

”Ihan kivasti ollut työttömyyttä”
Analyysi yksilöllisestä syrjäytymisestä

Marjo Mourujärvi & Anni-Maija Vuoti

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2014

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Sairaanhoitaja (AMK)

| | | | |
|----------------------------|--|-------|------|
| Tekijät | Marjo Mourujärvi & Anni-Maija Vuoti | Vuosi | 2014 |
| Ohjaajat | Seppo Kilpiäinen & Hanna-Leena Paakkolanvaara | | |
| Työn nimi | ”Ihan kivasti ollut työttömyyttä” analyysi yksilöllisestä syrjäytymisestä | | |
| Sivu- ja liitemäärä | 49 + 6 | | |

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa masennuksen merkitystä syrjäytymisprosessille. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa yksilön kokemuksista masennuksesta ja hyödyntää saatavaa tietoa masennuksen ja syrjäytymisen ennaltaehkäisyssä. Tutkimme millaisia merkityksiä masentuneen ihmisen syrjäytymisprosessi sisältää. Olemme käyttäneet deduktiivista sisällönanalyysiä. Toitimme teemahaastattelun yhdelle henkilölle, jonka jälkeen tulokset litteroitiin ja analysoitiin.

Teemahaastattelun perusteella tutkimustulokset jaettiin kolmeen eri teema-alueeseen: kehollisuuteen, tajunnallisuuteen ja situationaalisuuteen. Näiden avulla pääsimme käsittelemään tutkimusongelmaa. Haastateltavamme on 20-vuotias naishenkilö. Tutkimuksen aikana selvisi, että vanhempien riitely ja koulukiusatuksi tuleminen olivat johtaneet tämänhetkiseen tilanteeseen. Myös kiinnostuneisuus ja jaksaminen vaikuttivat haastateltavan toimintakykyyn samoin kuin yöunen laatu ja vaihtelevat uniajat. Haastateltava koki kehollisuuteen liittyvän toimintakyvyn olevan yhteydessä tajuntaan ja siinä ilmeneviin ilmiöihin.

Taloudellisen tilanteen huomattiin vaikuttavan merkittävästi elämäntapojen terveellisyyteen. Haastateltava koki toimeentulotuella elämisen vaikeaksi tuen niukkuuden vuoksi. Kolme vuotta hänen ammattiin valmistumisensa jälkeen on työttömyyttä ollut paljon.

Avainsanat masennus, työttömyys, syrjäytyminen, teemahaastattelu, mielenterveyspalvelut.

School of Social Services, Health
and Sports
Nursing

| | | | |
|--------------------------|--|------|------|
| Authors | Marjo Mourujärvi & Anni-Maija Vuoti | Year | 2014 |
| Supervisors | Seppo Kilpiäinen & Hanna-Leena Paakkolanvaara | | |
| Subject of thesis | “Pretty well had unemployment” a theme analysis of the individual exclusion | | |
| Number of pages | 49 + 6 | | |

The purpose of the research is to identify depression in the importance of the exclusion process. The objective is to obtain information on the individual's experience of depressive illness and take advantage of available information preventing depression and social exclusion. We studied what kind of meanings in depressed people the exclusion process includes. We have used the deductive content analysis. We carried out a theme interview for one person after which the results were transcribed.

The theme of the interview on the basis of the results of studies was divided into three different themed areas: bodiliness, cerebralness and situationality. These will enable us to get the answers to the research problem. Interviewee is a 20-year-old woman. The conclusions showed that the parents' bickering and bullies coming of the interviewees had caused the current situation. Also interest and well-being influenced by the interviewee's ability to operate. Intermittent sleep at night and varying dreamtimes had also played a significant role. The interviewee felt bodiliness related to the capacity to be associated with consciousness and the emerging phenomena.

The economic situation is found to contribute significantly to a healthy lifestyle. The interviewee felt that income support for living is difficult to support due the scarcity. Three years after the completion of her has been a lot of unemployment.

Key words depression, unemployment, exclusion, theme interview, mental health services

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS | 3 |
| 2.1 Masennus | 3 |
| 2.2 Syrjäytyminen | 8 |
| 2.3 Työttömyys | 11 |
| 2.4 Mielenterveyspalvelut | 13 |
| 2.5 Masentuneen potilaan hoitopolku | 18 |
| 3 IHMISTIETEELLINEN TUTKIMUSOTE | 23 |
| 3.1 Laadullinen tutkimus | 24 |
| 3.2 Holistinen lähestymistapa | 25 |
| 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA | 27 |
| 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS, HANKINTA- JA ANALYYSIMENETELMÄ | 28 |
| 6 TUTKIMUSTULOKSET | 31 |
| 6.1 Kehollisuus | 31 |
| 6.2 Tajunnallisuus | 33 |
| 6.3 Situationaalisuus | 34 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET | 36 |
| 8 POHDINTA | 39 |
| 8.1 Luotettavuus ja pätevyys | 39 |
| 8.2 Eettisyys | 40 |
| 8.3 Yleinen pohdinta | 41 |
| LÄHTEET | 44 |
| LIITTEET | 50 |

1 JOHDANTO

Masennusta voidaan pitää Suomessa kansantautina ja sitä esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Masennuksen hoidossa varhainen tunnistaminen on tärkeää, sillä masennusjakson pituus vaikuttaa potilaan toipumiseen. Masennuksella on myös vaikutuksensa ihmissuhteisiin ja koko sosiaaliseen elämään ja näin heijastuu myös potilaan läheisten elämään. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman, Tauriainen 2010, 9-10; Kuhninen, Oittinen & Kanerva & Seuri & Schubert 2010, 204.)

Kuusi prosenttia työskentelevistä suomalaisista sairastuu vuoden aikana masennukseen. (Haarala ym. 2010, 9). Mielenterveysasiakkaat tai potilaat ovat yhteiskunnassamme ja kulttuurissamme tilanteessa, jossa muun muassa sosiaalinen syrjäytyminen ja leimautuminen voi jäädä pitkäaikaiseksi, vaikka sairaudesta toipuminen on nopeampaa. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen, Agge 2008, 79.)

Filosofi Marx (1844, 83) kuvailee, että työläinen on olemassa ainoastaan työläisenä niin pian kuin hän on olemassa itselleen pääomana. Pääomana hän on olemassa ainoastaan niin pian kuin jokin pääoma on olemassa hänelle. Sen olemassaolo on hänen olemassaolonsa, hänen elämänsä. Se määrää hänen elämänsä sisällön hänelle yhdentekevällä tavalla. Näin ollen kansantaloustiede ei tunne työtä tekemätöntä työläistä eikä se tunne työhmiä, mikäli hän on tämän työsuhteen ulkopuolella. Varas, huijari, kerjäläinen, työtön, nälkää näkevä, kurjuuteen vajonnut ja rikollinen työhminen ovat henkilöitä joita ei ole olemassa kansantaloudelle, vaan muun muassa lääkärille, tuomarille, haudankaivajalle ja köyhäinhoitajalle. Heitä kutsutaan kansantaloustieteen alueen ulkopuoliseksi haamuiksi.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on kartoittaa masennuksen merkitystä syrjäytymisprosessille. Tavoitteena on saada tietoa yksilön kokemuksista masennuksesta ja hyödyntää saatavaa tietoa masennuksen ja syrjäytymisen ennaltaehkäisyssä. Valitsimme aiheen, koska se on ajankohtainen yhteiskunnas-

samme. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja aineistonhankintamenetelmänä on teemahaastattelu.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Psykiatria on erikoisala, jonka tarkoituksena on hoitaa ja tutkia mielenterveyteen liittyviä häiriöitä. Sana mielenterveys tuli Suomeen 1950-luvulla. (Lönqvist & Lehtonen 2011.)

Vasta 1800-luvun keskellä kehittyi maailmassa psykiatria lääketieteen erikoisalaksi, jolloin lääkärit saivat oikeuden päättää itsenäisesti ja saada vastuun potilaista, jotka olivat mielisairaita. Mielisairaala, joka rakennettiin vuosisadan aikana, oli ensimmäisiä suunniteltuja ympäristöjä jonka tarkoituksena oli muuttaa ihmisiä. Sairastuneet erotettiin muista kansalaisista ja eristettiin yhteiskunnasta. Mielisairaalan perusta oli diktaattorisen näkemyksen alaisuudessa. Silloin tarkoituksena oli totaalinen eristäytyminen, totaalinen valta potilaan tilasta ja totaalinen alistuminen. (Gustafson 2001, 5.) 1950–1960-luvuilla rakennettiin Suomeen mielisairaalaverkosto. (Teperi, Vuorenkoski 2005). Mielenterveys-käsitettä ei voida määritellä tarkkaan, mutta siihen liittyy ihmisen kokonaisvaltainen olemus eli psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen osa-alue. Monet tekijät vaikuttavat mielenterveyteen; ne voivat olla yksilöllisiä tekijöitä, esimerkiksi perimä, sosiaaliset tekijät, yhteiskunta ja eettiset arvot. Mielenterveyttä ei voida kuitenkaan diagnosoida eikä hoitaa lääkkeiden avulla, kun taas käsite mielenterveyshäiriö luokitellaan sairaudeksi, josta voidaan tehdä diagnoosi. Sairautta voidaan hoitaa lääkkeillä. Mielenterveyshäiriöihin liittyy erilaisia sairauksia, joista keskeisimpiä ovat psykoottiset häiriöt, mielialahäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2010, 17, 20; Kuhanen ym. 2010, 176.)

2.1 Masennus

Masennus on moni-ilmeinen ja vaikeasti määriteltävä sen arkipäiväistymisen myötä. (Rommakkaniemi 2011, 34). Sigmund Freud tunnetaan psykoanalyysin kehittäjänä. Hän halusi selvittää masennuksen olemusta vertaamalla sitä suruun. Suru ja masennus ovat kumpikin reaktioita rakkaan henkilön tai jonkin itselle tärkeän asian menetykseen. Freudia kiinnosti erityisesti kysymys, miksi joku ihminen reagoi menetykseensä sairastumalla masennukseen, kun taas

joku käy läpi normaalin suruprosessin. Freud hahmotteli normaalin surutyön seuraavasti: Surutyön päätyttyä sureva saavuttaa normaalin toimintakykynsä ja kykenee taas uusiin ihmis- ja rakkaussuhteisiin. Hänelle, joka on kokenut menetyksen, todellisuudentaju sanoo, että hänelle rakasta henkilöä tai asiaa ei ole enää, koska hän on sen menettänyt. Hän joutuu irrottamaan tunnesiteensä menetetyksestä, mikä herättää vastustusta ja halua kieltää menetys. Tällainen tilanne jää kuitenkin tilapäiseksi ja tosiasia menetyksestä hyväksytään vähitellen. (Myllärniemi 2009, 29-31.)

Myös masennuksessa on kyse itselle tärkeän henkilön tai tämän rakkauden menetyksestä. Tälle menetyksen kokemukselle on kuitenkin ominaista, että masentunut ei välttämättä ole täysin selvillä menetyksensä luonteesta. Freudin mukaan tämä viittaisi siihen, että osa menetyksen kokemuksesta on tiedostamaton. Tällainen hahmottoman menetyksen kokemus ja sen vaatima psyykinen ponnistelu lamaannuttavat masentuneen toimintakyvyn ja kiinnostuksen ulkomaailmaan. Myös omanarvontunto heikkenee voimakkaasti toisin kuin normaalissa surutyössä. Tämän myötä hän kokee olevansa huono ja moraalisesti kelvoton sekä arvoton. Itsesyytökset piinaavat häntä ja hän on niiden oikeutuksesta hyvin vakuuttunut. Hänen mielipidettään on vaikea muuttaa. Freud päätyi olettamaan, että itseen kohdistuvat syytökset itse asiassa kohdistuvat menetettyyn itselle tärkeään tai rakkaaseen henkilöön, josta tulee masentuneelle tietynlaisen tapahtuman seurauksena osa itseä. Itsesyytökset ovat siten vihan ilmauksia ja syytöksiä itsessä olevaa menetettyä kohtaa, ja juuri tämä itseen kohdistuva vihamielisyys tuhoaa omanarvontunnon. (Myllärniemi 2009, 29-31.)

Suomen Psykiatriayhdistyksen antamien Käypä hoito- suositusten mukaan masennusdiagnoosin saaminen edellyttää masentuneisuuden ja muun alakuloisuuden muuttumista pysyväksi. Lääkäri vastaa masennuksen diagnosoinnista ja mielialalääkityksen aloittamisen arvioimisesta. Oireiden on pitänyt kestää yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa ja niiden tulee olla kliinisesti merkittäviä. (Rommakkaniemi 2011, 107; Holmberg ym. 2008, 129.)

Masennusta tulee hoitaa riittävän pitkään sen uusiutumisen estämiseksi, vaikka sairaudella onkin taipumus toistua tehokkaasta lääkehoidosta tai hyvistä tera-

piamenetelmistä huolimatta. Kuitenkin vain joka kymmenes masennustila jää pitkäaikaiseksi. (Haarala ym. 2010, 9-10; Huttunen 2008, 97.)

Rommakkaniemi (2011, 108) kertoo tutkimuksessaan kahdesta haastateltavasta, joilla oli kokemus siitä, ettei heitä otettu vakavasti terveydenhuollon palveluissa. Potilaat arvelivat sen johtuvan siitä, etteivät näyttäneet masentuneilta. Useimmat Rommakkaniemen haastattelemissa henkilöistä kertoivat masennuksen ulottumisesta joka kolkkaan ruumiissaan. Kokemus kohtaamattomuudesta syntyi silloin, kun masennuksen ei ajateltu näkyvän ulkoisessa olemuksessa.

