

Sofia Käyhty

# Mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä yksinäisyydestä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi

Sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö

26.3.2017

Tekijä(t) Otsikko	Sofia Käyhty Mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä yksinäisyydestä
Sivumäärä Aika	41 sivua Kevät 2017
Tutkinto	Sosionomi
Koulutusohjelma	Sosiaalia
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaalia
Ohjaaja(t)	Lehtori Riikka Harju Lehtori Katja Ihamäki
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä yksinäisyydestä, sillä yksinäisyys yhtenä hyvinvoinnin uhkatekijänä on tunnistettu viime vuosina yhä selkeämmin. Tarkoituksena oli kartoittaa ryhmäkotimuotoisessa asumispalveluyksikössä elävien mielenterveyskuntoutujien ajatuksia yksinäisyyden teemasta. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä yksinäisyydestä ilmiönä mielenterveysongelmaisten henkilöiden näkökulmaa painottaen.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä ovat tyypillisesti skitsofreniaa sairastavat asukkaat. Laadullisen tutkimuksen aineisto muodostuu kuuden asukkaan teemahaastatteluista, joissa käsitellään hyvinvointia, yksinäisyyden määrittelyä, sosiaalisia suhteita ja asumisyksikön toimintoja. Saadun aineiston analyysissä oli hyödynnetty teemoittelua ja tyypittelyä. Tulosten tulkintaa tehtiin Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttäteorian avulla, joka auttaa erottelemaan pakollisen ja vapaaehtoisen yksinäisyyden ulottuvuuksia.</p> <p>Tulosten mukaan asukkaat ajattelevat yksinäisyyden olevan fyysistä yksinoloa sekä henkilökohtainen tuntemus. Sen määritellään sisältävän niin positiivisia, että negatiivisia puolia. Positiivista on omaan rauhaan hakeutuminen, negatiivista muiden seuran puute sitä toivottaessa. Puolet tutkimukseen osallistuneista asukkaista viihtyy enimmäkseen tai hyvin paljon yksinään. Lähes kaikki asukkaat pitävät yhtä tai useampaa kanssa-asujaa lähipiiriinsä kuuluvina. Johtopäätöksiä voidaan todeta, että kolme asukasta kuudesta hakeutuu vapaaehtoiseen yksinäisyyteen, mikä merkitsee mahdollisuutta yksityisyyteen ja rauhaan. Tästä huolimatta melkein jokaisella tutkimusjoukosta on asuinympäristössään olemassa joku tärkeä henkilö.</p> <p>Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää asumisyksikössä yksinäisyydestä avoimesti puhumisen välineenä, mikä edistää keskustelukultuurin synnyttämistä monin tavoin latauneesta aiheesta. Teemasta tietoisena oleminen auttaa negatiivisen yksinäisyyden ehkäisyssä ja antaa käsityksen siitä, mitä vapaaehtoinen yksinäisyys antaa asukkaalle. Tuloksia voidaan myös hyödyntää palautteena, jonka avulla asumisyksikössä voidaan suunnitella, kehittää ja toteuttaa asukkaiden elämänpiiriin kuuluvia hyvinvointia tuovia toimintoja. Aihetta voidaan myös hyödyntää muiden asumispalveluiden piirissä uusin tutkimuksin. Teema soveltuisi jatkotutkimuksen aiheeksi siten, että tutkimusjoukkona olisivat itsenäisesti kodeissaan asuvat mielenterveyskuntoutajat. Mielenkiintoista olisi tutkia, millainen näkökulma teemaan olisi henkilöillä, joilla ei ole ympärillään ryhmäkodin kaltaista päivittäistä tukiverkkoa.</p>	
Avainsanat	mielenterveys, yksinäisyys, skitsofrenia

Author(s) Title	Sofia Käyhty
Number of Pages Date	41 pages Spring 2017
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructor(s)	Senior Lecturer Riikka Harju Senior Lecturer Katja Ihamäki
<p>The purpose of this Bachelor Thesis was to examine the views of loneliness among mental health clients, as loneliness has been increasingly recognized as one of the factors threatening an individual's well-being. The aim was to clarify the outlook on the theme of loneliness by interviewing mental health clients, who live in a residential service unit. The purpose was to augment understanding the phenomenon of loneliness by emphasizing the aspects of mental health clients.</p> <p>The focus group consists of residents, who typically suffer from schizophrenia. This qualitative research is based on theme interviews of six residents, who express their opinions about well-being, definition of loneliness, social relationships and the activities of the residential service unit. The material of interviews was analyzed by putting the main themes in order and using typology. Interpretation of the results has been operated by using Nevalainen's theory of voluntary-mandatory, friends-lonely.</p> <p>According to the results the interviewed residents determine loneliness as being physically alone and as a personal experience. Loneliness consists of positive and also negative features. A positive feature means seeking serenity from solitude. A negative feature is lacking other people's company when needed. Half of the residents who took part in the research prefer to spend most part of their time alone. Almost all of the residents consider one or more co-residents to be included in their inner circle. As a conclusion, it can be stated that three of six residents seek for voluntary loneliness or solitude, which offers opportunities for privacy and peacefulness. Nevertheless, almost everyone in the focus group has someone significant to them in their living environment.</p> <p>The results of the study can be utilized in the residential service unit as a tool to evoke conversations about loneliness. That promotes the culture of speaking openly about the subject which is sensitive in many ways. To be aware about the theme helps to prevent the phenomenon of negative loneliness and gives a viewpoint to understand, why some residents seek for solitude. The results can also be considered as a feedback to plan, develop and operate the activities in the residential service unit. In the future, the theme of the study could be adjusted to carry out a research among mental health rehabilitators, who live independently in their homes. It could be interesting to investigate, what kind of outlook these people have on the theme of loneliness, when they do not have the daily support net of a residential service unit.</p>	
Keywords	mental health, loneliness, schizophrenia

# Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Tutkimuksen tavoitteet	2
2	Mielenterveys	4
2.1	Mielenterveysongelmien periytyvyys	6
2.2	Mielenterveystyöhön liittyvä lainsäädäntö	7
2.3	Mielenterveyspalvelujen järjestäminen	8
2.4	Asumispalvelut	9
2.5	Skitsofrenia	10
2.5.1	Luokittelu ja oireet	12
2.5.2	Hoito ja kuntoutus	13
2.6	Ryhmäkodin asukkaiden mielenterveyden häiriöt taustavaikuttajina	14
3	Lilinkotisäätiön palvelutalo Viertokoti	17
3.1.1	Lilinkotisäätiön arvot ja toimintaperiaatteet	18
3.1.2	Viertokodin rooli yksinäisyyteen vaikuttajana	18
4	Yksinäisyys	20
4.1	Yksinäisyys mielenterveyskuntoutujien kontekstissa	23
4.2	Sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys	24
4.3	Yksinäisyys riskitekijänä	27
5	Vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttäteoria	28
6	Opinnäytetyön toteutus	30
6.1	Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu	30
6.2	Tutkimus- ja haastattelukysymykset	30
6.3	Aineiston kerääminen	32
6.4	Aineiston analyysi	32
6.5	Tutkimuksen eettiset kysymykset	33
7	Tulokset	35
8	Johtopäätökset	39
8.1	Kehittämisen näkökulma	40
9	Lähdeluettelo	42
10	Luvat ja liitteet	47

## 1 Johdanto

Suomalainen väestö ikääntyy ja kaupungistumisen muutostrendi on voimakas. Esimerkiksi asumisen saralla yksin asumisesta on tullut aiempaa yleisempää, joka voidaan havaita muun muassa siitä, että Helsingin alueella jo noin puolet kotitalouksista on yhden hengen ruokakuntia. Samansuuntaista kehitystä on havaittavissa myös muiden pohjoismaisten pääkaupunkien asumistavoissa. Jopa koko maailman mittapuulla yksin asuminen yleistyy, jolloin se ei ole enää välivaihe, vaan pysyvä asumisen järjestely erityisesti ikäihmisillä. Myös työnteko yksityistyy ja muuttuu yksinäisemmäksi suoritteeksi, jolloin sen aiheuttama rasituskin ulottuu työaikojen ulkopuolelle muuhun elämään. (Eskola & Taipale 2011: 183–187.) Tätä tietoa vasten voidaan esittää ajankohtainen kysymys siitä, millaisia vaikutuksia tämänlaisilla asumisen ratkaisuilla on yleisesti yksin- ja yhdessäelön kannalta. (Väliniemi-Laurson, Borg & Keskinen 2016: 5.) Vaikka asumisen voidaan arvioida keskittyvän tulevaisuudessa yhä enemmän yhden hengen talouksiin, ei tästä tilastollisesta havainnosta voida vielä vetää suoria johtopäätöksiä esimerkiksi yksin asuvien yksinäisyyden tunteen kasvusta. Yksilöiden asumisjärjestelyt tai perherakenteet eivät ole verrannollisia siihen, mikä on kunkin subjektiivinen näkemys omasta yksinäisyyden tai yhteisöllisyyden kokemuksestaan.

Yksinäisyys on aiheena ajankohtainen ja Suomessa sitä käsitellään aktiivisesti monilla tahoilla. Esimerkiksi evankelis-luterilaisen kirkon Palveleva puhelin tarjoaa soittajilleen keskusteluapua, jonne yhteyttä ottavien ihmisten keskeisenä puheenaiheena on ollut jatkuvasti yksinäisyys (Saari 2016: 26). Niin kolmannen sektorin toimijat, että julkisen puolen aktiivit ovat toteuttaneet kampanjointia yksinäisyyden vähentämiseksi. Tutkimuksen saralla Suomessa toimii nyt ainutlaatuinen yksinäisyystutkimusverkosto, jota johtaa teeman tutkimisesta tunnettu Juho Saari. Hänen mukaansa yksinäisyyttä voidaan pitää yhtenä uutena näkökulmana, jonka avulla havaitaan eriarvoisuuden monia muotoja ja ilmenemisen tapoja. Myös hallitusohjelmaan on sisällytetty kohtia yksinelävien henkilöiden aseman kartoittamiseksi. (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 7.) Yksinäisyyttä on alettu aktiivisesti tutkimaan niin Suomessa kuin kansainvälisesti, ja etenkin 2000-luvun aikana aihetta koskevat tutkimukset ovat moninkertaistuneet. (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 84).

Suomalaisen median kentällä on käsitelty laajasti sekä yksinäisyyttä, että viime vuosina myös yhä useammin erilaisia mielenterveyttä heikentäviä psyykkisiä ongelmia, kuten masennusta. Useat yksittäiset ihmiset, niin julkisuudessa tunnetut kuin ”tavallisetkin”

kansalaiset, ovat tehneet henkilökohtaisia ulostuloja mediassa omilla kasvoillaan kertoakseen mielenterveysongelmistaan. Televisio-ohjelmat, henkilöhaastattelujen pohjalta luodut lehtiartikkelit, asiantuntijalausunnat ja sosiaalisen median monenlaiset julkaisualustat ovat toimineet asian esiin nostamisen kanavina. Mielenterveysongelmia on käsitelty mediassa niin yksittäisten henkilöiden elämäkokemuksia avaamalla, että kuulemalla terveys- ja sosiaalialan asiantuntijoita. Esimerkiksi Katri Kallionpää (2017) on Helsingin Sanomissa nostanut esiin nuorten masennusoireiden yleisyyden, joiden hoitamiseksi tarvittaisiin entistä suurempaa panostusta koulujen terveydenhuollossa, oppilas- huollossa ja matalan kynnyksen palveluissa. Huolta aiheuttaa myös hoitoon pääsy tilanteissa, joissa mielenterveysongelmista kärsivällä on lisänä päihdeongelma. (Kallionpää 2017.) Nämä ovat vain muutamia esimerkkejä siitä, että mielenterveyteen liittyvien häiriöiden ja sairauksien kantamaa leimaa pyritään aktiivisesti hälventämään. Näihin aiemmin vahvasti liittyntä stigman, häpeän ja 'salailun kulttuuria' yritetään vähentää näkyvyyden ja keskustelun keinoin. Valitettavasti mielensairauksien stigma elää kuitenkin edelleen vahvana, ja on osin kulttuurisestikin syvälle iskostettua. (Eskola & Taipale 2011: 184.) Mielenterveyden häiriöihin onkin suhtauduttu aikojen saatossa usein eristävästi, torjuen tai jopa sairastunutta vainoten (Hari, Järvinen, Lehtonen, Lonka, Peräkylä, Pyy-siäinen, Salenius, Sams & Ylikoski 2015: 135). Tätä asenneilmapiirin liikehtimisen taustaa vasten oli itselleni luonnollinen valinta, että opinnäytetyön tutkimusta toteutetaan mielenterveyskuntoutujien näkökulmia painottaen. Tällä kohderyhmällä psyykkiset sairaudet, kuten skitsofrenia, luovat usein omia haasteitaan sosiaalisiin suhteisiin. Täten heidän näkemyksenä tuottaa suoraan kohderyhmältä kumpuavaa tietoa ja lisää ymmärrystä henkilöiden omasta suhteesta yksinäisyyden teemaan.

### 1.1 Tutkimuksen tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on käsitellä yksinäisyyden määrittelyä mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Ilmiöön perehtyminen tapahtuu koostamalla teoreettista tietoa ja haastatteleamalla tutkimukseen mielenterveyskuntoutujia. Tässä tutkimuksessa näkökulma painottuu etenkin skitsofreniaa sairastaviin. Kysymällä kohderyhmään kuuluvien ajatuksia teemasta voidaan saavuttaa autenttista tarttumapintaa aiheeseen. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa, mitä ryhmäkotimuotoisessa tehostetun tuen asumis- palveluyksikössä asuvat, pääosin skitsofreniaa sairastavat mielenterveyskuntoutujat ajattelevat aiheesta, eli mikä on kuntoutujan oma suhtautuminen yksinäisyyteen. Tutkimuskysymyksenä on; Millaisia näkemyksiä mielenterveyskuntoutujilla on yksinäisyydestä? Tutki-

musympäristönä toimii Lilinkotisäätiöön kuuluva Viertokoti – asumispalveluyksikkö. Lilinkotisäätiön tavoitteena on parantaa psyykkisesti pitkäaikaissairaiden asemaa yhteiskunnassa. Säätiö sekä kehittää että toteuttaa sosiaalipsykiatrista kuntoutustyötä palveluasumisen muodossa. Viertokodissa kuntoutus pitää yllä asukkaiden toimintakykyä. Tutkimusaineisto opinnäytetyötä varten kerättiin Viertokodin asukkailta yksilöhaastatteluiden avulla. Teemahaastattelujen pyrkimyksenä oli, että kuulluksi tulee asukkaiden ”ääni”. Tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, miten kohdejoukko määrittää yksinäisyyden käsitettä, mitkä ovat asukkaille hyvinvointia tuottavia asioita ja toimintoja Viertokodissa sekä millaisia sosiaalisia suhteita ja niihin liittyviä toiveita heillä on. Opinnäytetyön teoreettinen osuus puolestaan avaa mielenterveyttä käsitteenä, skitsofreniaa psyykkisenä sairautena, mielenterveystyöhön liittyvää lainsäädäntöä ja palveluita sekä yksinäisyyttä yleisenä ilmiönä, että mielenterveyskuntoutujien kontekstissa. Tutkimuksessa saatuja tuloksia on tulkittu Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttäteorian avulla, joka havainnollistaa yksinäisyyden ja sosiaalisten suhteiden ulottuvuuksia.

## 2 Mielenterveys

Mielenterveyttä on määritelty 1970-luvulta saakka yksilöitä ja yhteisöjä vahvistavaksi voimavaraksi, jonka on kuvailtu muistuttavan uusiutuvia luonnonvaroja; mielenterveys kuluu ja uusiintuu jokapäiväisesti, eri aikoina ja tilanteissa. Psykkisten voimavarojen määrä voi vaihdella elämäntilanteen mukaan, eivätkä ne myöskään ole lähtökohtaisesti kaikilla samanlaisia. (Eskola & Taipale 2011: 181.) Mielenterveys on käsitteenä myös varsin monimuotoinen, jonka tarkka määrittely ei ole yksinkertaista. Mielenterveyden varhaiseen kehitykseen vaikuttavat muun muassa äidin terveydentila raskauden aikana, perimä, sosiaalinen verkosto sekä erilaiset elämän kokemukset, kuten kriisitilanteet. Mielenterveydelle ei ole löytynyt absoluuttista määritelmää ja sen suhteellisuuskin on vaihtelevaa, joten on tyydyttävä siihen, että ihminen itse on ainoa, joka tietää oman mielenterveytensä sen hetkisen tilan. Joihinkin mielen sairauksiin tosin liittyvät puutteet tuntee ja tunnistaa omaa sairaudentunnetta. (Toivio & Nordling 2013: 60.)

Mielenterveyttä pidetään inhimillisenä voimavarana, jolla on vaikutuksensa siihen, millaiseksi yksilön itsetunto muotoutuu ja onko tällä pystyvyyttä kestävien ihmissuhteiden rakentamiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Se on myös luovuutta ja kykyä ehkäistä ongelmia. (Alanen 2003: 18.) Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) tekemään määritelmään mielenterveydestä sisältyy esimerkiksi omien kykyjen tunteminen, pystyvyys toimintaan myös stressille altistuttaessa sekä kyky tuottaa työskenelyyn ja yhteisön jäsenenä toimimiseen. (Vuorilehto, Larri, Kurki, & Hätönen 2014: 13.) Mielenterveystyön avulla voidaan tukea niin yksilöiden kuin yhteisöjenkin kehittymistä kohti terveyttä ja tasapainoa, mikä ehkäisee psyykkistä sairastumista (Risänen 2007: 30).

