



Eila Jantunen

OSALLISEKSI TULEMINEN
– MASENTUNEIDEN VERTAISTUKEA JÄSENTÄVÄ
SUBSTANTIIVINEN TEORIA

Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Lisensiaatintutkimus

Diakonia-ammattikorkeakoulu
2008

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA
A Tutkimuksia 18

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Taitto: Roope Lipasti

Kansi:

ISBN 978-952-493-040-6 (nid.)

ISBN978-952-493-041-3 (pdf)

ISSN: 1455-9919

Juvenes Print Oy

Tampere 2008

TIIVISTELMÄ

Eila Jantunen

**Osalliseksi tuleminen – masentuneiden
vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria**

Helsinki : Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2008

112 s. 17 liites.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
A Tutkimuksia

ISBN 978-952-493-040-6 (nid.)

ISBN 978-952-493-041-3 (pdf)

ISSN 1458-9919

Vertaistuen tutkimusta on tehty paljon sekä Suomessa että ulkomailla. Masentuneiden vertaistuesta ei kuitenkaan Suomessa löydy aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimusta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen eli aineistolähtöinen teoria masentuneiden henkilöiden vertaistuesta.

Tutkimusmenetelmänä oli grounded teoria menetelmä. Tutkimukseen osallistui 29 eri henkilöä, joilla oli omakohtaista kokemusta sekä masennuksesta että vertaistuesta. Aineisto koostui vertaistukikokemusten kirjallisista kuvauksista (13), yksilöhaastatteluista (3) ja ryhmähaastatteluista (2 ryhmää). Ryhmissä oli yhteensä 15 haastateltavaa. Haastattelut nauhoitettiin. Aineistot analysoitiin ja teoria kehitettiin grounded teorian jatkuvan vertailun menetelmällä Straussin ja Corbinin esittämän mallin mukaan. Vertaistuen sisältö jäsenettiin nimeämällä sitä kuvaavat keskeiset käsitteet ja määrittelemällä niiden väliset suhteet sekä vertaistuen ydin. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistettiin menetelmällisellä triangulaatiolla. Substantiivisen teorian arvioimiseksi kaksi aihepiirin sisällön tuntijaa kommentoi tuloksia käsitteiden kuvailun osalta.

Tutkimuksen tulosten mukaan vertaistuen ydin on osalliseksi tuleminen. Se kuvaa yksilön sisäistä kokemusta ja prosessia, joka toteutuu vertaisten kesken. Osalliseksi tuleminen on luottamusta ja osallistavaa kanssakäymistä. Vertaistuen prosessia kuvaavat käsitteet ovat yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyteen kuuluminen ja voimaantuminen. Masentuneen kokemus yhteyden ulkopuolella olemisesta on sivullisena olemista, erillisyyden kokemista ja ihmissuhteissa sukkuloimista. Kokemus yhteyden ulkopuolella olemisesta on yhteydessä

vertaisten yhteyteen hakeutumiseen. Tyypillistä silloin on muutosvaihe, jossa aktualisoituu avun tarve ja jossa on voimavaroja yhteyden etsimiseen. Vertaistuen yhteyteen hakeutumisvaiheessa etsitään samankaltaisia ja arvioidaan omia edellytyksiä vertaistukeen. Ensivaikutelma vertaistuesta on ratkaiseva tehtäessä päätöstä yhteyteen sitoutumisessa. Vertaistuki toteutuu vuorovaikutuksessa, jossa osoitetaan keskinäistä välittämistä ja johon sisältyy puhumalla jakamista, masennushistorian tarkastelua sekä arjen elämässä tukemista. Yhteyteen kuulumisen kokemus perustuu luottamuksellisen yhteyden kokemiseen ja tasavertaista vuorovaikutusta haittaaviin tekijöihin. Vertaistuen tuloksena on voimaantuminen, joka ilmenee tilan löytymisenä omille kokemuksille, luottamuksena omiin mahdollisuuksiin sekä kanssaeläjänä olemisena.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää vertaistuen kehittämisessä ja vertaistukea koskevan tiedon lisäämisessä. Tuotettua tietoa voidaan käyttää hoitohenkilökunnan perus ja täydennyskoulutuksessa haluttaessa painottaen asiakasnäkökulmaa, yhteisöllisyyttä ja verkostojen vahvistamista masentuneiden hoitotyössä.

Lisätiedot

Lisensiaatintutkimus

Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos

Asiasanat:

masennus, vertaistuki, grounded teoria, osalliseksi tuleminen, osallisuus

Teemat

Hyvinvointi ja terveys

Julkaistu: Painettuna; Open access julkaisuna

Painetun julkaisun tilaukset

Granum-verkkokirjakauppa <http://granum.uta.fi/>

Verkko-osoite

http://www.diak.fi/files/diak/julkaisutoiminta/A_18_ISBN_9789524930413.pdf

ABSTRACT

Eila Jantunen Becoming a participant: a substantive theory
outlining peer support among people with
depression

Helsinki : Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2008

112 pages Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
7 appendices A Tutkimuksia

ISBN 978-952-493-040-6 (printed)
ISBN 978-952-493-041-3 (pdf) ISSN 1458-9919

Peer support has been reached extensively in Finland and abroad. However, no nursing research exists on peer support among depressed people in Finland. Hence the purpose of this study was to analyse peer support among people suffering from depression. The aim was to generate a substantive theory on peer support among people with depression.

The method of the research was the data-based grounded theory method; 29 subjects were selected among people with depression having also experiences of peer support. The data were collected from essays (13) written by the subjects, through semi-structured interviews (3) and focus group interviews (two groups with 8 and 7 interviewees). The data were analysed by the constant comparative method of grounded theory following Strauss and Corbin's model. The content of peer support was outlined by naming its concepts describing it and by specifying the relations between the concepts as well as the core of peer support. The reliability of the research was increased by methodological triangulation. Two persons with experiences of both depression and peer support gave feedback on the preliminary results and thus preassessed the comprehensibility and validity of the theory.

According to the results, inclusion forms the core of peer support. Becoming a participant signifies trust and participative dealings. The concepts describing the process in peer support are being an outsider, seeking connection, confirming the interaction, belonging to a community and empowerment. The experience of being an outsider is being aside, experience of alienation and seeking one's way to other people. The experience of being an outsider is also connected with seeking peer support, where a process of change takes

place getting expression in the need for assistance. Furthermore, resources are found for seeking connections. The person evaluates the prerequisites for peer support, its suitability and utility to oneself. The first impression a person gets on peer support is crucial in the decision making whether to commit oneself or not. Peer support is realised as interaction where mutual caring is shown, where sharing takes place in talking. The histories of depression are searched together and support is given in daily life. The experience of belonging to a community is on one side based on the experience of a confidential connection and on the other side issues destroying the equal interaction. The result of peer support materialises in finding space for one's own experiences, trust in one's possibilities and in being a fellow man.

The results of this research can be utilised when developing peer support and furthering information on peer support. The knowledge can be used in the education of nursing staff when the focus is on the patients perspective, community and confirming networks.

Licentiate thesis
University of Tampere
Faculty of Medicine, Department of Nursing Science

Keywords:

depression, peer support,
grounded theory, becoming a participant

Available: Printed; Open access

Order:

Granum <http://granum.uta.fi/>

Open access:

http://www.diak.fi/files/diak/julkaisutoiminta/A_18_ISBN_9789524930413.pdf

Taulukkoluettelo

Taulukko 1: Aineiston keruun vaiheet	33
Taulukko 2: Analyysin eteneminen	38
Taulukko 3: Esimerkki alakategorioiden muodostumisesta aihealueessa vertaistuen toteutuminen	40
Taulukko 4: Pääkategorian 'vuorovaikutuksessa oleminen' muodostuminen kategorioista ja alakategorioista	42

Kuvioluettelo

Kuvio 1: Käsite yhteyden ulkopuolella oleminen, sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet	45
Kuvio 2: Käsite yhteyteen hakeutuminen, sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet	49
Kuvio 3: Käsite , sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet	54
Kuvio 4: Käsite yhteyteen kuuluminen, sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet	59
Kuvio 5: Käsite voimaantuminen, sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet	64
Kuvio 6: Osalliseksi tuleminen – substantiivinen teoria masentuneiden vertaistuesta	75

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	11
2 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELINEN KONTEKSTI	14
2.1 Masennus ja siitä toipuminen	14
2.1.1 Masennus lääketieteellisestä näkökulmasta	15
2.1.2 Masennus kokemuksena	16
2.1.3 Masennuksesta toipuminen	19
2.2 Vertaistuki	20
2.2.1 Sosiaalinen tuki vertaistuen yläkäsitteenä	21
2.2.2 Vertaistuen käsite	23
2.2.3 Masentuneiden vertaistuki	26
2.3 Yhteenveto	27
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	29
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	30
4.1 Grounded teoria -menetelmä substantiivisen teorian kehittämisessä	30
4.2 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu	32
4.3 Aineiston analysointi	37
4.3.1 Avoin koodaus	38
4.3.2 Aksiaalinen koodaus	41
4.3.3 Valikoiva eli selektiivinen koodaus	42
5 TULOKSET	44
5.1 Masentuneiden vertaistukea kuvaavat käsitteet	44
5.1.1 Yhteyden ulkopuolella oleminen	44
5.1.2 Yhteyteen hakeutuminen	48
5.1.3 Vuorovaikutuksessa oleminen	53
5.1.4 Yhteyteen kuuluminen	58
5.1.5 Voimaantuminen	63

5.2 Masentuneiden vertaistukea kuvaavien käsitteiden väliset suhteet	71
5.3 Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistuen ydin	74
5.4 Substantiivinen teoria masentuneiden vertaistuesta	74
6 POHDINTA	77
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	77
6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset	81
6.3 Tulosten tarkastelu	84
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	87
7 PÄÄTELMÄT	90
LÄHTEET	92
LIITTEET	113
Liite 1	113
Liite 2	119
Liite 3	120
Liite 4	121
Liite 5	122
Liite 6a ja 6b	123
Liite 7	124
Liite 8	129

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tarkastelen tässä tutkimuksessa masentuneiden vertaistukea. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista naisista 7 prosenttia ja miehistä 4 prosenttia oli tutkimusta edeltäneen vuoden aikana kokenut vakavan masennustilan (Aromaa & Koskinen 2002; Aromaa ym. 2005). Vuonna 2004 oli sairaaloissa masennustilan tai toistuvan masennuksen vuoksi hoidettavana yhteensä 285 464 suomalaista (Suomen virallinen tilasto 2005). Tilastojen mukaan masennus on erilaisten ahdistushäiriöiden ohella yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä Suomessa (Lehtonen 1995; Lehtinen & Kantola 1996). Vuonna 2005 työikäisestä väestöstä miehillä oli masennusta 4,9 prosentilla ja naisista 6,9 prosentilla (Suomen tilastollinen vuosikirja 2006). Mielenterveyssyistä alkaneissa eläkkeissä masennus oli vuonna 2003 kaikkein yleisin diagnoosi (Lehto ym. 2005). Arviolta 4–9 prosenttia väestöstä sairastaa hoitoa edellyttävää masennusta, ja 10–20 prosenttia suomalaisista sairastuu siihen jossain vaiheessa elämänsä aikana (Pirkola & Sohlman 2005).

Mielenterveyden edistämistä ja mielenterveystyötä integroidaan maassamme parhaillaan määrätietoisesti osaksi peruspalveluja ja avohoitoa painottaen. Uusien toimintamallien kehittämisessä keskeisiä näkökohtia ovat muun muassa asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen vakavasti ottaminen ja moniammatillinen yhteistoiminta. Mielenterveystyössä painotetaan kumppanuutta julkisen ja yksityisen sektorin ammattityöntekijöiden sekä erilaisissa kansalaislähtöisissä liikkeissä ja hankkeissa toimivien välillä. Kansalaisten omaa roolia terveytensä edistämässä rohkaistaan. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta; Mielekäs elämä 2000; Mielekäs

Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003; Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2001.)

Vuonna 2001 julkaistiin Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Suosituksessa tähdennetään hoidon tarkoituksenmukaisuutta ja suunnitelmallisuutta, avohoidon ensisijaisuutta sekä koko hoidon ajan kestäväää kuntouttavaa otetta. Laatusuosituksessa tähdennetään myös mielenterveystyöntekijöiden yhteistyötä väestön, yhteisöjen ja ryhmien kanssa. Näihin lukeutuvat myös vertaisryhmät. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.) Suomen Mielenterveysseuran toimesta julkaistiin vuonna 2001 Mielenterveyspotilaan oikeudet -kirjanen. Siihen on koottu tavoitteita, jotka koskevat potilaan hoitoa, oikeuksia ja elämänlaatua.

Kuntien työntekijöitä veloitetaan kehittämään työtapoja, jotka edistävät ihmisten omia voimavaroja, huolen pitämistä itsestä ja keskinäistä tukea. Hallinnon tehtävänä on edellytysten luominen kansalaisten omaehtoiselle toiminnalle, vertaistukitoiminnalle ja vapaaehtoistyölle. Järjestöjen tuottamat palvelut luetaan osaksi kunnan alueen peruspalveluja. Pitkäaikaisia tukitoimia tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien käytettävissä tulee suositusten mukaan olla vapaamuotoisia jäsenyhteisöjä ja klubitaloja sekä vertaisryhmiä ja vertaistoimintaa. (Nylund 2005.)

Vertaistukea on totuttu pitämään osana perheiden, sukujen ja tuttujen kanssakäymistä. Perheiden jäsenilleen antama tuki on vähentynyt. Luonnollisten verkostojen harventuminen on merkinnyt niiden osittaista korvaamista vertaisryhmillä. (Nylund 1997.) Mielenterveysjärjestöt kehittävät ja tuottavat yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa asiantuntija-, koulutus- ja neuvontapalveluja. (Särkelä ym. 2005.) Mielenterveyden keskusliitto aktivoitui kehittämään vertaistukitoimintaa mielenterveyspotilaiden kanssa vuonna 1984 laaditun Mielenterveystyön komitean mietinnön innoittamana. Mietinnössä mielenterveys käsitettiin osaltaan yhteisölliseksi ominaisuudeksi: Mielenterveys syntyy sosiaalisessa prosessissa. (Mielenterveyskomitean mietintö 1984; Hulmi 2004.) Mielenterveyden Keskusliiton jäsenyhdistyksissä on järjestetty vertaisryhmiä ja koulutettu mielenterveyskuntoutujia ryhmien ohjaajiksi. Masennuksesta toipuvat ja toipuneet ovat usein halukkaita käyttämään kokemuksiaan toisten masentuneiden tukemiseksi (Särkelä ym 2005). Valtakunnallisen Mieli Maasta! -projektin (1994–1998) yhteydessä syntyi samanniminen yhdistys, jonka piirissä on muodostettu eri puolille Suomea masentuneiden henkilöiden vertaisryhmiä. Vuonna

2004 kokoontuvia ryhmiä oli 23. Pääosa ryhmistä kokoontui kerran viikossa kaksi tuntia kerrallaan. Pieni osa ryhmistä kokoontui joka toinen viikko. Ryhmistä 20 oli suljettuja ryhmiä, joissa ryhmän kokoonpano pysyi koko ajan samana. Avoimina toimi ryhmistä kolme. (Lähde 2004). Toukokuussa vuonna 2007 kokoontuvia ryhmiä oli 33 (<http://www.mielimaasta.fi>).

Vertaistukea ja vertaisryhmiä on tutkittu ulkomailla ja myös Suomessa. Nylundin (2000) sosiaalipolitiikan alan väitöskirja keskittyy vertaisryhmien organisointiin ja vertaisryhmien tehtäviin. Hildingh (1996) on tutkinut hoitotieteen näkökulmasta sepelvaltimotautia sairastavien ja heidän omaistensa vertaisryhmiä Ruotsissa. Suomessa ei ole toistaiseksi tehty vertaistukeen keskittyvää tutkimusta hoitotieteessä. Kuitenkin esimerkiksi Adamsen ja Rasmussen (2001) ovat tähdentäneet vertaistuen (self-help) uudelleen käsitteellistämisen tarvetta hoitotieteessä ja terveydenhuollossa.

Tässä tutkimuksessa kuvaan masentuneiden ja masennuksesta toipumassa olevien henkilöiden kokemuksia vertaistuesta: vertaistuen piiriin hakeutumisesta, vertaistuen toimintaa ja sen merkitystä masentuneelle. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää substantiivinen eli aineistolähtöinen teoria masentuneiden vertaistuesta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotieteen tietoperustan kehittämiseen ja vertaistukitoimintaan. Hoitotieteellisen tietoperustan kehittämisessä käsitteiden ja niiden välisten suhteiden kehittäminen on keskeinen tavoite (Hogan & DeSantis 1991).

Käytännön mielenterveystyöhön tutkimus tuottaa kokemuksellista tietoa vertaistuen merkityksestä masentuneiden henkilöiden toipumisessa samoin kuin ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. Hildinghin (1996) mukaan ammattityöntekijät ovat avainasemassa toimiessaan yhdyssiteenä ammatillisen avun ja vertaistuen välillä. Ammattityöntekijöiden asenteilla vertaisryhmiä kohtaan ja heidän kyvyllään tarjota oikeaan aikaan tarkoituksenmukaista tietoa vertaisryhmistä on tärkeä merkitys yhdyssiteenä olemisessa. Tutkimustulokset antavat hoitotyöntekijöille lisävalmiuksia arvioida vertaisryhmien soveltuvuutta ja tunnistaa soveltuvuuden edellytyksiä masentuneille potilaille sekä ohjata potilaita vertaistuen piiriin. Tutkittu tieto vertaistuesta lisää ammattityöntekijöiden valmiuksia ja motivaatiota yhdistää vertaistuki ja vertaisryhmät osaksi mielenterveyden edistämistä, hoitoa ja kuntoutusta. Tuloksia voidaan hyödyntää myös vertaistukitoimintaa kehitettäessä.

2 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLINEN KONTEKSTI

2.1 Masennus ja siitä toipuminen

Käytän sanaa 'masennus' tässä tutkimuksessa vastaamaan psykiatrisessa merkityksessä käytettyä sanaa 'depressio'. Ammatillisessa kielenkäytössä sanoja käytetään rinnasteisina (esim. Konsensuslausuma 1995). Masennuskäsitteen määrittely ei ole yksiselitteistä. Sillä voidaan tarkoittaa normaalia, esimerkiksi menetyksiin tai muihin muutostilanteisiin liittyviä tunnereaktioita, oiretta tai oireyhtymää tai vaikeaa monioireista psyykkistä sairautta. Masennus voi olla lyhykestoinen alakuloisuuden tunne, psyykinen oire, oireyhtymä tai sairaus. (Freeling & Tylee 1992; Lehtinen 1995; Lehtonen 1995.) Muun muassa Kristeva (1998) ja Siltala (2005; 2006) puhuvat eheyttävästä eli luovasta depressiosta silloin, kun alakuloisuus, surumielisyys ja suru ovat sidottuina toivoon ja vievät psyykkiseen muutokseen.

Masennusta on lääketieteessä ja terveystieteissä lähestytty pääasiassa kahdella tavalla. Masennus kuvataan ensisijaisesti joko taudiksi tai häiriötilaksi (Konsensuslausuma 1995; Isometsä 2001; Luukkonen 2005) tai painottaen masentumisen, masentuneena olemisen ja siitä toipumisen kokemuksia (Tontti 2000; Ylilehto 2005). Kokemuksellisesta näkökulmasta masennusta voidaan tarkastella kokemuksen syventämisenä, luovuutena, muutoksena tai oman elämäntilanteen uudelleen arviointina (Mattila ym. 1997; Tontti 2000). Kuvaan seuraavassa masennusta sekä lääketieteellisesti todettavissa olevana tautina että masentuneen ihmisen kokemuksena. Masennuksesta toipumista tarkastelen kokemuksellisesta näkökulmasta.

2.1.1 Masennus lääketieteellisestä näkökulmasta

Lääketieteessä korostuu masennuksen diagnosointi, joka perustuu oireiden tunnistamiseen. Masennusta tunnetilana pidetään ihmisen normaalina tunne-elämän osana. (Heikman ym. 2002; Herva 2002.) Kliininen masennus on sairaus, jonka taustalla on sekä psykologisia että biologisia tekijöitä (Achté & Tamminen 1993). Masennus eli depressio sairautena tarkoittaa ”yksilön mielialan häiriötä, johon liittyy masentuneisuuden kokemus, mutta johon liittyy myös ruumiillisia häiriöitä ja joka yleensä koskettaa inhimillisen elämän kaikkia osatekijöitä” (Salokangas 1997). Kyseessä on monimuotoinen häiriöryhmä, johon yhtenä keskeisenä piirteenä kuuluu alentunut mieliala (Salokangas 1997; Isometsä 2001). Suomessa kliinisessä psykiatrisessa diagnostiikassa on virallisesti käytössä ICD-10-tautiluokitukset. Niiden mukaan kliiniset depressiot luokitellaan jaksottaiseen masennustilaan, jonka uusiutunut muoto on toistuva masennus, ja vuosikausia kestävään pitkäaikaiseen masennukseen. Yksisuuntaisessa depressiossa on vain masennusvaiheita, kun taas kaksisuuntaisessa masennusvaiheet vuorottelevat maanisten vaiheiden kanssa.

Masennuksen keskeisiä oireita ovat ICD-10:n mukaan mielialan lasku sekä mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen menetys ja energian väheneminen. Energian väheneminen johtaa väsymiseen ja aktiivisuuden heikkenemiseen. Tavallisia oireita ovat myös keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto ja heikentynyt luottamus, syyllisyyden ja avuttomuuden tunteet, pessimistiset tulevaisuudennäkymät, itsetuhoajatukset ja

-toimet, häiriintynyt uni, vähentynyt ruokahalu ja libidon lasku. Henriksenin (1995) mukaan yli 90 prosenttia masennuspotilaista kärsii ahdistuneisuudesta. Suuri osa depressioista ilmenee joko kokonaan tai pääasiassa ruumiillisina oireina. Tavallisia ruumiillisia oireita ovat unettomuus, ruokahaluttomuus, väsymys, painon lasku ja erilaiset kiputilat. (Äärelä 2004.)

Masennustila voidaan luokitella lieväksi, kohtalaiseksi tai keskivaikeaksi, vaikeaksi ja vaikea-asteiseksi psykoottiseksi masennukseksi. Luokittelu perustuu oireiden lukumäärään, laatuun ja vaikeuteen. Lievää masennusta potevilla on vähän vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissaan. Kohtalaista masennusta sairastavilla oireet vaikuttavat merkittävästi sosiaaliseen kanssakäymiseen ja työhön. Vaikea-asteisesta masennuksesta kärsivä ei juuri kykene jatkamaan työtään tai ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan. Vaikea-as-

teisen masennuksen piirteitä ovat usein arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, itsetuho-ajatukset sekä somaattiset oireet. Vaikea-asteisessa psykoottisessa masennuksessa on psykoottisia oireita. (Luukkonen 2005; Leinonen 2002; Salokangas 1997.) Vaikea-asteista masennusta sairastavilla on usein lisäsairautena ahdistushäiriö, alkoholismi tai persoonallisuushäiriö (Melartin ym. 2002). DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) -kriteerien mukaan vakavassa masennusjaksossa on oleellista masentunut mieliala tai mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen verrattuna yksilön aikaisempiin tuntemuksiin. Toistuvat ajatukset kuolemasta tai itsemurhasta ovat tavallisia vakavasti masentuneilla.

2.1.2 Masennus kokemuksena

Kokemuksellisesta näkökulmasta tehdyt tutkimukset nostavat esiin masennuskokemuksen sisäisen luonteen (Karp 1994; Tontti 2000), sen sanoittamisen vaikeuden, masentuneen kyvyttömyyden yhteyteen muiden kanssa (Karp 1994; Hurst 1999; Farmer 2002) sekä masentuneen halun löytää merkitys masennuskokemukselle (Lewis 1996; Skarsäter ym. 2003b) ja sen syille (Karp 1994). Masennus koetaan elämänhallinnan tunteen heikkene misenä (Enäkoski 2002; Skarsäter ym. 2005), joka ilmenee muun muassa epävarmuutena. Naisten ja miesten masennuskokemuksista on etsitty yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia (Wilhelm ym. 2002; Brownhill ym. 2005; Danielsson & Johansson 2005).

Karpin (1994) tutkimuksessa masennuksesta kärsivät tulkitsivat ja jäsensivät elämäntilannettaan, joka näytti vaikeasti ilmaistavalta, pirstaleiselta ja hankalalta. Sairauden kulku eteni kaoottisesta kärsimyksen tunteesta vaiheittain kokemukseksi masennuksesta olotilana, josta on mahdollista päästä eroon. Kaikissa sairauden vaiheissa masentuneet pohtivat kysymystä, salatako masennus vai paljastaako se perheelle ja ympäristölle. Yhdeksi masennuksen kokemisen vaikeuksista koettiin kyvyttömyys ilmaista muille, miltä itsestä tuntuu. Samanaikaisesti muut olivat kyvyttömiä ymmärtämään masentunutta. Siksi masennuksesta kärsivillä oli taipumusta eristäytyä sosiaalisesti.

Masentuneiden suhteissa muihin ihmisiin on löydettävissä paradoksi. Masentuneet haluavat olla yhteydessä muiden kanssa, mutta heillä ei ole kykyä toteuttaa yhteyttä. Masennuksen emotionaalinen kokeminen on luon-

teeltaan sisäistä. Masentuneilta puuttuu sanasto ymmärtää omaa tilaansa ja masennus on vaikea tehdä ymmärrettäväksi ei-masentuneille. Eristäytymistä syventää myös leimatuksi tulemisen pelko. (Karp 1994.) Nuoret painottavat masennuksen kokemisessaan vihaa, väsymystä ja ihmistenvälisiä vaikeuksia (Farmer 2002). Nuorten kokemukseen kuuluu myös pelko. Woodgaten (2006) tutkimuksessa nuoret kuvasivat masennuskokemusta 'pelon varjossa elämiseksi'. Nuoret pelkäävät, että vaikeat tunteet palaavat, etteivät he saa apua ja etteivät he selviä vaikeiden tunteidensa kanssa.

Masentuneet pohtivat masennuskokemuksen merkitystä. Lewisin (1995) mukaan masennus on monimutkainen, yksilölle merkityksellinen kokemus. Masennuksen merkityksen etsimisessä oleellisia ovat diagnoosin varmistuminen sekä masennuksen selittäminen itselle. Selittämisessä etsitään ja kyseenalaistetaan masennuksen syitä. Masennuksen syyn tunnistaminen tuo toivoa masennuksen ymmärtämiseen ja ratkaisemiseen. Masentunut voi hyväksyä diagnoosin helpotusta tuovana ja vapauttavana, mutta se voidaan myös kyseenalaistaa tai torjua. Masennuksen selittämättömyys vahvistaa eristäytymisen tunnetta. Masennuskokemukselle halutaan löytää merkitys. Masennuksen syiden etsiminen ja kyseleminen on osa kokemuksen tarkoituksen yleisempää etsimistä. Masennuksen löydetyt selitykset ovat joko yksilöllisiä tai sosiaalisia selityksiä. Myös Skarsäterin ym. (2003b) tutkimuksessa masennuksen merkityksen löytäminen on osa masentuneen kokemusta ja keino selviytyä.

Tontti (2000) kuvaa masennuskokemuksen seuraavasti: "Masennus on jotakin epämääräistä ja psyykkisesti jäytävää pahaa oloa. Masennus tarkoittaa jotakin sameaa, luonteen, tunteiden, ajattelun, ihmissuhteiden, työn ja kaiken kaikkiaan elämän mielekkään sisällön murskaavaa voimaa, joka ei jätä rauhaan. Masennus on se tapahtuneesta ja tapahtuvasta koottu ymmärryksen palapeli, joka on jotenkin rikkoutunut. Masennuksella osoitetaan oma ja ympäristön puutteellisuus ja samalla suojaudutaan ulkoista ja sisäistä painetta vastaan." Masentuneet käsittelevät masennusta elämäntilanteen kokonaishahmotuksena, eivät sairautena. (Tontti 2000.) Enäkosken (2002) tutkimus kohdistui masentuneen elämismaailmaan. Masennus on "kokonaisvaltainen ja monimuotoinen prosessi, joka johtaa elämäntilanteen uudelleen arviointiin. Masennuksen kokemuksessa sisäinen ja ulkoinen elämänhallinnan tunne heikentyy ja kosketus omaan minään katoaa." Enäkosken mukaan masentuneiden välillä on eroja siinä, miten elämänhallin-

nan tunne vahvistuu käytettävissä olevien selviytymiskeinojen avulla. Yksilöllisiä eroja tulee myös siitä, missä määrin masennus koetaan itsensä tuntemaan oppimisen mahdollisuutena ja arvon löytymisenä merkityksettömille kokemuksille.

Naisten masennuskokemusten tutkimuksissa on ilmennyt, että masennuskokemuksiin voi tottua ja että ne voivat tulla joko itsestään selväksi tai odotettavissa olevaksi osaksi elämää (Scattolon & Stopard 1999). Keskeisiä masentuneiden naisten kokemuksia ovat vähätellyksi, hyväksikäytetyksi ja hylätyksi tulemisen kokemukset (Hurst 1999). Naisten masennuskokemuksia sorretaan ja marginalisoidaan (Schreiber 2001). Rapmundin ja Mooren (2000) mukaan masentuneet naiset kokevat itseään vedettävän eri suuntiin tai olevansa ikään kuin keskityksessä. He tuntevat päätyvänsä tilanteeseen, jossa on mahdotonta ”voittaa”. Jumiutunut tilanne ylläpitää masennusta. Hedelinin ja Strandmarkin (2001) tutkimuksessa ikääntyvät naiset kokivat masennuksen vakavana moniulotteisena kärsimyksenä. Masennus vaikutti kaikkiin elämänaloihin. Aikaisemmat kokemukset yhdistyivät nykyiseen tilanteeseen masentuneena.

Synnytyksen jälkeinen masennus merkitsee naiselle kärsimystä ja jäämistä pelkoon, hämmennykseen ja hiljaisuuteen (Beck 1992; 2006). Kokemuksena synnytyksen jälkeinen masennus tuntuu painajaisunelta, johon kuuluvat kontrolloimattomat ahdistuskohtaukset, kuluttava syyllisyys, pakkoajatukset ja yksinäisyyden tunne. Kokemusta sävyttää pelko siitä, ettei elämä koskaan palaa normaaliksi. (Beck 1992.) Äidin roolin löytämistä voi edeltää kokemus entisen itsen kuolemasta (Lawler & Sinclair 2003).

Masentuneet miehet kuvaavat joustamattomia rooli- ja suoritusodotuksia. Sairaus haastaa miehisyyteen liitettyjä käsityksiä. Masentuneet miehet kokevat emotionaalista etäisyyttä suhteessa muihin ja kontrollin menetystä. He kohtaavat itsensä, joka on ollut heiltä kätkössä. Itsemurha tai päihteiden käyttö voi tuntua mahdollisuudelta kontrolloida sitä, mitä itsessä tapahtuu. Miehillä on tyypillistä myöhäinen hakeutuminen hoitoon. (Heifner 1997.)

Wilhelmin ym. (2002) mukaan sukupuolten väliset erot ovat paremminkin yhteydessä masennuksen ilmenemiseen ja ahdistuneisuushäiriöihin sekä tapoihin käsitellä depressiota kuin depressiivisiin oireisiin sinällään. Brownhillin ym. (2005) mukaan depression kokemisessa ei ole sukupuolten välisiä eroja, mutta sen sijaan eroja on tavassa ilmaista kokemusta. Samantyyppisiä

tuloksia saivat Danielsson ja Johansson (2005). Miehet puhuvat helpommin fyysisestä stressistä kuin tunteista. Naiset ovat valmiimpia sanoittamaan emotionaalista stressiä, häpeää ja syyllisyyttä. Miehet ilmaisevat epävarmuutta korostamalla aikaisempaa pätevyytään ja naiset vetäytymällä syrjään.

2.1.3 Masennuksesta toipuminen

Schreiber (1996) kuvaa naisten masennuksesta toipumista itsen uudelleenmäärittelyn prosessiksi. Skarsäterin ym. (2005) mukaan masennuksesta toipuminen ilmenee koherenssin tunteen vahvistumisena, jossa sosiaalisella tuella on keskeinen merkitys. Masentuneena ja masennuksesta selviytymisessä tarvitaan sekä kognitiivista että emotionaalista ymmärrystä, jotta kuntoutuja alkaa toimia terveyttään edistävästi (Skarsäter ym. 2003b).

Osallistuminen arkielämän perustoimintoihin ja ainakin joidenkin roolivoittojen täyttäminen on nähty merkittäväksi toipumisessa ja kuntoutumisessa. Yksi keskeinen toipumisen indikaattori on työelämään palaaminen. (Mead & Copeland 2000; Noordsy ym. 2002.) Masennuksesta toipuvien kokemuksen mukaan terveydenhuoltojärjestelmä voi vahvistaa toipuvan sairaan roolia ja siten vahvistaa oikeutusta pysytellä työelämän ulkopuolella (Millward ym. 2005).

Naisen masennuksesta toipuminen on yhteydessä itsestä huolehtimiseen ja vaikuttamiseen. Vaikuttaminen on muun muassa aktiivista osallistumista hoitoa koskeviin päätöksiin. (Vidler 2005.) Steen (1991) kuvasi masennuksesta toipuvien naisten kokemuksia viitenä vaiheena eksistentiaalisesta vieraantumuksesta oman itsen kasvattajaksi tulemiseen. Huolenpito muista masennuksesta toipuvista naisista ja heidän tukemisensa koettiin toipumisessa oleelliseksi. Gaskins ja Brown (1997) osoittivat, että muiden auttamisesta voi tulla tärkeä strategia selviytymisessä sairauden aikana. Myös Droge ym. (1986), Rappaport (1993), Wilson (1995) ja Hildingh (1996) ovat raportoineet samansuuntaisia tuloksia.