Masennukseen sairastuneella potilaalla voi olla vaikeuksia hakeutua hoitoon juuri masennuksen vuoksi, ei siihen liittyvän häpeän ja syyllisyydentunteen vuoksi. Masennuksen oireiden tunnistaminen voi myös olla terveydenhuoltohenkilöstölle haastavaa. Potilaalla saattaa ilmetä myös ahdistuneisuutta, persoonallisuushäiriöitä sekä päihteiden käyttöä, jotka tuovat omat haasteensa masennuksen tunnistamiseen sekä hoitoon. 10-30 prosentilla masentuneista on alkoholin ongelmakäyttöä. Alkoholisteista 30-60 prosenttia sairastaa masennusta. Onkin suositeltavaa, että terveydenhoitohenkilökunta ottaa jokaisen masentuneen kanssa puheeksi myös alkoholin käytön. Sen on havaittu vaikeuttavan masennusoireita, heikentävän potilaan toipumista sekä lisäävän itsemurhakuolleisuutta. Masentuneen mieliala on synkkä ja onneton. Mikään ei tunnu miltään ja läheiset ihmiset eivät herätä samanlaisia tunnekokemuksia kuin ennen. Masennukseen voi myös liittyä toiminnan ohjauksen vaikeuksia, jotka yleensä liittyvät vaikeaa-asteiseen tai psykoottiseen masennukseen. Masennuksen koetaan vievän kaikki voimavarat ja näin vaikuttavan potilaaseen jokaisella elämänalueella. Masennus liittyy useimmissa tapauksissa vaikeisiin elämäntapahtumiin, vaikeuksiin ihmissuhteissa ja menetyksiin yleisesti ja työpaikoilla. Sairastumisherkkyys on yksilöllinen. Sairaudelle voivat altistaa esimerkiksi lapsuudessa koetut menetykset, hormonitoiminta ja perinnöllinen alttius. Naisilla esiintyy masennusta kaksi kertaa yleisemmin kuin miehillä. Lievän masennustilan sairastaa elämänsä aikana noin neljäsosa väestöstä, kun taas vakavaan masennukseen sairastuu arviolta noin kuusi prosenttia kokonaisväestöstä. (Holmberg ym. 2008, 127-129; Kuhanen ym. 2010, 204-206.)

ICD-10 on WHO:n kehittämä kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä, jossa masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän perusteella. Lievään masennukseen kuuluu Kuviossa 1 olevista oireista 4-5 oiretta, keskivaikeaan 6-7 oiretta ja vaikeaan masennukseen 8-10 oiretta. (Holmberg ym. 2008, 128-129.)

Lievässä masennustilassa ihmisen toimintakyky on yleensä säilynyt, kun taas keskivaikea masennustila huonontaa yleensä jo selvästi työ – ja toimintakykyä. Vaikea masennustila tekee ihmisestä lähes aina työkyvyttömän ja hän tarvitsee usein apua päivittäisissä toiminnoissaan. Vakavat masennustilat voidaan jakaa eri alamuotoihin oireiden perusteella: melankoliset, psykoottiset ja epätyypilliset masennustilat sekä talvimasennus. Klassiselle masennustilalle eli melankolialle on tyypillistä syvä masentuneisuus ja ärsykkeille reagoimattomuus, erilaiset voimakkaat avuttomuuden, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, herääminen aamuyöstä, aamuoireilu, laihtuminen ja psykomotorinen hidastuminen. Psykoottinen masennustila tuo masennusoireiden lisäksi myös psykoottisia oireita, kuten syyttäviä kuuloharhoja ja harhaluuloja masennuksen sävyttäminä. Epätyypillisen masennuksen oireita ovat muun muassa väsymys, liikaunisuus, liikasyöminen ja painon nousu, levottomuus, ärtyneisyys ja ahdistuneisuus ja yliherkkyys. Talvimasennus ilmenee pimeinä talvikuukausina, jonka hoidossa voidaan käyttää kirkasvalohoitoa tai masennuslääkettä. Kumpikin hoitomuoto on yhtä tehokas. Tyypillisiä oireita ovat väsymys ja energiattomuus, painon nousu ja sosiaalinen eristäytyneisyys talvikuukausina. (Holmberg ym. 2008, 128-129; Huttunen 2008, 94-96.)



Kuvio 1. Masennuksen keskeiset oireet, (Holmberg ym. 2008, 129.)

Masennuslääkkeen ja psykoterapian yhdistäminen korostuu masennuksen vakavuusasteen noustessa. Lääkitystä suositellaan käytettäväksi aina, kun oirekuva on vaikea tai psykoottinen. Psykoottisessa masennuksessa masennuslääkettä käytetään yhdessä psykoosilääkkeen kanssa. Masennuslääkitystä saavista lähes puolella oireet häviävät lähes täydellisesti 6-8 viikon aikana. Lääkkeiden tehossa ei ole tilastollisia eroja, mutta yksilölliset erot voivat olla sen sijaan suuria. Lääkehoitoa suositellaan jatkettavan noin 4-9 kuukauden ajan akuuttivaiheen jälkeen, jotta vältetään oireiden uusiutuminen. Estohoitoa voidaan myös käyttää pitkäaikaisena toistuvien keskivaikeiden masennusoireiden esiintyessä. Masennuslääkkeinä käytetään serotoniinipitoisuuksia kohottavia lääkeaineita, kuten SSRI (niin sanottuja trisyklisiä masennuslääkkeitä) ja monoamiinioksidaasi-estäjiä (MAO). Lääkeaineet vaikuttavat aivoissa eri tavoin välittäjäaineiden pitoisuuksiin joko lisäämällä niiden eritystä tai estämällä välittäjäaineen takaisinottoa tai niiden hajoamista. Lääkityksessä otetaan huomioon välittäjäaineiden, erityisesti serotoniini-, dopamiini- ja noradrenaliinitasojen olevan masennusta sairastavilla erilaisia sekä osittain alempia kuin terveillä ihmisil-

lä. Masennuslääkitys tulee lopettaa asteittain muutaman viikon aikana lopetusoireiden vähentämiseksi. (Haarala ym. 2010, 15; Holmberg ym. 2008, 130-131.)

Hollantilaisen Wageningenin yliopiston teettämässä tutkimuksessa tutkittiin alakulun vaihettumista vähitellen täydeksi masennukseksi. Tutkimukseen osallistuneet 600 henkilöä saivat itselleen kellon, joka piippasi satunnaisiin aikoihin kymmenen kertaa päivässä viikon ajan. Kellon piipatessa tuli heidän kirjata ylös, olivatko he sillä hetkellä iloisia, tyytyväisiä, surullisia vai ahdistuneita. Kuukauden päästä he täyttivät kyselylomakkeen, jolla mitataan kliinisen masennuksen tasoa. Tuloksista ilmeni, että tutkimusjaksolla masennus kehittyi 13 prosentilla koehenkilöistä. Tutkijat kiinnittivät huomiota yhteen merkittävään seikkaan masennuksen saaneilla koehenkilöillä; heidän oli muita vaikeampaa päästä irti negatiivisesta mielialasta. Tutkittavilla, joilla negatiivinen mieliala kesti pisimpään, tutkijat pystyivät päivittäisistä mielialakirjauksista ennustamaan ketkä olivat suurimmassa vaarassa sairastua masennukseen. Tutkimus on tärkeä, sillä se korostaa herkkää vaihetta, jolloin kaikella on vielä mahdollisuus kääntyä parhain päin tai edetä masennukseksi. Se jättää mahdollisuuden sille, että jonain päivänä lääkärit pystyisivät ennaltaehkäisemään negatiivisuutta muuttumasta masennukseksi, ja näin ohjata heidät terveempään suuntaan. (Kaaro 2013, hakupäivä 25.08.2014.)

2.2 Syrjäytyminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) kuvailee seuraavasti:

”Syrjäytymisen käsitteellä kuvataan nykyaikaisia yhteiskunnallisen huono-osaisuuden muotoja.”

Syrjäytymiskäsitteellä tarkoitetaan kasautunutta huono-osaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012). Kuviossa 2 kuvaillaan syrjäytymiseen vaikuttavia tekijöitä joita ovat: köyhyys, työttömyys, toimeentulo-ongelmat, elämänhallintaan liittyvät ongelmat, päihteiden väärinkäyttö ja mielenterveysongelmat. Ne ovat vaikuttavia tekijöitä, jotka haittaavat ihmisen täysipainoista osallistumista yhteis-

kuntaan aiheuttaen syrjäytymistä. Altistuminen on merkittävää silloin, kun pienet lapset kasvavat olosuhteissa, joissa havaitaan useampia syrjäytymiseen vaikuttavia osatekijöitä. Mikään yksittäinen ongelma ei aiheuta sinänsä syrjäytymistä, vaan kysymys on kasaantuvista ongelmista ja eräänlaisen huono-osaisuuden kehän muodostumisesta. Syrjäytymisessä on siis kyse moniulotteisista, pitkäaikaisista ongelmista. Esimerkki syrjäytymispolusta: huono peruskoulun päästötodistus, koulutuspaikan puuttuminen, työelämästä syrjäytyminen, päihteet, ongelmat ihmisten kanssa, elämäkumppanin puuttuminen, rahapula ja asunottomuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, hakupäivä 18.12.2013; Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 61; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 5.)



Kuvio 2. (Suvikas ym. 2006, 60)

Nykyaikana eräitä syrjäytymiseen voimakkaasti vaikuttavia tekijöitä ovat oppimisvaikeudet ja kouluttamattomuus. Erilaisia taitoja ja tutkintotodistuksia vaaditaan työntekijältä ammateissaan. Jos työntekijällä ei ole tutkintoa tai vaadittavia taitoja, on hänellä suuri riski syrjäytyä yhteiskunnasta. Erilaiset koneet ja teknikat hoitavat suuria osuuksia työssä, jota ihmiset joutuivat ennen tekemään; nykyaikana ihmisten työrooliin kuuluu korjata ja kehittää asioita. Kehityksen seurauksena heikoimmille opiskelijoille ei ole tarjolla töitä. Syrjäytyminen määrittyy yksilökohtaisesti hyvinvoinnin ongelmina. Syrjäytyminen koetaan yksilöllisenä

ongelmana myös silloin, kun se koskee suurempia ihmisryhmiä, kuten esimerkiksi pitkäaikaistyöttömiä. Syrjäytymiseen liittyy kielteinen identiteetti, jonka vuoksi ihmiset eivät halua määritellä itseään syrjäytyneiksi. Suomessa on huomioitu suurimpien kaupunkien eri alueiden erilaistuneen työttömyyteen, koulutustasoon, tuloihin, vuokra-asumisen yleisyyteen, yksinhuoltajaperheiden yleisyyteen ja ulkomaalaisväestön osuuteen liittyvien tekijöiden suhteen. Syrjäytyneen asuinalueen merkkejä ovat toimeentulon ja elämänhallinnan ongelmien kasautuminen. Nämä piirteet leimaavat alueen herkästi. (Suvikas ym. 2006, 59; Raunio 2010, 41.)

Brysselin (2008) konferenssissa tehtiin perustamissopimus mielenterveyteen ja hyvinvointiin liittyen. Perustamissopimuksessa kerrotaan sosiaalisen syrjäytymisen ja leimautumisen olevan riskitekijöitä, jotka vaikeuttavat avun hakemista. Sidosryhmien ja poliittisten päättäjien tulee ryhtyä toimenpiteisiin torjumalla sosiaalista syrjäytymistä ja leimautumista muun muassa tukemalla kampanjoita ja toimialoja, joilla työskennellään leimautumista vastaan. Niillä edistetään mielenterveyshäiriöistä kärsivien integroitumista. Sellaisen psykiatrisen hoidon kehittäminen, joka on samalla nivoutettu muuhun yhteiskuntaan, asettaa yksilön keskeiseksi ja toimii sellaisella tavalla, joka ehkäisee leimautumista ja syrjäytymistä. Tulisi myös aktiivisesti edistää mielenterveysongelmaisten osallisuutta yhteisössä, sekä parantaa heidän mahdollisuuksiaan saada sopivaa työtä, löytää koulutusta sekä työharjoittelupaikkoja. Olisi myös tärkeää motivoida mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä sekä heidän läheisiään ja hoitajiaan osallistumaan olennaiseen poliittiseen päätöksentekoon. (Europe World Health Organization 2008, 5-6.)

Räisänen (2014) on tutkinut Maailman terveysjärjestö WHO:n teettämässä tutkimuksessa äidin asemaa yhteiskunnassa lapsen syrjäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Tutkimuksessa osoitetaan, että äidin taloudellisesti-sosiaalinen asema vaikuttaa lapseen jo ennen tämän syntymää ja heikko yhteiskunnallinen asema lisää riskiä ennenaikaiseen synnytykseen ja lapsen syntymiseen pienipainoisena. Äidin asuinpaikkakunnalla on myös merkitystä lapsen tulevaisuuden suhteen. Riskiryhmiin kuuluvat äidit tulisi tutkimuksen mukaan havaita jo ajoissa,

jotta lapsi olisi tasa-arvoinen muiden kanssa. Tutkijan mielestä aihetta tulisi käsitellä enemmän, sillä tasa-arvo jota kuvitellaan olevan, ei toteudu Suomessa.

2.3 Työttömyys

Masennusta sairastavista työssä käyvistä ihmisistä noin puolet palaa työhön puolen vuoden pituiselta sairauslomalta, kun taas vuoden kestävältä vain alle 10 prosenttia palaa takaisin työelämään. Yhteiskunnalle aiheutuvat suuret kustannukset koostuvat pääasiassa sairauslomista, eläkkeistä sekä työn tuottavuuden laskusta. Runsaassa kymmenessä vuodessa masennuksesta aiheutuvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut. Psykkisen hyvinvoinnin heikkenemiseen työoloissa vaikuttavat muun muassa huono kohtelu ja huono ilmapiiri, tarvittavan tuen puute, järjenvastaiset työn vaatimukset sekä päätökset, jotka on koettu epäoikeudenmukaisiksi. (Haarala ym. 2010, 9-10; Huttunen 2008, 97; Työterveyslaitos 2013, hakupäivä 19.12.2013.)

Kerättären (2010) julkaisemassa tutkimuksessa tuodaan esille, minkälaisia toiminta- ja työkykyä heikentäviä sairauksia sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeita vaikeasti työllistyvillä on. Tutkimuksessa selviää, että pitkäaikaistyöttömien heikentynyt toiminta- ja työllistymiskyky jää terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja työvoimahallinnossa suurelta osin tunnistamatta. Terveystarpeiden palveluita jäävät ulkopuolelle henkilöt, joiden sairauksiin liittyvät oireet aiheuttavat vetäytymistä ja passivoitumista. Tällaisia sairauksia ovat muun muassa ahdistus- ja pelko-oireiset neuroosit, skitsofrenia, mielialahäiriöt, päihderiippuvuudet ja kehitysvammaisuus. Näiden pitkäaikaistyöttömien työllistymistä ei pystytä auttamaan koulutus- tai työllistymiskitoimin ennen kuin heidän sairautensa on hoidettu tarpeeksi hyvin ja heidän toimintakykynsä riittää työllistymiseen ja työsäkäyntiin. Jos hoito ei auta, syrjäytyminen syvenee ja näin he menettävät työkykynsä pysyvästi. (Suomen Lääkärilehti 45/2010, 3683.)

Kokonaisterveyden kehitys Suomen väestöllä on ollut kaksisuuntaista, työkyvyttömyys somaattisista syistä on vähentynyt, mutta mielenterveyteen liittyvistä syistä johtuva työkyvyttömyys on lisääntynyt. Toisin kuin somaattisissa sairauk-

sisä, mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys kohdistuu yhä useammin nuoriin ikäluokkiin. (Blomgren, Hytti, Gould, 26/2011.)