Mielenterveystyön komitean teki vuonna 1984 määritelmän ominaisuuksista, joiden katsottiin kuuluvan ihmisen terveeseen elämään. Niihin kuuluvat esimerkiksi kyky työskenelyyn ja itseilmaisuun, normaali itsetunnon taso, sopeutumiskyky, pystyvyys ongelmanratkaisuun ja itsenäiseen toimintaan. Kriteerit heijastelevat mielenterveyden toiminnallisuutta ja mahdollisuusluonnetta, jossa painotetaan ihmisen potentiaalia. (Saarenheimo 2003: 14.) Käsitys mielenterveydestä on kokenut monipuolistumista, jolloin sitä ei määritetä enää ainoastaan sairauksien ja oireiden puutteeksi. (Vuorilehto ym. 2014:13.) Mielen sairaudet eivät siis ole vastakohtana mielenterveydelle, sillä myös psyykkisesti sairastuneilla on aina jossakin määrin olemassa terveyttä ja omien vahvuuksien alueita (Eskola & Taipale 2011: 187). Valitettavasti mielenterveyden käsittely kuitenkin rajoittuu



usein vain pääosin negatiivisiin asioihin, jolloin sen huomiointi erillisenä, myönteisenä arvona ohitetaan. Mielensterveyttä ei osata pitää positiivisena voimavarana, vaan useimmiten se nähdään kohteena, joka on vaarassa järkkyyä. (Tienari 2003: 80.)

Mielensterveys on yksilöä laajempi kokonaisuus, jolloin voidaan puhua esimerkiksi yhteisöjen mielensterveydestä. Yhteisöjen mielensterveys on perusolemukseltaan vuorovaikutusilmio, jota voidaan arvioida muun muassa yhteisöjen toimintakykyä ja joustavuutta tutkimalla. Mielensterveyden peruspilarit koostuvat psyykkisistä, biologisista ja sosiaalisista tekijöistä, jotka toimivat vuorovaikutuksessa keskenään, ja näin muovaavat niin yksilön kuin yhteiskunnan psyykkistä tilaa. (Tienari 2003: 17–18.) Näistä mielensterveyden osista biologiset tekijät toimivat temperamentin rakennusaineiksina ja luovat ihmisen geneettisen pohjan. Psyhyken rakenteisiin ja myös kehittyvään psyykkiseen mielensterveyteen vaikuttavat vallitsevan ympäristön olot. Varhaislapsuus, murrosikä ja sekä muun muassa vanhemmuus tuovat sekä haastavuutta että uusiutuvuutta mielensterveyteen. Lapsen kasvaminen on yksi esimerkki mielensterveyden sosiaalisesta osasta; ilman vuorovaikutusta ja yhteisön sosiaalista ulottuvuutta lapsella ei ole mahdollisuuksia normaaliin kehittymiseen. (Eskola & Taipale 2011: 181–182.) Varhaisimmassa kehitysvaiheessa pieni lapsi tarvitsee lähelleen lähinnä häntä hoivaavat vanhemmat, joiden kanssa vuorovaikutuksen harjoittelu tapahtuu. Myöhemmin kasvun aikana toisten ihmisten seura on välttämätöntä, jotta lapsi saavuttaisi tasapainoisen ihmisyyden (Nevalainen 2009: 23). Lapsuuden läheisistä ihmissuhteista ja biologisten tekijöiden pohjustavista vaikutuksista edetään siis laajempaan sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden vaikutuskenttään. Mielensterveys on siis lopputulos näiden perusulottuvuuksien keskinäisestä vuorovaikutuksesta, joka muuttuu ja muovautuu halki koko ihmisen eliniän. Näin ollen mielensterveyttä voidaan tosiaankin pitää uusiutuvana resurssina. (Tienari 2003: 17–18.)

Mielensterveyden suojatekijöiksi lukeutuvat koulutus, mielekäs työ, ihmissuhteet ja perimän suotuisuus. Ei pidä myöskään unohtaa yhteiskunnallisten olosuhteiden vaikutusta; turvallisessa ja tasa-arvoisessa yhteisössä eläminen ylläpitää mielensterveyttä. Tasapainon saavuttaminen mahdollistuu myös myönteisien kokemusten keräämisellä esimerkiksi harrastuksista tai muunlaisen osallisuuden kautta. Tarkasteltaessa yksilön elämään liittyviä tekijöitä voidaan havaita, että mielensterveyttä suojaavat elämänhallintataidot, oppimiskyky, sosiaalinen lahjakkuus, itsearvostus ja kyvyt ongelmien ratkaisuun. Sosiaalisissa suhteissa korostuvat lähipiirin tuen merkitys ja esimerkiksi työyhteisössä vallitseva kannustava ilmapiiri. Tärkeää on, että ihmisellä on yhteisössään kuulluksi tulemisen

mahdollisuus, tunne omista vaikutusmahdollisuuksista sekä luottamus siihen, että häntä autetaan avuntarpeen ilmetessä. (Vuorilehto ym. 2014: 15–16.)

Lyhyellä aikavälillä mielenterveyden uusiutumiseen ja kulumiseen vaikuttavat arkielämässä tapahtuvat kokemukset, kuten ilon ja surun aiheet, sekä onnistumiset ja vastoinkäymiset. Parhaimmillaan erilaiset elämäntapahtumat vaikuttavat mielenterveyden kulumiseen ja uusiutumiseen siten, että voimavarat pysyvät sellaisessa tasapainossa, joka palvelee ihmisen mielenterveyden säilyttämistä. Se on perusvoimavara, jota on yritettävä turvata. Kuitenkin ajoittain liian suureksi käyvä kuormitus, kuten ihmissuhdeongelmat, stressi, kriisit tai menetykset voivat aiheuttaa suurta voimavarojen kulumista, mikä lisää valtavasti uusiutumisen tarvetta. Tästä seuraava ahdistus ja psyykinen paine ovat luonnollisia seurauksia mielenterveyden rajojen koettelusta. (Eskola & Taipale 2011: 187.) Kiusaamisen kohteena oleminen, tyytymättömyyttä aiheuttavat sosiaaliset suhteet ja suoranaisten väkivaltojen tekijöiden vastakohtia, joilla on selkeä haavoittava vaikutus hyvinvointiin. (Vuorilehto ym. 2014: 15.) Mielenterveysongelmat aiheuttavat yhteiskunnalle taloudellisia kustannuksia sekä lisäävät tarvetta monenlaisille palveluille. Yksilöille se merkitsee inhimillistä kärsimystä joka vie sekä toimintakyvyn ja heikentää toimeentulon mahdollisuuksia, että kaventaa vuorovaikutusta muihin. Kokonaisuudessaan psyykkiset ongelmat lisäävät syrjäytymisen kierteitä ja riskejä yhteisöissä. Siksi hyvän ja monipuolisen mielenterveystyön tärkeyttä ei tule väheksyä. (Noppari ym. 2007: 48.)

## 2.1 Mielenterveysongelmien periytyvyys

Tutkittaessa mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien periytymistä, on syitä etsitty niin geneettisistä tekijöistä, että kasvuympäristön vaikutuksista. Vaikka perimällä on oma osuutensa mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä, ei ainoastaan sen perusteella voida tehdä johtopäätöksiä kenenkään yksittäisen henkilön mielenterveyden tilasta. Erilaisissa tutkimuksissa aiheesta on lähinnä havaittu, että vanhemman psyykkiset ongelmat lisäävät todennäköisyyttä lapsen psyykkisten sairauksien ilmenemiseen verrattuna mielenterveydeltään terveisiin vanhempiin. (Toivio & Nordling 2013: 60.) Lapset, joiden vanhemmilla on mielenterveysongelmia, sairastavat verrattain varhain alkavia, vakavampia, erimuotoisia ja pitkäkestoisempia mielenterveysongelmia. Kansainvälisten arvioiden mukaan noin 20–25 prosenttia lapsista ja nuorista elää perheissä, joissa joko toisella tai molemmilla vanhemmilla on mielenterveys- tai päihdeongelma, joka on laadultaan hoitoa

vaativa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Perinnöllisyystekijöiden ohella mielenterveyden ylisukupolvisuus näkyy lasten psyykkisissä voimavaroissa, joihin osaltaan vaikuttaa se, millaisiksi lapsen ja vanhempien väliset suhteet ja vuorovaikutus ovat muotoutuneet (Tienari 2003: 18). Mielenterveysongelmat vaikuttavat perheen sisäisiin ihmissuhteisiin, joka osaltaan heijastuu lasten mielenterveyteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

Köyhyyden on havaittu olevan yksi selittäjä, jonka katsotaan nostavan riskiä sairastua mielenterveysongelmiin, myös ylisukupolvisesti (Kataja, Ristikari, Paananen, Heino & Gissler 2014: 39–41). Niukkuus materiaalisissa olosuhteissa nostaa ihmisessä esiin avuttomuuden ja häpeän tunteita, jotka hankaloittavat mielenterveyden hallintaa (Frankenhaeuser 2014: 67). Heikompi sosioekonominen tausta voi osaltaan lisätä todennäköisyyttä ajautua työn ja koulutuksen ulkopuolelle (Harkko, Lehikoinen, Lehto, & Alakauhaluoma 2016: 5). Vastaavasti eläminen korkeammassa sosioekonomisessa asemassa esimerkiksi koulutuksen, sosiaaliluokan, taloudellisen tilanteen tai työmahdollisuuksien osalta, toimii mielenterveyttä suojaavana tekijänä (Sohlman 2004: 46). Kuitenkaan vanhempien ongelmat tai heidän luomansa olosuhteet eivät suoranaisesti määritä lapsen myöhempää hyvinvointia. Vaikka lapsuuden kasvuolosuhteet toki vaikuttavat hyvinvoinnin tasoon myöhemmin elämässä, eivätkä esimerkiksi erilaiset tutkimustulokset ole todentaneet sitä, että saavutettu hyvinvointi olisi täysin yhteneväinen lapsuuden elinolojen kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

## 2.2 Mielenterveystyöhön liittyvä lainsäädäntö

”Vahvin normi, jossa mielenterveyteen ja mielisairauteen voidaan ottaa kantaa, on laki.” (Toivio & Nordling 2013: 61). Mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta huolehtivat valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysministeriö. Tavoitteena on mielenterveyden vahvistaminen ja siihen kohdistuvien uhkien vähentäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Mielenterveystyötä selkeimmin ohjaavia lakeja ovat mielenterveyslaki vuodelta 1990 ja terveydenhuoltolaki vuodelta 2010. Lisäksi päihdehuoltolaki vuodelta 1986 sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1992 ovat olennaisia mielenterveystyötä suunniteltaessa ja toteutettaessa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014: 35.)

Mielenterveyslaki (1990) pyrkii turvaamaan psyykkisesti sairastuneen hoidon tilanteessa, jossa tämän kyky arvioida tarvettaan hoitoon on heikentynyt psyykkisen sairauden takia. Jotta tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa voidaan toteuttaa, tulee aikuisen kohdalla olla todettuna mielisairaus ja sellaisen hoidon tarve, että ilman hoitoa mielisairaus tulisi todennäköisesti pahenemaan ja potilaan tai ulkopuolisen henkilön terveys tai turvallisuus vaarantuisivat. Lisäksi edellytyksenä on, että muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai soveltumattomia käytettäviksi. (Korkeila 2006.) Mielenterveyskuntoutujan tarvitsemat kuntouttavat palvelut voivat olla kunnan järjestämiä esimerkiksi vammaispalvelulain, sosiaalihuoltolain tai kuntouttavan työtoimintalain oikeuttamina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 14.)

Terveydenhuoltolaki (1986) puolestaan lisää kansalaisten valinnanvapautta hoitopaikan ja hoitohenkilöstön suhteen, kun asiakas voi valita entistä vapaammin häntä hoitavan terveydenhuollon yksikön. Terveydenhuoltolaki pyrkii takaamaan asiakaskeskeiset palvelut ja niiden toimimisen saumattomasti. Myös asiakkaan/potilaan aktiivista roolia hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa halutaan korostaa. Osaltaan terveydenhuoltolaki vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä perusterveydenhuoltoa. Laki myös vaikuttaa terveyspalvelujen saatavuuteen ja niiden tehokkaaseen tuottamiseen sekä ajaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Tavoitteena on edistää asiakkaan asemaa sekä hoidon ja tarjottavien palvelujen laatua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

### 2.3 Mielenterveyspalvelujen järjestäminen

Suomessa mielenterveyspalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla (Karlsson & Wahlbeck 2012: 551). Mielenterveystyötä tehdään terveyden- ja sosiaalihuollon osalta niin paikallisella, alueellisella kuin valtakunnallisella tasolla. Mielenterveyspalvelut jakaantuvat perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä. (Kiviniemi ym. 2014: 34.) Ensisijaisesti mielenterveyspalveluita pyritään toteuttamaan perusterveydenhuollon palveluiden piirissä, mutta henkilö voidaan tarvittaessa ohjata erikoissairaanhoidon läheteellä (Karlsson & Wahlbeck 2012: 551). Kaikki palvelut eivät ole kunnan itsensä tuottamia, vaan niitä ostetaan usein yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Näin usein toimitaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kohdalla. Mielenterveystyötä toteutetaan myös työ- ja kouluterveydenhuollossa sekä neuvolapalveluissa. (Salo & Kallinen 2007: 22.)

Pohjoismaissa on haluttu konkreettisesti vähentää laitoshoidoa sekä välttää psykiatrista pakkohoitoa. Vastaavasti mielenterveyspalvelujen monipuolisuuteen sekä niiden saataavuuteen on pyritty kohdentamaan lisää voimavaroja. Lisäksi nimenomaan matalan kynnyksen periaatteilla toimivia mielenterveyspalveluja on haluttu lisätä, sekä poistaa yhteiskunnassa esiintyvää mielenterveysongelmaisten leimaamista eli stigmatisaatiota. Suomessa onkin 1980 – luvulta lähtien toimittu ehkäisevän mielenterveystyön puolesta. Yhtenä esimerkkinä tästä on tuolloin aloitettu itsemurhien ehkäisyhanke. Ehkäisevän mielenterveystyön tarpeellisuutta on perusteltu muun muassa taloudellisilla argumenteilla, sillä ehkäisevän työn avulla voidaan lisätä väestön työkykyisyyttä ja vaikuttaa ehkäisevästi erilaisten hoito- ja palvelukulujen syntymiseen. (Karlsson & Wahlbeck 2012: 549.)

## 2.4 Asumispalvelut

Mielenterveyslaissa (1990) tuodaan ilmi, että ”Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999: 174). Elämänhallinnan ongelmat yhdistettynä alhaiseen toimintakykyyn voivat joidenkin mielenterveyskuntoutujien kohdalla vaikuttaa siten, etteivät he pysty asumaan itsenäisesti kodeissaan. Esimerkiksi sairudentunnottomuus voi johtaa lääkityksen säännöllisyyden puutteisiin ja aiheuttaa uusiutuvia sairausjaksoja. (Vuorilehto ym. 2014: 236.) Lähtökohtana kuitenkin on, että mielenterveyskuntoutuja asuu omassa kodissaan. Tarvittaessa kuntoutujalle voidaan järjestää tukiasunto tai hän voi siirtyä palveluasumisen piiriin asumispalveluyksikköön. Riippumatta siitä, mikä kuntoutujan asumisen muoto on, tulee hänelle tarjota kuntouttavia palveluja, jotka osaltaan edistävät tämän itsenäistä toimintakykyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 19.) Käsitteenä asumispalvelu rakentuu konkreettisesti asumisesta ja siihen liitettävistä palveluista. Lähtökohtaisesti mielenterveyskuntoutujan asumisen tulee olla sellaista asumista, joka täyttää normaalin asumisen peruskriteerejä. (Salo & Kallinen 2007: 27.) Asumispalvelut voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; tuettuun asumiseen, palveluasumiseen sekä tehostettuun palveluasumiseen. Näistä palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen pitävät sisällään sellaisia tukitoimia, joita ei yleensä järjestetä tavallisiin asuntoihin. Asumispalvelujen piirissä oleville mielenterveyskuntoutujille mahdollistuu tällaisilla asumisjärjestelyillä väylä päivittäiseen vuorovaikutukseen muiden kanssa. (Vuorilehto ym. 2014: 237.) Mielenterveyskuntoutujia pyritään myös aktivoimaan

toimijoiksi yhteiskunnassa esimerkiksi tukemalla sosiaalisten verkostojen säilyttämistä. Myös mahdollisuuksia esimerkiksi opiskeluun, kuntouttavaan työtoimintaan, tuettuun työllistymiseen, klubitalotoimintaan ja muuhun sellaiseen tulee olla tarjolla kunkin edellytysten mukaan. Kuntoutujalähtöisiä kuntoutusmuotoja tulee hyödyntää sekä esimerkiksi suunnitella asumispalveluyksiköiden toimintaa jo lähtökohtaisesti sellaisiksi, että ne tukevat kuntoutujia mahdollisimman monipuolisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 23.)