Schreiberin (2001) mukaan toipumisessa on oleellista luopuminen oman itsen tuomitsemisesta sekä epätäydellisyyden ja haavoittuvuuden salliminen itselle. Erilaisten itsehoitomenetelmien ja muilta saadun tuen avulla voidaan oppia ymmärtämään masennusta ja itseä. Näin on mahdollista tulla tietoisiksi masennukseen yhteydessä olevista tekijöistä ja ehkäistä myöhempiä masennuksen vaiheita. Masennus voi edistää muiden kärsimyksen ymmär-

tämistä (Hänninen & Timonen 2004).

Emslien ym. (2006) tulosten mukaan miehelle masennuksesta toipumisessa on keskeistä voida muodostaa uudelleen arvostava suhde itsen ja omaan maskuliinisuuteen. Skärsäterin ym. (2003b) mukaan miehet selviytyvät jokapäiväisestä elämästä vakavasti masentuneena purkamalla huoliaan, parantamalla terveyttään, osallistumalla ja löytämällä merkityksen. Maallikkotulla on keskeinen merkitys siinä, että mies voi saada paikkansa takaisin julkisuuden piirissä.

Masentuneet pitävät masennuksesta toipumista edistävinä tekijöinä sellaisia interventioita, jotka ovat psyykkisesti kasvattavia, antavat toivoa ja tarjoavat yksilöllistä hoitoa (Peden 1996). Terapeuttisella empatialla on kohdalainen tai suuri merkitys masennuksesta toipumisessa (Burns & Nolen-Hoeksema 1992). Schreiberin (1996) mukaan masentuneiden naisten toipumiskokemuksissa auttamisen tärkeimmäksi asiaksi osoittautui se, että heitä kuunneltiin ja heidän kokemuksensa kuultiin ja että samalla heidän kokemustensa todellisuus sai vahvistusta.

Ei-masentuneet osaavat harvoin ilmaista empatiaa masentuneille ystävilleen tai sukulaisilleen (Wernicke ym 2006), eikä masentuneiden saama tuki aina vastaa heidän tarpeitaan tai odotuksiaan (Rapmund & Moore 2000). Tukevat vuorovaikutussuhteet ovat kuitenkin merkittäviä masennuksesta toipumisessa (Lara & Leader 1997; Enäkoski 2002; Lindfors 2005; Nasser & Overholser 2005; Skärsäter ym. 2005; Ylilehto 2005). Vastavuoroisuus suhteessa itsen ja muihin on keskeinen tekijä mielenterveyden ja masennuksen kokemisessa. Vastavuoroisuuteen sisältyy viesti 'se, mitä kerrot, on tärkeää meille molemmille'. (Hedelin & Jonsson 2003.) Saatavilla oleva sosiaalinen tuki lisää mahdollisuuksia toipua vakavasta masennuksesta (Badger 1996).

2.2 Vertaistuki

Vertaistukea tarkastellaan tutkimuksissa sosiaalisen tuen käsitteen yhteydessä. Vertaistuki on silloin joko sosiaalisen tuen alakäsite tai sen erityismuoto, jossa tuen antaja on samankaltaisessa elämäntilanteessa tuen saajan kanssa. Seuraavassa esittelen ensin yläkäsitettä sosiaalinen tuki. Sosiaalista tukea saadaan ja annetaan sosiaalisen verkoston tai sen osan, sosiaalisen tukiverkoston sisällä. Sosiaalinen verkosto on kirjallisuudessa määritelty lukuisilla eri

tavoilla. Erilaisuus näkyy siinä, millaisia piirteitä verkostossa painotetaan ja miten niitä painotetaan. Sosiaalisen tuen käsitteen jälkeen tarkastelen vertaistuen käsitettä ja vertaisryhmää tuen edellytyksenä.

2.2.1 Sosiaalinen tuki vertaistuen yläkäsitteenä

Hupcey (1998) määritteli sosiaalisen tuen ”hyvää tarkoittavaksi toiminnaksi, jota tehdään vapaaehtoisesti henkilölle, johon tuen antajalla on henkilökohtainen suhde ja joka saa aikaan joko välittömän tai viivästyneen myönteisen vastineen tuen saajassa”. Hupcey nimesi kolme sosiaalisen tuen käsitteen ominaisuutta. Ensinnäkin sosiaalisessa tuessa on edellytyksenä vastaanottajan kokemus siitä, että tukea on annettu. Toiseksi tuen vastaanottajan on tunnistettava, että tuki on positiivista. Kolmanneksi tuen saajan ja antajan välillä tulee olla henkilökohtainen suhde.

Sosiaalista verkostoa pidetään sosiaalisen tuen edellytyksenä (Langford ym. 1997). Sosiaalista tukea annetaan ja saadaan yleensä sosiaalisen verkoston tai sosiaalisen tukiverkoston sisällä (Norbeck & Tilden 1988). Sosiaalisten verkostojen rakenteesta on esitetty erilaisia ryhmittelyjä. Hammer (1983) sijoittaa sosiaaliset verkostot kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä ovat ne ihmiset, jotka määritellään läheisiksi. Toiseen ryhmään sijoittuvat ihmiset, joita nähdään melko usein. Kolmannessa ryhmässä ovat ihmiset, joiden kanssa ei ole suoraa kontaktia. Ellison (1983) katsoo sosiaalisen verkoston koostuvan ihmisistä, joiden kanssa yksilö tosiasiallisesti on kontaktissa tai joiden kanssa hänellä on mahdollisuus olla kontaktissa ja vaihtaa hyödykkeitä tai palveluja.

Sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen verkoston käsitteitä käytetään sekä samaa tarkoittavina että eri merkityksissä. Hupcey (1998) ja Stewart (1993) pitävät sosiaalisen tuen verkoston käsitteen erillään sosiaalisen verkoston käsitteestä. Pattisonin työryhmä (1981) käyttää termiä psykososiaalinen verkosto tarkoittaessaan yksilön kokemaa sosiaalista verkostoa. Kahnin ja Antonuccin (1980) käsitteistössä taas sosiaalinen verkosto muodostuu niistä henkilöistä, jotka antavat toisilleen tai saavat toisiltaan tukea. Hibbardin ym. (1996) mukaan käytettävissä oleva sosiaalinen verkosto käsittää ne ihmiset, joilta henkilö potentiaalisesti voi pyytää apua. Hyödynnetty verkosto puolestaan viittaa niihin henkilöihin, joilta henkilö on tosiasiallisesti pyytänyt apua esimerkiksi viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Kolmanteen

eli ristiriitaiseen verkostoon kuuluvat ne, joiden kanssa henkilö kokee parhaillaan olevan ristiriitoja.

Romeder ym. (1985) luokittelivat yksilöiden tuen lähteet kolmeen ryhmään: ensimmäisessä ryhmässä ovat perhe ja ystävät ja toisessa ne, joiden kanssa yksilö on suhteellisen vähän tekemisissä. Kolmanteen ryhmään kuuluvat vertaiset ja vertaisryhmien jäsenet. Sosiaalista tukea haetaan yleisimmin läheisimmiltä ihmisiltä. Puolisoilta haetaan perheissä useimmiten tukea silloin, kun sitä tarvitaan (Dakof & Taylor 1990.) Naimisissa olevat henkilöt saavat puolisoiltaan lähes kaikkia sosiaalisen tuen muotoja (Beach ym. 1993). Pelkkä toisten ihmisten läsnäolo perheverkostossa ei sinällään takaa tukea edes perheen sisällä. Tuki edellyttää tiettyjä prosesseja tai vuorovaikutustapoja. Kokemus tuesta edellyttää, että tuen luonne muuttuu tuen tarvetta synnyttävien tilanteiden muuttuessa. (Lynam 1995.) Optimaalisen psyykkisen ja fyysisen terveyden näkökulmasta sosiaalisten suhteiden laatu on tärkeämpi kuin niiden määrä (Vandervoort 1999; Vandervoort & Skorkov 2002). Beckerin ym. (1998) tutkimuksen mukaan sosiaalisessa verkostossa voidaan osoittaa terveyden kannalta tietty optimaalinen koko.

Sosiaalisen tuen sisällöiksi esitetään tavallisimmin emotionaalinen, instrumentaalinen ja informatiivinen tuki (Orth-Gomér & Unden 1987; Stewart 1993). Langford ym. (1997) lisäävät näihin arviointituen. Sosiaalinen tuki voi olla positiivista tai negatiivista tukea (Revenson ym. 1991). Negatiivinen tai ei-auttava tuki merkitsee kriittisyyttä, pessimististä asennetta, empatian puutetta ja sosiaalisten kontaktien välttämistä (Dakof & Taylor 1990). Negatiivinen tuki voi ilmetä myös tarpeettomana toisten asioihin puuttumisena tai ystävyysuhteen katkaisemisena (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002). Norbeck (1981) ja Ellison (1983) pitävät vastavuoroisuutta erityisen tärkeänä piirteenä sosiaalisessa tuessa. Sairauden tai kriisien aikana tuen antaminen ja saaminen voivat kuitenkin ainakin tilapäisesti olla epätasapainossa.

Tutkijoilla on erilaisia käsityksiä siitä, sisällytetäänkö ammattityöntekijöiden antama tuki sosiaaliseen tukeen. Mm. Norbeck (1981) jättää ammatillisen auttamisprosessin sosiaalisen tuen ulkopuolelle, koska siitä puuttuu vastavuoroisuus. Myöskään Hupceyn (1998) mukaan sosiaalinen tuki ei kuulu ammatilliseen suhteeseen. Jos ihmistä tuetaan organisaation, yhteisön tai ammatillaisen taholta, kyseessä ei hänen mukaansa ole sosiaalinen tuki. Suomalaisista sosiaalisen tuen tutkijoista esim. Tarkka (1996), Lehto-

Järnstedt ym. (1999) ja Mikkola (2006) sisällyttävät sosiaalisen tuen myös ammattilaisten toimintaan.

Langford ym. (1997) yhdistävät sosiaalisen tuen seuraukset positiiviseen terveyteen. Sosiaalinen tuki vähentää ahdistusta ja depressiota. Sosiaalinen tuki vaikuttaa positiivisesti mielenterveyteen. Ensinnäkin se vaikuttaa suoraan hyvään oloon. Toiseksi sosiaalinen tuki vaikuttaa epäsuorasti vähentämällä altistusta sosiaalisille vastoinkäymisille. Kolmas vaikutustapa on vuorovaikutuksellinen. Sosiaalinen tuki suojaa yksilöä stressin haitallisilta vaikutuksilta. (Langford ym. 1997; Mielenterveystyö Euroopassa 2004.) Hammerin (1981) mukaan sosiaalinen tuki on saajalleen aina jollakin tavoin hyödyllistä, mutta sosiaalisen verkoston yhteydet voivat luoda jäsenilleen myös rajoitteita ja stressiä. Tuen antaminen ja saaminen läheisissä ihmissuhteissa on selkeimmin yhteydessä tuen terveydellisiin ja mielenterveydellisiin vaikutuksiin kuin tuki ihmissuhteissa yleensä (Rogers 1987). Puolison antama sensitiivinen ja oikein ajoitettu sosiaalinen tuki on tärkeä tekijä emotionaalisen kontaktin ylläpitämisessä ja emotionaalisen eristäytymisen vähentämisessä (Cutrona 1996).

2.2.2 Vertaistuen käsite

Sana 'vertainen' on peräisin kantagermaanien sanasta Wertha. Siihen puolestaan pohjaa ruotsinkielinen 'värd', joka tarkoittaa arvoa ja hintaa. Ruotsissa käytetään myös sanaa 'lik', vertainen. (Hulmi 2004.) Vertaistuen englanninkielisiä vastineita ovat peer support ja mutual support. Myös termit mutual-aid, mutual help ja self-help käytetään vertaistuesta puhuttaessa. Suomen kielessä vertaistuen synonyymeinä esiintyvät mm. termit oma-apu, keskinäinen tuki ja keskinäinen apu. (Nylund 2000.)

Vertaistuki on kirjallisuudessa määritelty kokemukselliseen tietoon pohjautuvaksi sosiaalseksi tueksi, jota annetaan ja saadaan keskenään samankaltaisessa tilanteessa olevien ihmisten välillä (esim. Wann 1995; Hildingh 1996; Nylund 1997; 2000). Dennis (2003b) määritteli vertaistuen ”sellaisen luotuun sosiaaliseen verkostoon kuuluvan henkilön antamaksi emotionaaliseksi, informatiiviseksi ja arviointiavuksi, jolla on kokemuksellista tietoa tietystä käyttäytymisestä tai stressaavista tekijöistä ja samanlaisia piirteitä kuin kohderyhmällä. Tukea kohdennetaan tietyn ihmisen terveyteen liittyvään todelliseen tai potentiaaliseen seikkaan.”

Romeder (1989) erottaa vertaistuessa persoonallisen ja kollektiivisen vertaistuen. Persoonallinen vertaistuki on pääasiassa kahden henkilön välistä tukea. Kollektiivisessa vertaistuen muodossa ryhmän jäsenet toimivat keskenään kollektiivisesti yhteisten tavoitteiden suuntaisesti. Persoonallinen vertaistuki voi olla joko symmetristä tai epäsymmetristä. Symmetrisessä vertaistuessa molemmat saavat ja antavat apua vastavuoroisesti, ja vaihto kohdistuu tasapuolisesti molempien vaikeuksiin. Epäsymmetrisessä vertaistuessa dialogi on keskittynyt yksipuolisesti vain toisen osapuolen ongelmiin. Vertaissuhteiden tukevia toimintoja ovat emotionaalinen, informatiivinen ja arviointituki (Dennis 2003b).

Vertaistukea on pidetty luonnollisena osana perheiden, sukujen ja tuttavi- en jokapäiväistä kanssakäymistä (esim. Katz & Bender 1976). Vertaistukea voidaan kuitenkin pitää tällaista kanssakäymistä tavoitteellisempana ja siihen voidaan liittää säännönmukaisia käytäntöjä (Levine & Perkins 1987). Nykyisen vertaistukitoiminnan katsotaan alkaneen teollistumisen seurauksena, kun suurperheiden ja yhteisöjen määrä väheni ja rakenne mureni muuttaessa maalta kaupunkiin (Nylund 1997). Muutokset perheen ja naapuruuden rooleissa ovat tekijöitä, jotka ovat osaltaan vaikuttaneet vertaistukitoiminnan laajenemiseen ja vertaisryhmien määrän kasvuun.

Vertaisryhmää voidaan pitää samankaltaisen elämäntilanteen lisäksi vertaistuen edellytyksenä. Vertaisryhmien englanninkielisinä vastineina käytetään termejä self-help group, mutual aid group ja peer group (Nylund 1997; 2000; 2005). Vertaisryhmiä eli oma-apuryhmiä on luokiteltu teema- tai sairauslähtöisesti (Matzat 1993; Nylund 1997), perustajien tai taustajärjestöjen mukaan (Nylund 1997) tai sisältöjen ja tavoitteiden mukaan (Emerick 1991, 1995; Hatzidimitriadou 2002). Vertaisryhmiä on tarjolla nimettömistä internetin keskusteluryhmistä kasvokkain kokoontuviin keskusteluryhmiin (Dennis 2003a; Nylund 2005). Tarkastellessaan vertaisryhmien määritelmiä Adamsen ja Rasmussen (2001) sekä Riessman ja Gartner (1987) tunnistivat vertaistuessa piirteitä, jotka erottivat ne muista ryhmistä. Näitä olivat ei-byrokraattinen organisoituminen, vastavuoroisuus, jäsenten itsemäärääminen, usko kokemukselliseen tietoon, ei-kaupallisuus (Riessman & Gartner 1987), spontaanisuus, henkilökohtainen osallistuminen ja ammattilaisten poissaolo (Adamsen & Rasmussen 2001). Ussherin ym. (2006) tutkimuksessa vertaisryhmän erityispiirteiksi muihin tukeviin vuorovaikutussuhteisiin verrattuna nousivat tukea antava ympäristö, vastavuoroisuus ja yhteenkuulumisen

tunne sekä ryhmän mahdollisuus vastata jäsentensä tarpeisiin.

Luke ym. (1993) tutkivat ryhmän ja ryhmän jäsenen yhteensopivuuden yhteyttä vertaisryhmään osallistumiseen. Tutkimukseen osallistuneilla oli pitkäaikainen psykiatrinen sairaushistoria. Vanhemmat, ei-naimisissa olevat, koulutetut ja toimintakyvyltään heikoimmat osallistuivat todennäköisimmin pysyvästi vertaisryhmään. Todennäköisimmin ryhmästä taas pois jäivät iältään nuoret, vähemmän koulutetut, naimisissa olevat tai hiljattain naimisissa olleet ja ne, joiden toimintakyky oli hyvä. Ryhmän naisvaltaisuus lisäsi myös todennäköisyyttä ryhmästä pois jäämiseen, samoin jos jäsenen sairaalahoitoon liittyvä historia tai siviilisäätö poikkesi ryhmästä keskimäärin. Murphyn ym. (1998) tutkimus tukee käsitystä, että optimaalinen vertaisryhmä on kokoonpanoltaan homogeeninen.

Riessmanin ja Carrollin (1995) mukaan vertaistuen toimivuus perustuu neljään tekijään. Ensinnäkin vertaistuessa omakohtaisen ongelman kautta saatu tieto käännetään ohjaukselliseksi voimaksi. Toinen on roolien vaihdettavuus, joka merkitsee, että jokaisella on mahdollisuus sekä saada että antaa apua. Kolmas tekijä on positiivinen eetos: edetään sen mukaan, mikä on mahdollista. Neljäs vertaistuen toimivuuden perusta on se, että tuki perustuu kokemuksellisuuteen eikä ulkopuolelta haettavaan viisauteen ja tietoon. Ahlberg ja Nordner (2006) nimesivät munasarjasyöpää sairastavien naisten vertaistuen ytimeksi samassa veneessä olemisen kokemuksen. Siinä jaettiin kokemuksia ja tunteita sekä vaihdettiin tietoa ja emotionaalista tukea.

Tutkimusten mukaan vertaisryhmien osallistujille merkityksellistä on ollut muun muassa tiedon saaminen toisilta samoin kokeneilta (Droge ym. 1986; Romeder ym. 1989), mahdollisuus kuulua johonkin (Hildingh ym. 1995; Wann 1995), kokemusten jakaminen (Droge ym. 1986; Hildingh ym. 1995), muiden auttaminen (Schwartz & Sendor 1999) ja ongelmien selkiytyminen (Romeder ym. 1989; Karp 1992). Hatzidimitriadou (2002) luokitteli vertaisryhmien auttavat prosessit kuuteen ryhmään. Nämä olivat toimintaorientoituneet, oivallus-orientoituneet, tukevat, ilmaisulliset ja konfrontoivat auttamisprosessit sekä ryhmäkoheesio. Mielenterveyspotilaiden vertaisryhmät tarjoavat Makhalen ja Uysin (1997) mukaan apua jäsentensä puolestapuhujina, perustarpeisiin vastaajina sekä myös terapeutin intervention mahdollistajina. Terapeutin interventio merkitsee muun muassa elämisen taitojen oppimista sekä ohjeita kriisitilanteiden varalta. (Makhale & Uys 1997.) Youngin ja Ensingin (1999) tutkimuksen mukaan vakavasta

psyykkisestä sairaudesta toipumisessa vertaistuki mahdollistaa riittävän turvallisuuden kokemuksen, joka on muutoksen ja kasvun edellytys.

Auttaminen voi olla yhtä hyödyllinen auttajalle kuin autettavallekin (Gaskins & Brown 1997, Zemore ym. 2004). Riessmanin (1985) mukaan muiden tukeminen voi olla jopa hyödyllisempää kuin avun vastaanottaminen muilta. Riessman nimitti ilmiötä ”helper-therapy” -periaatteeksi.

Adamsen ja Rasmussen (2001) löysivät ryhmien merkityksessä myös kriittisiä kohtia. Vertaisryhmä voi olla jäsenilleen paitsi vapauttava myös painostava. Ryhmä voi edistää autonomiaa, mutta myös vahvistaa yksinäisyyden kokemusta sekä kärsijän ja uhrin roolissa pysymistä.

2.2.3 Masentuneiden vertaistuki

Sosiaalisella tuella ja vertaistuella on tärkeä merkitys masennuksesta toipumisessa. Masentuneet eivät aina koe saavansa riittävästi sosiaalista tukea. He voivat olla myös tyytymättömiä tuen sisältöön. Moosin (1990) mukaan masentuneet, joilla on läheinen luotettu ja jotka elävät sosiaalista tukea antavassa ympäristössä, selviytyvät monesti lyhyen hoidon turvin. Ne, joilta tällaiset ihmissuhteet puuttuvat, tarvitsevat enemmän intensiivistä hoitoa.

Masentuneet saattavat olla tyytymättömiä saamaansa sosiaaliseen tukeen riippumatta tuen objektiivisista näkökohdista. Masentuneille perheen ulkopuolelta tuleva sosiaalinen tuki on tärkeä, koska masentuneet saattavat uskoa, että perhe tarjoaa tukeaan siihen pakotettuna. (Nasser & Overholser 2005.) Vakavasti masentuneilla on saatavillaan riittämättömästi sosiaalista tukea, ja heillä on vähemmän kontakteja sosiaalisen verkostonsa kanssa kuin ei-masentuneilla (Skarsäter ym. 2001).

Karpin (1992) mukaan masennuksesta tai maanisdepressiivisestä sairaudesta kärsivien ihmisten vertaisryhmässä ryhmän toistuviksi keskustelun aiheiksi osoittautuivat sairauden sosiaalinen konstruktio, diagnoosi, sairauden syy ja oma vastuu sekä lääkkeiden käytön kokemukseen perustuva tulkinta. Vertaisryhmään osallistuneille ryhmä oli paikka, jossa osallistujat saattoivat ymmärtää tilanteensa jaetulla tavalla. Ryhmän jäsenet löysivät kollektiivisesti yhteisen näkökulman ongelmiensa merkityksen ymmärtämiseksi. Vertaisryhmän keskeinen merkitys oli siinä, että se tarjosi ryhmään osallistuneille omaa sairautta ja sen merkitystä jäsentävän käsitteellisen viitekehyksen.

Skarsäterin ym. (2003a) tutkimuksen mukaan vakavasti masentuneet ko-

kivat mahdollisuuden keskustella luottamuksellisesti tunteistaan omassa selviytymisessään tukena, joka auttoi ymmärtämään itseä aikaisempaa paremmin. Vertaisryhmä vahvisti tätä prosessia, mikäli ryhmässä toimi vastavuoroisuus. Laitisen ym. (2006) tutkimuksessa masentuneet naiset voimaantuivat ymmärtämään itseään ja uskomaan omiin mahdollisuuksiinsa vertaisryhmään osallistumisen kautta. Pitkällä aikavälillä he kykenivät muuttamaan tunteitaan ja suhdetta itseensä ja ympäristöön.

Dennis (2003a) arvioi vertaistuen vaikutusta sellaisten äitien masennusoireisiin, joilla on korkea riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Tulosten mukaan vertaistuki vähensi äitien masennusoireita. Powellin ym. (2001) mukaan vertaisryhmään sitoutuminen ennusti masennuksesta selviytymistä, mutta pelkällä mukanaololla ei ollut yhteyttä selviytymiseen.

Vertaistuella ei aina ole myönteistä vaikutusta elämänlaadun tai depressoivisten kokemusten paranemiseen. Henkisesti paremmin voivilla voi vertaisryhmässä olla riski voinnin huononemiseen. (Uccelli ym. 2004.) Nuorille masentuneille vertaistuki ilman sen ohella saatavaa vanhempien riittävää tukea voi olla jopa riskitekijä (Young ym. 2006).

2.3 Yhteenveto

Tarkoitan tässä tutkimuksessa vertaistuella samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten keskinäistä sosiaalista tukea. Samankaltaisella elämäntilanteella viitataan omakohtaiseen masennuskokemukseen. Masennuskokemuksen ja siitä toipumisen ymmärrän yhteydessä yksilön ulkoiseen ympäristöön, erityisesti ihmissuhteisiin, muilta saatuun palautteeseen ja yksilön sosiaalisen verkoston jäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Termiä masentunut käytän tarkoittaessani sekä henkilöä, jolla subjektiivisesti määritelty masennuskokemus on ajankohtainen, että henkilöä, jolla masennuskokemus kuuluu lähimenneisyyteen.

Masentuneen käpertyminen on energian vähyydestä, itseluottamuksen puutteesta ja yhteydessä olemisen vaikeudesta johtuvaa elämänpiirin supistumista. Masennukseen kuuluva elämönhallinnan tunteen heikkeneminen ilmenee epävarmuutena. Selviytymiskeinoina ihmissuhteissaan masentunut käyttää varovaisuutta ja sopeutumista tai pyrkii näyttämään selviytyjältä. Masennuskokemuksen tutkimuksista hahmottuu masentumiseen ja siitä toipumiseen yhteydessä oleva muutos. Masennuksen aikana ja masen-

nuksesta toipumisessa pyritään löytämään ja käyttämään yksilöllisiä voimavaroja. Ihmissuhteita hyödynnetään masennuksen aikana toisaalta ottamalla niihin etäisyyttä ja toisaalta etsimällä niistä vahvistusta. Kommunikointi ei-masentuneiden kanssa tuottaa masentuneelle vaikeuksia. Tukevilla vuorovaikutussuhteilla ja kuuntelevalla asennoitumisella on tärkeä merkitys masennuksesta toipumisessa.

Tutkimusten mukaan vertaistuella on usein tärkeä myönteinen merkitys masentuneille. Vertaistukea haetaan, koska masentuneet eivät aina koe saavansa riittävästi tai sisällöllisesti tarkoituksenmukaista tukea lähiverkostoltaan tai ammattilaisilta. Vertaiset koetaan neutraaleina ja oman sosiaalisen verkoston kannalta ulkopuolisina, mikä helpottaa avun tarpeen myöntämistä. Samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien keskinäinen tuki vähentää masennuskokemukseen kuuluvaa erilaisuuden ja eristäytymisen tunnetta ja tuo mahdollisuuksia solmia vastavuoroisia ihmissuhteita. Vertaistuki voi kuitenkin myös syventää masennuskokemusta tai olla toipumisen kannalta haitallista.

Masentuneiden vertaistuesta, sen toimintamuodoista, auttavista prosesseista ja koetusta merkityksestä on tehty tutkimuksia ja vertaistuen käsitettä on analysoitu hoitotieteen kontekstissa. Suomalaisissa hoitotieteen tutkimuksissa on kuitenkin toistaiseksi vain sivuttu masentuneiden vertaistukikokemuksia. Tässä grounded teoria –menetelmällä toteutettavassa tutkimuksessani keskityn suomalaisten masentuneiden aikuisikäisten vertaistukikokemuksiin pyrkien tunnistamaan avun hakemisen vaihetta, vertaistuen toteutumista, vertaistuen ydinsisältöä sekä sen seurauksia. Käsitteellisten lähtökohtien merkitys on tutkimusprosessiani ohjaava ja tulosten tarkasteluani laajentava.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Kuvaan tutkimuksessani masentuneiden ja masennuksesta toipumassa olevien henkilöiden vertaistukea. Tarkoitukseni on kehittää substantiivinen eli aineistolähtöinen teoria masentuneiden vertaistuesta. Tutkimukseni avulla saatava tieto vahvistaa vertaistuen näkökulman huomioon ottamista mielenterveyspalvelujen suunnittelussa ja suuntaamisessa masentuneille. Tavoitteenani on tuottaa tietoa hoitotieteen tietoperustan kehittämiseen, vertaistukitoimintaan ja koulutukseen.

Tutkimustehtäväni ovat:

1. Tunnistaa masentuneiden henkilöiden vertaistukea kuvaavat käsitteet
2. Tarkastella masentuneiden henkilöiden vertaistukea kuvaavien käsitteiden välisiä suhteita.
3. Kehittää aineistolähtöinen teoria masentuneiden henkilöiden vertaistukea kuvaavista käsitteistä ja näiden välisistä suhteista.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Grounded teoria -menetelmä substantiivisen teorian kehittämisessä

Grounded teoria -menetelmän valinta tutkimuksessani perustuu tutkimukseni tarkoitukseen ja tutkimuskohteenani olevan ilmiön eli vertaistuen vuorovaikutukselliseen luonteeseen (Smith & Biley 1997; Benzies & Allen 2001). Haluan selvittää vertaistuen sisältöä ja merkitystä masentuneiden henkilöiden näkökulmasta.

Grounded teoria -menetelmän tarkoituksena on kehittää teoriaa. Jatkuvan vertailevan analyysin avulla voidaan muodostaa joko substantiivinen tai formaalinen teoria. Substantiivinen teoria perustuu tietyn rajatun aihealueen tutkimukseen, ja se on sovellettavissa kyseiselle rajatulle alueelle. Formaalin teoria on substantiivista teoriaa abstraktimpi ja sitä käsitteellisemmällä tasolla oleva teoria. (Glaser & Strauss 1967.) Grounded teoria -menetelmän avulla etsitään vuorovaikutuksessa läsnä olevia sosiaalisia prosesseja (Hutchinson 2000).

Grounded teoria -menetelmä perustuu symboliseen interaktionismiin (Strauss & Corbin 1990; Jeon 2004) ja fenomenologiaan (Isola 1997; Jauhonen & Latvala 2003). Grounded teoria -menetelmän yleinen tarkoitus on jäsentää tietty sosiaalinen tilanne tunnistamalla ydinprosessi ja siihen yhteydessä olevat prosessit. Menetelmällä tavoitellaan tutkittavan prosessin ja ilmiön ymmärtämistä pohjaten tiedonantajien kokemuksiin. Ihmisiä pyritään tarkastelemaan ympäristökonteksteissaan. (Benzies & Allen 2001; Blumer 1969.)

Vertaistuki on inhimillistä vuorovaikutuksellista toimintaa. Symboliseen interaktionismiin pohjautuva menetelmä soveltuu näin ollen vertaistuen tutkimiseen. Symbolinen interaktionismi tarjoaa teoreettisen näkökulman tutkia, miten yksilöt tulkitsevat objekteja ja muita ihmisiä elämässään, ja miten tämä tulkintaprosessi johtaa käyttäytymiseen tietyissä tilanteissa. (Benzies & Allen 2001.) Symbolisessa interaktionismissa oletetaan, että ihminen on paremminkin toimiva kuin vain reagoiva olento. Ihmisen toiminta on tarkoituksellista ja pohjautuu merkityksiin, joita yksilö niille antaa. (Nusbaum & Chenitz 1990.)

Tyypillistä grounded teoria -menetelmässä on useiden eri menetelmien ja tiedonantajaryhmien käyttö aineiston hankinnassa (Charmaz 2000). Analyysitavassa grounded teoria -menetelmän keskeinen piirre on jatkuva vertailu. Aineistoa kerätään ja analysoidaan samanaikaisesti, ja aineiston jokaista yksityiskohtaa verrataan jokaiseen muuhun yksityiskohtaan. Jatkuvan vertailun menetelmä tarkoittaa sitä, että eri henkilöitä verrataan keskenään, samaa henkilöä koskevaa aineistoa verrataan sisäisesti eri aikoina, eri tilanteita verrataan keskenään ja aineistoa verrataan syntyviin kategorioihin ja kategorioita verrataan keskenään. (Glaser & Strauss 1967; Charmaz 2000.) Kategorioista muodostuvat käsitteet. Substantiivinen teoria muodostuu käsitteiden välisistä suhteista.

Alun pitäen Glaser ja Strauss kehittivät grounded teoria -menetelmän yhteistyössä. Myöhemmin muodostui kaksi erityyppisesti painottunutta suuntausta. Strauss ja Corbin (1990, 1994) edellyttävät induktiivis-deduktiivista etenemistä. Strauss ja Corbin ovat kehittäneet systemaattisen etenemistavan aineiston analysoimiseksi. Charmazin (2000) mukaan Straussin ja Corbinin edustama ajattelu voi johtaa aineiston pakottamiseen. Glaser taas vierastaa hypoteesien käyttöä ja muodollisia tekniikoita ja korostaa sen sijaan löytämistä. Suomalaisissa grounded teoria -menetelmää soveltaneissa väitöskirjatutkimuksissa on valittu periaatteessa joko glaserilainen (mm. Koponen 2003; Lehto 2004) tai Straussin ja Corbinin edustama suuntaus (mm. Mattila 2001; Maijala 2004; Potinkara 2004; Hopia 2006). Tässä tutkimuksessa sovelletaan Straussin ja Corbinin (1990, 1998) esittämää analyysimenetelmää. Sitä suositellaan menetelmää opettelevalle tutkimuksen tekijälle (Holloway & Todres 2006). Se vaikutti selkeämmältä ja sen vuoksi turvallisemmalta vaihtoehdolta, kun aloin ensimmäistä kertaa käyttää grounded teoria -menetelmää.

4.2 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu

Tutkimushenkilöiksi tähän tutkimukseen valitsin henkilöitä, joilla oli oma-kohtainen kokemus masennuksesta ja vertaistuesta. Grounded teoria -menetelmälle tyypillisiä otantatapoja ovat teoreettinen otanta ja valikoiva eli selektiivinen otanta. Teoreettinen otanta tarkoittaa prosessia, jossa kehittyvä teoria määrää jatkossa kerättävän aineiston laatua. Valikoivassa otannassa aineiston koko päätetään etukäteen. Tässä tutkimuksessa otanta oli lähempänä valikoivaa tai tarkoituksenmukaista kuin teoreettista, joskaan otoksen kokoa ei täysin päätetty etukäteen. (Strauss & Corbin 1990; 1998; Janhonen & Latvala 2003.) Aineiston keruun aloitin pyytämällä kirjallisia kuvauksia vertaistuesta. Niiden pohjalta laajensin aineistoa yksilö- ja ryhmähaastatteluja käyttäen. Aloitusvaiheessa otanta oli tarkoituksenmukainen, ja analyysin edetessä se muuttui teoreettiseksi otannaksi. (Glaser 1978; 1992; Coyne 1997.)

