että seuraavaksi suurin sairausryhmä oli hermoston sairaudet, jossa 44 266 henkilöä eli 22,3 prosenttia sai eläkkeensaajan hoitotukea. (Kelan vammaisetuusti-lasto 2009, 64.) Tästä voimme päätellä, että mielenterveyden häiriöt heikentävät ihmisen toimintakykyä pitkäaikaisesti ja lisäävät säännöllisesti toistuvan avun, ohjauksen ja tuen tarvetta tai aiheuttavat jatkuvia erityiskustannuksia, koska edellä mainitut asiat ovat eläk-keensaajan hoitotuen saamisen edellytyksiä.

Mielenterveyden keskusliitto tilaa vuosittain TNS Gallupilta tutkimuksen, Mielenterveys-barometrin, joka ilmestyi vuonna 2010 lokakuussa nyt jo kuudetta kertaa. Mielenterveys-barometrissa selvitetään mielenterveysongelmista kärsivien sekä eräiden muiden ryhmien suhtautumista erilaisiin mielenterveyden kysymyksiin. Tutkimusta varten on haastateltu mielenterveyskuntoutujia ja heidän omaisiaan sekä tutkittu mielenterveysalan asiantunti-joiden ja suomalaisen suuren yleisön käsityksiä. (Mielenterveysbarometri 2010 yhteenveto, 1.)

Vuoden 2010 mielenterveysbarometrin mukaan noin 70 prosenttia kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että mielenterveysongelmat eivät saisi johtaa työelämästä vieraantumiseen vaan työpaikoilla pitäisi voida sopeuttaa töitä mielenterveyskuntoutujan tilanteen mukaan. Enemmistö kaikkien tutkimukseen osallistuneiden ryhmien vastaajista oli sitä mieltä, että mielenterveysongelmat koetaan työpaikoilla vaikeiksi asioiksi ja että jos tiedetään työnte-

kijällä tai esimiehellä olevan mielenterveyden ongelmia, hän voi menettää työpaikkansa, asemansa tai arvostuksensa yrityksessä. Väestön enemmistö, 58 prosenttia ei mielellään kertoisi mielenterveysongelmistaan työtovereilleen. Alle 25-vuotiaista vastaajista peräti 64 prosenttia totesi, ettei mainitsisi lainkaan ongelmistaan kollegoilleen. Mielenterveyskuntoutujien enemmistö, 66 prosenttia kertoisi mielenterveyden ongelmista esimiehelleen, mutta 56 prosenttia jättäisi siitä mainitsematta kollegoilleen. (Mielenterveysbarometri 2010 yhteenveto, 1 – 2.)

Mielenterveyskuntoutujien taloudellisesta tilanteesta mielenterveyskuntoutujat ja heidän omaisensa arvioivat kuntoutujien taloudellisen tilanteen pysyneen ennallaan vuonna 2010. Sen sijaan väestö ja alan ammattilaiset arvioivat kuntoutujien taloudellisen tilanteen muuttuneen aiempaa heikommaksi, ammattilaisista näin ajattelee 40 prosenttia. Tutkimuksessa annettujen vastausten perusteella mielenterveyspalvelujen saatavuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia vuoden 2010 aikana. Joka toinen kuntoutuja ja omainen vastasivat, että tilanne ei ole muuttunut, ammattilaisista näin vastasi 42 prosenttia. 93 prosenttia ammattilaisista totesi, että avun tarvitsijat eivät saa Suomessa riittävästi mielenterveyspalveluja. 94 prosenttia ammattilaisvastaajista oli sitä mieltä, että useimmat mielenterveysongelmaiset eivät pääse jonottamatta hoitoon aina, kun ovat sen tarpeessa. Sen sijaan 71 prosenttia mielenterveyspalveluja saaneista kuntoutujista kokee, että palveluja on ollut sopivasti ja 77 prosenttia pitää palveluja hyvinä. (Mielenterveysbarometri 2010 yhteenveto, 3 – 5.)

Mielenterveysbarometrin omaisvastaajista 55 prosenttia arvioi oman läheisensä kuntoutujan joutuneen leimatuksi sairautensa vuoksi. 45 prosenttia omaisista uskoo muiden ihmisten välttelevän heidän läheisensä seuraa. Mielenterveyskuntoutujista vain 25 prosenttia kokee joutuneensa vastaavaan tilanteeseen ja 38 prosenttia tuntee joutuneensa leimatuksi. Mielenterveysalan ammattilaisten käsitys on huomattavasti negatiivisempi. Heistä 73 prosenttia arvelee mielenterveyskuntoutujan leimautuvan terveydellisistä syistä ja 43 prosentin mielestä muut ihmiset karttavat mielenterveyskuntoutujien seuraa. Tutkimukseen osallistuneista käytännössä kaikki olivat vakuuttuneita siitä, että hyvillä lääkkeillä, psykoterapialla tai muulla tuella mielenterveyskuntoutuja pystyy elämään normaalia elämää. 66 prosenttia kuntoutujista, 53 prosenttia omaisista ja 42 prosenttia ammattilaisista oli täysin vakuuttunut. Vastaajista 51 prosenttia keskittäisi mielenterveyskuntoutujille nykyistä enemmän sosiaali- ja terveyssektorin resursseja. Syrjäytymisvaarassa olevat nuoret kaipaivat rahallista panostusta 71 prosentin mielestä, tuen suuntaamista syrjäytymisvaarassa oleviin

aikuisiin ja eläkkeellä olevien vanhusten asioihin toivoi 46 prosenttia. 40 prosenttia suuntaisi resursseja yleensä lasten asioiden hoitamiseen. Lisäpanostuksen arvoisia olisivat syöpäsairaat 25 prosentin mielestä ja kehitysvammaiset 24 prosentin mielestä. Opiskelijoille resursseja suuntaisi 25 prosenttia vastaajista ja yksinhuoltajille 26 prosenttia. (Mielenterveysbarometri 2010 yhteenveto, 6 – 7.)

Sosiaalibarometri® on Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton vuosittain julkaisema laajaan kyselytutkimukseen perustuva raportti, joka kuvaa hyvinvoinnin, hyvinvointipalvelujen ja palvelujärjestelmän ajankohtaista tilannetta sekä muutossuuntia. Sosiaalibarometria® on julkaistu jo kahdenkymmenen vuoden ajan. Kyselytutkimukseen kootaan valtakunnallisesti kattavasti vastaajiksi Suomen kuntien sosiaalijohtoa ja terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen johtajia sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajia. (Sosiaalibarometri® 2010, 5.)

Vuoden 2010 Sosiaalibarometrin® mukaan vuodenvaihteessa 2009 – 2010 73 prosenttia vastaajista piti toiminta-alueensa asukkaiden hyvinvoinnin kokonaistilannetta hyvänä, 19 prosenttia kohtalaisena ja 7 prosenttia huonona. Vastaajien mielestä hyvinvoinnin kokonaistilanne näyttää kuitenkin selvästi heikentyvän vuoden 2010 aikana ja koskettavan yhä useampaa suomalaista. Kysyttäessä huono-osaisuudessa ja syrjäytymisriskeissä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuoden ajalta vastauksissa eniten mainintoja syrjäytymisriskin ja huono-osaisuuden lisääntymisestä saivat työttömät, toiseksi eniten nuoret, jotka ovat jääneet vaille työ- tai opiskelupaikkaa, kolmanneksi päihdeongelmaiset ja neljänneksi mielenterveysongelmaiset. Keinoina syrjäytymisriskin ja huono-osaisuuden vähentämiseksi vastaajat esittävät esimerkiksi sosiaalisesti joustavampien työpaikkojen luomisen, joissa ihmisen ei tarvitse olla täysin työkykyinen voidakseen tehdä työtä. (Sosiaalibarometri® 2010, 70 – 75.)

Eurobarometri sisältää tutkimuksia ja kyselyjä Euroopan Unioniin liittyvistä aiheista. Eurobarometria on julkaistu vuodesta 1973 alkaen. Vuonna 2001 tehtiin mielipidekysely eurooppalaisten asenteista vammaisuutta kohtaan. Jokaisesta jäsenmaasta kerättiin vastauksia kyselyyn edustavalla otoksella 15-vuotiailta ja sitä vanhemmilta kansalaisilta. (Eurobarometri 2001, 7.)

Mielipidekyselyn johtopäätöksissä todetaan, että kyselyyn vastanneiden enemmistön mielestä vammaisilla henkilöillä on edelleen vaikeaa saada palveluja ja osallistua tapahtumiin. Toisaal-

ta kuitenkin vastaajista kuusi kymmenestä ajattelee, että asennoituminen vammaisiin ja osallistumisen mahdollisuudet ovat parantuneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Vastaajien mukaan on tärkeää, että Euroopan Unionin jäsenmaiden valtiolliset ja paikalliset viranomaiset kantavat vastuun vammaisten aseman edelleen parantamisesta. Mieliopidekyselyn tulosten mukaan eurooppalaiset ovat lähes yksimielisiä siitä, että vielä enemmän pitäisi toteuttaa toimia, joilla vammaiset saataisiin paremmin integroitua yhteiskuntaan, heidän osallisuuden mahdolluuksiaan tulisi entisestään parantaa. Ensisijaisesti kysymys on poliittisista päätöksistä. Sekä paikallisten, valtiollisten että Euroopan Unionin päättäjien olisi nyt reagoitava eurooppalaisten vastaajien antamiin mielipiteisiin ja tehtävä näitä mielipiteitä vastaavia poliittisia päätöksiä. (Eurobarometri 2001, 68.)

Tässä luvussa 2.3 tarkasteltiin siis mielenterveyshäiriöitä tilastojen valossa. Osa näistä tilastoista perustui mieliopidekyselyihin, joissa kysyttiin vastaajien kokemuksia mielenterveyshäiriötä sairastavien asemasta, palvelujärjestelmän toimivuudesta ja mahdollisuuksista osallistua yhteiskunnan eri toimintoihin. Mielestäni tilastollinen tarkastelu antaa omalta osaltaan tietoa tämän tutkimuksen tutkimustehtävänä oleviin kysymyksiin siitä miten mielenterveyskuntoutajat arkensa kokevat ja kuinka psyykinen sairaus vaikuttaa heidän toimijuuteensa sekä osallisuuden mahdollisuuksiin. Lisäksi tilastojen antamien tietojen perusteella voidaan mielestäni todeta, että mielenterveyshäiriöt aiheuttavat niitä sairastaville henkilöille sekä talouteen että sosiaaliseen elämään vaikuttavia ongelmia.

2.4 Yhteenvetoa mielenterveyshäiriöistä

Tässä luvussa on tarkasteltu mielenterveyshäiriöitä ilmiönä useammasta eri näkökulmasta. Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, jota me koko ajan sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme. Koska ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus, mielenterveyden järkkyminen aiheuttaa ongelmia kaikilla arjen osa-alueilla.

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa kuntoutuksella ja kuntouttavien menetelmien käytöllä on merkittävä osuus. Kuntoutuksessa on huomioitava mielenterveyskuntoutujan lisäksi kuntoutujan lähipiiri. Mielenterveyshäiriöillä on voimakas vaikutus kaikkiin kuntoutujan sosiaalisen verkoston jäseniin ja he kaikki tarvitsevat tietoa läheisensä mielenterveyshäiriöstä. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujan oma asiantuntijuus on nostettava keskiöön ja huolehdittava siitä, että kuntoutujan valtaistaminen, empowerment, toteutetaan aidosti

huomioimalla kuntoutujan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti ja välttämällä asiantuntijoiden väärää vallankäyttöä. Ilolla yhdyn Eero Riikosen (2008) ajatuksiin mielenterveyskuntoutuksen ja – työn tulevaisuuden painopisteen siirtämisestä valtaistamista koskevien teoreettisten mallien ja niiden palvelusovellutusten kehittämisen suuntaan. Erityisen ilahduttavaa on, että näiden ajatusten takana on lääketieteen näkökulmaa edustava henkilö. Mielestäni me tarvitsemme tässä maassa mielenterveyskuntoutukseen ja – työhön enemmän moniammatillista asiantuntijuutta sekä asioiden katsomista monesta eri perspektiivistä.

Tilastollisesta ja yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta tarkasteltuna mielenterveyshäiriöt ovat merkittävä sosiaalinen ongelma. Suomessa oli vuoden 2009 lopussa mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä 82 459 henkilöä. Mielenterveyshäiriöt alentavat ihmisen toimintakykyä siinä määrin, että hän ei enää kykene työskentelemään täysipainoisesti, ihmisestä tulee niin sanotusti vajaakuntoisia, jolloin he ovat esimerkiksi taloudellisesti sosiaalietuuksien tarpeessa. Iso osa mielenterveyskuntoutujista täyttää Kelan vammaistuen tai eläkkeensaajan hoitotuen saamisen edellytykset. Se, että noin suuri joukko ihmisiä on mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömiä, on kansantalouden kannalta huomionarvoinen asia.

Paitsi taloudellisesti, myös inhimillisesti tarkasteltuna mielenterveyshäiriöt ovat merkittävä ilmiö. Edellä esitetyssä tutkimustiedossa tuotiin selkeästi esille mielenterveyshäiriöiden vaikutus ihmisten syrjäytymisriskin kasvuun ja osallisuuden mahdollisuuksien vähenemiseen. Edelleen mielenterveyskuntoutujat kohtaavat asenteellisuutta ja joutuvat eriarvoiseen asemaan verrattuna muihin ihmisiin esimerkiksi työelämässä. Hoidon ja muiden palvelujen saaminen sairastumisen jälkeen ei myöskään ole itsestäänselvyys.

Tarkasteltaessa mielenterveyshäiriöitä ilmiönä, voidaan todeta, että kysymyksessä on ilmiö, joka aiheuttaa sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla huomattavia taloudellisia ja inhimillisiä vaikeuksia. Kun ajatellaan, että mielenterveyshäiriöihin sairastuvien määrä on ollut jatkuvasti kasvussa viimeisen kymmenen vuoden ajan eikä tuolle kasvukehitykselle ole nähtävissä heikkenemistä, on syytä miettiä, millaisin keinoin tähän ilmiöön olisi puututtava. Mielestäni sosiologisten teorioiden pohjautuvien ammattialojen asiantuntijuudella on tulevaisuudessa paljon annettavaa mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävässä työssä.

3 SOSIAALITYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

3.1 Sosiaalityön rooli mielenterveystyössä

Mielenterveystyötä tehdään suurelta osin psykiatrian, joka on lääketieteen erikoisala, näkökulmasta. Psykiatrian tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Häiriö liitetään kuvailevana oirekokonaisuutena aina yksilöön eikä siis parisuhteeseen, perheeseen tai ryhmään. Psykiatrisen potilaan hoitoon osallistuu moniammatillisen hoitotiimin jäsenenä merkittävässä määrin myös psykologeja, psykiatrian erikoissairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja sekä muidenkin alojen asiantuntijoita. (Lönnqvist ymt. 2006, 14.)

Mielenterveystyön moniammatillinen asiantuntijuus tekee työstä erittäin haasteellista. Sosiaalityön roolia mielenterveystyössä on minun mielestäni varsin vaikea määritellä, se on vaikeaa jopa sosiaalityöntekijöille itselleen. Työskentelen sosiaalityöntekijänä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Olen toiminut sosiaalityöntekijänä aikuispsykiatrian poliklinikalla, akuutti- ja kriisihoidon osastolla sekä hoitoon ja kuntoutukseen suuntautuneella osastolla. Tällä hetkellä olen sosiaalityöntekijänä Kehityspoliklinikalla, joka tarjoaa sosiaalilainsäädäntöön kuuluvia erityispalveluita kehitysvammaisuuden liittyen täydentäen terveydenhuollon palveluita. Hallinnollisesti Kehityspoliklinikka on keskussairaalan psykiatrian tulosalueeseen kuuluva vaikka ei ole erikoissairaanhoitoa. Kehityspoliklinikalla työ painottuu lasten ja nuorten kanssa tehtävään työhön sekä eri-ikäisten kehitysvammaisten kriisi- ja mielenterveystyöhön, joten edelleen työssäni ovat läsnä mielenterveyshäiriöistä kärsivät asiakkaat. (Kiuru – Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä 2011.)

Keskussairaalan sosiaalityö muodostaa oman vastuuyksikön, joka kuuluu hallinnollisesti psykiatrian tulosalueeseen. Yksiköstä käytetään nimeä Sosiaalityön palveluyksikkö. Sosiaalityö on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Sosiaalityöntekijät toimivat osana sairaalan moniammatillista työryhmää. Sairaus tai vamma voi aiheuttaa muutoksia arkielämään, kuten kotona selviytymiseen, työkykyyn, taloudelliseen toimeentuloon, lasten tai muiden omaisten hoitokysymyksiin ja ihmissuhteisiin. Potilaiden ja/tai omaisten on mahdollista keskustella elämäntilanteestaan sosiaalityöntekijän kanssa. Sosiaalityöntekijä ohjaa ja neuvo yksilöllisesti monissa uuden tilanteen aiheuttamissa pulmissa ja kysymyksissä. Sosiaalityöntekijät antavat psykososiaalista tukea, kriisi- tai terapiapalvelua, myös perheelle,

antavat tietoa sosiaaliturvasta ja -palveluista ja tarvittaessa avustavat hakemusten teossa, auttavat työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisessä ja osallistuvat kuntoutussuunnitelmien laatimiseen muiden ammattiryhmien kanssa, osallistuvat potilaiden, omaisten ja henkilökunnan kanssa kotona selviytymisen suunnitteluun ja tarvittavien tukipalvelujen järjestämiseen, tekevät yhteistyötä viranomaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa, antavat tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta, antavat tietoa potilaan oikeuksiin liittyvistä asioista. (Kiuru – Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä 2011.)

Terveyssosiaalityöntekijän, joiksi myös sairaalan ja terveyskeskusten sosiaalityöntekijöitä kutsutaan, työn haasteena on toimia sosiaalityön asiantuntijana sekä tuoda lääketieteeseen painottuvaan sairaalamailmaan sosiaalitieteellinen näkökulma esille potilastyössä, työryhmässä sekä viranomaisverkostoissa. Omassa työssäni joudun varsin usein sellaisiin tilanteisiin, joissa on tiukasti sanottava, että tämä ei ole sosiaalityöhön liittyvä asia tai toisin päin, tämä on selvästi sosiaalityön toimenkuvaan kuuluva kysymys. Olen sitä mieltä, että asiakkaan on saatava hyvä palvelu ja sen hän saa, kun moniammatillisissa työryhmissä työskentelevät asiantuntijat huolehtivat juuri niistä tehtävistä, joihin heidän koulutuksensa ja ammattinsa antaa parhaan mahdollisen asiantuntemuksen. Loppujen lopuksi sosiaalityössä, samoin kuin kaikessa muussakin asiakastyössä, on aina kysymys vuorovaikutuksesta ja kohtaamisesta. Olipa sitten työn teoriapohjana käytössä lääketieteellinen, psykologinen, sosiaalipsykologinen, sosiologinen tai joku muu selitysmalli, sosiaalialan ammattilaisen on luotava asiakastilanteesta aito, ainutkertainen ja kunnioittava kohtaaminen.

Ruotsalaisen sosiaalityön tutkijan Alf Ronnbyn (1986) mukaan sosiaaliset ongelmat voidaan jakaa huolto-ongelmiksi, toimintavajauksiksi tai poikkeavaksi käyttäytymiseksi. Toimintavajauksesta on kysymys silloin, kun yksilö ei kykene elämään sosiaalisia roolejaan vastaavalla tavalla vaikkapa työläisenä. Poikkeava käyttäytyminen on tavallaan eräs toimintavajavuuden muunnelma. Jos poikkeava käyttäytyminen määritellään sosiaalisiksi ongelmaksi, on myös otettava kantaa siihen mitä pidetään normaalina. Normaalialia käyttäytymistä on vaikea määritellä, mutta tavallisimmin sen on määritelty olevan yleisesti hyväksyttyä, tietyn normijärjestelmän kannalta järjestelmän määrääviä piirteitä tai rakenteita tukevaa toimintaa. Sosiaaliset ongelmat ovat sellaisia yhteiskunnallisia olosuhteita, jotka aiheuttavat ihmisryhmille kärsimyksiä heidän sosiaalisessa, toisin sanoen yhteiskunnallisessa elämässään ja jotka vaatisivat tai edellyttäisivät vastatoimia. (Ronnby 1986, 10 – 14.)

Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat niistä kärsivissä ihmisissä toimintavajautta arkisissa toiminnoissa. Mielenterveyshäiriöt saattavat vaikeuttaa vakavasti vuorovaikutussuhteita toisiin ihmisiin sekä estävät usein täysipainoisen työssäkäynnin aiheuttaen sitä kautta myös yksilöiden ja perheiden huolto-ongelmia. Toisin sanoen mielenterveyshäiriöisille aiheutuu kärsimyksiä heidän sosiaalisessa elämässään ja mielenterveyshäiriöt vaativat tai edellyttäisivät vastatoimia. Näin ollen edellä esittelemieni Ronnbyn ajatusten mukaisesti mielenterveyshäiriöt voidaan mielestäni määritellä sosiaalisiksi ongelmiksi.

Sosiaalityön teorioita koskeva kirjallisuus käsittelee teorioita lähinnä käytännön sosiaalityön näkökulmasta. Osittain tämä johtuu siitä, että koska sosiaalityön asema itsenäisenä oppiaineena vaihtelee maittain, sosiaalityön tutkimuksen teorioita on käsitelty pirstaleisesti ja ilman laajaa, sosiaalityön erilaisia perinteitä yhdistävää kansainvälistä tutkijayhteisöä. Osittain käytännön näkökulma sosiaalityön teorioissa johtuu siitä, että sosiaalityö on käytännön tiedettä, jossa tutkimusta ja käytäntöä ei ole pyrkimyksenäkään irrottaa toisistaan. Sosiaalityön teoriaorientaatio on jaettu kolmeen erilaiseen tulokulmaan tutkittavan ilmiömaailman suhteen. Tällä jaottelulla pyritään jäsentämään teorian ja käytännön kietoutunutta suhdetta sosiaalityössä. Ensimmäinen sosiaalityön teoriaorientaatio on teorit sosiaalityöstä, jotka avaavat teoreettista ymmärrystä siitä mitä sosiaalityö on. Toinen teoriaorientaatio on teorit sosiaalityössä, jotka jäsentävät käytännön toimintaa, sen sisältöjä, prosesseja, reunaehtoja, eettisiä suhteita ja kysymyksiä työn merkityksistä. Kolmantena teoriaorientaationa ovat teorit sosiaalityön kohteesta, ihmisten elämisen todellisuus ja sen tuottamat haasteet sosiaalityölle eli toisin sanoen sosiaaliset ongelmat. (Mäntysaari, Pohjola & Pösö 2009, 8.)

Mielenterveystyön kentällä sosiaalityötä on mahdollisuus tutkia kaikkien kolmen edellä esitellyn teoriaorientaation näkökulmasta. Orientaatio, jossa tutkitaan teorioita sosiaalityöstä, sopii mielestäni hyvin yhdeksi tulokulmaksi mielenterveystyössä tehtävään sosiaalityöhön: mitä on mielenterveystyön kentällä tehtävä sosiaalityö? Teorioita sosiaalityössä, jossa tutkitaan käytännön toimintaa, voisi tutkia sosiaalityön merkitystä mielenterveystyössä. Tämän tutkimuksen teoriaorientaationa ovat teorit sosiaalityön kohteesta, ihmisten elämisen todellisuudesta ja sen tuottamista haasteista sosiaalityölle. Haluan tämän tutkimuksen avulla lisätä ymmärrystä mielenterveyskuntoutujien elämisen todellisuudesta ja niistä sosiaalisista ongelmista, joita heidän elämäänsä liittyy.

3.2 Sosiaalityön eettisiä kysymyksiä

Sosiaalialan ammattilaisen eettisissä ohjeissa velvoitetaan sosiaalialan ammattilaista omista arvoistaan tai elämänvalinnoistaan riippumatta kunnioittamaan ja edistämään asiakkaansa oikeutta tehdä omat valintansa. Lisäksi sosiaalialan ammattilaisen on edistettävä asiakkaansa osallisuutta sekä keskityttävä työssään asiakkaansa ja häntä ympäröivän yhteisön vahvuuksien löytämiseen ja vahvistamiseen. Sosiaalialan ammattilainen auttaa asiakastaan tämän omien vahvuuksien tunnistamisessa ja kehittämisessä. (Arki, arvot ja elämä, sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005, 8.)

Tuollaiset kirjatut eettiset periaatteet ovat tärkeitä, mutta niitä ei saa soveltaa sosiaalityön käytännöissä yksioikoisesti vaan eettisiä periaatteita luodaan ja tulkitaan uudelleen vaihtuvissa tilanteissa. Sosiaalityö rakentuu vuorovaikutuksessa, työntekijöiden ja asiakkaiden kohtaamisissa. Tätä työntekijän ja asiakkaan suhdetta määrittelevät, paitsi kohtaamisen osapuolet itse, myös politiikka ja hallinto, sosiaalitieteellinen tutkimus sekä sosiaalityön akateeminen kenttä. (Juhila 2006, 248 – 249.)

Asiakslähtöisyys, jota sosiaalityössä pidetään eettisesti kestävänsä työn tunnuspiirteenä, luo monia haasteita asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukselle. Suhteessa asiakslähtöisyyden toteutumiseen voi olla monenlaisia jännitteitä kuten asiakkaan ja työntekijän välisen asetelman synnyttämät jännitteet. Työntekijällä on tilaisuus käyttää asemansa mahdollistamaa valtaa asiakkaaseen, voidaanko silloin enää puhua asiakslähtöisyydestä? Asiakkaan tilanne vaikuttaa koko asiakkaan verkostoon, jossa kaikki tulkitsevat tilannetta omista lähtökohdistaan ja nämä eri tulkinnat tuovat vuorovaikutukseen omat jännitteensä. Jännitteitä syntyy myös siitä, että työntekijän on vaikea toteuttaa asiakslähtöisyyttä tilanteissa, joissa läsnä ovat myös instituutioiden asiakkuudelle asettamat kriteerit ja sosiaalisia ongelmia määrittävät kulttuuriset diskurssit. Jotta sosiaalityön etiikka toteutuisi, sosiaalityössä ei pitäisi jäädä vain seuraamaan arvoihin ja hyvinvointivaltioon liittyviä suunnanmuutoksia vaan sosiaalityön on osallistuttava kamppailuun institutionaalisten ja kulttuuristen diskurssien suunnasta. (em. 249 – 255.)

Mielenterveyskuntoutujan ja sosiaalityöntekijän kohtaamista sävyttää vahvasti asiakkaan sairaus. Kohtaamisen haasteellisuutta lisää sairauden mukanaan tuoma vuorovaikutuksen toimimattomuus, esimerkiksi kommunikaatiovaikeudet. Monet mielenterveyshäiriöt vaikeuttavat sosiaalista kanssakäymistä ja asettavat sosiaalityöntekijän vuorovaikutustaidot koe-

tukselle. Myös eettiset kysymykset korostuvat mielenterveyskuntoutujan ja sosiaalityöntekijän kohtaamisissa. Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään millaisia kohtaamisia Kulmakartanon mielenterveyskuntoutajat ovat kokeneet sosiaalipalveluissa asioidessaan. Ovatko kohtaamiset olleet eettisesti kestäväällä pohjalla mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta katsottuna? Kokevatko he tullessa kuulluiksi, onko asiakaslähtöisyys ollut kohtaamisten keskiössä?

Sosiaalityön yhtenä menetelmänä käytetään empowermentia, joka suomennetaan joko valtaistamiseksi tai voimaannuttamiseksi. Esimerkiksi australialainen tutkija Jan Fook (2002) on esittänyt kritiikkiä tämän menetelmän soveltamisessa ilmenneitä ilmiöitä kohtaan. Hänen mukaansa empowermentin käytössä tulee vallan käytön eri aspekteja pohtia huolella ja kriittisesti. Fookin mukaan ongelmia saattaa tulla jo lähtökohdiltaan siinä, mistä näkökulmasta asiakassuhteessa valta määritetään ja kuka sen tekee. Jos valta esimerkiksi määritetään ulkoapäin tulevaksi, tarkoittaa se sitä, että voimaannuttamisen kohteena olevilla ihmisillä tai ryhmillä voi olla tyystin erilainen näkemys tilanteesta kuin valtaistamista harjoittavilla ammattilaisilla. Mikäli ihmisiin tai ryhmiin käytetään valtaa tai heitä yritetään valtaistaa niin, että ei huomioida kaikkia niitä asioita, jotka ihmisten tilanteisiin vaikuttavat, valtaistaminen kääntyy itseään vastaan. Silloin se on ulkoapäin tuotettua vallan käyttöä eikä valtaistamista, joka perustuu asiakkaiden tai asiakasryhmien omaan ymmärrykseen ja kokemukseen. Valtaistamisen, empowermentin, tarkoituksenahan tulisi nimenomaan olla asiakkaiden asiantuntijuuden nostaminen keskiöön etsittäessä ratkaisumalleja heidän vaikeisiin tilanteisiinsa. Vallan ja valtaistamisen käsitteissä meidän on huomioitava vallan kontekstuaalinen ja muutokseen pyrkivä luonne, miten valta toimii eri tasoilla, miten eri ihmiset kokevat vallan käsitteen sekä vallankäytön sisältämän luovuuden momentin ja toisaalta sen kontrolloinnin, että valtaa ei käytetä väärin. (Fook 2002,103.)