Mielenterveyskuntoutujien tuettujen asumispalvelujen tarve on kääntynyt kasvuun ja niitä on alettu aktiivisesti kehittämään, kun mielenterveyspalvelut ovat siirtyneet purettavasta laitoshoidosta avohoidon piiriin. Tilanne on ollut sama niin Suomessa kuin Ruotsissa, jossa mielenterveyskuntoutujille tarkoitetut tuetut asumispalvelut ovat olleet kuntien järjestämiä. Näihin kasvaviin asumispalveluiden tarpeisiin on vastattu siten, että niitä on hankittu yksityiseltä, että kolmannelta sektorilta. Tuetuilla asumispalveluilla edistetään asukkaiden aktiivista kuntoutumista toimenpiteillä, jossa päämääränä on mahdollisimman itsenäinen pärjääminen. Usein nämä avohoidon tuetut asumismuodot eivät tavoitteissaan kuitenkaan tule käytännön tasolla toteutettuihin, sillä monet asukkaat eivät saavuta itsenäisen asumisen tasoa. Salon ja Kallisen (2004) suorittama kyselytutkimus mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista sisälsi 305 asumisyksikön tietojen ja toimintojen kartoituksen 151 Suomen kunnassa. Tuloksissa vain noin runsas 40 prosenttia asumisyksiköistä kertoi asukkaiden siirtymisestä omaan asuntoon viimeisen 12 kuukauden aikana. Tarkasti määriteltynä tämä vastasi noin 9 prosenttia asukkaista. (Salo & Kallinen 2007: 281.) Henkilöt, joiden mielenterveysongelmat ovat vaikeahoitaisia ja haasteellisia, jäävät tuettujen asumispalveluiden varaan usein vakituisiksi asujiksi huolimatta siitä, että ne ovat tarkoitettuja väliaikaisiksi ratkaisuksiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 19). Lisäksi sairaalapaikkojen vähentäminen on aiheuttaneet huonossa kunnossa olevien potilaiden liian aikaisia kotiuttamisia, jolloin heillä ei ole ollut riittävää kyvykkyyttä toimia edes tuetun itsenäisen asumisen piirissä. (Tuulio-Henriksson 2007: 56.)

## 2.5 Skitsofrenia

Psykoosit ovat vaikeita mielenterveyden häiriöitä, joihin lukeutuvat skitsofrenia, psykoottistaustainen masennus, synnytyspsykoosit, päihdepsykoosit sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Kun ihmisen todellisuudentaju on selkeästi ja laajamittaisesti heikentynyt, on kyseessä psykoosi. Psykoosissa olevalla henkilöllä niin sisäiset kuin ulkoisetkin ärsykkeet voivat olla hajaantuneita ja keskenään sekaisin, jolloin ihminen ei voi olla varma,

mitkä ärsykkeistä ovat todellisia ja mitkä harhaa. Sairastunut saattaa kokea esimerkiksi negatiivissävytteisiä ääniharhoja, jotka uhkaavat ja syyttävät häntä tai esittävät erilaisia vaatimuksia. Myös muut aistimukset kuten haju-, maku-, kosketus-, ja näköaistimukset voivat muuntautua psykoottisen henkilön kokemina hyvin erikoislaatuiseksi. Psykoositilan voimakkuus ja sen kesto vaihtelevat riippuen yksilöstä ja hänen sairautensa laadusta. (Toivio & Nordling 2013: 195.) Alkavassa psykoosetilassa olennaista on syvä tunne vieraudesta, jolloin eroa sisäisten ja ulkoisten tapahtumien välillä ei kyetä ymmärtämään (Cullberg 2005: 140). Psykoosi voi johtua myös ruumiillisesta sairaudesta (Vuorilehto ym. 2014: 168).

Skitsofrenia on sairaus, joka usein vaikuttaa toimintoihin monilla elämänalueilla. Vaikeimmissa muodoissaan se aiheuttaa toistuvia sairaalajaksoja ja psyykkistä eristäytymistä. (Rissanen 2007: 36.) Skitsofreniassa häiriöön kuuluvat erilaiset tunne-elämän, havaitsemisen ja ajattelun häiriöt. Harhojen kokeminen voi aiheuttaa pelkoja, masentuneisuutta ja ahdistusta sairastuneelle. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003: 42.) Skitsofreniaan sairautena liittyvät erilaiset oirekuvat. Sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuler (1857–1939) joka on skitsofrenia käsitteen kehittäjä, määritteli sen olevan joukko sairauksia, jonka tyypillisimpiä oireita kutsutaan perusoireiksi. Jotta skitsofrenia voidaan diagnosoida, vaaditaan tiettyjen perusoireiden ilmentymistä. (Cullberg 2005: 164.) Sairautta voidaan kuitenkin diagnosoida hyvinkin erilaisten oireiden perusteella ja samalla sairastuneella henkilöllä voi sairauden vaiheissa esiintyä eri oireita, jotka kuitenkin ovat luonteeltaan kriteerien mukaisia. Skitsofrenia onkin yksi vaikeimmista psykoottisista häiriöistä, johon sairastuu hieman alle prosentti ihmisistä. Suomessa sairastuvuus on noin 0,9 prosenttia. Sen tarkkoja syytekijöitä ei ole pystytty edelleenkään selvittämään, mutta todennäköisimmin skitsofrenian puhkeaminen on monitekijäisen prosessin tulosta. Sairaudelle altistavat ympäristö- ja geneettiset tekijät sekä niiden tuottamat yhteisvaikutukset. (Tuulio-Henriksson 2007: 51.)

Joillakin henkilöillä sairauden puhkaisevana tekijänä toimivat biologiset vaikuttimet, toisilla sen sijaan ulkoiset seikat. (Tuulio-Henriksson 2007: 53.) Systemaattisesti kerättyä tietoa varhaislapsuuden kokemuksien ja ympäristön vaikutuksista psykoosi- tai skitsofrenia-alttiuteen on kuitenkin vain niukasti. Ennemmin näyttöä on saatu siitä, että negatiiviset kokemukset lapsuuden aikana voivat vaikuttaa persoonallisuushäiriöiden syntymiseen. (Cullberg 2005: 99.) Perinnöllisten riskien osuus skitsofreniaan sairastumisessa on havaittu ja osoitettu tutkimuksissa (Toivio & Nordling 2013: 197). Kuitenkin täytyy

muistaa, että perimä eli geneettinen alttius ei tarkoita sitä, että esimerkiksi ihmisen terveyden tai sairastavuuden kannalta jokin olisi muuttumatonta. Perimä on vain yksi mahdollinen riskiä lisäävä tekijä, joka usein tarvitsee ilmenemiseen ensin vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Geenit eivät siis välttämättä aktivoitu yksinään. (Tienari 2003: 45.)

### 2.5.1 Luokittelu ja oireet

Skitsofrenian luokittelu tapahtuu alatyyppeihin jakamisella esimerkiksi oireiden tai hoitonnusteen mukaan. Näitä tyyppejä ovat katatoninen, residuaalinen, paranoidinen, hebefreeninen ja erilaistumaton skitsofrenia. (Toivio & Nordling 2013: 196.) Katatonisessa skitsofreniassa esiintyy liikehäiriöitä, jolloin sairastunut saattaa jäädä erilaisiin epätyypillisiin asentoihin ja olla autettaessa vastentahtoinen. Myös kiihtyneisyyttä ja kyvyttömyyttä toimintoihin voi esiintyä. Residuaalisessa skitsofreniassa sairastunut on passiivisessa tilassa, eikä tuo sairauden oireita esiin, mutta voi olla muuten vetäytyvä. Harhaluulot ja käyttäytymisen kummallisuus liittyvät tähänkin alatyyppiin. Residuaalisen skitsofrenian muoto ilmenee usein sairauden kroonistuneessa vaiheessa. Paranoidinen skitsofrenia sen sijaan pitää sisällään voimakkaiden harhojen kokemista. Suuruusharhat ja tunne vainottuna olemisesta kuuluvat paranoidisen skitsofrenian piirteisiin. Hebefreeninen skitsofrenia puhkeaa usein nuoruusiällä. Tätä sairauden tyyppiä on vaikeaa hoitaa, sillä niin ajattelu kuin toiminta on sairastuneella leimallisesti hajanaista. Henkilön käytös voi olla arvaamatonta, eikä hän pysty huolehtimaan itsestään. Lisäksi sairastunut ei ole välttämättä ollenkaan kiinnostunut sosiaalisista kontakteista. Viimeisimpänä erilaistumaton skitsofrenia on sairaustyyppinä sekoitus edellä kuvatuista piirteistä ja oireista. Tätä muotoa sairastavaa henkilöä on hankalaa diagnosoida ainoastaan yhteen sairausluokkaan. (Toivio & Nordling 2013: 196–197.) Erilaisten oireiden kirjo ei aina rajoitu pelkästään skitsofreniaan, vaan muissakin vakavissa mielenterveyshäiriöissä oireet saattavat olla vastaavanlaisia (Tuulio-Henriksson 2007: 51). Skitsofrenian diagnosointi ajoittuu usein varhaisaikuisuuteen. Miespuolisilla sairaus puhkeaa noin kolmesta viiteen vuotta aiemmin kuin naispuolisilla. Skitsofrenian ennuste on naisilla myös parempi miehiin verrattaessa. Usein ennen varsinaista skitsofreniaan sairastumista saattaa ihminen kokea ennakoivien oireiden vaiheen. Tässä vaiheessa oireet voivat muun muassa olla aloitekyvyttömyyttä, pakko-oireita, toiminnasta vetäytymistä ja erilaisia mielialan oireiluja. Näitä esiintyy kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuvilla henkilöillä ja ennako-oireita saattaa ilmetä muutamia vuosia ennen psykoosioireita. (Toivio & Nordling 2013: 197–198.)



Sairauden oireet jaotellaan joko positiivisiin tai negatiivisiin riippuen oireiden alkamisen hetkestä ja niiden laadusta. Positiivisiksi oireiksi nimitetään niitä piirteitä, jotka ovat poikkeuksellisia mielen toimintoja, jotka kuitenkin ilmenevät niin sanottujen normaalitoimintojen lisänä. Negatiiviset oireet sen sijaan ovat mielen toimintojen supistumista tai jopa niiden osien kokonaista puuttumista. Negatiivisiksi luokiteltuja oireita ovat esimerkiksi emotionaalisuudesta pois vetäytyminen, vaikeus ajatella asioita abstraktilla tasolla, passiivisuus sosiaalisissa tilanteissa, tunteiden latistuminen ja spontaaniuden katoaminen. Positiivisiksi jaoteltuja piirteitä ovat sen sijaan muun muassa perusteettomat luulot, suuruusharhat, käytöksen harhaisuus ja käsityskyvyn sirpaleisuus. (Toivio & Nordling 2013: 198–199.) Skitsofrenian oireisiin liittyvät keskeisesti myös kognitiiviset häiriöt. Etenkin varhaisella iällä sairastuneilla henkilöillä esiintyy esimerkiksi häiriöitä tarkkaavaisuudessa, toiminnanohjauksessa, muistissa ja psykomotorisessa nopeudessa. (Tuulio-Henriksson 2007: 52.)

### 2.5.2 Hoito ja kuntoutus

Skitsofrenian psykiatrinen hoito ja kuntouttaminen tapahtuvat organisaatioiden kautta, joiden palvelujen tarjonta ja rakenne vaikuttavat siihen, millaiseksi asiakkaan hoito ja kuntoutus muotoutuvat. Toki myös sairauden luonne määrittää sitä, millaisia skitsofrenian hoito- ja kuntoutumistapoja valitaan. Psykiatriassa hoitoajan ennustaminen ei onnistu samalla tarkkuudella kuin esimerkiksi somaattisten sairauksien kohdalla. (Rissanen 2007: 48.) Suurta osaa skitsofreniaa sairastavista auttaa lääkehoito, jonka ohella toteutetaan psykososiaalisia interventioita. Hoitoprosessissa voivat auttaa esimerkiksi yksilö- ja perheterapia, ammatillisen kuntoutuksen keinot sekä kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen harjoitus. Psykososiaalisissa interventioissa painottuvat neljä toimintaperiaatetta; Niistä ensimmäisessä korostuu se, että sairastunut ihminen tarvitsee monipuolista hoitoa, jossa lääkehoito on yksi vaikuttava osa-alue. Toinen toimintaperiaate suuntaa huomion yksilöllisyyteen, eli yksilölliset erot sairaudessa täytyy ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa. Kolmas kohta kannustaa ottamaan sairastuneen ja hänen läheisensä mukaan toimijoiksi hoidon kulussa. Viimeisin toimintaperiaate toteaa sen, että sairastuneen kykyihin liittyvät rajoitukset täytyy ottaa huomioon, sillä usein syy voi piillä kognitiivisten kykyjen vajavuuksissa. (Toivio & Nordling 2013: 201–204.) Erilaisissa yhteisöllisyyttä painottavissa hoitomuodoissa keskitytään kriisien käsittelyyn turvallisessa ympäristössä, joka mahdollistaa asumisen- ja elämönhallintataitojen kehityksen sekä edistää yleisesti kuntoutumista ja ihmissuhteiden luomisen taitoja. Etenkin pitkään sairastaneet henkilöt

hyötyvät usein yhteisöllisestä kuntoutuksesta, sillä heidän sosiaaliset taitonsa saattavat olla kaventuneita. (Rissanen 2007: 178–179.)

## 2.6 Ryhmäkodin asukkaiden mielenterveyden häiriöt taustavaikuttajina

Vuonna 2015 Lilinkotisäätiön asukkaista 81 prosenttia sairasti skitsofreniaa (Lilinkotisäätiö 2015: 5). Se on myös yleisin asukkaiden sairastama mielenterveyden häiriö tämän opinnäytetyön tutkimusympäristössä, Viertokoti – palvelutalossa, jossa tyypillisesti asukkaiden historia sairauden kanssa on useiden vuosien mittainen. Pitkästä sairaushistoriasta huolimatta, kuten Vuorilehto (2014) toteaa, myös mielenterveysongelmaisilla ihmisillä on mielenterveyttä ja voimavaroja aina jossakin määrin. Tätä kutsutaan positiiviseksi mielenterveydeksi. Ihminen voi esimerkiksi olla kykenevä hoitamaan joitakin arkiaskareita ja olemaan ystävyysuhteissa, vaikka ei olisikaan esimerkiksi työkykyinen. (Vuorilehto ym. 2014: 13.)

Psyykkinen sairastuminen aiheuttaa usein elämään kielteisiä vaikutuksia, kun asioiden merkityksellisyys vähenee ja esimerkiksi yksinäisyys lisääntyy. (Koskisuus 2004: 12). Mielenterveyden heikkeneminen lisää ahdistuneisuutta, joka vaikeuttaa sosiaalisissa tilanteissa toimimista. Välttämiskäyttäytyminen luo kynnyistä sosiaaliseen kanssakäymiseen entisestään, jonka ohella saattaa painaa myös leimautumisen pelko. (Hari ym. 2015: 140.) Kun ihminen sairastaa vakavaa mielenterveyshäiriötä, ei hän välttämättä edes pysty mukautumaan tavanomaisiin sosiaalisen elämän sääntöihin (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007: 27). Usein mielenterveyskuntoutujan sosiaalisten suhteiden kannalta asiakkuus erilaisissa hoitavissa ja kuntouttavissa organisaatioissa saattaa vaikuttaa siihen, että niin sanotun ”systeemin” ulkopuolella olevat ihmissuhteet jäävät heikoiksi, sillä ne saattavat eristää ulkopuolisilta sosiaalisilta vaikutuksilta (Mattila 2002: 101). Psyykkiseen sairastumiseen sisältyy tyypillisesti myös tunne erilaisuudesta verrattuna muihin, sekä pelko elämän hallinnan menettämisestä. Oireet vaikuttavat jaksamiseen, jolloin korostuu tarve tukeen ja apuun. Silti avun hakeminen ja sen vastaanottaminen voi tuntua hankalalta, jos ihminen uskoo, että hänen pitäisi selviytyä ongelmistaan yksin. (Koskisuus 2004: 13–14.) Sairastuneen sosiaalisen verkoston kannalta tärkeää on, että haastavassa elämäntilanteessa on edes yksi henkilö, jolle tämä on merkittävä ja antaa tilanteen niin vaatiessa myös käytännön apua (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 151).

Skitsofreniassa oireiden kesto, laatu ja intensiivisyys ovat yksilöllisiä asioita. Lisäksi se, miten sairastuminen kehittyy, riippuu monista tekijöistä. Osa sairastuu varsin lyhyessä

ajassa, kun taas joillakin ihmisillä oireet pahenevat asteittain. Tällöin ihminen ei välttämättä jaksaa osallistua harrastuksiin tai muihin yhteisiin tekemisiin. Kuntoutumiseen kuuluu jaksamisen asteittainen palauttaminen tai näiden toimintamallien etsiminen. (Koskisu 2004:12 – 29.) Skitsofreniaa sairastavan sosiaalisen verkoston koko on yleensä niukka ja melko pieni. Verkostoon sisältyvistä henkilöistä saattavat esimerkiksi puuttua kokonaan ne ihmiset, jotka sairastunut voisi mieltää kohdallaan erityisen merkittäviksi. Ammattiauttajien tulisi aktivoida ja mobilisoida sairastuneen sosiaalista verkostoa jo siinä tilanteessa, kun tämä joutuu ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon psyykkisten ongelmien vuoksi. Sosiaalisella verkostolla voi olla paljonkin kuntoutumista edistäviä ominaisuuksia hyödynnettäväksi. (Mattila 2002: 101.)