Tutkimukseen osallistuneita oli yhteensä 31. Heistä 29 oli naisia ja 2 miehiä. Kaksi tutkimushenkilöstä lähetti sekä kirjallisen kuvauksen omista vertaistukikokemuksistaan että osallistui yksilöhaastatteluun. Tutkimukseen osallistui näin ollen 29 eri henkilöä. Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 32 ja 57 vuoden välillä. Yksi kirjallisen kuvauksen lähettäneistä jätti ilmoittamatta ikänsä.

Laadullisessa tutkimuksessa ja erityisesti grounded teoria -menetelmää käyttävässä tutkimuksessa on tyypillistä hankkia monen tyyppisiä aineistoja (Strauss ja Corbin 1998). Tässä tutkimuksessa keräsin aineistoa kirjallisilla kuvauksilla sekä teema- ja ryhmähaastatteluilla. Kyseessä on menetelmällinen triangulaatio, kun yhdessä tutkimuksessa yhdistetään useammanlaisia aineistoja (Syrjälä ym. 1995; Eskola & Suoranta 1998). Tiivistetty kuvaus aineiston keruusta on taulukossa 1.

Kirjalliset kuvaukset

Kirjallisia kuvauksia vertaistukikokemuksista keräsin vuoden 2002 lopusta alkaen vuoden 2003 syksyyn. Anoin luvan tutkimusaineistopyynnön julkaisemiseen *Mieli Maasta* -yhdistyksen hallitukselta (liite 2). *Käsi Kädessä* -lehteä varten lupaa ei tarvittu. Kirjallisten kuvausten lähettämispyyntö julkaistiin kahdessa peräkkäisessä *Mieli maasta* -yhdistyksen jäsentiedotteessa ja yhdessä *Käsi Kädessä* -lehdessä vuosien 2003–2004 vaihteessa (liite 3).

Taulukko 1. Aineiston keruun vaiheet

Aineisto	Määrä	Aika
Kirjalliset kuvaukset vertaistukikokemuksista	13	Joulukuu 2002-syyskuu 2003
Haastattelut	3	Helmikuu-maaliskuu 2004
Ryhmähaastattelut	1ryhmä/7henkilöä 1ryhmä/8henkilöä	Tammi-maaliskuu 2004
Yhteensä	31 henkilöä	

Osoitin pyynnön myös masentuneiden henkilöiden perheenjäsenille, koska alun pitäen tarkoitukseni oli tutkia myös perheenjäsenten vertaistuen kokemuksia. Pyyntö julkaistiin samoissa lehdissä vielä uudelleen syyskuussa 2003 (liite 4).

Kirjallisia kuvauksia vertaistukikokemuksista sain yhteensä 14 kappaletta. Yhdessä kuvauksista ei ollut lainkaan masennuskokemusta eikä vertaistukikokemusta, siksi jätin sen tutkimuksen ulkopuolelle. Kuvaukset vaihtelivat pituudeltaan vajaasta yhdestä sivusta (A4) kolmeen sivuun. Osa oli kirjoitettu käsin, mutta tavallisimmin kuvaukset oli laadittu kirjoituskoneella tai tekstinkäsittelyohjelmaa käyttäen. Kahdelta henkilöltä sain kirjalliset kuvaukset sähköpostitse. Monet kuvausten lähettäjät olivat kirjoittaneet palautteena tyytyväisyytensä mahdollisuuteen saada tutkimuksen yhteydessä kirjoittaa omista kokemuksistaan. Masentuneiden perheenjäseniltä sain kuusi kirjallista kuvausta heidän kokemuksistaan. Koska heidän osuutensa jäi tutkimuksesta pois, lähetin kirjallisesti tiedon muutoksesta niille kolmelle henkilölle, jotka olivat lähettäneet yhteystietonsa.

Yksilöhaastattelut

Toisen tutkimusaineiston keräsin haastattelemalla. Haastattelujen tarkoituksena oli täydentää ja täsmentää kirjallisten kuvausten kautta saatua tie-

toa. Haastatteluissa otin huomioon myös kirjallisista kuvauksista avoimen koodaamisen pohjalta tehdyt havainnot ja täydentämistarpeet. Kolmesta haastattelusta kaksi oli lähettänyt kirjallisen kuvauksen mukana yhteystietonsa ja ilmaissut halukkuutensa mahdolliseen haastatteluun. Nämä haastateltavat edustivat vertaistukikokemuksissa tavallaan ääripäitä. Toisella oli pelkkiä myönteisiä kokemuksia ja toisella taas runsaasti kriittistä näkökulmaa. Kolmas haastateltava löytyi vertaisryhmän kautta. Tämä vertaisryhmä ei ollut mukana ryhmähaastattelussa. Haastateltava otti itse puhelimitse yhteyttä ja kertoi halukkuutensa haastatteluun saatuaan tietää tutkimuksestani. Aloitin aineiston alustavan analyysin ennen haastatteluja. Kirjallisten kuvausten ja niiden alustavan substanttiivisen koodaamisen perusteella laadin väljät haastatteluteemat (liite 6a).

Tein haastattelut keväällä 2004. Haastattelin tutkimukseen osallistuneita yhden kerran. Katsoin kertaluontoisen haastattelun riittäväksi, koska tutkimuksen kohteena oleva ilmiö oli siinä jo mielestäni mahdollista tavoittaa. Haastatteluista sovimme haastateltavien kanssa puhelimitse. Ehdotin ja järjestin haastateltavien kotipaikkakunnilta haastattelupaikat ja tilat, jotka he hyväksyivät. Haastattelut etenivät pääosin vapaamuotoisesti alkuorientaation jälkeen. (Ruusuvuori & Tiittula 2005.) Muutamat kysymykset esitin kaikille samansisältöisinä. Näitä olivat kysymykset vertaistuen piiriin haikutumisesta, vertaistuen toteutumisympäristöistä ja vertaistuen merkityksestä haastateltavalle. Kaikilla haastatelluilla masennuskokemus oli pitkäaikainen. Heistä kaksi oli palannut työelämään sairasloman jälkeen ja yksi oli parhaillaan määräaikaisella sairaseläkkeellä. Haastattelut kestivät 45 minuuttia tuntiin. Yksi haastatelluista soitti jälkikäteen ja täydensi vielä haastattelussa antamaansa tietoa. Haastattelutilanteet tuntuivat levollisilta keskustelutilanteilta. Haastateltavat olivat motivoituneita kertomaan kokemuksestaan ja pitivät vertaistuen tutkimista tärkeänä. Haastateltavat edellyttivät, ettei haastattelupaikkakunta tai heidän vertaisryhmänsä ilmene tutkimusraportista.

Ryhmähaastattelut

Kolmas aineisto muodostui vertaisryhmien haastattelusta. Vertaisryhmien ohjaajille suunnattu ryhmähaastattelupyynnöksi julkaistiin Vertainen-lehdessä (entinen *Mieli Maasta Ry:n* jäsentiedote, liite 5.) Haastateltavana oli kaksi ryhmää, joista toisessa oli seitsemän ja toisessa kahdeksan jäsentä eli yhteen-

sä 15 jäsentä. Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelussa oli ryhmäkeskustelun piirteitä, koska rohkaisin ryhmien jäseniä keskustelemaan myös keskenään esittämistäni kysymyksistä (Turunen ym. 1996; Valtonen 2005). Vertaistuen kontekstissa vertaisryhmät ovat luonnollisia ja relevantteja ympäristöjä. Eskola ja Suoranta (1998) asettavat ryhmähaastattelun lähelle kollektiivisen muistelun menetelmää, koska siinä osallistujat voivat innostaa toisiaan muistelemaan ja herättää muistikuvia. Syrjälä ja Numminen (1988) pitävät ryhmähaastattelua puoltavina tekijöinä pyrkimystä ymmärtää vuorovaikutusta ja tavoitella tutkimuskohteen ymmärtämistä ja oivaltamista. Hollowayn ja Todresin (2006) mukaan Morse suhtautuu kriittisesti ryhmähaastatteluun grounded teoriaa käyttävässä tutkimuksessa. Morsen käsityksen mukaan ryhmähaastattelu voi tuottaa hajanaista aineistoa ja siinä voi olla vaikea tavoittaa prosessia. Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelu on yksi kolmesta aineiston keruutavastani.

Ryhmähaastattelutilanteita oli kaksi. Ryhmät kokoontuivat eri puolilla Suomea. Molemmat ryhmät olivat Mieli maasta -yhdistyksen piirissä kokoontuvia masentuneille tarkoitettuja vertaisryhmiä. Valitsin Mieli maasta -ryhmät siksi, että ne toimivat selkeästi vertaisryhminä, joiden ohjaajilla myös on omakohtainen kokemus masennuksesta. Toisen ryhmän vastuuhenkilö soitti minulle lehdessä olleen pyynnön johdosta ja ilmoitti ryhmänsä halukkuudesta haastatteluun. Hän oli keskustellut oman ryhmänsä kanssa etukäteen, ja ryhmä oli yksimielisesti päättänyt kutsua haastattelijan ryhmään. Toisen ryhmän ohjaajalle soitin itse internetissä olleiden yhteystietojen perusteella. Toimitin hänelle myös ryhmähaastattelupyynnön kirjallisena, jotta hän saattoi käyttää sitä ryhmän jäsenten mielipidettä kysyessään. Molemmat ryhmähaastattelut tein ryhmien tavanomaisten kokoontumisten yhteydessä. Ryhmähaastatteluajankohtina kummankin ryhmän kaikki jäsenet olivat paikalla. Molemmat haastattelut ryhmät olivat ns. suljettuja ryhmiä. Esittelin aluksi ryhmän jäsenille tutkimuksen tarkoituksen ja korostin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden merkitystä aineiston hankkimisessa. Tässä yhteydessä kysyin myös mahdollisuutta keskustelun nauhoittamiseen. Kerroin anonyymiteetin turvaamisesta aineiston säilyttämisessä ja tutkimusraportin kirjoittamisessa. Jokainen haastateltava allekirjoitti kirjallisen suostumuksen haastatteluun, sen nauhoitukseen ja tietojen käyttöön tutkimustarkoituksessa. Sovimme menettelytavasta ryhmän kanssa. Alussa ryhmän ohjaaja kummassakin ryhmässä esitteli minut ja kertoi, että silloi-

nen kerta on hieman tavanomaisesta kokoontumisesta poikkeava. Ohjaajat osallistuivat kummassakin ryhmässä haastatteluun, koska he olivat vertaisina ryhmän jäseniä.

Vertaisryhmissä oli ollut käytäntönä alussa käydä kuulumisten kierros. Tämä kierros sisällytettiin esittäytymiseen. Kerroin tekeväni muutamia kysymyksiä vertaistuen kokemuksista ja ryhmästä. Toin esille, että puhuminen on vapaaehtoista mutta toivottavaa, jotta kaikkien kokemukset tulevat esiin. Ensin pyysin jokaista esittäytymään alkukierroksen yhteydessä ja samalla antamaan ääninäytteen myöhemmän tunnistamisen helpottamiseksi. Esittelyn yhteydessä kukin kertoi sen hetkiset kuulumiset ja kaikki kertoivat myös ryhmään mukaan tulemisen taustasta. Tausta sisälsi lähes jokaisen kohdalla tiiviin kuvauksen oman masennuksen prosessista. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat tarvinneet ja saaneet oman masennuksensa hoidossa ammattiapua. Ryhmiin kuuluneet olivat työelämässä olevia, sairaalomailla olevia, kokonaan tai osaksi sairaseläkkeellä olevia tai kotiäitejä. Alkukierroksen jälkeen keskustelu eteni esittämieni kysymysten ja teemojen mukaan (liite 6b). Molemmissa ryhmissä kaikki osallistuivat keskusteluun, joskin eri jäsenten puheenvuorojen määrä ja pituus vaihtelivat.

Kokemukseni mukaan ilmapiiri ryhmissä oli vapautunut ja keskustelu avointa. Ryhmän kontrolloiva vaikutus (Valtonen 2005) saattoi kuitenkin ilmetä siinä, että vertaistukeen ja ryhmään liittyviä mahdollisia kielteisiä kokemuksia ei käsitelty. Niiden esille ottaminen olisi kuitenkin ollut mahdollista kysyessäni, miten ryhmätoimintaa ryhmäläisten kokemuksen perusteella voisi edelleen kehittää. Tässä kohden ainoana kriittiseksi katsottavana näkökohtana esille tuli ryhmien lisäämisen ja niistä tiedottamisen tarve. Mahdollisia kielteisiä kokemuksia saatettiin varoa ottamasta esiin myös siksi, että kenties olisi koettu niiden kertomisen jotenkin suuntautuvan ohjaajaa vastaan. On myös mahdollista, että ryhmään sitoutuminen on perustunut myönteisiin kokemuksiin, jolloin kielteiset kokemukset eivät olleet omakohtaisia. Kysytyäni lopussa palautetta haastattelutilanteen kokemisesta ryhmien jäsenet kertoivat pitäneensä keskustelua esitetyistä kysymyksistä ja teemoista myös itselleen mielekkäänä. Palautteena oli myös kokemus siitä, että kaikilla oli ollut tasapuolinen mahdollisuus halutessaan ilmaista käsityksiään ja kertoa kokemuksiaan. Ryhmätilanteissa tein itselleni litterointia helpottavia muistiinpanoja. Kirjasin keskustelun aikana mm. puhumisjärjestyttä, joka varmisti puheenvuorojen kohdistamisen oikeisiin henkilöi-

hin nauhojen kuuntelemisen yhteydessä. Ryhmähaastatteluista toinen kesti kaksi tuntia ja toinen puolitoista tuntia.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi tutkimuksessani perustui Straussin ja Corbinin (1990; 1998) jatkuvan vertailun analyysimenetelmään. Se sisältää avoimen, aksiiaalisen ja selektiivisen koodauksen vaiheet.

Aineiston analysoinnissa fokuksena on yhteyksien säilyttäminen alkuperäisten indikaattoreiden, koodien ja memojen eli teoreettisten muistiinpanojen välillä tutkimusprosessin ajan (Janhonen & Latvala 2003, Jeon 2004). Korostettaessa analyysin aineistolähtöisyyttä pitäydytään tutkimusaineistoon ja pyritään löytämään siitä tutkimushenkilöiden näkökulma ja heidän tapansa prosessoida tutkittavaa ilmiötä (Stern 1985; Holloway & Todres 2006).

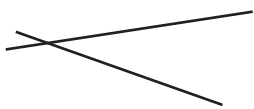
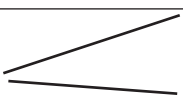
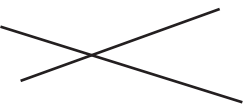
Tutkimuksessani tarkoituksena oli kehittää substantiivinen eli aineistolähtöinen teoria masentuneiden henkilöiden vertaistuesta. Analysoin aineiston osittain rinnakkain sen keruun kanssa. Haastateltavien yksilöiden valinnassa ja haastattelujen sisällössä otin huomioon aikaisemmin saadun aineiston substantiivisten koodien muodostamisen ja alustavien käsitteiden pohjalta ilmenneen täydentämisen ja tarkistamisen tarpeen. Esimerkiksi esitin haastateltaville kysymyksiä, joilla sain yksityiskohtaisempaa tietoa tai perustelua kirjoitelmissa kuvatuille ajatuksille. Aineiston analyysin eteneminen on esitetty tiivistettynä taulukossa 2.

Kirjoitin käsin, kirjoituskoneella tai tekstinkäsittelyohjelmalla laaditut kirjalliset kuvaukset yhtenäiseksi tiedostoksi. Tunnistetiedot merkitsin koodein (esim. K1=kirjoitelma n:o1, R1m1=ryhmähaastattelu 1, mies1) kunkin kuvauksen yhteyteen. Nauhoitetut yksilö- ja ryhmähaastattelut litteroin sanatarkaksi tekstiksi. Tekstiä kertyi yhteensä 115 A4-sivua rivivälillä 1,5 kirjoitettuna. Kirjalliset kuvaukset sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluaineistot pidin avoimen koodauksen alkuvaiheessa erillisinä aineistoina. Substantiivisten koodien nimeämisen jälkeen yhdistin aineistot.

Analysoin aineiston manuaalisesti. Luin litteroitua tekstiä ensin useaan kertaan ja alleviivasin tekstistä masennus- ja vertaistuen kokemuksta kuvaavat ja niihin yhteydessä olevat ilmaisut. Käytin Straussin ja Corbinin (1990) esittämää rivi riviltä analysointia. Kiinnitin huomiota sanoihin, lauseisiin ja ajatuskokonaisuuksiin.

Taulukko 2. Aineiston analyysin eteneminen

Taulukko 1. Aineiston keruun vaiheet

Avoin koodaus	
Aineistoon perehtyminen Aineiston pilkkominen Substantiivisten koodien nimeäminen Koodien irrottaminen tekstistä Alustavan ryhmittelyn aloittaminen	 SUBSTANTIIVISET KODIT
Aksiaalinen koodaus	
Substantiivisten koodien ryhmittelyn jatkaminen Alakategorioiden ja kategorioiden muodostaminen Kategorioiden ja alakategorioiden ominaisuuksien suhteiden tarkastelu	 KÄSITTEET
Selektiivinen koodaus	
Käsitteiden välisten yhteyksien etsiminen Perusprosessin etsiminen Ydinkategorian valitseminen Teorian muodostaminen käsitteiden välisten suhteiden avulla	 YDINKATEGORIA TEORIA

4.3.1 Avoin koodaus

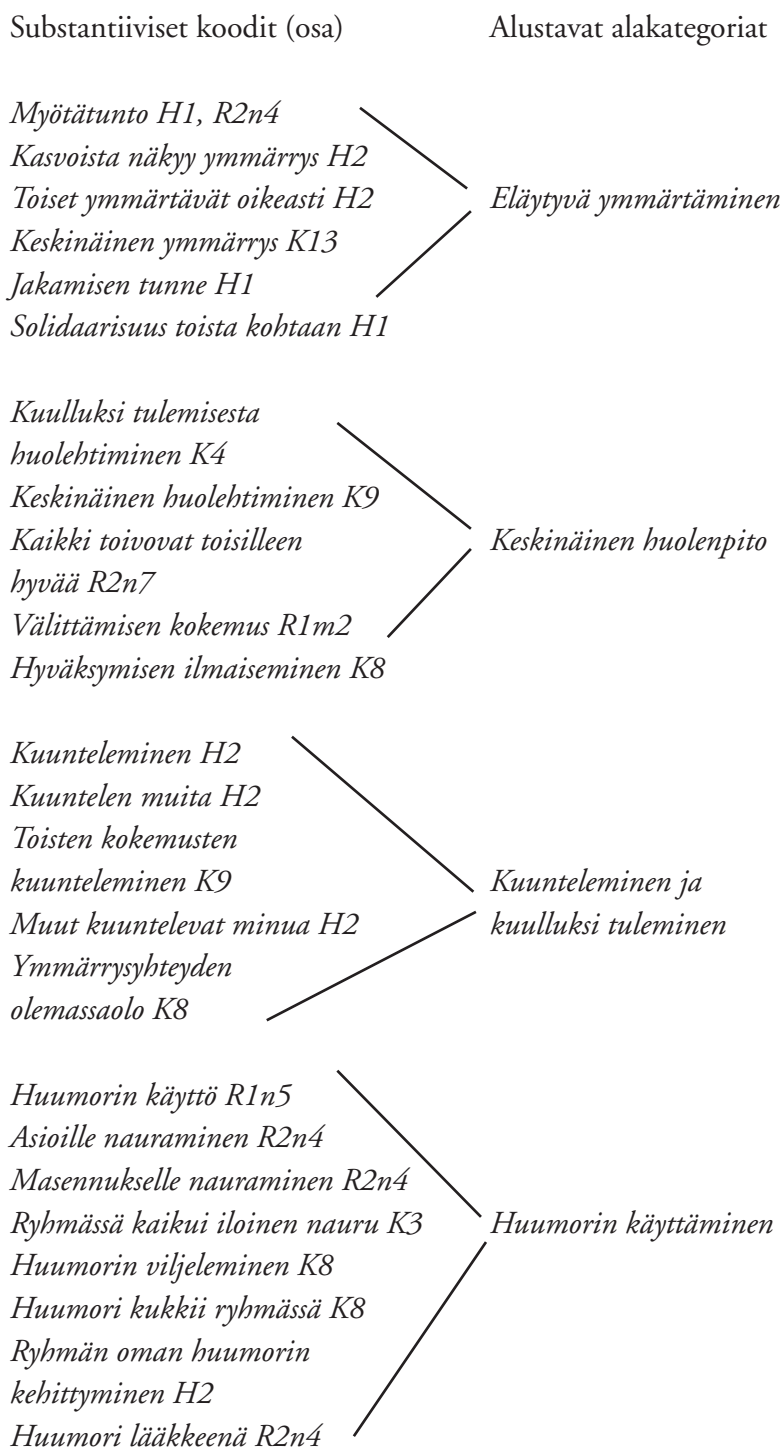
Avoimen koodauksen vaiheessa tiivistin aineiston sisällöllisiksi eli substantiivisiksi koodeiksi (Isola 1997). Analyysiyksiköksi valitsin vertaistukea kuvaavat yksittäiset ilmaisut (Strauss & Corbin 1990). Pysin tunnistamaan ja nimeämään alkuperäisistä kuvauksista ilmaisuja, jotka

kuvasivat vertaistukea (Glaser & Strauss 1967). Kävin rivi riviltä lävitse aineiston ja muodostin alkuperäisistä ilmaisuista substantiivisia koodeja. Merkitsin substantiiviset koodit tekstisivujen marginaaliin. Esitin aineistolle kysymyksiä: mitä tässä tapahtuu, mitä tämä kuvaa, mitä seurauksia tästä on? (Strauss & Corbin 1990.) Pyrin koodien nimeämisessä mahdollisimman hyvään vastaavuuteen alkuperäisten ilmaisujen kanssa. Muotoilin koodit pääosin toimintaa ilmaisevin käsittein, lähelle alkuperäisilmaisuja.

Seuraavassa vaiheessa irrotin koodit tekstistä ja ryhmittelin ne alustavasti niiden ominaisuuksien mukaan. Jokaisen koodin yhteydessä säilytin tunnistetiedon, jolloin palaaminen alkuperäiseen tekstiin ja koodia vastaavan ilmaisun kontekstiin oli helppoa. Ryhmittelin substantiiviset koodit niiden sisällön tai merkityksen pohjalta ensin karkeasti seuraaviin ryhmiin: masennuksen kokeminen, vertaistuen piiriin hakeutuminen, vertaistuen toteuttaminen ja vertaistuen koettu merkitys.

Edellä mainittujen aihealueiden sisällä aloin ryhmitellä koodeja niiden ominaisuuksien mukaan. Listatuista ja ryhmitellyistä merkitysisällöiltään toisiaan lähellä olevista substantiivisista koodeista muodostin ryhmiä, joista muodostuivat alustavat alakategoriat. Taulukossa 3 on esimerkkinä aihealueen 'vertaistuen toteuttaminen' alakategorioihin 'eläytyvä ymmärtäminen', 'keskinäinen huolenpito', 'kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen' sekä 'huumorin käyttäminen' sisältyvät substantiiviset koodit.

Taulukko 3. Esimerkki alakategorioiden muodostumisesta aihealueessa vertaistuen toteutuminen



Kun alustavat alakategoriat oli muodostettu, luin koodeja alkuperäisen aineiston rinnalla ja vertasin koodeja alkuperäisaineistoon ja toisiinsa. Tiensin koodaamista lisäämällä uusia koodeja muodostuneisiin alakategorioihin. Tarkastelun edetessä substantiiviset koodit tarkentuivat ja osan siirsin ryhmästä toiseen.

4.3.2 Aksiaalinen koodaus

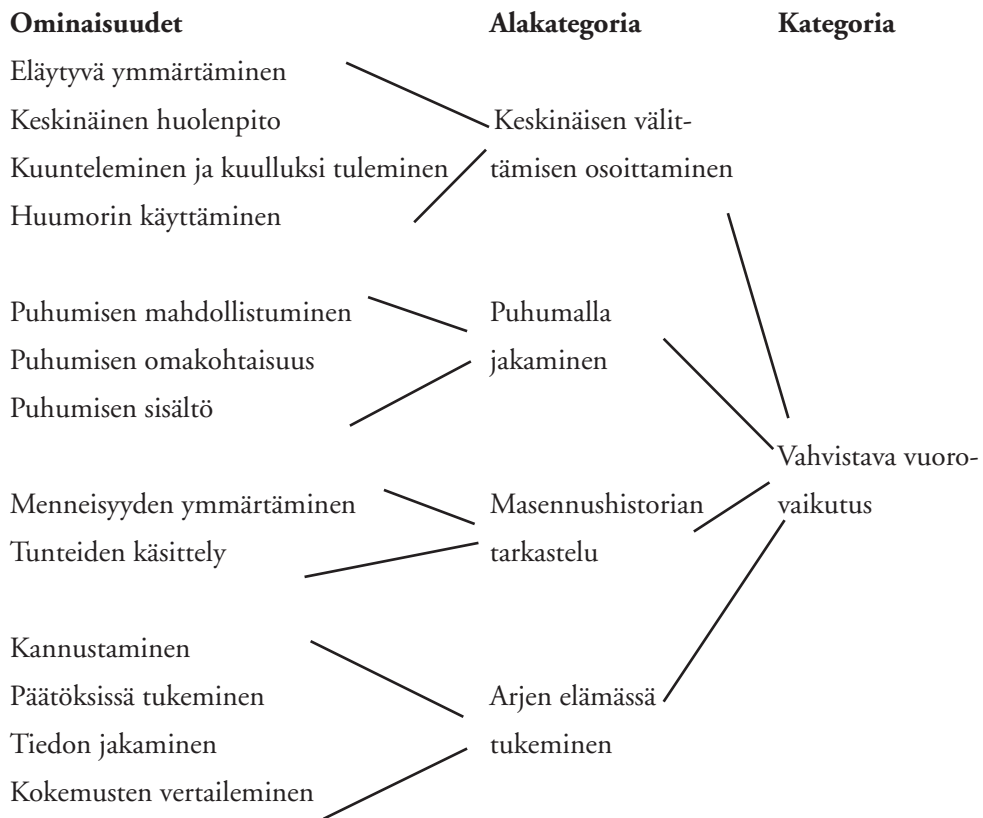
Aksiaalisen koodauksen vaiheessa etsin vertaistukea edeltäviä tekijöitä, vertaistuen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä vertaistuen seurauksia. Substantiivisten koodien ryhmittelyä jatkamalla täsmentyivät alakategoriat. Alakategorioita keskenään vertaillen muodostin samanlaisuuden ja erilaisuuden perusteella ryhmiä, joista alkoivat muodostua kategoriat (Glaser & Strauss 1967; Janhonen & Latvala 2003). Esimerkiksi *kategoria* 'arjen elämässä tukeminen' muodostui alakategorioista kannustaminen, päätöksissä tukeminen, tiedon jakaminen ja kokemusten vertaileminen.

Alakategorioista hahmottuivat vähitellen kategoriat, jotka kuvastavat vertaistuen prosessia vertaistuen tarvitsijaksi tulemisesta vertaistuen merkityksen tunnistamiseen. Taulukossa 4 on esimerkki *kategorian* ”vuorovaikutuksessa oleminen” muodostumisesta. Käytin kategorioiden nimeämisessä apuna Suomen kielen perussanakirjaa (osat I-III). Pyrin kuitenkin varmistamaan, että kategoriat nimettiin aineistolähtöisesti.

Aksiaalisessa koodauksessa tarkastelin kategorioita alakategorioiden ja niiden ominaisuuksien mukaan ja tunnistin vertaistukeen liittyviä ehtoja, toimintoja, vuorovaikutusta ja niiden seurauksia. Kategorioista tulivat käsitteet. Analysoin käsitteitä käyttäen kuuden C:n koodausparadigmaa. Liitteessä 7 on kuviot teorian käsitteiden analyysistä. Aksiaalisessa koodauksessa määrittelin kategorioiden suhdetta alakategorioihin ja alakategorioiden keskinäisiä suhteita. Samalla etsin vihjeitä siitä, miten kategoriat voisivat olla suhteessa toisiinsa.

Avoin ja aksiaalinen koodaus etenivät limittäin ja rinnakkain. Substantiivisten koodien ryhmittely eli prosessin edetessä aksiaalisen koodauksen vaiheeseen ja liikuttelin substantiivisia koodeja ryhmästä toiseen.

Taulukko 4. Kategorian 'vuorovaikutuksessa oleminen' muodostumisen alakategorioista ja niiden ominaisuuksista.



4.3.3 Valikoiva eli selektiivinen koodaus

Selektiivinen koodaus muistuttaa aksiaalista koodausta, mutta se tehdään abstraktimmalla tasolla. (Strauss & Corbin 1990). Valikoivan koodauksen vaiheessa hahmotin käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Samalla, kun vertasin ja suhteutin käsitteitä toisiinsa, tarkensin niitä ja arvioin käsitteiden sisällöllistä erilaisuutta. Tarkensin joidenkin käsitteiden nimiä ja lähdin etsimään ydinkategoriaa.

Kategorioista muodostui 5 käsitettä: yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyden hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyden kuuluminen ja voimaantuminen. Nämä käsitteet sisälsivät alakäsitteitä ja alakäsitteet edelleen ominaisuuksia. Pääkäsitteiden lisäksi muodostui kaksi käsitteiden välistä suhdetta: luottamus ja osallistava kanssakäyminen, jotka ku-

vaavat kaikkien viiden käsitteen välisiä suhteita.

Ydinkategoriaksi muodostui masentuneen osalliseksi tuleminen. Ydinkategoria muodostui analyysin loppuvaiheessa, joskin jo substantiivisen koodauksen jälkeen ulkopuolisuus ja osallisuus osoittautuivat keskeisiksi teemoiksi.

Ydinkategorian tulee olla keskeinen, ja sen tulee toteutua aineistossa yhä uudestaan. Se on yhteydessä kaikkiin kategorioihin ja substantiivisiin koodeihin. (Strauss ja Corbin 1990, Janhonen & Latvala 2001).

Käsitteet esittelen luvussa 5.1. ja käsitteiden välisiä suhteita tarkastelen luvussa 5.2. Ydinkategorian esittelen luvussa 5.3. ja kuvaan substantiivisen teorian masentuneiden vertaistuesta luvussa 5.4.

5 TULOKSET

Tulososassa etenen tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensin esittelen masentuneiden vertaistukea kuvaavat käsitteet. Käsitteet, niiden alakäsitteet ja alakäsitteiden ominaisuudet esitän kunkin luvun yhteydessä kuviona. Käsitteiden kuvaamisen jälkeen tarkastelen käsitteiden välisiä suhteita ja esitän käsitteitä yhdistävän ydinkategorian. Tulososan lopuksi esitän masentuneiden vertaistukea kuvaavan substantiivisen teorian.

5.1 Masentuneiden vertaistukea kuvaavat käsitteet

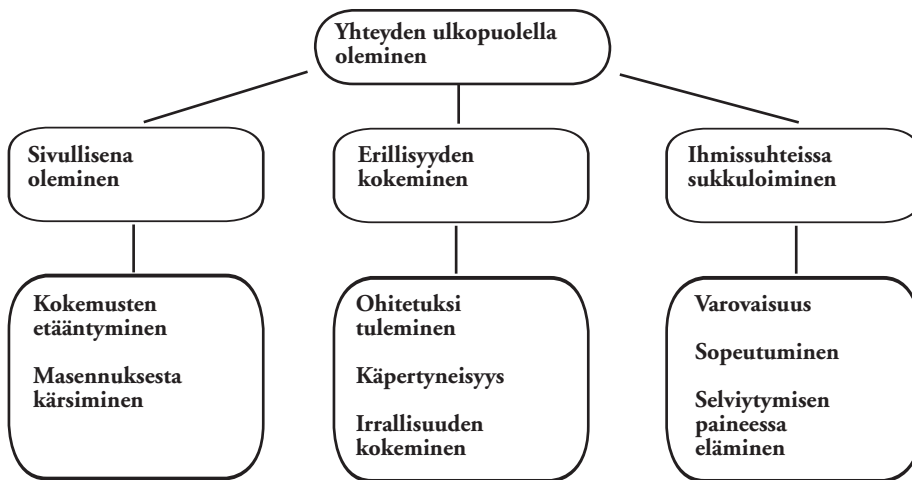
5.1.1 Yhteyden ulkopuolella oleminen

Käsite 'yhteyden ulkopuolella oleminen' sisältää alakäsitteet 'sivullisena oleminen', 'erillisyyden kokeminen' ja 'ihmissuhteissa sukkuloiminen' (Kuvio 1). Käsite yhteyden ulkopuolella oleminen kuvaa vertaistukeen orientoituvan mielen sisältöä ja kokemuksia ihmissuhteissaan. Yhteyden ulkopuolisuus on koettua ulkopuolisuutta suhteessa omaan elämään, itseen ja muihin ihmisiin. Vertaistuen näkökulmasta yhteyden ulkopuolella oleminen on lähtökohta vertaistuen piiriin hakeutumiselle.

Masentuneet kuvasivat omaa oloaan ennen masentumista, masentumisen aikana ja masentuneena. Masentuva ja masentunut on sivussa omasta elämästään. Sivullisena oleminen on kokemusten etääntymistä ja masennuksesta kärsimistä. *Kokemusten etääntyminen* ilmenee omien kokemusten ja oman itsen arvostamattomuutena ja vähättelynä sekä itseluottamuksen vähäisyytenä tai puuttumisena. Omien kokemusten arvostamattomuus saa

joskus aikaan omien kokemusten ohittamisen, jota kuvataan jopa ”itsettä loitonemisena” ja ”olemasta lakkaamisena”. Yhteys omiin kokemuksiin, ajatuksiin ja tunteisiin saattaa olla puutteellista, tai yhteys katoaa. Tunteita voi olla vaikea tunnistaa ja nimetä itselle sekä sanoittaa muille. Masentuva tai masentunut kokee olevansa sivullinen suhteessa omaan itseensä ja omaan elämäänsä.