Blomgren, Hytti & Gould (2011) osoittavat Kelan 2004 tutkimuksessa, että mielenterveyshäiriötä sairastaneet olivat erityisen suuri osa pitkäaikaistyöttömistä. Tutkimus oli kohdistettu 25 vuotta täyttäneisiin henkilöihin, jotka siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle. Tuloksissa käy ilmi, että korkeintaan kaksi vuotta työttömänä olevilla oli masennuksen sairastavuus keskimääräistä suurempi, mutta ei niillä, jotka olivat pitkäaikaistyöttömiä. Tutkimuksessa todettiin myös, että pelkästään masennus ei liittynyt työttömyyteen. Raitasalo & Maaniemi (2011) tutkimuksessa osoitetaan, että masennuksen vuoksi ovat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys lisääntyneet nuorten ja nuorten aikuisten (16- 29 -vuotiaiden) keskuudessa 2000- luvulta asti. Korvattujen sairauspäivien lukumäärä mielenterveyden häiriöiden vuoksi on vähentynyt yli 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa, mutta alle 30 -vuotiaiden kohdalla on asia päinvastainen. Sairauspäivärahan korvaus masennusta sairastaville on kasvanut 9,1 prosenttia vuodesta 2004 vuoteen 2009 asti. (Blomgren ym. 2011; Raitasalo, Maaniemi 2011, 3,5-6, 16, 24.)

Merkittäväällä osalla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli työttömyystaustaa. Työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä saataisiin vähennettyä työelämän parannuksilla sekä estämällä työttömyyden pitkittymistä. Uudelleen työllistymiseen mahdollistaa hyvä työkyky; siihen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä kartoittamaan työttömien terveydentilaa, sekä ehkäisemällä työkyvyn heikkenemistä. Työkyvyn heikkenemiseen liittyy usein pitkäaikainen työttömyys. (Blomgren ym. 2011.)

Pylkkäsen (2009, 118) mukaan kasvava osa nuorista on mielenterveyden häiriön vuoksi jäämässä kokonaan työmarkkinoiden ulkopuolelle ilman mitään hoitoimenpiteitä. Hoitamattomana alkanut nuorten työkyvyttömyys uhkaa muodostua pitkäaikaiseksi, jonka seurauksena se tulee sekä yksilölle että yhteiskunnalle kalliiksi.

2.4 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalvelut maassamme ovat saatavilla paremmin kuin aiemmin historiassamme, koska Suomessa on mielenterveyshoitotyössä enemmän henkilökuntaa. Tarjolla olevat palvelut ovat kuitenkin jakautuneet alueellisesti hyvin epätasaisesti. Mielenterveysongelmien määrä on pysynyt maassamme melko vakaana, mutta niiden yhteiskunnalliset ja taloudelliset vaikutukset ovat kasvaneet. Vakavia ongelmia voi seurata myös lievemmistä mielenterveysongelmista, joissa esimerkiksi työntekijän työkyky riippuu pitkälti hänen ajattelukyvystään sekä tasapainosta tunne-elämässään. Masennus on usein alkoholin rinnalla yksi suurimmista työkyvyttömyyteen johtavista mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveyshoitotyö koskee monia toiminta-alueita yhteiskunnassamme ulottuen sosiaalipolitiikasta ja yhteiskuntasuunnittelusta varsinaisiin mielenterveyspalveluihin. Lähtökohtana on toimia yhteistyössä ja laaja-alaisesti kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Palveluja on oltava tarjolla maassa yhdenvertaisesti ja niiden piiriin tulisi päästä yhdenvertaisesti niin kaupungissa kuin maalla-kin. (Kuhanen ym. 2010, 35-37.)

Kunnilla ja kuntayhtymillä on ensisijainen vastuu järjestää mielenterveyspalveluita niille, joilla on psyykkisesti toimintakyvyn ongelmia. Lainsäädännön mukaan kunnat pystyvät joko itsenäisesti tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa järjestämään mielenterveyspalveluita. Niillä on myös mahdollisuus ostaa palveluita tuottajilta, jotka ovat esimerkiksi yksityisten palvelujen ja järjestöjen tuottajia. Koska kunnilla on lainsäädännön mukaan omavastuu palveluiden järjestämisessä, on eri kuntien mielenterveyspalveluissa suuret erot. Terveyskeskuspalvelut kunnissa hoidetaan itsenäisesti virka-aikana, virka-ajan ulkopuolella hoitaa yksityinen yritys neuvontapalvelut ja päivystyksen ohjaamisen koko sairaanhoitopiirin alueella. Yöaikaiset puhelut on myös mahdollista siirtää ulkopuoliselle palveluntarjoajalle, koska toimintaa ei ole kustannustehokasta pitää omana. Vaatimuksena on kuitenkin, että toimijalla on terveydenhuollon toimintayksikön pätevyys. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010, 105; Suvi-kas ym. 2006, 56-58; Syväoja & Äijälä 2009, 226-227.)

Niin kuin muissakin kuntien palvelutarpeissa, mielenterveyshoitotyössä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat ensisijaisia. Peruspalveluihin kuuluvat muun muassa lääkärin, sairaanhoitajan ja psykologin vastaanotto, kotisairaanhoido, vuodeosasto, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, kouluterveydenhuolto, työterveys- ja opiskelijaterveydenhuolto, sairaankuljetus ym. Nykyaikana perusterveydenhuollon avohoitopalveluihin kuuluvat mielenterveyskeskukset, jotka ovat entisiä mielenterveystoimistoja; aikaisemmin mielenterveyskeskukset kuuluivat erikoissairaanhoidon piiriin. (Suvikas ym. 2006, 56-58; Syväoja & Äijälä 2009, 226-227.)

Mielenterveyskeskuksien tarjoamia palveluita ovat vastaanottotoiminta ja kriisipalvelut, joihin kuuluu moniammatillinen työyhteisö (lääkärit, psykologit, sairaanhoitajat, lähi- ja mielenterveyshoitajat, sosiaalityöntekijät sekä toimintaterapeutit). Psykoterapiapalveluihin kuuluvat erilaiset psykoterapiasuuntauksien mukaiset yksilö-, ryhmä- ja perheterapiat. Kuntoutuspalveluiden tarkoituksiin kuuluu asumispalveluiden tukeminen ja järjestäminen, päivä- ja työtoimintakeskukset, kuntoutuskurssit - ja leirit. Edelleen on joitakin mielenterveyskeskuksia, jotka kuuluvat erikoissairaanhoidon, mutta ne ovat määritelty erikoistason palveluihin. Erityispalveluita ovat avo-, ja laitospalvelut sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut. Kaikissa psyykkisissä kuntoutuksissa kulkevat aina sosiaaliset yhteydet mukana, koska psyykkisiä osa-alueita on vaikea alkaa erotella sosiaalisista tekijöistä. Mielenterveyshoitotyötä tekeviä palveluita sosiaalihuollon osalta ovat päivähoito, kotipalvelu, lastensuojelu, vammais-, vanhusten- ja päihdehuolto. Yhteistyön avulla saavutetaan perusterveyden- ja sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisten palvelusektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa joustava ja toimiva kokonaisuus, jonka tarkoituksena on taata kuntoutujalle tämän tarpeita vastaavia palveluita. Vuonna 2010 julkaistussa Sosiaali- ja terveysalan tilastollisessa vuosikirjassa selviää, kuinka mielenterveyshuollon avohoitokäynteihin liittyvät mielenterveyspalvelukäynnit ovat lisääntyneet vuosina 1997–2009. Erikoissairaanhoidon käynnit ovat lisääntyneet yli 202 390 käynnillä, mielenterveyskäynnit 546 366 käynnillä ja perusterveydenhuollon käynnit ovat lisääntyneet 343 976 kerralla. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010, 105; Suvikas ym. 2006, 56-58; Syväoja & Äijälä 2009, 226-227.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen myötä on tullut uusia keskeisiä tavoitteita joita ovat; väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisen, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen, yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen koko maassa sekä kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen toteuttaminen. Keskeisenä keinona nähdään sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja yhdentäminen, johon kuuluu ehjän palvelukokonaisuuden muodostava perus- ja erikoispalvelu. Tämän myötä ihmisten palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena ja heidän lähipalvelunsa varmistetaan koko maassa. Palvelujen hallintoa tehostetaan ja selkeytetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö, hakupäivä 17.09.2014.)

WHO:n Euroopan aluejohtaja Jakab ja Tsouros, jotka johtavat osaston politiikan ja hallinnon alan terveyttä ja hyvinvointia, julkaisivat artikkelin, jossa kerrotaan, että mielisairaudet ansaitsevat erityismaininnan, koska ne ovat yleisiä syitä pitkittyneisiin ongelmiin ja stressiin. Tutkimus kertoo haitallisista yhteyksistä mielisairauksiin, sosiaaliseen syrjäytymiseen, työttömyyteen, asunnottomuuteen sekä sairauksien seurauksista alkoholin ja muiden aineiden käyttöön. Todentamalla aikaisten diagnosoitu masennus ja itsemurhien ennaltaehkäisy lähiyhteisön sekä interventio-ohjelmien kautta on ollut haaste, joka on ollut erityisen tärkeä viimeisten taloudellisten tilanteiden kannalta. Kielteiset terveysvaikutukset taloudellisten tilanteiden vuoksi voidaan rajoittaa kohdennetuilla sosiaaliturvan ja aktiivisen työmarkkinapolitiikan avulla. (Jakab, Agis D. Tsouros 2014, 8.)

Mielenterveyshoitotyö on mielenterveyttä edistävää sekä mielenterveyshäiriöitä korjaavaa ja ehkäisevää toimintaa. Ihmisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden lisäksi kuuluu vielä mielenterveys, jota ei voi erottaa näistä kolmesta, koska ne muodostavat yhdessä kokonaisuuden, joka vaikuttaa kognitiiviseen, sosiaaliseen ja emotionaalisiin taitoihin. (Holmberg ym. 2008, 78-79.)

Mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Hoitotyössä se ilmenee ajattelun ja toiminnan tasolla. Se on hoitajan vastuullisesti ja itsenäisesti toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä.

Peruslähtökohtana on yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva sekä kunnioittava työote. Mielen terveyden edistäminen on myös keskeisessä roolissa. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta eikä vain hänen ongelmastaan ja hänen tulee osata soveltaa tietojaan ja taitojaan mielen terveydestä ja sen edistämisestä, mielen terveydenhäiriöistä ja ennaltaehkäisystä sekä kriisi- ja päihdetyöstä. Tietojen tulisi perustua erilaisten menetelmien hallintaan ja kykyyn tehdä työtä moniammatillisesti. Potilaan ja hoitajan välisen suhteen tulisi perustua vuorovaikutuksellisten toimintatapojen hallintaan. Myös kyky käyttää omaa persoonaansa työvälineenä olisi tärkeää. Potilaan voimavarojen ja selviytymisen tukeminen on yksi mielen terveyshoitotyön lähtökohta. Tärkeää on myös potilaan läheisten ja perheen voimavarojen vahvistaminen. Hoitaja vastaa hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Hänen tulee muistaa myös potilaan tarpeiden havainnoiminen. Hoitoryhmätyöskentely on keskeisessä roolissa mielen terveyshoitotyössä. Potilaslähtöisen hoitotyön toteutuminen edellyttää potilaan mielipiteiden ja osallistumisen huomioon otamista palveluja suunniteltaessa sekä myös mielen terveyshoitotyön toiminnan eri aloilla. Toteutuminen edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa eri tilanteissa. Hoitajan tulisi tuntea hoitotieteellisen tietoperustan lisäksi myös muita tieteenaloja, erityisesti lääketieteen ja psykologian aloja. Myös eri terapiamuotojen tiedosta on hyötyä hoitotyössä. (Kuhanen ym. 2010, 30-33.)

Mielen terveyshoitotyöhön kuuluu myös konstruktiiivinen työtoiminta, jonka tarkoituksena ja tavoitteena on luoda sovelias aloitus kehittymiselle, sekä kehitystä edesauttavien ja olojen tuottamisen säilyvyys. Konstruktiiivisen työtoiminnan muodot ovat psyykkisen terveyden perusedellytysten turvaaminen ja sosiaalisen perusturvallisuuden luominen, sekä yhteiskuntasuunnitelma johon liittyy psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kehittäminen, joka tukee psyykkistä hyvinvointia. Koulutusten ja kasvatusten avulla voidaan edistää perheiden, yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen tiedollisia emotionaalisia toimintaedellytyksiä ja valmiuksia. Ehkäisevän työtoiminnan periaatteena on oppia puolustautumaan tunnettuja riskejä vastaan sekä suojautumaan odotettavissa olevien vaarojen kannalta. Työtoiminnan muodot ovat riskiolosuhteiden korjaaminen, toimintojen esteiden poistaminen sekä kehityksen tukeminen. Tilanne- ja olosuhdetekijöihin vaikutetaan puuttamalla häiriöiden varhaiseen toteamiseen sekä lievien ongel-

mien käsittelyyn. Samalla tuetaan perheitä, yksilöitä, ryhmiä ja yhteisöä kriiseissä ja riskioiloissa. Korjaavaan työtoimintaan liittyy erilaisia terapioiden ja kuntouttavia toimintoja, jotka käsittelevät syntyneiden vaurioiden korjaamista, menetettyjä toimintakykyjä sekä erilaisten häiriöiden rajoittamista. (Hietaharju & Nuutila 2010, 16-17.)

Mielenterveysasiakkaat tai potilaat ovat yhteiskunnassamme ja kulttuurissamme siinä tilanteessa, jossa muun muassa sosiaalinen syrjäytyminen ja leimaantuminen voi jäädä pitkäaikaiseksi, vaikka sairaudesta toipuminen on nopeampaa. (Holmberg ym. 2008, 79.)

Hoitajan on tärkeää noudattaa työssään potilaan oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä toimia mielenterveyslain ja asetusten säätämällä tavalla. Hoitajan tulee huomioida asiakaslähtöisen hoitotyön periaatteet. Herkkyys havainnoida eettisiä tilanteita ja kysymyksiä sekä pohtia niitä on eettistä osaamista. Se perustuu lainsäädännön, eettisten ohjeiden ja periaatteiden tuntemiseen sekä niiden tiedostamiseen. Mielenterveyshoitotyön keskeisiä asenteellisia haasteita ovat näihin sairauksiin kohdistuvien asenteiden tarkastelu ja sairauteen liittyvän häpeän ja kärsimyksen lievittäminen. Hoitohenkilökunnan tulee toimia leimaantumisen ja syrjäytymisen estämiseksi sekä vähentämiseksi. Erilaisuuden ymmärtämistä ja suvaitsevaisuutta yhteiskunnassa tulee edistää. (Kuhanen ym. 2010, 54-55.)