Merkitykselliset, jatkuvat ihmissuhteet ja yhteisöön kuuluminen sekä luottamuksellisuus ovat yleisesti mielletty tärkeimmiksi kuntoutumista edistäviksi asioiksi. (Frankenhaeuser 2014: 67). Mielenterveyden ongelmia pitkäkestoisesti sairastaneelle kuntoutumista tukeva sosiaalinen verkosto voi muodostua esimerkiksi perheestä ja sukulaisista, sairaalaoasaston tai hoitokodin ihmissuhteista sekä muista ystävistä ja tuttavista. Myös ammattiauttajat voivat jossain määrin olla liittäjänä osana kuntoutujan verkostossa. (Mattila 2002: 100.) Skitsofrenia sairautena aiheuttaa erilaisia haasteita muun muassa yksilön elämännäköisyydessä, psyyken hyvinvoinnin ylläpidossa, sosiaalisissa kontakteissa, kognitiivisissa kyvyissä ja erilaisten toimintojen suorittamisessa. Täten esimerkiksi Viertokodin asukkaiden sosiaalisten suhteiden luomiseen ja niiden ylläpitoon liittyvät erityiset haasteet, kun kyseessä on laadultaan vaikean mielenterveyden häiriön sairastaminen. Työntekijät voivat kuitenkin kannustaa asukkaita suhteiden säilyttämisessä ja auttaa esimerkiksi läheisiä ymmärtämään asukkaan psyykkisiä vaikeuksia ja sen hetkistä vointia.

Mielenterveysongelmista huolimatta jokaisella on mahdollisuus kuntoutumiseen oireista riippumatta. Kuntoutuminen edellyttää kuitenkin sitä, että psyykkisiä ongelmia sairastava saa tilannettaan edistävää tietoa, tarpeeksi kuntoutumisen mahdollisuuksia sekä tarvitsemiaan tukitoimia. (Koskisu 2004: 16.) Kuten Kiviniemi ym. (2014) toteaa, on sairastuneelle tärkeää, että hän säilyttää toivon tunteen, joka auttaa tulemaan toimeen sairauden kanssa. Toivon ylläpitoon on kullakin keinonsa, joita ovat niin onnistumisen kokemukset, tunne omasta selviytymisen mahdollisuudesta kuin vuorovaikutussuhteiden ylläpito. Nämä ylläpidettävät vuorovaikutussuhteet ovat ensisijaisesti yhteyksiä niihin ihmisiin, jotka ovat sairastuneelle tärkeitä ja merkityksellisiä. (Kiviniemi ym. 2014: 108.) Näitä samoja toivon luomisen ja ylläpidon elementtejä voidaan hyödyntää myös Vier-

kodin asumispalveluyksikössä. Työntekijä voi esimerkiksi toimia asukkaan ja hänen läheistensä keskinäisenä välikappaleena, joka tukee asukkaan vuorovaikutusta läheisten kanssa.

### 3 Lilinkotisäätiön palvelutalo Viertokoti

Vuonna 2004 perustetun Lilinkotisäätiön tarkoituksena on parantaa psyykkisesti pitkäaikaisairaiden asemaa yhteiskunnassa. Säätiö kehittää ja toteuttaa sosiaalipsykiatrista kuntoutustyötä tuottamalla palveluasumista ja toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta mielenterveyskuntoutujille. Yhteensä Lilinkotisäätiö hallinnoi viittä tehostetun palveluasumisen palvelutaloa sekä yhtä palveluasumista tarjoavaa palvelutaloa. Toiminta tapahtuu Helsingissä. Lisäksi säätiöllä on tukiasuntoja eri puolilla Helsinkiä. Asukkaiksi palvelutaloihin otetaan täysi-ikäisiä helsinkiläisiä. Helsingin sosiaali – ja terveysvirastojen toimijat huolehtivat asukasvalinnoista ja sijoittumisista. Valintaperusteisiin vaikuttavat asiakkaan tuen tarve ja hänen sairastamansa psykiatrinen sairaus. Palvelutalojen asuntohaku tapahtuu psykiatrisen poliklinikan kautta. (Lilinkotisäätiö 2016a.) Työntekijöitä säätiöllä on noin 170 henkeä ja asukkaita on noin 310. Säätiön oma päivätoimintakeskus sijoittuu Malmin alueelle, samoin hallinto. Lilinkotisäätiön palvelutaloissa asukkaat saavat turvallisen, kodinomaisen ja toimintakykyä ylläpitävän asumismuodon. Asukastyötä tekevät ohjaajat, joiden tehtävänä on asukkaiden tukeminen ja ohjaaminen.

Lilinkotisäätiöön kuuluva Viertokoti tarjoaa tehostettua palveluasumista, eli ympärivuorokautista tukea asukkailleen, jotka sairastavat erilaisia mielenterveyden häiriöitä, tyypillisesti skitsofreniaa. Toimintakykyjen vajavuuksien ja psykiatristen sairauksien takia asukkaat tarvitsevat jatkuvaa tukea ja ohjausta. Viertokoti löytyy Länsi-Helsingistä ja sen toiminta on käynnistynyt vuonna 2004. Työn perustana on sosiaalipsykiatrinen kuntoutus. Asumisen kokonaisuus muodostuu viidestä ryhmäkodista, joissa jokaisessa asuu seitsemän asukasta. Asukkaat ovat jakautuneet yksikön sisällä erillisiin pienryhmiin, esimerkiksi toiminnallisuuden ja/tai muun kuntoisuuden mukaan. Ryhmäkodeissa jokaisella asukkaalla on oma huoneensa. Keittiö, parveke ja olohuone ovat kerroksissa jaettuina. Ruokailu toteutetaan yhteisesti talon omassa ruokasalissa. Yhteensä Viertokodissa asuu 47 mielenterveyskuntoutujaa. (Lilinkotisäätiö 2016a.) Asukkaille annetaan apua kaikissa asumiseen liittyvissä asioissa, että arkielämän hoitamisessa. Näistä esimerkkeinä vaa-tehuolto, kodinhoitaminen, ostosten tekeminen, terveyden ja hygienian hoito, vapaa-ajan viettäminen jne. Ohjaajina toimivat henkilöt ovat koulutettuja sosiaali – tai terveysalan ammattilaisia, kuten sairaanhoitajia, sosionomeja, mielenterveyshoitajia ja lähihoitajia. (Lilinkotisäätiö 2016a.)

### 3.1.1 Lilinkotisäätiön arvot ja toimintaperiaatteet

Viertokodin asumisyksikkö on ensisijaisesti asukkaan koti, jossa elämisen tavoitteena on kuntoutuminen, arjen hallinta ja omanlaisen hyvän elämän rakentaminen. Näiden tavoitteiden saavuttamista tukevat niin muut kuntoutujat kuin henkilökuntakin. Myös asukkaan omia unelmia ja yksilöllisiä tavoitteita pyritään huomioimaan ja mahdollistamaan niiden toteutumista. (Lilinkotisäätiö 2016b.) Lilinkotisäätiö hyödyntää toiminnassaan päätöksentekomallia, joka perustuu siihen, että asukkailla on oikeudet osallistua päätöksentekoon. Asumisyhteisön asioita käsitellään Viertokodissa viikoittain pidettävässä yhteisökokouksessa, jossa läsnä ovat henkilökunta ja asukkaat. Tässä säännöllisessä kokouksessa tehdään päätöksiä esimerkiksi retkistä, tapahtumista, aikatauluista, tarjolla olevista aterioista, harrastusryhmistä ja jaetaan siisteyden ylläpidon tehtävävuoroja. Lisäksi ryhmäkotien tiloissa pidetään pienryhmien omia aamukokouksia, joissa myös toivotaan asukkaiden tuovan ilmi näkemyksiään ja ottavan kantaa ajankohtaisiin asioihin. Vaikuttamismahdollisuuksia on myös esimerkiksi säätiön omassa Virkistystoimikunnassa, Päätöksentekotyöryhmässä että Ympäristötyöryhmässä. (Lilinkotisäätiö 2015: 7.)

### 3.1.2 Viertokodin rooli yksinäisyyteen vaikuttajana

Säätiön toiminnan lähtökohdaksi on asetettu ihmisen huomiointi kokonaisvaltaisesti. Arvoiksi ovat nimetty osallisuus, avoimuus, turvallisuus, suvaitsevaisuus sekä yhteisöllisyys. Näistä viimeisimmän todetaan tulevan käytännössä esille muun muassa siten, että palvelutaloon muuttaessaan asukkaalla on mahdollisuus liittyä osaksi yhteisöä, jonka muodostavat toiset asukkaat ja henkilökunta. (Lilinkotisäätiö 2016a.) Yhteisöllisyys on yksi keskeisistä toimintaperiaatteista, jonka pohjalta työtä ja toimintoja suunnitellaan ja toteutetaan. Sitä voidaan pitää vastavoimana yksinäisyydelle, sillä yhteisöllisyys on kiinnittymistä verkostoon, joka koostuu suhteista muihin. Se on tae keskinäiselle kunnioitukselle, että kokonaisvaltaista vastuunkantoa niin itsestä kuin toisista asukkaista. Nämä edellä nimetyt arvot viestittävät, millaista ilmapiiriä Viertokodin asumisyhteisöön halutaan valaa ja vakiinnuttaa. Tavoiteltujen arvojen esiintuominen ja niiden nimeäminen asettavat käytännön toimet, asenteet ja päätökset kriittisen tarkastelun kohteeksi. Näitä haluttuja arvoja tulee siirtää arkielämään, jossa ne ilmenevät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, valinnoissa ja ratkaisuissa sekä etenkin ongelmatilanteita kohdattaessa.

Viertokodin asukkaiden parissa tehtävä työ rakentuu sille, että heidän yksilöllisiä tarpeitaan kunnioitetaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että asukas itse saa päättää, mihin ryhmäkodin toimintoihin osallistuu, jos haluaa. Toiveita kuunnellaan ja niiden perusteella suunnitellaan ohjelmaa. Kuntouttavaa ja aktivoivaa toimintaa on monenlaista, esimerkiksi yhdessä tehtävää liikuntaa, taideharrasteita ja keskustelupiirejä. Talon ulkopuolelle suunnataan retkille ja säätiön omaa lomanviettopaikkaa Vihdissä hyödynnetään säännöllisesti. (Lilinkotisäätiö 2016a.) Näiden toimintojen avulla asukas liittyy luonnolliseksi osaksi oman asumisyksikkönsä sosiaalista piiriä, sen arjen aktiviteetteja ja tapahtumia. Koska asuminen on Viertokodissa toteutettu ryhmäkotimuotoisesti, luo se fyysisiä puitteita, jotka mahdollistavat kohtaamisen yhteisissä tiloissa. Asukkaan oma huone takaa yksityisyyttä ja oman tilan, mutta arki rakentuu jatkuvasta kanssakäymisestä henkilökunnan ja muiden asukkaiden kanssa. Yhteiselämä luo sitoutumista muihin ja yhteisiin toimintatapoihin.

Vuonna 2013 Viertokodissa haluttiin lisätä asukkaiden keskinäistä yhdessä tekemisen määrää eli luoda niin sanottua ”kaveritoimintaa”. Tämän vertaistoiminnan tehostamisen tarkoituksena oli johdattaa asukkaita keskinäiseen kanssakäymiseen, jolloin muun muassa yhdessä lähdettiin seuraksi tai saattoavuksi erilaisiin arjen asiointeihin kuten kauppaan, pankkiin tai laboratorioon. (Lilinkotisäätiö 2013: 7.) Vuonna 2014 puolestaan säätiössä aloitettiin vapaaehtoistyö, jossa vapaaehtoiset toimijat toteuttivat erilaisia aktiviteetteja ja yhteistä tekemistä. Asukkaiden kanssa saatettiin lähteä virkistystapahtumiin tai asioimaan kaupassa. Vapaaehtoistyöntekijät ottivat vastuuta myös keskustelu- ja harrasteryhmien pitämisestä, että yleisestä seurapidosta. (Lilinkotisäätiö 2015: 18.) ”Asuminen yhteisössä mahdollistaa vapauden yksilöllisiin valintoihin, mutta parhaimmillaan se ei ole vain naapuruutta, vaan ystävyyttä ja kanssakulkemista.” (Lilinkotisäätiö 2016a).

## 4 Yksinäisyys

Sanaa ”yksinäisyys” käytetään kuvaamaan ihmisen tuntemaa sosiaalista erillisyyden ja kuulumattomuuden tunnetta. Sitä voidaan pitää tilana, jossa ihminen elää vastentahtoisesti ilman syvää yhteyttä muihin ympärillään. Pakollinen yksinäisyys voi synnyttää ahdistavaa tunnetta, joka on tietoisuutta siitä, että elämästä uupuu merkityksellisyttä tuovia henkilöitä. Toisilla yksinäisyys on vain hetkittäinen olotila, mutta joillekin se on osa jokapäiväistä elämää, joka kasvaa osaksi minuutta. Yksinäisellä mahdollisuus jakaa syvimpiä mietteitä on estynyt, sillä ihmiseltä puuttuvat ne henkilöt, jotka niitä aidosti ottaisivat vastaan ja ymmärtäisivät. Aikuisten sosiaalista yksinäisyyttä selittävät usein kasvun ikävaiheista kertyneet kokemukset ja myöhempään yksinäisyyteen myötävaikuttavat sosiaaliset olosuhteet. Yksinäisyys on sosiaalista erillään olemista, mutta sen kokeminen voi olla myös tavoiteltu myönteinen olotila, joka voi tarkoittaa esimerkiksi luovan toiminnan, levon ja rauhoittumisen mahdollisuutta. Vapaaehtoinen yksinäisyys on sosiaalisesta elämästä irrottautumista, johon kuitenkin sisältyy aina mahdollisuus palata takaisin olemassa olevien ihmissuhteiden pariin. (Saari 2016: 85.) Yksinäisyyttä on alettu aktiivisesti tutkia niin Suomessa kuin kansainvälisesti, ja etenkin 2000-luvun aikana aiheetta koskevat tutkimukset ovat moninkertaistuneet. (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 84). Aiheen tutkimusta voidaan pitää luontevana tiedepoliittisena virtauksena, jossa korostuu ilmiölähtöinen tutkimusote. Suomessa Turussa ja Kuopiossa sijaitsevat hyvinvointi- ja terveyseroihin keskittyvät monitieteelliset tutkimuskeskukset, joiden käyttöön yksinäisyyden teema soveltuu tutkimusaiheena hyvin. (Saari 2016: 298.)

Vertailemalla englanninkielisiä sanoja, kuten ”being alone” eli olla yksin, ”loneliness” eli itsensä yksinäiseksi tunteminen, ”social isolation” eli eristäytyneisyys sekä ”solitude” eli vapaaehtoinen yksinäisyys, voidaan huomata kielen vivahteikkuutta ja havaita selkeästi sanojen sisältämät merkityserot. Näistä ensimmäinen sanapari viittaa fyysiseen yksinoloon, toinen yksinäisyyden tunteeseen, kolmas ihmissuhteiden vähäisen määrän mittaamiseen ja viimeinen vapaaehtoiseen hakeutumiseen kauas muista. (Saari 2016: 14–20.) Yksin voi olla siis monella tapaa, mutta itsensä yksinäiseksi tunteminen viittaa vahvimmin sen vahingollisimpaan muotoon. Tilapäisenä tunteena se on normaali osa tavallista elämää, mutta jatkuessaan se alkaa tuottamaan erilaisia ongelmia. Vaarana on, että erilaiset käytösmallit sekä haitalliset toistuvat ajatukset ja tunteet alkavat muuttua pysyviksi ja itseään ruokkiviksi. Näin yksinäisyyttä lisäävistä kehistä on vaikeampi irrottautua. (Valtonen 2015: 5–7.) Yksinäisyys lukeutuu emootioihin, jossa itseilmaisun ja hellyyden



tarpeiden toteuttaminen ovat estyneet (Ahokas 2011: 182). Saarenheimon (2003) mukaan historiassa eksistentiaalifilosofit ovat painottaneet ahdistuksen ja yksinäisyyden merkitystä olennaisena inhimillisen olemassaolon elementtinä, jossa epämurkavien asioiden kohtaaminen mahdollistaa ihmisen yksilöllisen kehittymisen. (Saarenheimo 2003: 103–104.)