..kun pääsisin ajatuksesta ”anteeksi että olen olemassa”...K1



Kuvio 1. Käsite 'yhteyden ulkopuolella oleminen', sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet

Masennuksesta kärsiminen voi ilmetä väsymyksen, haluttomuuden, uupumisen ja joskus toivottomuuden tunteina. Mielen sisältö voi tuntua karulta ja synkältä. Tunne-elämä näyttää kapeutuvan ja köyhtyvän.

..mä olin niin väsynyt ja niin tota saamaton ja mä en jaksanut olla.

R1n2.

Et mikään ei oo mitään, ei halua mitään ja ett kaikki on niinku karua ja tollasta. R2n5

Väsymisen ja synkkyyden keskellä saattaa vahvistua myös toivottomuus. Vaikeimmillaan sisäinen kärsimys ilmenee haluna kuolla tai haluttomuutena elää. Monilla oli ollut itsetuhoajatuksia, ja muutamat olivat yrittäneet tehdä itsemurhan. Yksinäisyys ja eristäytyminen lisäävät ulkopuolisuuden

tunnetta ja voimattomuus lisää eristäytymistä. Voimia ei riitä aina omasta itsestä huolehtimiseenkaan, saati aktiivisuuteen ihmissuhteissa. Sairastumisen vaiheeseen voi kuulua pelon tunteita.

*kaikista vaikeinta on se vaihe, kun ensimmäisen kerran sairastuu...
..mutt onhan se hirvee, ett oonks mä hullu, ett mulla on jotain mielenterveysongelmia R2n2*

Erillisyyden kokeminen on yhteydessä siihen, että tuntee tulevansa muiden taholta ohitetuksi. Käpertyneisyys oman itsensä ympärille ja irrallisuuden kokemukset ovat niin ikään mukana erillisyyden kokemuksessa.

Muiden taholta *ohitetuksi tulemisen* kokemus tulee erilaisista masentuneen lähellä elävien reaktioista, jotka vaihtelevat kiusaantumisesta pelkoon. Masentuneilla oli kokemuksia muiden voimattomuudesta, hätäntymisestä, ymmärtämättömyydestä ja yläpuolelle asettumisesta. Vaikeus kohdata masennusta ja masentunutta saavat aikaan vähättelyä, yleistämistä, neuvomista ja väärin tulkitsemista. Nämä erilaiset reaktiot ja suhtautumis- ja käyttäytymistavat koetaan oman subjektiivisen ihmisyyden ohittamisena. Näillä koetuilla suhtautumis- ja käyttäytymistavoilla on yhteys taipumukseen käpertyä oman itsensä ympärille ja erilleen muista.

Täällä ei kukaan muu kerro, että mitä mun pitää tehdä...kun (puhumisen)

lopputuloksena on, että omaisen paistaa käden olkapäälle ja sanoo ”Koeta jaksa”. Tulee yhtä tyhjää olo siinä hetkessä. R1m2

Se on myrkyä masentuneelle ett sanotaan, ett ota itteäs niskasta kiinni. Mitäs tuosta pikku jutusta. R1n3

Käpertyneisyys on elämänpiirin supistumista ja ajattelun ja toiminnan keskittymistä oman itsen ympärille. Vaikeasti masentunut ei jaksa olla kiinnostunut muista tai kuunnella muita. Muille ja muiden kokemuksille ei löydy tilaa omassa mielessä. Energiaa kuluu koossa pysymiseen ja siihen liittyvään jännittämiseen. Itseluottamuksen alhaisuus saa vetäytymään pois ihmissuhteista. Mikäli muita on läsnä, olo on jännittynyt. Vähäinen energisuus sitoutuu jännittämiseen ja sen hallintaan. Kun ei jaksa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa, kuva itsestä huononee edelleen. Sairauden merkkien tun-

nistaminen ja itsensä erilaiseksi kokeminen saavat tuntemaan häpeää.

Mä en halua satuttaa toisia ihmisiä... elikkä mä en voi puhua vapautuneesti siitä miltä musta todella tuntuu koska ne tunteet saatto olla hyvinkin raakoja. H2

Ohitetuksi tulemisen ja käpertymisen rinnalla on *irralisuuden kokemus*. Irrallisuuden tunne merkitsee yksinäistymistä ja ulkopuolisuutta suhteessa muihin. Kun ihmissuhteet vähenevät, muuttuvat lisäksi myös muut rakenteelliset tekijät. *Kaveripiiri muuttuu (H3.)* Joskus etäännytään sukulaisista. Etäänntyminen voi olla itsestä lähtevää tai toisista johtuvaa. Irrallisuuden kokemusta saavat aikaan sekä oma tietoinen tai uupumuksesta johtuva eristäytyminen että koettu hylkääminen muiden taholta. Itsensä kokeminen muiden taakaksi saa aikaan irralisuuden tunteen.

Kun sitä on ulkopuolinen kaikissa muissa seuroissa, eikä sitä jaksa hirveesti. K8

'Ihmissuhteissa sukkuloimista' kuvaavat 'varovaisuus', 'sopeutuminen' ja 'selviytymisen paineessa eläminen'. *Varovaisuus* on itsensä suojelemista haavoittumiselta, mutta masentunut ennakoii myös muiden kokemuksia suhteessa itseensä.

Halusin olla vain turvassa kotona. R1n2

Masennuksesta ei juuri uskalla puhua sellaisille, joilla ei ole omaa kokemusta masennuksesta. Osa oli voinut puhua joillekin läheisille ihmisille. Useimmat olivat puhumisessa varovaisia. Puhuminen sinällään voi olla vaikeaa. Masennuksen sanoittaminen muille voi olla vielä vaikeampaa. Paitsi masentuneesta olostä kertomista voidaan mahdollisista iloista ja onnistumisista viestittämistä varoa yhtä lailla. Masentuneilla on kokemuksia masennuksen vähättelystä tilanteissa, joissa he ovat kertoneet jotain myönteisiä asioita elämästään. Puhumattomuus on osittain myös varovaisuutta ja oman turvallisuuden varmistamista. Muiden säästäminen on myös itsen säästämistä. Puhumisen säätely on puhumisesta pidättäytymistä, puhumisen sisällön rajoittamista ja kuulijakunnan valitsemista. Kysymys on oman turvallisuus-

den säilyttämisestä ja haavoitetuksi tulemisen ehkäisemisestä. Masentunut kantaa vastuuta muiden kokemuksista.

Masentuvat ja masentuneet pyrkivät *sopeutumaan* koettujen vaatimusten mukaan käyttäen passiivisia ja aktiivisia sopeutumiskeinoja.

Olen oppinut sekä lapsena että myös työssäni katsomaan ja toimimaan toisten ehdoilla. En osannut kertoa omista tunteistani enkä myöskään ollut oppinut arvostamaan omia kokemuksiani. K3.

Passiivisia keinoja ovat toisten asettamiin ehtoihin suostuminen ja riippuvuussuhteessa eläminen. Omasta autonomisuudesta tingitään suostumalla toimimaan muiden asettamien ehtojen tai oletettujen ehtojen mukaisesti. Aktiivisina keinoina käytetään ”kiltteyttä” ja muita toisten miellyttämisen tapoja. Muita ihmisiä miellytetään omien tarpeiden kuulemisen ja esille tulemisen kustannuksella. Monet ovat tottuneet kätkemään erityisesti vihan tunteet kiltteyden kilven alle.

Selviytymisen paineessa eläminen on monella yritystä näyttää pärjäävältä sekä itselle että muille. Pärjäävän puolen esiin tuominen ilmenee tunteiden ja pahan olon peittämisenä, jaksajan roolin vetämisenä ja sinnittelynä.

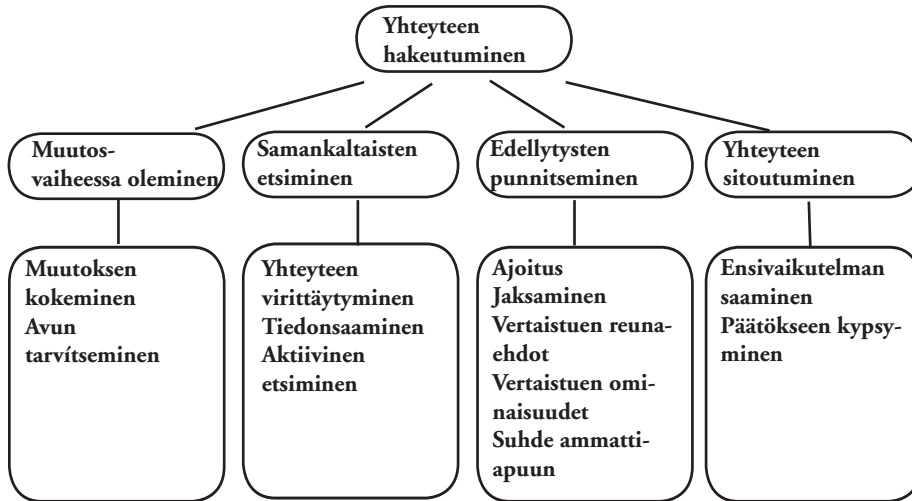
Tunteeni olen kyllä piilottanut tarkasti ja vetänyt kovan jaksajan roolia. K4

Yksin selviämisen paine saattaa viivästyttää ulkopuolisen avun etsimistä senkin jälkeen, kun on itselleen myöntänyt oman avun tarpeensa. Tunteiden kieltäminen ja piilottaminen ovat osa selviytyjän strategiaa.

5.1.2 Yhteyteen hakeutuminen

Käsite ’yhteyteen hakeutuminen’ sisältää ’alakäsitteet muutosvaiheessa oleminen’, ’samankaltaisten etsiminen’, ’edellytysten punnitseminen’ ja ’yhteyteen sitoutuminen’. (Kuvio 2)

Muiden masennuksen kokeneiden yhteyteen hakeutuminen alkaa itseä suoraan tai välillisesti koskettavan muutosvaiheen ja siihen yhteydessä olevan avun tarvitsemisen kautta. *Muutoksen kokeminen* perustuu toisaalta vä-



Kuvio 2. Käsite 'yhteyteen hakeutuminen', sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet

littömästi ja toisaalta välillisesti itseä koskevaan muutokseen. Monesti elämässä on samanaikaisesti monia muutoksia.

Ilmeisesti ensin tuli raju uupumus ja sitten masennus. K2

Välitön muutos voi olla uupumisen tai yksinäisyyden tunteen lisääntyminen tai lääkehoidon lopettamiseen yhteydessä oleva voimien huononeminen. Välillisesti koskettavat muutokset olosuhteissa, ihmissuhteissa tai itselle tärkeiden ihmisten elämässä voivat myös saada masentuneen hakemaan itselleen apua ja yhteyttä vertaisiin. Avioero, läheisen sairastuminen, työttömäksi jääminen, taloudellinen romahdus ja työuupumus ovat esimerkkejä tällaisista välillisistä muutoksista. Samanaikaisesti voi olla menossa useitakin muutoksia. Muutosta tai muutoksen merkitystä ei aina itse huomaa. Avun tarpeeseen voi havahtua myös nopeasti esimerkiksi sairaalahoitoon joutumisen yhteydessä. Joskus avun tarpeen tunnistamiseen kuluu paljonkin aikaa.

Masentunut huomaa *avun tarvitsemisen* jossain vaiheessa yleensä itse, tai sen toteamisessa auttaa joku toinen ihminen, tavallisimmin lääkäri. Joskus tarvitaan lääkärin tekemä diagnoosi avun tarpeen tiedostamiseen.

On ollut vaikea myöntää itselleen että tarvitsee muiden apua, ettei todellakaan pärjää omin avuin ja että lääkitys on paikallaan. K8

Kokemus, ettei selviä pienten lasten hoitamisesta, ansiotyöstä tai sosiaalisen kanssakäymisen kuvioista, saa masentuneen itse huomaamaan omien voimavarojen vähäisyyden ja avun tarpeen. Oma avun tarpeen tunnistaminen on luvan antamista jaksamattomuudelle ja sairaudelle sekä ongelman olemassaolon myöntämistä. Tässä vaiheessa myös hyväksytään, että omin avuin ei selviä, vaan tarvitaan ulkopuolista apua. Vahvan ihmisen roolissa oleminen ei enää onnistu. Opitut sopeutuskeinot eivät uudessa tilanteessa ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia.

Samankaltaisten etsiminen eli toisten masentuneiden tai masentuneina olleiden yhteyden etsiminen on 'yhteyteen virittäytymistä', 'tiedon saamista' ja usein 'aktiivista etsimistä'. *Yhteyteen virittäytyminen* ilmenee siten, että masentunut on halukas hankkimaan apua ja saamaan tietoa sairaudestaan. Ajatus mahdollisuudesta tavata muita samankaltaisen kokemuksen omaavia herättää toivoa ja näin virittää aktiivisuutta. Puhumisessa mahdollisesti pitkäänkin jatkunut osittainen varovaisuus tai lähes täydellinen pidättäytyminen ilmenee patoutuneena puhumisen tarpeena ja haluna päästä purkamaan tunteita ympäristössä, jossa puhumiselle ja tunteille arvellaan olevan tilaa ja jossa ne mahdollisesti herättävät vastakaikua. Tulee toive saada purkaa omia tunteitaan ja halu kuulla muiden kokemuksia sekä odotus avun saamisesta samaa kokeneilta. Toivo, tiedonhalu ja puhumisen tarpeen herääminen ovat merkkejä voimavaroista, ja ne ovat samankaltaisten pariin hakeutumisen edellytyksiä.

ja mulla oli hirveen semmonen patoutunu puhumisen tarve omista hirveen niinku kipeistä asioista. H2

Tiedon saaminen vertaisista ja vertaistuesta löytyy joskus sattumalta, joskus tietoa osataan hakea tietoisesti, ja joskus tieto tulee muun tiedon yhteydessä. Monet olivat sattumalta huomanneet esitteen tai lehtikirjoituksen vertaistuesta tai vertaisryhmistä.

Kun löysin vahingossa lehdestä ilmoituksen Mieli maasta –ryhmästä, ajattelin, kokeilen sitä. K1

Masennuksen hoidon yhteydessä tai muun elämäntilanteen johdosta ulot-

tuvilla olleet ammattihenkilöt olivat joskus tiedottaneet vertaistuen mahdollisuuksista. Joskus taas heiltä ei ollut saatu tietoa kysymälläkään. Joku oli ohjattu tutustumaan vertaisryhmään hoitajakson aikana.

Usein tarvittiin vertaisten *aktiivista etsimistä*. Etsimisen saattoi käynnistää kirjoitus vertaisryhmistä tai radio-ohjelma aiheesta. Monet kuvasivat sitkeää kyselemistään ja etsimistään sekä lopulta löytyneeseen ryhmään ilmoittautumista ja ryhmään pääsyn odottamista.

Mä soitin tänne moneen paikkaan. Soitin kuuteen paikkaan. Hyvin vaikeaa oli saada. R1m1

Vertaistuen piiriin hakeutumisen vaiheessa punnitaan edellytyksiä hyödyntää vertaistukea. Sopivan ajoituksen arvioimisen rinnalla mietitään omaa jaksamista sekä tarkastellaan vertaistuen reunaehdoja ja ominaisuuksia. Vertaistuen suhde ammatilliseen apuun on myös arvioitavana.

Vertaistuen *ajoittumista* pidettiin keskeisenä näkökohtana. Ajoittumista ajateltiin suhteessa omaan vointiin. Vertaistuen piiriin hakeutumisen ajankohta vaihteli yksilöllisesti. Sairauden alkuvaiheessa vertaistuen katsottiin olevan liian varhaista. Sopiva ajankohta voi olla silloin, kun sairaudessa ei ole ”akuuttia vaihetta”. Ajoittumisessa reunaehdoja tulee myös ryhmään pääsyn rajoituksista. Joskus vertaisryhmään saattaa päästä nopeasti. Ryhmän löytämisen ja sellaiseen pääsemisen odotuksessa voi toisaalta mennä siinä määrin aikaa, että vertaistukikokemukset tulevat liian myöhään suhteessa ihanteellisena pidettyyn vaiheeseen. Oma tarve ja käytettävissä olevat mahdollisuudet eivät aina vastaa toisiaan.

Oman *jaksamisen* arviointi on myös osa edellytysten punnitsemista. Vertaisryhmä ja vertaistuki voivat hyödyttää itseä siinä vaiheessa, kun on voimavaroja toisaalta puhua ja toisaalta kuunnella muita.

.. siinä vaiheessa musta ei kyllä ois mihinkään ryhmään ollu ett mää tota kun tää alko sitten....se sattuu tavallaan mun toipumisjakson sillä tavalla hyvään aikaan ett mää jaksoin puhua mää jaksoin osallistua. R1n2

Jaksamista edellyttää jo ryhmään meneminen. Kotoa lähteminen sinällään kysyy energisyyttä ja aloitteellisuutta. Sopiva ryhmä saattaa kokoontua pitkänkin matkan päässä kotoa. Ryhmässä oleminen on osallistumista, jossa

koetaan heti alusta lähtien velvollisuuksia myös muita kohtaan. Ajatellaan, että *paremmin voidessa jaksaa kannustaa muita (K10.)* Velvollisuuden tunteen sävyttämää ajattelua ja tunnollisuutta voi helpottaa huomio ”*kun (ryhmässä) on monia, ei kaivata yhtä, voi olla poissakin*”.(H3)

Vertaistuen reunaehdoja ovat ryhmän koko, kokoonpano, saatavuus, kokoontumisen aika ja kesto, määräaikaisuus, jäsenten nimettömyys ja ryhmän ohjaajan olemassaolo.

On ehkä hyvä että on vähän isompi se ryhmä, jossa on vertaistukee. Että jos niinku kaks henkilöä niinku... (mainitsee paikan.) Mut ekkä on ihan hyvä että on joku isompi ryhmä... R2n 3

Liian pieni ryhmä voi olla ahdistava, liian suuressa ryhmässä ei kenties saa riittävästi tilaa. Pienessä ryhmässä voi saada enemmän tilaa kuin isossa. Ryhmän kokoonpanoa pidetään merkityksellisenä. Ryhmät voivat olla suljettuja tai avoimia ryhmiä. Suljetuissa ryhmissä uusia jäseniä otetaan alkuvaiheen jälkeen vain pois jääneiden tilalle. Paikkakuntien välillä on suuriakin eroja ryhmään pääsemisessä. Ryhmien kestossa, kokoontumisajoissa ja yhden kokoontumiskerran pituudessa on eroja. Kestoltaan ryhmät ovat määräaikaisia tai toistaiseksi kokoontuvia. Määräaikaiset ryhmät ovat usein suljettuja ja toistaiseksi kokoontuvat avoimia. Avoimeen ryhmään taas voi tulla uusi jäsen missä vaiheessa tahansa. Vastuuhenkilöä eli ohjaajaa pidetään ryhmän toimimiseksi välttämättömänä. Tarvitaan joku, joka huolehtii ryhmän puitteista ja käynnistää ryhmän. Vastuuhenkilöllä on ryhmäläisten yhteystiedot. Toivomuksia ja perusteluja on myös kahden ohjaajan olemassaololle. Toivomusta perusteltiin paitsi ryhmän toimivuuden myös ohjaajien jaksamisen vuoksi. Ryhmiin osallistuvat ovat huolissaan ohjaajien jaksamisesta. Pienessä ryhmässä kaksi ohjaajaa voi olla liikaa. Ryhmän ohjaajana oli totuttu näkemään vertainen.

Vertaistuen ominaisuuksista hyvinä piirteinä pidetään maksuttomuutta, säännöllisyyttä, joustavuutta ja helppoa saatavuutta.

Aina on voinut soittaa puhelimella ja kertoa huoliaan ja saanut tukea itselleen vertaiselta. K2

Ryhmissä on erilaisia käytäntöjä keskinäisissä yhteydenotoissa ryhmäti-

lanteiden ulkopuolella. Täydellisesti nimettömänä pysyminen merkitsee sitä, ettei omia yhteystietoja muille ole annettu. Käytäntönä on kuitenkin, että ainakin ryhmän ohjaajalla on ryhmän jäsenten yhteystiedot. Lisäksi jokainen voi halutessaan antaa omat yhteystietonsa myös muille tai jollekin ryhmän jäsenelle.

Vertaistuen *subde ammattiapuun* tuli esiin vertaisryhmään hakeutumista-voissa sekä vertaistuen ja ammattiavun vertailuissa. Vertaistukea annetaan, saadaan ja hyödynnetään ammatillisen avun rinnalla ja lisäksi, sitä korvaavana tai ainoana apuna.

Kyll se niinku ammattiapu on ehdottomasti tärkein. Ett ilman sitä ei tulis toimeen. On tosiaan ammattihenkilö- ammattialakohtaista ett tota henkilökuntaa, joka näkee heti päällepäin että missä mennään ja antaa lääkkeit ja tää (vertaistuki) on sellanen niinku korvaava lisä, minkä aukon se niinku jättää että... H3

Ammatillinen apu voidaan kokea riittämättömäksi tai epätarkoituksenmukaiseksi. Ammatillinen apu voidaan kokea myös välttämättömäksi, jotta vertaistuesta voi katsoa olevan hyötyä. Verrattuna muihin ihmissuhteisiin, sukulaisiin, ystäviin ja työtovereihin, vertaissuhteiden etuna nähdään neutraalisuus. Vertaiset tarjoavat ulkopuolisen kanavan masennuksen ja elämän tarkasteluun.

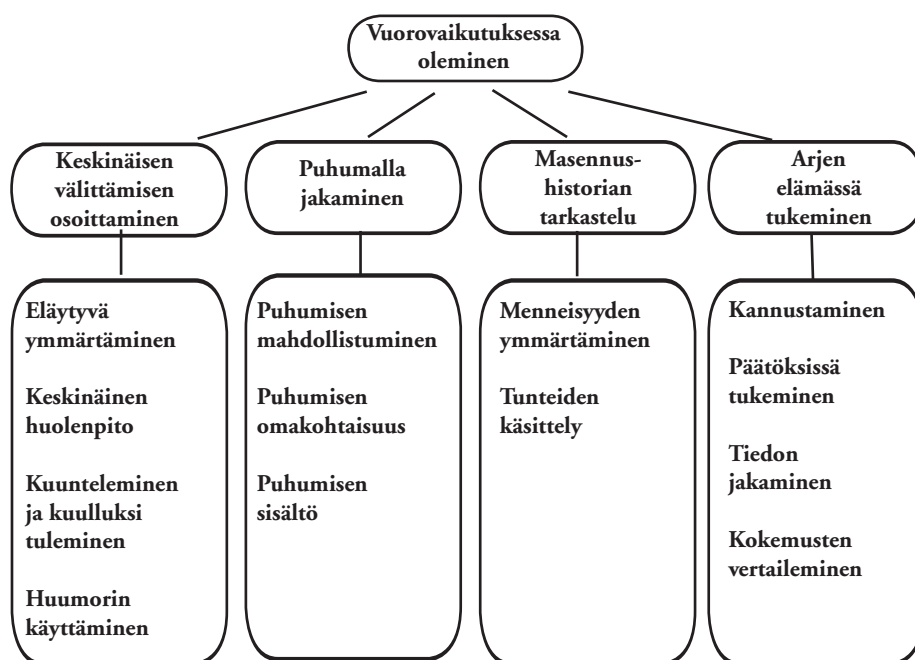
Yhteyteen sitoutuminen pohjautuu *ensivaikutelmaan ja päätökseen kypsymiseen*. Ensivaikutelmaa kuvaavat pelko, outouden tunne, jännitys ja myönteinen odotus. Ensimmäisiä ryhmäkertoja pidetään ratkaisevina jatkamisen kannalta. Huonon ensivaikutelman vuoksi voi syntyä päätös jäädä pois ennen ryhmään sitoutumista. Ensivaikutelman pohjalta myös punnitaan omia edellytyksiä jatkaa ryhmässä tai perusteluja jäädä siitä pois. Ennako-olelutukset ja mielikuvat voivat muuttua myönteiseen tai kielteiseen suuntaan. Joskus ensimmäistä kokemusta seuraa tarkkakin hyvien ja huonojen puolien punnitseminen. Pohdinnassa ja arvioinnissa hyödynnetään kokemuksia muista mahdollisista osallistumisista, joihin uutta tilannetta verrataan.

5.1.3 Vuorovaikutuksessa oleminen

Käsitettä 'vuorovaikutuksessa oleminen' kuvaavat alakäsitteet 'keskinäisen

välittämisen osoittaminen’, ’puhumalla jakaminen’, ’masennushistorian tarkastelu’ ja ’arjen elämässä tukeminen’. (Kuvio 3)

Keskinäisen välittämisen osoittaminen ilmenee vertaistuksessa eläytyvänä ymmärtämisenä, keskinäisenä huolenpitona, kuuntelemisena ja kuulluksi tulemisena sekä huumorin käyttämisenä. *Eläytyvä ymmärtäminen* luo ilma- piirin, jossa keskinäisen välittämisen osoittaminen mahdollistuu. Toisen tilanteeseen eläytymistä helpottaa samankaltainen oma kokemus.



Kuvio 3. Käsite ’vuorovaikutuksessa oleminen’, sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet

Saman kokeneelle on helppo puhua ”omituisistakin” tuntemuksistaan ja kokemuksistaan ja hän ymmärtää, mistä on kysymys, koska hän on kokenut samaa. K9

Eläytyvää ymmärrystä “luetaan toisten kasvoilta” ja aistitaan ymmärryksen tunteen välittymissä sekä solidaarisuuden ilmaisuissa. Jakamisen tun-

ne välittyy usein ei-sanallisena vuorovaikutuksena. Toisen puolesta iloitseminen ja myötätunnon sanallinen ilmaiseminen viestittävät myös välittämisestä. Erilaiset ilmaisut sallitaan eikä kokemuksia vähätellä.

Keskinäinen huolenpito saa erilaisia muotoja kuulluksi tulemisen edellytyksistä huolehtimisen ja hyväksymisen ilmaisun välillä.

Jotenki niinku sen jotenki tuntee, ett kaikki niinku, tuntee sen toisten tuen, ett kaikki toivoo sulle hyvää. R2n7

Muille on merkitystä sillä, onko läsnä vai poissa. Poissaolot noteerataan ja poissaolojen perusteita tarkistetaan asianomaisilta jälkikäteen. Poissaolosta saatetaan etukäteen ilmoittaa ohjaajan välityksellä muille, jotta kenenkään ei tarvitsisi olla huolissaan. Poissaolo ryhmästä herättää arvailuja poissaolijan mahdollisesta voinnin huononemisesta ja pelkoa itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Jokainen voi mielessään asettua poissaolevan asemaan. Ryhmässä saattaa olla vahva tunne siitä, että kaikki toivovat toisilleen hyvää.

Keskinäinen välittäminen ilmenee myös *kuuntelemisena ja kuulluksi tulemisena*.

Mä oon siellä (ryhmässä) kuuntelemassa toisia ja sen takia ett ne toiset kuuntelis minua.H2

Kuunteleminen on kuulevien korvien olemassaoloa ja toisten kokemusten kuuntelua. Kuunteleminen on jokaisen tehtävä. Erityisesti ohjaajan tehtäväksi katsotaan hiljaa olevien jäsenten huomaaminen ja sen mahdollistaminen, että kaikilla halutessaan on tilaa puhua.

Huumorin käyttäminen on yksi tapa ilmaista keskinäistä toisistaan välittämistä. Ryhmässä on edellytykset huumorin käytölle. Ymmärrysyhteyttä pidetään edellytyksenä huumorin käyttämiselle. Yhdessä voidaan nauraa asioille, joille ulkopuoliset eivät saa nauraa. Huumorilla lääkitään itseä ja muita sekä helpotetaan elämää.

...se on jännä että jokainen ryhmä saa sisällään ja alakulttuuri heittää herjaa, mutt sitä ei niinku sulata, jos joku ulkopuolinen sanoo vaikka hulluks, mutt me niinku keskenään... R2n4

Sanallisen vuorovaikutuksen keino on puhumalla jakaminen. Puhumalla jakamisessa tarvitaan puhumisen mahdollistumista. Puhumisen omakohtaisuus ja puhumisen sisällöt vaihtelevat. Eniten sanallista vuorovaikutusta vertaisten kesken on vertaisryhmissä.

Puhumisen mahdollistuminen tarkoittaa yksilöllisiä mahdollisuuksia puhumiseen, puhumista mahdollistavia rakenteita ja erityisesti ryhmässä ryhmän ilmapiiriä.

Ajattelin ensin, että ei siitä ole minulle mitään apua... mutta kun pääsin ryhmään ja joku kysyi haluanko sanoa jotain, avasin suuni ja sieltä purskahti ulos kaikki pahat asiat, ei meinannut loppua tulla lainkaan. K8

Joskus ei pysty puhumaan. Puhumista ryhmissä helpottavat erilaiset toistuvat käytännöt, kuten ”kuulumisten kierrokset”, joilla varmistetaan kaikille puhumisen mahdollisuus omalla vuorollaan. Pienessä ryhmässä koetaan puhuminen helpommaksi kuin isossa ryhmässä. Salliva ilmapiiri ja muiden esittämä kannustus puhumiseen rohkaisevat ilmaisemaan. Puhuminen on sanoittamista, jota edeltää tunnistaminen. Sanoittaminen on sanoittamisen opettelua, sanoittamista omista kokemuksista, muiden sanoittamisen kuulemista heidän kokemuksistaan, muiden sanoittamista omista kokemuksista ja yhteistä jakamista sanoittamisen ja eläytymisen avulla. Vapaus olla puhumatta ja ajoittainen kyvyttömyys ilmaista itseään sanallisesti ovat myös sallittuja. Ryhmien lisäksi vertaiset jakavat asioita puhelimitse, nettiyhteisöissä ja tavatessaan suunnitellusti tai sattumalta muuten toisiaan.

Puhumisen omakohtaisuus vaihtelee yleisen tason puhumisesta ”elämän syvimpien kysymysten läpi käymiseen”. Vertaisten kanssa puhutaan asioista, ongelmista ja huolista, onnistumisista ja tunteista tai omasta olostaan laajemmin. Oman pahan olon ja hädän ilmaiseminen on mahdollista, kun luotetaan muiden kykyyn ottaa niitä vastaan. Puhuminen on kuvaamista, ja se on jakamista, jossa muut liittyvät yhden aloittamaan puheeseen.

Tapaamisemme ovat virkistyspainotteisia, mutta aina niissä on mahdollisuus ottaa myös esille ongelmia ja vaikeita asioita. K4

Puhumisen sisältö voi olla omasta toiminnasta kertomista. Ihmissuhteiden käsittely ja omien kokemusten pohtiminen ovat tyypillisiä puhumisen sisäl-

töjä. Oman vireystilan ja mielialan kuvaaminen on tavallista. Ryhmään tuodaan omaa menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta. Hyvistäkin kuulumisista on mahdollista puhua. Periaatteessa jokainen voi vaikuttaa keskustelun sisältöön. Ohjaaja voi kysyä keskusteluaiheita, tai aihe voi löytyä kuulumiskierroksen yhteydessä spontaanisti.

Minusta parasta on ollut se nimenomaan, että joku toinen uskaltaa kertoa totuuden unettomuudestaan ja keskittymisvaikeuksistaan. K2

Henkilökohtaisen masennushistorian tarkastelu auttaa ymmärtämään menneisyyttä ja käsittelemään tunteita. Menneisyyden kokemuksia kerrotaan, muistellaan ja niitä verrataan muiden kokemuksiin. Menneisyyden tarkastelu on myös yhteenvetojen tekemistä, masennuksen merkkien tunnistamaan opettelemista aikaisemmin koetun pohjalta ja oman nykytilanteen jäsentämistä. Nykyistä oloa verrataan aikaisempaan ja omaa toipumista arvioidaan. Menneisyyttä kelataan tosiasioiden toteamisen ja toipumisprosessin arvioinnin välimaastossa. Toipumisen merkkien tunnistamisessa myös muut auttavat vertailemaan kunkin yksilön nykyistä olotilaa aikaisempaan.

Myös tunteiden käsittely on masennushistorian tarkastelua. Tunteiden tunnistaminen ja niiden sanoittaminen tai muulla tavalla ilmaiseminen on monille tuottanut vaikeuksia. Tunteita käsitellään samankaltaisten seurassa opettellen tunnistamaan, sanoittamaan ja ilmaisemaan erilaisia tunteita. Tunteiden ilmaisemista ja käsittelyä edistää salliva ja hyväksyvä ilmapiiri.

Tuli oikein lujaa takapakkia tässä sairauden asiassa. Mä tulin tänne, pyysin, että mä saan olla vaan ja istua. Mä olin itkeny valtavasti ja lähdin. En pystynyt mitään sanomaan ja puhumaan. R1m2.

Arjen elämässä tukeminen on kannustamista, päätöksissä tukemista ja tiedon jakamista. Tukea saadaan myös kokemusten keskinäisestä vertailemisesta. Vertaiset kannustavat toisiaan antamalla palautetta jaksamisesta ja sisukuudesta. Myös ilon ilmaisut toisen toipumisen merkeistä koetaan kannustuksena. Palaute kohdistuu laajempiin asioihin, tai se on tarkkaan kohdennettua. Palautetta annetaan spontaanisti tai sitä saatetaan varta vasten pyytää. Vaikka ryhmän ohjaaja on vertainen, hänen kannustuksensa saatetaan kokea erityisen rohkaisevana.