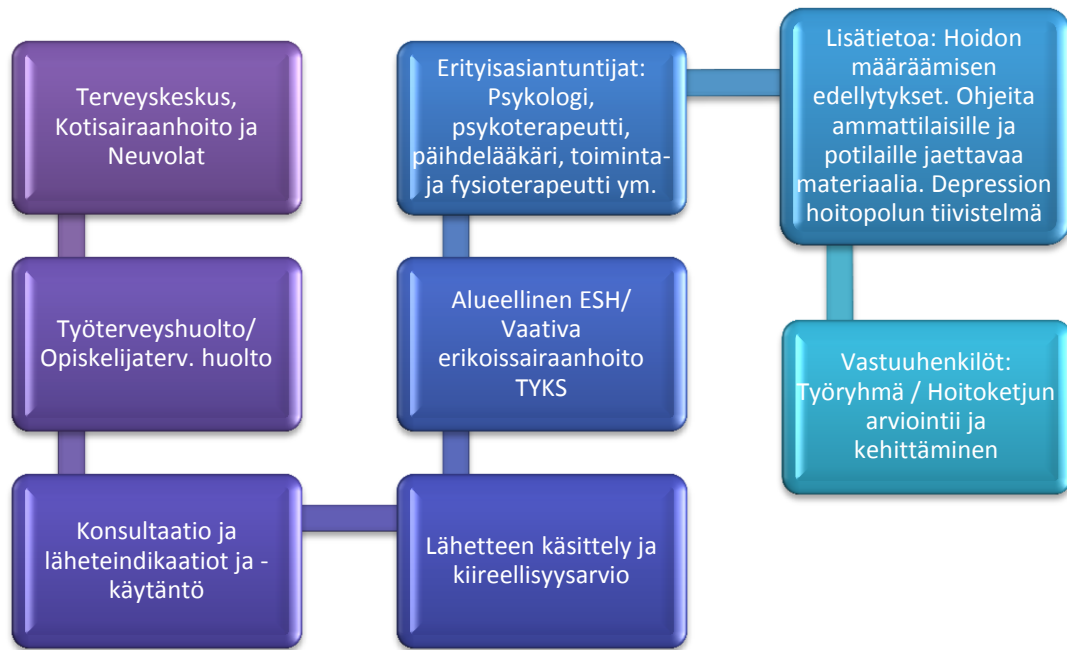
Hoitajan velvollisuus on kunnioittaa jokaisen potilaan ihmisarvoa. Siihen kuuluvat hänen oikeuksiansa, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittaminen, rehellisyyden, totuuden ja aitouden kunnioittaminen sekä potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Hoitajalla on myös kaikessa toiminnassaan velvollisuus pyrkiä edistämään potilaansa hyvää sekä välttämään pahaa. Vastuu ja valta raamittavat eettistä toimintaa; työntekijällä on vastuu potilaasta ihmisenä ja vastuu hoitotyön toteuttamisesta. Potilaan itsemääräämisoikeus on tärkeää ottaa huomioon hoitotyössä. Hoito tulisi toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon tulee kuitenkin olla aina lääketieteellisesti hyväksyttävää. Mielenterveyshoitotyössä ilmenee runsaasti ongelmia etiikassa, mikä johtuu mielenterveysongelmien luonteesta. Ne vaikuttavat henkilön päätöksenkäyttöön ja ajatteluun.

Jos potilaalta puuttuu ymmärrys omasta tilastaan tai sairauden tunne on vähäinen, voi käsitys avuntarpeesta hämärtyä. Näihin tilanteisiin on olemassa lainsäädäntöön ja siihen liittyviin erillisohjeisiin ja suosituksiin kirjattua tietoa. (Kuhanen ym. 2010, 65-68; Leino-Kilpi, Välimäki 2012, 265.)

Kaikki hoitotyön asiantuntijat omissa työtehtävissään tekevät mielenterveyshoitotyötä. Sosiaali- ja terveysalan palveluissa on suositeltavaa, että kaikilla sairaanhoitajilla olisi mielenterveyshoitotyöhön kuntouttavaa, ehkäisevää ja hoitavaa osaamista. Sairaanhoitajaopiskelijoiden opintoihin ammattikorkeakoulussa sisältyy kursseja mielenterveyshoitotyöstä. Koulutuksen opetussuunnitelman laajuus ja sen sisältö vaihtelevat ammattikorkeakouluittain sekä opiskelijakohtaisesti. Vaikka mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, on erikoistutkimuksen suorittamisen mahdollisuus heikkoa. Tietoperustan pirstaleisuus ja moninaisuus vaikeuttavat myös asiaa. Mielenterveyshoitotyön koulutusta on aiheellista tutkia ja tarkastella väestön tarpeiden, hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän näkökulmasta, koska nämä asiat kulkevat käsi kädessä ja vaikuttavat toisiinsa. Sairaanhoitajan koulutuksessa näiden ilmiöiden tutkiminen olisi hyödyllistä opetuksen ja käytännön harjoittelun ohjauksen ongelmien selvittämisessä. (Holmberg ym. 2008, 76-79.)

2.5 Masentuneen potilaan hoitopolku

Masennuksen hoitoon löytyy erilaisia psykologisia sekä sosiaalisia hoitomuotoja (Kuvio 3). Käypähoidon (2009) mukaan monet sairastavat masennusta, mutta vain muutamat hakevat siihen apua. (Käypähoito 2009, hakupäivä 23.04.2014). Aromaa, Herberts, Tuulari ja Wahlbeck (2005) Pohjanmaalle kohdistetussa tutkimuksessa osoittavat, että vastaajista joka kymmenes oli täyttänyt masennuksen diagnostiset kriteerit viimeisen kuluneen vuoden aikana. Hoitoon hakeutumisessa oli selviä eroja sukupuolten välillä. 40 prosenttia naisista ilmoitti hakeutuneensa hoitoon, mutta miehistä vain 24 prosenttia ilmoitti käyttäneensä mielenterveysongelmien takia terveystalviteita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, hakupäivä 13.08.2014.)



Kuvio 3. Muunneltu versio Varsinais-Suomen alueellisesta hoito – ja kuntoutusketjuista. Aikuisten depression, julkaistu 29.05.2007.

Masennuksen diagnosointiin ja hoidon tarpeen arviointiin käytetään erilaisia apuvälineitä ja seuloja perusterveydenhuollossa. Yleisimmin käytössä ovat AUDIT, BDI-21, BAI, MDQ sekä paniikkihäiriötestit. AUDIT testi on suositeltavin kertova mittari potilaan alkoholinkäytöstä. BDI-21 kaavakkeella voidaan seurata masennuksen oireita ja on suositeltavaa täyttää kaavake toistuvasti hoitokäynneillä. Kaavakkeen mukaan voidaan myös arvioida lääkityksen vastetta. BAI mittari on ahdistuneisuutta mittaava kaavake, MDQ on seula, joka on tarkoitettu kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Masennuksen vakavuusasteen ja elämäntilanteen mukaan määritellään hoitomuoto ja tarvittava lääkitys. Lyhyellä psykoterapialla voi selviytyä lievemmästä masennuskaudesta. Voidaan myös valita joko terapiaa tai lääkitystä potilaan toiveiden ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Jos potilas on kokenut traumoja, saattaa psykoterapia tehotta paremmin kuin lääkitys. Terapia on myös hyvä hoitomuoto silloin, kun potilaalla on merkittäviä ajankohtaisia psykososiaalisia stressitekijöitä, ihmissuhdeongelmia, mielen-sisäisiä ristiriitoja tai persoonallisuushäiriöitä. Toistuvissa masennuksissa on

kognitiivisen käyttäytymisterapian teho todettu parhaimmaksi. (Haarala ym. 2010, 12-13, 75-76.)

Masennuksen hoidon vaativuutta luokitellaan silloin, kun ihmisellä on toistuvia tai pysyviä itsemurha-ajatuksia ja -suunnitelmia sekä silloin, kun hän on toimintakyvytön. Jos vähintään kahden viikon aikana esiintyviin mielialamuutoksiin liittyy päivittäin ilmenevää mielihyvän ja mielenkiinnon menettämistä aiemmin tärkeinä koettuihin asioihin, ovat vakavan masennuksen kriteerit täyttyneet. Hoitosuhteet voivat kestää myös vuosia ja joskus tarvitaan rinnalle lääkitystä sekä terapiaa. Hoidon suunnittelussa tulee myös huomioida potilaan toimintakyky, mahdolliset aiemmat hoidot ja niiden kokemukset, itsemurhavaara, monihäiriöisyys, somaattinen terveydentila ja potilaan omat toiveet hoidosta. Masentuneen potilaan hoidossa on erittäin tärkeää hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhde hoitohenkilökunnan kanssa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 125-129.)

Väestötutkimuksessa todetaan, että Pohjois-Suomesta kotoisin olevien käsitys mielenterveysongelmista toipumiseen on varsin myönteinen. Tutkimukseen vastanneista 80 prosenttia oli sitä mieltä, että siitä voi parantua. Tutkimuksessa selvitettiin myös heidän suhtautumistaan masennukseen ja mielen hoitamiseen. 67 prosenttia arvelee työsuhteen vaarantuvan, jos ongelmien mielenterveydellinen luonne tulee työnantajan tietoon. Vastaaajista 60 prosenttia pitää mielenterveysongelmista kärsiviä arvaamattomina. Oman masennuksen takia yhdeksän kymmenestä kääntyisi ensin perheensä tai sukulaisten puoleen avun hakemisessa. Ammatillista apua haettaisiin ensisijaisesti psykiatrisesta avohoidosta. Moni pohjoissuomalainen luottaa mieluummin erilaisiin itsehoitokeinoihin masennuslääkkeiden sijasta. (Aromaa, Tuulari, Herberts, Wahlbeck 2005.)

Vaikeassa masennuksessa sairaalahoito- tai tutkimusjakso on usein aiheellinen. Erilaisten tehokkaiden hoitojen avulla voidaan auttaa potilasta toipumaan nopeammin kuin kotihoidossa. Terapeuttiset keskustelut ja erilaiset terapiat esimerkiksi musiikki-, taide-, toiminta- ja kirjallisuusterapiat ovat hyviä auttamismenetelmiä. Sairaalahoito auttaa myös säästämään omaisten voimavaroja sekä auttaa heitä tukemaan ja ymmärtämään sairastunutta. Jos alaikäisten lasten vanhempi sairastuu masennukseen, tulee perheen hyvinvointia varmistaa

tarvittaessa järjestetyn tuen avulla tai perheinterventiolla. (Hietaharju ym. 2010, 125–129.)

Seikkula ja Arnkil (2009, 24-25) kirjoittavat, että varhaiset perhekeskeisen hoidon rakentamispyrkimykset eivät tuottaneet hyviä tuloksia. Tämä johtui siitä, että työryhmä päätti keskenään potilaan keskeisistä ongelmista ja niiden hoitomenetelmistä. Saadut ehdotukset toivat ratkaisun tilanteeseen. Jokaisella perheellä tulisi olla mahdollisuus keskusteluun hoitajien kanssa, koska jo sairaalaan joutuminen on niin iso kriisi. Hoidon suunnittelutilanteen muutos alettiin toteuttaa siten, että keskusteluihin kutsuttiin alusta lähtien potilas mukaan. Se mullisti ajatuksen hoidon suunnittelun ja toteuttamisen irrottamisesta toisistaan. Havaittiin, että jo yhteinen keskustelu jossa hoitajat olivat mukana kommentoimassa kuulemaansa, muutti potilaan käyttäytymistä.

Keskustelujen avoimuus on vaikuttanut potilaiden mahdollisuuksiin puhua heille itselleen tärkeistä asioista. Eräs potilas kuvaa seuraavasti:

”Pystyin puhumaan mistä vain, ei niin kuin ollut mitään mistä ei voinut puhua. Se tuntui niin turvalliselta, avoin keskustelu kaikkien kanssa. Siltä se tuntui, ja se tuntui myös siltä että ne olivat rehellisiä.” (Piippo 1998, 121.)

Göteborgin yliopiston tutkimusryhmä teki vuonna 2013 tutkimuksen, jossa todetaan että fyysisellä liikunnalla ja urheilulla on positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Tällöin sitä olisi hyvä suositella niille henkilöille, joilla on lieväasteinen masennus jos heillä ei ole ongelmia fyysisiä aktiviteettejä tehdessä tai sairauksia niihin liittyen. (Josefsson, 2013.) Tutkimus on tehty meta-analyysillä, eli on yhdistetty useita eri samaa aihetta käsittelevien ja samoin menetelmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Kokoomatutkimuksessa eli meta-analyysissä ei tehdä omia testauksia. (Martikainen & Uusaro, hakupäivä 13.08.2014.)

Lääkinnälliseen hoidon tärkeyteen vaikuttaa masennuksen vakavuusaste. Erikoissairaanhoidossa lääkäri voi määrätä sairastuneelle sähköhoitoa (ECT) eli electroconvulsive therapy. Hoitomuoto on antanut hyvää vastetta niille, jotka sairastavat psykoottista masennusta. Sairauden hoitoon ei riitä ainoastaan lää-

kitys tai psykoterapeuttinen hoitomuoto. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti, Tala 2009; Luhtasaari 2010; Kuhanen ym. 2010, 206.)

Aspvik, Kiikkala ja Lassila (2005) kysyivät vastaajilta avointen kysymyksien avulla. He saivat kertoa omia ajatuksia ja mielipiteitä mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että palvelujärjestelmän ongelmakohdiksi nähtiin hoidon vaikea saatavuus, potilaan ongelmien välttely sekä ongelmat jatkohoidossa. Puutteellisena pidettiin myös masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollossa. Ongelmat olisivat korjattavissa hyvillä potilas-hoitaja/lääkäri-suhteiden avulla, turvaamalla hoitosuhteen jatkuvuus sekä puuttamalla ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Tärkeimpänä he kokivat mielenterveysongelmien varhaista tunnistamista neuvoloissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa. Tutkimuksessa selvisi myös, että vastaajien mielestä palveluja tulisi lisätä erityisesti avohoidossa. Myös tuettua asumista, tukihenkilötoimintaa ja muuta järjestettyä sosiaalista toimintaa olisi lisättävä syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Väestöliitto, hakupäivä 13.08.2014.)