Mielestäni Fookin kritiikki empowermentia kohtaan on aiheellista. Olen hänen kanssaan samaa mieltä siinä, että käyttäessämme asiakastyössä empowermentia menetelmänä, on aina pohdittava sitä mikä on valtaistamisen perimmäisenä tarkoituksena. Mielestäni tämä näkyy Suomessa erittäin selvästi mielenterveyskuntoutujien palveluiden kohdalla. Yhteiskunta vaatii mielenterveyskuntoutujien valtaistamista niin, että he kykenisivät selviytymään itsenäisesti ja ”kuntoutumaan yhteiskuntakelpoisiksi kansalaisiksi”. Mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen vaikuttavat kuitenkin monet asiat, jotka tulisi huomioida mielenterveyskuntoutujien elämäntilanteissa. Tällaisia kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

ovat esimerkiksi mahdollisuuksien tarjoaminen työhön paluuseen, joka vaatii sellaisten työpaikkojen saamista, joissa kuntoutuja voi kokeilla osatyökykyisenä eri työtehtäviä. Yksilön valtaistaminen ei yksin riitä, tarvitaan myös yhteiskunnan rakenteiden ja palvelujärjestelmän kehittämistä. Tähän kehittämistyöhön olisi otettava mukaan mielenterveyskuntoutujat, joilla on näkemystä siitä, kuinka palveluja tulisi kehittää ja millaisia palveluja he tarvitsevat. Silloin voidaan puhua aidosta valtaistamisesta, jossa mielenterveyskuntoutujien asiantuntemus on nostettu keskiöön ja heidän ihmisoikeuksiaan kunnioitetaan.

Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS), suomennettuna jotakuinkin fyysisesti vammautuneiden tai rajoittuneiden erottelua vastaan toimiva liitto, antoi Vammaisliiton kokouksessa vuonna 1975 julkilausuman, jonka mukaan vammaisuus on tilanne, joka ei saa johtaa yksilön taloudelliseen, liikunnalliseen tai institutionaaliseen eristämiseen. Tietoon perustuvaa tutkimusta vammaisten elinoloista ja ongelmista yhteiskunnan täyspäinoisinä jäseninä tulisi tuottaa siten, että jos vammaisen henkilö ei itse kykene tutkimusta tekemään, hän antaa omaan kokemukseensa perustuvat tiedot ei-vammaiselle tutkijalle, joka varsinaisesti tuottaa tutkimusraportin. Tutkijoiden, tutkimuksen tuottamisen asiantuntijoiden, on huolehdittava tutkimusta tehdessään UPIASin julkilausuman toteutumisesta eli heidän tulee edistää vammaisen henkilön itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tällöin voidaan sanoa, että tietoon pohjautuvassa tutkimuksessa päästään jo melko lähelle totuutta, jota tutkimustyössä on tarkoitus etsiä. (Sapey 2004, 157 – 158.)

Vaikka tuossa UPIASin julkilausumassa tarkoitetaan lähinnä fyysisesti vammautuneita henkilöitä, voi sitä mielestäni soveltaa hyvin käsittämään myös psyykkisesti tai sosiaalisesti vammautuneita ihmisiä. Tämä tutkimus on omalta osaltaan pyrkimys Sapeyn tarkoittamaan suuntaan. Haluan vilpittömästi edistää mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeuden toteutumista kysymällä heiltä itseltään millaisia ongelmia mielenterveyshäiriöt heidän elämäänsä tuovat. Tällaisen tiedon avulla toivon, että mielenterveyskuntoutujien palveluita voidaan kehittää ja tarjota sellaisia palveluja, joita mielenterveyskuntoutujat kokevat tarvitsevansa.

Auttamisammateissa korostetaan voimakkaasti ihmisen ja yksilön erityisyyttä sekä hänen oikeuksiensa turvaamista. Kansainvälisesti hyväksytyt ihmisoikeudet asettavat auttamistyölle merkittävät perusvaatimukset, joihin kuuluvat ihmisen kunnioittaminen omana ainutkertaisena yksilönään, hänen loukkaamattomuutensa sekä kaikenlaisen eriarvoisuuden

poistaminen. Näitä periaatteita on tarkennettu kansallisesti hallitusmuodon säätämässä kansalaisten perusoikeuksissa. Ihmisoikeudet, kansalaisoikeudet, perusoikeudet, sosiaaliset oikeudet ja subjektiiviset oikeudet jäävät käytännön auttamistyössä helposti abstrakteiksi asioiksi, joita on vaikea mieltää todellisten auttamistyön tilanteiden ohjenuoriksi. Näistä oikeuksista puhutaan käytännön auttamistyön piirissä vähän eikä niitä myöskään tunneta riittävästi. Siksi nämä oikeudet eivät ole ammatillisessa ajattelussa sisäistyneet omaa työtä ohjaaviksi sisällöllisiksi kysymyksiksi. Päinvastoin, palveluiden piirissä kiistellään siitä, kuinka asiakkaiden subjektiivisia oikeuksia voitaisiin rajata mahdollisimman vähäisiksi ja siten taloudellisesti edullisiksi. Tällainen suhtautuminen heijastuu väistämättä asiakastyön kohtaamisiin, joissa erilaiset ihmis-, kansalais- ja sosiaaliset oikeudet käytännössä sitten toteutuvat tai jäävät toteutumatta. (Pohjola 2006, 45 – 46.)

Eettiset ja ihmisoikeudelliset kysymykset liittyvät olennaisesti aiheeseen, jossa tutkitaan jonkin ihmisryhmän oikeuksien toteutumista. Tässä tutkimuksessa pohdin näitä kysymyksiä muun muassa palvelujärjestelmän kautta. Mitä palveluja mielenterveyskuntoutujat saavat, onko niitä riittävästi, mihin palveluihin he olisivat oikeutettuja esimerkiksi lakien nojalla, mutta jäävät niitä ilman palvelujärjestelmän toimimattomuuden vuoksi? Onko mielenterveyskuntoutujien kohtelu suomalaisessa palvelujärjestelmässä eettisesti kestäväällä pohjalla? Millaisia kokemuksia kohtelusta mielenterveyskuntoutujilla on palvelujärjestelmässä?

Jos sosiaalityö hyväksyy erilaisuuden, kunnioittaa paikallista tietämystä ja kulttuurieroja sekä toimii muiden kanssa yhteisöllisten ”hyvää” koskevien käsitysten luomiseksi ja ylläpitämiseksi, tarvitaan dynaamisia ja suhdekeskeisiä etiikka- ja ihmisoikeuskäsityksiä. Ne on luotava yhdessä avoimessa, turvallisessa ja kunnioittavassa dialogissa. (Witkin 2003, 251.) Ihmisoikeuksien kunnioittaminen, erilaisuuden hyväksyminen sekä vallankäytön välttäminen pitää mielestäni sisältyä myös sosiaalityöntekijöiden ja mielenterveyskuntoutujien välisiin kohtaamisiin. Näissä kohtaamisissa sosiaalityöntekijän tulee sijoittaa mielenterveyskuntoutujan mentaaliset ongelmat niille kuuluville paikoilleen.

Kuten Lauri Rauhala (2005, 180.) asian ilmaisee, mentaaliset ongelmat ovat häiriöitä ihmisen tajunnallisuuden subjektiivisessa maailmankuvassa. Ne todetaan aina kokemuksellisuudessa eli merkitysten tasolla. Ongelmien alku voi olla ihmisen kokonaisuuden eri olemuspuolissa, mutta mentaalinen häiriö on vasta, kun se esiintyy kokemuksessa merkitysten

epäsuotuisuutena. Tällainen käsitys saattaa vapauttaa sosiaalityöntekijän katsomaan ongelmaa eri tavalla ja kysymään miten vääristynyt maailmankuva on konstioitunut. Näin sosiaalityöntekijä tarkastelee mielenterveyskuntoutujan tilannetta sekä tajunnallisesta että situationaalisesta näkökulmasta, kohtaa mielenterveyskuntoutujan kunnioittavasti, erilaisuuden hyväksyen sekä välttää käyttämästä asemaansa liittyvää valtaa mielenterveyskuntoutuja-asiakkaaseensa.

3.3 Tutkimusaiheen kansainvälinen tutkimus

Mielenterveyshäiriöt ovat globaali ilmiö, jota on myös tutkittu eri näkökulmista suhteellisen paljon. Minulle on tuottanut suurta hankaluutta löytää tästä runsaasta tarjonnasta relevantteja tutkimuksia juuri tähän tutkimusaiheeseen. Tähän tutkimukseen olen valinnut kansainvälisiä tutkimuksia, joissa mielenterveyshäiriöitä ja mielenterveyskuntoutujien arkea on tutkittu lähinnä sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan viitekehyksestä.

Amerikkalainen professori Eileen Gambrill (2006) on kirjoittanut teoksia sosiaalityön kriittisestä reflektiosta. Hän toteaa, että asiakaskohtaamisessa on tärkeää huolellinen arviointi. Se auttaa räätälöimään päätökset asiakaskohtaisesti ainutkertaisiin luonteenpiirteisiin ja olosuhteisiin nähden, oli sitten kysymyksessä yksilö, perhe, ryhmä, organisaatio tai yhteisö. Gambrill sanoo huolellisesti suoritettujen arvioinnin liittyvän ”hyvän sopimiseen” yksilöllisyyden ja tarjotun palvelun välillä. Asiakastyön alkuvaihe sisältää ongelmien tunnistamisen ja selventämisen, niihin liittyvät tekijät sekä tavoitellut tulokset. Haastattelu on tyypillinen asetelma alkutapaamiselle, jossa erityistä huomiota pitäisi kiinnittää asiakkaan voimavaroihin ja niiden tukemiseen. Haastattelussa tulisi olla mukana arvojen arviointia, taustatekijöiden todistettavuutta ja niiden luonteen esilletuomista sekä tarvetta kriittisesti ilmentää arvioinnin sisältämät rakenteet. Lisäksi työn eettisten velvollisuuksien kunnioittaminen edellyttää työntekijältä sellaisten rakenteiden valintaa, jotka ovat kilpailukykyisiä kokemuseräisen tiedon kanssa. (Gambrill 2006, 343 – 375.)

Olen samaa mieltä Gambrillin kanssa siitä, että asiakastyössä on osattava asettua asiakkaan asemaan ja pyrittävä pääsemään irti asiantuntija-asenteesta suhteessa asiakkaan asiantuntemukseen, jonka hän on hankkinut kokemuksillaan, elämällä omaa elämäänsä. Kynnistymisen vaara on aina läsnä sosiaalityöntekijän työssä. Luottamuksen rakentaminen asiakassuhteessa on haastavaa ja aikaa vievää työtä. Kaikki tämä pätee myös asiakastyössä, jota

tehdään mielenterveyskuntoutujien kanssa. Psykkinen sairaus vain tekee esimerkiksi luottamussuhteen rakentamisesta entistä haastavampaa.

Vertailemalla erilaisia tutkimustuloksia päästään varmuuteen oikeasta ratkaisusta, ymmärtää asiakkaan olemassa oleva tilanne kokonaisvaltaisesti. On kyettävä varautumaan ja huomioimaan asiaan vaikuttavia erilaisia tasoja, kuten yksilö, perhe, ryhmä tai valtio. Ei ole selviä vastauksia, pitää osata sanoa, ettei tiedä. Gambrill kehottaa suhtautumaan kriittisesti käytännön arvoihin, tietämykseen, tietoon, osaamiseen sekä taitoihin. Kaikkea tulisi tarkastella kriittisesti etsien tutkimuksellisesti todistettua, asiakkaan parasta, joka samalla on eettisesti kestävä. Sosiaalityöntekijän tulee ottaa aktiivinen rooli lukemansa, kuulemansa ja uskomustensa kriittiseen arviointiin. Tällä tarkoitetaan sosiaalityön sisäistä toiminnallista kritiikkiä. Täytyy uskaltaa pitää katse koko ajan maalissa – asiakkaan auttamisessa ja vahinkojen välttämässä. Tämä tarjoaa eettisen pohjan liittyen kriittiseen ajatteluun ja näyttöön perustuvaan käytäntöön sekä politiikkaan. Täytyy punnita sekä hyvät että huonot puolet näkemyksistä ja olla rohkeutta kysyä myös ”kovia”, vaikeita kysymyksiä. Ilmiselvien asioiden tai totuuksien kyseenalaistaminen on tärkeää. (em. 2006, 71 – 305.)

Sosiaali- ja terveysalan käytäntöjen toteuttaminen ”oikein” on ensiarvoisen tärkeää. Kun ollaan tekemisissä ihmisten elämään liittyvien hankalien ongelmien kanssa, on auttamisalojen ammattilaisilla suuri valta, mutta toisaalta myös erittäin suuri vastuu tekemästään työstä. Sandy Fraserin ja Sarah Matthews (2008) toimittamassa teoksessa käsitellään sosiaali- ja terveysalan käytäntöjen haasteita ja selvitetään niitä asioita, jotka vahvistavat hyviä käytäntöjä. Teoksen kirjoittajien teoreettinen viitekehys pohjautuu sen ajatuksen ymmärtämiselle, että sosiaali- ja terveysalan käytännön työ on aina jollakin tavalla problemaattista. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät ovat jatkuvien muutospainoiden ja monien eri tahojen odotusten ristitulessa. Niinpä alan ammattilaisten on oltava koko ajan avoimia uudelle tiedolle sekä uusille näkökulmille asiakastyössä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on harjoitettava kriittistä reflektiota, kyseenalaistettava olemassa olevia käytäntöjä ja analysoitava tekemäänsä työtä löytääkseen jatkuvasti muuttuviin tilanteisiin parhaat käytännöt. Kriittinen tarkastelu omaa työtä kohtaan auttaa myös sietämään sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen työhön liittyvää epätietoisuuden ja epävarmuuden taakkaa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisella on oltava kyky nähdä ja ajatella eri tilanteissa laajemmin, ”laatikon ulkopuolelle”. Ammattilainen osaa myös asettua asiakkaan asemaan ja kunnioittaa

asiakkaan asiantuntijuutta omaan elämäänsä liittyviin ongelmiin nähden. (Fraser & Matthews 2008, 1.)

Minulla on kokemusta sosiaalityöntekijän työstä vasta neljän vuoden ajalta, mutta jo tämän kokemuksen myötä olen todennut kuinka tärkeää todellakin on tarkastella jatkuvasti omaa työtään kriittisesti ja analysoida asiakastilanteita. Työskennellessäni mielenterveyskuntoutujien kanssa minua painoi suuri epävarmuus siitä, olenko varmasti ymmärtänyt asiakkaan kertoman oikealla tavalla. Riippuen mielenterveyshäiriön laadusta, sairauden vakavuudesta ja sen oireista, mielenterveyskuntoutujan kokemusmaailma saattaa olla kovin toisenlainen kuin sellaisen henkilön, joka ei ole psyykkisesti oirehtiva. Esimerkiksi paranoidista skitsofreniaa sairastavalla voi olla vakavia aistiharhoja, jotka mielestäni väistämättä vaikeuttavat vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Sosiaalityöntekijän on tämänkaltaisissa asiakastilanteissa mielestäni välttämätöntä pohtia kriittisesti käyttämiään menetelmiä, jotta voidaan varmistaa, että asiakas on tullut aidosti kuulluksi ja myös ymmärretyksi sillä tavalla kuin hän on tarkoittanut. Yhteisen kielen löytäminen asiakastyössä on haastavaa, mielenterveys-työssä vaikeusaste on vielä suurempi sairauden mukanaan tuoman problematiikan vuoksi.

Samaisessa Fraserin ja Matthews (2008) toimittamassa teoksessa on Canterburyn yliopiston professorin Hilary Brownin ja Greenwichin yliopiston vanhemman lehtorin Sheila Barrettin kirjoitus, jossa he käsittelevät sosiaali- ja terveysalan käytäntöjä palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten välisen dynamiikan näkökulmasta. Lähinnä Brown ja Barret tarkastelevat vammaisten henkilöiden palveluiden käyttöä. Vammaiset ja pitkäaikaissairaat käyttävät luonnollisesti palveluita paljon enemmän kuin niin sanotut tavalliset kansalaiset, jotka tarvitsevat palveluita vain akuutteihin tilanteisiin kuten esimerkiksi tapaturman aiheuttaman äkillisen tarpeen vuoksi. Kirjoittavat tuovat mielestäni esiin mielenkiintoisia ajatuksia siitä, kuinka palveluiden käyttäjät ovat tänä päivänä aivan toisella tavalla tietoisia omista oikeuksistaan ja haluavat olla osallisina suunnittelemassa heille tarkoitettuja palveluja. Tieto- ja muun tekniikan kehittymisen myötä vammaisilla henkilöillä on nykyään enemmän mahdollisuuksia ottaa selvää asioista ja hankkia tietoa esimerkiksi sairauteensa liittyvistä hoitomuodoista, tutkimuksesta ja lainsäädännöstä. Vammaiset ovat myös perustaneet etujaan ajavia organisaatioita, jotka toimivat aktiivisesti ja osaavat järjestäytyneesti vaatia palveluita sekä oikeuksiensa täyttämistä. Tämä vammaisten henkilöiden ja muiden palveluiden käyttäjien aktivoituminen sekä tietoisuuden tason lisääntyminen asettaa sosiaali- ja terveysalan organisaatorakenteille ja asiantuntijoille suuria haasteita. Brown ja Barret to-

teavat kuitenkin, että tämä kehitys antaa myös valtavia mahdollisuuksia parantaa palveluita yhdistämällä ammattilaisten ja palveluiden käyttäjien tietämys. Tulevaisuudessa on vain osattava hyödyntää nämä molemmat tietämyksen tasot, ammatillinen tietämys ja kokemustieto. (Brown & Barret 2008, 43 – 57.)

Karen Lyonsin, Kathleen Manionin ja Mary Carlsenin (2006) teoksessa tarkastellaan sosiaalityön kansainvälisiä näköaloja. Millä tavalla globalisaatio vaikuttaa sosiaalityön käytäntöihin eri maissa? Miten globalisaatio olisi huomioitava sosiaalialan koulutuksessa? Kirjoittajat tuovat esiin globalisaation laajat vaikutukset teollistuneissa maissa esimerkiksi ihmisoikeuksien ja sosiaalisten oikeuksien toteutumisen kannalta. Teoksessa on käsitelty myös maahanmuuton mukanaan tuomia sosiaalisia ongelmia. Eri kulttuureista täysin vieraalle maaperälle muuttavien ihmisten kanssa työskennellessä on huomioitava kulttuuriin liittyvät erityispiirteet. Pakolaisina maahan muuttaneet ovat vielä haastavampi ryhmä sosiaalityön ammattilaisille. He ovat saattaneet kokea omassa maassaan traumaattisia kokemuksia, joiden käsitteleminen uudessa kotimaassa vieraassa ympäristössä voi osoittautua todella ongelmalliseksi, jopa mahdottomaksi. Globalisaation mukanaan tuomat haasteet heijastuvat eri maiden sosiaalityöhön vaatien sosiaalityön ammattilaisilta uusien työmenetelmien ja kriittisen reflektion omaksumista työssään. Suomi ei myöskään ole välttynyt globalisaation vaikutuksilta, Euroopan Unioniin liittymisen jälkeen tarve kansainvälisen sosiaalityön tekemiseen vaadittavien taitojen osalta on koko ajan kasvanut ja tulee todennäköisesti edelleen tulevaisuudessa kasvamaan.

Tässä luvussa 3 olen käsitellyt sosiaalityötä mielenterveystyössä, sen roolia ja merkitystä, työn eettisiä kysymyksiä sekä katsonut asiaa laajemmasta perspektiivistä eli millaista sosiaalityöhön liittyvää tutkimusta on tehty maailmanlaajuisesti. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä miten mielenterveyskuntoutujat kokevat tulevansa kohdelluiksi asioidessaan eri palvelujärjestelmän yksiköissä. Olen tuonut tässä luvussa esiin sekä oman kokemukseni että tutkitun tiedon kautta niitä asioita, jotka liittyvät hyvään asiakaspalveluun ja ihmisten kohtaamiseen. Olen pyrkinyt argumentoimaan myös sitä millaisia erityispiirteitä liittyy mielenterveystyön kentällä tehtävään sosiaalityöhön, jossa täytyy kamppailla sekä sosiaalitieteellisen näkökulman esiin pääsemisen että psykiatristen potilaiden kanssa tehtävään asiakastyöhön ja vuorovaikutukseen liittyvien haasteiden kanssa.

Kansainvälistä tutkimusta sosiaalityöstä olen tässä luvussa esitellyt osoittaakseni, että oman työn tutkiminen ja kehittäminen on välttämätöntä esimerkiksi globalisaation mukanaan tuomien uusien haasteiden vuoksi. Olen pyrkinyt kytkemään kansainvälistä tutkimustakin mielenterveystyössä tehtävän sosiaalityön erityiskysymyksiin. Tässä luvussa käsiteltyjen kysymysten toivon luovan pohjaa tämän tutkimuksen aineiston analyysille, jossa selvitetään osallistujien kokemuksia palvelujärjestelmän toimivuudesta ja saadusta kohtelusta. Jotta voi analysoida aineistoon osallistuneiden kokemuksia edellä kerrotuista asioista, täytyy tietää millaista on hyvä asiakaspalvelu, laadukas ja eettisesti kestävällä pohjalla tehty sosiaalityö sekä arvostava ja kunnioittava asiakkaan kohtaaminen.

4 TUTKIMUKSEN TAUSTA – AJATTELU

Tämän tutkimuksen teoreettisina perusteina ovat kokemuksen ja toimijuuden teoriat. Tutkimusote on fenomenologis-hermeneuttinen. Tausta-ajatteluuni vaikuttaneita teoreetikkoja ovat Lauri Rauhala (2005), liettualaisranskalainen strukturaalisen semantiikan oppi-isä A.J. Greimas (1980), joka on tärkeä semiotiikan teoreetikko ja perusti niin sanotun Pariisin koulukunnan sekä englantilainen yhteiskuntateoreetikko Anthony Giddens (1984; 1991). Tässä luvussa luon siis katsauksen tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Luvussa 4.1 selvitän mitä on arkielämän ja kokemusten tutkimus. Luvussa 4.2 käsittelen lähdeteosten pohjalta tarkemmin toimijuutta, ihmisen toimintaan liittyvää teoriaa. Luvussa 4.3 tarkastelen rakenteistumisen ja toiminnan kysymyksiä perustuen Anthony Giddensin tulkintoihin.

4.1 Arkielämän ja kokemusten tutkimus

Mitä arki on? Meillä jokaisella on oma käsityksemme siitä, mutta arki käsitteenä on kuitenkin melko vaikea määritellä. Arkea on kaikkialla, mutta kaikki ei ole arkea. Arkisuus on inhimillisen toiminnan ja olemassaolon muoto, joka on mahdollisuutena läsnä missä tahansa. Arjesta tulee tärkeää silloin, kun se alkaa niin sanotusti ”tökkiä” – kun vaikkapa ei olekaan enää varmaa, jaksaako nousta aamulla sängystä tai ilahtuuko kahvin tuoksusta tai lehden lukemisesta. (Jokinen 2005, 10 – 11.)

Tässä tutkimuksessa haastatellut ja kirjeitä kirjoittaneet mielenterveyskuntoutujat kuvasivat sairastumisen yhteydessä juuri sitä, kuinka he menettivät otteensa arkeen. Aivan tavalliset, arkiset toimet eivät enää sujuneetkaan. Oli vaikea suoriutua kaikista niistä arkeen kuuluvista tehtävistä, joita oli aiemmin tehnyt ajattelematta niitä sen kummemmin. Arkiset toimet vain tehtiin rutiininomaisesti ja oli itsestään selvää, että ne tulivat tehdyiksi. Mielenterveyden järkkyyessä ikään kuin putoaa kiiluun, jossa elämältä katoaa mielekkyys ja ihminen muuttuu toimintakyvyttömäksi.

Fenomenologinen tutkimus keskittyy yksilön subjektiivisten kokemusten tutkimukseen. Millaisia kokemuksia yksilöillä on? Miten näitä kokemuksia voidaan ymmärtää ja kuvata mitä heille on tapahtunut heidän omasta näkökulmastaan? Fenomenologian ytimessä on pyrkimys ymmärtää tiettyä ilmiötä. Fenomenologian juuret ovat filosofiassa, esimerkiksi Husserl, Heidegger ja Merleau-Ponty ovat esitelleet teoksissaan fenomenologian periaatteita. Fenomenologista tutkimusta on tehty voimakkaasti eri sosiaalitieteissä sekä käyttäytymis-

hoito- ja terveystieteen kentillä. Fenomenologinen tutkimusote on aloittelevalla tutkijalla haasteellinen, koska se sisältää paljon erityissanastoa ja vaikeasti avautuvaa filosofista tarkastelua. Jos kuitenkin etsitään vastauksia ihmisten subjektiivisiin kokemuksiin liittyviin tutkimuskysymyksiin, voi fenomenologisella tutkimusotteella olla paljon tarjottavana ja se voi olla relevantti metodologia todellisuuden tutkimuksessa. (Robson 2002, 195 – 196.)

Juha Perttula (2008) perustaa pohdintansa fenomenologisesta tieteenteoriasta pitkälti Lauri Rauhalan ajatteluun siitä mitä kokemus on ja miten se rakentuu. Perttula noudattaa Rauhalan jakoa ihmisestä tajunnallisena, kehollisena ja situationaalisenä olentona. Perttula ajattelee, että fenomenologinen erityistiede kattaa kaikki tieteenalat, jotka tutkivat subjektiivista kokemusta. Se on siis monitieteistä tutkimusta. Ihmisen elämäntilanteen mukaan kokemuksen tutkimus voidaan jakaa useaksi tieteenalaksi. Fenomenologisen erityistieteen synonyymina voidaan käyttää fenomenologista psykologiaa, koska se tutkii kokemuksia kaikesta elämäntilanteeseen kuuluvasta. (Perttula 2008, 115 – 116.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia aineistoon osallistuneiden kokemuksia siinä elämäntilanteessa, jossa he ovat sairastuneet psyykkiseen sairauteen. Tutkin niitä kokemuksia, joita ihmisille muodostuu tavallisen arjen elämäntilanteissa, joihin psyykkinen sairastuminen väistämättä on vaikuttanut.

Kokemuksen tutkimuksen haasteena on se, että kokemukset ovat subjektiivisia ja ihmiset kokevat asioita kukin omista lähtökohdistaan. Koska tutkittavalla ja tutkijalla on molemmilla omat kokemuksensa todellisuudesta, on tutkijan oltava kriittinen omille tulkinnoilleen ja reflektoitava tulkintojaan. Fenomenologisen tutkimuksen tekijän on myös tiedostettava tutkimuskohdetta ennalta selittävien teoreettisten mallien vaikutus tutkijan omaan todellisuuden käsittämisen tapaansa. Timo Laine antaa tutkijalle ohjeeksi laittaa teoreettiset esimäärytykset hyllylle tutkimuksen ajaksi ja ottamaan ne takaisin vuoropuheluun tutkimuksen lopussa, kun oma aineiston tulkinta on suoritettu. Silloin teoreettiset määrytykset toimivat kriittisinä näkökulmina tutkijan tulkintoihin. (Laine 2007, 34 – 39.) Ymmärrän tämän siten, että kokemukset ovat aina yksityisiä ja erityisiä, joten tutkijan on tehtävä kaikkensa ollakseen mahdollisimman avoin aineistonsa tulkinnassa. Sen sijaan tutkimuksen valmistuttua on tärkeää verrata tutkimustuloksia aikaisempaan tutkimukseen ja niiden teorioihin. Tutkimustulokset käyvät vuoropuhelua teoreettisten määrytysten kanssa joko myötäillen aiempaa tutkimusta tai erottuen siitä.

Hieman toisesta näkökulmasta kokemuksen tutkimuksesta kertoo Brunelin yliopiston sosiiaalipolitiikan professori ja mielenterveyskuntoutuja Peter Beresford (2008). Hän puhuu kokemustutkimuksesta, jolla tarkoitetaan sitä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutajat tuottavat itse tietoa elämästään ja heille tarkoitetuista palveluista. Beresford (2008) on kehittänyt erilaista tapaa ajatella tietoa ja tutkimuksen tekoa. Kokemustutkimuksessa pyritään antamaan arvoa ihmisten omakohtaiselle kokemukselle ja kokemusperäiselle tiedolle heidän voimaantumisensa tukemiseksi. Kokemustutkimuksen teoriana on ajatus siitä, että mitä suurempi on välittömän kokemuksen ja sen tulkinnan välinen etäisyys, sitä todennäköisemmin näin muodostuva tieto on epätarkkaa, epäluotettavaa ja vääristynyttä. (Beresford 2008, 17.)

Kannatan Beresfordin ajatusta siitä, että tutkimusta eri ilmiöistä tulisi tuottaa nykyistä enemmän niiden henkilöiden toimesta, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Mielestäni varsinkin palveluiden kehittämisen näkökulmasta on tärkeää, että ihmiset, jotka ovat näiden kehitettävien palvelujen käyttäjinä, tuottavat tietoa siitä millaisia palveluja tarvitaan ja millä tavalla ne olisi järkevintä tuottaa. Jos tutkitaan esimerkiksi pyörätuolipotilaiden elämän parantamiseen liittyviä asioita, kuka tietää paremmin millaista on elää sen pyörätuolin kanssa kuin ihminen, joka siinä tuolissa istuu päivästä toiseen?