Päätöksissä tukea tulee siitä, että asioita pohditaan yhdessä. Joskus yksittäinen henkilö voi tietoisesti ja tavoitteellisesti hyödyntää ryhmää omien ratkaisujensa tueksi. Tämä toteutuu mielipiteitä kysymällä ja muiden kokemuksia kuulostelemalla. Yksin mietittynä asiat voivat tuntua suurilta ja vaikeilta. Yhteinen pohdinta saattaa saada ongelmat näyttämään vähemmän hankalilta. Uusi näkökulma ja vaihtoehtojen miettiminen selkiyttävät ja jäsentävät asioita. Muiden esittämät selventävät kysymykset niin ikään vievät asian työstämistä eteenpäin. Puhuttaessa ja keskusteltaessa tunnustetaan sellaisia näkökulmia, jotka aikaisemmin ovat jääneet huomaamatta.

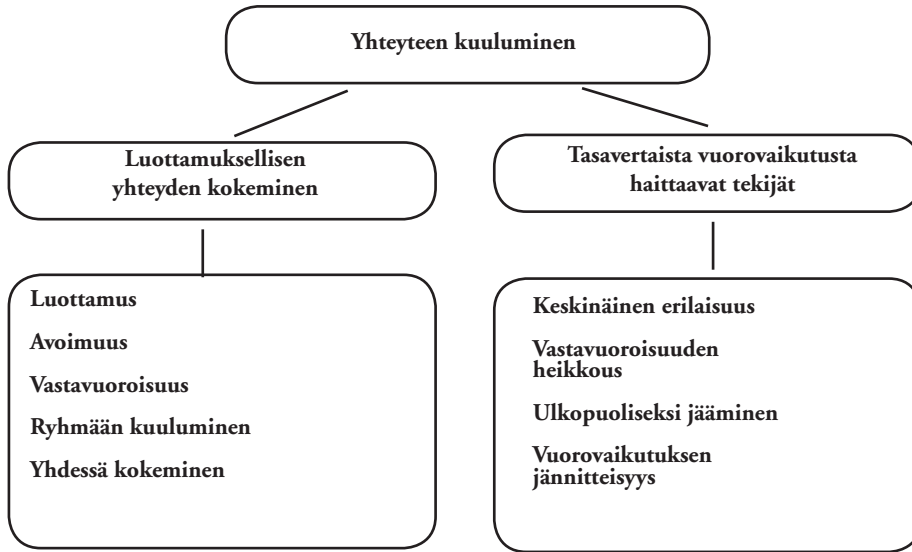
Tiedon jakaminen on arjen elämässä tukemista. Vertaisryhmässä annettu ja saatu tieto painottuu henkilökohtaiseen kokemustietoon. Usein tietoa, neuvoja tai ohjeita annetaan silloin, kun joku niitä kysyy. Kokemukseen perustuvan tiedon jakamista ei koeta yleensä ylhäältä tai ulkopuolelta tulevaksi. Tietoa ja neuvoja jaetaan sillä orientaatiolla, että jokainen tietää parhaiten, mikä itselle sopii ja mitä tietoa voi hyödyntää. Tieto koskee masennusta, lääkkeitä ja niiden vaikutuksia, muita masennuksen hoitomuotoja, kuntoutusta ja avun lähteitä. Muutamat olivat etsineet itselleen hoitoa ryhmässä saamansa tiedon tai virikkeen pohjalta. Ryhmässä kerrotaan kokemuksia terapian toteutumisesta ja lääkäriellä käyntien sisällöistä.

Pienistä palasista; toisten kertomuksista, löysi myös itselleen sopivia ohjeita ja keinoja ja ahaa-elämyksiä. K9

Ryhmä tarjoaa jäsenilleen vertailumahdollisuuksia. *Kokemusten vertaileminen* liikkuu passiivisesta kuulostelusta aktiiviseen omien ja muiden kokemusten keskinäiseen vertailemiseen. Kokemusten vertaileminen on myös oman voinnin arvioimista ja muutosten ennakoimista. Ryhmästä löytyy esimerkkejä toipumisesta ja selviytymisestä. Vertailun perusteella huomattu oma ja toisen samankaltainen kokemus vahvistaa normaalisuuden tunnetta. Toisen ryhmäläisen masennuksen vaikeutuminen voi saada aikaan pelkoa oman mielialan laskusta.

5.1.4 Yhteyteen kuuluminen

Pääkäsitettä yhteyteen kuuluminen kuvaavat käsitteet 'luottamuksellisen yhteyden kokeminen' ja 'tasavertaista vuorovaikutusta haittaavat tekijät'. (Ku-



Kuvio 4. Käsite 'yhteyteen kuuluminen', sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet

vio 4) Yhteyteen kuuluminen kokemus koostuu yhteyttä lujittavista ja sitä heikentävistä tekijöistä. *Luottamuksellisen yhteyden kokeminen* on luottamusta, avoimuutta, vastavuoroisuutta, ryhmään kuulumista ja yhdessä kokemista.

Luottamus on uskoa siihen, että omista asioista voi puhua turvallisesti vailla leimautumisen pelkoa ryhmässä tai sen ulkopuolella. Luottamus on vapautta pelosta, että avautuminen aiheuttaa itseä haavoittavia reaktioita. Luotetaan myös siihen, että muut kestävät kuulla loukkaantumatta tai hämmennymättä vaikeitakin asioita. Keskinäiset samankaltaiset kokemukset vähentävät pelkoa toisten ajatuksista tai asenteista. Luottamus on vähimmillään pelon puuttumista ja enimmillään turvallisuuden kokemista.

Helpottavaa ja ihanaa, ei tarvinnut miettiä, että loukkaako jotakuta tai missä nämä asiat tulee minua vastaan, ja vaikuttaako tämä nyt maineeseen.K8.

Luottamus saavutetaan vähitellen ja luottamuksella on yhteys puhumisen *avoimuuteen*. Avoimuus liittyy sekä puhumisen sisällölliseen kirjoon että syvyyssasteeseen. Ilmaisuu ”*Asioista voi puhua niin kuin ne ovat*”(H2) viittaa kaunistelemisen tarpeettomuuteen, aitouteen ja rehellisyyteen. Vertai-

suuden koetaan edistävän *rehelliseen keskusteluilmapiiriin pääsemistä (K3.)* Avautuminen taso syvenee ja laajenee vähitellen, mutta vaihtelee myös yksilöllisesti. Avautuminen koetaan hyvänä, kun se on omaa valintaa ja saa edetä omaan tahtiin. Tunteettomille ihmisille puhutaan avoimemmin kuin tutuille sosiaalisen verkoston jäsenille. Omana itsenä olemisen ja omana itsenä hyväksytyksi tulemisen kokemus sekä vapaus rooliodotuksista ovat yhteydessä avoimuuteen. Vahvan selviytyjän painetta ei ole vertaisten parissa. Avoimuus voi myös tarttua yksilöltä toiselle.

Kun joku uskaltaa ottaa puheeksi aratkin asiat, niin aina joku hiljaisempi, joka sitä kautta rohkaistuu puhumaan samankaltaisista kokemuksistaan. K9

Vertaistuki näyttää toisaalta oikeuttavan ja toisaalta velvoittavan *vastavuoroisuuteen*. Jokainen on antaja ja vastaanottaja. Vastavuoroisuutta edistäviä tekijöitä ovat keskinäinen tasavertaisuus, kunnioitus ja toisen todesta ottaminen. Masennusta ja siihen liittyviä subjektiivisia kokemuksia ei mitätöidä, vähätellä tai kyseenalaisteta. Ongelmista ja muista kokemuksista voidaan puhua samalla tasolla, ja niistä oikeastaan edellytetäänkin puhuttavan samalla tasolla. Kukaan ei saisi asettautua olemaan toista tietävämpi. Yhden oikeus puhua on samanaikaisesti muille velvollisuus kuunnella. Myös ryhmän ohjaaja on oikeuksineen ja velvollisuuksineen samassa tilanteessa muiden kanssa. Hän ei ole muiden yläpuolella. Hän saa myös itse hyötyä ryhmästä samalla tavoin kuin muut.

Me ollaan kaikki niinku tässä ja kukaan ei oo ylempänä eikä alempana eikä missään, kaikki on tässä samassa ringissä. R2n4

Ryhmään kuulumisen tunne tulee siitä, että huomaa olevansa yksi monista eikä siis ainoa, jolla on vaikeuksia tai muita kokemuksia. Samankaltaiset kokemukset saavat aikaan tuttuuden, kohtalotoveruuden, yhteenkuuluvuuden ja läheisyydenkin tunteita. Samankaltaiset kokemukset yhdistävät ja luovat yhteishenkeä. Samankaltaisten seurassa vahvistuu normaalisuuden kokemusten kautta, että löytyy muitakin, jotka kertomansa mukaan kokevat samalla tavalla. Oma mukanaolo joukossa koetaan toivottuna.

..kaiken sen tuskan läpi näkee, että on joku mihin kuuluu ja paikka missä voi sanoa, että odotetaan ja kuuluu tähän porukkaan. R1m2

Ryhmässä yhdistyvät monen kokemukset. *Yhdessä kokeminen*, samankaltainen kokemus rohkaisee puhumaan. Kun toinen on tuntenut saman tunteen tai miettinyt samaa kysymystä, joka itseä on askarruttanut, koetaan helpotusta.

Itkimme ja nauroimme ryhmässä ja meistä muodostui todella tiivis yhteisö. Vahva luottamus ja yhteenkuuluvaisuuden tunne vallitsi keskellämme. K4

Yhteiset tai samantyyppiset kokemukset yhdistävät. Masennusprosessin samankaltaisuus koetaan lähentävänä. Vahvaa yhteisöllisyyden kokemusta verrataan hyvin toimivaan perheeseen. Ollaan ”kuin samaa perhettä”. Yhteisen huumorin viljeleminen on myös yhdessä kokemista, ja se kuvastaa keskinäistä luottamusta. Yhteiset kokemukset luovat edellytykset yhteiselle huumorille. Syntyy yhdistävä sisäpiirin huumori, jossa on mahdollista ryhmänä nauraa masennukselle. Yhteinen huumori vahvistaa yhteenkuuluvuudentunnetta.

Tasavertaista vuorovaikutusta haittaavia tekijöitä ovat jäsenten keskinäinen erilaisuus, vastavuoroisuuden heikkous, ulkopuoliseksi jääminen ja vuorovaikutuksen jännitteisyys. *Keskinäinen erilaisuus* muodostuu monista eri tekijöistä. Erilaisuutta voivat tuoda suuret ikäerot sekä elämäntilanteiden ja masennuksen vaiheen erilaisuus. Nämä ovat yhteydessä kiinnostuksen kohteisiin ja myös vertaistuen odotuksiin. Persoonien hyvin suuri erilaisuus saattaa olla tasavertaista vuorovaikutusta haittaava tekijä. Liian suuri persoonien erilaisuus tai kiinnostuksen kohteiden erilaisuus haittaavat yhteyden löytymistä.

Masennus ei välttämättä ole kovinkaan syvällisesti yhdistävä tekijä aivan erilaisten ihmisten välillä. K10

Joskus kaipaisin oman ikäisten tunteuksia ja kokemuksia. K8

Erilaisuus on myös masennuksen vaiheen erilaisuutta. Erilaisuuden haittana kokemiseen voi olla yhteydessä oma mieliala. Ryhmään kohdistuvat odo-

tukset ovat suurempia silloin, kun vertaistuen rinnalla ei ole ammattiapua.

Vastavuoroisuuden heikkous tuntuu vaikeutena sanoittaa omia ajatuksia ja satutetuksi tulemisen pelkona. Vastavuoroisuuden ulkoisia esteitä tulee puhumisen tilan käyttämisen epätasaisuudesta ja joskus myös vaikeuksista kilpailemisesta. Joskus ryhmään saattaa tulla sellainenkin henkilö, jonka koetaan mässäilevän muiden ongelmien kuuntelemisella.

Toiset puhuvat niin paljon ja vievät leijonanosan ajasta. K1

Ulkopuoliseksi jääminen voi olla itse valittua ulkopuolelle jättäytymistä tai muiden toimintaan perustuvaa ulkopuolisuuden kokemista. Ulkopuoliseksi jääminen on myös edellisiin liittyvää ulkopuolisuuden tunnetta.

*..joskus käy niin, ett se aihe vaihtuu niin nopeasti ett ois vielä niinku to-
ta noin sanottavaa siihen edelliseen aiheeseen ja sitt ollaan jo seuraavas-
sa aiheessa.H2*

Itse valittu ulkopuolisuus on jättäytymistä ulkopuoliseksi tarkkailijaksi tai asettumista muiden yläpuolelle. Muiden yläpuolelle asettumista voi saada aikaan tietoinen tai tiedostamaton halu olla samaistumatta masentuneiden ryhmään. Muista johtuva ulkopuolisuus aiheutuu siitä, että ryhmän keskustelun aiheet eivät kosketa tai kiinnostavat itseä tai että niiden valintaan ei ole omasta mielestä kyennyt vaikuttamaan. Joskus ei ehdi osallistua keskusteluun, jos jää miettimään käsiteltävää aihetta pidemmäksi aikaa. Muut ovat saattaneet siirtyä jo eri aiheeseen, kun itse on valmis ilmaisemaan jotain. Ulkopuolisuutta saa aikaan myös se, ettei tiedä tai muista toisten nimiä. Joskus ryhmän jäsen saattaa päätellä toisen ryhmän jäsenen jääneen tai jättäytyneen ulkopuoliseksi.

Vertaisten vuorovaikutus voi olla myös jännitteistä. *Vuorovaikutuksen jännitteisyys* merkitsee sitä, että kaikki eivät pysty jakamaan asioitaan keskenään tai että jonain aikana joidenkin henkilöiden välillä ei ole tasavertaista vuorovaikutusta.

*.. meillä jotenkin välit kiristyi ihan täysin ja mä en tiennyt ett miten me
olis sitä purettu.. en mä tiiä sitten kehen siinä olis voinut olla yhteydessä
ja sitt mä jotenkin niinku sitt mä vaan ilmotin sille ryhmälle ett mulla on
niin paljon muita kiireitä.H1*

Välit voivat kiristyä tai yhteistyö ei toimi. Yhdessäolo ryhmässä, jossa kaikki ovat masentuneita, voi ajoittain kyllästyttää. Toisen tapa olla tai puhua saattaa ärsyttää. Joskus ryhmässä voi kehkeytyä seurustelusuhteita, jotka muuttavat ryhmän vuorovaikutusta. Jännittyneisyys voi saada aikaan vertaistuen piiristä irtaantumisen.

5.1.5 Voimaantuminen

Käsitettä 'voimaantuminen' kuvaavat 'tilan löytyminen kokemuksille', 'usko omiin mahdollisuuksiin' ja 'kanssaeläjä oleminen'. Kuvio 5.

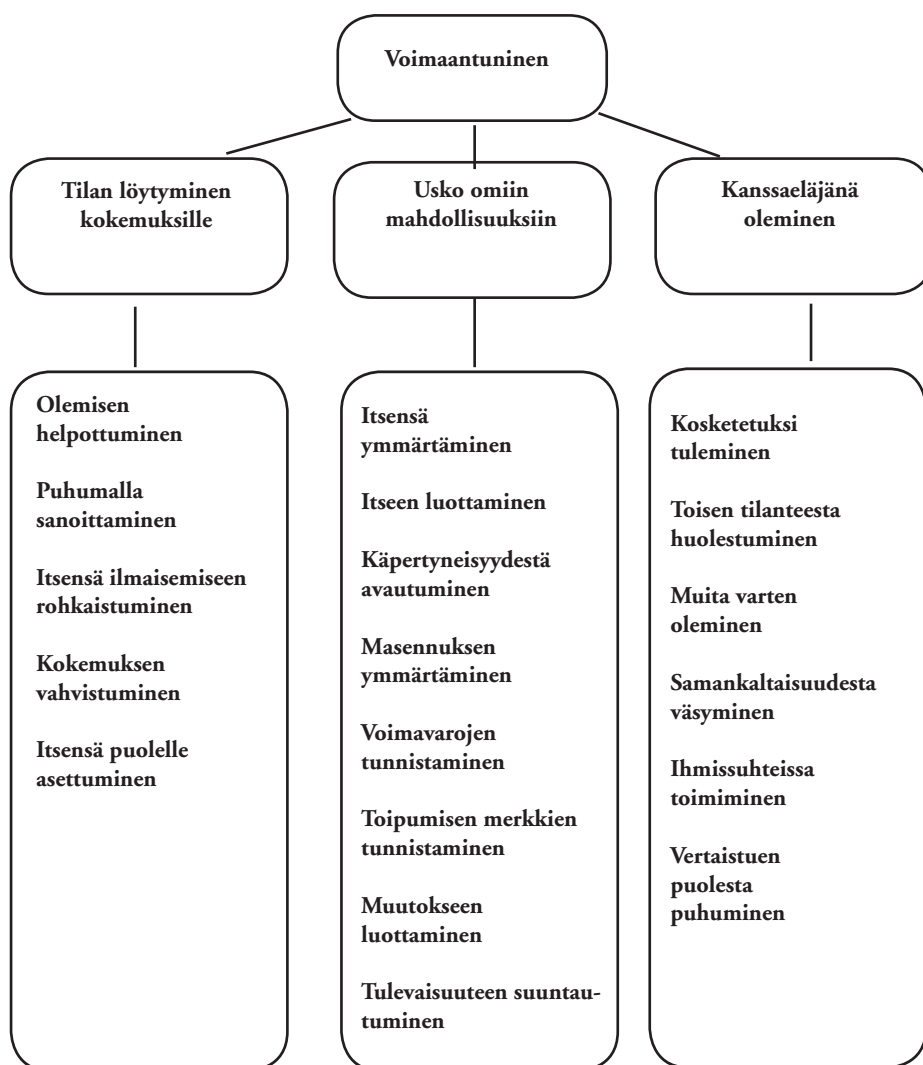
Tilan löytyminen kokemuksille ilmenee olemisen helpottumisena, puhumalla sanoittamisena, itsensä ilmaisuun rohkaistumisena, kokemuksen vahvistumisena ja itsensä puolelle asettumisena. *Oleminen helpottuu*, kun oppii tunnistamaan omia ajatuksiaan, tunteitaan ja kokemuksiaan sekä ilmaisemaan niitä. Helpotusta tuo sen huomaaminen, että muillakin on vastaavanlaisia ajatuksia, tunteita ja kokemuksia. Asioiden sanoittaminen poistaa niihin liittyvää pelkoa. Kiukku vähenee, kun kiukkuun saa tuntea ja kun kiukun tunteen voi pukea sanoiksi. Asioiden ääneen sanominen on helpottava kokemus.

Aina löytyy samankaltaisia kokemuksia, on todella helpottavaa kuulla ettei ole ainoa jolla on tiettyjä ajatuksia ja tunteita. K8

Puhumalla sanoittamista monet opettelevat vertaistoiminnan piirissä. Puhuminen vaatii uskallusta ja päätöstä ryhtyä puhumaan. Puhumisen tarve on saattanut kasvaa suureksi. Vähitellen opitaan ja uskaltaudutaan ilmaisemaan itselle vaikeita asioita. Jokaisella on mahdollisuus itse valita puhumisen sisältö. Masennukseen kuuluvista kokemuksista puhuminen koetaan pääsääntöisesti vapauttavana.

Ja kun asian on saanut sanottua ääneen, se jo poistaa asian ympärillä olevaa pelkoa. K9

Saan opetella ja oppia puhumaan ja olemaan rehellinen niin kuin niille sisäisille asioilleni ja sisäisille tunteilleni ja sille että miltä tuntuu ja puhumaan sillä lailla rehellisesti. R1n5



Kuvio 5. Käsite 'voimaantuminen', sen alakäsitteet ja niiden ominaisuudet

Itsensä ilmaisemiseen rohkaistuminen on vähittäistä uskaltautumista avoimempaan ilmaisuun. Avointa ja rehellistä ilmaisua opetellaan ja opitaan yhdessä. Avoimuus voi olla itselle asetettu haaste tai se koetaan luottamukseen perustuvana mahdollisuutena. Kokemus luottamuksesta on edellytys avoimuuden opettelemiselle ja itsensä ilmaisemiselle.

Voi avoimesti kertoa, miltä tuntuu ja missä mennään.K6

Kokemuksen vahvistuminen tulee siitä, että muut pitävät omaa kerrottua kokemusta totena ja ymmärrettävänä kyseenalaistamatta sitä. On oikeus kokea ja oikeus tuntea. Muilta saatu vahvistava palaute tekee kokemuksista, tunteista ja reaktioista oikeutettuja. Kun muilla on samankaltaisia oloja, omat reaktiot ja kokemukset alkavat tuntua normaaleilta.

Ja mä tunsin niin, että mä oon oikeutettu tuntemaan pettymystä, ett se täällä ryhmässä on ollut tärkeää, että mä oon saanut oikeutuksen tuntea, että mä oon loukattu osapuoli. R1n3

Muiden ehdoilla toimimaan tottunut alkaa vähitellen *asettua itsensä puolelle*. Itsensä puolelle asettuminen heijastaa itsensä ja omien kokemusten kuuntelemista, arvostamista ja todesta ottamista. Muiden ei anneta ainakaan aikaisemmassa määrin sanella omaa ilmaisua ja toimintaa tai asettaa niille rajoja. Vertaisten parissa opetellaan käyttämään itsemääräämis-oikeutta. Itsemääräämistä käytetään tarjolla olevien ohjeiden, tietojen ja ehdotusten punnitsemisessa kun arvioidaan, mitä itse voi hyödyntää. Mahdollisuus puhua avoimesti ja luottamuksellisesti pelkäämättä puhumisen seurauksia: muiden loukkaantumista tai itse loukatuksi tulemista, merkitsee itsensä puolelle asettumista. Oikeus valita olematta varuillaan antaa tilaa omien tarpeiden kuuntelemiseen ja niiden huomioon ottamiseen.

Koen, että minusta tuli ihan pysyvästi rohkeampi mielipiteideni esittäjä. K10

Usko omiin mahdollisuuksiin on monenlaista itseensä ja elämäänsä tutustumista. Kielteiset käsitykset itsestä alkavat vaihtua oman *itsensä ymmärtämiseen*. Itsensä ymmärtäminen lähtee liikkeelle itsetuntemuksen lisääntymisestä. On uskallus olla olemassa. Oman itsen ja eletyn elämän kanssa tehdään sovintoa, vähennetään itseän kohdistuvaa syyttelyä tai lopetetaan syytely kokonaan. Itsensä ymmärtäminen voi olla myös pyrkimystä totuttua armollisempaan ja hyväksyvämpään suhtautumiseen itseän.

Ehkä opin antamaan anteeksi itselleni asioita. Enkä syyllistä itseäni ihan niin helpolla. K8

Itseen luottamisen kehitys alkaa vähittäisestä rohkaistumisesta ja ulottuu tunteeksi omasta tarpeellisuudesta. Rohkaistuminen on jännityksen ja jännittämisen vähenemistä ja vapautumista olemaan aidommin omana itsenään. Luottamus ilmenee rohkeutena omien mielipiteiden esille tuomiseen. Itseen luottaminen vahvistuu kokeilemisen ja muilta saadun palautteen avulla. Ryhmän koetaan vahvistavan minuutta. Itsensä normaaliksi tunteminen saa ajattelemaan, että voi olla muutakin kuin taakkana muille. Mahdollisuus vastavuoroiseen osallistumiseen antaa varmuutta omasta tarpeellisuudesta. Onnistumisen kokemukset ja positiivisen energian saaminen ryhmässä voivat olla hyvinkin merkityksellisiä itseluottamuksen edelleen vahvistumiseksi.

Mä oon oppinu ainaki sitä semmosta harjaantumista siinä tai luottamus on kasvanu pikku hiljaa...ja nää ryhmät on antanu tosissaan paljon, ett se luottamus. R2n7

Käpertyneisyydestä avautuminen toteutuu konkreettisesti lähtemällä kodin ulkopuolelle. Silloin on riittävästi energiaa ja voimia lähtemiseen. Kotoa vertaisten pariin meneminen laajentaa elämänpiiriä ja tuo itsekseen asioiden pyörittelyn ohelle muuta ajateltavaa ja muiden kokemuksia. Omien asioiden pyörittelystä päästään laajentamaan tai saamaan kokonaan uusia näkökulmia. Käpertyneisyydestä avautumista kuvataan avautumiseksi, muutokseksi ja suvaitsevuuden lisääntymiseksi.

ja sitt sieltä tulee kuitenkin sellaisia niin kuin ett enpä oo ajatellutkaan asiaa tuolta kantilta, ett jotenkin siinä laajenee se, miten sen asian näkee ja jotenkin niinkun sieltä tulee monia hyviä asioita sieltä ett tota mä en ollut ite ajatellutkaan. R1n3

Sisäisenä kokemuksena voi parhaimmillaan olla elämän moninaisuuden huomaaminen. Elämä alkaa näyttää vivahteikkaammalta ja monet asiat myönteisemmiltä kuin yksin asioita miettiessä.

Masennuksen ymmärtäminen on sekä yleensä masennusta koskevan tiedon että omaan historiaan ja masennuskokemukseen liittyvän ymmärryksen lisääntymistä.

Mä en oo vielä koskaan tavannut semmosta (masentunutta) ihmistä, jolla ei ois syytä olla masentunut ett aina on joku...että ketään ei oo ollu jolla ois niin sanotusti ollu kaikki hyvin ja siitä huolimatta ovat masentuneet. H2

Omasta elämänhistoriasta tunnistetaan asioita tai olosuhteita, joita aletaan pitää masennukseen yhteydessä olevina tekijöinä. Uupumisen muuttuminen masennukseksi saatetaan tunnistaa jälkikäteen. Joskus itselle selitetään yleisesti, että masennukseen on aina syy tai syitä. Omia reaktioita muistellaan, selitellään ja ajatellaan jälkikäteen ymmärtäväisesti. Masennuksen ymmärtäminen antaa valmiuksia myös oman olon muutosten ja erityisesti takapakkien ennakoimiseen. Masennuksen ymmärtäminen on joillakin ihmisillä sairauden hyväksymistä kenties pysyväksi osaksi elämää. Masennuksesta tulee normaalia. Masennuskokemus muuttaa ihmisenä. Sairauden ja oman elämän asioiden työstämisen myötä tulee kokemus, että *masennus merkitsee pysyvää muutosta*”(R2n3.) Tämä tarkoittaa sitä, että masennus voi väistyä ja siitä voi toipua, mutta masennuskokemus muuttaa ihmistä pysyvästi.

Voimavarojen tunnistaminen alkaa pahimman uupumuksen, jaksamattomuuden ja haluttomuuden väistyttyä.

Huomaa mistä vaikeuksista on päässyt eroon ja millä keinoilla on päässyt eroon. H3

Vertaisten parissa on luvallista myös toipua. Kun oloa ja vointia verrataan vaikeimman masennuksen ajan tuntoihin kokemuksiin, muutoksen huomaaminen tuo iloa. Ilo on masentuneelle merkki muutoksesta parempaan suuntaan. Energisyys ja mielen virkeys ovat lisääntyneet ja omasta sitkeydestä voi olla ylpeä. Itsestä löytyy luovuutta, oivalluksia ja huumoria. Työhön paluu saattaa näyttää mahdolliselta tai elämä sairaslomalla tai -eläkkeellä saa aikaisempaa valoisampia sisältöjä. Joillekin voimavarojen tunnistaminen merkitsee rohkaistumisesta muutosten ajattelemiseen tai jopa muutosten tekemiseen omassa elämässään. Rohkeuden rinnalla on varovaisuutta ja omien voimavarojen ja mahdollisuuksien punnitsemista. Avun tarpeen myöntäminen on ollut merkittävä vaihe. Avun piiriin hakeutuminen tai joutuminen näyttäytytty vahvuutena, ja sen antama hyöty tuntuu omassa olemisessa. Itsellä hallussa olevat selviytymiskeinot huomataan. Voimavaraksi koe-

taan kokemuksen kautta opittu kyky tunnistaa toisaalta sairauden merkkejä ja toisaalta eteenpäin pääsyn piirteitä.

Toipumisen merkkien tunnistaminen perustuu omiin havaintoihin ja toisten huomaamiseen. Ryhmässä kerrotaan omasta toipumisesta. Toipumisen ilmenemisiä masentuneelle ovat monenlaiset huomiot mielen rauhoittumisesta työkyntöisyyden saavuttamiseen. Oman toipumisen tunnistaminen, muutoksen tunnistaminen ja muutoksista puhuminen vahvistavat luottamusta muutokseen. Toipumisessa ja kasvussa nähdään vertaisten osuus. Töihin meneminen jännittää. Työssä jo oleva toteaa yleensä, että on kertonut työtovereille omista kokemuksistaan, masentumisesta, avun hakemisesta ja avun saamisesta.

Mun loppuu pian sairausloma. Meen töihin. R1m1

Muutokseen luottaminen vahvistuu samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa mahdollistuvassa vuorovaikutuksessa. Ryhmää ja sen jäseniä seurataan ja sen kautta pohditaan omaa mahdollisuutta selviytyä, mahdollisuutta voida tulevaisuudessa paremmin. Miten muut voivat ja miten muiden vointi muuttuu. Ryhmän tapaamisen odottaminen merkitsee tulevaisuuteen suuntautumista. On jotain itselle tärkeää odotettavaa. Tulevaisuus rytmittyy riittävän lyhyiksi jaksoiksi ja tavoitteiksi osittain ryhmäkokoon-tumisten avulla. Ryhmä on voimavarana ja jonkinlaisena puolesta selviyty-jänä. Joskus voi olla luottamus ryhmän selviytymiseen, vaikka luottamus omaan selviytymiseen horjuu. Yhdessäolo kuulumisten kertomisineen antaa uskoa hitaaseen mutta varmaan muutokseen. Toisen voinnin paranemi-nen antaa itselle toivoa, koska myös itse voi päästä samaan. Silloin tuntuu hyvältä asettautua toisen asemaan.

..joillakin menee jossain vaiheessa paremmin niin se tuntuu, ett mulle se ainakin antaa toivoa... kun mä tapaan masentuneita jotka itse asiassa on lähes parantunu, niin kyllä se virittää semmosen ahaa, ehkä tää ei ookaan lopullinen tila, ett pelkkää hautaa kohti menoo... R2n7

Tulevaisuuteen suuntautuvan ajattelun painottuminen on monelle merkki voimavarojen lisääntymisestä. Aikaperspektiivin painopiste vaihtelee men-neisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Vertaisten kanssa pohdi-

taan tulevaisuuden tilanteita.

Toisaalta mä oon hirveen optimistinen sen suhteen ett mä jotain vielä teen. R2n4

Elämä näyttää valoisammalta kuin aikaisemmin. Tulevaisuuteen liitetään toivoa ja iloa. Suunnitelmat opiskelusta, työstä tai jostain muusta vielä tarkentumattomasta muutoksesta tuntuvat mahdollisilta. Tulevaisuuden ajattelussa on mukana myös huolia. Vertaisryhmän loppuminen voi pelottaa ja yksin jaksaminen jännittää.

Kanssaeläjänä oleminen on kosketetuksi tulemista, toisen tilanteesta huolestumista, muita varten olemista, samankaltaisuudesta väsymistä, ihmissuhteissa toimimista ja vertaistuen puolesta puhumista. Ajattelun painopiste on hetkittäin tai jopa pääsääntöisesti muussa kuin oman masennuksen tai toipumisen miettimisessä.

Kosketetuksi tuleminen on sitä, että toisten kertomat tarinat ja kokemukset koskettavat. Toisten kertomukset voivat tehdä surulliseksi. Toisten iloihin ja suruihin eläytyminen on osa keskinäistä jakamista.

Joskus kun mä lähden ryhmästä niin mä oon joskus hyvinkin surullinen ja tavallaan niinku kun on kuunnellu jonkun toisen ihmisen kertomusta esimerkiks menneisyydestä...H2

Toisen tilanteesta huolestuminen perustuu siihen, että masennuksen merkien huomaaminen toisessa saa aikaan huolta toisen puolesta mutta myös omasta puolesta. Jokainen voi kuvitella itsensä toisen paikalle. Vertaistoverin poissaolo ryhmätilanteesta voi herättää huolestuneisuutta erityisesti silloin, jos kenelläkään ei ole tietoa syystä. Poissaolot askarruttavat ja herättävät pelkoa ja saavat aikaan kyselyä ja ihmettelyä poissaolon syistä.

Jollaki on niinku jotenkin kauheen rankkaa niin tulee semmonen olo, ett toi tarttis apua jotenki ett se sais rauhassa käsitellä niitä. Miten sä sitten siinä ryhmässä (sanot) ett kyllä sä tarttisit terapiaa.H1

Muita varten oleminen saa erilaisia ilmenemismuotoja auttamisen halusta toimintaan muiden tukijana.

*Kun alkaa itse voida paremmin, jaksaa myös tukea ja kannustaa toisia.
K10*

Itselle saadun avun koetaan velvoittavan ajattelemaan muita ja tekemään jotain muiden hyväksi. Velvollisuuden painetta helpottavana koetaan se, että on olemassa muut ryhmän jäsenet jakamassa yhteistä vastuuta. Vertaisryhmässä apua saanut haluaa kertoa omista löydöistään muille, ryhtyä ryhmän vetäjäksi ja hankkia siihen tarvittavaa koulutusta tai toimia tukihenkilönä toiselle masentuneelle.

Samankaltaisuudesta voi myös väsyä. Toisten kertomien tarinoiden kuunteleminen voi masentaa ja toisten vastoinkäymiset voivat aiheuttaa uupumista. Oman ja toisen tilanteen samankaltaisuus saattaa ahdistaa. Masennuksesta ja siihen yhteydessä olevista asioista puhuminen voi jossain vaiheessa alkaa kyllästyttää.