3 IHMISTIETEELLINEN TUTKIMUSOTE

Ihmistieteissä tutkimuskohteet ovat monella tavoin kielestä, ihmismielestä, yhteiskunnasta ja kulttuurista riippuvaisia. Ihmistieteen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdettaan, kun taas luonnontieteessä tavoitteena on tutkimuskohteen selittäminen ja ennustaminen. Ymmärtävän ihmistieteen lähtökohtana on, että inhimillistä toimijaa tai yhteisöä tulee tutkia tämän omasta näkökulmasta. (Raatikainen, 2004, 83, 86.) Tiede on yhteiskunnallisesti järjestäytynyttä toimintaa, jonka avulla pyritään sopeutumaan paremmin elinympäristöömme. Tarjoamalla tietoa luonnosta sekä luonnon ja ihmisen vuorovaikutusta koskevista säännönmukaisuuksista ja syysuhteista, antaa se mahdollisuuksia ilmiöiden ja tapahtumien ennustamiseen maailman nykyistä tilaa koskevan tiedon pohjalta sekä niiden esiintymisen kontrolloimisen vaikuttavia tekijöitä tai syitä. (Niiniluoto 1984, 73-74.)

Jos tieteellisen hypoteesin informaatioarvo on suurempi, sitä enemmän se kertoo potentiaalisesti todellisuudesta. Hypoteesi tarkoittaa oletusta tai väittämää, joka on perusteltu aikaisemmillä tieteellisillä tiedoilla ja jonka paikkansapitävyyttä halutaan tutkia. Edellytyksenä on, että hypoteesien pitää olla perusteltuja. Perustelut löytyvät tavallisimmin teorioista tai aikaisimmista tutkimuksista. Meillä on paremmat mahdollisuudet selittää ilmiöitä, toimia ja orientoitua maailmassa, tulkita historiaa, ymmärtää itseämme ja vapautua väärästä tietoisuudestamme, kun on enemmän todellisuutta koskevaa tietoa. (Niiniluoto 1984, 73-74.)

Aristoteleen mukaan ihmisen toiminnan päämäärä on hyvä. Hyvä on se, mihin kaikki pyrkii. Se on sellainen hyvä, jonka ihminen voi toimintansa avulla saavuttaa. Voimme sen kautta tavoitella, että saamme jotakin muuta hyvää, sillä on ainoastaan välineen arvo. Mitä me tavoittelemme itsemme takia, on itse arvoa. (Harva 1978, 67-68.) Ihmistieteissä on usein ajauduttu hämmentyneisiin ja umpikujamaisiin tilanteisiin, jolloin on ollut pakko palata perusteiden selvittelyyn ja tutkimuksen lähtökohta-asetelmiin. (Rauhala 1983, 19).

Ihminen on erikoinen yksilö, ja juuri hänen erikoisuutensa tekee hänet yksilöksi ja todelliseksi yksilölliseksi yhteisön jäseneksi. Yhtä suuressa määrin hän on

kokonaisuus, ideaalinen kokonaisuus, ajatellun ja havaitun yhteiskunnan subjektiivinen itseään varten oleminen. Ihminen on olemassa myös todellisuudessa sekä yhteiskunnallisen läsnäolon havainnointina ja sen todellisena käyttönä että inhimillisen elämänilmauksen kokonaisuutena. Oleminen ja ajattelu ovat siis tosin erilaiset, mutta samalla ne muodostavat keskenään ykseyden. (Marx 1844, 107-108.)

3.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullinen tutkimus on vaikea määritellä selkeästi, koska sillä ei ole vain omaa teoriaa. Teoria on tutkimuksessa käyttökelpoinen kun siitä on apua tutkimuksessa ja se on käytännöllinen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana pidetään ihmistä, hänen elämänpiiriään sekä niihin liittyviä merkityksiä. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä, esimerkiksi haastattelua. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteena olevista ilmiöistä ja jäsentämään todellisuutta entisestään parempaan hallittavaan muotoon. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet ovat taulukossa 1. Terveystieteiden laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteina ovat ihmisen terveys, ja siihen yhteydessä olevat tekijät. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17; Metsämuuronen 2009, 215.)

Taulukko 1. (Kylmä ym., 2007, 31.)



3.2 Holistinen lähestymistapa

Rauhalan (2002) mukaan ihmisen olemassaolo esitetään kolmikantaisena: **kehollisuus**, **tajunnallisuus** ja **situatioonalisuus** ovat ihmisenä olemisen perusmuotoja. Tajunnallisuus kuvaa ihmisen elämyksellisen kokemisen kokonaisuutta. Kehollisuudella tarkoitetaan hänen orgaanisen olemassaolonsa kokonaisuutta. Situaatioonalisuudessa kantasana on tilanne, joka tarkoittaa elämäntilannetta, johon liittyy tajunnallisuus ja kehollisuus.

Pyrittäessä ymmärtämään **kehollisuus** ihmisen olemassaolon perusmuotona, on pyrittävä paljastamaan sen piirissä esiintyvän tapahtumisen struktuuri. Olenaista on aineellis-orgaaninen koskettava lähivaikutus. Mikään ei tapahdu sen piirissä symbolisen tai käsitteellisen kaukovaikutteisesti. Elinten ja elintoimintojen keskeinen informaatio on luotettavampaa ja erehtymättömämpää kuin tajunnan niistä antamat symboliset tulokset. Elolliset olennot elävän olemassaolonsa aikana toteuttavat itsensä rakentavassa ja uudistavassa tapahtumises-

saan jotakin yhteistä periaatetta jota kutsumme elämäksi. Elämä on siis organisen olemassaolon olemus. (Rauhala 1983, 30-32.)

Kun mieli asettuu tajunnassamme suhteeseen jonkin asian tai ilmiön kanssa siten, että ymmärrämme tuon asian tai ilmiön mielen avulla joksikin, syntyy merkityssuhde. Maailmankuvamme ja käsitykset itsestämme syntyvät merkityssuhteiden muodostamista verkostoista. **Tajunnallisuudessa** tapahtuu myös merkityssuhteiden jatkuvaa uudelleen muodostumista, unohdusta ja tiedostamattomaan häipymistä sekä uudelleen muistiin palautumista ja tiedostamista. Kun koemme arkielämän vähäpätöisyyksiä, tunnemme pyhyyttä, hartautta, ahdistusta, psykoottisia harhoja, neuroottisia pelkoja, unta ja niin edelleen, ovat nämä kaikki kokemislajit meissä olemassa juuri merkityssuhteiden organisoitumina. Ne ovat kaikki mielen ilmentymiä ja ne ovat kaikki perusluonteeltaan samanlaisia. Myös psyykkiset häiriöt ovat merkityssuhteita. Ne ovat kuitenkin vain asianomaisen itsensä tai toisten ihmisten kannalta epäsuotuisia merkityssuhteita. (Rauhala 1989, 29-30.)

Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti. Ihmisen olemassaolossa situationaalisuus on käsitettävä siten, että kietoutuessaan situaationsa rakennetekijöihin eli komponentteihin ihminen tulee samalla sellaiseksi kuin niiden luonne edellyttää. Osa ihmisen tilanteen rakennetekijöistä määräytyy kohtalomaisesti. Olennaista on tilanteen rakenteessa myös jako konkreettisiin ja ideaalisiin komponentteihin. Kun ihmisen tilanteeseen kuuluu jokin komponentti, se myös "määrää" eriasteisesti sitä, mitä ihminen tajunnassaan ja kehon prosesseissaan on. Tilanteo on riippumaton paikan ja ajan rajoituksista. Asiaperustan valikoituminen tilanteeseen on kaiken kokemusta käsittelevän tutkimisen lähtökohta, sillä kokemuksella on monikerroksellinen struktuurinsa, jonka mukaisesti se organisoituu. (Rauhala 1983, 33-34.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksella on olemassa aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Tutkimusstrategisia valintoja ohjaa tarkoitus, joka käsittää yleensä neljä seikkaa: selittävä, ennustava, kuvaileva ja kartoittava. Tiettyyn tutkimukseen voi sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus, ja se voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 128–129.) Tämä tutkimus on luonteeltaan kartoittava, joka etsii uusia näkökulmia ja uusia ilmiöitä. Siinä selvitetään myös vähän tunnettuja ilmiöitä. Taulukko 1 käsittelee laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä.

Lähtökohtana tutkimukselle on olemassa aina jokin tutkimuskohdetta koskeva kysymys tai ongelma. Amerikkalainen filosofi Charles Peirce määritteli tutkimusta toiminnaksi, joka vapauttaa tutkijan tietämättömyydestä johtamalla epäilystä tieteellisiin uskomuksiin. (Niiniluoto 2002, 25.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa masennuksen merkitystä syrjäytymisprosessille. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa yksilön kokemuksista masennuksesta ja hyödyntää saatavaa tietoa masennuksen ja syrjäytymisen ennaltaehkäisystä.

Tutkimusongelma on seuraava: millaisia merkityksiä masentuneen ihmisen syrjäytymisprosessi sisältää?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS, HANKINTA- JA ANALYYSIMENETELMÄ

Tutkimuksessa aineiston hankintamenetelmänä on teemahaastattelu.

Teemahaastattelua voidaan myös kutsua puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi, sillä haastattelun keskeiset asiat on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy myös vapauksia. Tutkija on tällöin laatinut keskusteluun valmiit teemat tai aihepiirit, jotka ovat kaikille samat. Kysymysten muotoiluun voi tulla haastattelu-tilanteessa täsmennyksiä tai kysymysten järjestys voi vaihdella. Haastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. Teemahaastattelussa tarkoitus on kuitenkin etsiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. Teemahaastattelulla on se etu, että se ei sido haastattelua tiettyyn kategoriaan, eikä se ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, kuinka syvälle aiheen käsittelyssä mennään. (Kankkunen ym. 2009, 97; Hirsjärvi & Hurme 2011, 48.)

Opinnäytetyössä haastateltavina olivat masennusta sairastavat ihmiset, jotka käyvät vapaaehtoisesti erilaisissa järjestetyissä toiminnoissa. Sähköpostin välityksellä laitoimme viestiä eri paikkakunnille henkilöille, jotka työskentelevät masentuneiden kanssa (Liite 1). Paikkakunnat olivat Kemi, Rovaniemi, Tornio ja Oulu. Ensimmäiset sähköpostiviestit vaihdoimme marraskuussa 2013. Saatamme yhteistyökumppanin kävimme huhtikuussa 2014 tutustumassa heidän toimintaansa ja kertomassa tarkemmin opinnäytetyöstämme. Laadimme yhdes- sä ilmoituksen (Liite 2) haastatteluun osallistumisesta sekä aikarajan haastatteluun ilmoittautumisesta. Tutkimukseen osallistui yksi henkilö ja aineistonkeruumenetelmänä käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelua. Kysymykset laadimme etukäteen, joita syvensimme ja lisäsimme valokuvan haastatteluun (Liite 3). Tutkimus toteutettiin syyskuussa 2014.

Laadullisessa tutkimuksessa on erilaisia tapoja lähestyä tutkittavaa kohdetta. Lähestymistapojen avulla on mahdollista löytää aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kyngäs, Elo & Pölkki, Käärinen & Kanste 2010, 138.) Koska haastatteleimme tutkittavia kohteita, on sisällönanalyysi hyvä menetelmä tutkimustehtävällemme.

Hoitotiedelehdessä 2/2011 julkaistussa tutkimuksessa on todettu, että 61 prosenttia käyttää sisällönanalyysimenetelmää laadullisissa tutkimuksissa. Yli puolella tutkittavista oli tarkoitus kuvailla tutkittavaa ilmiötä ja haastattelumenetelmä oli yleisin aineistonkeruumenetelmä. (Kyngäs ym. 2010, 138.)

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Siihen tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa tutkija saa selville, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2006, 209.)

Sisällönanalyysin avulla pystytään analysoimaan suullista tai kirjoitettua viestintää sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien seurauksia, merkitystä ja yhteyksiä. (Janhonen, Nikkonen, 2001, 21). Sisällönanalyysin aloittaminen on prosessi, jonka etenemisen vaiheet voidaan selkeästi erottaa. Prosessia erotellaan analyysiyksikön valinnalla, aineiston tutustumisella, aineiston pelkistämällä, aineiston luokittelulla ja tulkinnalla sekä luotettavuuden arvioinnilla. Deduktiivisella sisällönanalyysillä edetään teorian ehdoilla eli teorialähtöisesti. Tavoitteena sisällönanalyysissä on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat muun muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. (Kyngäs ym. 2010, 138-139; Kankkunen ym. 2009, 131-134.)

Aineiston purkamiseen tutkijalla on valittavanaan kaksi tapaa. Kun aineisto on tallennettu, aineisto voidaan kirjoittaa tekstiksi; puhtaaksi kirjoitus eli litterointi voidaan tehdä koko haastatteludialogista tai se voidaan tehdä valikoiden esimerkiksi vain teema-alueista. Toisena vaihtoehtona on se, että aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmien tai teemojen ohjelmointi tehdään suoraan tallennetusta aineistosta esimerkiksi ääninauhoilta. Päätelmien tekeminen suoraan tallennetusta materiaalista on silloin helpointa, kun haastateltavia on ollut vain muutama ja kun haastattelu ei ole kestänyt pitkään. (Hirsjärvi ym, 2011, 138.)

Analyysimenetelmänä käytimme siis deduktiivista sisällönanalyysiä. Aluksi litteroimme nauhoitetun haastattelun pian haastattelemisen jälkeen luotettavuuden

lisäämiseksi. Haastattelukysymykset olimme jakaneet jo kolmeen teema-alueeseen: kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. Näin siksi, koska tutkimuksessamme lähestymistapa on holistinen eli kokonaisvaltainen. Tulokset jaoimme kysymysten mukaisesti näihin kolmeen alueeseen. Tulosten analysoinnin teimme erikseen saadaksemme monipuolisemman kokonaisuuden. Analysoidessa peilasimme haastattelusta saatuja vastauksia teoriaan ja muodostimme kokonaisuuksia (Kuvio 4 Liite 4). Johtopäätökset koostuivat tuloksista ja niistä muodostuneista merkityksistä ja ilmiöistä holistinen lähestymistapa huomioon ottaen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Teemahaastattelun perusteella tutkimustulokset jaettiin kolmeen eri teema-alueeseen, joiden avulla saamme vastauksen tutkimusongelmaan. Haastateltavamme on 20-vuotias naishenkilö. Tutkimusongelma on seuraava: millaisia merkityksiä masentuneen ihmisen syrjäytymisprosessi sisältää?