Yksin vietettävä aika vaihtelee tilanteesta ja elämänvaiheesta riippuen. (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 85). Varsin suhteellista on, montako ystävää tai muuten läheistä ihmistä ihminen tuntee tarvitsevänsä. Keskimäärin läheisten ystävien määrä vaihtelee yhdestä kuuteen. Läheinen yhteydenpito tätä suuremman ihmismäärän kanssa on jo ajankäytöllisesti haastavaa, tai nämä kontaktit vievät resursseja muilta elämän osa-alueilta. (Nevalainen 2009: 13.) Ystävien ja tuttavuussuhteiden olemassaolo ei myöskään takaa sitä, että niitä kohtaan koettaisiin erityistä kaipaavuutta. (Väliniemi-Laurson ym. 2016: 89). Melkaksen (2009) mukaan yhteydenpidon muotoihin voivat lukeutua esimerkiksi tapaamiset kasvotusten, sähköpostien lähettäminen, puhelinsoitot tai keskustelu internetissä. Kasvotusten tapaamisella on kuitenkin muihin yhteydenpidon tapoihin verrattuna etuna se, että osapuolet välittävät myös sanatonta viestintää, joka vahvistaa keskinäistä luottamusta ja tunteita. Sähköisellä yhteydenpidolla pystytään lähinnä täydentämään ihmishuuhdetta, mutta se ei yksinään pysty korvaamaan konkreettista yhdessäoloa. (Melkas 2009: 27.) Tapaamisten ja yhteydenpidon määrällä ei kuitenkaan suoraan pystytä mittaamaan sitä, kuinka läheisiä ihmiset keskenään ovat (Väliniemi-Laurson 2016: 154).

Yksinäisyyden muotoja ja sen ilmentymiä voidaan tarkastella laajalla aikaperspektiivillä ja kulttuurisidonnaisesti. Ajasta ja paikasta riippuen esimerkiksi entisaikojen kyläyhteisöillä ja suvuilla on ollut erilainen, vahvempi rooli ja merkitys ihmisten elämässä. Sukujen jäsenet olivat tiiviimmin toistensa kanssa tekemisissä, kun eri sukupolvet jakoivat samoja asuin tiloja. Yhteisöjen yksinäisiä nuoria saatettiin myös naittaa toisilleen. Sosiaalisen kanssakäymisen tavat ovat muuttaneet muotoaan ja saaneet uudenlaisia piirteitä. Esimerkiksi kyläilykulttuuri, johon kuuluivat spontaanit vierailut tuttavien koteihin, ovat nykyisin miltei hävinneet. Sen sijaan ihmissuhteiden hoitaminen on siirtynyt tapahtumaan verkkoympäristöissä. Myös globalisaatiolla on oma vaikuttavuutensa, kun esimerkiksi työn perässä siirrytään niin kotimaassa, että ulkomailla. Pysyvät parisuhteetkaan eivät ole enää sosiaalisten normien asettama välttämättömyys. Ihmissuhteet saattavat myös olla sidottuina joihinkin teemoihin, kuten työpaikkoihin tai harrastuksiin. Individualistisempi elämäntyyli on varsin nuori ilmiö; ”Modernin yhteiskuntamme yksinäisyys olisi to-

dennäköisesti tuntunut sata vuotta sitten yhtä aikaa pelottavalta ja luksukselta.” (Neväläinen 2009: 10–12.) Samanlaisen näkemyksen jakaa myös Melkas (2009), joka toteaa, että niin suomalaisen yhteiskunnan, kuin myös sen sosiaalisten ympäristöjen muutos on ollut huomattavaa. Viime vuosisadalla henkilökohtaisista valinnoista kummunneet sosiaaliset suhteet olivat niukkoja ja jo esimerkiksi materiaallinen riippuvuus loi keskinäisiä sidoksia. Ihmisen vallitsevan elinympäristön tavat ja normit loivat rajoitteita, mutta myös tukivat jäseniään. Nykyisin suurimmalla osalla, ainakin aikuisväestössä, on muista riippumaton mahdollisuus vaikuttaa sosiaaliseen ympäristöönsä siten, että vapaa-aikaa voi viettää esimerkiksi vaikkapa halutessaan täysin yksin. (Melkas 2009: 11.)

Junttilan (2014) ja Helsingin Sanomien yhteistyönä toteutetussa yksinäisyyskyselyssä haluttiin saada tietoa lehden lukijoiden yksinäisyyskokemuksista. Kyselyssä tarkasteltiin myös tulevaisuudenuskoa kysymällä itsensä yksinäiseksi määrittäneiden vastaajien pohdintoja siitä, olettavatko he olevansa yksinäisiä myös tulevaisuudessa vai voiko tilanne heidän kohdallaan muuttua. Kyselyyn vastanneista henkilöistä se osa, joka määritteli tuntevansa itsensä aina tai usein yksinäiseksi, mielsi olevansa yksinäisiä luultavasti koko loppuelämänsä. Nämä tilanteensa muuttumattomiksi tunteneet ihmiset kärsivät yksinäisyyden ohella myös aloitekyvyttömyydestä ja heillä oli sosiaalisia pelkoja sekä masennusta ja kokemuksia omaan kotiin eristäytymisestä. Voimakas ja pitkään jatkuva yksinäisyys on yksi riskitekijä, joka ennustaa myöhempää masennusta. (Junttila 2015: 115.)

Singh (2015) käsittelee tutkimuksessaan yksinäisyyttä, masennusta ja seurallisuutta vanhuudessa. Tutkimuksen taustoituksessa tuodaan ilmi, että kasvava vanhusväestö käy elämänsä aikana läpi lukuisia fyysisiä, psykologisia ja sosiaalisten roolien muutoksia, jotka haastavat heidän kyvykkyytensä elää elämäänsä onnellisesti. Vanhemmalla iällä monet kokevat yksinäisyyttä ja masennusta. Tämä juontuu joko yksin elämisestä tai heikentyneistä kulttuuri- ja perhesuhteista. Tutkimuksessa selvitettiin 55 tutkimushenkilön avulla masennuksen, yksinäisyyden ja sosiaalisten suhteiden mahdollisia yhteyksiä keskenään. Menetelmänä käytettiin Beckin masennustestiä (Beck Depression Inventory), UCLA yksinäisyysmittaria (UCLA Loneliness Scale) sekä Eysenckin seurallisuusmittaria (Sociability Scale by Eysenck). Lopputulos oli, että yksinäisyydellä ja masennuksella oli merkittävä yhteys. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli seurallisuuden tarpeeltaan keskivertotasoa ja heidän mielenkiintonsa sosiaaliseen vuorovaikutukseen oli pysynyt yllä vanhuusiällä. (Singh 2015.)

#### 4.1 Yksinäisyys mielenterveyskuntoutujien kontekstissa

Saaren (2016) mukaan yksinäisyyden roolia mielenterveyden ongelmien saralla on tutkittu ahkerasti. Tutkimusten mukaan yksinäiset kokevat esimerkiksi keskivertoa enemmän ahdistus- ja masennusoireita. Ei ole yksinkertaista todeta, ovatko psyykkiset ongelmat peräisin alun alkaen yksinäisyydestä, vai onko yksinäisyys seurausta mielen sairastumisesta. Pitkittäistutkimusten mukaan näiden kahden suhde on vastavuoroinen. (Saari 2016: 104.) Nevalaisen (2009) mukaan tuntemukset yksinäisyydestä voivat pahimmillaan johtaa ihmisen sairastumiseen. Usein mielenterveydeltään haavoittuneet ovat sairastumistaan edeltäneenä aikana kokeneet paljon yksinäisyyttä. Suhtautuminen siihen saattaa vaihdella sen pienenä haittana kokemisesta aina koko elämää vaikeuttavaksi ongelmaksi saakka. (Nevalainen 2009: 21–22.) Tilapäinen yksinäisyys voi olla yhteyksissä esimerkiksi muutoksiin elämäntilanteessa, mutta jos vuosienkaan kuluttua on kykenemätön luomaan suhteita toisiin ihmisiin, voidaan puhua kroonisesta yksinäisyydestä (Heiskanen & Saaristo 2011: 78). Läheisten ihmissuhteiden menettäminen sairastumisen vuoksi on myös useimmille kuntoutujille erittäin vaikea asia. Ihmissuhteissaan petynyt saattaa eristäytyä entistä enemmän muista, jonka korjaamiseksi tarvitaan uusia tukea antavia ihmisiä ympärille ja muita korjaavia kokemuksia. Yksinäisyys on yksi merkittävimmistä tekijöistä, joka haittaa mielenterveyden ongelmista toipumista. Kokemus siitä, että tulee ymmärretyksi muiden taholta ja että saa vastaanottaa kunnioitusta, lisää selkeästi toivoa ja oman arvon tunteen paranemista. Muiden kautta kuntoutuja saa uutta ajateltavaa ja tuoreita näkökulmia, mikä auttaa normaaliuden tunteen kasvattamisessa sekä poistaa mietteitä tarkoituksettomuudesta. (Koskisu 2004: 81–112.)

Vuorilehto (2014) toteaa, että mielenterveysongelmaiset henkilöt joutuvat usein kantamaan itsessään poikkeavuuden leimaa, joka johtaa heidän ajautumiseensa yhteisön ulkopuolelle. Tämän lisäksi he kohtaavat valitettavan paljon myös suoranaista syrjintää, joka juontuu kielteisistä ennakoasenteista, psyykkisten sairauksien ymmärtämättömyydestä sekä tiedonpuutteesta. Myös sairastunut itse saattaa pohtia omaa ihmisarvoaan tai ajatella olevansa muille kelpaamaton mielenterveysongelmansa takia. (Vuorilehto ym. 2014: 16.) Usein myös esimerkiksi skitsofreniaan sairastuneen läheiset saattavat suhtautua tietoon sairaudesta sokin lailla, sillä sairaus herättää leimautumisen kokemuksen (Kiviniemi ym. 2014: 108). Koskisuun (2004) mukaan mielenterveyskuntoutuja saattaa tuntea, etteivät muut ihmiset pysty ymmärtämään, mitä tämän elämäntilanteessa on tapahtumassa, eikä sen sanoittaminen ole yksinkertaista. Siksi sosiaaliset suhteet saat-

tavat heiketä tai jopa katketa. Sairastuneen läheiset saattavat kokea, että heidän tunteensa ihminen on muuttunut ihmissuhteessa toisenlaiseksi, mikä tuottaa hämmennystä. Psykkinen sairaus itsessään tai siihen liittyvä toimintakyvyn mataloituminen voi aiheuttaa vaikeuksia selvitä erilaisissa elämään sisältyvissä rooleissa. Odotusten täyttäminen muuttuu liian vaikeaksi jolloin seurauksena voi olla muista eristäytyminen. (Koskisuus 2004: 18–29.) Yhteisöllisellä tasolla yksinäisyyttä voidaan ehkäistä ja vähentää erilaisten palvelujen kautta. Jos yksinäisyys on peräisin esimerkiksi oman yhteisön puutteesta tai sellaiseen kiinnittymisen vaikeudesta, tarvitaan matalan kynnyksen mahdollisuuksia sosiaalisiin tapahtumiin ja tilaisuuksiin osallistumiseen. Toiminnallista ajanvietettä tarjoavat kerhot, yhteislaulutilaisuudet ja vertaistukiryhmät mahdollistavat sosiaalisen tilan ja toimintaympäristön, joka tuo ihmisiä yhteen ja auttaa yhteisön jäseneksi liittymisessä. (Saari 2016: 268.) Erilaisuutta tulee kuitenkin oppia hyväksymään ja kunnioittamaan. Ihmisten arvon ymmärrystä erilaisuudesta huolimatta voidaan toteuttaa esimerkiksi tiedotuksen avulla ja perehdyttämällä aiheeseen. Asiaa voivat erityisesti erilaisilla auttamisaloilla toimivat ammattilaiset edistää, kun mielenterveyden ongelmien kanssa eläviä ihmisiä vahvistetaan uskomaan omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa. Jokaisen pitäisi käydä läpi niitä asenteita ja uskomuksia, jotka vaikuttavat omaan suhtautumiseen mielenterveysongelmia ja niitä sairastavia ihmisiä kohtaan. Ihminen ansaitsee tulla kohdattuksi ihmisarvoisesti, omasta erilaisuudestaan huolimatta. (Vuorilehto ym. 2014: 16.)

#### 4.2 Sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys

Ihmisen sosiaalisuutta on pyritty selittämään liittymisen tarpeella, jonka kautta pyritään löytämään tasapainotila. Liian runsaat sosiaaliset suhteet voivat lisätä tarvetta yksinolemiseen ja yksinäisyyden tunne päinvastoin lisää halukkuutta kontaktien etsimiseen. (Ahokas 2011: 141.) Robert S. Weissin (1973) määritelmän mukaan yksinäisyys merkitsee ongelmallisuutta ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. Jokaisella on perustavanlaatuisena tarpeena olla läheisessä kiintymyssuhteessa toisen ihmisen kanssa, sekä toimia osana laajempaa vertaisverkostoa, joka mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen. Yksinäisyyden kokemus syntyy, jos nämä sosiaaliset tarpeet jäävät täyttymättä. Yksinäisyys siis määrittyy tietynlaisten sosiaalisten suhteiden puutoksena. (Weiss 1973: 17.) Lisäksi voidaan tarkentaa, että yksinäisyydellä tarkoitetaan sosiaalisten suhteiden puutetta, joka vähentää koettua hyvinvointia (Saari 2009: 42). Tämä näkökanta jakaa yksinäisyyden siis kahteen luokkaan; jos ihmisellä ei ole läheiseksi koettua, yhteydellistä ihmissuhdetta, hän kärsii emotionaalista yksinäisyydestä. Sen sijaan, jos henkilöllä on puutetta sosiaalisesta verkostosta, joka mahdollistaa tyydyttävän kanssakäymisen, on

kyseessä sosiaalinen yksinäisyys. Nämä kaksi muotoa aiheuttavat myös yksilössä toisistaan eroavia tuntemuksia. Ensin mainittu emotionaalinen yksinäisyys synnyttää ahdistusta, toivottomuutta sekä jatkuvaa levottomuutta. Sosiaalinen yksinäisyys taas aiheuttaa sen, että ihminen tuntee olevansa jollakin tavalla ulkopuolinen. Se on kuulumattomuutta vertaisryhmiin ja porukoihin. (Junttila 2015: 34.) Terveysongelmien ilmenemisellä on yhteys niukkoihin ja heikkoihin sosiaalisiin suhteisiin, jolloin esimerkiksi sosiaalisen tuen määrä jää puutteelliseksi (Ahokas 2011: 142).

Sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys ovat perustaltaan toisistaan poikkeavia yksinäisyyden muotoja. Ne syntyvät siitä syystä, että kaivataan läheisiä ja intiimejä suhteita sekä yhteyttä muihin yhteisössä laajemmin. Weiss (1973) esittää, että sosiaaliset verkostot ovat tärkeitä, elleivät jopa yhtä tärkeitä, kuin läheiset kiintymyssuhteet. Sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys kumpuavat erilaisten ihmissuhteiden tarpeista. Näitä ei tule nähdä toistensa vastapuolina, eivätkä ne ole toisiaan kumoavia. Vaikka toisen yksinäisyyden muodon vajaus korjautuisikin, se ei silti poista toisten tyyppisten ihmissuhteiden tarvetta. Esimerkiksi uuteen kaveriporukkaan liittyminen ja sen jäseniin kiintyminen ei poista toivetta päästä läheiseen ihmissuhteeseen, kuten rakkaussuhteeseen, mutta voi kyllä osaltaan lievittää näitä kaipauksen tunteita. (Weiss 1973: 146.) Sosiaalisista verkostoista esimerkiksi ystävyyssuhteet, perhe- ja sukulaisuussuhteet sekä päivittäiset, niin sanotut välineelliset suhteet esimerkiksi työelämässä, vastaavat erilaisiin sosiaalisuuden tarpeisiin (Ahokas 2011: 146).

Wellman ja Wortleyn (1990) Torontossa suorittama tutkimus selvitti, millaiset asiat sosiaalisissa suhteissa lisäävät todennäköisyyttä osapuolten väliseen avun antamiseen ja emotionaalisen tuen välittymiseen. Tutkimuksen tulokset olivat, että kun kyseessä on niin sanotusti vapaaehtoinen suhde, jossa ihmiset ovat keskenään läheisiä, lisäävät tiheään toistuvat tapaamiset todennäköisyyttä sosiaalisen tuen välittymiseen. Usein tapahtuvat kasvotusten kohtaamiset siis lujittavat varmuutta siihen, että niin emotionaalisella kuin käytännön tasolla tapahtuva toisen auttaminen ja tukeminen käyvät toteen. Ero vapaaehtoisen ja niin sanotusti vähemmän vapaaehtoisen suhteen välillä on esimerkiksi ystävyyssuhde verrattuna työtoveruuteen, jossa ollaan tekemisissä lähinnä työn vuoksi ja sen kautta. (Wellman & Wortley 1990.) Läheisessä suhteessa ihmisten välillä vallitsee keskinäinen kiintymys. Toisen ihmisen läheisyys mahdollistaa turvallisuuden tunteen lisääntymisen sekä edistää henkistä hyvinvointia. Jos tällainen läheinen kytkös toiseen puuttuu, voi ilmetä emotionaalista yksinäisyyttä. Sitä voidaan pitää tilana, jossa

ihminen kaipaa tietynlaista suhdetta, enemmän kuin tiettyä henkilöä suhteeseen. Kaipaus on siis kehenkään kohdistumaton tunne. (Weiss 1973: 90–92.) Näitä yleensä pitkäkestoisia ja intiimejä ihmissuhteita nimitetään lähisuhteiksi. Niissä ihmiset ovat keskenään toisensa hyvin tuntevia. Lähisuhteille ominaisia piirteitä on, että niissä tapahtuu tiheään toistuvaa vuorovaikutusta, osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja usein vieläpä monilla elämän osa-alueilla ja suhde on ajallisesti pitkäkestoinen. Keskinäisellä luottamuksella on merkittävä rooli. (Ahokas 2011: 144.)