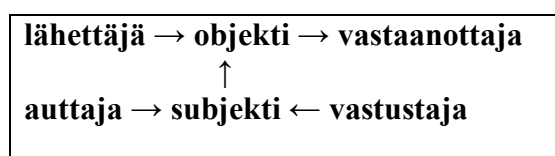
Olen kuitenkin sitä mieltä, että myös sellaisen ihmisen, jolla ei ole kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, on mahdollista tätä ilmiötä tutkia. Tämä edellyttää sitä, että tutkija kysyy asiaa sellaiselta henkilöltä, jolla kokemusta ilmiöstä on sekä huolehtii tieteen tekemisen eettisten periaatteiden noudattamisesta. Tutkijan on oltava tutkimusta tehdessään koko ajan tietoinen siitä, että hänen omat ajatuksensa ja tulkintansa ovat todellakin hänen ja pyrkiä huolehtimaan mahdollisimman suuresta objektiivisuudesta tutkimusta tehdessään. Mielestäni paras tapa tuottaa tietoa eri ilmiöistä olisi yhdistää nämä asiat. Tutkimuksessa, jossa tutkijoina toimivat sekä kokemustutkijat että niin sanotut ulkopuoliset, ”ammattitutkijat”, olisi ainakin ilmiötä katsottu riittävän monesta näkökulmasta ja huomioitu kaikki tutkittavaan ilmiöön liittyvät seikat.

4.2 Toimijuuden teoria ja tutkimus

Edellä olen kertonut lähdekirjallisuuteen nojaten kokemuksen tutkimuksesta. Tässä alaluvussa käsittelem tämän tutkimuksen toista teoreettista kokonaisuutta, toimijuuden teoriaa ja siihen liittyvää tutkimusta. Toimintateoreettinen ajattelu tässä tutkimuksessa pohjautuu

struktuuralliseen semantiikkaan, tarkemmin sanottuna A.J. Greimasin kehittelemään aktanttimalliin ja modaliteettiteoriaan. Suomessa Greimasin strukturaalista semantiikkaa ovat avanneet esimerkiksi Pekka Sulkunen ja Jukka Törrönen, joiden toimittamaa teosta käytän myös lähteenä.

Greimas (1980) loi aktanttimallin, joka perustuu lähettäjän ja vastaanottajan, subjektin ja objektin sekä auttajan ja vastustajan välisille suhteille. Aktanttimalli on narratiivisen kie-
liopin peruskaava. Aktantit ovat yleisiä, kaikissa tarinoissa toistuvia suhdekategorioita. Mallin ytimenä on subjektin ja objektin suhde, jonka ympärille muut aktantit ryhmittyvät. Mallissa lähettäjä motivoi subjektin tavoittelemaan objektia ja määrittää toiminnan arvo-
päämäärät. Auttaja tukee subjektia, kun taas vastustaja yrittää estää tavoitteen saavuttamista. Yhdessä aktanttiroolissa voi olla useita toimijoita, samoin yksi toimija voi olla useam-
massa roolissa. Toimijoiden aktanttiroolit voivat myös muuttua tarinan edetessä. Aktantit saavat erilaisia modalisointeja kuten tunteita tai arvoja. Aktanttimallin tavoitteena on ha-
vainnollistaa tekstien kompleksista, yhtä aikaa käytännöllistä ja ”myyttistä” luonnetta. Ak-
tanttimalli on käsitteellinen apuväline, jolla tekstin merkitysulottuvuuksia voi jäsentää. Greimasin tavoitteena oli luoda mahdollisimman yleinen kielen kuvausmenetelmä, aktant-
timallin arvona onkin sen yksinkertaisuus tekstin rakennetta koskevana ennakkoo-
letuksena. (Greimas 1980, 196 – 213.)



KUVIO 1. Greimasin aktanttimallin havainnollistava kuvio suhdekategorioista. (Greimas 1980, 206.)

Esimerkkinä aktanttimallista Greimas (1980) esittää sijoittamisen talouselämässä. Esimerkissä sijoittaja on subjekti, jonka toiminnan tavoitteena, objektina, on yrityksen menestys. Lähettäjänä toimii talousjärjestelmä, joka motivoi tavoittelemaan parempaa menestystä yritysmaailmassa sijoittamisen avulla. Esimerkkitarinan vastaanottaja on itse yritys. Vastustajana voidaan nähdä sijoittamiseen liittyvät riskit, vakiintunutta tasapainoa uhkaava tieteellinen ja tekninen kehitys. Auttajana taas toimivat sijoitusta valmistelevat tutkimukset sekä ennen kaikkea sijoittajan intuitiivinen vaisto. (Greimas 1980, 208 – 209.)

Tämän tutkimuksen aktanttimalli voisi olla esimerkiksi sellainen, jossa subjektina on mielenterveyshäiriö ilmiönä. Toiminnan tavoitteena, objektina, on selvittää millainen ilmiö mielenterveyshäiriö on. Lähettäjänä toimin minä tutkijana, joka olen motivoitunut tutkimaan mielenterveyshäiriötä ilmiönä. Vastaanottaja on valmiin pro gradu – tutkielman vastaanottaja, Kokkolan yliopistokeskus ja toivottavasti myös muut ihmiset, jotka lukevat valmiin tutkimuksen. Vastustaja voi olla tutkimuksen tekemiseen liittyvät riskit kuten aineiston hankinnassa ilmenevät ongelmat, tutkimusluvan epääminen tai vaikka tutkijan sairastuminen niin, että tutkimus ei tule valmiiksi. Auttajana toimivat Kulmakartanon mielenterveyskuntoutajat, jotka tuottavat aineiston ja siten mahdollistavat ylipäätään tutkimuksen toteuttamisen.

Sulkusen (1997) mukaan semioottinen tai tulkitseva sosiologia on metateoria todellisuuden ymmärrettävyydestä ja sen tuottamisen sosiaalisuudesta, jonka metodina on tulkinta. Tätä metateoreettista lähestymistapaa voidaan kehittää monesta eri näkökulmasta. Sulkunen käsittelee ensiksikin sellaista merkityksen antamisen ja tulkintojen vuorovaikutusta, joka ei tuota vain sosiaalisen todellisuuden kuvauksia vaan myös arvottaa kuvaamaansa todellisuutta. Ymmärrettävyyden käsitteeseen liittyy olennaisesti arvojen tuottaminen. Asioiden selittämisessä on otettava huomioon, miten selitettävä asia ymmärretään ja millaisia arvoja siihen liitetään. Toiseksi Sulkunen tuo esiin sen, että sosiaalisen todellisuuden symboliset ilmenemismuodot ovat puhetta tai tekstiä joltakulta joillekin oletetuille vastaanottajille. Puheisiin ja teksteihin rakentuu aina jonkinlaisia kuvia tai jälkiä tästä vuorovaikutuksesta. Näitä jälkiä Sulkunen sanoo puhuja- ja vastaanottajakuviksi. Ne määrittelevät näkökulmaa, josta todellisuutta tarkastellaan ja rakentavat sekä puhujalle että vastaanottajalle identiteettiä määrittelemällä molempien suhdetta siihen todellisuuteen, jota ne kuvaavat. (Sulkunen 1997, 17 – 18.)

Ymmärrän Sulkusen pohdinnan siten, että semioottisen sosiologian teoria pyrkii rakentamaan todellisuuden käsityksensä katsomalla tutkimiaan ilmiöitä avarakatseisesti juuttumatta yhteen näkökulmaan. Tutkijan olisi osattava katsoa todellisuutta useilla eri tavoilla ja välttää ”ajatuksellisia häkkejä”, kuten Sulkunen sen ilmaisee. Nämä ajatukselliset häkit rajoittavat rationaalista suhtautumistamme omaan toimintaamme ja toisten huomioon ottamiseen. Tulkitseminen on asioiden näkemistä uudella tavalla, todellisuuden ymmärrettäväksi tekemistä. Tulkitsemisella on moraalisia vaikutuksia, joista esimerkiksi tutkijan on oltava tietoinen tulkitessaan tutkimaansa ilmiötä. Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt tietoi-

sesti välttämään ”ajatuksellisia häkkeitä” ja katsomaan ilmiötä nimeltään mielenterveyshäiriö laajasti useasta eri näkökulmasta. Olen yrittänyt huolehtia eettisistä ja moraalisisista periaatteista niin, että annan oman tulkintani kautta mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan aineistoni osallistujien kokemuksista ja toimijuuden muutoksista heidän sairastuttuaan psyykkisesti.

Tässä tutkimuksessa käytän Greimasin koulukunnan semioottisen sosiologian teoriaa tutkimuksen aineiston mielenterveyskuntoutujien todellisuuden ymmärrettävyyden pohjana. Kuten Sulkunen (1997) tuossa edellä toteaa, semioottinen sosiologia on metateoria sosiaalisen todellisuuden ymmärrettävyydestä ja sen metodina on tulkinta. Tutkimuksen mielenterveyskuntoutajat ovat haastatteluissa ja kirjoittamissaan kirjeissä kertoneet oman elämänsä sosiaalisesta todellisuudesta. Näitä heidän kertomiaan asioita minä tutkijana pyrin tulkitsemaan ja löytämään aineistosta niitä arvoja, joita aineiston osallistujat kertomuksiinsa liittävät.

4.3 Giddensiläinen elämänpolitiikan näkökulma

Edellisissä alaluvuissa olen käsitellyt kokemuksen sekä toimijuuden teorioiden käsitteitä ja näkökulmia. Tässä alaluvussa 4.3 pureudun samoihin teemoihin täydentäen niitä brittiläisen sosiologin Anthony Giddensin tieteenfilosofiselta pohjalta. Giddens käyttää termiä elämänpolitiikka (life politics), jolla hän tarkoittaa yksilön tekemiä valintoja oman elämänsä ja toimintansa suhteen. Tässä alaluvussa tuon esiin oman käsitykseni siitä miten Giddensin teoreettinen ajattelu liittyy edellä esiteltyihin kokemuksen ja toimijuuden sekä sosiaalisen todellisuuden rakentumisen teorioihin.

Giddens puhuu rakenteistumisen toiminnallisesta suuntautuneisuudesta, sen ”modaliteeteista”. Tällä hän tarkoittaa rakenteen kaksinaisuuden keskeisiä ulottuvuuksia, jotka ilmenevät yhteiskunnallisen vuorovaikutuksen muotoutumisessa. Toimijat käyttävät näitä rakenteistumisen modaliteetteja synnyttäessään vuorovaikutusta, samalla ne ovat myös välineitä vuorovaikutusjärjestelmän uudelleen rakentamisessa. Modaliteetteja voidaan tarkastella institutionaaliselta kannalta, jolloin ne toimivat tietovarantoina ja yksilön voimavaroina, joita toimijat käyttävät vuorovaikutusta luodessaan. Tarkasteltaessa modaliteetteja strategisen käyttäytymisen ulottuvuudesta käsin, modaliteetit ovat sääntöjä ja yhteiskunnallisia voimavaroja, joita pidetään yhteiskunnallisten järjestelmien institutionaalisina piirteinä. Nämä molemmat tarkastelun tasot ovat aina olemassa ja niiden keskinäisen riippuvuussuh-

teen olemassaolo on tunnustettava. Mikään toimintakäytäntö ei ole yhden säännön tai käytävissä olevan yhden voimavaratyypin ilmentymä. Toimintakäytännöt sijoittuvat loppujen lopuksi yhtä ja samaa kokonaisuutta ilmentävien ja toisiaan leikkaavien sääntö- ja voimavaratyypin kenttään. (Giddens 1984, 135 – 136.)

Minä ymmärrän nämä Giddensin ajatukset niin, että ihmisen toimiessa ja ollessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, vuorovaikutuksessa on aina huomioitava siihen sisältyvät vallan ja normien aspektit. Ne merkitykset, joita me sosiaalisessa toiminnassa ja vuorovaikutuksessa muodostamme, antavat meille toisaalta vapauden luoda oma tulkintamme, mutta toisaalta velvoittavat meitä noudattamaan yleisesti yhteiskunnassa hyväksytyjä sääntöjä ja asettamaan tulkintamme näihin normeihin.

Mielestäni tässä on kysymys myös systeemiteoreettisesta ajatuksesta: kaikki vaikuttaa kaikkeen ja tätä kokonaisuutta on pyrittävä hallitsemaan. Suomalaisen dialogisen verkostotyön uranuurtaja tutkimusprofessori Tom Erik Arnkil (2009) toteaa, että byrokraatit ovat sektorijakoisia, ihmisten arki ei ole. Suomalainen palvelujärjestelmä on erikoistunut hoitamaan ongelmia ja asioita, mutta ei huomioida ihmistä. Ihminen ei ole asia, kohde tai esine vaan toinen minä, jota ei kuitenkaan koskaan voi täysin tuntea. Lisäksi Arnkil korostaa, että asiakaslähtöisessä työskentelyssä ei hyödynnetä juuri lainkaan valtavaa voimavaraa, asiakkaan läheisverkostoa. (Arnkil 2009, 3 – 12.)

Olen Arnkilin kanssa täysin samaa mieltä. Meillä ei edelleenkään ole sellaista moniammatillisen ja asiakaslähtöisen verkostotyön kulttuuria, joka nostaisi asiakkaan keskiöön ja osaisi katsoa asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti hyödyntäen jo olemassa olevaa läheisten verkostoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tulisi toimia yhteistyössä asiakkaan verkoston kanssa sekä täydentää asiakkaan läheisverkoston antamaa apua ja tukea. Tämä edellyttää dialogisuutta, vastavuoroisuutta ja vuoropuhelua. Onhan tällainen vuoropuhelu asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa todella paljon haastavampaa kuin asiantuntijaroolin vetäminen. Siksi mielestäni dialogisuus moniammatillisessa verkostotyössä ei olekaan edennyt niin kuin sen olisi toivonut etenevän. Erityisen selvästi olen huomannut tämän tulevan esiin työskenneltäessä mielenterveyskuntoutujien kanssa. Mielestäni dialogisuutta heidän kanssaan heikentää moniammatillisen asiantuntijaverkoston alentuva asennoituminen mielenterveyskuntoutujan kykyyn toimia dialogissa. Erikoista on se, että jos epäillä vuorovaikutuksen toisen osapuolen (tässä tapauksessa mielenterveyskuntoutujan)

taitoa olla dialogissa, niin eikö silloin nimenomaan kannattaisi ottaa työskentelyyn ja vuoropuheluun mukaan läheisverkosto? Läheisverkoston jäsenet tuntevat varmasti mielenterveyskuntoutujan paremmin ja pidemmältä ajalta kuin palvelujärjestelmän asiantuntijat.

Giddensin mukaan yhteiskunnallisia järjestelmiä ei voi tutkia funktioanalyttisin erittelyin, koska elävän organismin ”rakenne” on olemassa täysin riippumatta sen toiminnoista. Yhteiskunnalliset järjestelmät taas lakkaavat olemasta, kun ne lakkaavat toimimasta. Giddensin mielestä funktioanalyysissä ja strukturalismissa aika/paikka-yhteismääritteisyys pyritään sulkemaan pois. Käsitteeseen yhteiskunnallinen rakenne kuuluu kuitenkin Giddensin mukaan kaksi piirrettä: vuorovaikutuksen yleinen hahmottuminen, johon kuuluu toimijoiden ja ryhmien väliset suhteet sekä vuorovaikutuksen jatkuvuus ajassa. Giddensin käsite rakenne viittaa rakenteistavaan ominaisuuteen, joka ”sitoo” ajan ja paikan yhteiskunnallisiin järjestelmiin. Hän väittää, että nämä ominaisuudet voidaan parhaiten ymmärtää sääntöinä ja käytettävissä olevina voimavaroina, jotka ovat välineinä ja tuotoksina mukana yhteiskunnallisten järjestelmien uusintamisessa. (Giddens 1984, 105 – 110.) Alla oleva kuvio 2 jäsentää Giddensin tarkoittamia rakenteen, järjestelmän ja rakenteistumisen välisiä suhteita.

RAKENNE	Säännöt ja käytettävissä olevat voimavarat yhteiskunnallisten järjestelmien ominaisuuksiksi järjestäytyneinä. Rakenteet ovat olemassa vain ”rakenteellisina ominaisuuksina”.
JÄRJESTELMÄ	Säännöllisiksi yhteiskunnallisiksi toimintakäytännöiksi järjestyneet, jatkuvasti uusintetut suhteet toimijoiden ja heistä muodostuneiden ryhmien (kollektiivien) välillä.
RAKENTEISTUMINEN	Vuorovaikutuksen synnyttämät tilanteet, jotka määräävät rakenteiden jatkuvuutta tai muuntautumista (transformaatiota) ja siten myös järjestelmien uusintamista.

KUVIO 2: Rakenteen, järjestelmän ja rakenteistumisen väliset suhteet. (Giddens 1984, 112.)

Giddensin ajattelun mukaan siis yhteiskunnallisten ja sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseksi vaaditaan laaja-alaista vuorovaikutusta, jonka kautta muutetaan järjestelmää sekä rakenteita. Mielestäni mielenterveyskuntoutujien laitoshoidon purkaminen 1990-luvun

alkupuolella on hyvä esimerkki siitä kuinka rakenteistuminen, vuorovaikutus ja uusiutuminen, ei toteutunut. Tarkoituksena oli vähentää laitoshoidon sairaansijojen määrää ja samalla vapauttaa resursseja avohoitopalvelujen kehittämiseen ja mielenterveystyön monipuolistamiseen. Tavoitteena oli kehittää avohoittoa ja siihen kuuluvia tukipalveluja sekä kehittää myös mielenterveystyötä perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa. Kävi kuitenkin niin, että resursseja avopalveluiden kehittämiseen ei poliittisilla päätöksillä annettu. Henkilöstö väheni määrällisesti myös avohoidossa, avohoito- ja peruspalvelut jäivät suurelta osin kehittämättä. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1996 tilaamassa selvityksessä mielenterveyspalveluiden tilasta todettiin, että millään muulla sosiaali- ja terveydenhuollon alalla eivät palvelujen tarjonta ja kansalaisten tarpeet ole niin kaukana toisistaan kuin mielenterveystyössä. (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 15 – 16.)

Olen samaa mieltä Giddensin kanssa siitä, että rakenteiden, järjestelmän ja rakenteistumisen suhteet yhteiskunnassa on oltava tasapainossa. Edellä kerrottu esimerkki mielenterveyspalveluiden kehittämisestä osoittaa mielestäni sen, että pelkkä rakenteiden kehittäminen ei riitä, on kehitettävä myös järjestelmää. Asia toimii myös toisinpäin: pelkkä järjestelmän kehittäminen ei riitä, on kehitettävä myös rakenteita. Rakenteiden ja järjestelmän kehittämisen yhteydessä syntyy vuorovaikutus, joka johtaa kokonaisvaltaiseen muutokseen, rakenteistumiseen. Mielestäni suomalaisen mielenterveyspolitiikan kehittäjien tulisi tutustua Giddensin ajatteluun ja viedä kehittämistyö rakenteistumisen tasolle saakka.

Giddens käyttää käsitteitä emansipatorinen, vapauttava politiikka (emancipatory politics) ja elämänpolitiikka tai voisi myös sanoa olemassaolon politiikka (life politics). Vapauttavan politiikan pyrkimyksenä on Giddensin mukaan ”vapauttaa” vähempiosaisia ryhmiä heidän onnettomista olosuhteistaan. Vapauttava politiikka on keskittynyt eliminoimaan hyväksikäytön, epätasa-arvon ja sorron. Näin ollen se asettaa ensisijaisiksi pyrkimyksiin oikeuden, yhdenvertaisuuden ja osallisuuden toteutumisen. Näiden pyrkimysten toteutuminen edellyttää yhteiskunnan organisoimista niin, että yksilön kyvykkyys, tavalla tai toisella, voi vapaasti ja itsenäisesti toteutua yksilön toiminnassa hänen elinpiirissään ja sosiaalisessa elämässään. Yksilön kannalta vapautteen liittyy myös vastuu ja velvollisuudet. Vapauden ja vastuun aspektien tulee olla tasapainossa. Elämänpolitiikassa taas on kysymys siitä millaisia valintoja ja päätöksiä yksilö elämässään tekee. Yksinkertaistetusti voi sanoa, että emansipatorinen politiikka on elämän mahdollisuuksien politiikkaa, kun taas elämänpolitiikka on elämäntyylin politiikkaa. (Giddens 1991, 211 – 215.)

Ymmärtääkseni Giddens viittaa siihen, että emansipatorinen politiikka on pitkälti yhteiskunnan vastuulla, kun taas elämänpolitiikan jokainen yksilö on vastuullinen rakentamaan itse. Aivan toinen asia taas on se, kuinka nämä kaksi politiikan aluetta kohtaavat ja mikä on niiden välinen suhde. Giddens (1991) tuo esiin sen kuinka post-modernissa maailmassa on sekä yhteiskunnille että yksilöille epävarmuustekijöitä, riskejä, jotka vaikeuttavat näiden politiikkain suunnittelua ja toteuttamista. Yhteiskunnan osalta tällaisia riskejä ovat esimerkiksi globalisaation kiihtyminen, maailmantalouden heilahtelut sekä maapallon ympäristön suojeluun liittyvät kysymykset. Yksilön riskit ovat samansuuntaisia liittyen talouteen, terveyteen ja elinympäristöön. Yksilön riskit ovat vain pienemmässä mittakaavassa kuin yhteiskunnan riskit.

Kaikki nämä elämään liittyvät riskitekijät aiheuttavat yhteiskuntien yksilöissä turvattuutta ja luottamuspulaa yhteiskuntien harjoittamaa politiikkaa kohtaan. Riskitekijät myös estävät useissa tapauksissa yksilöitä toteuttamasta täysipainoisesti omaa elämänpolitiikkaansa. Joissakin tapauksissa tämä voi johtaa yksilön sairastumiseen psyykkisesti. Psykkinen sairastuminen taas saattaa johtaa yksilön osallisuuden ja toimijuuden laantumiseen. Tätä kautta syrjäntymisriski kasvaa ja yksilö joutuu ympäristönsä, yhteiskunnan, ulkopuolelle. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla on mielestäni erityisen tärkeää, että emansipatorinen politiikka toimii. Kun pääosin yhteiskunnan vastuulla oleva emansipatorinen politiikka on hoidettu hyvin, on yksilöillä paremmat mahdollisuudet toteuttaa omaa elämänpolitiikkaansa. Tämä on mielestäni yksi keino vähentää mielenterveyshäiriöiden syntymistä.

4.4 Yhteenvetoa tutkimuksen teoreettisista näkökulmista

Tässä luvussa 4 ja sen alaluvuissa olen käsitellyt tämän tutkimuksen teoreettisia näkökulmia. Tarkoitukseni on tutkia mielenterveyshäiriöiden vaikutusta arkeen mielenterveyskuntoutujien kokemuksen ja toimijuuden muutosten kautta. Teoreettisina näkökulmina hyödynnän kokemustutkimukseen liittyen lähinnä Lauri Rauhalan tieteenfilosofista näkemystä ihmisestä ainutlaatuisena kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisen kokonaisuutena. Kuinka tähän kokonaisuuteen vaikuttaa, kun ihminen sairastuu psyykkisesti? Miten ihminen kokee psyykkisen sairauden vaikutukset arkeensa, omaan itseensä ja sosiaalisiin suhteisiinsa?

Toimijuuden muutoksia psyykkisen sairastumisen yhteydessä tarkastelen strukturaalisen semantiikan pohjalta. A.J. Greimasin kehittämän aktanttimallin ja semioottiseen sosiolo-

giaan liittyvän modaliteettiteorian kautta pyrin löytämään tämän tutkimuksen aineiston tarinoista viitteitä siitä kuinka aineistoon osallistuneiden toimijuus on muuttunut mielen-terveyshäiriöön sairastumisen jälkeen. Marjo Romakkaniemen mukaan (2010, 138.) modaalisuus liittyy toimijuuden mahdollisuuteen, vaihtoehtoisuuteen tai velvoitteeseen ja se ilmenee teoissa ja puheissa. Romakkaniemi on käyttänyt modaliteettiteoriaa omassa väitöskirjassaan tutkiessaan masennuksen sosiaalista ulottuvuutta. Modaliteetit liittyvät keskeisesti ihmisen ja ympäristön vuorovaikutussuhteeseen ja käsitykseen itsestä toimijana. Modaliteettiteoriassa toimijuus nähdään moniulotteisena käsitteenä, joka sisältää myös ilmiön vahvan ympäristösidoksen. Uskon, että myös tässä tutkimuksessa aktanttimallin ja modaliteettiteorian näkökulmat toimijuuteen ovat käyttökelpoiset teoreettiset viitekehykset.

Vielä yhtenä teoreettisena perspektiivinä tähän tutkimukseen olen ottanut Anthony Giddensin todellisuuden rakenteistumisen sekä emansipatorisen ja elämänpolitiikan näkökulmat. Giddensin ajatusmallin pohjalta toivon löytäväni tähän tutkimukseen sosiaalityön ja yhteiskuntapoliittista näkemystä siitä kuinka sosiaalityötä tulisi kehittää mielenterveystyön kentällä. Näihin tutkimuksen teoreettisiin viitekehyksiin palaan tuonnempana tämän tutkimuksen aineiston analyysin yhteydessä.

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimuksen aluksi tutkijan on valittava tutkimuksen tekemiseen sopiva strategia. Valintaan vaikuttavat tutkimuksen kohteena oleva ilmiö, se mitä tutkitaan ja mitä tutkittavasta ilmiöstä halutaan saada selville. Tutkimusstrategia on valittava siten, että sen avulla voidaan tuottaa mahdollisimman paljon mahdollisimman totuudenmukaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti toteutettuna. (Robson 2002, 79 – 87.)

Ihmistieteissä on suosittu kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän käyttöä tiedon tuottajana, koska monia ihmisiin, kulttuuriin ja yhteisöjen toimintaperiaatteisiin liittyviä ilmiöitä on vaikea tutkia pelkästään kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän keinoin. Toisaalta voidaan myös todeta, että useissa tutkimuksissa on perusteltua käyttää sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimustradition menetelmiä. Eskola ja Suoranta (2008) toteavat teoksessaan Johdatus laadulliseen tutkimukseen, että vastakkainasettelu kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän välillä on sekä turha että harhaanjohtava silloin, kun keskustellaan tutkimuksen hyvydestä ja huonoudesta. Tärkeintä on tehdä hyvää tutkimusta erilaisilla, asianomaiseen ongelmaan sopivilla menetelmillä. (Eskola & Suoranta 2008, 14.)

Robson sekä Eskola ja Suoranta ovat siis hyvin samoilla linjoilla pohtiessaan sitä, millä perusteilla tutkijan tulee valita tutkimusstrategiansa. Minä olen valinnut tähän tutkimukseen kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska uskon saavani tällä menetelmällä enemmän tietoa mielenterveyskuntoutujien arjen kokemuksista ja toimintakyvyn muutoksista psyykkiseen sairauteen sairastumisen jälkeen. Mielestäni ihmisen kokemuksia on hyvin vaikea tutkia kvantitatiivisella menetelmällä, joka kuitenkin perustuu tilastotieteeseen ja matematiikkaan. Numeroiden perusteella kokemusten tulkitseminen on vaikeampaa kuin ihmisten itsensä tuottaman puheen ja tekstin perusteella. Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimustietoon pohjautuvaa materiaalia olen tässä tutkimuksessa käyttänyt alkupuolella luvussa 2.3, jossa tarkasteltiin mielenterveyshäiriöitä tilastojen näkökulmasta.

Professori Colin Robson (2002) toteaa teoksessaan Real World Research, että kvalitatiivisen tutkimuksen tekijän on omattava lukuisia taitoja saadakseen tutkimuksestaan uskottavan ja jotta tutkimus täyttää tiedemaailman asettamat laatuvaatimukset. Kvalitatiivisen

tutkimuksen tekijän on osattava kyseenalaistaa itsestään selvältä vaikuttavat asiat. On oltava hyvä kuuntelija, joka osaa myös ”kuunnella” mitä tutkimustulokset sanovat. Hyvällä tarkoitetaan tässä sitä, että tutkija on kuunnellessaan mahdollisimman avoimin mielin ja vailla ennakoasenteita, osaa kuunnella paitsi sanoja myös sanatonta viestintää sekä tulkita myös kontekstia. Kvalitatiivinen tutkija on mukautuvainen ja joustava, kykenee tarvittaessa muuttamaan tutkimussuunnitelmaa odottamattomien asioiden vuoksi tai vaikka vaihtamaan tutkimusotetta, jos jokin toinen lähestymistapa on tutkimuksen kannalta sopivampi. Tutkijan on osattava tarttua ongelmakohtiin ja tulkittava tutkimuksella saatua tietoa, ei vain kirjattava tuloksia. Ellei tutkija osaa mennä riittävän ”sisälle” tutkimukseensa, häneltä voi jäädä huomaamatta oleellisia asioita tai merkittäviä todisteita tutkimusaiheeseen liittyen. (Robson 2002, 169.)