Holistisessa ihmiskäsityksessä ihmisen kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus kietoutuvat jo olemassaolossaan yhteen. Kunkin olemassaolon muotoon sijoittuvalla ilmiöllä on oma poistamaton funktionsa eli tehtävänsä kokonaisuuden muodostumisessa. Muutokset yhden olemassaolon muodon piirissä vastaavat myös toisissa, kuitenkin aina kyseessä olevan olemassaolon muodon olemusta vastaavalla tavalla. Ihmisen kokonaisuuteen pystytään vaikuttamaan sekä negatiivisella että positiivisella tavalla kaikkien olemassaolon muotojen tarjoamien kanavien kautta. (Rauhala 1989, 106.)

Merkitys on käsite, joka on jokin olemassa oleva muodoste ihmismielessä. Nimenomaan käsitteet merkitsevät jotain. Voidaan kuitenkin ajatella, että käsite on jokin muodoste tai tila ihmisen mielessä, ja sen olennainen ominaisuus on merkitys. Käsite tai merkitys käytännössä ”liimautuu” sanaan niin kiinteästi, että merkitys tuntuu elävän siinä. Siksi puhutut, luetut tai äänettömästi ajatellut lauseet tuntuvat merkitsevän välittömästi jotain. (Turunen, Paakkola 1995, 36-37.)

Kun tutkitaan merkitystä, on huomattava että sanoja ei käytetä vain kommunikation vaan myös yhteistyön aikaansaamiseksi ja ajatuksien muodostamiseen. Ajattelun ja puheen yhteyttä on korostettava. (Aaltola 1992, 74.)

6.1 Kehollisuus

Orgaanisen elämän piirissä elinten ja elintoimintojen keskinäinen viestintä on niiden itsensä sekä ihmisen kokonaisuuden kannalta paljon luotettavampaa ja erehtymättömämpää kuin tajunnan niistä antamat symboliset tulkinnat. Tajunnan antamat tulkinnat siitä, mitä elintoiminta symbolisoi, riippuu yleensä tulkitsi-

jan teoriasta tai hänen maailman- ja elämäkatsomuksestaan. Juuri siksi ne ovat vaihtelevia ja tavallisesti myös epäluotettavia. Sen vuoksi on vain onneksi, että elintoiminnat eivät näistä tulkinnoista ”tiedä” mitään eivätkä näin toimi niiden mukaan. Vaikka orgaaninen tapahtuminen kuten esimerkiksi aivotoiminta on kuinka hienosyistä tahansa, on se aivoissakin olemassa vain konkreettisina elektrokemiallisesti tutkittavina lähivaikutuksina. (Rauhala 1989, 32-33.)

Haastattelussa selvisi, että fyysiset vaivat liittyvät psyykkiseen hyvinvointiin. Kävi ilmi, että haastateltava on huomannut kärsineensä enemmän kivuista, jotka esiintyvät lähinnä päänsärkynä. Hän on myös huomannut, että leukaluita särkee. Haastateltava epäili, että se saattoi johtua jännityksestä tai muusta vastaavasta.

*”No jos on vähän paskempi kausi niin silloin...
...niihin tottuu”*

Kipulääkkeitä hän käyttää ainoastaan silloin, jos on kova päänsärky. Päihteiden käytön hän kertoo olevan harvinaista. Alkoholia haastateltava kertoo käyttävänsä joskus juhlissa, joita on harvoin. Oman ravitsemuksen suhteen haastateltavan mielestä on parannettavaa. Hän kuvailee ruokailurytmiä epäsäännölliseksi ja epäterveelliseksi. Välillä tulee tehtyä kotona ruokaa, muun muassa pastaruokia.

”Ei ole oikein varaa ostaa kunnon ruokaa, eikä aina jaksaiskaan tehdä”

Unettomuutta haastateltavalla ei esiinny, päinvastoin unta riittää joskus liikaa. Unirytmit vaihtelevat viidestä kymmeneen tuntiin. Uni saattaa myös olla katkonaista, jolloin hän herää pari kertaa yön aikana, ja aamuyöstä heräilee yleensä samaan aikaan. Saa kuitenkin helposti unen päästä kiinni. Lenkkeilyä hän harrastaa pari kertaa viikossa ja viihtyy myös luonnossa.

Kotona siivoaminen on haastateltavan mielestä joskus ihan kivaa. Saunassa hän ei käy, koska saunavuorot ovat maksullisia.

Pyysimme haastateltavaa kertomaan itsestään yhdellä lauseella. Hän kuvaili itseään seuraavasti:

”iloinen, toimelias ja ystävällinen.”

6.2 Tajunnallisuus

Elämys ja mieli ovat tajunnallisen tapahtumisen eräänlaisia perusyksiköitä. Tajuntaa itseään emme voi koskaan havaita tai todeta, vaan pelkästään sen sisältöä, jossa tajunta on olemassa. Kun puhutaan inhimillisestä kokemuksesta, käytetään tajunnan nimen sijasta tai sen rinnalla usein myös sanoja psyyke tai psyykkinen ja henki tai henkinen. Näillä termeillä tarkoitetaan yleiskielessä tavallisesti ihmisen olemassaoloa kokevana olentona. Tajunnallinen tapahtuminen on sen oman historiansa varassa etenevää ja tätä jatkuvasti kartuttavaa merkityssuhteiden organisoitumista. Tajuntaan ei voida panna mitään esinemäisessä mielessä eikä sieltä voida ottaa pois mitään, vaan kaiken täytyy tapahtua ymmärtämisen kautta. (Rauhala 1983, 27-29.)

Haastateltava kokee omat voimavaransa vahvoina kaiken tapahtumien jälkeen, mitä hän on elämässään kokenut. Kavereiden kanssa hän kertoo pystyvänsä keskustelemaan omista asioistaan.

”On tässä kaikkea ollut...”

...no kiusaamista koulussa”

Koulukiusaamisen hän kokee olevan syynä nykyiseen elämäntilanteeseensa. Kouluaikoina hän on saanut tukea muun muassa koulukuraattorilta. Nykypäivänä hän käy vapaaehtoistoiminnassa, josta saa vertaistukea siellä olevilta ohjajilta sekä muilta henkilöiltä, jotka käyvät kyseisessä paikassa. Kotiolosuhteet hänellä ovat olleet hankalat. Ei ole varmuutta, onko hänen masennusta diagnosoitu. Haastateltava palaa keskustelussa peruskouluajoilleen ja hän mietiske-

lee, onko hän silloin saanut masennusdiagnoosin. Lähisuvussa ei hänen tietäkseen esiinny masennusta.

”Ei ollu kovin mukavaa perheessä.. oli kaikkee huutamista ja silleen, vanhemmat tappeli ja tälle.”

Haastateltava ei ole kertonut omille vanhemmilleen omaa näkemystään lapsuudestaan ja siitä, millä tavalla se on häneen vaikuttanut. Nykyiset välit vanhempiinsa hän kertoo olevan ihan hyvät. Omaan sisarukseen hänellä on aina ollut hyvät välit.

Muutama vuosi sitten haastateltava menetti läheisen kotieläimen. Hän kuvaili, että se jätti häneen ison aukon. Sen menetyksestä hän yritti ajatella hyviä muistoja ja että se ei enää tunne kipua. Tukiverkostona olivat kaverit, joiden kanssa hän pystyi keskustelemaan.

6.3 Situationaalisuus

Rauhalan (1989, 114) mukaan situaatiota voidaan pitää olennaisena osatekijänä psyykkisten häiriöiden synnyssä ja niistä kärsivien auttamisessa. Niinpä voidaan liioittelematta sanoa, että ympäristösuunnittelijat ja arkkitehdit ovat psyykkisten häiriöiden torjuntatyössä yhtä tärkeitä kuin mitkä tahansa muut ihmisen hyväksi toimivat ammattiryhmät.

Pyysimme haastateltavaa kuvailemaan miten hän ymmärtää käsitteen syrjäytynyt:

”Se on just semmonen, joka ei pääse kotoa pois, on niinku jäänyt ulkopuolelle kaikista palveluista ja näistä...”

Taloudellisen tilanteen hän kokee huonona, työllistyminen on ollut vaikeaa ja siksi rahatilanne on tiukka. Haastateltava on ollut erilaisissa työharjoitteluissa sekä työpajalla. Hän on myös joutunut olemaan pitkään sairauslomalla tapatur-

man vuoksi. Työttömänä aika on kulunut hitaasti, ja hän on ollut enimmäkseen vain kotona. Haastateltava kertoo, että ilman vapaaehtoistoimintaa hän ei tiedä mitä tekisi.

”Ihan kivasti ollut työttömyyttä...

...oli se kyllä aika tuskasta, ei ollut mitään tekemistä”

Haastateltava kuvaili hänen edellistä päiväänsä aamusta iltaan:

”Heräsin siinä ihme kyllä seitsemän aikaan. Sen jälkeen hengailin kotona aamupäivän, jonka jälkeen menin kyseiseen vapaaehtoistoiminnan paikkaan, siellä oli sellainen ryhmä, jossa tehtiin ruokaa. Sitten jouduin lähteen kesken pois kun tulin vissiin kipeäksi. Lähdin kotia ja menin nukkumaan suunnilleen koko loppupäivän ja yön..”

Haastattelun loppuksi esitimme valokuvan maisemasta (Liite 3), josta kysyimme, minkälaisia ajatuksia se herättää.

”Tuo on semmoinen rauhallinen maisema.. tyyneyttä herättää niinku metsämaisemat yleensä..”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Ihmisen olemassaolon haavoittuvuus voidaan nähdä myös monipohjaisena hoollisen ihmiskäsityksen valossa. Psykkisten häiriöiden ongelma on itse asiassa ihmisen kokemistavan epäsuotuisuutta. Ihmisen kokemus voi olla epäsuotuisaa siten, että se on ahdistunutta, pettynyttä, epätoivoista, katkeraa, tuskaista, epäluuloista, huonommuudentuntoista ja niin edelleen. Kun tämän tapaiset kokemukset ovat voimakkaita ja pysyviä, diagnosoidaan ihminen psyykkisesti häiriintyneeksi, neuroottiseksi tai psykoottiseksi. Kun tällaista kokevaa ihmistä tutkitaan, huomataan hänen tilansa usein olevan itse asiassa sitä, että hänen tilaationsa onneton todellisuus heijastuu välittömästi ja laadultaan muuttumattomana tajunnallisessa kokemisessa merkityssuhteina. Toisin sanoen hän on tajunnassaan kokenut tilaationsa epäsuotuisan todellisuuden sellaisena kuin se on eli siitä vieraantumatta. Järjenvastaisesti hänen niin sanottu häiriönsä on silloin tajunnallisen kokemistavan aitoutta. (Rauhala 1989, 114.)

Haastattelussa ilmeni, että haastateltava oli motivoitunut mutta lyhytsanainen. Kun haastateltavaa pyydettiin kuvailemaan itseään muutamalla sanalla, heräsi tunne vastasivatko hänen käyttämänsä ilmaisut täysin mitä hän todellisuudessa on. Hän kuvasi tilanteensa olevan huono, mutta ulkoinen olemus oli positiivinen.

Teorian perusteella voimme todeta, että masennuksella on merkitys syrjäytymisprosessiin. Haastateltava koki kehollisuuteen liittyvän toimintakyvyn olevan yhteydessä tajuntaan ja siinä ilmeneviin ilmiöihin. Hän kertoi kärsivänsä ajoittaisesta päänsärystä. Masennus voi ilmetä myös somaattisina oireina, esimerkiksi kipuna tai muina kehollisina oireina. (Holmberg ym., 2008, 129). Myös kiinnostus ja jaksaminen vaikuttivat haastateltavan toimintakykyyn. Katkonainen yöuni ja vaihtelevat uniajat olivat myös merkittävässä roolissa, kuten esimerkiksi Kuviossa 1.

Kerättären (2010) tutkimuksessa selviää, että terveydenhuollon palveluista jäävät ulkopuolelle henkilöt, joiden sairauksiin liittyvät oireet aiheuttavat vetäytymistä ja passivoitumista. Haastateltava vaikutti passiiviselta, eikä haastattelussa ilmennyt hänen käyttäneen minkäänlaisia mielenterveyspalveluita. Väestötutki-

muksen tulokset osoittavat, että yhdeksän kymmenestä masennusta sairastavasta kääntyy ensin perheensä tai sukulaisten puoleen avunhakemisessa. Ensisijaisesti ammatillista apua haetaan psykiatrisesta avohoidosta. (Aromaa ym. 2005.) Haastateltava kertoi saaneensa tärkeää tukea omalta läheiseltä sukulaiseltaan.

Holmbergin (2008, 127-129) mukaan masennusta sairastavalla potilaalla saattaa hoitoon hakeutuminen olla ongelmallista johtuen sairaudesta itsestään kuin myös esimerkiksi siihen liittyvästä häpeästä ja syyllisyydestä. Aspvik, Kiikkala & Lassilan (2005) tutkimuksen mukaan puutteellisena pidettiin masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollossa. Haastattelussa kävi ilmi, että haastateltava oli tietoinen omasta sairaudestaan, mutta hän ei ollut varma, oliko saanut masennusdiagnoosia.

Vanhempien riitelyt ja koulukiusatuksi tuleminen olivat aiheuttaneet haastateltavalle tämänhetkisen tilanteen. Kuhanen ym. (2010, 204-206) kuvailee, että masennuksen sairastumisherkkyys on yksilöllistä. Sairaudelle voivat altistaa esimerkiksi lapsuudessa koetut menetykset. Altistuminen syrjäytymiselle on korkeampi silloin, kun varhaiskasvatuksessa olevat lapset kasvavat olosuhteissa, joissa useampia syrjäytymiseen vaikuttavia osatekijöitä havaitaan. On kyse eräänlaisesta huono-osaisuuden kehän muodostumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Haastateltava kertoi käyneensä vapaaehtoistoiminnassa, jossa hänellä on vertaistukea antavia ystäviä sekä ohjaajia. Kuhasen ym. (2010) mukaan potilaan ja hoitajan välisen suhteen tulisi perustua vuorovaikutuksellisten toimintatapojen hallintaan. (Kuhanen ym. 2010). Vapaaehtoistoiminnassa järjestetään erilaisia ryhmiä, joissa haastateltava pääsee keskustelemaan. Hoitoryhmyöskentely on Kuhasen ym. (2010) mukaan keskeisessä roolissa mielenterveyshoitotyössä. Yhteistyön avulla saavutetaan perusterveyden – ja sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisten palvelusektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa joustava ja toimiva kokonaisuus, jonka tarkoituksena on taata kuntoutujalle hänen tarpeitaan vastaavia palveluita. (Suvikas ym. 2006, 58). Hoitohenkilökunnan tulee toimia leimautumisen ja syrjäytymisen estämiseksi sekä vähentämi-

seksi. (Kuhanen ym. 2010). Haastateltava ei pystynyt kertomaan, mitä hän teki si vapaa-aikana jos kyseistä ryhmää ei olisi. Lapsuus ja sinä aikana koetut tapahtumat vaikuttavat ihmisen mieleen tiedostamattomasti tai tiedostaen. Situaationaalisuuteen liittyvät ulkopuoliset verkostot ovat selvästi tärkeä tuki.