Minä en ainakaan jaksata tavata säännöllisin väliajoin huoneellista huonosti voivia ihmisiä. K10

Ihmissuhteissa toimimista ja yleensä ihmissuhteita pohditaan paljon vertaistuen piirissä. Ihmissuhteissa saattaa masennuksen eri vaiheissa tulla sekä määrällisiä että sisällöllisiä muutoksia. Määrälliset muutokset voivat joutua aikaisemmin ystävinäkin pidettyjen koetusta ymmärtämättömästä käyttäytymisestä masentunutta kohtaan. Ihmissuhteita loppuu tällä perusteella. Vertaisten parista voi löytyä uusia ystäviä. Yksinäisyydestä kärsineet kokevat yksinäisyyden tunteen helpottuvan. Jo aikaisemmin epätydyttäväksi koettu parisuhde saatetaan lopettaa, kun omia ajatuksia ja tarpeita on pystytty selvittämään muiden myötävaikutuksella. On valmiuksia tehdä ihmissuhteita koskevia päätöksiä. Masentuneet kuvaavat myös ihmissuhteiden sisällöllistä muuttumista. Oma suhtautuminen muihin muuttuu yhtäältä luottamuksen paranemisen ja toisaalta omien ilmaisunvalmiuksien kehittymisen myötä. Esimerkiksi aikaisemmin muiden ehdoilla elänyt ja kiltti sopeutuja ei enää suostu olemaan *muiden manipuloitavana (R2n3.)* Tunteita, myös kiukkua, ilmaistaan ihmissuhteissa aikaisempaa enemmän ja monipuolisemmin. Puhumaan oppiminen aiheuttaa ihmissuhteisiin myös paineita, koska totutut ja aikaisemmin toimineet roolit ovat muuttuneet.

Parisuhteeseen tämä oma puhumisen oppiminen on aiheuttanut ongelmia. K3

Vertaistuesta helpotusta ja apua saaneet ovat halukkaita *puhumaan* ja vaikuttamaan *vertaistuen puolesta*. Kokemuksista kerrotaan hoitaville ammattihenkilöille. Jotkut innostuvat vaikuttamaan masentuneiden ja muidenkin mielenterveyskuntoutujien asemaan ja palveluihin. Vaikuttamisena pidetään myös vertaisryhmän jäsenyyttä, jossa kukin jakaa omia kokemuksiaan muiden hyödyksi. Vertaisryhmistä tiedottamisen toivotaan olevan nykyistä tehokkaampaa. Huolta kannetaan kuitenkin ryhmän ohjaajien riittävydestä ja heidän jaksamisestaan sekä ryhmien riittävästä tarjonnasta.

5.2 Masentuneiden vertaistukea kuvaavien käsitteiden väliset suhteet

Vertaistukea kuvaavien käsitteiden väliset suhteet ovat **luottamus ja osallistava kanssakäyminen** (Liite 8). Molemmat kuvaavat kaikkien viiden käsitteen: yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyteen kuuluminen ja voimaantuminen välisiä suhteita.

Luottamus kuvaa yksilön ja ryhmän eli vertaistuen yhteisön välistä suhdetta. Yhteyteen hakeutuminen lähtee liikkeelle sekä epäluottamuksen että luottamuksen kokemuksista. Epäluottamusta on masentuneen kokemuksessa suhteessa itseensä, toisiin ihmisiin ja tulevaisuuteen. Masennusta edeltäneet kokemukset ja masennuskokemus ovat tuoneet varovaisuutta ja varautuneisuutta ihmissuhteisiin. Tämä on synnyttänyt halua hakeutua yhteyteen sellaisten ihmisten kanssa, joiden oletetaan tunnistavan sen, mistä masennuskokemuksessa on kysymys. Odotus samankaltaisten taholta vastaanotetuksi tulemisesta herättää toivoa ja sen myötä orastavaa luottamusta.

Mä aattelin silloin, ett onks siinä jotain järkee, ett pystyyks siinä niinku puhumaan kenellekään, kun mä en ollu koskaan aikasemmin puhunu kellekään. (H2)

Ajattelin ensin että ei siitä ole minulle mitään apua, minun on muutenkin niin kamalan vaikea puhua kenellekään mistään ongelmastani enkä jaksa kuunnella toisten valitusta turhasta. Mutta kun pääsin ryhmään

ja joku kysyi haluanko sanoa jotain, avasin suuni ja sieltä purskahti ulos kaikki pahat asiat, ei meinannut loppua tulla lainkaan (K8)

Luottamus mahdollistaa yhteyteen hakeutumisen, ja sen seurauksena luottamus puolestaan lujittuu tai heikkenee. Sisäinen luottamus itseen ja luottamus muihin ovat samanaikaisia ja yhteen kietoutuneita prosesseja. Vertais-
tuesta saadut luottamusta vahvistavat ja heikentävät kokemukset ovat oleellisia osalliseksi tulemisen näkökulmasta. Ryhmässä keskinäistä luottamusta edistävät kuunteleminen ja vastavuoroinen kokemusten jakaminen.

Täällä ei kukaan muu kerro, että mitä mun pitää tehdä. Kaikki on kuunnellu mun tarinan ja se on helpottanu kun saa puhua. Se on monta kertaa vaikeee tuolla ulkopuolella puhua asioista, vaikka ois kuinka läheisiä. Kun tupataan neuvoja ja se on asia, mitä silloin vähiten kaipaa. (R1m2)

Vuorovaikutuksessa olemalla uskaltaudutaan vähitellen kokeilemaan toisten luotettavuutta ja omia edellytyksiä luottaa muihin. Luottamus ilmenee siinä, että ulkopuolisuuden ja erillisyyden rinnalle tai niiden sijaan tulee kokemus yhteyteen kuulumisesta. Usko omiin mahdollisuuksiin ja luottamus itseen vahvistuvat. Luottamuksen puute pitää kiinni ulkopuolisuudessa.

Mutt sitt se on jotenkin lohduttavaa... kun näkee semmosia ihmisiä, jotka on kaikesta huolimatta kuitenkin vielä hengissä... ja sitten niinkun ovat oppineet elämään sen sairauden kanssa. (H2)

Tasavertaista vuorovaikutusta haittaavat tekijät vähentävät luottamusta, ja vuorovaikutuksessa voidaan kokea ei-vahvistavia piirteitä. Toisen voinnin huononeminen heikentää luottamusta omaan toipumiseen ja tulevaisuuteen. Yhteyteen kuulumisen tunne edellyttää luottamusta ja myös vahvistaa luottamusta. Luottamus itseen, toisiin ihmisiin ja tulevaisuuteen ovat keskeisiä asioita voimaantumisessa.

Osallistava kanssakäyminen kuvaa vertaisryhmän vuorovaikutuksellisen toiminnan ja yksilön välistä suhdetta. Vuorovaikutus vertaisten kesken ja vuorovaikutuksessa saadut kokemukset ovat oleellisia yksilöllisessä toipumisprosessissa. Yhteyden ulkopuolella oleminen on osallistavan kanssakäymisen puuttumista tai kokemusta sen puuttumisesta. Vuorovaikutuksessa

olemisen ja yhteyteen kuulumisen kautta masentunut on aktiivinen osallistuja vertaisten yhteisössä, jossa muista poikkeavan erilaisuuden kokemusta vahvemmaksi muodostuu samankaltaisuuden kokemus.

...vaikka jokaisella oli oma tarina ja omat kokemukset niin se kuitenkin tuntu siltä niinkun että en mä oo yksin. Että vaikka meillä on jokaisella omat jutut niin meillä on yhdistävä tekijä ja sellainen niinkun paikka... ..että mä oon voinut olla aito ja puhua asioista niin kuin ne on.(R1m2)

Samankaltaisuuden ja yhdistävien tekijöiden läsnäolo vähentää erillisyyden tunnetta ja vahvistaa yhteyteen kuulumisen kokemusta. Vahva erilaisuuden kokemus heikentää yhteyteen kuulumisen tunnetta.

*Jo se, että voi puhua näistä pelottavistakin tuntemuksistaan ja kokemuk-
sistaan ääneen ja se, että toinen tietää mistä on kysymys, on suuri helpotus.
Ja kun asian on saanut sanottua ääneen, se jo poistaa asian ympärillä ole-
vaa pelkoa. Huomaa senkin, että ei ole yksin näiden tuntemusten kanssa,
joiden on luullut olevan niin kummallisia, että kukaan toinen ei ole sel-
laista kokenut. Toisen kokemusten kuunteleminen ja samaistuminen nii-
den kanssa, antaa uutta uskoa tulevaisuuteen ja tunteen, että yhdessä, toi-
siamme tukemalla, me tästä selviämme. (K8)*

Vastavuoroisuus on keskeinen tekijä osallistavassa kanssakäymisessä. Vas-
tavuoroisuus vahvistaa osallisuutta, kun taas vastavuoroisuuden puuttumi-
nen heikentää sitä.

*Kai sitä tulee semmonen halu kuitenkin kun sua kuunnellaan, olla se
kuunteleva osapuoli ja osallistua sen toisen... Tulee ittellekkii semmonen
auttamisen fiilis. (R1M2)*

Käsitys omista mahdollisuuksista vahvistuu osallistumisen ja oman toi-
minnan sekä niistä saadun kannustavan palautteen avulla. Luottamuksen
lisääntyessä vastavuoroisuutta on mahdollista kokea myös muissa kuin ver-
taissuhteissa. Osallistava kanssakäyminen edistää voimaantumista.

5.3 Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistuen ydin

Osalliseksi tuleminen kuvaa masentuneiden vertaistuen ydintä. Suomen kielien perussanakirjassa (1990) osallisuus tarkoittaa sellaista, jolla on osuus johonkin toimintaan tai etuun, joka on mukana jossakin, osaa ottava tai osallistuva. Nykysuomen sanakirjassa (1966) sanalla osallinen on myös merkitys olla osallinen keskusteluissa ja päätöksissä. Osallisuuden synonyymejä ovat osuus, osakkuus ja jäsenyys. Runokielessä osallinen viittaa myös onnellisuuteen. Uskonnollisessa kielessä osallisuus-sanaa käytetään puhuttaessa esimerkiksi armon osallisuudesta. (Nykysuomen Sanakirja 1989.)

Vertaistuessa masentuneen osalliseksi tuleminen ilmentää erilaisia kokemuksellisia vaiheita ulkopuolisuuden ja osallisuuden välisellä jatkumolla. Osalliseksi tuleminen edellyttää osallisuutta mahdollistavia tekijöitä. Yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen ja yhteyteen kuuluminen mahdollistavat osalliseksi tulemistä. Yhteyden ulkopuolella oleminen on kokemusta ei-osallisuudesta. Yhteyden ulkopuolella olemisen kokemusta saavat aikaan vastavuoroisuuden heikkous ja tasavertaista vuorovaikutusta haittaavat tekijät. Voimaantuminen on vertaistuessa toteutuvan osalliseksi tulemisen seurausta.

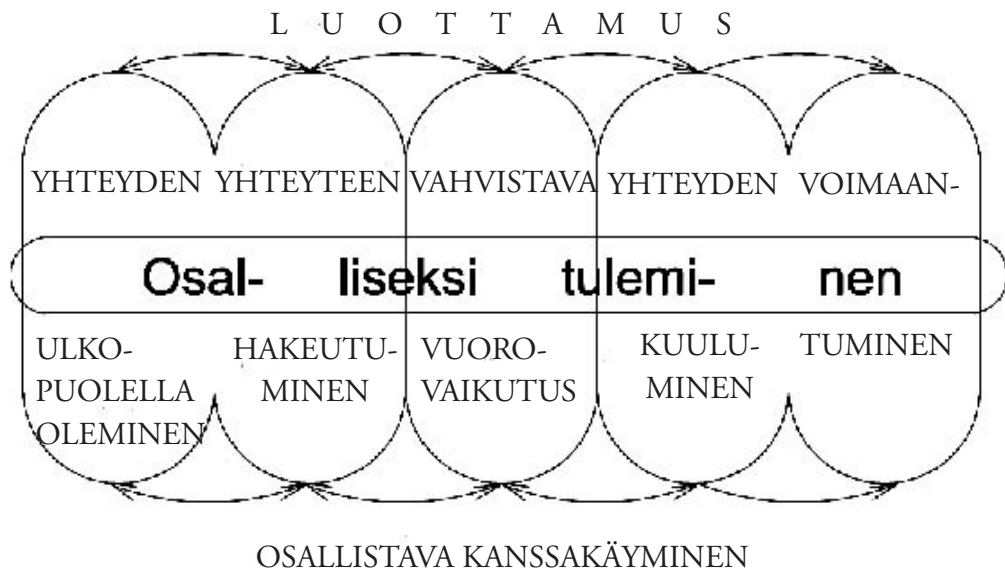
Osalliseksi tuleminen merkitsee sisäistä prosessia yhteyden ulkopuolella olemisen kokemuksesta yhteyteen hakeutumisen ja vahvistavan vuorovaikutuksen avulla yhteenkuuluvuudeksi ja osallisuudeksi. Osallisuus on yhteisöllisessä vuorovaikutuksessa syntyvä yksilön kokemus, joka ilmenee sisäisen voimantunteen lisääntymisenä samoin kuin muuttuneena kanssaeläjänä olemisena. Sisäinen voiman tunteen lisääntyminen on tilan löytymistä kokemuksille ja luottamusta omiin mahdollisuuksiin. Ulkoinen sosiaalinen osallisuus on kanssaeläjänä olemista. Kanssaeläjänä oleminen on muuttunut erillisyydestä, sinnittelystä ja itseä kuormittavasta vastuullisuudesta kohti vastavuoroista osallistumista.

5.4 Substantiivinen teoria masentuneiden vertaistuesta

Grounded teoria -menetelmää käytettäessä perusoletuksena on, että jokaisella ryhmällä on jokin yhteinen sosiaalipsykologinen ongelma, jota ei aina ole ilmaistu (McCann & Clark 2003). Tutkimuksen tekijän suurin haaste on tämän yhteisen ongelman identifioiminen. Tässä tutkimuksessa identi-

fioitava ongelma oli masentuneiden vertaistuen yhteisen ydinprosessin tunnistaminen.

Tutkimuksessani masentuneiden vertaistuki on osalliseksi tulemista. Osalliseksi tuleminen kuvaa vertaistuen ydintä. Osalliseksi tuleminen syntyy luottamuksesta ja osallistavasta kanssakäymisestä. Ulkopuolisuutta ylläpitää luottamuksen ja vastavuoroisuuden (ei-osallistava kanssakäyminen) puute. Osalliseksi tuleminen on muutosta, jossa yksilön sisäinen prosessi etenee yhteyden ulkopuolella olemisesta yhteyteen hakeutumisen, vuorovaikutuksessa olemisen ja yhteyteen kuulumisen kautta voimaantumiseksi. Kuviossa 6 esitetään substantiivinen teoria masentuneiden vertaistuesta.



Kuvio 6. Osalliseksi tuleminen - substantiivinen teoria masentuneiden vertaistuesta.

Osalliseksi tuleminen on teorian ydinkategoria, johon kaikista kategori-
oista löytyy yhteys. Osalliseksi tuleminen kuvaa yksilön sisäistä kokemusta
ja prosessia, joka toteutuu yhteydessä ja vuorovaikutuksessa.

Masentuneen kokemus yhteyden ulkopuolella olemisesta on sivullisuutta,
erillisyyttä ja ihmissuhteissa sukkuloimista. Hakeutuminen ulkopuolisena
olemisesta yhteyteen edellyttää luottamusta omien edellytysten ja vertaistu-
en mahdollisuuksien yhteensopivuuteen. Ryhmässä luottamuksen puute il-

menee pois jäämisenä tai varautuneena osallistumisena. Masentuneen ihmisen osalliseksi tuleminen mahdollistuu vuorovaikutuksessa olemisessa, jossa osoitetaan keskinäistä välittämistä, jaetaan kokemuksia puhumalla, tarkastellaan masennushistoriaa ja tuetaan arjen elämän kysymyksissä.

Yhteyteen kuulumisen kokemusta vahvistaa luottamuksellinen yhteys, ja sitä heikentävät erilaiset tasavertaista vuorovaikutusta haittaavat rakenteelliset ja vuorovaikutukselliset tekijät. Yhteyteen kuulumisen kokemus voi vaihdella vahvasta yhteyteen kuulumisen tunteesta ulkopuolisuuden tunteeseen. Yhteyden kokeminen kasvaa luottamuksesta ja ilmenee avoimuutena, vastavuoroisuutena, ryhmään kuulumisena ja yhdessä kokemisena. Liian suuri keskinäinen erilaisuus, vastavuoroisuuden heikkous, ulkopuoliseksi jääminen ja vuorovaikutuksen jännittyneisyys haittaavat tasavertaista vuorovaikutusta ja heikentävät yhteenkuulumisen kokemusta ja sen kautta osalliseksi tulemistä. Keskinäisen erilaisuuden ja samanlaisuuden suhteessa on olemassa hypoteettisesti optimaalinen kohta.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu aineiston keruun, aineiston analyysin ja tutkimusraportin kirjoittamisen vaiheisiin sekä tutkimuksen tekijän rooliin. Glaserin ja Straussin (1967) mukaan grounded teoria -menetelmällä tuotetun teorian arviointikriteerejä ovat sen sopivuus, ymmärrettävyys, yleisyys ja kontrolli. Tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta seuraavassa arvioiden ensin tutkimusprosessia luotettavuuden näkökulmasta ja sen jälkeen tuotettua teoriaa grounded teoria -menetelmään kuuluvien arviointikriteerien perusteella.

Aineiston keruussa vahvistin tutkimuksen luotettavuutta noudattaen menetelmällistä triangulaatiota (Syrjälä ym.1995). Käytin aineiston keruumenetelminä kirjallisia kuvauksia vertaistukikokemuksista sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluja. Eri tavoin kerätyt aineistot täydensivät ja vahvistivat toisiaan. Aineisto on kokonaisuudessaan melko suppea, mutta grounded teoria -menetelmää käyttävässä tutkimuksessa aineiston määrää ei pidetä ratkaisevana (esim. Glaser & Strauss 1967). Haastatteluaineisto saattaa kohdistaa tutkimuksen enemmän kokemuksellisuuteen kuin sosiaalisiin prosesseihin (Benoliel 1996). Esimerkiksi vuorovaikutuksen havainnointi vertaisryhmissä olisi saattanut edistää prosessin tavoittamista.

Tutkimuksen aineiston keruussa on minimoitava tutkimuksen tekijän esiympäristön ohjaava vaikutus tiedon keruuseen. Tästä syystä tein kirjallisten kuvausten ohjeistuksen väljäksi. Pyysin potentiaalisia tutkimukseen osallistuvia kuvaamaan kokemuksiaan masennuksesta ja vertaistuesta. Niin ikään haastatteluissa pidin aihealueet väljinä. Kohdensin haastatteluja tapah-

tumiin ja kokemuksiin ennen vertaistuen piiriin hakeutumista, vertaistuen piiriin hakeutumisen vaiheeseen, vertaistukikokemuksiin ja niiden koettuihin merkityksiin. Sekä kirjallisesti kokemuksiin kuvanneet että haastateltavat valitsivat itse ne asiat, joista he kertoivat.

Aineiston keruuvaiheessa luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija saavuttaa tutkimushenkilöiden luottamuksen (Eskola & Suoranta 1998; Valtonen 2005). Kirjallisia kuvauksia pyytäessäni kuvasin tarkoituksen, jota varten aineistoa keräsin. Yksilöhaastattelussa osoittamani kiinnostus motivoi haastateltavia vapaalta vaikuttaneeseen kerrontaan. Haastateltavat puhuivat varsin avoimesti esittäen myös kriittisiä näkökulmia ja kokemuksia vertaistuesta. Ryhmissä oli totuttu puhumaan itselle henkilökohtaisista asioista, mikä toteutui myös ryhmien haastattelutilanteissa. Ryhmähaastattelussa puhuttiin pääasiassa myönteisistä vertaistukikokemuksista. Tiedon saaminen vertaistukeen ja -ryhmiin yhdistetyistä negatiivisista kokemuksista vertaisryhmiin osallistuvilta saattaa olla vaikeaa (Hildingh 1996). Kriittisten näkökulmien esittämisen niukkuuteen tutkimuksessani saattoivat vaikuttaa ryhmäprosessin vaihe, halu nähdä vertaistuki yksinomaan myönteisenä tai kohteliaisuus ryhmän ohjaajaa ja muita ryhmäläisiä kohtaan. On myös oletettavaa, että ryhmistä olivat karsiutuneet alun pitäen pois sellaiset jäsenet, joilla oli ollut kriittinen asenne vertaisryhmiin ja vertaistukeen. Vertaisryhmään sitoutuminen on todennäköisesti yhteydessä vertaistuen myönteiseksi kokemiseen.

Masennus sinällään saa aikaan oman elämän pohdintaa ja kokemuksen prosessointia. Lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli vertaistuen ohessa myös muita hoitomuotoja. Vertaistukikokemusten merkityksen erottaminen muiden meneillään olevien prosessien merkityksistä ei varmasti ollut tutkimukseen osallistuneille täysin mahdollista. Olen tutkinut vertaistuen ja sen merkityksen kokemuksia sellaisina kuin tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat niitä kuvanneet.

Haastattelujen nauhoittamisella halusin varmistaa tutkimuksen luotettavuutta ja välttää tutkimuksen tekijän valikoivan muistamisen riskiä. Kuuntelin ja kirjoitin itse tekstiksi kaikki haastattelut. Purin nauhat tekstiksi viimeistään nauhoitusta seuraavana päivänä, jolloin haastateltavien äänet ja haastattelujen sisältö olivat vielä tuoreessa muistissa. Ryhmähaastattelujen nauhoitusten purkamisvaiheessa haastattelutilanteissa tekemäni muistiinpanot puheenvuorojen käyttäjistä olivat merkittävänä apuna eri henkilöiden

puheen tunnistamisessa.

Aineiston analyysin luotettavuutta pyrin varmentamaan jatkuvan vertailun menetelmälle tyypillisellä aineiston keruun ja analyysin rinnakkaisuudella. Tulokset tuotin aineistolähtöisesti välttämällä mahdollisimman pitkälle aikaisemman tiedon ohjaavaa vaikutusta. Käytin analyysiin runsaasti aikaa, mikä osaltaan auttoi asian kypsyttelyä ja edisti myös aineistoon perustuvien tulosten kirkastumista. Korjasin analyysin tuloksia koko analyysin ajan. Analyysin etenemisen olen kuvannut siten, että lukijalla on mahdollisuus seurata ratkaisujani. Tulosten yhteydessä on suoria lainauksia aineistosta, joiden tarkoituksena on tuoda esiin aineiston ja analyysin yhteyttä.

Tutkimuksen raportoinnissa olen kiinnittänyt huomiota siihen, että lukijalla on mahdollisuus arvioida tekemiäni ratkaisuja ja niiden perusteluja. Glaser ja Strauss (1967) ja Glaser (1978; 1998) suosittavat grounded teoria -menetelmällä tehdyn tutkimuksen raporttia arvioitavan tutkimuksen uskottavuuden, vakuuttavuuden ja totuusarvon kriteereillä.

Teorian arviointikriteereistä ensimmäinen on *teorian sopivuus*. Teorian sopivuus tarkoittaa tutkimuksessani sitä, että teoria perustuu empiiriseen aineistoon, ja että teoria kuvaa ja jäsentää masentuneiden henkilöiden kokemuksia vertaistuesta (Glaser & Strauss 1967; Hutchinson 2000). Sopivuutta tarkastellaan aineiston keruun ja analyysin näkökulmista.

Tutkimukseen osallistuneilla oli omakohtaisia kokemuksia tutkimuskohteesta, eli tässä tapauksessa sekä masennuksesta että vertaistuesta. He olivat valmiita kertomaan kokemuksistaan. Toteutin henkilökohtaisesti aineiston keruun, litteroimisen ja analyysin, mikä mahdollisti monipuolisen aineistoon tutustumiseni. Tutkimukseen osallistuvien kirjalliset kuvaukset ja haastattelut antoivat luotettavalta vaikuttavaa tietoa. Vertaistuki oli kaikille yhtä henkilöä lukuun ottamatta parhaillaan ajankohtainen ja toteutuva asia, jolloin kysymyksessä ei ollut pelkästään muistiin perustuva kertominen. Tutkimukseen osallistuneista pääosa oli naisia, mikä saattaa näkyä naisten näkökulman painottumisena. Myös miehiä oli kuitenkin mukana, eikä vertaistukikokemuksissa sinällään ollut havaittavissa eroja miesten ja naisten välillä.

Aineiston analyysin sopivuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimushenkilöiden näkökulman tavoittamiseen. Toisen kokemuksen tavoittamisessa ensimmäisenä haasteena on vaihe, jossa tutkimukseen osallistuneet pukevat omia kokemuksiaan sanoiksi. Kokemus ja sen sanallinen ilmaiseminen eivät voi täysin vastata toisiaan. Toisena haasteena on tutkimuksen

tekijän esiymmärryksen merkitys sanoiksi puettujen kokemusten tavoittamisessa. Olin mielestäni suhteellisen hyvin tietoinen omasta esiymmärryksestäni samoin kuin tutkimuksen eri vaiheissa nousseista ajatuksista. Tietoisuuden ylläpitoa edistivät tutkimukseni ohjaajien esittämät kysymykset ja kommentit sekä tutkimusseminaareissa käydyt keskustelut. Tutkimussuunnitelman kirjoittamisen yhteydessä olin lukenut ja kirjoittanut vertaistuen ilmiöstä ja käsitteestä sekä aikaisemmista tutkimuksista ja lisäksi olin tutustunut vertaisryhmätoimintaan käytännössä. Katsauksen aikaisempiin tutkimuksiin tein pääasiallisesti vasta tutkimustulosten kuvailun jälkeen aineistolähtöisyyden varmistamiseksi ja aikaisemman tiedon ohjaavan vaikutuksen välttämiseksi. Grounded teoria -menetelmää käyttävässä tutkimuksessa suositellaan kirjallisuuden hyödyntämistä vasta käsitteiden löytymisen jälkeen (Glaser & Strauss 1967; Janhonen & Latvala 2003). Aineiston analysoinnin vaiheessa pyrin tietoisesti välttämään kyseisen aikaisemman tiedon vaikutusta analyysin etenemiseen ja käsitteiden valintaan. Täysin aikaisemmasta tiedosta irrottautuminen ei kuitenkaan ollut mahdollista.

Tuotettu teoria on *ymmärrettävä*, mikäli se vastaa masentuneiden omasta mielestä heidän todellisia kokemuksiaan vertaistuesta. Teorian ymmärrettävyyttä arvioin pyytämällä kahta henkilöä, joilla oli omakohtainen kokemus sekä masennuksesta että vertaistuesta, lukemaan tulokset (luvut 5.1–5.5). Heidän arvionsa mukaan tuloksia oli helppo lukea ja ymmärtää, ja ne vastasivat heidän kokemuksiaan.

Yleisyyden kriteerin täyttäminen edellyttää, että teoria on riittävän abstrakti, jolloin se soveltuu erilaisiin masentuneiden vertaistuen yhteyksiin. Teorian pitää olla riittävän abstrakti, mutta se ei saa kuitenkaan olla liian abstrakti (Wilson & Hutchinson 1996). Sosiaalisen tuen ja vertaistuen sekä niihin liittyvien kokemusten on todettu olevan kulttuuri- ja kontekstisidonnaisia. Teorian voidaan katsoa rajoittuvan yleisyydeltään suomalaisten työikäisten aikuisten masentuneiden vertaistukikokemuksiin. Käsitteet eivät kuitenkaan ole niin abstraktilla tasolla, että niitä voitaisiin laajemmin yleistää mihin tahansa vertaistukeen.

Tuotetun substantiivisen teorian *kontrollin* olen ymmärtänyt tutkimuksessani teorian käyttäjien mahdollisuudeksi käyttää teoriaa apuvälineenä tarkastellessaan vertaistuen toteuttamista ja vertaistuen merkitystä masentuneiden henkilöiden tukiverkoston vahvistamisessa (Glaser & Strauss 1967; Hutchinson 2000). Tutkimuksessani muodostettuja käsitteitä ja niiden alakä-

sitteitä samoin kuin syntyneitä teorioita on käsitykseni mukaan mahdollista käyttää ammatillisessa mielenterveystyössä sekä vertaistukea järjestettäessä. Olen pyrkinyt raportoimaan tulokset tavalla, joka ei edellytä perehtyneisyyttä tutkimuksen tekemiseen tai hoitotieteeseen, jolloin myös niin sanotuilla maallikoilla olisi mahdollisuus hyödyntää tuloksia.

6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettiset näkökohdat ovat oleellisia ottaa huomioon erityisesti silloin, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa (Vehviläinen-Julkunen 1997). Laadullisen tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimuksen näkökulman valintaan (Vehviläinen-Julkunen 1997), tutkimuslupiin, yksilön kunnioittamiseen sekä luottamuksellisuuden ja osallistujien anonymiteetin säilyttämiseen (Janhonen & Latvala 2001). Tutkimukseen osallistuvien oikeus tiedon saamiseen on myös tutkimuksen eettinen näkökohta. Eettisten kysymysten tarkasteluni keskittyy tässä näiden tutkimusprosessiin liittyvien eettisten haasteiden sekä niiden yhteydessä tutkimuksen tekijän roolin pohdintaan.

Tutkimuskysymyksen ja tutkimuksen näkökulman valinta ovat arvovalintoja (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimuksessani tarkastelen vertaistukea masentuneiden omien kokemusten näkökulmasta. Masentuneiden kokemusten tutkiminen on johdonmukainen lähestymistapa vertaistuen tutkimuksessa, koska vertaistuen toimintaperiaatteena on jokaisen oman äänen kuuluville saaminen. Halusin saada esiin tutkimukseen osallistuneiden äänet ja näkökulmat. (Törrönen 2005.) Valittaessa masentuneet tutkimuksen osallistujiksi taustalla on oletus, että masennus on sellainen ominaisuus tai sellainen elämäntilanne, joka erottaa masentuneet muista ihmisistä. Tuotaessa masentuneiden näkökulmaa esille saatetaan liiaksi korostaa masentuneiden erityisyyttä ja erilaisuutta suhteessa muihin, jolloin heistä on vaarassa tulla jonkinlainen marginaaliryhmä (Somerkivi 2000; Mac Callum 2002).

Tutkimuslupamenettelyn kuvasin aineiston keruun yhteydessä. Osallistujien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutui siinä, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen haastatteluja jokainen haastateltava allekirjoitti kirjallisen suostumuksen haastatteluun ja antamaan oman osuutensa aineistosta käytettäväksi tässä tutkimuksessa. Haastattelujen nauhoituksesta ja nauhoituksen perusteluista tiedotin haastatteluista sopiessani.

Samalla kysyin alustavan luvan haastattelujen nauhoitukseen. Haastattelujen alussa varmistin vielä, että minulla oli lupa nauhoittaa keskustelut.

Luottamuksellisuuden pyrin varmistamaan siten, että tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja omasta osuudestaan tutkimuksessa sekä osallistumisensa vapaaehtoisuudesta. Informoin tutkimukseen osallistujia tutkimuksen tarkoituksesta sekä suullisesti että kirjallisesti ennen ryhmähaastattelujen aloittamista. Kirjallisten kuvausten pyyntöilmoituksessa olin myös esittänyt tutkimuksen tarkoituksen. Informaatio tapahtui yleisellä tasolla. Grounded teoria -tutkimuksessa tutkimuksen tarkoituksesta tiedottaminen onkin eettisesti problemaattista, koska tutkimuksen luonteeseen kuuluu se, että tutkimuksen tarkoitus elää ja muuttuu prosessin aikana. Tutkimuksen tekijän tavoitteet muuttuvat saadun tiedon perusteella. (Kylmä ym. 1999.)

Osallistujien anonymiteetin säilymisen varmistin siten, että kirjalliset kuvaukset oli mahdollista lähettää nimettöminä. Yksilöhaastatteluihin osallistuneet olivat itse ilmoittaneet yhteystietonsa joko kirjallisen kuvauksen yhteydessä tai soittamalla minulle henkilökohtaisesti. Ryhmähaastatteluissa osallistujat käyttivät etunimiä, mikä muutenkin oli ryhmissä käytäntönä. Kirjalliseen muotoon saatetussa tutkimusaineistossa käytin osallistujien nimien tilalla tunnistekoodoja. Raportissa en tuo esiin paikkakuntia, joilla ryhmät kokoontuivat, enkä myöskään yksilöhaastattelujen toteuttamispaikkoja.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on vältettävä haitan aiheuttamista tutkimukseen osallistuville (Eskola & Suoranta 1998). Tähän tutkimukseen osallistuminen saattoi nostaa osallistujien mieleen masennuskokemuksiin liittyviä vaikeita asioita ja tunteita. Pyrin vastuullisesti välttämään tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kuormittamista. Toisaalta tutkimus mahdollisti keskustelun ja kokemusten suullisen tai kirjallisen kuvaamisen, jolloin osallistumisella saattoi olla myös terapeuttinen, eheyttävä ja tiedostamista edistävä merkitys. Tutkimukseni ja sen myötä oma kiinnostukseni kohdistui vertaistukeen, mikä piti haastattelujen painopisteen masennuksen sijasta vertaistuessa.

Monet tutkimukseen osallistuneista pitivät tutkimukseen osallistumista merkittävänä paitsi aiheen myös oman itsensä takia. Osa ilmaisi pitävänsä tärkeänä vertaistuen tutkimusta ja halusi omalta osaltaan kantaa vastuuta tiedon tuottamisesta. Useat ilmaisivat kirjoitelmien yhteydessä tai haastattelujen jälkeen masennuskokemuksen, siitä toipumisen ja vertaistuen poh-

timisen olleen itselle mielekästä. Kirjoittaminen tai suullisesti kertominen tarjosi yhden mahdollisuuden myös pohtia kokemuksiaan ja omaa elämäänsä. Yksi kirjoitelmansa lähettäneistä oli kuitenkin kirjoittanut kertomuksensa loppuun, että ”oli tuntunut vaikealta kirjoittaa ventovieraalle”.

Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkija on osa tutkimusprosessia, tarkastelen omaa suhdettani tutkimukseen osallistuneisiin eettiseltä kannalta. Kukaan tutkimukseeni osallistuneista ei ollut minulle henkilökohtaisesti tai muuten tuttu enkä ollut heidän kanssaan tekemisissä työssäni tai muissa yhteyksissä. Pysin kunnioittamaan masentuneita henkilöitä tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvina yhteistyökumppaneina sekä oman elämäntilanteensa ja vertaistuen kokemusten asiantuntijoina (Vehviläinen-Julkunen 1997). Ryhmähaastatteluissa vältin asiantuntijana toimimista, ammattihenkilönä esiintymistä ja ryhmätilanteeseen puuttumista. Pysin myös kunnioittamaan vertaisuuteen liittyviä rajoja olematta ryhmässä ikään kuin yksi joukosta. Tätä pidin tärkeänä päästessäni osallistumaan ulkopuolisena muuten suljettujen ryhmien kokoontumisiin.

Haastattelutilanteissa jouduin tietoisesti miettimään omaa rooliani tiedon keräämisessä. Haastattelijan ja haastateltavan suhde ei saisi muodostua hoitosuhteeksi (Sanner 1992). Joissakin kohdissa tunsin vetoa ilmaista myötuntoa tai jopa ryhtyä jollakin tavalla auttamaan puhujaa käsiteltyjen asioiden ilmaisemisessa.

Olen kirjoittanut tutkimusraporttini niin, ettei tutkimukseeni osallistuneita voida siitä tunnistaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen suhteellisen pienet osallistujamäärät merkitsevät haastetta tältä kannalta. Tunnistamattomuutta edistää se, että vertaisryhmien kokoontumispaikkakuntia ei mainita raportissa. Nauhat, muistiinpanot ja kirjoitetut aineistot pidin toisistaan erillään ja siten, että vain minä tutkimuksen tekijänä pystyn yhdistämään tietoja ja henkilöitä keskenään. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden nimet eivät tulleet tietooni. Analysoinnissa käytin nimien tilalla koodeja, joiden perusteella vain itse voin tunnistaa henkilökohtaiset kertomukset ja haastattelu-puheenvuorot tietyille henkilöille kuuluviksi. Tutkimusraportissani en tarkastele yksittäisten henkilöiden kokemuksia erillisinä kokemuksina, mikä myös vähentää tunnistamisen mahdollisuutta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimukseni tuloksia tarkastelen suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin. Tarkastelu rakentuu tutkimuksessani tuotettujen käsitteiden pohjalle. Osalliseksi tulemisen sosiaalispsykkistä prosessia tarkastelen viiden käsitteen avulla: yhteyden ulkopuolella olemisen, yhteyteen hakeutumisen, vuorovaikutuksessa olemisen, yhteyteen kuulumisen ja voimaantumisen. Lisäksi tarkastelen käsitteiden välisiä suhteita, luottamusta ja osallistavaa kanssakäymistä.

Tämän tutkimuksen mukaan masentunut kokee olevansa ulkopuolinen omassa elämässään ja suhteessa toisiin ihmisiin. Tutkimukseni tukee aikaisempien tutkimusten tuloksia masentuneelle tyypillisestä ulkopuolisuuden kokemuksesta. Enäkosken (2002) tutkimuksen tulosten mukaan masentuneella katoaa kosketus omaan minään. Ulkopuolisuuden kokemus ilmenee Karpin (1994) tutkimuksessa vaikeutena ymmärtää omaa tilaansa ja kyvyttömyytenä olla yhteydessä muiden kanssa. Muiden taholta masentunut kokee tulevaisuuden ohitetuksi omana itsenään. Schreiberin tutkimuksessa (2001) marginalisointi ja Hurstin tutkimuksessa (1999) vähättely ovat myös esimerkkejä ohitetuksi tulemisen kokemuksesta synnyttävistä tekijöistä. Ulkopuolisuuden kokemusta aiheuttavia tekijöitä lähelle tulee käsite toiseudesta (othering). Kitzingerin ja Wilkinsonin (1996) mukaan toiseuden käsitteen määrittely toteutuu tarkasteltaessa suhdetta 'me' ja 'muut'. Käsite keitä 'muut' ovat liittyy kiinteästi huomioomme, keitä ja mitä 'me' olemme. 'Me' käytämme 'toista' määritelläksemme itsemme. 'Me' ymmärrämme itsemme suhteessa siihen, mitä emme ole. Boréus (2006) sanoo toiseuden olevan psykologisen etäisyyden luomista ihmisiin, joiden ymmärretään kuuluvan eri ryhmiin kuin 'meihin'. MacCallumin (2002) mukaan psykiatrisessa hoitotyössä toiseus voi ilmetä eron tekemisenä "hullun" ja "terveen" välillä "heidän" ja "meidän" välillä. Nehls (2002) pitää oletuksia epänormaalien ja normaalien maailmojen erilaisuudesta lannistavina omassa toipumisprosessissaan olevien näkökulmasta.

Hakeutuminen vertaisten yhteyteen edellyttää tutkimukseni mukaan muutosta sekä riittäviä voimavaroja aloitteisuuteen. Olemassa olevissa ihmissuhteissa koettu ulkopuolisuus ja erilaisuuden korostuminen luovat tarpeen etsiä samankaltaisuutta ja yhteistä muiden kanssa. Hakeutumiseen yhdistyy myös toivoa siitä, että samankaltaiset kokemukset edistävät kuulluksi ja ymmärre-

tyksi tulemista. Ensivaikutelma on keskeinen tehtäessä päätöstä vertaisryhmään sitoutumisesta. Samaan tulokseen päätyivät Luke ym. (1993).

Vuorovaikutuksessa oleminen ja yhteyteen kuuluminen ovat vertaistuessa voimaantumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Vuorovaikutuksessa oleminen koostuu tässä tutkimuksessa keskinäisen välittämisen osoittamisesta, puhumalla jakamisesta, masennushistorian tarkastelusta ja arjen elämässä tukemisesta. Tutkimukseni tukee aikaisempia tuloksia vertaistuen tukevista piirteisistä ja toiminnoista. Schreiberin (1996) tutkimus osoitti, että masennuksesta toipumisessa tärkeintä on se, että masentunutta kuunnellaan ja hänen kokemuksensa kuullaan. Samalla hänen oma kokemuksensa tulee vahvistetuksi. Skarsäterin ym. (2003b) tutkimuksen mukaan masennuksesta toipumisessa tärkeäksi koettiin mahdollisuus luottamuksellisesti puhua tunteista.

Tutkimukseni mukaan vertaistuen seurauksena on voimaantuminen. Voimaantuminen ilmenee tilan löytymisenä kokemuksille, uskona omiin mahdollisuuksiin ja kanssaeläjänä olemisena. Siitosen (1999) voimaantumisteorian mukaan voimaantuminen lähtee liikkeelle ihmisestä itsestään. Se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi. Voimaa ei voi antaa toiselle. Voimaantuminen on sekä prosessi että tulos (Simons-Morton & Crump 1996; Ryles 1999; Fitzsimons & Fuller 2002). Rodwellin (1996) käsiteanalyysissä voimaantumisen edellytyksiksi osoittautuivat keskinäinen luottamus ja kunnioitus, koulutus ja tuki sekä osallistuminen ja sitoutuminen. Voimaantumisen seurauksia ovat myönteinen itsevarmuus, kyky asettaa ja saavuttaa tavoitteita, elämän ja muutosprosessien hallinnan tunne sekä toivo suhteessa tulevaisuuteen. Myös masentuneiden vertaistuesta voimaantumisessa on tunnistettavissa näitä voimaantumisen edellytyksiä ja seurauksia.

Ryles (1999) väittää, että voimaantuminen edellyttää kollektiivisuutta, joka pyrkii yhdistämään ihmisiä yhteisessä asiassa yhteisistä tarpeista johtuen. Esimerkiksi liiaksi yksilöllisyyttä painottava hoitotyö voi olla syrjäyttävää ja jakavaa. Individualismi vallitsevana paradigmana on hänen mukaansa tapa käyttää valtaa, sortaa ja lannistaa erottamalla kukin yksilö suuresta ihmiskunnasta. Voimaantumista edistävämpää Rylesin mukaan olisi, jos ihmisten keskenään jakamat yhteiset tekijät nostettaisiin hoitotyössä keskeisiksi sen sijaan, että korostetaan liiaksi ainutlaatuisuutta. Kokon (1999) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät suosivat eniten yksilökeskeistä lähestymistapaa ja yksilöterapijaa masentuneiden potilaiden hoitomuotona. Nikkosen (1996) mukaan mielenterveystyön hoitomenetelmät ovat potilaiden näkökulmasta

usein autoritaarisia, eivätkä tue heidän selviytymistään yhteiskunnassa. Tämä aiheuttaa eristäytymistä, yksinäisyyttä ja sairaalahoidon tarpeen uusiutumista. Pesosen tutkimuksessa (2006) ihmisenä samanlaisuuden tavoittaminen ilmeni mielenterveyspalvelujen käyttäjien itsensä hyväksymisen kokemusta tukevaksi tekijäksi.

Tutkimuksessani tuotettujen käsitteiden väliset suhteet ovat luottamus ja osallistava kanssakäyminen. Raatikaisen (2004) mukaan luottamusta sisältäville ihmissuhteille on ominaista toisen arvostaminen ja kunnioittaminen. Luottamussuhteelle on ominaista myös reviirin kunnioitus, avoimuus, kokemuksen jakaminen, aitous, suostuminen ja antautuminen tuntemattoomaan. Lisäksi luottamusta sisältävissä ihmissuhteissa on myötäelämistä, empatiaa ja lämpöä. Hupcey ym (2001) ja Hupcey (2002) esittävät luottamuskäsitteelle hoitaja–potilas -suhteessa kolme ominaisuutta: riippuvuus toisesta oman tarpeen tyydyttämiseksi, valinta tai halukkuus ottaa riski sekä odotus, että luotettu yksilö käyttäytyy tietyllä tavalla. Luottamuksen tuloksena on luotettuun yksilöön kohdistettujen odotusten ja aktuaalisen käyttäytymisen välisen yhdenmukaisuuden testaaminen.

Toinen tutkimukseni käsitteiden välinen suhde on osallistava kanssakäyminen. Osalliseksi tuleminen vertaistuksessa voidaan ymmärtää toiseuden kokemisen vastakohtana. Osalliseksi tuleminen edellyttää vuorovaikutuksessa olemista ja yhteyden kuulumista sekä osallistavaa kanssakäymistä. Buber (1999) pitää minä–sinä-suhdetta yhteyden edellytyksenä. Minä–sinä-suhteessa toista ei objektivoida ulkoapäin tarkastellen tai määritellen. Täyttä vastavuoroisuutta, molemminpuolisuutta, tosin on tyydyttävä vain tavoittelemaan. Kokon (2004) tutkimuksessa mielenterveysasiakkaat pitivät hyvänä mielenterveystyönä asiakkaiden keskinäiseen yhteistoimintaan perustuvaa toimintaa. Yhteistoiminnan mahdollisuuksina nähtiin kokemusten jakaminen keskusteluissa, yhdessä oleminen ja yhdessä toimiminen. Oleellista oli, että toimijat ovat samankaltaisessa elämäntilanteessa. Deplan ym. (2005) tutkimuksen mukaan tunne kuulumisesta johonkin voi olla vähintään yhtä tärkeä koetussa elämän laadussa kuin varsinainen osallistuminen yhteisössä. 'Me'-kokemus on dialektinen ja dynaaminen prosessi, jossa yhteiset tarpeet ja ryhmäprosessit rakentuvat ajan myötä (Wiesenfeld 1996). Eldhin ym. (2004) tutkimuksessa osallistuminen koettiin luottavaisuutena, ymmärtämisenä sekä hallinnan tunteen tavoittelemisena ja ylläpitämisenä. Ei-osallistuminen puolestaan koettiin ei-ymmärtämisenä, ei-hallin-

nassa olemisena, suhteen puuttumisena ja ei-vastuullisuutena. Eldhin ym. (2006) tutkimuksessa todellinen potilaan osallistuminen edellytti sitä, että hoitotyöntekijät huomasivat jokaisen potilaan ainutlaatuisen tiedon ja kunnioittivat yksilön kuvausta omasta tilanteestaan sen sijaan, että vain kutsuivat potilaan osallistumaan päätöksentekoon. Ei-osallistumisen kokemus tarkoitti sitä, että potilaat eivät saaneet tietoa omien yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Potilaiden ja kuntoutujien osallistumista voidaan tarkastella myös laajemmin. Osallistuminen voi olla esimerkiksi osallistumista suunnitteluun, päätöksentekoon, henkilökunnan koulutukseen ja kouluttamiseen (Grant 2007). Onnistunut osallistuminen tukee mielenterveyskuntoutujaa omien taitojensa tunnistamisessa ja sellaisten uusien taitojen kehittämisessä, jotka ovat hänen olosuhteidensa ja voimavarojensa mukaiset (Truman & Raine 2002).

Tutkimukseni tuo esiin masennuksesta kuntoutuvien kokemuksia ja vahvistaa asiakkaan kokemuksen huomioon ottamisen tärkeyttä vuorovaikutuksessa. Asiakasnäkökulmaa on painotettu mielenterveystyön kansallisissa ja kansainvälisissä linjauksissa ja suosituksissa (Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003).

Grounded teoria -menetelmän avulla kehitettävät substantiiviset teoriat luetaan tilannesidonnaisiin teorioihin (Glaser & Strauss 1967). Tilannesidonnaisten teorioiden merkitys on siinä, että niiden avulla voidaan ohjata käytäntöä (Lauri & Kyngäs 2005). Tutkimus jäsentää suomalaisten masentuneiden kokemuksia vertaistuesta sekä tuen kokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tietoa voidaan hyödyntää vertaistuen kehittämisessä esimerkiksi masentuneiden vertaisryhmien ohjaajien valmennuksessa ja koulutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön koulutuksessa tietoa voidaan käyttää asiakkaan yhteisöjen ja verkostojen vahvistamista painotettaessa.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Kehittämisehdotuksia:

Vertaistuki edistää masentuneen 'osalliseksi tulemisen' prosessia. Vertaistuen vuorovaikutusta ja yhteyteen kuulumista haittaavat tekijät ovat sidoksissa pääasiassa erilaisiin rakenteellisiin tekijöihin, kuten ryhmän kokoonpanoon ja kokoon. Vertaisryhmien kokoonpanossa ikärakenteeltaan mah-

dollisimman homogeeniset ryhmät mahdollistavat masennuskokemuksen ohella muiden yhteisten kokemusten jakamisen, jolloin sairauskeskeisyys voi vähentyä. Kuitenkin masennuksessa eri vaiheissa olevat voivat hyödyntää ryhmää ja sen jäsenten kokemuksia oman toipumisensa vaiheiden tunnistamisessa. Toipumisessaan jo pidemmälle edistyneet tai tilapäisesti paremmassa vaiheessa olevat tuovat toivoa vaikeammin masentuneille. Ryhmän optimaalinen koko voi olla eri jäsenille erilainen. Hyvin pieni ryhmäkoko saattaa lisätä masentuneen ihmisen painetta osallistumiseen silloinkin, kun hän haluaa olla etäämmällä. Isossa ryhmässä puolestaan ulkopuoliseksi jäämisen mahdollisuus on suuri.

Vertaistuki täydentää muita mielenterveyspalveluja. Suotuisassa tilanteessa masentuneella on vertaistuen ohella ammatillinen hoitokontakti. Tällöin vertaistukeen kohdistuvat odotukset pysyvät kohtuullisina, ja vertaistuki saa pysyä sille kuuluvalla ”alueella”. Ammattiauttajien myönteinen asenne vertaistukeen ja tieto vertaistuesta ja vertaistuen vakavasti ottaminen edistävät vertaistuesta tiedottamista, vertaisryhmiin ohjaamista ja dialogia ammatillisen avun ja vertaistuen välillä. Hoitotyöntekijöillä ja muilla mielenterveys­työntekijöillä on tärkeä olla valmiuksia arvioida yhdessä asiakkaan kanssa, millainen vertaistuen muoto kenellekin on paras mahdollinen. Ammattiauttajien osoittama kiinnostus asiakkaidensa vertaistukikokemuksia kohtaan näyttää olevan masentuneille tärkeä.

Masentuneiden vertaisryhmien ohjaajina toimivat pääsääntöisesti omakoh­taisesti masennuksen kokeneet ihmiset. Ohjaajaksi ryhtyminen vaatii pitkä­aikaista sitoutumista. Ryhmän ohjaaminen voi muodostua taakaksi erityi­sesti silloin, kun ohjaaja toimii yksin. Ryhmien ohjaajille tarjolla oleva kou­lutus ja tuki ovat välttämättömiä edellytyksiä vertaisryhmien toimivuudelle. Ryhmien käynnistäjinä ja joskus ohjaajinakin voivat toimia myös ammatti­työntekijät. Vertaisryhmissä ohjaajan rooli ja tehtävä on tällöin ymmärret­ävä erilaiseksi kuin esimerkiksi terapiaorientoituneissa ryhmissä. Painopis­teen säilyminen vertaistuessa edellyttää ohjaajalta vertaistuen omaleimaisuuden ymmärtämistä ja sen rajojen kunnioittamista.

Jatkotutkimushaasteita

Tutkimukseni avulla olen jäsentänyt masennuksesta kärsivien vertaistukea. Vertaistuki kytkeytyy masennuskokemukseen, joka toimii vertaistuen kon-

tekstuaalisena lähtökohtana.

En ole tutkimuksessani laatinut käsiteanalyysiä tuloksina syntyneistä käsitteistä. Käsitteiden analysointi ja niiden välisten suhteiden tarkastelu aikaisempien tutkimusten avulla olisi tarpeellista käsitteiden ja teorian arvioimiseksi ja mitattavaan muotoon saattamiseksi.

Tässä tutkimuksessa on saatu tietoa, joka tukee käsitystä vertaistuen myönteisestä merkityksestä masentuneelle. Kaikilla tutkimushenkilöillä oli oma-kohtaista kokemusta vertaistuesta. Laajemmassa tutkimuksessa olisi mahdollista selvittää, ketkä henkilöt, missä vaiheessa ja millä perusteilla alun pitäen hakeutuvat vertaistuen yhteyteen, ketkä siihen todennäköisimmin sitoutuvat ja ketkä ovat niitä, jotka valitsevat vertaistuen ulkopuolelle jäämisen silloinkin, kun vertaistukea olisi saatavilla.

Tutkimukseni aineistoissa vertaistuen kokemukset painottuivat vertaisryhmäkokemuksiin. Vertaistukea annetaan ja saadaan ryhmien lisäksi myös muunlaisissa yhteyksissä ja muodoissa. Esimerkiksi erilaiset nettiyhteisöt masentuneiden vertaistuen verkostoina sekä vertaistukipuhelimet ovat yleistyneet. Näiden sisältöä ja merkitystä masennuksesta kärsiville olisi myös tärkeä tutkia.

Tutkimuksessani sain jossain määrin vertaistuen ja muiden avun ja hoidon muotojen yhteyksiä sivuavaa tietoa, vaikka se ei ollut tutkimustehtävääni. Kertoessaan vertaistuen kokemuksista tutkimushenkilöt vertasivat niitä muihin tuen ja avun kokemuksiin. Lisätieto vertaistuen merkityksestä ja -roolista muiden tuki- ja auttamismuotojen ohella selkiyttää vertaistuen perustehtävää ja omaleimaisuutta.

Tutkimuksessani rajasin ryhmäprosessin tarkastelun tutkimuksen ulkopuolelle. Vertaisryhmän vuorovaikutuksen ja ryhmän jäsenten henkilökohtaisten toipumisprosessin rinnakkainen tarkastelu voitaisiin saavuttaa pidempiaikaisella ryhmän toiminnan havainnoinnilla ja toistuvien haastattelujen kautta. Tällöin olisi mahdollista tunnistaa erilaisten vertaistuen piirteiden painottuminen toisaalta ryhmän elinkaaren ja toisaalta ryhmän jäsenten masennushistorian ja elämänvaiheiden eri aikoina.

7 PÄÄTELMÄT

Tutkimuksessani tuotin substanttiivisen teorian masentuneiden vertaistuesta. Tutkimuksen mukaan vertaistuen ydin on osalliseksi tuleminen. Vertaistuen prosessia kuvaavat käsitteet yhteyden ulkopuolella oleminen, yhteyteen hakeutuminen, vuorovaikutuksessa oleminen, yhteyteen kuuluminen sekä voimaantuminen.

Tutkimustulosteni perusteella esitän seuraavat johtopäätökset:

1. Kommunikointiin liittyvät haasteet

Vaikka masennus on yleinen ja koskettaa ainakin lievänä välillisesti lähes jokaista suomalaista, on masennus edelleen leimaava ja eristävä. Masennukseen liittyy vahva ulkopuolisuuden kokemus. Masennuksesta kärsivän on vaikea ilmaista ja kuvata sanallisesti omaa masennuskokemustaan muille ihmisille, myös läheisille. Taustalla on paitsi kommunikoinnin vaikeus myös tarve säästää muita omilta kokemuksilta. Osaltaan vaikeutta lisäävät muiden ihmisten vähättelevä ja ymmärtämätön suhtautuminen masennukseen tai masentuneen pelko tällaisesta suhtautumisesta. Vertaisten keskinäinen vuorovaikutus vahvistaa masentuneen ihmisen rohkeutta ja kykyä ilmaista itseään myös ei-vertaisille. Kommunikointiin yhdistyvien haasteiden tunnistaminen ja huomioon ottaminen ovat keskeisiä masentuneen lähellä eläville sekä heitä hoitaville henkilöille.

2. Vertaistuesta tiedottaminen ja vertaistuen saatavuus

Tiedon saaminen vertaistuesta ja vertaisryhmistä on paljolti masentunei-

den oman aktiivisuuden varassa. Vertaistuesta tiedottamista ja tiedottamisen keinoja tulisi lisätä ja systematisoida. Masentuneita hoitavien tulisi olla selvillä paikkakuntansa vertaistukimahdollisuuksista ja tiedottaa niistä masennuksesta kuntoutuville.

3. Vertaistuen ja ammattiavun rinnakkaisuus

Vertaistuki täydentää ammattiapua. Vertaistuen ohella toimiva säännöllinen ammatillinen hoitokontakti vahvistaa vertaistuesta saatavaa hyötyä ja vastavuoroista osallistumista vertaisryhmässä. Samanaikainen ammattiapu voi vähentää vertaistukeen kohdistuvia paineita ja odotuksia. Lievästä masennuksesta kärsivälle tai masennuksesta kuntoutumisessaan jo edistyneelle vertaistuki voi olla ilman ammattiapuakin riittävä tuki. Vertaistuessa hyödynnetään mielensterveyskuntoutujien kokemusasiantuntijuutta. Kokemusasiantuntijuuden vakavasti ottaminen professionaalisen asiantuntijuuden rinnalla ja näiden kahden asiantuntijuuden keskinäinen vuoropuhelu tukevat masentuneen osallisuuden kokemusta ja edistävät voimaantumista.

4. Koulutus

Vertaisryhmien ohjaajien on hyödyllistä tuntee vertaisryhmään hakeutumisen vaiheeseen ja ryhmän kokoonpanon merkitykseen sekä vuorovaikutuksessa olemisen, yhteyden kuulumisen ja voimaantumisen kokemuksiin yhteydessä olevat asiat. Näiden asioiden sisällyttäminen ammattilaisten koulutukseen lisää hoitotyöntekijöiden kykyä edistää ja käyttää vertaistukea hoitotyössä. Vertaistuen kokemuksellista asiantuntijuutta tulisi hyödyntää ammattityöntekijöiden koulutuksessa. Yhteistoimintaa vertaisasiantuntijuuden ja ammatillisen asiantuntijuuden välillä tulee rakentaa niin, että vertaistuen omaleimaisuus säilyy. Masentuneelle on oleellista tulla kohdatuksi toisaalta ainutlaatuisena yksilönä ja toisaalta siten, ettei hänen erilaisuudestaan muodostu muista eristävää ongelmaa.

LÄHTEET

- Achté K & Tamminen T* 1993. Yleistä depressiosta. Teoksessa Achté K, Tamminen T & Ahlberg V (toim.) *Depressio ja sen hoito*. Gummerus kkirjapaino Oy. Jyväskylä. 9–12.
- Adamsen L & Rasmussen JM* 2001. Social perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. *Journal of Advanced Nursing* 35(6): 909–917.
- Ahlberg K & Nordner A* 2006. The Importance of Participation in Support Groups for Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum* 33(4): 53–61.
- American Psychiatric Association* 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV) Fourth edition. American Psychiatric Association. Washington DC.
- Aromaa A & Koskinen S. (toim.)* 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki.
- Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.)* 2005. Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Badger TA* 1996. Family members' experiences living with members with depression. *Western Journal of Nursing Research* 18(2): 149–172.
- Beach D* 1993. Gerontological caregiving: analysis of family experience. *Journal of Gerontological Nursing* 19(12): 35–41.
- Becker T; Leese M; Clarkson P; Taylos RE; Turner D, Kleckham J & Thornicroft G* 1998. Links between social networks and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in South London. 33(7): 299–304.
- Benoliel JQ* 1996. Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research* 6(3): 406–429.

- Benzies KM & Allen MN* 2001. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing* 33(4): 541–547
- Blumer H* 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Boréus K* 2006. Discursive Discrimination: A Typology. *European Journal of Social Theory* 9(3): 405–424.
- Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L & Schmied V* 2005. Big build: hidden depression in men. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (10): 921–931.
- Buber M* 1999. *Minä ja sinä*. WSOY, Juva.
- Burns DD & Nolen-Hoeksema S* 1992. Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 60(3):441–449.
- Chan SW-C, Levy V, Chung TKH & Lee D* 2002. A qualitative study of the experience of a group of Hong Kong Chinese Women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing* 39(6): 571–579.
- Charmaz* 2000. Grounded Theory – Objectivist and Constructivist Methods. In: Denzin NK & Lincoln YS (eds.): *Handbook of Qualitative Research*, second edition. Sage Publications, Thousand Oaks. 509–535.
- Coyne IT* 1997. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing* 26(3): 623–630.
- Cutrona CE* 1986. Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology* 51(1): 201–208.
- Dakof GA & Taylor SE* 1990. Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology* 58(1): 80–89.

- Danielsson U & Johansson E* 2005. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23(3): 171–177.
- Dennis C-L* 2003a. The effect of Peer Support on postnatal Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 48(2): 115–124.
- Dennis C-L* 2003b. Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 40(2003): 321–332.
- Depla MFIA, De Graaf R, Van Weeghel J & Heeren TJ* 2005. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(2): 146–153.
- Droge D, Arntson P & Norton R* 1986. The social support function in epilepsy self-help groups. *Small group behavior* 1(2): 139–163.
- Eldh AC, Ehnfors M & Ekman I* 2004. The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3(3): 239–246.
- Eldh AC, Ekman I & Ehnfors M* 2006. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics* 13(5): 503–514.
- Ellison ES* 1983. Social networks and the mental health caregiving system: implications for psychiatric nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 21(2): 18–24.
- Emerick RE* 1991. The politics of psychiatric self-help: political factions, interactional support, and group longevity in a social movement. *Social Science and Medicine* 32(10): 1121–1128.
- Emerick RE* 1995. Clients as claim makers in the self-help movement: individual and social change ideologies in former mental patient self-help newsletters. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18: 17–36.

- Emslie C, Ridge D, Ziebland S & Hunt K* 2006. Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine* 62(9): 2246–2257.
- Enäkoski M* 2002. ”Kun elämä satuttaa” –kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 57. Kuopio.
- Eskola J & Suoranta J* 1998. Johdatus ladulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Farmer TJ* 2002. The experience of major depression: adolescents perspectives. *Issues in Mental Health Nursing* 23(6): 567–585.
- Finn J* 1999. An exploration of helping processes in an online self-help groups focusing on issues of disability. *Health and Social Work* 24(3): 220–231.
- Fitzsimons S & Fuller R* 2002. Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health* 11(5): 481–499.
- Freeling P & Tylee A* 1992. Depression in general practice. In: Paykel ES (ed). *Handbook of affective disorders*. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Gaskins S & Brown K* 1997. Helping others: a response to HIV disease. *Journal of the Association of nurses in AIDS care* 8(3): 35–39.
- Glaser BG & Strauss AL* 1967: *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Publishing Company, Chicago.
- Glaser BG* 1978. *Theoretical sensitivity*. Sociology Press. Mill Valley, California.
- Glaser BG* 1992. *Basics of Grounded Theory Analysis*. Sociology Press. Mill Valley, California.
- Grant J* 2007. The participation of mental health service users in Ontario, Canada: A Canadian application of the consumer participation questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry* 53(2): 148-158.

- Hammer M.* 1981. Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 7: 45–57.
- Hammer M* 1983. “Core” and “extended” social networks in relation to health and illness. *Social Science and Medicine* 17: 405–411.
- Hardiman ER & Segal SP* 2003. Community Membership and Social Networks in Mental Health Self-Help Agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27(1): 25–33.
- Hardiman ER* 2004. Networks of Caring: A qualitative Study of Social Support in Consumer-run Mental Health Agencies. *Qualitative Social Work* 3(4): 431–448.
- Hatzidimitriadou E* 2002. Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-Help/Mutual Aid Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 12: 271–285.
- Hedelin B & Strandmark* 2001. The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues in Mental Health Nursing* 22(4): 420–440.
- Hedelin B & Jonsson I* 2003. Mutuality as a background music in women’s lived experience of mental health and depression. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 10(3): 317–322.
- Heifner C* 1997. The male experience of depression. *Perspectives in Psychiatric Care* 33(2): 10–18.
- Heikman P, Katila H & Kuoppasalmi K* 2002. Masennuspotilaan toimintakyvyn arviointi. *Suomen lääkärilehti* 20(57): 2175–2180.
- Henriksson M* 1995. Depression tunnistaminen muiden sairauksien ja häiriöiden yhteydessä. Julkaisussa *Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Suomen akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki. 132–146.
- Herva A* 2002. Depression varhainen toteaminen ja hoito. *Suomen lääkärilehti* 45(57): 4585–4588.

- Hibbard J, Neufeld A & Harrison M* 1996. Gender differences in the support networks of caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 22(9): 15–23.
- Hildingh C, Fridlund B & Segesten K* 1995. Social support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. *International Journal of Nursing Studies* 32(3): 224–232.
- Hildingh C* 1996. Self-help groups related to coronary heart disease. Lay and nursing support. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 36.
- Heifner C* 1997. The male experience of depression. *Perspectives in Psychiatric Care* 33(2):10–18.
- Hogan N & De Santis L* 1991. Development of substantive theory in nursing. *Nurse Education Today* 11, 167–171.
- Holloway I & Todres L* 2003. The Status of Method: Flexibility, Consistency and Coherence. *Qualitative Research* 3(3): 345-357.
- Hopia H* 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastoilla. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1151.
- Hulmi H.* 2004. Ihminen, vertainen – 10 vuotta Mielenterveyden keskusliiton vertaistukitoimintaa. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki.
- Hupcey JE* 1998. Social support: assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research* 8(3), 304–319.
- Hupcey JE, Penrod J, Morse JM & Mitcham C* 2001. A multidisciplinary analysis of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 36(2): 282–293.
- Hupcey JE* 2002. Maintaining validity: The development of the concept of trust. *International Journal of Qualitative Methods* 1(4). Article 5.

- Hurst SA* 1999. Legacy of Betrayal: A Grounded Theory of Becoming Demoralized From the Perspective of Women Who Have Been Depressed. *Canadian Psychology* 40(2):179–191.
- Hussain FA & Cochrane R* 2003. Living with depression: coping strategies used by South Asian women, living in the UK, suffering from depression. *Mental Health, Religion & Culture* 6(1): 21–44.
- Hutchinson SA* 2000. Grounded theory: The Method. In: *Nursing Research. A Qualitative Perspective*, second edition. EDs. PL Munhall and CO Boyd, Sudbury, Jones and Bartlett. 180–212.
- Hänninen V & Timonen S* 2004. “Huoli” ja “masennus”. Julkaisussa Honkasalo M-L, Utriainen T & Leppo A (toim.). *Arki satuttaa. Vastapaino, tekijät*. Tampere. 193–225.
- Isola A* 1997. Grounded theory –menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* WSOY, Juva. 174–186.
- Isometsä E* 2001. Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M & Partonen T. (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. Helsinki. 134–173.
- Janhonen S & Latvala E* 2003. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: Grounded theory –tutkimusmetodologia. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Toinen, uudistettu painos. WSOY, Helsinki. 165–207.
- Jeon Y-H* 2004. The application of grounded theory and symbolic interaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: 249–256.
- Kahn RL & Antonucci TC* 1980. Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. Teoksessa Baltes PB & Brim OG (toim.) *Life-span development and behavior*. Academic Press, New York. 253–286.

- Karp DA* 1992. Illness ambiguity and the search for meaning: A case study of a self-help group for affective disorders. *Journal of Contemporary Ethnography Research* 21(2): 139–170.
- Karp DA* 1994a. Living with depression: Illness and identity turning points. *Qualitative Health Research* 4(1): 6–31.
- Karp DA* 1994b. The Dialectics of Depression. *Symbolic Interactionism* 17(4): 341–366.
- Karp DA & Tanarugsachock V.* 2000. Mental illness, caregiving and emotion management. *Qualitative Health Research* 10(1): 6–26.
- Katz A & Bender E.* 1976. *The strength in us: Self-help groups in the modern world.* New Viewpoints. New York.
- Kitzinger C & Wilkinson S* 1996. Theorizing representing the other. In Wilkinson S & Kitzinger C (eds.) *Representing the other: a Feminism and Psychology Reader.* Sage, London.
- Kokko M* 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. *Acta Universitatis Ouluensis* D511.
- Kokko S* 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Konsensuslausuma* 1995. Kirjassa *Depressio – tunnistaminen ja hoito.* Suomen Akatemian julkaisu 1/95. Painatuskeskus Oy.
- Koponen L* 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kotiin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 974.
- Kristeva J* 1998. *Musta aurinko: masennus ja melankolia.* Nemo. Helsinki.