Edellä olevan Robsonin kuvauksen perusteella voi sanoa, että laadullisen tutkimuksen tekeminen on tutkijalle varsin vaativaa, ehkä jopa vaativampaa kuin määrällisen tutkimuksen tekeminen. Laadullisen tutkimuksen tekeminen saattaa olla tutkijalle henkisesti ja emotionaalisesti haastavaa. Mielestäni määrällisen tutkimuksen tekemisen säännöt ovat melko selkeät ja siten helpommin tutkijan omaksuttavissa. Sen sijaan laadullisella tutkimuksella on useita eri traditioita sekä analyysimenetelmiä, joista tutkijan on osattava valita omaan tutkimukseensa soveltuvin. Laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu pohtimaan tutkimusmenetodisia ratkaisujaan paljon enemmän kuin määrällisen tutkimuksen tekijä, joka kaavoja soveltaen todistaa tutkimushypoteesinsa oikeaksi tai vääräksi. Tämä tekee laadullisen tutkimuksen tekemisen mielestäni tutkijalle työlääksi, mutta toisaalta myös varsin opettavaiseksi ja mielenkiintoiseksi prosessiksi.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on ollut suosittu metodi Suomessa 1980-luvulta lähtien. Kvalitatiivista tutkimusta on käytetty paljon esimerkiksi humanistisen, yhteiskuntatieteen ja kasvatustieteen tutkimuksissa. Vielä eritelläkseen pienempiin kategorioihin yhteiskuntatieteessä esimerkiksi sosiologian ja sosiaalityön tutkimuksissa käytetään usein kvalitatiivista menetelmää. Sosiologian juuret ovat teollistumisen, kaupungistumisen sekä yhtenäiskulttuurin rapautumisen ajassa 1800-luvun alkupuolella. Näistä ilmiöistä syntyi ongelmia, joiden ratkaisemiseksi tarvittiin uutta tietoa siitä miten ihmiset elävät ja asuvat, tarvittiin tiedettä, joka pystyi tuottamaan järjestelmällistä ja koeteltua tietoa vallitsevista oloista. (Saaristo & Jokinen 2004, 11.) Tällaista tietoa ei välttämättä voinut kerätä kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä, joten käytettiin kvalitatiivista menetelmää.

Laadullista menetelmää on kuvattu pehmeäksi, ymmärtäväksi ja siksi niin hyvin ihmistieteisiin soveltuvaksi.

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Yleisesti todetaan, että laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus) väittämiä. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää lukuisia eri merkityksiä ja eri tieteenaloilla on omat kvalitatiivisen tutkimuksen traditiionsa. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että se on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina, luotetaan enemmän tehtyihin havaintoihin ja keskusteluihin tutkittavien kanssa kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan tavoitteena on paljastaa odottamattomia seikkoja, lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Aineistosta nousee ne asiat, jotka ovat tärkeitä, niitä ei määrää tutkija. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, jotka päästävät tutkittavien näkökulmat ja ”äänet” esiin. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 152 – 155.)

Tämä tutkimus täyttää kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tunnusmerkistön monilta osin. Tässä aineisto kootaan luonnollisessa tilanteessa haastattelumenetelmällä sekä kirjoitetuista tarinoista. Tutkimuksessa tarkastellaan haastatteleamalla saatua ja kirjoitettua aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti eikä olla kiinnostuneita teorian tai hypoteesin testaamisesta. Tutkimuksen kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti, Kulmakartanon mielenterveyskuntoutujien joukosta.

5.2 Narratiivinen tutkimus

Narratiivisuutta, kertomuksellisuutta, pidetään yhtenä ihmisille tyypillisenä tapana tehdä selkoa todellisuudesta, tarinamuoto on loogisen ajattelun ohella toinen tapa kokemuksen jäsentämiseen. Kun tarkoituksella kuuntelee arkipäiväisiä puheita, hetken kuunneltuaan huomaa, että ympäröivä puhe jäsentyy mitä moninaisimmiksi tarinoiksi. Ihmisten maailma perustuu tarinoiden kertomiseen ja niiden kuuntelemiseen. Koska narratiivisuus kuuluu ihmisen olemassaolon perusteisiin, myös tieteilijät kertovat tarinoita ja lisäksi narratiivisuudesta on tullut tieteellisen tutkimuksen kohde. Tarinoiden ja kertomuksien luonnetta

pohditaan teoreettisesti. Narratiivisuuden voi nähdä laadullista tutkimusta luonnehtivana yleisenä ominaisuutena, joka kertoo yhtä lailla laadullisen tutkimuksen tekijästä kuin hänen käyttämästään aineistosta. Tästä näkökulmasta laadullinen tutkimus on sukeltamista kertomusten ja kertomuksellisuuden monikerroksisiin ja – ulotteisiin maailmoihin. (Eskola & Suoranta 2008, 22 – 24.)

Mielestäni tämä tutkimus täyttää narratiivisen tutkimuksen määritelmän siten kuin Eskola ja Suoranta sen edellä esittävät. Haastattelujen ja kirjeiden kautta olen halunnut kuulla mielenterveyskuntoutujien arkipäiväisiä puheita. Niiden kautta pyrin jäsentämään heidän kokemuksiaan. Minua kiinnostaa myös tuo ”sukeltaminen” näiden kertomusten maailmoihin. Varmasti valmiista pro gradu – tutkielmastani on löydettävissä myös minun omaa kertomustani aineiston kertomusten rinnalla.

Vilma Hänninen (1999) kertoo väitöskirjassaan sisäisen tarinan käsitteestä ja pyrkii teoksessaan osoittamaan, että tämän käsitteen avulla voidaan ymmärtää miten elämän merkityksellisyyden kokemus muodostuu. Hänninen tarkastelee väitöskirjassaan ihmisen mielen sisäistä maailmaa, jota hahmotetaan sisäisen tarinan käsitteellä. Hännisen mukaan 1980-luvulla syntynyt ”kielellinen käänne” oli tuon vuosikymmenen näkyvimpiä kehitystrendejä psykologiassa ja sosiaalitieteissä. Tämän tieteen teorian ydinajatuksena on, että kieli ei ainoastaan heijasta vaan myös luo sosiaalista todellisuutta. Kielellä on keskeinen merkitys sosiaalisen todellisuuden ja ihmisen itseymmärryksen muotoutumisessa. Ihmiselämä on elettyjen, koettujen ja kerrottujen tarinoiden kudelma. Narratiivinen, tarinallinen filosofia juontuu perinteestä, jossa on pohdittu inhimillisen kokemuksen ja olemassaolon erityislaatua, inhimillisen ajallisuuden ja toiminnan ymmärtämisen ongelmia sekä kysymystä hyvästä elämästä. Hännisen tutkimus sijoittuu narratiivisen minäpsykologian sukuhaaraan, jonka kiinnostuksen kohteena on tarinallinen ajattelu, se miten ihminen tulkitsee elämäänsä hyödyntäen kulttuurin tarjoamia tarinallisia malleja. (Hänninen 1999, 13 – 19.)

Tarinallisen kiertokulun teoria asettaa edellä kuvatut käsitteet keskinäisiin suhteisiin. Teoria myös kytkee tarinallisuuden ilmenemismuodot ulkopuoliseen todellisuuteen. Hännisen mukaan sisäisessä tarinassa on kysymys prosessista, jossa ihminen tulkitsee elämänsä tapahtumia sekä situaationsa tarjoamia mahdollisuuksia ja rajoja sosiaalisesta tarinavarannosta omaksumiensa tarinallisten mallien avulla. Sisäinen tarina ohjaa ihmisen toimintaa elävän elämän draamassa. Kertomuksen käsite viittaa taas tässä yhteydessä ihmisen itses-

tään toisille kertomaan tarinaan. Kerronnassa tapahtumista voidaan luoda yhä uusia tulkintoja. Koko tarinallisen kiertokulun prosessi ankkuroituu sosiaalisiin rakenteisiin, sekä sosiaalis-materiaalisiin (situaatio) että diskursiivisiin (sosiaalinen tarinavaranto). Tarinallinen kiertokulku on myös historiallinen ja historiaa tuottava prosessi, sisäinen tarina on jo tapahtunut eli historiaa ja sen ilmaisut – toiminta ja kerronta – tuottavat uutta historiaa. (em. 20 – 23.)

Vilma Hännisen väitöskirjassa kuvatun tarinallisen kiertokulun teorialla on paljon yhtäläisyyksiä tässä tutkimuksessa aiemmin esiteltyyn semioottisen sosiologian teoriaan, Lauri Rauhalan ajatuksiin ihmisen eri olemuspuolista sekä Anthony Giddensin todellisuuden rakenteistumisen tematiikkaan. Koska edellä mainitut teoriat muodostavat tämän tutkimuksen tausta-ajattelun pohjan, mielestäni Vilma Hännisen kuvaama tarinallisen kiertokulun teoria vielä syventää tätä teoreettista viitekehystä. Vilma Hännisen väitöskirjaan tutustutuani voin perustellusti sanoa tämän tutkimuksen täyttävän narratiivisen tutkimuksen edellytykset.

Merja Laitinen ja Tuula Uusitalo (2008) ovat tarkastelleet narratiivista lähestymistapaa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. He toteavat, että kaikki tarinat eivät asetu niiden vastaanottajalle valmiina, mielekkäinä ja ymmärrettävinä. Kerrottavat asiat voivat olla kertojalle niin vaikeita, ettei ihminen pysty tuottamaan niitä ulos kielellisesti, kuvallisesti, musiikillisesti, kehollisesti eikä toiminnallisestikaan. Ihmiselle itselleen subjektiivinen todellisuus voi olla johdonmukainen ja ymmärrettävä, mutta ulkopuolinen ei tuota todellisuutta tavoita vaan se näyttäytyy yhtenä kaaoksena. Mieltä järkyttävät kokemukset voivat estää eheän sisäisen tarinan muodostumisen. Esimerkiksi lapsuudessa koettuja traumaattisia tapahtumia on vaikea palauttaa mieleen tai kuvata. (Laitinen & Uusitalo 2008, 112 – 113.)

Myös psyykinen sairastuminen voi olla niin järkyttävä kokemus, että siitä saattaa olla vaikea puhua ja muodostaa selkeää sisäistä tarinaa. Tässä tutkimuksessa tuli eräässä haastattelussa esille kuinka henkilö oli unohtanut kahden vuoden ajalta kaikki tapahtumat sairastuessaan vakavaan masennukseen. Haastateltava itse totesi, että ilmeisesti kokemus sairastumisesta oli niin mieltä järjestyttävä, ettei hän halua muistaa mitään tuosta ajasta.

Perttula (2008) tarkastelee kokemuksen tutkimisen prosessia fenomenologisena, hermeneuttisena ja narratiivisena. Fenomenologisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää ihmisen välitöntä, aiheeseen uppoutunutta kokemusta. Narratiivisen tutkimuksen keskeinen tutkimusaihe ovat reflektiivisesti rakennetut kokemukset, jotka ovat muodostuneet tajunnallisen rakentamisen tuloksena ja ovat sekä ajallisesti että elämäntilanteen kokonaisuutta laajasti kattavia. Hermeneuttisessa tutkimustavassa ei välttämättä näin ole. Fenomenologinen tutkimustapa pyrkii selvimmin tutkimustilanteen neutraalisuuteen. Hermeneuttinen tutkimustapa olettaa, että ihminen tulkitsee kokemuksiaan yhä uudelleen eikä tutkija yritä sitä tutkimustilanteessa estää. Narratiivisessa tutkimustavassa tutkimukseen osallistuvien kokemusten aihe ulottuu sekä ajallisesti että sisällöltään laajalle. Kokemukset saattavat olla useaan kertaan rakennettuja ja niiden rakentaminen jatkuu edelleen tutkimustilanteessa. Narratiivisessa tutkimustavassa on myös ajatus, jonka mukaan ihminen luo kokemuksilleen eheää ja jäsentynyttä muotoa. Kokemustensa jäsentämiseen ihminen käyttää erilaisia elämänmuotonsa sosiaalisia konstruointeja, niiden sääntöjä, odotuksia ja tuttuuksia. Mitä jäsentyneempiä ja jaetun elämänmuodon läpäisemiä rakennetut kokemukset ovat, sitä vaikeampaa on kokemusten omakohtaisuuden ja sosiaalisen jaettuuden erottaminen toisistaan. (Perttula 2008, 136 – 143.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty lähinnä kokemuksen tutkimuksen narratiivista tutkimustapaa. Tutkimukseen osallistuvat ovat kertoneet joko puhumalla tai kirjeitä kirjoittamalla tutkijalle kokemuksiaan psyykkiseen sairastumiseensa liittyen. Kokemukset ovat syntyneet ajallisesti pitkän ajan kuluessa, koska tutkimukseen osallistuvien sairastumisesta on kulu-
nut jo kauan aikaa. Sisällöltään tutkimukseen osallistujien kertomukset ovat laajoja, he kertoivat kokemuksistaan ennen sairastumista ja niistä muutoksista, joita kokemusmaailmassa on tapahtunut sairastumisen jälkeen. Mielestäni tutkimukseen osallistujien kokemukset olivat hyvin jäsentyneitä ja samankaltaisia, joten voidaan olettaa, että kokemukset ovat haastatelluilla ja kirjeitä kirjoittaneilla muotoutuneet omakohtaisuuden lisäksi melko voimakkaasti myös sosiaalisesti jaettuna.

5.3 Avoimet haastattelut ja kirjoitetut tarinat

Aineisto tähän tutkimukseen on kerätty kaikille alueen mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua avoimesta kohtaamispaikasta Kulmakartanosta. Kulmakartanon ylläpitäjä on Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. Yhdistys on toiminut Keski-Pohjanmaan alueella vuodesta 1985 lähtien ja pyrkii asiantuntijatoiminnan avulla parantamaan mielen-

terveyskuntoutujien asemaa ja olosuhteita. Vaikuttamisen ja asiantuntijapalvelujen ohella yhdistys tuottaa yksityisiä sosiaalipalveluja. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen internetsivut.)

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys toimii Keski-Pohjanmaan alueella yhteistyössä alueen kuntien, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän sekä liikelaitos JYTA:n kanssa. Lesti- ja Perhonjokivarren kunnat Halsua, Kannus, Kaustinen, Lestijärvi, Perho, Toholampi ja Veteli ovat perustaneet kunta- ja palvelurakennemuutoslain mukaisen yhteistoiminta-alueen vuoden 2009 alussa. Yhteistoiminta-alue muodostaa peruspalvelujen liikelaitoksen osana Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymää. Liikelaitosta kutsutaan lyhenteellä JYTA, joka tarkoittaa edellä mainittua jokilaaksojen yhteistoiminta-aluetta. (JYTA:n internetsivut.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat yleistyneet myös sellaiset tiedonkeruutavat, joissa pyritään ymmärtämään toimijoita heidän itsensä tuottamien kertomusten, tarinoiden ja muisteluiden avulla. Puhutaan elämäkerrallisista lähestymistavoista ja persoonallisiin dokumentteihin perustuvasta tutkimuksesta. Aineistona voi olla esimerkiksi omaelämäkertoja, päiväkirjoja, kirjeitä, muistelmia tai virallisia dokumentteja. tarinat voivat olla kokonaisvaltaisia ihmisen koko elämänkaarta koskevia muisteluita, ne voivat kohdentua yhteen tiettyyn teemaan tai tarinoissa voidaan pyytää kertomaan merkityksellisistä tapahtumista. (Hirsjärvi ymt. 2005, 206 – 207.)

Tässä tutkimuksessa kirjoitetut tarinat ovat kirjeitä, joita Kulmakartanon mielenterveyskuntoutajat ovat tutkijalle kirjoittaneet. tarinat kohdentuvat tiettyyn teemaan, sairauden varjossa elettyyn arkeen ja sen mukanaan tuomiin vaikeuksiin sosiaalisessa elämässä. Vaikka jonkinlainen löyhä teemarunko kirjeiden kirjoittajille annettiin, kirjeet on kuitenkin kirjoitettu hyvin vapaamuotoisesti. Ne sisältävät paljon kertomusta ylipäättään elämästä, ei vain psyykkisen sairastumisen jälkeiseen aikaan vaan lapsuuteen, perheen perustamiseen ja työelämään liittyviä tarinoita. Mielestäni on hyvä, että kirjoittajat ovat kertoneet laajasti elämästään eivätkä ole keskittyneet vain psyykkiseen sairauteen. Osa kirjeistä oli todella pitkiä, osa oli hyvin lyhyitä ja niukkasanaisia. Kaikki kirjeet olivat kuitenkin tätä tutkimusta rikastuttavia ja tuottivat omalta osaltaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Mielestäni kirjeiden lukeminen ja tulkintojen tekeminen niistä oli varsin antoisaa.

Robson esittelee erilaisia haastattelumuotoja. Näitä ovat esimerkiksi strukturoidut tai puolistrukturoidut haastattelut, teemahaastattelut, avoimet haastattelut sekä ryhmähaastattelut. (Robson 2002, 269 – 291.) Tämän tutkimuksen haastatteluissa käytettiin löyhästi ”avain-teemoja”, mutta ei varsinaista teemahaastattelurunkoa. Kaikki haastatellut henkilöt tuottivat vapaasti omaa puhettaan eikä heille esitetty samoja kysymyksiä samassa järjestyksessä. Kysymyksessä olivat siis avoimet haastattelut.

Robson sanoo, että avoin haastattelu on kuin intiimi keskustelu tutkijan ja haastateltavan välillä. Tältä osin se eroaa perinteisestä haastattelusta, jossa tutkija esittää kysymyksiä ja haastateltava vastaa niihin. Avoin haastattelu on myös tutkijalle varsin haasteellinen, koska kun haastateltava saa vapaasti tuottaa puhetta ja kertomusta väljästi määritellystä aiheesta, on haastatteluun ja varsinkin sen litteroimiseen sekä analyysiin varattava riittävästi aikaa. (em. 278.) Tämän huomasin erittäin selvästi gradua tehdessäni. Vaikka aineistoni oli pieni, kolme haastattelua ja viisi kirjettä, oli haastattelujen litteroimisessa tehtävää moneksi päiväksi. Jokainen haastattelu oli yli tunnin mittainen, pisin tunti ja viisikymmentä minuuttia. Haastattelut oli litteroitava sanasta sanaan, koska en voinut etukäteen tietää mikä vuolaasta puhetulvasta olisi tutkimukseni kannalta tärkeää. Tämä juuri on asia, joka tekee avoimen haastattelun avulla kerätyn aineiston tutkijalle vaativaksi. Mutta toisaalta tällaisen avoimen puheen kautta sain valtavasti tietoa tutkimukseeni, joten avoin haastattelumenetelmä oli tähän tutkimukseen oikea valinta.

5.4 Analyysimetodina sisällönanalyysi

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysi menetelmää käyttäen. Sisällönanalyysi on paitsi metodi myös väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin ja sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Voi sanoa, että useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat jollain tavalla sisällönanalyysiin, jos sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysi ei ole pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiksi ja selkeäksi niin, että ei kuitenkaan kadoteta aineiston sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, sillä

siinä yritetään luoda hajanaisesta aineistosta mielekäs, selkeä ja yhtenäinen informaatio. Analyysillä aineistoon luodaan selkeyttä, jotta aineiston perusteella voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa ensin aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan sitten taas uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysia tehdään kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa eli läpi koko tutkimuksen teon. (emt. 2006, 110.)

Tämän tutkimuksen aineistossa minua kiinnosti aineistoon osallistuneiden kokemukset mielenterveyshäiriön kanssa elämisestä sekä ne asiat, jotka ovat vaikuttaneet vastaajien toimijuuteen, toimintakykyyn psyykkiseen sairauteen sairastumisen jälkeen. Aivan aluksi etsin aineistosta yksinkertaisesti mainintoja kokemuksista ja toimijuudesta. Teemoittelin nämä maininnat sen mukaan liittyivätkö ne vuorovaikutussuhteisiin toisten ihmisten kanssa, eri toimintoihin osallistumiseen vai palvelujen käyttämiseen. Päädyin näihin teemoihin, koska aineistoa analysoidessa toistuvasti tuli esiin useita viittauksia edellä mainittuihin teemoihin. Ratkaisuni oli siis aineistolähtöinen. Esimerkiksi vuorovaikutussuhteista kertovista maininnoista etsin tietoa puhutaanko suhteista läheisimpiin ihmisiin eli perheenjäseniin tai sukulaisiin vai ulkopuolisempiin tahoihin kuten ystäviin, työ- tai opiskelutovereihin ja niin edelleen. Eskolan ja Suorannan mukaan (2008, 161.) laadullisen aineiston analysointitapoja on monia ja niitä voidaan käyttää myös rinnakkain. Jos yksi tapa ei toimi, voi soveltaa toista tapaa, joka ehkä selkeyttää aineistoa paremmin. Mielestäni tärkeintä on aineiston läpikäyminen niin monta kertaa ja niin ”tiheällä kammalla”, ettei siitä enää löydy lisäinformaatiota tutkimustehtävään vastaamiseksi.

Sulkunen ja Törrönen (1997) nimeävät tekstile kaksi ulottuvuutta, tarinan ja diskurssin ulottuvuudet. Tarina edustaa sitä, mitä kerrotaan, diskurssi taas kertomisen tapaa. Tarina muodostuu toimijoista ja tapahtumista. Diskurssi viittaa tarinan kertomisen tekniikoihin, kuten esimerkiksi aika- ja persoonamuotoihin tai kertojan ja yleisön suhteeseen. Sulkunen ja Törrönen käyttävät käsitteitä lausuma ja enonsiaatio tarkoittaessaan merkitysulottuvuuksia teksteissä. Lausuma viittaa siihen mitä todella sanotaan ja enonsiaatiolla tarkoitetaan ”diskurssia” eli tekstin kommunikaatorakennetta. Analysoitaessa lausuman ulottuvuutta tutkitaan millaisia konstruktioita tuotetaan todellisuudesta. Enonsiaation ulottuvuudella tarkastellaan millaisesta näkökulmasta todellisuuskonstruktioita ja arvoja siirretään yleisölle, mil-

laisia puhuja- ja yleisökuvia aineistoon siirtyy. Kun halutaan tulkita, mistä näkökulmasta todellisuutta tai identiteettiä rakennetaan ja millä tavalla puhujat ottavat kantaa käsittelemänsä todellisuuden arvomaailmaan, on tutkittava enonsiaation subjektin suhdetta siihen todellisuuteen, jota hän lausuman ulottuvuudella kuvaa. Tätä suhdetta Sulkunen ja Törrönen nimittävät projektioksi. (Sulkunen & Törrönen 1997b, 99 – 103.)

Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt aineiston analyysissa ja tekstin tulkinnassa enonsiaation merkitysulottuvuutta. Olen ollut kiinnostunut aineiston tuottajien diskurssista, siitä miten he sosiaalista todellisuuttaan rakentavat ja millaisia arvoja he todellisuudessaan näkevät. Koska olen valinnut enonsiaation ulottuvuuden analyysin pohjaksi, on se edellyttänyt, että minun oli tutkittava aineistoon osallistujien suhdetta tähän heidän todellisuuteensa. Lähtökohtana tälle ”suhdetutkimukselle” minulla oli se, että aineistoon osallistujat muodostavat todellisuutensa siitä asetelmasta, jossa he ovat sairastuneet mielenterveyshäiriöön. Heidän kokemuksensa siitä, miten mielenterveyshäiriö on vaikuttanut heidän käsitykseensä omasta itsestään, identiteetinsä muutoksista, on muokannut heidän maailmankuvaansa ja muuttanut myös arvojen järjestystä.

Aineistoon osallistujat kuvasivat sitä kuinka he suhtautuivat elämään ja maailmaan ennen sairastumista. He toivat esiin kuinka esimerkiksi työelämä oli heille arvojärjestyksessä tärkeässä asemassa ennen sairastumista. Sairastumisen jälkeen aineistoon osallistujien arvomaailmassa terveys, perhe, sosiaaliset suhteet ja henkinen tasapaino muodostuivat paljon tärkeämmiksi arvoiksi kuin työelämässä menestyminen. Osa aineiston osallistujista kertoi, varsinkin miespuoliset, että ennen sairastumista he viettivät vähemmän aikaa perheensä kanssa kuin sairastumisen jälkeen. Tarinoista kävi ilmi se, että sairastumisen jälkeen aineiston osallistujat tulivat tunteikkaimmiksi ja läheiset ihmiset tulivat heille entistä tärkeämmiksi.

6 TUTKIMUSEETTISTÄ POHDINTAA

Tutkimuksessa, jossa tutkitaan tiettyyn ihmisryhmään liittyvää ilmiötä, on huomioitava tutkimuseettisiä kysymyksiä kriittisesti ja riittävällä laajuudella. Pirkko-Liisa Rauhala ja Elina Virokannas (2011) toteavat, että eettiseen pohdintaan liittyvät tutkimukseen suostumiseen, sitoutumiseen ja irrottautumiseen kuuluvat kysymykset. Lisäksi on pohdittava tutkimusprosessin läpivientiä vahingon aiheuttamisen ja hyvän tuottamisen näkökulmista sekä tutkijan roolia tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuseettinen arviointi ja hyvien tutkimuskäytäntöjen huomioiminen tulisi ulottaa tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin ja valintoihin. Eettisesti kestävä sosiaalityön tutkimus ei ainoastaan välttä vahingon aiheuttamista vaan pyrkii olemaan hyödyllistä ja rakentavaa tutkimukseen osallistuneille ihmisille. Tämä tavoite liittyy sekä tutkimuksen tietoarvoon että tutkimuksen konkreettiseen toteuttamiseen. (Rauhala & Virokannas 2011, 237 – 238.) Tässä luvussa 6 esitän tämän tutkimuksen tekemisen aikana esiin tulleita eettisiä kysymyksiä. Luvussa 6.1 kerron eettisten kysymysten huomioimisesta tässä tutkimuksessa. Luvussa 6.2 tuon esiin omia kokemuksiani tutkimusprosessista ja luvussa 6.3 pohdin omaa rooliani tutkijana.

6.1 Eettisten kysymysten huomioinen

Liisa Tiittula ja Johanna Ruusuvuori (2005) tuovat esiin haastattelututkimukseen liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä. Yksi tällainen tutkimuseettinen kysymys on luottamuksellisuus, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että haastattelijan on kerrottava haastateltavilleen totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta, käsiteltävä ja säilytettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja varjeltava haastateltavien anonymiteettia tutkimusraporttia kirjoittaessaan. Tutkijan on tärkeää kertoa haastateltavalle, että hänellä on mahdollisuus ottaa tutkijaan yhteyttä jälkikäteen ja tarkentaa sanottavaansa tai vaikka perua osallistumisensa, mikäli hän tulee haastattelun jälkeen toisiin ajatuksiin tutkimukseen osallistumisestaan. (Tiittula & Ruusuvuori 2005a, 17.)

Tämän tutkimuksen osalta on myös yritetty ratkaista tutkimuseettisiä kysymyksiä. Luottamuksellisuudesta pyrittiin huolehtimaan siten, että kävin esittelemässä tutkimusideaani ja kertomassa itsestäni sekä opinnoistani Kulmakartanossa maaliskuussa 2010. Kerroin mitä, miten ja miksi haluan tutkia. Ilmoitin, että hävitän aineiston heti sen jälkeen, kun olen litteroinut ja analysoinut aineistomateriaalin. Nauhoitin haastattelut ja litteroituani ne, poistin nauhoitukset koneesta. Kirjeet, jotka minulle tähän tutkimukseen aineistoksi kirjoitettiin,

olen tuhonnut paperisilppurissa. Tutkimusraportissa olen käyttänyt aineiston lainauksissa kirjain- ja numerokoodeja, ettei haastateltavia tai kirjeiden kirjoittajia voi tunnistaa. Annoin aineistoon osallistuneille luvan olla minuun yhteydessä jälkikäteen, jos he katsovat sen tarpeelliseksi. Näin kävikin kahden osallistujan kohdalla, jotka molemmat halusivat tehdä tarkennuksia ja lisäyksiä minulle antamiinsa tietoihin. Tutkimusluvan olen hakenut tietenkin aineistoon osallistuvilta henkilöiltä itseltään, mutta myös Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselta yhdistykseltä, koska aineistoon osallistuneet henkilöt ovat kaikki yhdistyksen ylläpitämän mielenterveyskuntoutujien kohtaamispaikan Kulmakartanon kävijöitä. Haastattelut myös suoritettiin Kulmakartanon tiloissa.

6.2 Tutkijan kokemuksia tutkimusprosessista

Jari Metsämuurosen Laadullisen tutkimuksen perusteet – teoksen mukaan kvalitatiivisia tutkimusraportteja voi olla monenlaisia. Niiden muoto voi vaihdella romaanin kaltaisesta kuivan tieteelliseen tekstiin. Raportissa tulokset nousevat tutkittavien kontekstista ja kokemuksista. Hyvän laadullisen raportin ominaisuuksiin kuuluvat esimerkiksi, että tutkija on onnistunut tutkimuksen kuluessa pitämään mielessään erilaisia näkökulmia, tutkija on kirjannut ylös lukijalle tutkittaviensa julki tuomattoman, implisiittisen tiedon, tutkija ei ole pakottanut tutkittaviensa julkilausumatonta tietoa mihinkään ennalta laatimaansa muottiin esimerkiksi liian ohjaavilla haastattelukysymyksillä sekä että tutkijan roolin ja aseman vaikutukset on tutkimuksessa raportoitu. Yhteenvetona voi todeta, että hyvästä laadullisesta tutkimusraportista lukija saa käsityksen siitä, miten tieto on hankittu ja miten luotettavasta tiedosta on kysymys. (Metsämuuronen 2000, 57 – 58.)