Taloudellisen tilanteen huomattiin vaikuttavan merkittävästi terveellisiin elämäntapoihin. Haastateltava koki, että toimeentulotuesta jää käteen vähän rahaa, jolla pitää selvitä.

Kolme vuotta haastateltavan valmistumisen jälkeen työttömyyttä on ollut paljon (Kuvio 2). Käy ilmi, että syrjäytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa; masennus, ihmissuhdevaikeudet ja yksin jääminen, koulutuksen ja työn ulkopuolelle jääminen sekä asunnottomuus ja köyhyys. Kuhasen ym. (2010) mukaan vakavia seurauksia voi seurata myös lievemmistä mielenterveysongelmista, jolloin esimerkiksi työntekijän työkyky riippuu pitkälti hänen ajattelukyvystään sekä tasapainosta tunne-elämässään. Haastateltavan taloudelliset ongelmat ovat vaikuttavia tekijöitä hänen sosiaalisiin suhteisiinsa. Sosiaaliset ongelmat heikentävät sosiaalista toimintakykyä, josta seuraa syrjäytyminen yhteiskunnastamme.

Haastateltava kertoi haastattelun lopussa hänelle näytetyn maisemakuvan herättävän rauhallisia tunteita. Tyrväisen, Silvennoisen, Korpelan ja Ylenin (2007, 18) tutkimuksessa havaitaan, että viherkokemuksella opiskeluun ja työhön liittyen on vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin. Yli puolet kulki taajamametsien, puistojen tai muiden viheralueiden kautta, mikä lisäsi positiivisia tunteita ja vähensi negatiivisia tunteita.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus ja pätevyys

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, onko tutkimuksessa kyetty tuottamaan totuudenmukaista tietoa. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta on tutkimuksen luotettavuuden arviointi välttämätöntä. Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa voidaan arvioida esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Uskottavuutta vahvistaa, että tutkimuksen tulokset on kuvattu selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuutta kuvaa myös se, kuinka hyvin tutkijan muodostamat kategoriat ja luokitukset kattavat aineiston. Tärkeä luotettavuuskysymys on kuvaus aineistosta ja tuloksista. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Siinä edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä. Aineistojen keruu ja analyysin seikkaperäinen kuvaaminen on aiheellista. Refleksiivisyyden edellytys on, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, kuinka vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. Vahvistettavuus liitetään koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää prosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Tekijä hyödyntää muistinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista raporttia kirjoittaessaan. (Kylmä ym. 2007, 127-129; Kankkunen ym. 2009, 160.)

Luotettavuuden varmistamiseksi käytimme teemahaastattelurunkoa (Liite 3), joka oli tärkeä osa haastatteluun valmistautumisessa. Testasimme haastattelukysymykset etukäteen, jotta pystyimme toteamaan haastattelurungon toimivuuden. Testaus lisää myös opinnäytetyömme luotettavuutta. Tutkimustuloksia litte- roitiin useaan otteeseen, jotta pystyimme syventymään tuloksiin. Tutkimustulokset ovat haastateltavan omia kokemuksia, mikä lisää niiden luotettavuutta. Suo-

rat lainaukset haastateltavan vastauksista varmistavat, että haastateltavan ilmaukset tulevat sanatarkasti esille. Olemme vertailleet tutkimustuloksia teoreettisiin tietoihin, jonka avulla olemme pyrkineet saavuttamaan mahdollisimman luotettavan ja laadukkaan lopputuloksen.

Pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät kuitenkaan aina vastaa sitä todellisuutta, johon tutkija kuvittelee saavansa vastauksia. Esimerkiksi vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut kyselylomakkeiden kysymyksiin vastattaessa. Ydinasioita laadullisissa tutkimuksissa ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Pätevyys eli validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensovivuutta. Sopiiko selitys kuvaukseen eli onko selitys luotettavaa? (Hirsjärvi ym. 2006, 216-217.)

8.2 Eettisyys

Eettiset seikat ovat merkittäviä tutkimusten ja opinnäytetöiden tekemisessä. Tutkimukseen liittyvässä etiikassa on kyse useista valinta- ja päätöksen tekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät koske ainoastaan tutkimuksen toimijoiden asemaa, vaan se koskee koko tutkimusprosessia suunnittelusta aina julkaisemiseen asti. Suomessa perustettiin vuonna 1991 opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta käsittelemään tieteelliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja edistämään tutkimusetiikkaa. Tutkimus-suunnitelma, joka täyttää lainsäädännön ja eettisen toimikunnan sille asettamat vaatimukset, on myös tutkimuksen toteuttajan etu. (Kylmä ym. 2007, 137-138.)

Tutkimuksen tekijän on huomioitava, että eettisten koodien ohella myös lainsäädäntö ohjaa terveystieteellistä tutkimusta ja se onkin ensisijainen tutkimusta ohjaava tekijä suhteessa eettisiin ohjeisiin. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on määritellyt seuraavat lait ja asetukset otettavaksi huomioon terveystutkimuksissa: Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötieto-

laki (1999/523), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) ja asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999). Lähtökohtana on tutkimukseen osallistuvan ihmisen koskemattomuuden ja yksityisyyden turvaaminen. (Kylmä ym., 2007, 139.) Hoitotieteellisissä tutkimuksissa ollaan usein kiinnostuneita arkaluontoisista aiheista, joiden käsittely voi herättää negatiivisia tunnereaktioita tutkimuksen osallistujissa. Tutkimusaiheen valintaa korostetaan jo tutkijan tekemänä eettisenä ratkaisuna. Tutkijan on pohdittava miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin ja mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti. Tutkimuksen osallistuminen tulee aidosti olla vapaaehtoista, ja potilailla/asiakkailta tulee säilyä itsemääräämisoikeus koko tutkimuksen ajan. (Kankkunen, Vehviläinen- Julkunen 2009, 176–177.)

Haastateltavamme ilmoittautui tutkimukseemme vapaaehtoisesti. Ennen haastattelua kerroimme hänelle yksityisyytensä säilymisestä. Olemme myös peittäneet identiteetin näkymisen niiltä, joiden kanssa olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä (Liite 1). Yksityisyyden säilyttämiseksi olemme litteroinnin jälkeen hävittäneet aineiston. Opinnäytetyömme arkaluontoisuuden vuoksi pidämme salassa myös yhteistyökumppanimme. Avointen kysymysten vuoksi oli mahdollista saada arkaluontoisia tietoja haastateltavaltamme. Varasimme rauhallisen huoneen yhteistyökumppanimme työyhteisössä, mikä oli edellytys haastattelun onnistumiselle.

Kantin mukaan ihminen on päämäärä sinänsä, silloin on ihmisellä sisäinen arvo eli arvokkuus. Jokainen järjellinen olento on itsetarkoitus, kaikki ovat sen lain alaisia, että kukaan heistä ei koskaan saa kohdella muita eikä itseään pelkkänä välineenä, vaan aina samalla tarkoituksella sinänsä. Kokemusperäisessä maailmassa tällaista yhtenäistä ihmiskuntaa, valtakuntaa ei ole olemassa, koska ihmiset eivät kohtele toisiaan päämäärinä sinänsä, vaan he käyttävät toisiinsa välikappaleina. (Harva 1978, 70.)

8.3 Yleinen pohdinta

Opinnäytetyö aiheena oli todella mielenkiintoinen, koska aihe on mielestämme ajankohtainen. Erityisen mielenkiintoista oli tutkimuksen tulosten analysoiminen ja johtopäätöksiä tekeminen, vaikka se veikin suurimman osan opinnäytetyön tekemiseen käytetystä ajasta.

Opinnäytetyön suunnitelman alku oli aika vaativa. Työn rajaaminen oli haasteellisinta. Huomasimme syyn sille, miksi monikaan ei ole tehnyt mielenterveyshoitotyöhön liittyvää opinnäytetyötä. Aihealue on vaativa. Eettisyys korostuu todella paljon tässä osa-alueessa, joka saa myös tutkimuksen tekijät pohtimaan erilaisia asioita.

Syrjäytyminen käsitteenä oli aluksi mielestämme aika vahva otsikko tutkimuksen nimeksi. Mietimme myös, saammeko osallistujia tutkimukseen tätä asiaa tutkittaessa. Työn aikataulu eteni suunnitelmien mukaan, ainoa ongelma oli saada haastateltavia tutkimukseen. Alun perin ajattelimme, että olisimme tehneet haastattelun 3-5 henkilölle, mutta emme saaneet riittävästi halukkaita osallistujia. Monet yritykset, jotka työskentelevät mielenterveyspotilaiden kanssa, olivat erittäin kiinnostuneita työstämme. He kuitenkin epäilivät saisimmeko tarpeeksi osallistujia (Liite 1). Saimme yhden henkilön tutkimukseemme, joka oli riittävä, koska päädyimme tekemään teemahaastattelun. Tutkimuskysymyksiä testattiin etukäteen ja teimme tarvittavat muutokset sekä lisäykset. Varasimme kokoushuoneen, jossa saimme rauhassa toteuttaa haastattelumme.

Koska syrjäytymistä ilmenee yhteiskunnassamme, halusimme syventää tietojamme ja kuulla haastateltavaltamme hänen omia kokemuksiaan. Kun teimme haastattelun, huomasimme jälkikäteen litteroitaessa, että olisimme voineet syventää enemmän kysymyksiämme tai tarkentaa niitä, jotta olisimme saaneet vahvempia vastauksia. Päätimme, että litteroimme haastattelun useampaan otteeseen sekä tutkijoina erikseen, jotta saisimme haastattelusta uusia näkemyksiä ja havaintoja. Tämä auttoi meitä syventymään tutkimusongelmaan. Tutkimustulokset pelkistettiin identiteetin säilyttämisen vuoksi.

Tämän tutkimuksen avulla voimme tulevana sairaanhoitajina hyödyntää ymmärrystä siitä, millä tavalla koulukiusaaminen ja vanhempien välinen riitely vaikutta-

vat yksilöön. Myös tieto siitä, kuinka paljon yhteiskunnan tarjoamat palvelut merkitsevät syrjäytyneelle ihmiselle. Tutkimuksen merkitys tulevan ammattimme kannalta tulee olemaan hyödyllinen ja opettavainen. Tämän avulla olemme saaneet haastateltavaltamme näkemystä ja tietoa siitä, kuinka tarpeellista ja tärkeää sairaanhoitajan työ on.

Opinnäytetyö tutkimusprosessina oli hyvin mielenkiintoinen ja opettavainen. Saimme mahdollisuuden syventyä tieteellisen tekstin tuottamiseen sekä laadulliseen tutkimusmenetelmään. Deduktiivisen sisällönanalyysipolun avulla hahmotimme paremmin opinnäytetyötämme, joka myös helpotti aiheen rajaamista ja auttoi tutkimustulosten analysoinnissa. Loppuanalysoinnissa oli mielenkiintoista huomata, kuinka teoreettinen viitekehys ja ihmistieteellinen tutkimusote kulkevat käsi kädessä koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen aikana pääsimme myös tutustumaan filosofisesta näkökulmasta ihmiseen yksilönä ja siitä syntyneisiin merkityksiin. Suurten filosofien näkemykset ovat mielestämme tutkimuksemme merkittäviä osatekijöitä, jotka avartavat näkemystä siitä, millä tavalla ihminen on koettu yhteiskunnassamme samanlaisena vuosisatojen aikana, ja kuinka ihmisen olemassaoloon vaikuttaa kokonaisvaltaisesti kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus.

Jatkotutkimusaiheeksi pohdimme koulukiusaamisen merkitystä myöhempään elämänvaiheeseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että koulukiusaaminen oli merkittävä negatiivinen tekijä ihmisen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla se, minkälainen merkitys kroonisella kivulla on psyykkiseen hyvinvointiin.

LÄHTEET

Aaltola, 1992. Merkityksen käsite ihmistutkimuksen ja kasvatuksen perusteiden analyysin lähtökohtana. Jyväskylän yliopisto, Kokkola.

Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala, 2009. Käypä hoito. Masennus. Viitattu 04.04.2014.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00044>>

Aromaa, Tuulari, Herberts, Wahlbeck; Aspvik, Kiikkala & Lassila, 2005. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.08.2014.

<http://www.thl.fi/documents/10531/128073/Vaestokysely_tiedote_230207.pdf>

Blomgren, Hytti & Gould. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. Nettityöpapereita 26/2011, Kela. Viitattu 14.04.2014.

<<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence=2>>

Enckell, Hägglund, Juutilainen, Keinänen, Klockars, Kotkavirta, Lehtonen, Pylkänen, Saarinen, Takalo & Välimäki 2009. Freudin Jalanjäljillä. Nord Print Ab European World Health Organization, Europeiskt fördrag för psykisk hälsa och välbefinnande, Bryssel 12-14 Juni 2008. Viitattu 27.08.2014.

<http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sv.pdf>

Gustafson, 2001. En beskrivning av landstingets och kommunens samlade hjälp- och stödinsatser till psykiskt sjuka och personer med psykiska funktionshinder samt deras närstående i Lindköpings kommun. Samhällets stöd vid psykisk sjukdom. Lindköpings kommun, Omsorgsutskottet. Viitattu 14.04.2014.

<<http://www.linkoping.se/Global/Om%20kommunen/Fakta%20om%20Link%C3%B6ping/Statistiska%20fakta%20om%20Link%C3%B6ping/Rapporter%20och%20utv%C3%A4rderingar/utv%20%C3%A4ldre/nr%2022%20-01%20Samhallets%20stod%20vid%20psykisk%20sjukdom%20-%20delrapport%201%20.pdf>>

Haarakangas & Piippo, 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: Avoimen dialogin hoitomalli. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen, 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammalan kirjapaino, Vammala.

Harva, 1978. Hyvä ja paha – praktisen etiikan ongelmia. Kustannusosakeyhtiön Otavan painolaitokset, Keuruu.

Heiskanen, Salonen & Sassi 2010. Mielenterveyden ensiapukirja. StarOffset Oy, Helsinki.

Hietaharju & Nuutila, 2010. Käytännön mielenterveystyö. Livonia Print, Latvia.

Hirsjärvi & Hurme, 2011. Tutkimushaastattelu. Gaudeamus, Helsinki.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge, 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Janhonen & Nikkonen, 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Ws Bookwell Oy.