Osittain yksinäisyyden tunteminen riippuu yksilöllisistä tekijöistä, jolloin toisilla ihmisillä vaikuttaisi olevan paremmat kyvyt sen sietämiseen (Weiss 1973: 96). Vastineeksi tälle ajatukselle joidenkin yksilöiden lähtökohtaiselle sietokyvyille ja suojautuneisuudelle voidaan tarkastella identiteetin määrittelyn vaikutuksia; jos esimerkiksi yksinäisiksi luokitellaan ne henkilöt, jotka kokevat itsensä jossain määrin yksinäisiksi, mutta näkevät identiteettinsä rakentuvan muista seikoista, puhutaan yksinäisyydestä *heikkona identiteettinä*. Henkilöt eivät siis määrittele itseään ensisijaisesti yksinäisyyden avulla, vaan muut käsitteet nousevat vahvemiksi itsen määrittäjiksi. Jos yksilö sen sijaan nojaa määrittämiseen itsestään yksinäisenä, on kyseessä *vahva identiteetti*. (Saari 2009: 26.) Tällaiset arviot nousevat subjektiivisista näkemyksistä omasta itsestä. Kyse on siis yksinäisyyden sietämisen valmiuksien ohella siitä, kuinka vahvasti ihminen määrittelee itseään yksinäisen identiteetin kautta.

Junttilan (2015) mukaan yksinäisyyttä määriteltäessä nousee vahvasti esille neljä erilaista puolta. Ensinnäkin yksinäisen ihmisen sosiaalisissa suhteissa voi olla puutteita joko niiden lukumäärässä tai laadukkuudessa. Ihmisellä on myös taipumusta vertailemiseen, jolloin jo olemassa olevien ihmissuhteiden määrää ja laatua verrataan toivottuihin, eli niin sanottujen tyydyttävien suhteiden standarditasoon. Jos ihmissuhteet jäävät halutun tason alapuolelle, seuraa tyytymättömyyden ja epäonnistumisen tuntemuksia sekä yksinäisyyttä. Yksinäisyys siis merkitsee ristiriitaa ihmisen olemassa olevien ja toivottujen sosiaalisten suhteiden välillä. Toinen määrittelyyn vaikuttava asia on tuntemuksen henkilökohtaisuus, joka syntyy kokijan oman näkemyksen pohjalta. Kukaan ulkopuolinen ei siis voi määrittää sitä, onko joku henkilö yksinäinen, vaikka tämä esimerkiksi viettäisi-kin aikaansa omillaan vailla muiden seuraa. Yksinäisyys ei siis ole sama asia kuin yksin oleminen. Ihmisten seurantarve on erilainen ja vaihteleva, jolloin esimerkiksi toisten tekemät havainnot ja päätelmät jonkun henkilön ystävien vähäisyydestä eivät automaattisesti kerro mitään siitä, onko tämä yksinäinen, jos hän ei itse sellaista tunnetta koe. Mielienkiintoisena havaintona voidaan pitää sitä, ettei yksinäisyyden tunteen esiintyminen

ole aina rinnastettavissa siihen, millainen ihmisen sosiaalinen verkosto oikeasti on. Tunne yksinäisyydestä voi olla vahvasti läsnä, vaikka olisi muiden ympäröimä. Kokemus siis ikään kuin 'elää omaa elämäänsä' ympäröivistä sosiaalisista verkostoista riippumatta. Viimeisimpänä seikkana voidaan panna merkille, että kenties selkein erottava tekijä yksin olemisen ja yksinäisyyden välillä on kokemuksen tunnussa; yksinäisyys tuottaa pahaa, ahdistavaa oloa ja siitä halutaan päästä eroon. (Junttila 2015: 15–19.)

#### 4.3 Yksinäisyys riskitekijänä

Cacioppon ja Hawkleyn (2007) tutkimus on pyrkinyt todistamaan, että ihminen on luonteeltaan sosiaalinen eläin, jolle yksin jääminen on aito hyvinvoinnin vaaratekijä. Tutkimuksen mukaan läheisten ihmissuhteiden puutos saa ihmisen aivot sekä kehon ajautumaan selviytymistilaan. Yksinäisyyttä jatkuvasti tunteva muuttaa suhtautumistaan toisiin, ollen valppaana mahdollisten uhkien varalta. Ihminen alkaa aktiivisesti painamaan mieleensä ihmissuhteissa koettuja ongelmia ja ristiriitoja. Tällöin myös muiden asemaan asettuminen muuttuu puutteelliseksi, kun tarkkaavaisuus keskittyy mahdollisiin konflikteihin. Tämä osaltaan muodostaa yksinäisyyttä pahentavan syy-seuraussuhteen, joka myös heikentää terveyttä. Vaikutukset alkavat hormonitoiminnasta, kun esimerkiksi stressihormoniksi nimitetty kortisoli alkaa nousemaan, jolloin unen laatu saattaa heiketä ja hankaloittaa palautumista. Tutkimuksessa sosiaalisen eristyneisyyden on arveltu vaikuttavan terveyteen kuin liikunnan puute, korkea verenpaine, tupakointi tai lihavuus. Etenkin iäkkäillä ihmisillä yksinäisyyden tunteiden ilmeneminen on yhteydessä terveysongelmiin. Yksilöillä on toki henkilökohtaista vaihtelevuutta sen suhteen, millaista yhdessäoloa kukin kaipaa. Tästä huolimatta voidaan todeta, että yhteyden tarve toiseen on yksi keskeisimmistä tekijöistä, jotka määrittävät ihmisyyttä ja ihmistä lajina. Tutkimuksessa yksinäisyyttä on tarkasteltu biologisesta näkökulmasta, jossa erillisyyden tunne on kuin mikä tahansa muu ihmisen perustuntemus, kuten jano, nälkä tai kivuntunne. Niitä tuntiessa on luontaista, että oloa pyritään kohentamaan ilmenneen tarpeen mukaisesti. Tutkijoiden mukaan yksi keino vastata yksinäisyyteen on vapaaehtoistyön harjoittaminen. Sosiaalisten kontaktien lisääntymisen ohella läheinen ystävyystyminen voi jopa auttaa ratkaisemaan yksinäisyyden ongelmaa. (Valtonen 2015: 5–7.)

## 5 Vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttäteoria

Ihmiselle on tyypillistä vaihteleva tarve niin seurallisuuteen kuin myös yksinoloon. Nevalaisen (2009) näkemyksen mukaan paljon muiden seurassa aikaansa kuluttavat ovat todennäköisemmin niin sanotusti 'hilpeää elämää' viettäviä, sosiaalisesti aktiivisia ja onnellisia ihmisiä. Tästä lähtökohdasta huolimatta vapaaehtoiseen yksinäisyyteen hakeutuneet henkilöt, jotka ovat luonteeltaan vähemmän seurallisia tai jopa erakkoja, voivat olla aivan yhtä merkityksellistä ja onnellista elämää kokevia ihmisiä. Yksinään viihtyvällä voi olla parempi kyky rauhoittua omassa seurassaan. Ratkaisevana tekijänä jatkuvan seurallisen elämän ja yksinäisyyden välillä ovat olosuhteet, jossa molempien ääripäät ovat ei-toivottuja; toisten kanssa jatkuvasti aikaa viettävä saattaa huomata kaipaavansa esimerkiksi yhä suuremmissa määrin myös yksityisyyttä, rauhaa ja etäisyyttä muihin. Tyytymättömyys voi alkaa kasvaa ilman irtioton mahdollisuutta. Tämän rinnalla pakon sanelemaa yksinäisyyttä kokeva on yhtä lailla onneton, ja saattaa lukuisin tavoin koittaa luoda muutosta olosuhteisiinsa. Tyypillisesti ihmiset sijoittuvat omilla kokemuksillaan näiden ääripäiden keskivälille, jossa ystävät ja seuraelämä sekä yksinäisyyden tuntu vaihtelevat luontaisesti keskenään.



KUVIO 1. Vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen -nelikenttä (Nevalainen 2009: 20)



Yksinäisyyden ja ihmissuhteiden erilaisten ulottuvuuksien terävöittämiseksi muodostettu Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttä kuvaa edellä mainittua käsitteistöä tiivistetysti ja visuaalisesti. Nelikentässä toisensa ristikkäin leikkaavat pysty- ja vaakasuorat janat, joilla horisontaalisesti kuvataan liukumaa vapaaehtoisesta yksinäisyydestä pakolliseen yksinäisyyteen. Vertikaalisella janalla havainnollistettuna on ystävyys suhteessa yksinäisyyteen. Ympäri asetuvassa nelikentässä kuvataan yksilön kokemustilaa suhteessa näihin. (Nevalainen 2009: 18–22.)

## 6 Opinnäytetyön toteutus

### 6.1 Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu

Haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Aineistoa voidaan kerätä haastattelemalla kohdeilmion henkilöitä (Kananen 2015: 81). Yksilöllisten kokemusten käsittelyä tutkimuksessa ja ammattityössä voidaan toteuttaa siten, että henkilöä pyydetään kertomaan omasta elämästään ja merkityksellisiltä tuntuvista asioistaan vapaamuotoisesti. Tutkimusta voidaan tehdä suullisiin haastatteluihin, kirjallisiin teksteihin tai keskusteluihin perustuen. (Saarenheimo 2003: 88.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin teemahaastattelua, joka on laadullisessa tutkimuksessa yleisin haastattelun muoto. Teemahaastattelun etuna on sen joustavuus, sillä sen ei tarvitse edetä tiukan ennalta suunnitellun järjestyksen mukaan. Vaikka etukäteen luotu kysymyspatteristo rajaa keskustelun sisältöä, voi haastateltava itse keskittyä käsittelemään vastauksissaan joidenkin kysymysten aihepiiriä syvällisemmin ja monipuolisemmin, kuin toisia. Haastateltavasta itsestään riippuu, kuinka merkitykselliseksi tämä kokee mitkäkin kysymykset. (Eskola & Suoranta 1998: 62–63.)

Tavoitteena oli saada haastateltaviksi asukkaita eri pienryhmistä, jotta syntyisi mahdollisimman kattava läpileikkaus koko asukaspiirin näkemyksistä. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan usein voida etukäteen määrittää haastateltavien osallistujien lukumäärää. Henkilömääriä oleellisempi seikka on, että aineiston osalta päästään sisällön kylläntymiseen. Tämä merkitsee sitä, että kerätty sisältö on riittävää, eivätkä uudet tapaukset luo enää tutkimusongelman osalta uutta tietoa. Kylläntyessään aineisto alkaa toistaa itseään. (Eskola & Suoranta 1998: 62–63.) Tällä tutkimusmenetelmällä tietoa kerättiin juuri niiltä henkilöiltä, jotka edustavat tässä tutkimuksessa käsiteltävää kohderyhmää. Teemahaastattelu on usein toimiva vaihtoehto käytännön toteutuksen kannalta.

### 6.2 Tutkimus- ja haastattelukysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä on: Millaisia näkemyksiä mielenterveyskuntoutujiilla on yksinäisyydestä? Haastattelukysymykset jakaantuvat teemoittain. Ensimmäinen osio kysyy asukkaalle hyvinvointia tuottavista asioista, toinen määrittelee yksinäisyydestä. Kolmanneksi kysytään haastateltavan omista sosiaalisista suhteista ja toiveista niihin liittyen. Neljäs osio syvenyy kartoittamaan asumisyksikön järjestämiä yhteisöllisiä

toimintoja, joilla voi olla yksinäisyyttä ehkäisevä vaikutus. Haastattelu päättyy positiivisen muiston kysymiseen asumisyksiköstä. Kysymyspatteristo kattaa kaikkiaan 11 kysymystä. Tavoitteena oli, että haastattelutilanteessa haastateltava antaisi näkemyksensä useaan kysymysrunگون osioon, jotta kaikki siinä esiintyvät teemat tulisivat käsitellyiksi. Jokaiseen kysymykseen toivottiin saatavan vastaus, jotta analysoitavaa materiaalia olisi riittävästi johtopäätöksien tekoon. Toisaalta varauduttu oli myös siihen, että haastateltavasta, haastattelutilanteesta ja ajankulusta riippuen esitettävien kysymysten määrää voitiin myös karsia tai keskittyä vain muutamaiin kohtiin, joita haastateltava halusi käsitellä perusteellisemmin. Haastattelukysymykset tutkimukseen osallistuville asukkaille olivat seuraavat:

- Hyvinvointi:
  1. Mikä tuottaa sinulle hyvinvointia?
  
- Yksinäisyyden määrittely:
  2. Mitä sinulle tulee mieleen aiheesta yksinäisyys?
  3. Kuvaile, millaisia tunteita yksinäisyys voi herättää?
  4. Mitkä asiat auttavat, jos tuntee olonsa yksinäiseksi?
  
- Asukkaan sosiaaliset suhteet:
  5. Ketkä kuuluvat lähipiiriisi?
  6. Kuinka usein tapaat sinulle tärkeitä ihmisiä?
  7. Miten vietät toisten kanssa aikaa?
  8. Toivotko lisää sosiaalisia suhteita? Jos toivot, niin millaisia?
  
- Asumisyksikön toiminnot:
  9. Millaisiin toimintoihin mukaan meneminen täällä tuntuu sinusta hyvältä?
  10. Miten sinun mielestäsi yksinäisyyden vähenemiseen voitaisiin Viertokodissa vaikuttaa?
  11. Mikä tapahtuma tai toiminta on Viertokodissa jäänyt positiivisena mieleesi?

### 6.3 Aineiston kerääminen

Tutkimusympäristönä olevasta Viertokodin asumispalveluyksiköstä tietoa oli saatu etukäteen esimerkiksi säätiön toimintakertomuksista. Oman työkokemuksen kautta oli aiemmin muodostunut sosiaalinen side asukkaisiin, joka helpotti osaltaan vuorovaikutusta haastattelutilanteissa. Aineiston keruu edellytti Lilinkotisäätiöltä myönnettyä tutkimuslupaa, sekä osallistuvien asukkaiden suostumusta tutkimukseen. Lisäksi haastattelujen sisällön dokumentointi äänittämällä vaati haastateltavien myöntymisen, joiden vahvistaminen tapahtui haastattelulupa – lomakkeen täyttämällä. Lisäksi lomakkeen sisältämä tiedonanto tutkimuksen sisällöstä ja siihen osallistuvan oikeuksista kerrattiin suullisesti.

Vapaaehtoisia osallistujia etsittiin asukkaiden viikoittaisessa yhteisökokouksessa, jossa tapahtui opinnäytetyön aiheen esittely. Jokaisella asukkaalla oli mahdollisuus ilmoittautua mukaan. Yhteisökokouksen päätteeksi osallistujien kanssa siirryttiin yksi kerrallaan asukkaiden omiin huoneisiin haastatteluiden suorittamiseen. Jokainen haastattelu toteutettiin kiireettä ja yksityisesti, kunkin asukkaan omilla ehdoilla. Kaikki haastattelut toteutettiin saman päivän aikana. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kaikkiaan kuutta asukasta haastattelemalla. Näistä henkilöistä naisia oli viisi ja miehiä yksi. Yksi osallistuja kieltäytyi haastattelun äänittämisestä, mutta hyväksyi tilanteesta kirjallisten muistiinpanojen tekemisen ja niiden käytön tutkimuksen aineistona. Haastateltavat koostuivat toiminnallisen pienryhmän ja itsenäisemmin yksiöhuoneistoissa asuvista henkilöistä. Ensimmäisestä ryhmästä osallistujia oli neljä, toisesta kaksi asukasta.

### 6.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata saatujen aineistojen sisältöä sanallisesti, tekstianalyysinä. Tarkoituksena on luoda kuvaus, joka kertoo tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman yleisessä ja tiiviissä muodossa. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, joka soveltuu käytettäväksi laadulliseen tutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysin toteuttamiseen hyödynnettiin teemoittelua ja tyypittelyä. Teemoittelussa painottuu se, mitä eri teemoista on aineistossa mainittu. Tyypittely tarkoittaa sitä, että tietystä teemasta ilmaistut näkemykset tiivistetään yleistykseksi, tyypiesimerkiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 91–106.)

Osana analyysiprosessia suoritin kerätyn aineiston litteroinnin, eli haastatteluiden sanatarkan purkamisen tekstimuotoon. Pysin muodostamaan sisällöstä kokonaiskuvan, jonka jälkeen syvennyin käsittelemään niitä kohtia, jotka toivat tutkimuksen teemojen kannalta oleellista tietoa. Keskiössä ollut yksinäisyyden teema nousi myös aineiston sisällössä monipuolisesti käsitellyksi aiheeksi, joka tarjosi tulosten muodostusta varten mielenkiintoista informaatiota. Täten yksinäisyyden määrittely valikoitui tyypitellyksi teemaksi. Valittuna ollut Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen – nelikenttäteoria toimi välineenä saadun aineiston tulkitsemisessä.