Tämän tutkimusraportin kirjoittamisen aikana olen koettanut pitää mielessäni näitä Metsämuurosen esiin tuomia ohjeita. Olen pyrkinyt esittämään tutkimuksen aineiston hankinnan ja aineiston analyysin mahdollisimman läpinäkyvästi, unohtamatta tieteen tekemisen eettisiä vaatimuksia muun muassa anonymiteetin osalta. Haastattelutilanteissa roolini oli osittain ristiriitainen, toisaalta pyrin avoimeen, riittävän läheiseen vuorovaikutukseen haastateltavien kanssa ja toisaalta yritin olla sillä tavalla huomaamaton, etten ohjailisi haastateltavia liikaa omien ennakkokäsitysteni suuntaan. Onneksi kaikki haastateltavat olivat minulle entuudestaan täysin vieraita. Olen työskennellyt psykiatrian eri yksiköissä ja huonolla onnella tutkimukseni haastateltavat olisivat voineet olla minun entisiä asiakkaitani. Olisi ollut kiusallista kieltää henkilöä osallistumasta tutkimukseeni sillä perusteella, että hän

joskus on ollut asiakkaani. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut tämän tyyppistä eettistä ongelmaa esiin.

Leena Syrjälä (2001) toteaa, että elämäkerrallisen lähestymistavan taustana on näkemys elämän ja identiteettien rakentumisesta tarinoina. Lähestymistavassa ollaan kiinnostuneita yksittäisen ihmisen ainutkertaisesta tavasta kokea, ajatella ja toimia. Ihmisen koko elämän ja hänen itsensä katsotaan rakentuvan tarinoiden kertomisen kautta. Pohtiessaan omaa elämäänsä ihminen kertoo itselleen ja muille eri tilanteissa erilaisia tarinoita, jotka voivat avata uusia näkökulmia tai kätkeä entisiä. Samalla se on kerrontaa, jonka avulla ihminen rakentaa minuuttaan. Tarinoiden kertominen on ennen kaikkea persoonallisen ja ammatillisen kasvun väline, mutta samalla se on myös tutkimusmetodi. (Syrjälä 2001, 204.)

Tämän tutkimuksen haastatteluja tehdessäni huomasin selkeästi kuinka tärkeää haastattelemilleni mielenterveyskuntoutujille oli kertoa minulle tarinaansa. Jo silloin, kun kävin ensimmäistä kertaa esittelemässä tutkimusideaani Kulmakartanossa, mielenterveyskuntoutajat sanoivat olevansa todella iloisia, että joku haluaa haastatella heitä heidän kokemuksistaan ja suostuivat innokkaasti osallistumaan tähän tutkimukseen. He kertoivat tottuneensa siihen, että heidän kokemuksistaan ei olla kiinnostuneita. Näiden mielenterveyskuntoutujien mukaan tällainen kiinnostuksen puute on vaikuttanut itsetuntoa alentavasti, he kokevat olevansa arvottomampia ihmisiä kuin muut kanssaeläjät.

Itse haastattelutilanteissa olin tyytyväinen siihen, että valitsin avoimen haastattelun menetelmän. Tällä metodilla haastateltavat saivat tuottaa vapaasti kertomustaan, juuri sellaisena kuin se sillä hetkellä ja meidän välisessämme vuorovaikutuksessa rakentui. Leena Syrjälä (2001) sanoo tarinoiden kertomisen olevan persoonallisen ja ammatillisen kasvun väline. Niin se todellakin näissä meidän haastattelutilanteissa oli. Haastateltavien kanssa keskustelimme paitsi tämän tutkimuksen teemoista myös ylipäätään elämästä. Haastateltavat kertoivat minulle paljon lapsuudestaan, elämänsä tärkeistä henkilöistä ja tapahtumista, elämänsä varrella solmituista suhteista sekä tekemistään teoista. Näiden tarinoiden kuunteleminen oli sekä mielenkiintoista että kasvattavaa. Jälkeenpäin haastatteluja litteroیدessani ja analysoیدessani totesin näiden ”tutkimusteemoista” poikkeavien aiheiden antavan yllättäen omalta osaltaan paljon tietoa myös tutkimustehtävän tarpeisiin. Voi jopa sanoa, että ne merkitykset, joita tulkitsin esimerkiksi haastateltavien lapsuudenkertomuksista tai heidän

kertomuksistaan työelämän eri vaiheista, antoivat useita oivalluksia siitä, miten psyykkisestä sairaudesta kärsivän ihmisen kokemukset ja toimijuuden modaliteetit rakentuvat.

6.3 Pohdintaa tutkijan roolista

Juha Perttula (2008) tuo esiin sitä, että kokemuksen tutkijan on muistettava olevansa samanlainen kokeva ihminen kuin tutkimansa ihminen ja ymmärrettävä sekin, että hänen kokeva ominaislaatunsa on tutkimuksellisen ymmärtämisen edellytys. Toisin sanoen tutkijan on osattava tietoisesti tunnistaa tutkittavaan ilmiöön etukäteen liittämänsä merkityssuhteet ja pyrittävä siirtämään ne syrjään tutkimuksen ajaksi. Ideana on se, että tutkija analysoidessaan tutkimusaineistoa miettii onko kukin hänelle muodostuva kokemus tästä aineistosta vai onko se hänen rakentamaansa tulkintaa tai muista aiheista nousevaa kokemusta. (Perttula 2008, 143 – 145.)

Tämän tutkimuksen sisällönanalyysin tekemisessä koin hetkittäin erittäin vaikeaksi analysoida tutkimusaineistoon osallistuneiden kokemuksia. Kuten Perttula tuossa edellä toteaa, tutkijan olisi oltava analyysia tehdessään koko ajan tietoinen mitä ja millä tavalla muodostuneita kokemuksia hän nyt analysoi. Olen tietysti pyrkinyt siirtämään omat rakentamani ja minulle sosiaalisesti konstruoituneet kokemukseni syrjään analysoidessani tämän tutkimuksen aineistoa. Aivan varma en kuitenkaan voi olla siitä, etteivätkö tutkimusaineiston tulkintaani ole vaikuttaneet jossain määrin tutkimaani ilmiöön subjektiivisesti muotoutuneet merkityssuhteet tai aiheeseen liittyvästä aiemmasta tutkimuksesta nousseet kokemukset. Mielestäni tärkeintä kuitenkin on, että tiedostan tämän ongelman ja tuon sen tässä rehellisesti esille. En usko, että kukaan tutkija voi täysin varmasti sanoa tutkimuksensa analyysin olevan puhtaasti tutkimusaineiston perusteella syntynyttä. Tutkija on itsekin Lauri Rauhalan tieteenfilosofian mukainen tajunnallinen, kehollinen ja situationaalinen olento eikä hän voi täysin irrottautua näistä olemuspuolistaan. Ei edes silloin, kun hän tekee tutkimusta toisten ihmisten kokemuksista.

Rauhalan ja Virokannaksen (2011) mukaan sosiaalityössä kuten muissakaan sosiaalitieteissä tai ihmistieteissä ei ole absoluuttisia tietoarvoja. Tiedontuottamisen muuttuneiden prosessien huomioiminen on mahdollisuus, josta tiedon arvoa määritteleviä tekijöitä on etsittävä. Tiedonmuodostajien piiri ja tietämisen tavat ulottuvat tiedeinstituution sisältä laajemmille kehille ja sosiaalityössä myös asiakaskunnan oman arkielämän asiantuntemukseen. Tutkimuseettisesti kestävää voi olla tieto, jossa kuuluu kokevien subjektien ääni.

(Rauhala ym. 2011, 250 – 251.) Tämä tutkimus on omalta osaltaan pyrkimys tuollaiseen tiedontuottamiseen, jossa niille ihmisille, joilla on kokemusperäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä, on annettu mahdollisuus tuottaa tietoa kyseessä olevasta ilmiöstä. Tutkijana olen pyrkinyt mahdollisimman suureen objektiivisuuteen ja avoimuuteen tutkimuksen aineiston analysoinnissa ja tutkimusraportin kirjoittamisessa. Tämän tutkimuksen tutkimuseettisenä johtotähtenä on ollut tutkittavien ihmisten itsemääräämisoikeuden ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Minun toiveeni tutkijana on, että olen onnistunut huomioimaan nämä tutkimuseettiset periaatteet tässä tutkimuksessa niin hyvin kuin se on mahdollista. Tähän tutkijana olen vilpittömästi pyrkinyt ja tehnyt koko tutkimusprosessin ajan kriittistä arviointia omasta toiminnastani tutkimuksen tekijänä. Uskon, että tämä tutkimus ja siinä esiin tulleet tulokset, tuottavat hyvää eivätkä aiheuta vahinkoa tutkimuskohteena oleville ihmisille.

7 AINEISTON ANALYYSI

7.1 Taustamuuttujien analyysin kuvaus

Tässä tutkimuksessa taustamuuttujina ovat aineistoon osallistuneiden ikä, sukupuoli, siviilisääty, onko lapsia, diagnoosi sekä tieto siitä kauanko on sairastanut diagnosoitua mielenterveyshäiriötä. Olen valinnut nämä taustamuuttujat saadakseni tietoa siitä millainen joukko muodostaa tutkimukseni aineiston. Mielestäni on tarpeellista tietää minkä ikäisiä tutkimuksen aineistoon osallistuvat ovat. Oletan, että nuoremmilla henkilöillä oman arvomaailman rakentaminen on vielä kesken, mikä vaikuttaa siihen, kuinka he arkielämäänsä määrittävät. Kun tutkitaan kokemuksia eri asioista, nuoremmilla henkilöillä on ymmärrettävästi ollut lyhyempi aika kerätä kokemuksia kuin vanhemmilla henkilöillä. Vastajan sukupuolella on merkitystä, koska naiset ja miehet kokevat asioita eri tavalla johtuen kasvatuksesta ja erisuuntaisista sosialisatioprosesseista. Primääriperheen sosialisatioprosessi on erilainen ja riippuu omalta osaltaan myös lapsen sukupuolesta.

Siviilisäätyä on kysytty, koska kysymyksellä on pyritty selvittämään sitä, onko mielenterveyshäiriö aiheuttanut ongelmia esimerkiksi parisuhteeseen niin, että parisuhde on kariutunut tai miten mielenterveyshäiriö on vaikuttanut vastaajan suhteeseen lapsiinsa. Diagnoosia ja tietoa siitä kauanko on sairastanut, on tässä tutkimuksessa kysytty siksi, että selviää millaisia mielenterveydenhäiriöitä tutkimuksen aineistoon osallistuvat sairastavat ja kuinka pitkä sairashistoria heillä on. Se, mikä mielenterveydenhäiriö on kyseessä ja kauanko on sairastanut, vaikuttaa siihen, kuinka arkea vaikeuttavasta ilmiöstä on kyse. Sairushistorian pituus antaa tietoa siitä kuinka kauan henkilöllä on ollut aikaa sopeutua elämään kyseessä olevan sairauden kanssa.

Tämän tutkimuksen koko aineiston muodostaa kahdeksan henkilöä. Taustamuuttujia on kuitenkin analysoitu ainoastaan seitsemän vastaajan osalta, koska yhden kirjeen kirjoittaja ei ollut ilmoittanut kirjeessään pyydettyjä taustatietoja. Seitsemästä vastaajasta kolme sijoittuu ikäryhmään 51 – 55 vuotta. Nuorin vastaaja oli 32-vuotias ja vanhin 65-vuotias. Vastaajien keski-ikä on 50 vuotta. Sukupuolijakauma oli melko tasainen, aineiston vastaajissa on neljä naista ja kolme miestä.

Seitsemästä vastaajasta kaksi oli aineiston keruun ajankohtana naimisissa. Toisella naimisissa olevista vastaajista oli lapsia, toisella ei ollut. Naimattomia vastaajissa oli kolme,

heillä kenelläkään ei ollut lapsia. Eronneita seitsemästä vastaajasta oli kaksi, joilla kummallakin oli lapsia. Eronneista ainakin toinen oli eronnut sen jälkeen, kun hän oli sairastunut mielenterveyshäiriöön. Toinen eronneista vastaajista ei ilmoittanut missä vaiheessa elämänsä oli eronnut. Kaikki aineiston vastaajien lapset ovat jo täysi-ikäisiä.

Aineistoon osallistuneista vastaajista kolmella diagnoosina on skitsofrenia. Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltava vakava mielenterveyden häiriö, jonka tausta on todennäköisesti monitekijäinen ja puutteellisesti tunnettu. Tyypillisiä oireita skitsofrenialle ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä niin sanotut negatiiviset oireet kuten tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin, joita ovat esimerkiksi paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen, muu määriteltä tai määrittämätön skitsofrenia sekä skitsofrenian jälkeinen masennus. (Lönnqvist ymt. 2006, 57 – 59.) Tämän tutkimuksen vastaajista yksi ilmoitti sairastavansa paranoidista skitsofreniaa, muut eivät ilmoittaneet skitsofreniansa alatyyppejä.

Kahdella aineiston vastaajalla oli diagnosoitu masennus. Kaikki ihmiset kokevat joskus arkielämässään hetkellistä masennusta, usein masentunut tunnetila liittyy erilaisiin pettymyksen tai menetyksen kokemuksiin. Jotta kliinisesti voidaan erottaa normaaliin elämään kuuluva hetkellinen masennus mielenterveyden häiriöstä, on masennukseen ICD -10 (International Classification of Diseases) luokituksessa määriteltä kymmenen eri oiretta, joista vähintään viiden täytyy esiintyä kahden viikon jakson aikana, jotta masennusdiagnoosi voidaan antaa. Keskeistä masennuksen toteamisessa on esimerkiksi se, että masentunut mieliala on jatkunut pitkään ja ihminen menettää kykynsä kokea mielihyvää asioista, jotka hänelle aiemmin ovat mielihyvää tavallisesti tuottaneet. Oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella masennustilat jaetaan ICD-10 luokituksessa lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. (Lönnqvist ymt. 2006, 134 – 137.) Tässä tutkimuksessa toinen masennusdiagnoosin saaneista vastaajista kertoi diagnoosinsa olevan psykoottinen masennus ja toinen ilmoitti sairastavansa vaikeaa masennusta.

Tähän tutkimukseen osallistuneilla on kaikilla melko pitkä sairaushistoria. Seitsemästä vastaajasta kolme sijoittui pylvääseen, jossa sairaus on alkanut 26 – 30 vuotta sitten. Lyhin sairaushistoria tässä tutkimuksessa oli yksitoista vuotta ja pisin kolmekymmentäyksi vuotta. Keskimäärin vastaajat ovat sairastaneet mielenterveyshäiriötä 21 vuotta. Pisimmän sairaushistorian omaava vastaaja on sairastanut mielenterveyshäiriötä yli puolet elämästään.

7.2 Sisällönanalyysin kuvaus

Tuomi ja Sarajärvi (2006) toteavat, että tutkijan itsensä on tuotettava analyysinsa viisaus. Siihen tarvitaan metodien noudattamisen lisäksi intellektuaalista vastaanottokyvyn herkkyyttä, oivalluksen terävyyttä ja myös onnekkuutta. Vaikka ei ole olemassa mitään yleispätevää keksimisen logiikkaa, se ei tarkoita, että aineistosta voi nostaa esiin mitä tahansa tutkimustehtävät tai – ongelmat muistaen. Tutkijan pitää saada tutkimuksestaan uskottava niin, että lukija luottaa siihen. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 102.)

Tämän tutkimuksen aineistossa kiinnostavat ne asiat, joista voidaan tehdä tulkintaa aineistoon osallistujien kokemuksista ja toimintakyvystä heidän sairastuttuaan mielenterveyshäiriöön. Erittelin aineiston sisällönanalyysimetodin avulla. Etsin aineistosta arjen kokemuksiin liittyviä mainintoja. Koodauksen kautta teemoiksi muodostuivat kokemukset mielenterveyshäiriön vaikutuksista vuorovaikutussuhteisiin toisten ihmisten kanssa, kokemukset mielenterveyshäiriön vaikutuksista toimijuuteen ja osallistumiseen eri toimintoihin sekä kokemukset mielenterveyshäiriön vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien saamaan kohteluun yhteiskunnassa.

Tutkimuksen aineisto on pieni ja sen vuoksi on erityisen tärkeää huolehtia siitä, että vastaajat jäävät tuntemattomiksi. Analyysini tueksi olen kuitenkin halunnut ottaa haastatteluista ja kirjeistä joitakin suoria lainauksia. Haastatteluista otetut lainaukset olen merkinnyt H1, H2 ja H3 merkinnöillä. Kirjeistä otetut lainaukset on merkitty K1, K2, K3, K4 ja K5 merkinnöillä. Sukupuoli on merkitty pienellä n-kirjaimella, kun kysymyksessä on naispuolinen vastaaja ja pienellä m-kirjaimella miespuolisen vastaajan ollessa kyseessä. Mielestäni on perusteltua tietää onko vastaaja mies vai nainen. Kuten edellisessä kappaleessa, jossa esiteltiin taustamuuttujien analyysi, todettiin, naiset ja miehet kokevat asioita eri tavalla.

Haastattelutilanteen onnistumisessa on tärkeää, että haastattelijan ja haastateltavan välille saadaan luotua luottamuksellinen ilmapiiri. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005) mukaan olivatpa haastattelut kuinka strukturoituja ja suunniteltuja tai sitten avoimia, ne ovat aina kuitenkin vuorovaikutustilanteita, joissa haastattelija ja haastateltava toimivat suhteessa toisiinsa. Kaikki haastatteluaineisto on osallistujien välisessä vuorovaikutuksessa tuotettua verbaalista materiaalia. Haastattelijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutus ja esimerkiksi se, kuinka haastattelija auttaa haastateltavaa sanoman muotoilussa, tulisi myös kuvata tutkimusraportissa. Haastattelijan osuus haastateltavan puheen muotoilussa ja siinä tuote-

tuissa merkityksissä voi olla hyvinkin suuri. Se, että haastattelijan osuus jätetään huomiotta ja vuorovaikutusta pyritään minimoimaan tai pitämään kontrollissa, voi Ruusuvuoren ja Tiittulan mukaan liittyä luotettavuuskysymykseen: ajatellaan, että haastattelun osallistujien välisen vuorovaikutuksen kuvaus ja haastattelijan osuus haastateltavan puheen muotoiluun vaikuttaa kielteisesti kerättävien tietojen luotettavuuteen. (Ruusuvuori & Tiittula 2005b, 24 – 31.) Joissakin haastatteluaineiston lainauksissa olen ottanut mukaan myös omat kommenttini ja näin kuvannut koko vuorovaikutustilanteen. Minun osuuttani näissä lainauksissa kuvataan R merkinnällä.

Tarkoituksena oli nauhoittaa kaikki haastattelut. Käyttöön varattu nauhuri ei kuitenkaan ennakkokokeiluista huolimatta toiminut ensimmäisessä haastattelutilanteessa, joten haastattelussa oli turvaututtava kirjallisten muistiinpanojen tekemiseen. Seuraaviin haastatteluihin kävin lainaamassa yliopistolta nauhurin, joka toimi moitteettomasti ja näin ollen saatiin seuraavat kaksi haastattelua nauhoitettua. Ensimmäinen haastattelu, joka lainauksissa on merkitty H1n merkinnällä, on siis muistiinpanoihini tukeutuva ja ikään kuin referaatti haastattelusta. Kahdesta muusta haastattelusta tehdyt lainaukset on litteroitu sanasta sanaan nauhurilta.

Kirjeistä ottamani lainaukset olen muokannut siten, että niistä tulee esille se asia, josta kirjoittaja on kirjoittanut. Osa kirjeistä oli melko pitkiä, joten täysin suoria lainauksia en ole kirjeistä ottanut. Lisäksi olen päätenyt kirjeiden referointiin sen vuoksi, että osassa kirjeitä on mainittu nimiä, tilanteita ja paikkoja, joten kirjoittajan anonymiteetti olisi vaarantunut suorissa lainauksissa.

8 ANALYYSIN POHJALTA TEHDYT HAVAINNOT

8.1 Kokemukset sairauden vaikutuksesta sosiaalisiin suhteisiin

Suurimpina arkea ja sosiaalista vuorovaikutusta haittaavina tekijöinä aineiston osallistujat nimesivät keskittymiskyvyn heikentymisen verrattuna aikaan ennen sairastumista, tunne-elämän suuremmat ailahtelut sekä sosiaalisten suhteiden solmimisen ja olemassa olevien suhteiden ylläpitämisen vaikeutumisen sairastumisen jälkeen.

”Kirjoittaja kertoo jonkin verran eristäytyneensä sairauden myötä vaikka työssä kuitenkin on käynyt. Kirjoittajalla on entisiä tuttuja, joihin ei tahdo uskaltaa ottaa yhteyttä.” (K2n)

”Haastateltavan mukaan keskittymiskyvyttömyys on suurimpana hankaluutena arjessa. Vaikeaa on myös solmia ihmissuhteita, on arka eikä uskalla lähestyä ihmisiä. Hän ei pidä yhteyttä ystäviin, joita hänellä oli ennen sairastumistaan. Vanhempiin ja serkkuunsa on yhteydessä säännöllisesti, viikonloput hän viettää vanhempiensa luona. Haastateltava haluaisi olla rohkeampi, luoda suhteita ihmisiin.” (H1n)

”H: Yks kans, että jos ihmissuhteet, niin tää keskittyminen on ollu, että tää sairaus on tehny sen, että sää et niinku jaks keskittyä.

R: Justiin.

H: On vaikee keskittyä. Se on se ihmissuhteet, mä en... Ja ehkä kolmas sitten semmonen masennus, että ko sää oikeen kylälästyit ittees niin sää oot... sää makaat vaan sängynpohjalla, niinku mä eilen...” (H3n)

Sulkusen ja Törrösen mukaan puhe tai teksti sisältää aina piirteitä jostakusta, joka on sen ”takana” ja samalla sen oletetusta yleisöstä. Puhujakuva ja yleisökuva saattavat olla itse viestin sisältöä tärkeämpiä vaikka ne usein jäävät huomaamattomiksi. Tutkijat pyrkivät usein häivyttämään puheen subjektit näkyvistä vaikka heidän puheessaan rakentuvat näkökulmat ja sosiaaliset asemat tai identiteetit saattavat olla olennainen osa siitä, mistä he puhuvat. Rakenteita, joiden varassa puhuja- ja yleisökuvia tuotetaan sekä osoitetaan niiden merkitysvaikutuksia, Sulkunen ja Törrönen nimittävät enonsiaation rakenteiksi. (Sulkunen & Törrönen 1997b, 96 – 97.)

Enonsiaatio tarkoittaa puhujan kokemusten heijastumista hänen kertomukseensa. Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa aineiston osallistujien psyykkiseen sairastumiseen liittyvien

kokemusten ilmenemistä heidän puheissaan ja kirjeissään. Sosiologisesta näkökulmasta erityistä huomiota ansaitsevat Sulkusen ja Törrösen mielestä projektiot ja enonsiatiiviset modaalisuuden lajit. Projektiot ovat rakenteita, joissa tekstin puhuja samaistuttuaan johonkin kuvatun todellisuuden toimijatahoon tuo esiin omia arvojaan ja tavoitteitaan kuvaamaansa toimijaan ja toimintaan. Enonsiatiivisten modaalirakenteiden avulla puhuja rakentaa itselleen kompetenssin puhua käsittelemistään asioista. (emt. 97.) Tämän tutkimuksen osallistujien projektion rakenteet ilmenevät esimerkiksi puheessa ja tekstissä, jossa osallistujat kertovat kokemuksiaan saamastaan kohtelusta ja palveluista mielenterveyskuntoutujina sekä mielestäni erityisesti heidän kuvauksissaan psyykkisen sairauden vaikutuksista sosiaalisiin suhteisiin. Enonsiatiiviset modaalirakenteet syntyvät esimerkiksi tutkimukseen osallistujien subjektiasemasta mielenterveyskuntoutujina sekä pitkistä sairaushistorioista.

”Kirjoittaja kirjoittaa, että mielenterveys on häneltä mennyt osittain kroonisesti. Kirjoittaja kertoo, että arkielämässä sairaus vaikuttaa häneen monella tavalla, muun muassa ihmissuhteissa. Sairaus tulee esiin, kun kirjoittaja puhuu ystävilleen ja vanhemmilleen usein. Kirjoittaja kokee sellaista tarvetta saadaksesen itsetunnon pönkitystä.” (K4m)

8.2 Kokemukset vuorovaikutustaitojen muutoksista

Tämän tutkimuksen valossa suurimmat hankaluudet mielenterveyskuntoutujien arjessa näyttäisivät olevan vuorovaikutussuhteissa. Kaikki haastatellut ja osa kirjeiden kirjoittajista toi esille, että sairastuttuaan heillä on ollut vaikeuksia solmia suhteita toisiin ihmisiin, perheenjäsenten ja sukulaisten kanssa sosiaaliset vuorovaikutussuhteet olivat hankaloituneet, parisuhteeseen oli tullut ongelmia sekä että suurelta osaltaan ystävyysuhteet olivat katkenneet niihin ystäviin, joita oli ollut ennen sairastumista. Tosin ystävyysuhteista on sanottava, että tutkimukseen osallistujat kertoivat sairastuttuaan solmineensa uusia ystävyysuhteita niihin ihmisiin, joita olivat kohdanneet kuntoutuksessa tai vertaistukiryhmissä.

”Se oli silloin ko sairastu nii siitä ajasta meni kaks vuotta, että siitä ajasta mää en tiiä yhtään mitään... Vaimo täytti tasalukuja, täyttiköhän se viiskymmentä vuotta vai nii meillä tehti remonttia, maalattii ja tapiseerattii, nii ei minkäänlaista muistikuvaa, mää kysyin, että no mitä mää oon tehenny sitte nii, että oonko mää seissy käet taskussa ja kattonu ku muut on tehenny. Nähtävästi se on ollu nii kamalaa, että mää en halua muistaa sitä.” (H2m)

"H: Mulla on vähän tämmönen hajanainen persoona, en mää tiiä onko se sairautta vai, kai se sitten on tätä psyyken sairautta. Mutta just se, että semmonen herkkyyys musta on mennä jotenki..."

R: Aivan joo. Mitä sää nyt ajattelet, että minkälaista hankaluutta tuo sairaus on sun elämääs tuonu?

H: No sanotaanko näin, että ihmissuhteisiin... jotenki mää oon pelänny ja mää sanosin, että ihmissuhteisiin. Töissä mää olin hirveen epäsosiaalinen ja (ammattinimike poistettu anonymiteetin vuoksi) pitäis olla sosiaalinen ja sillä tavalla. Mää nyt kuvailisin sitä, että ihmissuhteisiin." (H3n)

"Elämä sujui aivan moitteettomasti aina vuoden 1999 tammikuuhun asti, jolloin kirjoittaja sairastui syvään masennukseen. kirjoittaja epäili hoitohenkilökuntaa ja toisia potilaita: kukaan ei halunnut hänelle hyvää, kaikki vain vainosivat häntä. Ainoa henkilö, johon kirjoittaja luotti, oli hänen vaimonsa. Niinpä kirjoittajan sairaus diagnosoitiin myös psykoottiseksi. Kirjoittaja kertoo, että hänen sairastumisensa oli perheelle kova paikka, hän on eronnut vaimostaan, mutta on tämän kanssa hyvissä väleissä." (K1m)

Tähän tutkimukseen osallistuneiden kertomuksista nousee esille se, kuinka psyykinen sairaus mullistaa koko arjen sekä sairastuneen itsensä että hänen perheenjäsentensä elämässä. Osallistujat kertovat miten sairastuminen on vaikeuttanut vuorovaikutussuhteita perheessä, miten parisuhde muuttuu puolisoiden välillä rakkaussuhteesta hoivasuhteeksi tai miten järkyttävää on huomata, että on kadottanut yhteyden lapsiinsa sekä kaiken mielenkiinnon elämään.

8.3 Kokemukset toimijuuden ja toimintakyvyn muutoksista

Osa haastatelluista ja kirjoittajista kertoi ottaneensa raskaasti sen, että he kokivat olevansa kyvyttömiä ottamaan vastuuta omasta elämästään. Kuntoutumisen ja toipumisen edetessä tutkimukseen osallistuneet kertoivat vähitellen saaneensa uudelleen otteen elämästään, mutta totesivat myös, että arki ei koskaan enää tule samanlaiseksi kuin ennen sairastumista. Psyykinen sairaus ja uudelleen sairastumisen pelko ovat läsnä aina koko loppuelämän ajan.

"Kirjoittaja kertoo, että masennuksen kanssa eläminen on "herkkää hommaa", jatkuvaa tasapainoilua, koska sairaus uusii helposti. Sairaus on aina läsnä ihmisen elämässä." (K1m)

H: Mää oon sen taujin kans oppinu elämään, mää oon kaikki mahollisen kirjallisuuden lukenu mikä näihin tauteihin liittyy ja samate tuota käytännön kokemustaki alakaa olla 15 vuotta.

R: Nii..i. Aivan.

H: Ymmärrän missä mennään ja mikä miltäki tuntuu nii tietää aina ruveta mieltii, että mistä se johtuu.

R: Joo...o.

H: Ei tartte keltään mennä kysymään, että mikä nyt on ku on näin." (H2m)

"Yksi ongelma on se, että käytyäni terapiassa, ja koetan saada itseni kuntoon, jotta voin lähteä harrastuksiin. Toivon hartaasti, että se olisi palkitsevaa. Joskus tuntuu kuin eläisin keinuen aalloilla." (K3, sukupuolta ei ole kerrottu)

Tämän tutkimuksen aineistossa mielenterveyskuntoutujat puhuvat ja kirjoittavat paljon siitä kuinka suuri merkitys kuntoutuksella sekä kuntoutukseen pääsemisellä on ollut heidän selviytymiseensä. Haastatelluista ja kirjeitä kirjoittaneista henkilöistä kaikki olivat saaneet kuntoutusta jossakin muodossa, mutta he kertoivat myös tietävänsä, että kaikki kohtalotoverit eivät ole kuntoutusta saaneet. Osa haastatelluista oli osallistunut Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kurssiyksikön kursseille ja kokeneet nämä erittäin hyödyllisinä omalle kuntoutumiselleen.