Jakab, Tsouros. Health- 2020. Att uppnå hälsa och utveckling i dagens Europa. Socialmedicinsk tidskrift 1/2014. Viitattu 28.08.2014. <<http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1106/903>>

Josefsson. Ny forskning om positiva effekter av motion vid depression. Viitattu 13.08.2014.

<<http://www.hh.se/pressmedia/nyheter/nyhetsarkiv/nyheter/nyforskningompositivaeffekteravmotionviddepression.65438484.html>>

Jyväskylän yliopisto. Viitattu 25.05.2014.

<<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/hermeneuttinen-analyysi>>

Kaaro, 2013. Helsingin sanomat. Tutkimus: Masennus hiipii vähitellen. Viitattu 25.08.2014.

<<http://www.hs.fi/tiede/a1386816338522>>

Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen, 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kerätär. Suomen Lääkärilehti 45/2010.

Krause & Kiikkala, 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2010. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro.

Kylmä & Juvakka, 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki

Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste, 2010. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2/2011. Vammalan Kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi & Välimäki, 2012. Etiikka Hoitotyössä. Sanoma Pro Oy, Helsinki

Lönnqvist & Lehtonen, 2011. Terveysportti. Viitattu 17.12.2013.

<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00003&p_haku=psykiatria>

Martikainen & Uusaro. Meta-analyysien arvo ja mahdolliset heikkoudet tutkimustiedon arvioinnissa. Viitattu 13.08.2014.
<http://www.finnanest.fi/files/uusaro_meta.pdf>

Marx, 1844. Taloudellis- filosofiset käsikirjoitukset, Moskova.

Metsämuuronen, 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä

Myllärniemi, 2009. Masennus- psyyken kipu. Kirjapaja Helsinki.

Naarala, M. 2013. Psykiatrian erikoislääkäri. Keskustelu marraskuu 2013.

Niiniluoto, 2002. Johdatus tieteenfilosofiaan – käsitteen ja teorian muodostus. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Niiniluoto, 1984. Johdatus tieteenfilosofiaan – käsitteet ja teorian muodostus. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Keuruu.

Niiniluoto, 2001. Tieteiden ykseys. Viitattu 15.06.2014
<<http://www.tieteessatapahtuu.fi/014/niiniluoto.htm>>

Raatikainen, 2004. Ihmistieteet ja filosofia. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Raitasalo & Maaniemi. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004-2009. Nettityöpapereita 23/2011. Kela. Viitattu 14.04.2014.
<<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25936/Nettityopapereita23.pdf?sequence=4>>

Rauhala, 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus, Jyväskylä

Rauhala, 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Karisto Oyn kirjapaino.

Rauhala. Filosofin näkemys mielitaudin myytistä. Suomen Lääkärilehti 3/2002, vuosikerta 57. Viitattu 16.05.2014.
<<http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL32002-318.pdf>>

Raunio, 2010. Syrjäytyminen. Bookwell Oy, Jyväskylä.

Rommakkaniemi, 2011. Masennus –tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin Yliopistokustannus Rovaniemi.

Räisänen, 2014. Yle-uutiset. Tutkimus: Syrjäytyminen alkaa jo kohdussa. Viitattu 25.08.2014.
<http://yle.fi/uutiset/tutkimus_syrjaytyminen_alkaa_jo_kohdussa/7006778>

Seikkula & Arnkil, 2009. Dialoginen verkostotyö. Viitattu 04.09.2014.
<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/93ae45f6-b7c4-403f-9dff-643b813972bf>>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Viitattu 18.12.2013.
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden_edistaminen/syrjaytymisen_ja_koyhyden_ehkaiseminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.09.2014.
<http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus>

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja, 2010. Viitattu 14.04.2014.
<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a>>

Suvikas, Laurell & Nordman, 2006. Kuntouttava lähihoito, Edita Prima Oy, Helsinki.

Teperi & Vuorenkoski, 2005. Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Terveyskirjasto. Viitattu 14.04.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005&p_haku=mielisairaala

Terveyskirjasto. Luhtasaari, 2010. Viitattu 04.04.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00013#s3

Turunen & Paakkola, 1995. Miten ihminen tietää – johdatus tiedon ja tieteen käsitteisiin. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Tyrvönen, Silvennoinen, Korpela & Ylen. Luonnon merkitys kaupunkilaisille ja vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Metlan työraportteja 52: 57-77. Viitattu 16.10.2014.
<http://www.metla.fi/julkaisut/workingpapers/2007/mwp052-07.pdf>

Työterveyslaitos, 2013. Viitattu 19.12.2013.
<http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/masennus_ja_tyo/sivut/default.aspx>

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Viitattu 03.04.2014.
http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf

Varsinais-Suomen alueelliset hoito- ja kuntoutusketjut, 2007. Viitattu 25.04.2014.
http://hoitoreitit.vsshp.fi/html/depressio_tp.htm?userid=hoitoreitit&passwd=reitit0

LIITTEET

Liite 1. Yhteydenotot

Liite 2. Kutsuilmoitus

Liite 3. Teemahaastattelun runko ja kuva

Liite 4. Deduktiivinen sisällönanalyysi

YHTEYDENOTOT

Liite 1 (1)

Opinnäytetyö



Mourujärvi Marjo - 5AMK38SH

pe 15.11.2013 9:59

[Redacted]

← VASTAA ← VASTAA KÄIKILLE → LÄHETÄ EDELLEEN ***



ke 13.11.2013 10:10

merkitse lukemattomaksi

Vastaanottaja: Mourujärvi Marjo - 5AMK38SH:

• Vastasi 15.11.2013 9:59.

Hei

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted] Asikaskunta on aika "niukeää tutkimusmateriaalia" eikä elämäntilanne "syrjäytyneenä" ole mitenkään ylpeilyn aihe, siksi innokkaita on aika vaikea saada mukaan. [Redacted]

Miten valikoitte haastateltavat...kun meilläkin on satoja asiakkaita, joista jokainen on ollut vaarassa syrjäytyä tai jopa hetkellisesti ollut elämäntilanteessa, jossa yhteiskunta ei ole ulottunut heihin. Kannattaa miettiä otannan kriteerit. Oletteko millä aikataululla liikenteessä? Mietin, että jos keväällä kun toinen tutkimus on alta pois niin voisiko silloin ajatella tätä teidän tutkimusta...

Opinnäytetyö syrjäytymisestä



Mourujärvi Marjo - 5AMK38SH

pe 15.11.2013 10:10

[Redacted]

← VASTAA ← VASTAA KÄIKILLE → LÄHETÄ EDELLEEN ***



ke 13.11.2013 12:29

merkitse lukemattomaksi

Vastaanottaja: Mourujärvi Marjo - 5AMK38SH:

Hei!

Aihe kuulostaa mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta. Voin yrittää kysellä, jos minulla tai muilla meidän säätiön nuorten työntekijöillä olisi nuoria asiakkaita, jotka suostuvat haastateltaviksi. Syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia nuoria meillä varmasti on asiakkaina, mutta on eri asia, näkevätkö nuoret itse sopivansa syrjäytyneen nuoren määritelmään. [Redacted]

[Redacted]

← ← →



pe 9.5.2014 10:44

Saapuneet

merkitse lukemattomaksi

Hei

Voitte laatia esim. sähköpostiviestin, jossa kuvaatte opinnäytetyötänne ja esitätte pyynnön haastateltavista. Laittakaa yhteystietonne, johon haastateltaviksi halukkaat voivat olla yhteydessä.

Voin sitten välittää viestinne meidän vapaaehtoisille sähköpostitse ja laittaa ilmoituksen myös ilmoitustaululle.

Haastattelut voi suorittaa [Redacted] vapaana olevien tilojen puitteissa.

[Redacted]

Tutkimussuunnitelman ja tutkimusluvan kanssa voitte asioida minun kansani.



Mukavaa alkanutta syksyä!

Olemme Lapin ammattikorkeakoulusta (Kemin yksiköstä) sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme masennuksen merkitystä syrjäytymiseen. Tarkoituksenamme on saada asiakkaiden omien kokemusten kautta valmiuksia ja tietoa tulevaan sairaanhoitajan ammattiimme.

Tutkimukseemme kuuluu yksilöhaastattelu, jossa kysymme muun muassa taustoja ja nykyistä elämäntilannetta. Kysymykset ovat avoimia, joissa on tilaa keskustelulle. Haastattelu on luottamuksellinen ja se tehdään anonyymisti eli henkilöllisyyttä ei kysytä.

Ilmoittautuminen perjantaina 5.9.14 mennessä.

Haastattelut tapahtuvat *****11.9-12.9.2014.

Terveisin Marjo Mourujärvi (p.***-*****) ja Anni Vuoti (p.***-*****)

KEHOLLISUUS

- Onko fyysisiä vaivoja?
 - Jos on, niin minkälaisia?
- Millä tavalla ne esiintyvät?
- Kiinnitätkö enemmän huomiota fyysisiin vaivoihin?
 - vertaillaan vuosi sitten
- Onko ollut enemmän/vähemmän kipuja lähiaikoina?
 - Minkälaisia?
- Turvaudutteko lääkkeisiin?
 - kipulääkkeet?
 - psykelääkkeet?
 - muita lääkkeitä?
- Kuvailkaa omaa alkoholin käyttöä/ päihteiden käyttöä
- Mitä mieltä olet omasta ravitsemuksestasi?
 - mitä söit aterioilla eilen?
 - onko ravitsemukseesi vaikuttavia tekijöitä?
- Onko unettomuutta?
 - vertaa millaista yöuni on yleensä
- Minkälaista liikuntaa harrastat?
- Miten pidät huolta siisteydestä?
 - onko mahdollisuutta saunomiseen?
- Kerro yhdellä lauseella itsestäsi

TAJUNNALLISUUS

- Millä tavalla koet omat voimavarasi?
- Kuvailkaa lapsuuttanne
 - olosuhteet
 - perhevälit?
- Oletko koskaan menettänyt ketään sinulle läheistä ihmistä?
 - miten se vaikutti sinuun?
- Onko suvussa masennusta?
 - kuvailkaa
 - millä tavalla olet kokenut sen?
- Minkälaista tukea olet saanut?
 - sosiaalista
 - psyykkistä
 - keneltä? vrt. sosiaaliseen verkostoon

- Missä olet hyvä?

Liite 3 (2)

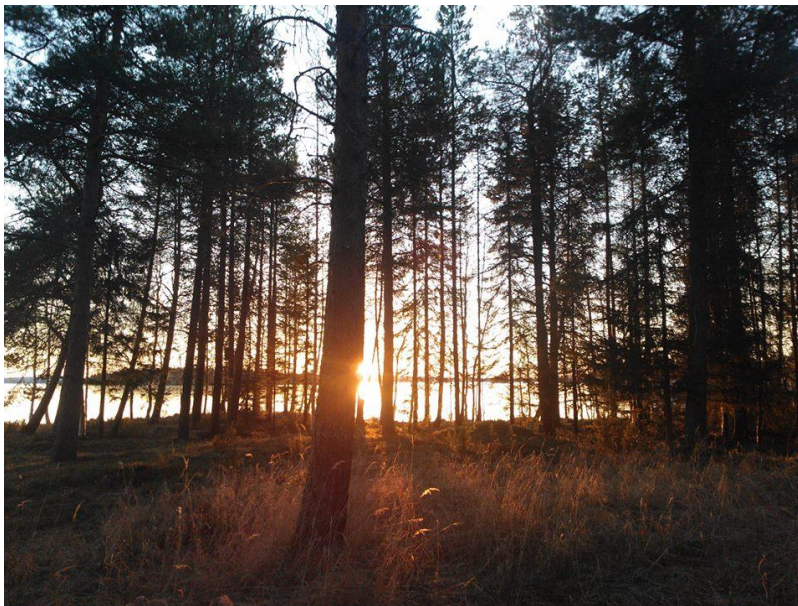
SITUATIONAALISUUS

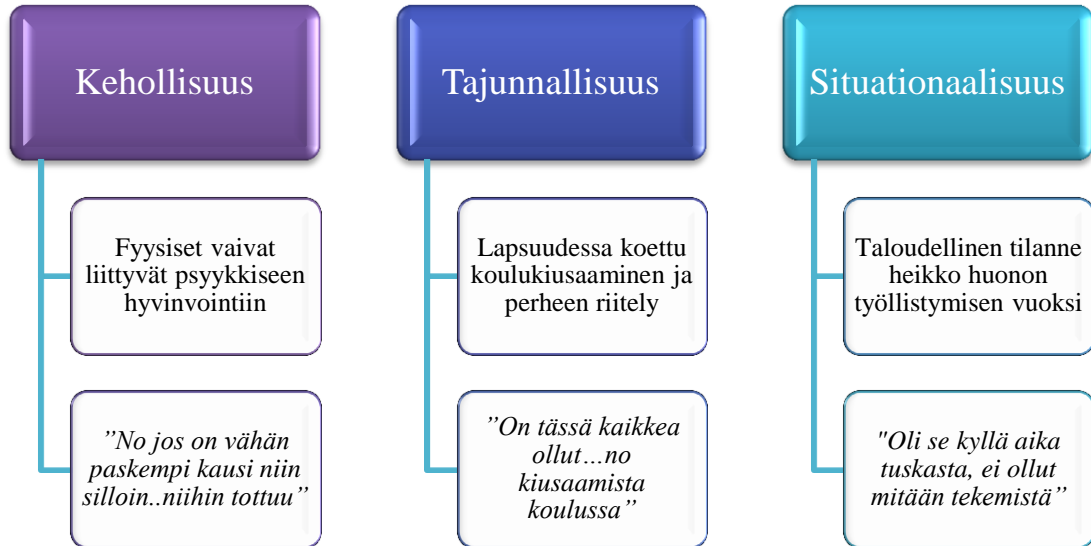
- Minkälainen sosiaalinen verkosto sinulla on?
 - minkälaiset välit sinulla on heidän kanssaan?
- Mikä on oma näkemys syrjäytymisestä?
- Minkälainen taloudellinen tilanne sinulla on?
- Kuvaile työhistoriaanne
 - työttömyyttä?
 - sairaslomia?
 - miten olet kokenut työttömyyden? vrt. myös taloudelliseen tilanteeseen
- Minkälainen sosiaalinen verkosto sinulla on?
 - minkälaiset välit sinulla on heidän kanssaan?
- Kuvaile eilinen päivä aamusta iltaan
- Mitä muuta haluaisit lisätä tähän keskusteluun?

TAUSTAKYSYMYKSET

- Ikä
- Sukupuoli
- Koulutus
- Perhe

MITÄ TÄMÄ KUVA HERÄTTÄÄ SINUSSA?





Kuvio 4. Muunneltu versio Kyngäs & Vanhanen. Hoitotiede Vol 11 no 1/99, aiheiston abstrahointi.