## 6.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimus on arvoihin sidottua. Jo se, mikä valikoituu tutkimuksen kohteeksi, kertoo jotakin tutkijan eettisestä arvomaailmasta. Tutkimusetiikassa arvioidaan tutkimustulosten julkaisemisen hyötyjä ja haittoja yhteiskunnalle. Niitä tulee ottaa huomioon tutkimuksen aiheen valinnassa, toteutuksessa sekä tulosten julkaisun ja soveltamisen vaiheissa. (Myllykangas & Rynänen 2000: 75.) Opinnäytetyössäni korostuvat eettisesti hyväksyttäviin toimintatapoihin ja –periaatteisiin liittyvät kysymykset. Psykkiset ongelmat voivat luoda yksilön ajatteluun, toimintakykyyn ja keskittymiseen erilaisia vaikutuksia. Kun tutkitaan mielenterveydenhäiriöitä sairastavien kokemuksia, tarvitaan arviointikykyä vuorovaikutuksen sisällössä sekä eettisissä kysymyksissä. (Välimäki & Holopainen 2000: 152–153.) Mielenterveystyössä kohdattavat asiakkaat ovat usein vaikeassa elämäntilanteessa, joka voi tehdä heistä vaikutusalttiita, herkkiä ja haavoittuvia. Siksi vuorovaikutukselle ja yhteistyölle asetetaan tietynlaisia eettisen toiminnan periaatteita ja suosituksia, joita tulee noudattaa. (Kiviniemi ym. 2014: 32.) Haastattelija tarvitsee myös kykyä ennakointiin yllättävien tilanteiden ilmetessä (Välimäki & Holopainen 2000: 162–163). Myös sosiaalihuollon lait ja asetukset sekä muut ohjeistukset ovat velvoittavia ja tutkimusprosessia ohjaavia.

Tässä opinnäytetyössä haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, joihin osallistuminen oli luonnollisesti vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Yksilöhaastatteluilla voidaan taata aiheen käsittelyyn yksityisyyttä ja suojaa, jolloin henkilökohtaisia mietteitä ei tarvitse saattaa muiden tietoon, kuten esimerkiksi ryhmähaastatteluissa tapahtuu. Myös käytettävissä oleva yhteinen aika täytyy saattaa haastatteluun osallistuvan tietoon, jotta tämä pystyy varautumaan siihen, että tapaamista varten on varattuna rajallinen aika. Täten haastat-

telukysymyksiin vastaaminen on mitoitettu käytettävissä olevaan aikaan. Haastateltaviksi suostuvilla henkilöillä on myös oikeus tietää, mihin käyttötarkoitukseen haastattelu-materiaali päätyy. Heidän anonymiteettiään on suojattava koko tutkimusprosessin ajan.

Yleisenä hyvänä periaatteena on, etteivät laaditut kysymykset ole luonteeltaan haastateltavaa johdattelevia. Tutkimuksessa tavoitellaan sitä, että kerätty aineisto koostuu haastateltavien omista, aidoista näkemyksistä, joten sisältöön vaikuttavista vääristävästä kysymyksenasetteluista tulee pyrkiä eroon. Saatua aineistoa tulee käyttää kattavasti aineistojen analysointiin ja johtopäätösten tekoon. Pyydetessä henkilöitä osallistumaan tutkimukseen, tarvitaan vähintään suullinen suostumus. Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin kirjallista sopimusta. Lisäksi samassa yhteydessä henkilöillä on oikeus oleellisten tietojen saamiseen tutkimuksen sisällöstä ja sen kulusta. Haastateltavien näkemyksiin tulee suhtautua neutraalisti ja puolueeton katsantokanta kuuluu haastattelijan korrektiin rooliin. Lisäksi mainittakoon, että myös fyysisen ympäristön tulisi tukea haastateltavien turvallisuudentunteen säilymistä. Täten haastattelujen toteuttaminen kuntoutujien omassa, tutussa asuinympäristössä on hyvä valinta.

Leino-Kilpi ja Välimäki (2003) tähdentävät, että myös ennen haastatteluun sitoutumista osallistujilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta. Tutkittavat henkilöt ovat oikeutettuja tutkimuksen keskeyttämiseen, siinä saatujen tietojen tarkastamiseen ja raportin pyytämiseen. Anonymiteetti sekä oikeus kunnioittavaan ja rehelliseen kohtaamiseen ovat olennaisia asioita halki tutkimusprosessin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003: 290–296.) Tutkimuksen eettisiin ohjeisiin sisältyvät oikeus itsemääräämiseen, nimettömyyteen ja yksityisyyteen. Lisäksi tarvitaan luottamuksellisuutta sekä toimintaa, jossa prioriteettina on kaikenlaisen epämukavuuden tuottamisen välttäminen. (Välimäki & Holopainen 2000: 169.) Yksityisyyden säilyttäminen merkitsee tutkittavan päätäntävaltaa siihen, kuinka syvällistä tietoa hän haluaa itsestään antaa. Luottamuksellisuutta voidaan arvioida esimerkiksi tulosten raportoinnin osalta tarkastelemalla sitä, että yksittäisten ihmisten vastusten tunnistaminen ei ole mahdollista. Informointiin perustuva suostumus koskee haastateltavaa siltä osin, että tällä on oikeus vastaanottaa tutkijalta asianmukaista tietoa tutkimuksesta. (Hirsijärvi & Hurme 2000: 20.) Opinnäytetyössä kerättyä haastattelumateriaalia ei luonnollisestikaan tulla käyttämään muuhun, kuin opinnäytetyön alkuperäiseen tarkoitukseen. Haastateltavien henkilöllisyyttä ja heidän haastatteluistaan saatua aineistoa ei tulla luovuttamaan ulkopuolisille ja tutkimustietoja käsitellään turvallisesti koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekijällä on vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Tiedot hävitetään asianmukaisesti käytön tarpeen päätyttyä.

## 7 Tulokset

Tutkimusaineisto koostui kaikkiaan kuuden henkilön vastauksista koskien hyvinvointia, yksinäisyyden määrittelyä, sosiaalisia suhteita ja Viertokodin asumisyksikön toimintoja. Pääosin jokaiseen haastattelurungon osioon saatiin vastauksia. Kyseiset neljä teemaa muodostivat täten valmiin kehyksen aineiston teemoitteluksi. Ensimmäinen teema asukkailla hyvinvointia tuovista asioista toi vastauksiksi unen, rauhassa elämisen mahdollisuuden, ystävät ja muut läheiset, ulkoilun sekä hyvän ruuan ja lääkityksen. Jokaisen asukkaan yksilöllinen näkemys omasta hyvinvoinnin lähteestä muodostui vastauksissa tyypillisesti fyysisten perustarpeiden ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämisen ympärille. Asuinympäristö loi puitteita vastata näihin tarpeisiin arjessa.

Yksinäisyys määriteltiin sekä positiiviseksi että negatiiviseksi ilmiöksi, jota tyypillisimmin pidettiin olotilana, jossa ollaan ilman muiden ihmisten seuraa. Yksinäisyyttä luonnehdittiin koettavana tuntemuksena ja konkreettisena yksin olemisena. Yksi henkilö määritteli fyysisen yksinäisyyden olevan hänelle henkilökohtaisesti vaaralliselta tuntuva kokemus esiin nousevien harhojen ja syyttelevien ajatusten vuoksi. Kolme asukasta kertoivat viihtyvänsä enimmäkseen omissa oloissaan. Tästä huolimatta he tunnistivat mahdollisuutensa hakeutua muiden asukkaiden seuraan tilanteessa, jossa yksinolo alkaisi muuttua tuskastuttavaksi. Myös yksinäisyyden luokittelua pohdittiin, muun muassa uskonnollista, henkeväää mietiskelyä yksinäisyydessä vertailtiin sellaiseen psyykkiseen yksinäisyyteen, jonka hoitamiseksi katsottiin tarvittavan ammattiauttajien tukea.

Asukkaiden näkemys yksinäisyyden herättämistä mahdollisista tunnetiloista olivat muun muassa pelkotilat ja ymmärrys siitä, että toisen kokema yksinäisyys voisi olla asia, johon on hankala vaikuttaa. Kaksi haastateltavaa kuvaili yksinäisyyden aiheuttamia mahdollisia negatiivisia tuntemuksia sanoilla ”kurja” ja ”masentava”. Kavereiden ja muiden läheisten olemassaolo todettiin yleisesti tärkeäksi asiaksi. Yksinäisyyttä lievittäviksi avuiksi mainittiin olevan herkuttelu, mukavat pelit ja leikit, Viertokodin ohjaajien läsnäolo, muiden asukkaiden seuraan hakeutuminen sekä yhteisiin ryhmiin ja retkiin osallistuminen asumisyksikössä. Muutamit vastaajista korostivat, että he eivät tunnista yksinäisiä henkilöitä ja että he eivät itse miellä olevansa yksinäisiä, vaikka asukkaan omaa kokemusta tästä ei kysytykään. Lisäksi haastateltavista yksi pohti, voiko ryhmäkotimuotoisessa asumisessa esiintyä kenelläkään yksinäisyyttä, kun vuorovaikutus muihin ihmisiin on päivittäistä.

Asukkaiden lähipiiriin kuuluvat henkilöt koostuivat vastauksissa pääosin perheenjäsenistä, muista talon asukkaista ja Viertokodin henkilökunnasta. Yksi haastateltu mielsi myös entiset opiskelukaverinsa osittain lähipiiriinsä kuuluviksi, mutta ei täsmentänyt, millaista yhteydenpito näiden henkilöiden kanssa nykyisin on. Yksi asukas koki lähipiiriin puuttuvan itseltään kokonaan, mutta lisäkysymysten myötä pystyikin nimeämään elämässä edelleen mukana kulkevia tärkeitä ihmisiä. Läheisiksi koettujen ihmisten tapaamisten tiheys vaihteli sen mukaan, kenet haastateltava oli määrittänyt lähipiiriinsä kuuluvaksi. Viisi henkilöä kuudesta totesivat tapaavansa läheisiksi kokemiaan muita asukkaita päivittäin. Muiden kuin toisten asukkaiden tapaamisen tiheys oli joko määrittelemätön, kerran kuussa tai muutaman kerran vuodessa. Useimmilla haastatelluista oli vähintään yksi olemassa oleva sosiaalinen kontakti Viertokodin ulkopuolelle.

Viertokodissa toisten kanssa ajanvietäminen koostui haastateltavien mukaan tyypillisesti television katselusta, juttelusta, tupakkahetkien jakamisesta, iltapäivän kahvihetken vietosta toisten kanssa ja talon ulkopuolisiin tapahtumiin, kuten elokuviin, menemisestä. Keskinäiset ajanviettotavat ja kohtaamiset rakentuivat vahvasti arjen rutiineissa sekä erikseen suunniteltujen aktiviteettien pohjalta. Asukkaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvistä toiveista saatiin laajasti monenlaisia näkemyksiä. Yksi haastateltu totesi pohtineensa hiljattain, että haluaisi kohdata merkittävästi enemmän uusia ihmisiä, niin paljon kuin vain on mahdollista. Yksi henkilö ilmaisi kaipuutaan perheenjäsenen tapaamiseen useammin. Myös vanhoja ystävyysuhteita muisteltiin. Lisäksi esiintyi pohdintaa, mistä ystäviä nykyisin löytyisi. Yhdessä vastauksessa ilmoitettiin suoraan, että haastateltava ei toivo enempää sosiaalisia suhteita.

Asukkaat kertoivat runsaasti esimerkkejä toiminnoista, joihin he Viertokodissa osallistuvat mielellään. Kolme henkilöä kuudesta nimesi jonkin liikuntaan liittyvän aktiviteetin mieleisimmäksi toiminnoksi, kuten jumpparyhmän ja rentoutuskurssin. Kaksi vastaajaa mainitsivat aamukokoukset tärkeiksi siinä tapauksessa, jossa keskustelunaiheet ovat mielenkiintoisia ja oma jaksaminen on muuten kohdillaan. Aamukokousten hyödyksi mainittiin Viertokodin ajankohtaisista asioista tietoisena pysyminen. Myös lehdenlukupiiriä piti yksi henkilö itselle tärkeänä. Lisäksi yksi haastateltu nimesi useita talon ulkopuolisia aktiviteetteja, joihin lähtee mielellään. Näitä olivat esimerkiksi kulttuuritapahtumat ja lähialueella järjestettävät viikoittaiset harrasteryhmät.



Asukkaiden oma näkemys yksinäisyyteen vaikuttamiseksi Viertokodissa tuotti muutamia ehdotuksia. Esimerkiksi omatoimista opiskelua asumisyksikön kirjojen avulla pidettiin hyvänä toiminnallisena tekemisenä. Yhden henkilön mielestä ikävältä tuntuva yksinäisyys voisi tarvita lievittyäkseen ammattiauttajan, kuten psykiatrin puoleen kääntymistä. Yhden asukkaan ehdotuksena oli ulos lähteminen, joka mahdollistaisi 'terveiden ihmisten' kohtaamisen. Tärkeänä näkökulmana oli myös erään asukkaan kommentti, että omissa oloissaan viihtyvältä ihmiseltä itseltään tulee ensiksi tarkistaa, onko tämä vapaaehtoisesti yksin, ja että muiden seuraan ei tule ketään pakottaa. Tässä korostettiin jokaisen asukkaan valinnanvapautta yksin- ja yhdessäolon kannalta sekä sitä, että syyt yksinolon kumpuavat sille annetuista henkilökohtaisista merkityksistä. Yhdessä kannanotossa viitattiin oman aktiivisuuden tärkeyteen yhteisiin tekemisiin osallistumisessa.

Viertokotiin liittyvistä positiivisista tapahtumista tai toiminnoista puolet haastatelluista mainitsivat joulun viettämisen. Edellisten vuosien joulujuhlien ohjelmaa ja hauskoja hetkiä muisteli useampi vastaaja, joten arjesta poikkeavien juhlien merkityksellisyys on perusteltua. Muita mainittuja hyviä asioita olivat muun muassa yhteiset liikuntahetket ja retket esimerkiksi elokuviin. Nautittavaa oli ollut myös kokemus siitä, että asukkaan omaa tilaa, rauhantarvetta ja ajatuksia oli kunnioitettu. Yhden haastatellun mielestä parhailta tuntuvia olivat olleet hetket, jolloin toisen asukkaan kanssa riitelyn jälkeen oli saatu asiat sovittua, pyydetty anteeksi ja jatkettu ystävinä erimielisyyksistä huolimatta.

Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä- yksinäinen nelikenttäteoriaa hyödyntämällä voidaan tehdä tuloksista muutamia tulkintoja. Ensinnäkin saatiin selville, että asukkaista osa koki viihtyvänsä enimmäkseen tai ainakin hyvin paljon yksinään. Tätä tuotiin esille niin suorien toteamusten kuin oman elämän esimerkkien avulla. Sitä voidaan pitää vapaaehtoisena ja haluttuna yksinäisyyteen hakeutumisenä tai vähäisempänä seurantarpeena. Nelikenttä-kuvion vasemmalla puolella, lähellä "vapaaehtoinen" – janaa, näitä henkilöitä luonnehditaan "erakoiksi". Heille jatkuva ja liialliseksi koettu muiden seura voi muodostua raskaaksi, pakolliseksi sosiaalisuudeksi. He saattavat tarvita keskimääräistä enemmän yksityisyyttä ja etäisyyttä muihin ihmisiin ympärillään. Heille muiden seura ei ole automaattinen tae Nevalaisen määrittämästä niin sanotusta 'hilpeästä elämästä'. Luokittelu on toki vain yleisellä tasolla suuntaa antava, eikä voida varmasti tietää, mihin kohtaan Nevalaisen teoreettista kuviota haastatellut asukkaat sijoittaisivat itse itsensä. Keskivertohenkilö asettuu kuitenkin useimmiten nelikentän keskivaiheille pienin vaihteilu, sillä on luontaista, että yksinolon ja seurallisuuden tarpeet vaihtelevat eri aikoina.

Lähes kaikki vastanneet mainitsivat muita asukkaita yleisesti tai nimeltä lähipiiriinsä kuuluviksi henkilöiksi, joten nelikentän janalla nämä lukeutuvat kohtaan ”ystävät”. Asukkailla on ollut kykyjä muodostaa suhteita muihin ympärillään siten, että niillä on yksilölle henkilökohtaista merkittävyyttä. Voidaan olla suhteellisen varmoja siitä, että haastatelluilla on asuinympäristössään ainakin joku tärkeäksi koettu ihminen, eli useimmiten toinen asukas. Päivittäiset kohtaamiset merkityksellisten henkilöiden kanssa ehkäisevät tehokkaasti yksinäisyyden tuntemista, joten läheisten ihmissuhteiden luominen toisiin kanssa-asujiin tuottaa etua hyvinvoinnin rakentamisen ja ylläpidon kannalta. Ja kuten todettua, haastateltujen yhdeksi hyvinvoinnin lähteeksi olivat mainittuina ystävät.

Viimeisimmäksi aineiston tulkinnassa voidaan tarkastella esitettyjen haastattelukysymysten ulkopuolelle jääneitä asukkaiden pohdintoja. Aineistosta nousi esille, että muutamien asukkaiden mukaan yksinäisiä henkilöitä ei ollut heillä itsellään tiedossa tai heitä ei ainakaan osata tunnistaa. Yhden asukkaan mukaan oma-aloitteinen vuorovaikutus mahdollisesti yksinäisen kanssa voisi olla hyödyllistä, mutta tuntui ajatuksen tasolla itselle liian haasteelliselta tehtävältä. Muiden asukkaiden ei arveltu olevan juurikaan yksinäisiä sillä perusteella, että Vientokodissa asuminen on ryhmäkotimuotoista, eli jokainen asukas on toisten kanssa päivittäin kontaktissa. Tämä voidaan tulkita käsitykseksi siitä, että yksinäisyys on ensisijaisesti muiden läsnäolon puutetta, jolloin vallitsevissa olosuhteissa sen ei katsottu olevan mahdollinen toteutuva ilmiö. Edellä mainitut tulokset viittaavat Nevalaisen nelikenttäteorian mukaisen yksinäisyyden näkymättömyyteen. Pakollista yksinäisyyttä, eli yksinolosta kärsiviä ihmisiä ei havaita tai tunnisteta, sillä yksinäisyyden kokeminen ei ymmärrettävästi ole ulkoisesti toisesta pääteltävissä. Tästä huolimatta haastatelluilla oli käsitys yksinäisyydestä olemassa olevana ilmiönä, johon avuliaasti ehdotettiin erilaisia ratkaisumalleja.