"Haastateltava kertoo, että hänellä on tällä hetkellä hoitokontakti psykiatrian poliklinikalle, jossa käy keskustelemassa kuntoutusohjaajan kanssa kolmen viikon välein. Lisäksi kotiin toteutetaan kotikuntoutusta ja keskussairaalan psykiatrian yksikön toimintaterapeutti käy ohjaamassa arkielämän taitoja kuten ruoanlaittoa jne. Lääkitys on nyt hyvä ja tukee kuntoutujaa, sairaus hyvin tasapainossa. Haastateltava itse hoitaa itseään, huolehtii riittävästä levosta, terveellisestä ravinnosta ja liikkuu paljon. Haastateltava on osallistunut sopeutumisvalmennuskurssille vuosia sitten, se oli hyvä kokemus. Hän on tyytyväinen siihen, että uskalsi matkustaa kursseille yksin. Hän on myös osallistunut psykiatrian kurssiyksikön kursseille ja kokenut nämä todella hyväksi." (H1n)

H: Mää silloin aikoinaan kuule kävin kaks vuotta terapiassa ja kaks kertaa viikossa.

R: Justiin.

H: ...kaks vuotta... Sitte se vuosi oli välissä nii mää kävin sitte uuestaan yhen vuojen vielä sitte.

R: Joo. Mutta nyt et koe tarvihtevas enää?

H: No ei, en mää oikeestaan en.

R: Joo. " (H2m)

Myös vertaistuki koettiin merkityksellisenä tukena kuntoutumisessa. Kulmakartanoa vastaajat pitivät erinomaisena kohtaamispaikkana, jossa voi saada ja antaa tukea samantyyppisessä elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa. Vastaajat kertoivat, että Kulmakartanossa käyvien mielenterveyskuntoutujien kesken ei tarvitse esittää jotain muuta kuin mitä on, ei selitellä vaikeuksiaan, ei tarvitse suoriutua niin täydellisesti asioista kuin muuten tässä tehokkuutta korostavassa yhteiskunnassa ihmisiltä vaaditaan.

”No sitten mulla on tään psykiatrian vertaistuki... Että tavallaan se pyörii niinku paljon samanlaisten ihmisten kanssa olemisena ja se on niinku hirveen tärkeä. Sanotaanko nyt sitten, että nää ihmissuhteet, mikkä mää oon tän sairauden myötä saanu, ne on hyvin tärkeitä... Että mulla on varmaan vielä joku tarkoitus täällä ko siitä selvisin. Ehkä se on sitten tuo ko mää käyn noissa vertaistukiryhmissä mää saan niistä niin paljon.” (H3n)

”Haastateltavalla on paljon toimintaa arjessa, hän sanoo tarvitsevansa toimintaa pysyäkseen vireänä ja psyykeltään kunnossa. Kulmakartanossa hän käy 2 - 3 kertaa viikossa, osallistuu erilaisiin tapahtumiin, varsinkin seurakunnan järjestämiin, koska uskonasiat ovat tärkeitä hänelle. Haastateltavan mielestä on tärkeää olla liikkeellä ja hakea vertaistukea, koska jos jää kotiin, psyyken tila heikkenee.” (H1n)

Toimijuuden ja osallistumisen muutokset aineistoon osallistuneilla näkyivät ensinnäkin työelämästä pois jäämisenä. Kukaan tutkimukseen osallistuneista ei tehnyt enää kokopäiväistä työtä vaikka olivat sitä tehneet ennen sairastumistaan. Toiseksi toiminnallisuus oli selvästi muuttunut myös harrastustoiminnan puolella. Ennen sairastumista osa vastaajista oli osallistunut säännöllisesti esimerkiksi luottamustoimien hoitamiseen, mutta sairastumisen jälkeen nämä tehtävät olivat jääneet. Muutenkin tutkimukseen osallistujat kuvasivat, että ylipäätään kotoa ulos lähteminen ja johonkin toimintaan osallistuminen oli vaikeutunut sairastumisen jälkeen.

”R: No mites onko sulla jotain harrastuksia, mitä sää tykkäät tehdä, noin niinku arjessa?”

H: No jos mää ihan rehellinen oon nii makaan sohovalla ja katon teeveetä.

R: Heh, heh, hee...

H: Kaukosäähän tipahtaa välillä lattialle nii herään siihen, heh, heh, hee...

R: Heh, heh, hee...

H: Jos ihan rehellinen oon... Mutta sitte autoliiton toiminnassa oon ollu aika aktiivisesti, mä olin piirinjohdajanaki, mutta siinä vaiheessa ko sairastuin mä luovuin siitä. Nyt nykyään meidän piirijohtaja on yhtä sairas ko minä, mutta pärjää ihan hyvin kyllä.” (H2m)

Tämän tutkimuksen aineiston osallistujistakaan ei kukaan ollut voinut enää jatkaa täysin työkykyisenä sairastumisen jälkeen. Sakari Karvonen toteaa Suomalaisten hyvinvointi 2008 - teoksessa, että yksittäisistä riskitekijöistä hyvinvoinnin eri osa-alueisiin ja niiden vajeisiin on yhteydessä työttömyys. Elämään tyytymättömyyden riski oli hyvinvointitutkimuksen mukaan työttömillä miehillä yli nelinkertainen ja naisillakin 3,5-kertainen työsäkäyviin verrattuna. Epäsuorasti tuloksen voi tulkita osoittavan työn ja mielekkään tekemisen tärkeyttä työikäisten, 30 – 64 -vuotiaiden elämismaailmassa. Työttömäksi joutuminen on selvä riski etenkin mielenterveyden ongelmille. Olennaisimmat tyytymättömyyttä elämään ruokkivat tekijät olivat hyvinvointitutkimuksen mukaan huono terveys, yksinäisyyden kokemus ja stressaantuneisuus. (Karvonen 2008, 108 – 111.)

”Kirjoittajan sairasloma päättyi maaliskuun lopulla ja hän päätti yrittää työhön palaamista. Hän jaksoi olla puolitoista päivää töissä, mutta sitten paha olo ja harhaiset ajatukset palasivat kuvaan mukaan. Kirjoittaja oli jälleen osastokunnossa, selvittyään tästä osastojaksosta olo jälleen helpottui. Sairasloma määrättiin nyt jatkuvaksi vuoden loppuun saakka, työhön palaaminen ei ollut ajankohtaista sillä hetkellä. Kun sairasloma päättyi vuoden lopulla, yritys, jossa kirjoittaja oli työssä, lopetettiin ja kirjoittaja jäi työttömäksi. Kirjoittaja kertoo, että se oli kova pala hyväksyttäväksi.” (K1m)

Mielenterveyskuntoutujien joukossa on suuri määrä työelämän ulkopuolella olevia henkilöitä. Edellä olevan tutkimuksen mukaan työ on merkittävässä roolissa ihmisen hyvinvoinnin kokemuksessa. Työttömäksi joutuminen lisää selvästi riskiä sairastua etenkin psyykkisesti. Minua kuitenkin yllätti omassa tutkimuksessani se, että osa tutkimukseen osallistuneista kertoivat täysin päinvastaisesti olleensa hyvin helpottuneita, kun pääsivät sairaslomalle ja eläkkeelle sairastuttuaan.

”H: Mää olin nii huonossa kunnossa silloin, että jos mä en olis jääny työttömäks nii mä oisin kuitenkin jääny pois töistä.

R: Just. Nii joo.

H: Se oli niinkö semmonen pelastusrengas, että ko tuonne asti jaksas nii... mä sanon, että se on mun paras kokemus ko mä jäin työttömäksi.

R: Niin.

H: Mää olin nii poikki kuule... On kait se jonkinlainen shokki jäähä työttömäksi yhtäkkiä ko on kolmekymmentäviis vuotta yhtä soittua pörränny.

R: Aivan, ei oo varmaan mitään heleppua.

H: Kyllä kait se jotain vaikutti seki, mutta kyllä se oli helepotuski." (H2m)

"H: Jos nyt taaksejäänyttä elämäänsä takasin aattelee, niin ois pitäny lähtee jo silloin -81... Siis koko ajan tämmöstä, joka poltti mua, burnuttia teki.

R: Että sää siis otit niitä hommia ittelles ihan itte?

H: No joo kato ko sitä oli yksinäinen, että ois jotenki pätevä ja ois jotenki hyväksytty että...

R: Joo. Kyllä.

H: Että kyllä mä nyt sanon, että mä voin sataprosenttisesti paremmin ko töissä." (H3n)

Tulkitsen nämä kokemukset niin, että haastateltavat kokivat työelämän niin haastavaksi ja vaativaksi, että loppujen lopuksi oli helpotus päästä pois työelämän "oravanpyörästä". Tutkimukseeni osallistuneista henkilöistä kukaan ei tuonut esiin sellaisia kokemuksia, että heidän psyykkinen sairastumisensa olisi johtunut työttömäksi joutumisesta. Aineistoon osallistuneista kolmella oli pitkäkö, yli kymmenen vuoden, työhistoria. Muilla viidellä työhistoria oli jäänyt melko lyhyeksi. Sairastumisen jälkeen aineistoon osallistuneista neljä henkilöä on työskennellyt osa-aikaisesti joko Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen työsalilla, terapiatyössä tai yhdistyksen järjestämässä avotyössä.

Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen avotyöprojekti Kokkolassa toimi vuosina 2004 – 2009 Raha-automaattiyhdistyksen tukemana, mutta rahoitus päättyi vuoden 2009 lopussa. Toiminnassa oli mukana noin kolmisenkymmentä mielenterveyskuntoutujaa. Tähän tutkimukseen osallistunut eräs miespuolinen kirjeen kirjoittaja kertoi, että hän oli ollut avotyöprojektin järjestämässä avotyössä. Kun projekti päättyi ja häneltä avotyösuhde katkesi, hänen psyykkinen kuntonsa heikkeni niin, että hän oli joutunut kahteen eri kertaan osastohoitoon. Kirjoittaja itse arveli avotyöprojektin loppumisen selvästi vaikuttaneen psyykkisen kunnan heikkenemiseen. Olen keskustellut Kulmakartanon työntekijöiden kanssa ja he ovat viestittäneet, että Kulmakartanon kävijöissä on useampia avotyöprojek-

tissa mukana olleita, joille avotyösuhteen katkeaminen on aiheuttanut psyykkisen kunnon heikentymisen.

Mielestäni tästä voi vetää sen johtopäätöksen, että mielenterveyskuntoutujat, kuten ihmiset yleensäkin, tarvitsevat arkeensa mielekästä tekemistä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollistavia ympäristöjä. Vaikka kokopäiväiseen työn tekemiseen ei monellakaan vaikeammin psyykkisesti sairastuneella henkilöllä ole enää voimavaroja, osa-aikaisesti työssä käyminen mahdollistaa mielenterveyskuntoutujalle osallistumisen mukanaan tuoman kyvykkyyden tunteen. Marjo Romakkaniemi (2010) on tutkinut väitöskirjassaan toimijuuden modaalisuuden ja masennuksen välistä suhdetta. Hän toteaa Janus-lehden artikkelissaan, että masennus aiheuttaa ihmisessä kyvyttömyyttä, koska ihminen ei saa osaamistaan käyttöön masennuksen vuoksi. Kyvykkyys on aina suhteessa ympäristöön ja kykenemisen kannalta oleellisia seikkoja ovat ympäristön joustot, saatu tuki sekä ihmisen kykeneväisyys säädellä omaa jaksamistaan. (Romakkaniemi 2010, 143.) Juuri tämän vuoksi mielenterveyskuntoutujille tulisi tarjota erilaisia mahdollisuuksia osallistua työelämään kykyjensä ja osaamisensa mukaisesti. Avotyöprojekti tarjosi mielekkäitä työtilaisuuksia, on varsin valitettavaa, että tämä toiminta ei rahoitusvaikeuksien jälkeen voinut jatkua.

”Työsalilla oli vapaana atk-kirjoittajan paikka ja kirjoittaja pääsi työskentelemään tietokoneen parissa. Kirjoittaja valittiin myös lehtitoimikuntaan, joka julkaisi Mieliuutiset -nimistä, noin kolme kertaa vuodessa ilmestyvää julkaisua. Kirjoittajan tehtävä oli kirjoittaa puhtaaksi eri yksiköistä tulevat lehtiartikkelit. Tämä oli kirjoittajalle mieluista työtä. Työsalilla kirjoittaja työskenteli kolme kertaa viikossa neljä tuntia kerrallaan. Hänen vointinsa koheni suurin harppauksin ja hän päätti vietettyään viisi kuukautta työsalilla hakeutua saman yhdistyksen toteuttamaan avotyöhön.”
(K1m)

Tämän tutkimuksen aineiston pohjalta voidaan sanoa, että haastatellut ja tarinoita kirjoittaneet mielenterveyskuntoutujat olivat tyytyväisiä suomalaisen yhteiskunnan tarjoamiin hyvinvointipalveluihin. Myöskään materiaallinen hyvinvointi ei vaikuta olevan niin kovin tärkeässä asemassa haastateltavien elämässä vaikka suurin osa heistä elää kansaneläkkeen varassa. Tutkimukseen osallistuneiden tärkeimpiä arvoja ovat terveys, perhe ja muut sosiaaliset suhteet sekä henkinen tasapaino.

R: Joo. Mitäs sää muuten aattelet tosta sun taloudellisesta tilanteesta?

H: Jotenki tulee toimeen... kyllähän paremminki tietysti sais tulla. Mutta eiköhän se kaikilla oo nii... " (H2m)

"Kirjoittaja on työkyvyttömyyseläkkeellä ja kertoo olevansa köyhä. Kirjoittaja haluaisi kovasti omia lapsia, hän kertoo olevansa kolmen lapsen täti, kun siskolla on kaksi ja veljellä yksi lapsi." (K5n)

"Kyllä täällä on näitä kavereita, niin kyllähän meillä juttua riittää ja kun jokaisella on se oma minkä takia on täällä Kulmakartanossa." (H3n)

Sakari Karvosen mukaan hyvinvointi on moniulotteinen ilmiö. Työikäisessä väestössä hyvinvoinnin voidaan katsoa rakentuvan toimeentulosta, mielekkästä tekemisestä, säällisistä asuinoloista, terveydestä, riittävistä sosiaalisista verkostoista ja sosiaalisesta tuesta. Yhtenä osana hyvinvoinnin kokemiseen on tyytyväisyys elämään ja elämän eri osa-alueisiin kuten parisuhteeseen. (Karvonen 2008, 97.) Tämän tutkimuksen aineistoon osallistuneet mielenterveyskuntoutujat korostivat itsehoidon ja vertaistuen merkitystä hyvinvoinnin lisäämisessä. Kulmakartanossa käyvät mielenterveyskuntoutujat vaikuttavat ottavan itse suuren vastuun hyvinvoinnistaan, he täyttävät arkeaan erilaisilla toiminnoilla, puhuvat liikunnan, terveellisen ruokavalion ja säännöllisen päivärytmin tärkeydestä. Näillä ihmisillä tuntui olevan selkeä käsitys siitä, että mielenterveyden ylläpitäminen vaatii paljon toimia ihmiseltä itseltään ja positiivista asennoitumista elämään.

"R: Joo. Että sää väsyit niinku aika herkästi?"

H: Joo mää väsyn herkästi ja siinä mun pitäis vähän niinku kuunnella, että sillonki... että mää meen nukkumaan vaikka aikasemmin tai jos jaksan, niin meen vaikka kävelemään viimesillä voimillani. Teen jotakin muunlaista, että... Useimmiten mää yritän tehdä ihan kaurapuurosta asti ja se on tärkeä se aamun ensimmäinen ruoka. Teeveestäki mää yritän kattoo semmosia, jotka antaa hyvää mieltä. Että mitä mää yritän... mää oon jollaki tavalla kuitenkin tyytyväinen, että mää oon pystynyt jollaki tavalla, että mää yritän olla positiivinen." (H3n)

Giddensin mukaan identiteetti tarkoittaa yksilön kykyä ylläpitää kertomusta itsestään. Giddens sanoo, että identiteetin luominen tapahtuu dialogissa, jota me käymme koko elämämme ajan. Se situationaalinen tilanne ja ne sosiaaliset verkostot, joissa me elämme, vaikuttavat tähän dialogiin sekä identiteettimme rakentumiseen. Ennen globalisaatiota ihmisellä oli yhteiskunnassa nykyistä selkeämpi oma asema, johon liittyi tietty rooli tai teh-

tävä. Postmodernin kehityksen myötä ihmisten identiteetit ovat irtautuneet näistä vanhoista rakenteista. Moderni minuus on jatkuvaa identiteetin uudelleen rakentamista. (Giddens 1991, 54; 75 – 80.)

Siinä tilanteessa, kun ihminen sairastuu psyykkisesti, on hänen rakennettava identiteettinsä uudelleen tässä muuttuneessa elämäntilanteessa. Tämän tutkimuksen osallistujat kertoivat, että sairastuttuaan heidän minuutensa oli hetken aikaa ”hukassa”. Oli ikään kuin tutustuttava itseensä uudelleen ja yritettävä luoda sellainen minäkuva, jonka varassa voi elää tässä uudesti rakentuneessa olemuspuolellaan. (vrt. Rauhala 2005, 29 – 41.) Kulmakartanon mielenterveyskuntoutajat kertoivat, että tämä prosessi on pitkä ja raskas. Mielen järkkyminen on vaikeasti hyväksyttävissä oleva, pelottava asia, johon liittyy paljon erilaisia tunteita.

”H: Ja sitte se on vaikuttanu luonteenlaatuun, että on tullu paljo herkemmäks tiäkkö. Sitä on ollu nii kova jätkä... niinku joku sano, että ko mäe kastelen näitä kukkia täällä (Kulmakartanossa) nii mäe sanoin työntekijälle, että näistä ei sitte huuella mitään. Se sano, että no miten niin? Mäe sanoin, että ko kovat jätkät ei kastele kukkia.

R: Heh, heh, hee...

H: Mutta ne on tota nii... siis sillä lailla vaikuttaa ihmisen luonteeseen kyllä kovasti. Mäe sillon ko mäe sairastuin ja ko mulla tuntu pahalta nii mäe menin hautuusmaalle, se oli jotaki elo-syyskuuta, ja tota nii mäe menin äitin haulle, ääneen sanoin sille, että nii nyt ... (haastateltava sanoo itseään niimeltä) on hätä, että nii mitä mäe teen? Että jos sää pystyt auttamaan nii auta, mäe en... Nii tietysti mäe katoisin ettei kuukaan kuuntele.” (H2m)

”H: No ite ko on seurannu niitä lapsuuskavereita ja koulukavereita nii että miten niillä menee, nii kyllä siellä monella menee paljo huonommin ku mitä mulla on menny. Kuinka monta on jo kuollukki... Nii mitäs sitä nyt vielä sanois? Tän sairauksen kans on oppinu elämään, sanotaan nyt vaikka niin. Sillon ko mäe terapiassa kävin nii terapeutti sano, että tuota nii ethän sää ikinä parane, mutta ko sää oppisit elämään tän sairauksen kans.

R: Joo ja sää oot onnistunu siinä.

H: Joo aika hyvin. Eihän siitä kyllä paranekkaan... kunnan masennus niinku mullaki oli nii sehän tulee tuota nii ihan lapsuudesta lähtien. Ja tuota nii joku viisas sano, että se paraneminen kestää yhtä kauan ku eli, että se ei kerkiä ihmiselämän aikana oikeen kunnolla... mutta mäe sanon, että mullaki se on niinku mukamas parantunu, mutta se on niinku koko ajan tossa olan takana... ettei se sen kauempana oo.” (H2m)

Mikko Yrjönsuuri (2008) toteaa renessanssiplatonisti Pico della Mirandolaa mukaillen onnellisuuden olevan sitä, että todellinen, eletty elämä vastaa sitä, miten ihminen itse haluaa elää. Ihmisen kyky muodostaa kokonaisvaltaista harkittua käsitystä siitä, mitä hän elämältään haluaa, saattaa usein olla hyvinkin puutteellinen. Ja jos ihminen ei tiedä, mitä hän elämältään haluaa, ei elämä tästä näkökulmasta voi lainkaan onnistua. Yrjönsuuri pitää tätä mallia ongelmallisena eikä kovin onnistuneena tapana lähestyä onnellisuuden käsitettä. Yrjönsuuren mielestä ihminen voi tuntea onnellisuutta vaikka ei kykenisikään muodostamaan harkittuja ja laajakantoisia elämänpäämääriä. Sitä paitsi monet itse kunkin elämän suurista ratkaisuksista vain syntyvät ilman sen kummempaa harkintaa ja silti ne voivat olla hyviä tai huonoja. Pico della Mirandolan onnellisuuskäsitys ei anna selitystä niille elämän, melko tyypillisille, tilanteille, joissa jokin ihmisen hartaasti haluttu asia onkin toteutuksaan pettymys. Näin ollen vaikka ihminen tietäisikin mitä hän haluaa ja suuntaa toimintansa haluamaansa asiaa kohti, halun toteutuminen ei kuitenkaan välttämättä takaa onnellisuutta. (Yrjönsuuri 2008, 312 – 313.)

Olen samaa mieltä Yrjönsuuren kanssa siitä, että onnellisuutta ja sen kokemista ei voi määrittää noin yksioikoisesti kuin Pico della Mirandola sen määrittä. Jos ainoastaan tuon määritelmän mukaan voisi tuntea onnellisuutta, sitä olisi tässä maailmassa kyllä kovin vähän. Kuinka monella ihmisellä ylipäätään on mahdollisuus elää juuri sillä tavalla kuin itse haluaa? Olisiko se edes moraalisesti tai eettisesti oikein? Eikö meidän tule ottaa valinnoissamme huomioon muitakin kuin vain itsemme? Minun mielestäni onnellisuudessa on kysymys siitä, että ihminen saa tarpeitaan tyydytetyiksi, häntä rakastetaan, kunnioitetaan ja arvostetaan omana itsenään. Silloin hänellä on mahdollisuus olla onnellinen. Loppujen lopuksi ihminen ei muuta vaadi kuin tulla kohdelluksi ihmisenä.

Yrjönsuuren (2008, 305.) mukaan jokainen ihminen määrittelee periaatteessa itse millaiseksi hän haluaa elämänsä muodostaa ja onnellisuus riippuu siitä, miten tämä tavoittelu onnistuu. En ole täysin samaa mieltä Yrjönsuuren kanssa tästä väittämästä. Ehkä jollakin tasolla ihminen määrittelee itse millaisen elämän haluaa, mutta se, että onnellisuus riippuisi vain siitä miten hyvin tämä ihmisen määrittelemä elämä toteutuu, ei mielestäni pidä paikkaansa. Tuskin kukaan tähän tutkimukseen osallistuneista ihmisistä oli ajatellut sairastuvansa mielenterveyshäiriöön, joten heidän kohdallaan heidän itsensä määrittelemä elämä ei ole moneltakaan osin toteutunut. Kuitenkin he haastatteluissa ja kirjeissään kertoivat olevansa pääosin tyytyväisiä elämäänsä ja joskus jopa onnellisia.

"Kirjoittajalla on omasta mielestään aika mukava ja oikeastaan ihana koti, joka on hänelle niin rakas. Kirjoittaja on mielestään aika sosiaalinen, hän pitää ihmisistä, ei kaikista yhtä paljon, mutta kuitenkin. Kirjoittaja pitää siitä, että kesä tulee, koska näkee ihmisiä enemmän ulkona, hän nauttii ulkoilusta." (K2n)

"R: Ootko sä onnellinen?"

H: No kyllä mun täytyy sanua, että jos en nyt sataprosenttisesti niin ainakin seittemänkymmentäviis prosenttia.

R: Heh, heh, hee... Ja silleen suhteellisen tyytyväinen?"

H: Olen olen. Mää oon mainostanukki sukulaisille, että mulla ei oo koskaan ollu asiat näin hyvin." (H3n)

Minulle yllätyksenä tässä tutkimuksessa selvisi, että aineistoon osallistuneet henkilöt olivat varsin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja kohteluun viranomaisten taholta. Useat totesivat tullessa aina joka paikassa hyvin kohdelluiksi ja saaneensa apua niihin asioihin, joihin olivat sitä kaivanneet.

"Kirjoittaja on saanut sairauteensa monenlaista hoitoa ja tukea esimerkiksi sairaalassa, kuntoutuskodissa, avohoidossa, kurssiyksikön kursseilla ja Kulmakartanonkin hän nimeää auttaneeksi tahoksi. Kirjoittaja ei koe, että sairaus olisi vaikuttanut hänen kohteluunsa niissä paikoissa, joissa hän on asioinut. Kirjoittajan mielestä hänen sairautensa ei ole nykyään tabu Suomessa." (K5n)

"Kirjoittajan mielestä mielenterveyspalvelut ovat Kokkolassa hyvät. Hänen sairautensa hellittää usein, kun hän käyttää mielenterveyspalveluita eikä eristäydy yksin olemaan." (K4 m)

Minun on niin kovin vaikea uskoa tähän ”hyvään palveluun ja kohteluun”. Perustan tämän mielipiteeni omiin kokemuksiini työskenneltyäni mielenterveyskuntoutujien ja sosiaalityön parissa. Huomasin jossain vaiheessa mieltäväni miten haastateltavien vastauksiin mahtoi vaikuttaa tieto siitä, että olen toiminut sosiaalityöntekijänä psykiatrialla? Saattaa olla, että niihin vastauksiin, joita he antoivat esimerkiksi palveluiden toimivuudesta, tämä tieto on jotenkin vaikuttanut, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Mielestäni tätä on kuitenkin turha pohtia kovin paljon, koska eettisestä näkökulmasta katsottuna minun oli mielestäni kerrottava tämä työhistoriani. Toisaalta haastateltaville saattoi olla myös luottamusta herättävä tieto se, että minulla on jotakin kokemusta mielenterveyskuntoutujista jo pohjalla olemassa ennen tämän tutkimuksen tekemiseen ryhtymistä. Tämä jää arvoitukseksi, koska en ole keskustellut haastateltavieni kanssa tästä aiheesta.

9 YHTEENVETOA TUTKIMUSHAVAINNOISTA

Tässä luvussa 9 teen yhteenvetoa tekemistäni tutkimushavainnoista. Pyrin sitomaan aineistosta esiin nousseet havainnot niihin tämän tutkimuksen luvussa 4 esittelemiini teoreettisiin näkökulmiin, joiden pohjalta olen aineistoa analysoinut ja tulkinnut. Teoriat, jotka taustajatteluuni ovat vaikuttaneet, liittyvät kokemuksellisuuteen sekä toimijuuteen.

Niemelä (2009) määrittelee, Erik Allardtin hyvinvointiteoriaa mukaillen, inhimillisen toiminnan tasoiksi olemisen (elämisen), tekemisen ja omistamisen. Olemisen taso on syvimiltään kaiken elämän toiminnan perusta, jokapäiväistä elämistä, jota tapahtuu eniten yksityiselämässä ja perheessä. Olemisen tasolla on kyse elämän peruskysymyksistä, jonka ulottuvuuksia ovat fyysis-aineelliset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet sekä niiden toteutuminen. Tekemisen taso on yhteisöllinen taso, jossa ihminen toimii tekemällä työtä, harrastamalla ja osallistumalla organisaatioiden toimintaan. Tekemisen fyysisellä tasolla kysymys on ruumiillisesta toiminnasta, sosiaalisella tasolla sosiaalisten suhteiden luomisesta sekä henkiselä tasolla henkisten arvojen luomisesta. Omistamisen taso on etäimpänä ihmisen konkreettisesta elämisestä, abstraktia toimintaa, jolle on ominaista pääomien kasautuminen. Omistamisen tasossa on kyse eri ulottuvuuksien pääomasta. Aineellis-taloudellisella pääomalla tarkoitetaan konkreettista tavaroiden ja asioiden omistamista, jota symboloi raha. Sosiaalisen ulottuvuuden sosiaalinen pääoma on hyvin erilaista kuin aineellinen pääoma. Sosiaalista pääomaa syntyy sosiaalisella ja yhteiskunnallisella toiminnalla. Sosiaalisen pääoman keskeinen elementti on luottamus eli luottamuspääoma. Sosiaalista pääomaa omaavalla henkilöllä on runsaasti sosiaalisia verkostoja, he nauttivat suuren joukon luottamusta ja arvostusta. Sosiaalisen pääoman muoto on myös valtaa sekä poliittisten hallintavälineiden ”omistusta”. Kolmas pääoman muoto on henkinen pääoma, jota nimitetään myös kulttuuri- tai sivistyspääomaksi. Tällä tasolla on kyse osaamisilmiöstä, jossa henkinen prosessointi on kiteytynyt tiedoksi. Henkistä pääomaa omaavalla ihmisellä on keskimääräistä enemmän mahdollisuuksia elämässään. (Niemelä 2009, 214 – 223.)

Inhimillisen toiminnan taso	Inhimillisen toiminnan ulottuvuudet		
3. Omistaminen/ Pääoma (having) Hyvinvointi resurs- sina (”well- having”/welfare)	Aineellinen (taloudellinen) aineellinen varmuus	Sosiaalinen (poliittinen) sosiaalinen varmuus	Henkinen (sivistykselli- nen) henkinen varmuus
2. Tekeminen/ Työ (doing) Hyvinvointi osallisuutena (well-doing)	Fyysinen tuotantotyö fyysinen itsensä toteu- tus ja osallisuus	Sosiaalinen palvelutyö sosiaalinen itsensä toteu- tus ja osalli- suus	Henkinen tietotyö henkinen itsensä toteu- tus ja osalli- suus
1. Oleminen/ ”Luonto (being) Hyvinvointi tarpeen tydyttymisenä (well-being)	Olemassa- oleminen fyysisesti hyvä olo	Yhdessä oleminen suhteissa hyvä olo	Itsenäisenä oleminen itsenä hyvä olo
TOIMINNALLISUUS JA HYVINVOINTI			

KUVIO 3: Inhimillisen toiminnan tasot ja ulottuvuudet – toiminnallisuuden teoria ja siihen perustuva hyvinvointikäsite. (Niemelä 2009, 218.)

Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että ihmisen sairastuttua mielenterveyshäiriöön hänen toiminnallisuudessaan tapahtuu muutoksia kaikilla inhimillisen toiminnan tasoilla ja ulottuvuuksilla. Ensimmäisellä, olemisen tasolla, sairastuminen vaikeutti sekä aineellisella, sosiaalisella että henkisellä ulottuvuudella toimintaa. Koska ihminen on kokonaisuus, mielenterveyshäiriö vaikutti tutkimukseen osallistuneiden mukaan myös fyysiseen oloon. Aineiston osallistujat kertoivat kuinka heille tuli somaattisia oireita: sydämen tykytystä, erilaisia kipuja sekä hengenahdistusta. Sosiaalisella ulottuvuudella ihmssuhteiden solmiminen ja olemassa olevien suhteiden ylläpitäminen vaikeutui. Henkisellä ulottuvuudella muutokset olivat ymmärrettävästi suuria, itsenä oleminen ei tuntunut hyvältä ja omaa identiteettiä oli rakennettava uudelleen.

Toisella, tekemisen tasolla, fyysinen itsensä toteutus ei enää onnistunut. Tutkimukseen osallistuneiden mukaan he eivät enää saaneet tehtyä asioita kuten ennen, väsymys ja kes-

kittymättömyys vaikeuttivat tekemisen aloittamista. Varsinkin masennukseen sairastuneilla oli valtava väsymyksen tunne, he saattoivat sairastumisen alkuvaiheessa viettää suurimman osan vuorokaudesta nukkumalla tai makaamalla vuoteessaan. Sosiaalisella ja henkisellä ulottuvuudella toimintoja vaikeuttivat kyvyttömyys ja haluttomuus vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa sekä itsetunnon aleneminen niin, että usko omiin taitoihin toiminnoista suoriutumisessa väheni.

Kolmannella, omistamisen tasolla, aineellinen, sosiaalinen ja henkinen varmuus vähenivät. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat taloudellisen tilanteen heikkenemisestä työelämästä pois jäämisen johdosta. Sairauspäivärahojen ja myöhemmin työkyvyttömyyseläkkeen pienuus aiheuttaa jatkuvaa priorisointia talouden hallitsemisessa. Sosiaalinen pääoma on mielenterveyskuntoutujilla vähäinen johtuen vuorovaikutustaitojen huonosta hallinnasta. Henkinen pääoma sairastuessa vähenee esimerkiksi keskittymättömyyden vuoksi. Mielenterveyshäiriöt ja niihin käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa myös ongelmia aivojen muistia säätelevillä alueilla, joten nämä asiat vaikeuttavat henkisen pääoman ylläpitämistä ja kasvattamista.

Marjo Romakkaniemi (2010) päätyy omassa tutkimuksessaan täysin samanlaisiin johtopäätöksiin. Hän toteaa, että masennuksessa osaamisen ja kykenemisen modaliteetit eivät olleet enää niin kokonaisvaltaisesti ihmisten käytettävissä kuin ennen masennukseen sairastumista ne olivat olleet. Romakkaniemi näkee, että masennukseen sairastuminen aiheuttaa tilanteen, jossa ihminen ei saa osaamistaan käyttöön masennuksen vuoksi. Romakkaniemen haastattelemat henkilöt olivat kuvanneet, että eivät kyenneet sairastumisen jälkeen enää samaan kuin aiemmin, eivät selvinneet työtehtävistään kuten ennen eivätkä suoriutuneet myöskään arjen rutiineista. Haastateltavat toivat esiin, että kuntoutumisen prosessissa he oppivat taidon kuunnella itseään ja säätelemään tekemisiään jaksamisen kannalta oikeassa suhteessa. (Romakkaniemi 2010, 142 – 143.)

Lauri Rauhalan (2005) mukaan tajunnan sisällöt eli merkitykset jaetaan käsitteisiin henkisen ja psyykkisen. Henkiseen liittyvät tietäminen, käsitteiden muodostus, ajattelu, itsetiedostus, arvojen asettaminen, eettisyys ja kyky vastuullisuuteen, kapasiteetti pyhyiden sekä kauneuden kokemiseen ja merkitysten intersubjektiiivisuus. Psyykkisellä tarkoitetaan alemmaa tasoa, jossa ei pystytä reflektioon, ei käsitteellisyyteen eikä intersubjektiiivisuuteen vaan kokemukset tällä tasolla ovat ensisijaisesti pyyteitä, haluja, tunnevireitä, kuten mieli-

hyvää, pelkoja ja ahdistuneisuutta. Erottelu henkisen ja psyykkisen välillä on tarpeen osoittamaan, että kaikki kokemukset ihmisen subjektiivisessa maailmankuvassa eivät ole loogisesti tasavertaisia todellisuuden jäsentämisessä eivätkä yhtä vaikutusvaltaisia ihmisen oman elämän ohjannassa. Tajunnassa tärkeä käsite on myös intentionaalisuus eli tarkoituksellisuus. Tietoiset henkiset merkitykset ovat lähes aina intentionaalisia, jolloin koettuun merkitykseen liittyy tiedostus siitä mikä on sen tarkoite, jota merkitys kokemustasolla edustaa. (Rauhala 2005, 33 – 34.)

Tähän tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien tarinoista tulkitseen, että sairastumisen jälkeen sekä henkisen että psyykkisen tajunnan tason sisällöt muuttuivat. Aineiston osallistujat kertoivat kuinka sairastumisen jälkeen on ollut vaikea nauttia esimerkiksi visuaalisuudesta, kauneudesta ja ylipäättään asioista, joista ennen sairastumista oli kyky nauttia. Henkisen tajunnan tasoon liittyy kyky vastuullisuuteen. Tästä tutkimuksen mielenterveyskuntoutujat kertoivat, että kyky ottaa vastuuta aleni sairastumisen jälkeen, mutta kuntoutumisen jälkeen vastuunottokyky palautui sille tasolle, joka se oli ollut ennen sairastumista. Psyykkisen tajunnan tason sisällöissä suurimmat muutokset olivat tunneviereiden kokemuksissa. Aineiston osallistujat kertoivat olleensa sairauden alkuvaiheessa apaattisia, kyvyttömiä tuntemaan mielihyvää tai muita positiivisia tunteita. Varsinkin tämä tuli esiin niiden mielenterveyskuntoutujien kertomuksissa, jotka olivat sairastuneet masennukseen.

Sulkunen ja Törrönen (1997) pohtivat miksi pragmaattisen modaalisuuden peruslajeina pidetään vain osaamista, tahtomista ja haluamista, kykyä ja täytymistä. Peruslajeihin ei sisälly esimerkiksi tunteita kuvaavia ilmauksia kuten vihata, rakastaa, pelätä, toivoa tai uskaltaa. Sulkunen ja Törrönen toteavat, että lopullista ja täydellistä modaalisuuden lajien luokitusta on ehkä mahdoton tehdä. Greimas oppilaineen on kehitellyt teoriaa tunteiden semiotiikasta ja tullut johtopäätökseen, jonka mukaan tietyt tunteet ovat modaalisten määreiden ketjuuntumisen tulosta. Ketjuuntumisensa kautta modaalirakenteet saattavat tuottaa arvoja ja niihin kiinnittyviä tunteita riippumatta siitä millaisia objekteja modalisoinnit koskevat. Esimerkiksi ahneus on pakottavaa haluamista. (Sulkunen & Törrönen 1997a, 91.)

Mielestäni mielenterveyskuntoutujien kyky tunnistaa modaalisuuden, tekemisen tai olemisen tapaa, heikkenee psyykkisen sairastumisen myötä. Tuossa edellä jo kerroin miten tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutujat kertoivat varsinkin positiivisten tuntei-

den kokemisen vaikeudesta sairastuttuaan psyykkisesti. Yhtä kaikki esiin tuli myös negatiivisten tunteiden sekä modaalisuuden peruslajien osaamisen, tahtomisen, kyvykkyyden ja täytymisen taitojen heikkenemistä. Joissakin kirjeissä ja haastatteluissa tuli esiin, että sairastumisen jälkeen kaikkalainen toiminta ja sellaisten taitojen käyttäminen, jotka olivat olleet olemassa ennen sairastumista, laantuivat minimiin. Kertomuksista tulkitsin, että ihmisen sairastuessa psyykkisesti hän kokonaisvaltaisesti kaikissa olemuspuolissaan (vrt. Rauhala 2005) ikään kuin lamaantuu. Tässä tutkimuksessa haastatellut ja kirjeitä kirjoittaneet mielenterveyskuntoutujat ovat niin sanotusti ”pitkän linjan” kuntoutujia. Heidän tarinoistaan ilmenee, että samalle tasolle kyvyissään kokea asioita kuin ennen sairastumista he eivät enää yllä. Sama asia tuli esiin myös tekemisen tason suhteen, aivan samalle aktiivisuuden tasolle he eivät pääse kuin mikä se oli ennen sairastumista.

Giddens (1984) väittää aikaisemman sosiologisen tutkimuksen erään puutteen olleen se, että siitä puuttui toiminnan teoria. Tämä on keskeinen puute, koska toiminnan teorian puuttuessa sosiologiselta tutkimukselta puuttui käsitys ainakin osittain toimintansa ehdoista tietoisesti yhteiskunnallisen toimijan suorittamasta ja refleктоivasti tarkkailemasta käyttäytymisestä. Giddensin mukaan toiminnan refleктоiva tarkkaileminen sekä käyttää hyväkseen yhteiskunnan institutionaalista järjestystä että myös uusintaa sitä. Käsitys inhimillisenä toimijana toimimisesta edellyttää loogisesti käsitystä, jonka mukaan valta on muuntumista aikaansaava kyky: toimintaa on olemassa vain, jos toimijalla on kykyä puuttua tai olla puuttumatta ulkoisen maailman tapahtumaan sen kulkuun vaikuttaen. Samat näkökohdat, jotka koskevat toimijana toimimisen teoriaa yleensä, koskevat myös valtaa: valta on käytettävissä oleva voimavara, jota toimijat vuorovaikutuksessaan hyödyntävät ja se on suhteutettava yhteiskunnan rakenteellisiin piirteisiin. (Giddens 1984, 375 – 380.)

Mielestäni Giddens kiteyttää tuossa edellisessä kappaleessa hyvin mielenterveyskuntoutujan aseman yhteiskunnassa, suomalaisessakin yhteiskunnassa. Tässä tutkimuksessa olen edellä esittänyt kuinka laajoja vaikutuksia psyykkisellä sairaudella on ihmisen toimintakykyyn ja elämänhallintaan. Mielenterveyskuntoutujien, tässäkin tutkimuksessa haastateltujen, arkea hankaloittaa esimerkiksi vuorovaikutustaitojen puute. Giddens sanoo, että inhimillisenä toimijana toimiminen edellyttää toimijan kykyä puuttua tai olla puuttumatta ulkoisen maailman tapahtumaan sen kulkuun vaikuttaen. Kun ihminen on psyykkisesti sairas, ei hänellä tällaista kykyä ole. Toisin sanoen mielenterveyskuntoutujilla ei ole käytettävissään valtaa, jota he voisivat vuorovaikutuksessaan hyödyntää ja sitä kautta vaikuttaa

esimerkiksi yhteiskunnan rakenteiden ja toimintajärjestelmien puutteisiin. Vallan puute estää mielenterveyskuntoutujia toteuttamasta täysipainoisesti elämänpolitiikkaansa (vrt. Giddens 1991). Sitä varten mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat ”asianajajia”, esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä, jotka pitävät julkisessa yhteiskunnallisessa keskustelussa esillä mielenterveyskuntoutujien tarpeita ja toiveita.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksen viimeisessä luvussa 10 teen johtopäätöksiä tutkimustuloksista sekä koko tämän tutkimusprosessin onnistumisesta. Aloitan tutkimustulosten yhteenvedolla luvussa 10.1. Tässä samassa luvussa arvioin myös omaa oppimistani ja kokemuksiani tutkimuksen tekemisestä. Luvussa 10.2 pohdin sosiaalityön paikkaa mielenterveystyössä. Lopulta luvussa 10.3 arvioin tämän tutkimuksen merkitystä.

10.1 Tutkimustulosten ja tutkijan kokemusten yhteenvedoa

Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että mielenterveyskuntoutujien kokemukset sairauden vaikutuksista arkeen ovat laaja-alaisia ulottuen lähes kaikille elämän osa-alueille. Tutkimustehtävänä oli vastata kahteen kysymykseen, joista ensimmäisessä kysyttiin miten mielenterveyskuntoutuja kokee arkensa psyykkisen sairauden kanssa? Aineistoon osallistuneiden vastauksista voi tulkita, että he kokevat arkensa hankaloituneen sosiaalisten suhteiden, vuorovaikutustaitojen, taloudellisen tilanteen sekä yleisen toimintakyvyn suhteen. Esimerkiksi keskittymiskyvyn heikkeneminen, väsymys ja tunne-elämän latistuminen vaikuttavat toimintakykyyn.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli miten mielenterveyshäiriö vaikuttaa ihmisen toimijuuteen? Aineiston perusteella voi sanoa, että yhteiskunnallinen osallisuus vähentyi sairastumisen jälkeen. Esimerkiksi kokoaikaiseen työelämään ei tämän tutkimuksen osallistujista kyennyt enää kukaan sairastumisen jälkeen. Myös harrastuselämään osallistuminen väheni sairastumisen jälkeen. Ystävyys-suhteet muuttuivat, osa entisistä, ennen sairastumista olleista, ystävyys-suhteista katkesi, mutta toisaalta vertaistukiryhmistä löytyi uusia ystäviä.

Muina havaintoina tämän tutkimuksen aineistosta nousivat osallistujien tyytyväisyys saamiinsa palveluihin, vertaistuen ja kuntoutuksen merkityksen korostuminen ensisijaisina arjesta selviämässä, elämänarvojen muuttuminen sairastumisen jälkeen sekä tyytyväisyys tämän hetkiseen elämäntilanteeseen. Tutkijaa varsinkin viimeainittu havainto jonkin verran yllätti, ennako-oletuksena oli, että mielenterveyskuntoutajat kokisivat elämänsä vähemmän tyydyttäväksi. Edes taloudellisten asioiden kanssa kamppailua aineiston osallistujat eivät kokeneet elämänlaatua niin suuresti heikentäväksi seikaksi.

Minulle tutkijana tämän tutkimuksen tekeminen oli opettavainen kokemus. Parasta antia prosessissa oli mielestäni aineiston kerääminen ja sen analysointi. Haastattelutilanteet onnistuivat mielestäni hyvin. Haastateltavat henkilöt olivat ihania ihmisiä, joiden kanssa onnistuimme luomaan luottavaisen ja avoimen ilmapiirin. Vuorovaikutus toimi hyvin. Aineiston analyysivaihe oli varsin työläs, mutta mielenkiintoinen.

Pyrin analyysi- ja raportointivaiheissa kiinnittämään erityistä huomiota tutkimuseettisiin kysymyksiin. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä oli vähän ja pohdin onko vaarana, että he olisivat tunnistettavissa tutkimuksestani. Toisaalta hämmennystä minulle aiheutti se, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät itse olleet lainkaan huolissaan anonymiteettinsä menettämisestä. Päinvastoin, he ilmoittivat minulle, että eivät koe ongelmallisena sellaista tilannetta, jossa tulisivat tunnistetuiksi tutkimuksestani. Pohdin tätä eettistä ristiriitaa ja tulin siihen tulokseen, että aineistoon osallistuneet ihmiset ovat rohkeita. Heille on todella tärkeää se, että heidän kokemuksistaan ollaan kiinnostuneita ja että mielenterveyskuntoutujien elämästä tehdään tutkimusta. Tämä oli mielestäni hyvin liikuttavaa ja koin tekeväni tärkeää työtä ottaessani selvää tästä ilmiöstä.

Kokemisen tutkiminen on monimutkainen asia. Strukturaalisen semantiikan oppi-isän A.J. Greimasin (1980) mukaan vuorovaikutuksessa sanomien analyysin ongelmaksi muodostuu se, miten analysoija voi konstruoida sanoman oman semanttisen syntaksinsa eli toisin sanoen ilmaisun merkitysten muotojen kautta. Sanoman antajan merkitykset saattavat olla varsin erilaiset kuin sanoman vastaanottajan. Me olemme kuitenkin suljettuja omaan semanttiseen universumiimme ja meidän on tiedostettava se maailmankuva, joka sisältyy siihen samalla kertaa sekä merkityksenä että tämän merkityksen edellytyksenä. Semanttinen syntaksi on immanenttia eli läsnä olevaa kielellistä toimintaa ja selittämällä sitä vähitellen pystymme rajaamaan sisällön kuvauksen mallit, mikäli sisältö on tarkoitettu maailmaa koskeväksi ilmaukseksi tai kertomukseksi ulkoisen tai sisäisen maailman tapahtumista. (Greimas 1980, 137 – 138.)

En voi olla varma olenko tavoittanut tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden kokemusmaailmasta sitä olennaista, mitä he ovat halunneet minulle kertoa. Se kokemus, jonka itse sain haastattelutilanteissa ja kirjeitä lukiessa, on kuitenkin tuntunut lisänneen ymmärrystäni. Mielestäni olen päässyt ainakin lähemmäksi mielenterveyskuntoutujien arjen maailmaa kuin mikä ymmärrykseni heidän maailmastaan oli ennen tämän tutkimuksen tekemistä. Se

on ollut vaikuttava kokemus ja havainto. Toivottavasti olen osannut kuvata sen tässä raportissa niin ymmärrettävästi, että tutkimukseen osallistuneiden kokemukset avautuvat myös tämän tutkimuksen lukijoille. Oma mielipiteeni on, että jossakin määrin olen tässä tehtävässä onnistunut.

10.2 Sosiaalityön paikka mielenterveystyössä

Sosiaalihuollon yleinen auttamistehtävä näyttää vain laajentuvan. Tämä kiihtyvävauhtinen, ankaran rationaalinen maailmamme on ehkä ”uljas, uusi maailma”, mutta se on myös epäinhimillinen ja pelottava maailma. Tarvitsemme yhä kipeämmin yksilökohtaisen huollon tarjoamia palveluksia, jotta pysyisimme kaikki tässä himoitsemassamme kasvukehityksessä mukana. (Kuusi 1961, 295.) Näin kirjoitti suomalainen sosiaalipoliitikan tutkija ja uudistaja Pekka Kuusi jo viisikymmentä vuotta sitten vuonna 1961.

Tänä päivänä nuo ajatukset eivät ole lainkaan vanhentuneet, päinvastoin, maailma on entistä kiiivaammalla tempolla kehittyvä ja sen vauhdissa mukana pysyminen on ihmisille vielä aiempaa haastavampaa. Sosiaalihuollon tehtävät eivät tule tulevaisuudessa ainakaan vähentymään mikäli kehitys jatkuu samansuuntaisena. Tämä valtaviin vaatimusten ja kiihkeän kehityksen maailma tulee olemaan aina vain suuremmalle määrälle ihmisiä liian vaativa, joten odotettavissa on edelleen myös mielenterveysongelmien lisääntyminen. Mielestäni Pekka Kuusta voidaan nykynäkökulmasta katsottuna pitää kauaskatseisena sosiaalipoliitikona ja tutkijana.

Sosiaalihuollon toimintaperiaatteiden mukaisen lähtökohdan ja perustan muodostaa yksilön vastuu omasta toimeentulostaan. Sosiaalihuolto työskentelee oman toimintansa tarpeettomaksi saattamiseksi. Nämä toimintaperiaatteet voidaan kiteyttää lähinnä neljään periaatteeseen, joiden mukaan sosiaalihuolto on luonteeltaan yksilöllistä, tarpeenmukaista, tilapäistä ja ehkäisevää. (Kuusi 1961, 296 – 297.) Mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävän sosiaalityön periaatteet ovat nuo edellä mainitut neljä periaatetta, jotka Kuusi esitteli jo 1960-luvun alussa. Myös tänä päivänä sosiaalityön päämääränä on tehdä itsensä tarpeettomaksi eri asiakasryhmien elämässä. Toimenpiteitä pyritään tekemään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta apu erilaisiin arjen ongelmiin saataisiin asiakkaille annettua oikea-aikaisesti ja asiakkuus olisi vain tilapäistä, ongelmat eivät kasautuisi eikä avuntarve muodostuisi jatkuvaksi.

Marjatta Eskola (2003) pohtii sosiaalityön professionalistumista ja merkitystä teoksessa Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Hän toteaa, että sosiaalityön ammatillistuminen on toki työn kehityksen kannalta tärkeää, mutta vaarana on, että pyrittäessä työsuorituksen täydelliseen muodon hallintaan, muoto voi syrjäyttää sisällön. Professionalistumisen varjo liittyy työn vaatiman toimimisen tarpeen ja menettelytapojen väliseen suhteeseen. Sosiaalityö lähtee tarpeen havaitsemisesta, mutta tulkinnalla on sosiaalityössä ratkaiseva merkitys. Ratkaisevaa on, kuka näkee ja tulkitsee avun tarpeen sekä määrittelee toimimisen muodon ja menetelmät. Sosiaalityössä menettelytapa merkitsee sitä, että työntekijä ohjautuu työssään asiakkaan avun tarpeesta ja tästä käsin valitsee käyttämänsä menetelmän. Tämä valinta on tehtävä aina jokaisessa yksittäisessä tapauksessa uudelleen. (Eskola 2003, 108 – 125.)

Mielenterveyshäiriöiden on tässä tutkimuksessa jo aiemmin todettu olevan sosiaalinen ongelma, joka vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan koko sosiaaliseen verkostoon. Lisäksi psyykkisesti sairastuvan henkilön taloudellinen asema yleensä sairauden pitkittyessä heikkenee ja tämä tuo mukanaan lisäongelmia mielenterveyskuntoutujan arkeen. Sosiaalityö mielenterveystyössä on siis osittain perinteistä, taloudellisen turvan ja etuuksien mahdollistamista mielenterveyskuntoutujille sekä heidän perheilleen, mutta mielestäni se on nähtävissä myös paljon laajemmin.

Niemelä (2009) sanoo, että yhteiskunta luo puitteet ihmisen toiminnalle. Näin ollen ihmisen toiminnallisuuden analyysi on aina ihmisen ja yhteiskunnan välisen suhteen analyysiä. Tekemisen ja omistamisen tasoilla on kyse ihmisen vahvoista kytkennöistä yhteiskuntaan ja olemisenkin perustasolla ihminen toimii yhteiskunnassa. Kaikilla tasoilla ihminen siis toimii suhteessa yhteiskuntaan ja yhteiskunnassa. Sosiaalityön tehtäväksi olemisen tasolla on jäsentynyt tarpeentyydytyksen eri osa-alueet eli selviytymisen (toimeentulon), liittynän ja inhimillisen kasvun turvaaminen. Tekemisen tasolla sosiaalityön funktioita ovat ”tarkoituksen toteuttamisen” eri alueet eli osallistumiseen, osallisuuteen ja itsensä toteuttamiseen aktivoiminen. Inhimillisen toiminnan kolmannella, omistamisen tasolla, sosiaalityön tehtävänä on vähimmäisresurssien turvaaminen sekä asiakkaiden ”valtaannuttaminen” omien etujensa ajajiksi ja täysivaltaisiksi kansalaisiksi. (Niemelä 2009, 231 – 232.)

Mielestäni tässä Niemelän määrittelyssä tuodaan hyvin selkeästi esiin sosiaalityön tehtävät. Aloittelevana sosiaalityöntekijänä on vaikea hahmottaa haastavia ja monimuotoisia sosiaalityön tehtäviä. Inhimillisen toiminnan analyysin pohjalta on helpompi ymmärtää sosiaali-

työn laajaa kenttää ja sen eri osa-alueita. Toiminnallisuuden teoria vaikuttaa olevan hyvin käyttökelpoinen käytännön sosiaalityön teoreettiseksi viitekehyykseksi.

Mielenterveyshäiriöiden näkeminen sosiaalisesta aspektista on tärkeää, koska psyykkisistä ongelmista kuntoutuminen vaatii muutakin kuin lääketieteen tarjoamaa apua ja tukea. Kuntoutusprosessissa on huomioitava mielenterveyskuntoutujan koko sosiaalinen ympäristö. Mielenterveyskuntoutuja ja hänen verkostonsa on kuntoutettava kokonaisvaltaisesti niin, että kuntoutusprosessin päätyttyä kuntoutuja on kykenevä osallistumaan yhteiskunnan eri osa-alueiden toimintaan, ellei aivan täysipainoisesti, niin ainakin suuremmalla panoksella kuin sairastamisen aikana. Tämä on mahdollista, jos mielenterveyskuntoutujan tukena on sekä lääketieteen, terveystieteen että sosiaalityönteorian asiantuntijuus. Mielestäni sosiaalityön osaamista tarvitaan mielenterveystyössä esimerkiksi koordinoimaan eri sektoreiden välistä yhteistyötä ja varmistamaan mielenterveyskuntoutujan elämäntilanteen huomioiminen kokonaisvaltaisesti.

Vuoden 2010 Sosiaalibarometrissa® todetaan, että palvelujärjestelmän heikko kohta on asiakkaan tilanteesta ja tarpeista tehtävän kokonaisarvion puutteellisuus. Palvelut ja toteutetut toimenpiteet eivät ole välttämättä oikeassa suhteessa asiakkaan tarpeisiin eikä näin ollen toimilla ole toivottua vaikutusta asiakkaan tilanteeseen. Lainsäädäntö velvoittaa laatimaan asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelmia, erityisesti silloin, kun tarvitaan usean eri tahon palveluja, mutta tilanne ei näiden suhteen ole edelleenkään hyvä. (Sosiaalibarometri® 2010, 204 – 206.) Asiakassuunnitelmat tulisi tehdä mahdollisimman ”räätälöityinä” niin, että asiakkaan koko elämäntilanne huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Valitettavasti on todettava, että sosiaalityön päämäärät eivät nyky-yhteiskunnassa ole kovinkaan helposti saavutettavissa. Asiakkaan tilanteeseen perehtyminen, suunnitelman laatiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa, asiakkaan motivointi, ohjaus ja neuvonta sekä koko asiakasprosessin läpivieminen ja riittävä jälkiseuranta vievät paljon aikaa. Tämän päivän työelämän vaatimukset ovat kovat, asiakastyön tekemiseen ei ole riittäviä ajallisia eikä henkilöstöresursseja. Minua tämä kehitys huolestuttaa suunnattomasti. Kuinka sosiaalityöntekijät voivat tehdä työtään noudattaen sosiaalityön periaatteita ja eettisiä ohjeita, jos työlle annetut olosuhteet eivät anna siihen mahdollisuutta?

10.3 Arvio tutkimuksen merkityksestä

Leena Huovila (2010) on haastatellut Mielenterveys-lehdessä emeritusprofessori, sosiaalipolitiikan tutkijaa ja kriitikkoa Jorma Sipilää. Sipilä toteaa tuossa haastattelussa, että kaik-

kien maiden, rikkaiden tai köyhien, vahvuus on siinä, millaisia ihmisiä niissä kasvaa ja toimii. Ihmisten toimintakyvyn vahvistamisen pitäisi olla ykkösasia, kaiken politiikan ja talouden harjoittamisen lähtökohta. Osatyökykyisiä ihmisiä kannattaa tukea niin paljon, että työnantajien kannattaa puolestaan ottaa heitä työhön. Sipilän mukaan mielenterveyskuntoutujien ja koko yhteiskunnan eduksi koituisi, jos Suomessa ajateltaisiin kuten Tanskassa: ihmisiä on varaa tukea niin paljon, että heistä tulee yhteiskunnallisia toimijoita ja osallistujia. Sipilä kritisoi suomalaista työpolitiikkaa siitä, että täällä ollaan joko töissä koko-aikaisesti tai sitten ei ollenkaan. Sipilän mielestä monelle ihmiselle viisi tuntia viikossa työtä pitäisi masennusta loitolla, toisi ihmissuhteita, sisältöä elämään ja itseluottamusta. (Huovila 2010, 10 – 12.)

Sipilä on mielestäni erittäin oikeassa näissä väittämissään. Suomalainen hyvinvointiyhteiskuntapolitiikka on tällä hetkellä niin liberalisoitunut, että se on kadottanut suurimman osan niistä ihanteista, joita hyvinvointiyhteiskunnalle asetettiin sen syntymän aikoina. Pyrkimys tasa-arvoisuuteen, universaalisuuteen, on kaukana tämän päivän Suomesta. Eriarvoisuus kasvaa kaiken aikaa, kansa jakautuu pärjääjiin ja putoajiin. On täysin unohdettu se tosiasia, että hyvinvointi tuottaa talouskasvua. Tämän päivän päättäjät ajattelevat asiaa juuri päinvastoin: talouskasvu tuottaa hyvinvointia. Mielestäni on jo nähty, että tämä nykypäättäjien ajatusmalli ei toimi. Siitä on osoituksena esimerkiksi se, että ihmisten työikä on lyhentynyt, koska he eivät jaksakaan työssään ja jäävät entistä useammin sekä nuorempina työkyvyttömyyseläkkeelle. Muita merkkejä Suomen hyvinvointipolitiikan epäonnistumisesta ovat lapsiperheköyhyyden lisääntyminen niin, että viimeisimpien tutkimusten mukaan se on nyt samalla tasolla kuin se oli vuonna 1970 sekä nuorten lisääntynyt psyykinen pahoinvointi. Kuitenkin Suomi tilastojen mukaan on Euroopan johtavia talouskasvumaita. Jokin ei nyt toimi.