## 8 Johtopäätökset

Saatujen tulosten perusteella aineistossa käsitellyistä teemoista voidaan tehdä tiivistävä yleistyminen, eli tyyppiesimerkki. Tässä tutkimuksessa löydettiin haastattelujen sisällöistä yhteneväisyyksiä, eli huomio kohdistui tyyppisiin, usein toistuviin vastauksiin ja samankaltaisuuksiin. Näiden elementtien pohjalta tutkimuksen tuloksista voidaan hahmotella muutamia olennaisuuksia, jotka auttavat kertomaan sen sisällöstä tiivistetysti. Tuloksista piirtyi tyyppisimmillään kuva asukkaasta, joka arvostaa hyvinvointia tuottavina asioina fyysisten perustarpeiden ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttymistä. Tärkeitä olivat esimerkiksi uni, ulkoilu, hyvä ruoka, lääkitys, ystävät ja mahdollisuus elää rauhassa. Useimmiten mieluisin toiminto, johon asukas Viertokodissa osallistuu, on jokin liikunta-aktiiviteetti, kuten jumpparyhmä. Asukas on arjessaan muiden kanssa päivittäisessä vuorovaikutuksessa ja kokee yhden tai useamman asukkaan osana lähipiiriään. Kuitenkin tämä viihtyy mielellään myös yksinään. Omaa rauhaa ja yksityisyyttä arvostetaan. Kohtaamiset muiden kanssa tapahtuvat arkirutiinien ja muun ohjatun toiminnan puitteissa. Ajanvietto yhdessä koostuu pääosin television katselusta, tupakointihetkien jakamisesta, iltapäivän kahvitelusta sekä erilaisista retkistä esimerkiksi elokuviin. Positiivisiksi kokemuksiksi asukas mieltää Viertokodissa pidettävät juhlat sekä erilaiset talon ulkopuolelle suuntautuvat retket ja toiminnot.

Asukas luokittelee yksinäisyyden tyyppisesti fyysisesti yksin olemiseksi ja henkilökohtaiseksi tuntemukseksi. Yksinäisyydessä asukas näkee olevan niin positiivisia, että negatiivisia puolia, erot yksinäisyyden monissa ulottuvuuksissa ovat selvät. Positiivista on vapaaehtoinen omaan rauhaan hakeutuminen, negatiivista muiden seuran puute silloin, kun se olisi toivottua. Toisten kokemaan yksinäisyyteen vaikuttaminen esimerkiksi omalla aloitteisella jutustelulla koetaan haasteellisena, mutta tarpeellisenä auttamiskeinona. Negatiivisen yksinäisyyden kohdalla asukas näkee erilaiset aktiivisuutta lisäävät arjen tekemiset ja muiden seuraan hakeutumisen lievittävinä keinoina. Herkkujen syönni, pelit ja leikit, Viertokodin ohjaajien ja muiden asukkaiden läsnäolo sekä ryhmiin mukaan meneminen ovat suositeltuja vaihtoehtoja. Viertokodissa toteutettavaan toimintaan yksinäisyyden ehkäisemiseksi ehdotetaan lähtemistä ulos muiden ihmisten pariin tai ammatti-avustajan puoleen kääntymistä. Asukas myös toivoo, että yksinäiseksi oletetulta kysytään ensiksi tämän omaa kokemusta siitä, tunteeke tämä itsensä yksinäiseksi vai onko vain tyytyväinen omassa rauhassaan.

Tutkimuksessa saatiin vastaus tutkimuskysymykseen siitä, mikä mielenterveyskuntoutujiin näkemys on yksinäisyydestä. Teema nostatti haastateltujen asukkaiden parissa omakohtaista ja yleisen tason pohdintaa aiheesta. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys yksinäisyydestä ja saadut tulokset tukivat toisiaan. Tuloksissa vapaaehtoisen yksinäisyyden rooli kuitenkin tuli esiin oletettua vahvemmin, sillä jopa kolme henkilöä kuudesta, eli puolet haastatelluista asukkaista käsittelivät yksinäisyyttä vapaaehtoisen, halutun yksinäisyyden kannalta. Opinnäytetyön teoriaosuudessa painotus oli keskittyneenä pääosin pakollisen ja vastentahtoisen yksinäisyyden käsittelyyn, joten tulokset tarjosivat teemaan vahvemmin toisenlaisen näkökulman.

Nevalaisen vapaaehtoinen-pakollinen, ystäviä-yksinäinen nelikenttäteorian kautta tulkituna puolet vastanneista voivat karkeasti arvioituna kuulua luokitukseen ”erakot”. He ovat enimmäkseen tai vähintään hyvin paljon yksinään viihtyviä. Tämä määritelmä sisältää kuitenkin myös sellaiset ihmistyytit, jotka ovat luonteeltaan vähemmän seurallisia. Nevalaisen mukaan keskimääräistä enemmän etäisyyttä muihin ihmisiin pitävät voivat olla mitä tyytyväisimpiä elämäänsä. Heille vilkas sosiaalinen elämä ei vain välttämättä ole yhtä merkityksellinen tekijä onnellisen elämän luomisessa. Edellisen johtopäätöksen rinnalla kulkee kuitenkin myös tieto siitä, että asukkaista viisi kuudesta määrittä lähipiiriinsä kuuluviksi toisia asukkaita Viertokodista. Tuloksia edelleen tulkittaessa nelikenttäteorian avulla ”erakoiden” määritelmän ohella toteutuu siis myös ”ystävät” – luokitus. Tämän voidaan ajatella tarkoittavan sitä, että haastatelluilla asukkailla on asuinympäristössään ainakin joku toinen tärkeäksi koettu ihminen. Lisäksi tuloksissa oli pääteltävissä, että Nevalaisen nelikenttäteorian mukaista pakollista yksinäisyyttä ei juurikaan osattu tunnistaa olevaksi omassa elinympäristössä. Tämä voidaan tulkita juontuvan käsityksestä, jonka mukaan yksinäisyys on ensisijaisesti toisten läsnäolon puutetta. Täten yksinäisyyden ei ajateltu olevan toteutuva ilmiö ryhmäkodissa, jossa ollaan jatkuvasti kanssakäymisessä muiden asukkaiden ja ohjaajien kanssa.

## 8.1 Kehittämisen näkökulma

Opinnäytetyön avulla on saatu ajankohtaista tietoa Viertokodin asukkaiden omista määritelmistä koskien hyvinvointia, sosiaalisia suhteita ja tärkeiksi koettuja toimintoja asumisyksikössä. Ennen kaikkea näkökulma on muodostunut keskeiseen yksinäisyyden teemaan. Hyödynnettävää tietoa saatiin siitä, millaiseksi asiaksi asukkaat mieltävät yksinäisyyden, mitä ovat teemasta heräävät tunnetilat ja ne keinot, joita he itse ehdottavat

yksinäisyyden lievittämiseen. On tärkeää, että valmiudet kasvavat yksinäisyyden ymmärtämiseen yleisesti ilmiönä sekä mielenterveyskuntoutujien itsensä tekemänä määritelmänä. Viertokodissa tätä tietoutta voidaan hyödyntää yksinäisyydestä avoimesti puhumisen välineenä, mikä edistää rakentavan keskustelukulttuurin synnyttämistä monin tavoin latautuneesta aiheesta. Näin voidaan osaltaan olla tietoisia ja ehkäistä negatiivisen yksinäisyyden ilmiöitä sekä saada käsitys siitä, mitä vapaaehtoinen yksinäisyys antaa yksin viihtyvälle asukkaalle.

Opinnäytetyön teoreettiset osiot mielenterveydestä ja yksinäisyydestä antavat teeman ymmärtämiseksi runsaasti käsitteistöä, joka auttaa myös tutkimuksen tuloksien tulkitsemisessa. Tutkimuksen sisältöä voidaan hyödyntää palautteena, jonka avulla Viertokodissa voidaan suunnitella, kehittää ja toteuttaa asukkaiden elämänpiiriin kuuluvia toimintoja. Voidaan esimerkiksi perehtyä siihen, mitä arkipäivien aktiviteetteja asukkaat arvostavat ja mistä he nauttivat, sekä millaisena he käsittävät omat sosiaaliset suhteensa. Tutkimuksen aihetta voidaan myös hyödyntää muiden vastaavanlaisten asumispalveluiden piirissä uusien tutkimuksien.

Jatkotutkimusta ajatellen arvokasta olisi tutkia sitä, miten itsenäisesti omassa kodissaan asuvat mielenterveyskuntoutajat suhtautuvat yksinäisyyteen. Tässä tutkimuksessa vahvaa tukiverkostoa tutkimusjoukolle loivat asumisyksikössä kohdattavat muut ihmiset ja säännölliset arjen aktiviteetit. Itsenäisesti asuvien mielenterveyskuntoutujien asumisen olosuhteet voivat olla varsin toisenlaiset verrattuna ryhmäkotimuotoiseen palveluasumiseen. Itsenäisesti asuvalla suhtautuminen yksinäisyyteen voi olla erilainen, kun ympärillä ei ole samalla tavoin kiinteästi läsnä olevaa, päivittäistä tukiverkkoa. Mielenkiintoista olisi tutkia, millaisia näkökulmia tämä kohdejoukko saattaisi temasta esittää.

## 9 Lähdeluettelo

Alanen, Y. 2003. Mielenterveystutkimuksen kehitys Suomessa. Teoksessa T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki. Helsingin Yliopisto.

Cacioppo, J. & Hawkley, L. 2010. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 40 (2), 218–227.

Cullberg, J. 2005. Psykoosit - Kokoava näkökulma Therapiea-säätiöön. Tukholma. Bokförlaget Natur och Kultur.

Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Eskola, J. & Taipale, V. 2011. Mielenterveyspolitiikka terveystieteiden keskiöön. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 181–190.

Frankenhaeuser, B. 2014. Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa S. Ylinen (toim.) Terveys ja soseaalityö. Juva. PS-kustannus, 64–72.

Hari, R., Järvinen, J., Lehtonen, J., Lonka, K., Peräkylä A., Pyysiäinen I., Salenius S., Sams, M. & Ylikoski P. 2015. Ihmisen mieli. Tallinna. Gaudeamus.

Harkko, J., Lehikoinen, T., Lehto, S. & Ala-Kauhaluoma, M. 2016. Onko osa nuorista vaarassa syrjäytyä pysyvästi? – Nuorten syrjäytymisriskit ja aikuisuuteen siirtymistä tukeva palvelujärjestelmä. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 144. Helsinki. Kela.

Heiskanen, T. & Saaristo L. 2011. Kaiken keskellä yksin – Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Jyväskylä. PS-kustannus.

Hirsijärvi & Hurme. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Junttila, N. 2015. Kavereita nolla - Lasten ja nuorten yksinäisyys. Helsinki. Tammi.

Kallionpää, K. 2017. Terapiaa pitäisi tarjota kouluterveydenhuollossa, sanoo ylilääkäri – Mistä tietää, että nuoren alakulo vaatii hoitoa? Helsingin Sanomat. Viitattu 4.2.2017. <http://www.hs.fi/hyvinvointi/art-2000005071133.html>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Karlsson, N. & Wahlbeck, K. 2012. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. Yhteiskuntapolitiikka 77 (5), 548–558.

Kataja, K., Ristikari, T., Paananen R., Heino, T. & Gissler M. 2014. Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. Yhteiskuntapolitiikka 79 (1), 39–41.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri T., Nevalainen K., Ruotsalainen K., Seppänen U-L., & Vuokila-Oikkonen P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki. Edita.

Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 2.1.2017 <http://duodecimlehti.fi/lehti/2006/18/duo96004>

Koskisuu, J. 2004. Oman elämänsä puolesta – Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki. Edita.

Leino-Kilpi & Välimäki. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Lilinkotisäätiö. 2013. Lilinkotisäätiön ja konsernin toimintakertomus 2013. Helsinki.

Lilinkotisäätiö. 2015. Lilinkotisäätiön toimintakertomus 2015. Helsinki.

Lilinkotisäätiö. 2016a. Lilinkotisäätiö - Pääosassa Ihminen. Viitattu 31.10.2016. <http://lilinkoti.fi/>

Lilinkotisäätiö. 2016b. Lilinkotisäätiö - Pääosassa Ihminen. Viitattu 13.11.2016 <http://lilinkoti.fi/sivusto/wp-content/uploads/2014/06/Viertokoti-esitet.pdf>

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoitotai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin Yliopiston Kasvatustieteen Laitoksen Tutkimuksia 179. Helsinki. Yliopistopaino.

- Melkas, T. 2009. Suomalaisten yksityiselämän sosiaalisuudesta. Teoksessa M. Liikkanen (toim.) Suomalainen vapaa-aika – Arjen ilot ja valinnat. Helsinki. Gaudeamus, 21–48.
- Myllykangas, M. & Ryytänen O-P. 2000. Terveystenhuollon etiikka – Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva. WSOY.
- Nevalainen, V. 2009. Yksinäisyys. Porvoo. Edita.
- Noppiari, E., Kiiltomäki A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki. Tammi.
- Pylkkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännönpsykiatria. Klaukkala. Karisto.
- Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori. Mielenterveyden keskusliitto.
- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus - Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Tampere. Lapland University Press.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvitysmies. 1999. Mielen sairaut ja palveluasunnot. Teoksessa I. Taipale (toim.) Mielen valtaa. Vantaa. Mielenterveyden keskusliitto. 160–219.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys – Arkielämän näkökulma. Vantaa. WSOY.
- Saari, J. 2009. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki. WSOY.
- Saari, J. 2016. Yksinäisten Suomi. Tallinna. Gaudeamus.
- Salo, M. & Kallinen, M. 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Pori. Mielenterveyden keskusliitto.
- Singh, S. 2015. Loneliness, depression and sociability in old age. The International Journal of Indian Psychology 2 (2), 73–79.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi. Gummerus.



Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta – Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Viitattu 23.12.2016 [https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Amista\\_ja\\_tusta\\_+stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d65-bd86a757e235](https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Amista_ja_tusta_+stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d65-bd86a757e235)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 14.12.2016 <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Suoninen, E., Pirttilä-Backman A-M., Lahikainen A. & Ahokas M. 2011. Arjen sosiaali- psykologia. Helsinki. WSOY.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Huono-osaisuuden ylisukupolvisuus. Viitattu 1.1.2016 [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/nuorten-syrjaytyminen/huono-osaisuuden-ylisukupolvisuus](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/nuorten-syrjaytyminen/huono-osaisuuden-ylisukupolvisuus)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 16.12.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano>

Tienari, P. 2003. Mielenterveys ja genetiikka. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki. Helsingin Yliopisto, 44–52.

Toivio, T & Nordling E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki. Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tuulio-Henriksson, A. 2007. Neuropsykologian rooli skitsofrenian tutkimuksessa ja hoidossa: hyötyä ja haastetta. Teoksessa M. Lindeman, L. Hokkanen & R-L. Punamäki (toim.) Hermoverkot, mielenterveys ja psykoterapia. Helsinki. Gummerus, 51–60.

Valtonen, J. 2015. Yksinäisyys tappaa. HelsinkiMissio 1, 5–7. Viitattu 6.1.2017 <http://www.e-julkaisu.fi/helsinkimissio/1-2015/>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki M., & Hätönen H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki. Fioca.

Välimäki, M. & Holopainen, A. 2000. Tutkimus ja psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WSOY.

Väliniemi-Laurson, J., Borg, P. & Keskinen, V. 2016. Yksin kaupungissa. Tampere. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Weiss, R. S. 1973. Loneliness. The experience of emotional and social isolation. Massachusetts. The Mitt Press.

Wellman, B. & Wortley, S. 1990. Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. *American Journal of Sociology* 96 (3), 558–588.

## 10 Luvat ja liitteet

### Liite 1: HAASTATTELULUPA

Annan suostumukseni Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelija Sofia Käyhdylle haastatteluun opinnäytetyön tutkimusta varten. Suostun siihen, että antamani tietoja haastattelussa tullaan käyttämään opinnäytetyön aineistomateriaalina. Olen saanut tiedoksiansiannon tutkimuksen taustasta ja sen tarkoituksesta. Olen tietoinen siitä, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti ja henkilötietoni eivät tule julkisiksi missään tutkimuksen vaiheessa.

Olen ymmärtänyt, että tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen ja että olen oikeutettu kieltäytymään siitä niin halutessani.

Suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan:

Kyllä \_\_\_\_\_

Ei \_\_\_\_\_

Allekirjoitus, nimenselvennys ja päivämäärä:

\_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus:

\_\_\_\_\_