Mitä keinoja sosiaalityöllä olisi vastata vaikeimmassa tilanteessa olevien ihmisten palvelujen ja tuen tarpeisiin sekä ehkäistä syrjäytymistä ja lisätä asiakkaiden osallisuutta? Mielestäni yksi varteenotettava keino on palveluohjauksen kehittäminen ja sen käyttöönotto palveluiden koordinoinnissa. Sauli Suominen ja Merja Tuominen (2007) esittelevät Palveluohjaus – portti itsenäiseen elämään – teoksessaan palveluohjauksen periaatteita, viitekehystä ja menetelmää. Palveluohjauksella on monia määritelmiä riippuen siitä mistä näkökulmasta sitä halutaan katsoa. Suominen ja Tuominen mukaan lyhyt määritelmä palveluohjaukselle on, että se perustuu asiakkaan todelliseen kohtaamiseen ja hänen mahdollisim-

man itsenäisen elämänsä tukemiseen. Palveluohjauksen keskeinen sisältö on asiakkaan tarpeiden ja niitä tukevien palveluiden yhteensovittaminen. Palveluohjaus on ikään kuin silta asiakkaan tarpeiden ja palveluntuottajien mahdollisuuksien välillä. Palveluohjauksen työotteita on kolmenlaisia. Varsinainen palveluohjaus perustuu asiakkaan ja palveluohjaajan tiiviiseen suhteeseen, jossa asiakas toimii työn toimeksiantajana ja päämiehenä eikä palveluohjaaja saa eikä voi käyttää viranomaisvaltaa asiakkaaseensa. Palveluohjauksellinen työote tarkoittaa asiakkaan palveluiden varmistamista ja koordinoimista. Kolmas työote on konsultoiva tai neuvova, jossa asiakas saa apua johonkin ajankohtaiseen selvärajaiseen ongelmaan. (Suominen & Tuominen 2007, 13 – 16.)

Palveluohjauksen vaikuttavuudesta tehdyt tutkimukset ovat ristiriitaisia. Joidenkin tutkimusten mukaan palveluohjaus on esimerkiksi lisännyt kustannuksia ja sairaalahoitokertoja, toisten tutkimusten valossa palveluohjaus on vähentänyt asiakkaan sairaalahoidon tarvetta lähes puolella. Suominen ja Tuominen (2007) selittävät tutkimustulosten ristiriitaisuutta tehtyjen tutkimusten lähestymistapojen eroilla. Tutkimuksissa, joissa palveluohjauksen vaikuttavuus on todettu negatiiviseksi, on käytetty niin sanottua todistusvoimaista tutkimusta, jossa tutkimus perustuu tutkimusryhmän ja verrokkiryhmän välisten tulosten vertaamiseen. Näissä tutkimuksissa pääpaino asetetaan mitattavuudelle ja tieteellisyydelle, jolloin sisältöseikat jäävät toissijaisiksi. Palveluohjauksen vaikuttavuudesta myönteisiin tuloksiin päätyneet tutkimukset ovat selkeämmin keskittyneet sisältökysymyksiin kuten palveluohjaajan roolin pohtimiseen ja sen erottamiseen muista sitä lähellä olevista rooleista sekä eettisiin kysymyksiin. (Suominen ym. 2007, 66 – 70.)

Joka tapauksessa palveluohjaustoiminnan voimavaraksi on todettu se, että sitä voidaan tehdä hyvin monen eri asiakasryhmän kanssa. Tämän lisäksi sekä asiakkaat että palveluohjaajat kokevat työn mielekkääksi. Eräs ongelma, jonka vuoksi palveluohjaus ei ole saanut yleistä hyväksyntää Suomessa, on se, että päättäjät kunnissa eivät tunne koko käsitettä eivätkä tiedä palveluohjauksen sisällöistä. Aina silloin, kun asiakas halutaan tehdä näkyväksi, halutaan asiakkaan tulevan kuulluksi ja kun hänen oikeuksiaan puolustetaan, on vaarana, että jäädytään yhtä yksin kuin asiakaskin. (emt., 94.) Minä henkilökohtaisesti olen sen ajatuksen kannalla, että palveluohjausta tulisi hyödyntää kuntien sosiaalitoimen asiakastyössä. Mielestäni se, että asiakkaalla on yksi työntekijä, joka kartoittaa palvelutarpeita ja palvelutarjontaa yhteistyössä asiakkaan sekä palveluntuottajien kanssa, on asiakaslähtöistä sosiaalityötä. Se vähentää asiakkaan ”luukuttamista”, on yksilön ja hänen tilanteensa ko-

konaisvaltaista huomioon ottamista, aitoa moniammatillista yhteistyötä sekä asiakkaan verkostojen todellista hyödyntämistä. Ymmärtääkseni nämä ovat sosiaalityön peruspilareita, joihin asiakkaan kanssa tehtävän työn tulisi pohjautua. Mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävään sosiaalityöhön palveluohjaus soveltuisi mielestäni mainiosti.

Olen tässä tutkimuksessa todennut, että sosiaalityön osaamista tarvitaan mielenterveystyössä esimerkiksi koordinoimaan eri sektoreiden välistä yhteistyötä ja varmistamaan mielenterveyskuntoutujan elämäntilanteen huomioiminen kokonaisvaltaisesti. Sosiaalityön asiantuntijuuden vahvinta osaamisaluetta ovat verkostotyömenetelmien ja vuorovaikutustaitojen hallinta sekä asiakasnäkökulman huomioiminen, joita korostetaan sosiaalialan ammattilaisten koulutuksessa ja sosiaalitiiteen teorioissa. Se, mitä mielestäni vielä tarvitaan mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävän sosiaalityön kehittämiseksi, on mielenterveystyön osaamisen tuominen sosiaalityön kentälle. Tällä tarkoitan sitä, että sosiaalityöntekijöille tulisi tarjota räätälöityjä koulutuspaketteja, joissa he saisivat asiantietoa eri mielenterveystilanteista ja niiden vaikutuksista sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Näin sosiaalityöntekijät saisivat parempia valmiuksia mielenterveyskuntoutujien kohtaamiseen. Esimerkkinä tällaisesta koulutuspaketista voisin mainita Mielenterveyden ensiapukoulutuksen. Tämä koulutus on Suomen Mielenterveysseuran rekisteröimä tavaramerkki. Koulutus vahvistaa mielenterveysosaamista ja opettaa mielenterveyden ensiavun antamisen perusteet. (Suomen mielenterveysseuran internetsivut)

Tutkimusaineiston kirjoitetut tarinat tekivät minuun suuren vaikutuksen. Kirjeiden tarinoissa tuli esiin kirjoittajien elämänhistoriaa ja ajatusmaailmaa, joissakin laajemmin, joissakin niukemmin. Kirjeet herättivät minussa monenlaisia tunteita. Jotkut kirjeistä olivat osittain jopa hauskoja, mutta kaikissa kirjeissä oli mielestäni jollain tavalla surullinen pohjavire. Yritin lukea kirjeitä tulkiten tarinoiden merkityksiä paitsi kirjoitetuista sanoista myös niin sanotusti ”rivien välistä”. Olin aluksi epävarma siitä vähentääkö tuollainen tulkinta tutkimukseni tieteellisyyttä. Mutta jatkettuani kirjeiden analysointia, ymmärsin, että tutkijan on tulkittava aineiston tuottamia merkityksiä kaikilta osin, ei vain kirjoitettujen sanojen suoraan antamia vaan myös tutkijan oman tulkinnan kautta syntyneitä merkityksiä. Kuten Leena Syrjälä (2001, 214.) sen ilmaisee: viime kädessä tutkija luo itse oman narratiivisen metodinsa toisten tutkijoiden viitoittaman tien pohjalta. Tutkija kehittää oman tapansa tarinoiden kirjon tavoittamiseen niin, että hänen tuottamansa teksti houkuttelee lukijaa ja saa aikaan sijaiskokemuksia ja tunteita. Tutkimuksen lukemisen jälkeen parhaimmillaan jotain on toisin kuin aikaisemmin sekä lukijan että tutkijan maailmassa.

Minä en osaa sanoa muuttuuko tämän tutkimuksen lukijoiden maailma, mutta sen voin sanoa varmasti, että tämän tutkimuksen tekijän maailma on erilainen tutkimuksen tekemisen jälkeen kuin ennen sitä. Olen onnellinen, että olen saanut tehdä tämän matkan. Olen tutustunut tämän tutkimuksen aineistoa hankkiessani ja sitä tulkitessani mielenkiintoisiin, upeisiin, ajatuksia herättäviin sekä ajatusmaailmaani muokanneisiin persooniin. Olen kiitollinen, että olen saanut tutustua heihin. Ennen kaikkea haluan esittää nöyrimmän kiitokseni tutkimuksen aineistoon osallistuneille hurmaaville ihmisille. On ollut ilo jakaa kokemuksianne ja tehdä niistä tulkintaa, joka pohjautuu minun tapaan rakentaa tätä sosiaalista todellisuutta. Olen tämän tutkimusprosessin aikana kasvanut sekä ammatillisesti että persoonana taas hivenen ”täydemmäksi”. Tämä taival oli antoisa, se kannatti tehdä. Tätä tekemääni taivalta kuvastaa hyvin alla oleva lainaus lastenkirjasta.

”Se oli hauska ja kiemurteleva tie.

Se teki mutkia ja hypähdyksiä joka suuntaan
ja toisinaan se meni solmuun itsensä kanssa
vain pelkämästä ihastuksesta.

Sellaisella tiellä kulkemiseen ei väsy.

Sellaista tietä tulee luultavasti pikemmin perille
kuin suoraa ja ikävää.”

Tove Janssonin kirjasta Muumipeikko ja pyrstötähti

LÄHTEET

Arki, arvot ja elämä (2005) Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta. Helsinki: Kinestasis Oy/Painotalo Auranen Oy.

Arnkil, Tom Erik. (2009) Miksi verkostoja ja dialogisuutta tarvitaan juuri nyt? Tutkimusprofessori Arnkilin luento Turun ammattikorkeakoulun Salon yksikössä Verkonkutojat – hankkeen seminaarissa marraskuussa 2009. Saatavilla www-muodossa: http://terveysprojektit.turkuamk.fi/EE/seminaarit/19112009/verkostot_dialogisuus_Arnkil_19112009.pdf. Viitattu 4.3.2011.

Beresford, Peter & Markku, Salo. (2008) Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palvelujen käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.

Brown, Hilary & Barret, Sheila. (2008) Practice with service-users, carers and their communities. Teoksessa The critical practitioner in social work and health care. Fraser Sandy & Matthews Sarah (ed.). London: SAGE.

Eläketurvakeskus, tilastot. (2009) Saatavilla www-muodossa: <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=43417&Item=64842>. Viitattu 4.9.2010.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha. (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, Marjatta. (2003) Aina voi tehdä toisin. Asiakkaan avun tarpeen ja menettelytavan suhteesta muodostuu sosiaalityön laadun mitta. Teoksessa Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Toimittaneet Merja Laitinen & Anneli Pohjola. Juva: WS Bookwell Oy.

Eurobarometri 54.2. (2001) Attitudes of Europeans to Disability. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_149_en.pdf. Saatavilla www-muodossa: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_special_160_140_en.htm. Viitattu 26.10.2010.

Euroopan Komission internetsivusto Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen teemavuodesta. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.2010againstopoverty.eu/about/?langid=fi)

<http://www.2010againstopoverty.eu/about/?langid=fi>. Viitattu 30.11.2010.

Fook, Jan. (2002) *Social Work. Critical Theory and Practice*. Athenaeum Press Ltd., Gateshead UK.

Fraser, Sandy & Matthews, Sarah (ed.) (2008) *The Critical Practitioner in Social Work and Health Care*. London: SAGE.

Gambrill, Eileen D. (2006) *Social work practice: a critical thinkers' guide*. 2. painos. New York: Oxford University Press.

Giddens, Anthony. (1984) *Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissa*. Alkuperäisteoksesta (1979) *Central Problems in Social Theory. Action, Structure and Contradiction in Social Analysis* suomentaneet Pasi Andersson ja Ilkka Heiskanen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Giddens, Anthony. (1991) *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

Greimas, Algirdas Julien. (1980) *Strukturaalista semantiikkaa*. Suomentanut Eero Tarasti. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. (2005) *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Huovila, Leena. (2010) *Syrjäyttävä Suomi*. Suomen Mielenterveysseuran julkaisema Mielenterveyslehti. 49.vuosikerta. 6/2010. Sivut 10 – 12.

Hänninen, Vilma. (1999) *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis.

Immonen Tuula, Kiikkala Irma & Ahonen Juha (toim.). (2003) Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:8.

Jokilaaksojen yhteistoiminta-alue JYTA:n internetsivut.
<http://www.jyta.fi/index.php?sivu=perustietoa-jytasta>. Luettu 19.10.2010.

Jokinen, Eeva (2005) Aikuisten arki. Gaudeamus Kirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Juhila, Kirsi. (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Karvonen, Sakari (2008) Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2008. Toimittaneet Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä. Stakes, Helsinki. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kelan sairausvakuutusilasto 2009 Saatavilla www-muodossa:
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_09_pdf/\\$File/Sava_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_09_pdf/$File/Sava_09.pdf?OpenElement). Viitattu 30.11.2010.

Kelan vammaisetuustilasto 2009, painettu versio. Toimittanut Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, Reeta Pösö. Julkaistu 15.9.2010.

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry:n internetsivut.
<http://www.kpspy.fi/index.html>. Viitattu 4.4.2010.

Kiuru – Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän internetsivut.

<http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=560&d=keski/sairaalapalvelut/kehitysvamahuolto.htm#kehityspoliklinikka>. Viitattu 22.3.2011.

Kiuru – Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän internetsivut.

<http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=570&d=keski/sairaalapalvelut/psykiatriasosiaalityo.htm>. Viitattu 22.3.2011.

Koskisuus, Jari & Kulola, Tarja. (2005) Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuusi, Pekka. (1961) 60-luvun sosiaalipolitiikkaa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu- ja 6. Porvoo: WSOY.

Laine, Timo. (2007) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Toimittaneet Juhani Aaltola & Raine Valli. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Laitinen, Merja & Uusitalo, Tuula. (2008) Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Narratiivikirja: menetelmiä ja esimerkkejä. Toimittaneet Raimo Kaasila, Raimo Rajala, & Kari E. Nurmi. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.

Liukko, Eeva. (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCA:n ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006. Saatavilla www-muodossa: http://www.socca.fi/files/78/Kuntouttavaa_sosiaalityota_paikantamassa.pdf. Viitattu 17.9.2010.

Lyons, Karen, Manion, Kathleen & Carlsen, Mary. (2006) International perspectives on social work: global conditions and local practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan, cop.

Lönnqvist, Jouni, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) (2006) Psykiatria. 2. – 4. painos. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Metsämuuronen, Jari. (2000) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. Viro: Jaabes Oy.

Mielenterveysbarometri 2010 yhteenveto. Saatavilla www-muodossa: <http://www.mtkl.fi/@Bin/872766/Yhteenveto%20Mielenterveysbarometri%202010.pdf>. Viitattu 6.11.2010.

Mäntysaari, Mikko, Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja. (2009) Johdanto. Teoksessa *Sosiaalityö ja teoria*. Toimittaneet Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Niemelä Pauli. (2009) Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa *Sosiaalityö ja teoria*. Toimittaneet Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy.

Perttula, Juha. (2008) Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. 3. painos. Toimittaneet Juha Perttula & Timo Latomaa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Pohjola, Anneli. (2006) Pahan säikeitä auttamistyössä. Teoksessa *Pahan kosketus. Ihmissyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. 2. täydennetty painos. Toimittaneet Merja Laitinen & Johanna Hurtig. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Rauhala, Lauri. (2005) Ihminen kulttuurissa – kulttuuri ihmisessä. Helsinki: Yliopistopaino.

Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina. (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Toimittaneet Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Riikonen, Eero. (2008) Mielenterveysongelmat. Teoksessa *Kuntoutus*. 2. uudistettu painos. Toimittaneet Paavo Rissanen, Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Robson, Colin. (2002) *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Second edition. Oxford: Blackwell Publishing.

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

Ronby, Alf (1986) Sosiaalityön perustelut. Ruotsalaisesta alkuteoksesta Socialarbetets förklaringsmodeller suomentanut Leena Eräsaari. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa. (2005b) Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toimittaneet Johanna Ruusuvuori, Liisa Tiittula & Tarja Aaltonen. Tampere: Vastapaino.

Saaristo, Kimmo & Jokinen, Kimmo. (2004) Sosiologia. Helsinki: WSOY.

Sapey, Bob. (2004) Practice for What? The Use of Evidence in Social Work with Disabled People. Teoksessa Social Work and Evidence-Based Practice. Toimittanut David Smith. Gateshead UK: Athenaeum Press Ltd.

Sosiaalibarometri® 2010. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Vaasa: Paino FRAM.

Sulkunen, Pekka. (1997) Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat. Teoksessa Semioottisen sosiologian näkökulmia: sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Toimittaneet Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen. Gaudeamus Helsinki. Tampere: Tammer-Paino.

Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka. (1997a) Arvot ja modalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa. Teoksessa Semioottisen sosiologian näkökulmia: sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Toimittaneet Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen. Gaudeamus Helsinki. Tampere: Tammer-Paino.

Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka. (1997b) Puhujakuva: enonsiaation rakenteet. Teoksessa Semioottisen sosiologian näkökulmia: sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Toimittaneet Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen. Gaudeamus Helsinki. Tampere: Tammer-Paino.

Suomen mielenterveysseuran internetsivut. Saatavilla [www-muodossa: http://www.mielenterveysseura.fi/koulutus/mielenterveyden_ensiapu](http://www.mielenterveysseura.fi/koulutus/mielenterveyden_ensiapu). Viitattu 18.1.2011.

Suominen, Sauli & Tuominen, Merja. (2007) *Palveluohjaus – portti itsenäiseen elämään*. Profami Oy ©. Helsinki: Picaset Oy.

Syrjälä, Leena. (2001) *Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa*. Teoksessa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Toimittaneet Juhani Aaltola & Raine Valli. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tiittula, Liisa & Ruusuvuori, Johanna. (2005a) *Johdanto*. Teoksessa *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Toimittaneet Johanna Ruusuvuori, Liisa Tiittula & Tarja Aaltonen. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. (2006) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 4.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Witkin, Stanley. (2003) *Päämääränä hyvän tekeminen*. Teoksessa *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. Toimittaneet Merja Laitinen & Anneli Pohjola. Juva: WS Bookwell Oy.

Yrjönsuuri, Mikko. (2008) *Onnellisuuden edellytyksiä*. Teoksessa *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Toimittaneet Petteri Niemi & Tuija Kotiranta. Gaudeamus Helsinki University Press Oy. Tampere: Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

LIITE 1

PRO GRADU TUTKIELMA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖSTÄ SOSIAALISENA ONGELMANA

Minua kiinnostaa mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävä sosiaalityö. Pro gradu – tutkielmani olen ajatellut tehdä aiheesta Mielenterveyden häiriö sosiaalisena ongelmana. Minua kiinnostaa tietää miten mielenterveyden häiriö vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen elämään, tavalliseen arkeen? Miten se vaikuttaa kouluttautumiseen tai työllistymiseen? Entä mikä vaikutus sairastumisella on ollut ihmissuhteisiin, perheeseen, parisuhteeseen tai ystävyys- ja sukulaisuussuhteisiin? Vaikuttaako mielenterveyden häiriö palveluiden saantiin ja jos vaikuttaa, niin miten? Mielestäni on tärkeää kysyä mielenterveyskuntoutujilta itseltään millaisia kokemuksia heillä on elämästä sairauden varjossa. Mielenterveyskuntoutujat ovat itse parhaita asiantuntijoita kertomaan kokemuksistaan sekä siitä millaisia palveluja he tarvitsevat, onko palveluja saatavilla ja millaista palvelua he ovat saaneet, silloin kun ovat saaneet. Olen kiinnostunut siitä millaista kohtelua mielenterveyskuntoutujat tässä maassa saavat eri paikoissa, joissa he asioivat. Vaikuttaako sairaus kohteluun?

KIRJOITUSTEN TEEMOISTA

Toivoisin teidän kirjoittavan minulle tarinoita omasta elämästänne. Taustatiedoiksi toivoisin saavani seuraavat asiat:

- sukupuoli
- ikä
- siviilisääty: naimaton, naimisissa, eronnut, leski
- koulutus ja työhistoria
- onko sinulla lapsia? Jos on, niin minkä ikäisiä?
- kauanko olet sairastanut?
- mikä diagnoosi sinulla on?
- oletko saanut mielenterveyden ongelmaasi hoitoa? Millaista?

Muuten en halua määritellä kirjoituksia. Toivon saavani kirjoituksistanne tietoa teidän kokemuksistanne kaikilta elämän alueilta. Miten olette kokeneet elämänne sairauden kanssa? Millaista hankaluutta sairaus on teille aiheuttanut elämässänne?

Kirjoitusten pituutta ei myöskään säädellä. Voitte kirjoittaa joko käsin tai koneella. Jos kirjoitatte käsin, toivon, että kirjoitatte selvällä käsialalla.

Kirjoitukset voitte palauttaa Kulmakartanoon Eevalle toukokuun 2010 loppuun mennessä. Toivon, että kiinnostutte ja saan runsaasti tarinoita tutkimukseni aineistoksi!

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS KESKI-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRISALLE YHDISTYKSELLE PRO GRADU – TUTKIELMAN TEKEMISEKSI KULMAKARTANOSSA

TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Minua kiinnostaa mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävä sosiaalityö. Pro gradu – tutkielmani olen ajatellut tehdä aiheesta Mielenterveyden häiriö sosiaalisena ongelmana. Minua kiinnostaa tietää miten mielenterveyden häiriö vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen elämään, tavalliseen arkeen? Miten se vaikuttaa kouluttautumiseen tai työllistymiseen? Entä mikä vaikutus sairastumisella on ollut ihmissuhteisiin, perheeseen, parisuhteeseen tai ystävyys- ja sukulaisuussuhteisiin? Vaikuttaako mielenterveyden häiriö palveluiden saantiin ja jos vaikuttaa, niin miten? Mielestäni on tärkeää kysyä mielenterveyskuntoutujilta itseltään millaisia kokemuksia heillä on elämästä sairauden varjossa. Mielenterveyskuntoutajat ovat itse parhaita asiantuntijoita kertomaan kokemuksistaan sekä siitä millaisia palveluja he tarvitsevat, onko palveluja saatavilla ja millaista palvelua he ovat saaneet, silloin kun ovat saaneet.

Olen kiinnostunut siitä millaista kohtelua mielenterveyskuntoutajat tässä maassa saavat eri paikoissa, joissa he asioivat. Vaikuttaako sairaus kohteluun? Suomessa sosiaalityön kentällä on melko vähän tutkittua tietoa mielenterveyden häiriöistä ja sosiaalityöstä mielenterveyden kentällä. Tämä on yksi syy miksi aiheesta on mielestäni syytä tutkia.

TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

Tutkimuksen aineisto on tarkoitus kerätä Kulmakartanon kävijöiltä. Olen käynyt esittelemässä Kulmakartanon yhteisökokouksessa graduideaani 4.3.2010. Pyysin mielenterveyskuntoutujia kirjoittamaan minulle tarinoita elämästään, heidän kokemuksistaan arjessa sairauden varjossa sekä siitä millaisia hankaluuksia sairaus on heidän elämäänsä aiheuttanut.

Kulmakartanon kävijät tuntuivat innostuvan tutkimuksesta. Osa heistä toi esille, että haluaisivat mieluummin minun haastattelevan heitä, mutta osa oli valmiita tuottamaan tarinoita kirjoittamalla.

LIITE 2/2

Sovimme, että Kulmakartanon kävijät miettivät kuinka haluavat tutkimukseen osallistua ja ilmoittavat päätöksensä maaliskuun 2010 loppuun mennessä. Olen valmistautunut myös siihen, että tutkimuksen suorittamisessa käytetään aineistona sekä kirjoitettuja kertomuksia että haastattelumateriaalia, jos materiaalia ei muuten tule riittävästi.

Taustatiedoiksi tutkimukseeni olen pyytänyt ilmoittamaan iän, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutus- ja työhistoriatiedot, onko lapsia ja jos on, niin minkä ikäisiä, kauanko on sairastanut, mikä diagnoosi on sekä millaista hoitoa on saanut mielenterveyden ongelmaansa. Näiden taustatietojen analysoinnin suoritan SPSS-ohjelmalla. Kirjoitetut tarinat sekä mahdollisen haastattelumateriaalin analysoin sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen sosiaalinen ongelma mielenterveyden häiriö on?
2. Mitä on sosiaalityö mielenterveystyön kentällä?
3. Mikä on mielenterveyskuntoutujien palveluiden laatu?

Tutkimuksen raportoinnissa huolehdin asiallisista lähdeviittauksista niin, että raporttia lukiessa lukijalla on koko ajan selvillä kenen ajatuksiin viittaa milloinkin. Tutkimusraportista on ilmevä myös se milloin siihen kirjoitetut asiat ja ajatukset ovat minun omiani. Tutkimustulokset esittelen sellaisina kuin ne ovat haastattelujen tai kirjoitusten pohjalta tehdyn analyysin perusteella esiin tulleet. Huolehdin siitä, että tutkimusraportista ei ole tunnistettavissa haastateltujen tai kirjoittajien henkilöllisyys. Tavoitteenani on vastata mahdollisimman totuudenmukaisesti asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineiston tuhoan heti sen jälkeen, kun analyysi materiaalista on tehty. Näillä argumenteilla perustelen tämän tutkimuksen eettisen tarkastelun kestävyyttä.

AIKATAULU

Kirjoitukset palautetaan Kulmakartanoon kirjekuorissa toukokuun loppuun mennessä. Jos tehdään haastatteluja, ne suoritetaan teemahaastatteluina Kulmakartanossa myös toukokuun loppuun mennessä. Tutkimusaineiston analyysin suoritan kesän ja syksyn 2010 aikana. Pro gradu – tutkielman pyrin kirjoittamaan vuoden 2010 loppuun mennessä, jonka jälkeen jätän sen tarkistettavaksi. Olen sopinut Kulmakartanon kävijöiden kanssa, että menen esittelemään tutkimusta heille sitten, kun se on valmistunut.

LIITE 2/3

Lahjoitan myös yhden kappaleen tutkimusta Kulmakartanolle. Tavoitteena on, että pro gradu – tutkielma on lopullisesti valmis kesään 2011 mennessä.

TUTKIMUKSEN TEORIAA

Kiinnostuksen kohteena ovat mielenterveyskuntoutujien kokemukset eli taustalla on fenomenologinen ajattelu. Miten sairaus on vaikeuttanut sosiaalista elämää vai onko se? Tutkimus on tarkoitus toteuttaa kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän keinoilla.

Olen alustavasti miettinyt, että tutkimukseni teoriana olisi aikuissosiaalityöhön liittyvät kysymykset ihmisoikeuksiin ankkuroituvasta sosiaalityöstä. Lisäksi teoreettisena viitekehystenä voisi olla myös kriittinen reflektio. Käsitteinä tulisi minun ymmärrykseni mukaan olla ihmisoikeudet, perusoikeudet, etiikka sekä mielenterveyden häiriöiden vaikutukset sosiaalisen elämän rakentumiseen katsottuna mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta. Aion tutkimuksessani pohtia mielenterveyskuntoutujien ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien toteutumista Suomessa tekemällä vertailua muihin maihin sekä erilaisiin hyvinvointivaltiojärjestelmiin. Mielenterveyden häiriöt ovat varsin globaali ilmiö, joten uskon löytäväni materiaalia aiheesta riittävästi.

Eettiset kysymykset liittyvät olennaisesti aiheeseen, jossa tutkitaan jonkin ihmisryhmän oikeuksien toteutumista. Tässä tutkimuksessa pohdin eettisiä kysymyksiä palvelujärjestelmän kautta. Mitä palveluja mielenterveyskuntoutujat saavat, onko niitä riittävästi, mihin palveluihin he olisivat oikeutettuja esimerkiksi lakien nojalla, mutta jäävät niitä ilman palvelujärjestelmän toimimattomuuden vuoksi? Onko mielenterveyskuntoutujien kohtelu suomalaisessa palvelujärjestelmässä eettisesti kestäväällä pohjalla? Millaisia kokemuksia kohtelusta mielenterveyskuntoutujilla on palvelujärjestelmässä?

Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksessa graduohjaajanani toimii yliopistonopettaja Tuomo Kokkonen, GSM 040 511 4417 tai sähköposti: tuomo.kokkonen@chydenius.fi.

Kulmakartanossa tutkimuksen tekemisessä minua on luvannut ohjata vastaava ohjaaja Eeva Lätti. Omat yhteystietoni ovat Riitta Pellinen Pohjolankatu 1 C 67900 Kokkola, puhelin 050 591 6835, sähköposti: riitta.pellinen@anvianet.fi.