- Kuehner C* 2002. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106(1): 62-70.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J* 1999. Ethical considerations in a Grounded theory study on the dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others. *Nursing Ethics* 6(3): 224–239.
- Laakso H & Paunonen-Ilmonen M* 2002. Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing* 11: 176–185.
- Laitinen I, Ettorre E & Sutton C* 2006. Empowering depressed women: Changes in 'individual' and 'social' feelings in guided self-help groups in Finland. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health* 8(3): 305–320.
- Langford CPH, Bowsler J, Maloney JP & Lillis PP* 1997. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 25(1): 95–100.
- Lara ME & Leader J* 1997. The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology* 106(3): 478–483.
- Lauri S & Kyngäs* 2005. *Hoitotieteen teorian kehittäminen*. WSOY, Vantaa.
- Lawler D & Sinclair M* (2003). Grieving for my former self: a phenomenological hermeneutical study of women's lived experience of postnatal depression. *Evidence Based Midwifery* 1(2): 36–41.
- Lehtinen V* 1995. Depression epidemiologia. Julkaisussa *Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki. 23–59.
- Lehtinen V & Kantola H* 1996. *Mieli maasta meidän kunnassa! Miten terveyst- ja sosiaalitoimi voi yhdessä auttaa masennuksesta kärsivää*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

- Lehto P* 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 999.
- Lehto-Järnstedt U-S, Ojanen M, Kilpikari I & Kellokumpu-Lehtinen P* 1999. Ihmissuhteista koettu tuki hiljattain vaikeaan sairauteen sairastuneilla. Uusi menetelmä koetun sosiaalisen tuen mittaamiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 36: 311–324.
- Lehto M, Lindström K, Lönnqvist J, Parikka O, Riihinen O, Suksi I & Uusitalo H* 2005. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:1. Helsinki.
- Lehtonen J* 1995. Mitä depressio on? Julkaisussa *Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki. 14–22.
- Leinonen E* 2002. Mielialahäiriöt. Julkaisussa Lepola U, Koponen H., Leinonen E., Joukamaa M, Isohanni M. & Hakola P. *Psykiatria*. WS Bookwell OY, Porvoo.
- Levine M & Perkins DV* 1987. Principles of community psychology: Perspectives and applications. Oxford University Press. New York.
- Lewis SE* 1995. A search for meaning: making sense of depression. *Journal of Mental Health* 4(4): 369–383.
- Luke DA, Roberts L & Rappaport J* 1993. Individual, group context, and individual-group fit predictors of self-help groups attendance. *The Journal of Applied Behavioral Science* 29(2): 216–238.
- Luukkonen P* 2005. Depressio ja klassiset neuroosit: psykodynamiikka ja diagnostiikan historia. Yliopistopaino. Helsinki.
- Lynam MJ* 1995. Supporting one another: the nature of family work when a young adult has cancer. *Journal of Advanced Nursing* 22: 116–125.
- Lähde H* 2004. Sähköposti 4.11.2004.

- MacLeod AK & Salaminiou E* 2001. Reduced positive future-thinking in depression: cognitive and affective factors. *Cognition&Emotion* 15(1): 99–107.
- Mac Callum EJ* 2002. Othering and psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and mental Health* 9: 87–94.
- Maijala H* 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus. Substanttiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 993.
- Makhale MS & Uys LR* 1997. An analysis of support groups for the mentally ill as a psychiatric intervention strategy in South Africa. *Curations: South African Journal of Nursing* 20(1): 44–49.
- Malin M* 2001. Luomulapsi, Pakkashemmot ja Täti Punainen – lapsettomuutta kokeneiden naisten vertaisryhmä Internetissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* 38: 120–138.
- Mattila A, Brandt-Pihlström M & Katajainen A* 1997. ”Elämän tienhaarassa”. Masennus: filosofinen ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa. *Suomen lääkirilehti* 9: 1049-1054
- Mattila L-R* 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 816.
- Matzat J* 1993. Away with the Experts? Self-Help Groupwork in Germany. *Groupwork* 6(1): 30–42.
- McCann TV & Clark E* 2003. Grounded theory in nursing research.: Part 3 – Application. *Nursing Research* 11(2): 29-39.
- Mead S & Copeland ME* 2000. What recovery means to us: consumer’s perspectives. *Community Mental Health Journal* 36: 315–328.

- Melartin TK, Ryttsälä HJ, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP & Isometsä ET (2002).* Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 63(2):126–134.
- Mielekäs elämä 2000.* Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Mielekäs Elämä! –ohjelman loppuraportti 2003.* Toim. Hannele Niemi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:8. Helsinki.
- Mielenterveyskomitean mietintö 1984.* Komiteamietintö 1984:17, I-II. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.* Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki
- Mielenterveyspotilaan oikeudet 2001.* Suomen Mielenterveysseura. SMS-julkaisut. Helsinki.
- Mielenterveystyö Euroopassa 2004.* Toim. Lavikainen J, Lahtinen E & Lehtinen V. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki.
- Mikkola L 2006.* Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä studies in humanities 66.
- Millward LJ, Lutte A & Purvis RG 2005.* Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12: 565–573.
- Moos R 1990.* Depressed outpatients' life context, amount of treatment, and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 178: 95-112.
- Mowbray CT & Moxley DP 1998.* Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 25(4): 397-411.

- Murphy SA, Lohan J* 1998. Network and mutual support for parents bereaved following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a longitudinal, prospective analysis. *Journal of Personal & Interpersonal Loss* 3(4), 303–334
- Nasser EH & Overholser JC* 2005. Recovery from major depression: the role of support from family, friends and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 125–132.
- Nikkonen M* 1996. Life after mental hospital: the way of life of de-institutionalized psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3: 373–383.
- Noodrsy D, Torrey W, Mueser K, Mead S, O'Keefe C & Fox L* 2002. Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry* 14: 318–326.
- Norbeck JS* 1981. Social support: A model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science* 7: 43–59.
- Norbeck JS & Tilden VP* 1988. International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. *Journal of Advanced Nursing* 13: 173–178.
- Nusbaum J & Chenitz W* 1990 A grounded theory study of the informed consent process for pharmacologic research. *Western Journal of Nursing Research* 12(2): 215–228.
- Nykysuomen sanakirja* 1966. Osat III ja V. WSOY, Porvoo.
- Nykysuomen sanakirja*. Synonyymisanasto 1989. Toim. Harri Jäppinen. Harri Jäppinen ja Sitra. Porvoo.
- Nylund M* 1997. Oma-apuryhmät vapaaehtoisuuden ja julkisen välimaastossa. Oma-aputoiminnan valtakunnallinen kehittämislaitos 1994-96. Omaehtoisen kehityksen julkaisuja. Sarja C. Oma-aputoiminta 1/1997. Kansalaisareena ry, Tampere.
- Nylund M* 2000. Varieties of mutual support and voluntary action. A study of Finnish self-help groups and volunteers. Akateeminen väitöskirja. The Finnish Federation for Social Welfare and Health, Helsinki.

- Nylund M* 2005. Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Julkaisussa Nylund M. & Yeung A.B. Vapaaehtoistoiminta, anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino. Tampere. 195–213.
- Orth-Gomer K & Uden A-L* 1987. The measurement of Social Support in Population Surveys. *Social Science and Medicine* 24(1): 83–95.
- Pattison E & Pattison M* 1981. Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin* 7:135–143.
- Peden AR* 1996. Recovering from depression: a one-year follow-up. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3(5): 289–295.
- Pesonen A* 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus. Dia-konia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Pirkola S & Sohlman B (toim.)* 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes. Helsinki.
- Pistrang N, Solomons W & Barker C* 1999. Peer support for women with breast cancer: the role of empathy and self-disclosure. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 9(3): 217–229.
- Potinkara H* 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1013.
- Powell TJ, Yeaton W, Hill EM & Silk KR* 2001. Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(1):3–11
- Raatikainen R* 2004. Luottamus hoitosuhteessa. Julkaisussa Kankare H, Hautala-Jylhä P-L & Munukka T (toim.) Lähimmäisenrakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Tammi. Helsinki. Ss. 87–102.

- Rapmund V & Moore C* 2000. Women's stories of depression: a constructivist approach. *South African Journal of Psychology*. 30(2), 20–30.
- Rappaport J* 1993. Narrative stories, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *Journal of Applied Behavioral Science* 29: 239–256.
- Revenson T, Schiaffino K, Majerovitz S & Gibofsky A* 1991. Social support as a double edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine* 33: 807–813.
- Riessman F* 1965. The „helper therapy“ –principle. *Social work* 10:14–25.
- Reissman F & Carrol D* (1995) *Redefining self-help: policy and practice*. Jossey-Bass Inc. Publishers, San Francisco California.
- Riessman F & Gartner A* 1987. The surgeon general and the self-help ethos. *Social Policy* 18: 23–25.
- Rodwell CM* 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23(2): 305–313.
- Rogers KR* 1987. Nature of spousal supportive behaviors that influence heart transplant patient compliance. *Journal of Heart Transplant* 6, 90-95.
- Romed J-M and contributors*. 1989. *The self-help way. Mutual aid and health*. Canadian Council on Social Development, Ottawa/Montreal.
- Ruusuvuori J & Tiittula L* (2005). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Kirjassa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) *Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino. Tampere. 22–77.
- Ryles SH* 1999. A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29(3): 600–607.
- Salem DA, Bogard AG & Reid C* 1997. Mutual help goes on-line. *Journal of Community Psychology* 25(2): 189–207.

- Salokangas RKR* 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan. WSOY, Porvoo.
- Sanner M* 1992. Forskning om döden – metodval och etik. Socialmedicinsk tidskrift 69(5): 216–220. Onko käytetty?
- Scattolon Y & Stopard JM* 1999. “Getting on with Life”. Women’s Experiences and ways of coping with Depression. Canadian Psychology. 40(2):205–219.
- Schreiber R* 1996. (Re)defining myself: Women’s process of recovery from depression. Qualitative Health Research 6(4), 469–491.
- Schreiber R* 2001. Wandering in the dark: Women’s experiences with depression. Health Care for Women International 22(1/2): 85–98.
- Schreiber R & Hartrick G* 2002. Keeping it together: How women use the biomedical explanatory model to manage the stigma of depression. Issues in Mental Health Nursing 23: 91–105.
- Schwartz CE & Sendor M* 1999. Helping others helps oneself: response shift effects in peer support. Social Science & Medicine 48(11): 1563–1575.
- Siitonen J* 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Akateeminen väitöskirja. Opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto.
- Siltala P* 2005. Depression syntyy ja monimuotoisuus. Julkaisussa Masennus - mustaa ja valkoista. Toim. M. Lindqvist, T Kuvaja & A Rasilainen. s. 12–38.
- Siltala P* 2006. Nainen ja masennus. Kirjapaja. Helsinki.
- Simons-Morton BG & Crump AD* 1996. Empowerment: The process and the outcome. Health Education Quarterly 23(3): 290–292.
- Skarsäter I, Ågren H & Dencker K* 2001. Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2001(8):107–114.

- Skarsäter I, Dencker K, Häggström L & Fridlund B* 2003 a. A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *Journal of Nursing Studies* 40(2): 153–162.
- Skarsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L & Fridlund B* 2003 b. Women's conceptions of coping with major depression in daily life: A qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing* 24: 419–439.
- Skarsäter I, Langius A, Ågren H, Häggström L & Dencker K* 2005. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing* 14(4): 258–264.
- Smith K & Biley F* 1997. Understanding grounded theory: principles and evaluation. *Nurse Researcher* 4(3), 17–30.
- Somerkiivi P* 2000. "Olen verkon silmässä kala" Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO)* 2001. Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. TATO:n mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:14, Helsinki.
- Soulliere D* (2001). Conceptual modeling as a toolbox for grounded theorists. *Sociological Quarterly* 42(2): 253–270.
- Stakes* 2005. Suomen virallinen tilasto, terveys 2005. Tilastotiedote 29/2005. 13.12.2005.
- Steen MJ* 1991. The essential structure and meaning of recovery from clinical depression for middle-adult, white, high school educated, employed women in the United States in the late 1980's. Akateeminen väitöskirja. The University of Texas at Austin.
- Stern PN* 1987. Grounded theory methodology: Its uses and processes. Teoksessa *Nursing science methods: A reader*. Toim. Gortner SR. Regents, University of California, 79–87.

- Stewart MJ* 1993. Integrating social support in nursing. Sage Publication, Newbury Park.
- Strauss A & Corbin J* 1990. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Sage Publications, Newbury Park.
- Strauss A & Corbin J* 1994. Grounded theory methodology: An overview. Teoksessa NK Dentzin & YS Lincoln (toim.) Handbook of qualitative research. Sage, Lontoo. 273–285.
- Suomen kielen perussanakirja 1990*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Valtion painatuskeskus. Osat I-III. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2006*. Tilastokeskus. Helsinki.
- Suomen virallinen tilasto 2005*.
- Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E & Saari S* 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Syrjälä ja Numminen* 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 51/1988.
- Särkelä R, Vuorinen M & Peltosalmi J* 2005. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdollisuudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.
- Tarkka M-T*. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis. Series A. Vol.518, Tampere.
- Tontti J* 2000. Masennuksen arkea – selityksiä surusta ilman syytä. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos. Helsinki.

- Truman C & Raine P* 2002. Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health & Social Care in the Community* 10(3): 136-143.
- Turunen H, Paukkunen L, Tossavainen K & Taskinen* 1996. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. *Hoitotiede* 8(4), 194–202.
- Törrönen J* 2005. Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Julkaisussa Hänninen S, Karjalainen J & Lahti T (toim.) *Toinen tieto – kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Stakes. Helsinki. 15–37.
- Uccelli MM, Mohr LM, Battaglia MA, Zagami P & Mohr DC* 2004. Peer Support groups in multiple sclerosis and future directions. *Multiple Sclerosis* 10(1): 80–84.
- Usher J, Kristen L, Butow Phyllis, Sandoval M* 2006. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine* 62(10): 2565–2576.
- Valtonen A* 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Kirjassa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino. Tampere. s. 223–241.
- Vehviläinen-Julkunen K* 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Julkaisussa Pounonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva. ss. 26–34.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta* (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.
- Vandervoort D* 1999. Quality of Social Support in Mental and Physical Health. *Current Psychology* 18(2): 205–222.
- Vandervoort DJ & Skorikov VB* 2002. Physical Health and Social Network Characteristics as Determinants of Mental Health Across Cultures. *Current Psychology* 21(1): 50–68.

- Vehviläinen-Julkunen K & Janhonen S* 1992. Grounded teoria –menetelmän tutkimusprosessi; esimerkkejä hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön tutkimuksista. *Hoitotiede* 4: 50–59.
- Vehviläinen-Julkunen K & Janhonen S* 1992. Grounded teoria –menetelmän tutkimusprosessi; esimerkkejä hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön tutkimuksista. *Hoitotiede* 4: 50–59.
- Vidler HC* 2005. Women making decisions about self-care and recovering from depression. *Women's Studies International Forum* 28(4): 289–303.
- Walsh J* 1994. Schizophrenics Anonymous: The Franklin County, Ohio experience. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18(1), 61–75.
- Wann M* 1995. Building social capital. Self-help in a twenty-first century welfare state. Institute for Public Policy Research, Lontoo.
- Wernicke RA, Perlman MY, Thorndike FP & Haaga DA* 2006. Perceptions of depression among recovered-depressed and never-depressed individuals. *Journal of Clinical Psychology* 62(6): 771–776.
- Wiesenfeld E* 1996. The Concept of “We”: A Community Social Psychology Myth? *Journal of Community Psychology* 24(4): 337–346.
- Wilson J* 1995. Two worlds. Self help groups and professionals. The British Association of Social Workers, Birmingham.
- Wilson HS & Hutchinson SA* 1996. Methodologic Mistakes in Grounded Theory. *Nursing Research* 45(2): 122–124.
- Woodgate RL* 2006. Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *Journal of Advanced Nursing* 56(3): 261–269.
- Ylilehto H* 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.

Young JF, Berenson K, Cohen P & Garcia J 2006. The Role of Parent and Peer Support in Predicting Adolescent Depression: A Longitudinal Community Study. *Journal of Research on Adolescence* 15(4): 407–423.

Young S & Ensing DS 1999. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(3): 219–232.

Zemore SE, Kaskutas LA & Ammon LN 2004. In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction* 99(8): 1015–1023.

Äärelä E 2004. Depressio ruumiillisen sairastamisen yhteydessä. Lääketehdas Oy H. Lundbeck Ab. Helsinki.

<http://www.mielimaasta.fi/ryhmat.hotmail.com>. 23.5.2007

Tutkimuksia masennuksen kokemuksesta, masennuksesta toipumisesta ja vertaistuesta

Tutkija, vuosi	Tutkimuksen/artikkelin tarkoitus	Aineisto Analyysi	Tulokset/päätelmät
Tutkimuksia masennuksen kokemuksesta			
Beck CT 1992	Kuvata synnytyksen jälkeisen masennuskokemuksen olennainen rakenne.	N=7 Haastattelu Fenomenologinen, Colaizzi	Masennus on 'elävä painajaisuni, jossa on kontrolloimattomia ahdistuskohtauksia, kuluttavaa syyllisyyttä ja pakkoajatuksia'.
Karp DA 1994	Tarkastella paradoksia, jonka mukaan masentuneet haluavat yhteyttä muihin samanaikaisesti kun heiltä puuttuu kyky toteuttaa sitä.	N=20 Syvähaastattelu Grounded teoria	Masentuneiden eristäytymistä syventävät depression emotionaalisen kokemuksen sisäinen luonne, tukalan tilanteen ymmärtämiseksi tarvittavan selkeän sanaston puuttuminen, depression ei-ymmärrettävyys ulkopuolisille ja ongelman julkiseksi tulemiseen yhdistyvä leima.
Karp DA 1994	Kuvata kokemusta masentuneena elämisestä ja identiteetin muuttumisesta.	N=20 Syvähaastattelu Grounded teoria	Masennuskokemuksessa tunnistettiin 5 vaihetta tai tapahtumaa, joiden kautta masentuneet yrittivät ymmärtää hämmentävää elämäntilannettaan. Masentuneiden kärsimyksen minimointi riippuu osaltaan siitä, kykenevätkö auttajat näkemään maailman autettavien näkökulmasta.
Lewis SE 1995	Kuvata, mitä subjektiivisesti koetaan masennuksena ja yksilöiden määrittelyä kokemuksestaan.	N=48 Syvähaastattelu Grounded teoria ja diskurssi-analyysi	Masennuksen merkitys on hyvin vaihteleva ja yksilöllinen. Itselle masennusta pyritään selittämään joko korostamalla sisäistä toimintahäiriötä tai ulkoisia eli sosiaalisia tekijöitä. Depressiodiagnoosilla on hyödyllinen tehtävä validoidessaan yksilön ongelmat, mutta diagnoosi voidaan myös torjua patologisoivana ja yksilön kokemukseen sopimattomana. Voimattomuuden kokemus on osa depression kokemusta.
Hurst SA 1999	Kuvata, miten naiset ymmärsivät oman masentumisensa.	N=7 Haastattelut Grounded teoria	Ydinteemaksi nimettiin itseluottamuksen vieminen, joka tapahtui hyväksikäyttämisen, vähättelyn ja hylkäämisen kautta. Se sai aikaan kokemuksen, ettei ole rakkautta arvoinen, ei osaa tehdä mitään eikä mikään koskaan muutu paremmaksi.
Scattolon Y & Stopard JM 1999	Tutkia naisten depressiokokemuksia ja heidän tapojaan selviytyä näistä kokemuksista.	N=15 Puolistruktuuroitu kysely	Masennus koettiin olevan yhteydessä pyrkimykseen elää ihanteiden mukaan ja hyvänä naisena. Depressiivisiä kokemuksia pidettiin itsestään selvyyskeinä tai odotettavissa olevana osana elämää.

Tontti J 2000	Kartoittaa, miten psykoterapiaan hakeutuvat ihmiset selittävät masennuksen syitä.	N=20 Videoidut	Selitykset masennuksen syistä muodostivat 11 ryhmää. Masennuksen syiden
		haastattelut Sisällön- analyysi	selitykset ovat monimutkaisia. Masennus on kokemus ja prosessi, joka on täynnä subjektiivisia ja sosiaalisesti konstruoituja merkityksiä.
Hedelin B & B & Strand- mark M 2001	Syventää ymmärrystä ikääntyvien naisten depressiosta ja kuvata depression merkitystä elämämaailman näkökulmasta.	N=5 Haastattelut Fenomenologia Giorgi & Karlsson	Depressio koettiin vakavana moniulotteisena kärsimyksenä. Aikaisemmat kokemukset yhdistyivät nykyiseen tilanteeseen.
MacLeod AK & Salaminiou E 2001	Tutkia onko positiivisen tulevaisuutta koskevan ajattelun väheneminen yhteydessä masentuneen ihmisen vähentyneeseen kykyyn kokea mielihyvää.	N=44 22 masentunutta, 22 ei-masentunutta) Kirjallinen tehtävä	Vähentynyt positiivinen odotus on yhteydessä masennuksen tasoihin.
Schreiber R 2001	Kuvata naisten kokemusta masennuksesta, hoidosta ja toipumisesta kolmen grounded teoria –menetelmällä tehdyn tutkimuksen pohjalta.	N=n. 70 Osallistuva havainnointi ja haastattelut Grounded teoria	Naiset ovat ylisosiaalistuneita ja mitätöivät tarpeensa toisten tarpeiden eduksi. Siten he edistävät omaa marginalisoitumistaan yhteiskunnassa ja eristävät itsensä omista tarpeistaan. Hyväksyvämpi suhde itseen sekä itsen ja masennuksen ymmärtäminen ovat masennuksesta toipumisessa keskeisiä.
Chan SWC ym. 2002	Kuvata naisten kokemusta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.	N=35 Haastattelut	Masennus on kokemusta olemisesta loukussa, josta ei pääse pakoon.
Enäkoski M 2002	Syventää ymmärrystä masennuksesta ja masennuslääkkeiden käytöstä.	N=20 Syvä- haastattelu Fenomenologinen (Perttula)	Masentuneet selittävät masennustaan ihmissuhteisiin tai työhön liittyvillä ongelmilla. Masennuksen kokemuksen myötä ihminen määrittelee masennuslääkkeiden merkityksen itselleen uudelleen.
Farmer TJ 2002	Kuvata nuorten kokemuksia vakavasta masennuksesta.	N=5 Haastattelut Fenomenologia Colaizzi	Nuoret painottivat masennuskokemuksessa vihaa, uupumusta ja ihmissuhteisiin liittyviä vaikeuksia.
Hedelin B & Jonsson I 2003	Ymmärtää naisten masennuskokemusta.	N=16 kerto- musta ja 5 haastattelu Fenomenologia Giorgi	Vastavuoroisuus suhteessa itseen ja muihin on keskeinen tekijä naisten mielenterveyden ja masennuksen kokemisessa.
Brown- hill S ym. 2004	Tutkia miesten masennuskokemusta.	N=10 miesten ryhmää ja naisten ryhmää Ryhmähaastattelu Grounded teoria Sisällönanalyysi	Miesten masennuksen kokemuksessa voi olla kehityskaari jossa emotionaalinen ristiriita ilmenee välttämisenä, lamaantumisena ja pakenemisena. Ne voivat johtaa aggressioon, väkivaltaan ja itsetuhoon.

Danielsson U& Johansson E 2005	Tutkia naisten ja miesten masennuskokemuksen ilmaisuja.	N=18 Teemoittelu Malterudin avainkysymykset	Masennuskokemuksessa on samoja piirteitä naisilla ja miehillä. Kokemuksen ilmaisemisessa on eroja.
Ylilehto H 2005	Tutkia salutogeenisesta näkökulmasta lapsen syntymän jälkeistä aikaa perheen arkielämässä.	N=8 Syvähaastattelu Grounded teoria	Vakavasta masennustilasta kärsineiden äitien tärkeimpiä coping keinoja olivat mm. sosiaalisen tuen hakeminen ja etäisyydenotto. Puolison tuki oli oleellinen tekijä toipumisessa.
Woodgate RL 2006	Ymmärtää, millaista on olla masentunut nuori.	N=14 Avoin haastattelu ja ryhmähaastattelu	Nuorten masennuskokemus kiteytyi kokemukseksi 'pelon varjossa' elämisestä.

Tutkimuksia masennuksesta toipumisesta ja selviytymisestä

Steen MJ 1991	Kuvata masennuksesta toipumisen rakenne ja merkitys.	N=22 Syvähaastattelu Fenomenologinen	Tuotti tietoa masennuksesta kuntoutumisen vaiheista. Toisten tukemisella on tärkeä merkitys masennuksesta toipumisessa.
Schreiber R 1996	Kuvata naisten kokemusta masennuksesta toipumisesta. Paljastaa perussosiaalipsykologinen prosessi, jonka kautta naiset toipuvat depressiosta.	N=21 Haastattelut Grounded teoria	Toipumisprosessi kuvattiin "minun itseni" uudelleen määrittelyksi. Auttamisen tärkeimmäksi asiaksi osoittautui kuunteleminen ja kokemuksen todeksi vahvistaminen.
Heifner C 1997	Kuvata miesten kokemus masennuksesta.	N=14 Haastattelut Grounded teoria	Masennus haastaa käsitykset miehisyydestä ja käsitykset haastavat masentuneen miehen hoitoa ja kuntoutumista.
Powell TJ 2001	Tutkia mielialahäiriöitä sairastavien henkilöiden psykososiaalisia seurauksia ennustavia tekijöitä.	N=65 (koe-ryhmä) N=105 (kontrolliryhmä) Hierarkkinen monimuuttuja-regressioanalyysi.	Vertaisryhmään sitoutuminen ennustaa sairaudesta selviytymistä. Perheen ja ystävien tuki eivät ennusta.
Schreiber R & Hartrick G 2002	Kuvata, miten naiset kokevat masennuksen ja selviytyvät sen kanssa ja miten he kokevat hoidon sekä tutkia naisten masennuksen selitysmallien ydintekijöitä.	N=43 Haastattelu Grounded teoria	Ydinkäsitteeksi muodostui "koossa pitäminen". Selitysmallit kehittyvät ajan kuluessa ja muuttuvat saadun informaation perusteella.
Hussain FA & Cochrane R 2003	Tutkia aasialaisten naisten masennuksesta selviytymisstrategioita, niihin vaikuttavia tekijöitä ja niiden yhteyttä hoitoon.	N=10 potilasta ja 3 hoitajaa Grounded teoria	Naiset käyttivät selviytymisstrategioina uskontoa ja rukousta, puhumista, itkemistä ja itsensä vahingoittamista.

Millward LJ, Lutte A & Purvis RG 2005	Tutkia kliinisesti masentuneiksi diagnosti- soitujen asennoitumista työhön ja ymmär- tää sairaan roolin merkitystä toipumiseen liittyviin asenteisiin.	N=19 Haastattelu Fenomenologia	Terveystuoltojärjestelmä voi vahvistaa sairaan roolia ja siten vaikuttaa oikeutuksen tunteeseen pysytellä pois työelämästä.
Skarsäter I ym 2005	Tutkia koherenssin tunnetta ja sosiaalista tu- kea vakavasti masentuneiden toipumisessa.	N=24 Puolistruktu- roitu haastat- telu ja itse- arviointilomake	Masennuksesta toipuneiden koherenssin tunne oli merkittävästi vahvistunut. Sosiaalinen tuki oli merkittävä kulmakivi koherenssin tunteen vahvistumisessa.
Vidler HC 2005	Selvittää naisten käsityksiä masentumisensa ja siitä toipumiseen myötävaikuttaneita tekijöitä.	N=22 Syvä- haastattelu päättöksiin.	Masennuksesta toipuminen on yhteydessä itsestä huolehtimiseen ja vaikuttamiseen sekä aktiiviseen osallistumiseen hoitoa koskeviin
Emslie C ym 2006	Tutkia depression ja sukupuoli-identiteetin yhteyttä miesten depressiokokemuksissa.	N=16 syvähaastattelu	Masennuksesta toipumisessa on keskeistä rakentaa uudelleen arvostava suhde itseän ja omaan maskuliinisuuteen.

Vertaistuen tutkimuksia

Karp DA 1992	Raportoida depressiosta tai maanis- depressiivisyydestä kärsivien oma-apu ryhmän keskustelua	2 vuoden osallistuva havainnointi N=35-120 Grounded teoria	Oma-apuryhmä oli paikka, jossa osallistujat ymmärsivät tilanteensa kollektiivisesti jaetulla tavalla. Ryh- män jäsenet tuottivat kollektiivisesti näkökulman ongelmiensa merkityk- sen ymmärtämiseksi.
Luke DA Roberts L & Rappaport J 1993	Tarkastella oma-apuryhmien ja yksilöiden yhteensopivuuden ennustavuutta ryhmään osallistumisessa.	N=15 ryhmää 527 kokoon- tumaista Havainnointi Tilastollinen	Vanhemmat, naimattomat, koulutetut ja vähän toimivat osallistuivat ryhmiin pisimmän ajan. Ryhmän ja yksilön yh- teensopivuuden monipuolista käsit- teellistämistä tarvitaan. Ensimmäinen ryhmäkerta on merkittävä myöhemmän osallistumisen kannalta.
Rappaport J 1993	Tarkastella keskinäistä tukea narratii- visina yhteisöinä, jotka mahdollistavat identiteetin muuttumisen.		Narratiivinen lähestymistapa vähentää ammattilaiskeskeisyyttä ja liittää yksilöiden elämän yhteisön prosesseihin. Sitoo keskinäisen tuen poikkitieteelliseen tutkimukseen.
Salem DA, Bogat AG & Reid C 1997	Tutkia verkossa toimivaa masentuneiden vertaisryhmää.	N=1863 viestiä 533 kirjoittajaa Sisällön- analyysi	Osallistujat kommunikoivat kuten kasvotusten kokoontuva vertaisryhmä. Ryhmässä ilmaistiin tukea, hyväksyntää ja positiivisia tunteita.
Mowbray CT & Moxley DP 1998	Tutkia vertaistuen asiantuntijoina toimimisen etuja ja rajoituksia projektissa, jossa integroitiin mieleltään vakavasti sairai- sairaiden yksilöhoito/ammattillinen kuntoutus.	N=11 puolistruktu- roidut haas- tattelut Sisällön- analyysi	Vertaisasiantuntijana toimiminen vaikutti myönteisesti taitojen ke- hittymiseen ja persoonalliseen kas- vuun. Tarjosi turvallisen työroolin.

Finn J 1999	Tutkia verkossa toimivan vertaisryhmän auttamisprosessia	N=718 viestiä 42 eri kirjoittajaa Luokittelu	Verkossa toteutuvat pääosin samat periaatteet kuin kasvokkain kokoon-tuvassa ryhmässä
Pistrang N, Solomons W & Barker C 1999	Tutkia rintasyöpää sairastavien naisten kokemuksia eri tyyppisestä vertaisauttamistavoista.	N=40 videokeskustelujen arviointi Diskurssi-analyysi	Vertaisauttajien kyky kuunnella ja jakaa sopivassa määrin omia kokemuksiaan koettiin vertaistuen tärkeiksi tekijöiksi.
Malin M 2001	Selvittää lapsettomien naisten nettikeskustelupalstan sisältöä oma-apuryhmänä, sekä miten ja mitä lapsettomuutta kokeneet naiset viestittävät lapsettomuudesta ja hoitokokemuksistaan toisilleen.	N=123 890 viestiä	Oman kielen ja yhteisen kohtalon jakaminen sekä kuvitteellisen, virtuaalisen yhteisöllisyyden luominen ovat keskeisiä. Ryhmäidentiteettiä ja yhteisöllisyyttä tuotetaan tekemällä eroa muihin. Palstalla jaetaan iloja, suruja, pettymyksiä ja shokkiuutisia ja annetaan tietoa ja neuvoja sekä vertaillaan kokemuksia.
Powell ym. 2001	Selvittää oma-apuryhmään osallistumisen ennustavuutta psykososiaalisten seurauksien osalta.	N=144 lomakekysely Tilastollinen	Oma-apuryhmään osallistuminen ennusti sairaudesta selviämistä. Sosiaalinen tuki oma-apukontekstissa on erityisen vaikuttavaa, koska tuki saadaan ihmisiltä, jotka kokevat tai ovat kokeneet saman sairauden.
Skärsäter I, Ågren H & Dencker K 2001	Kuvata ja vertailla vakavasti masentuneiden ja terveiden stressaavia kielteisiä elämän tapahtumia, sosiaalista tukea ja sosiaalisia verkostoja 12 kuukauden ajan.	N=40 masentunutta N=19 tervettä (ei-masentuneita) Kyselyt	Vakavasti masentuneilla oli saatavilla riittämättömästi sosiaalista tukea ja vähemmän kontakteja sosiaalisen verkostonsa kanssa kuin ei-masentuneilla. Hoitotyössä keskeistä on tukea potilaita ja heidän verkostojaan sekä opettaa potilaille, perheille ja ammattilaisille masennuksen vaikutuksia arkielämässä.
Hatzidimi- triadou E 2002	Tutkia oma-apuryhmien poliittisen ideologian roolia ja ryhmän jäsenten psykososiaalisten piirteiden eroavuuksia ryhmän jäsentä	N=14 ryhmän ohjaajaa, 67 Puolistrukturoitu kysely. Tilastollinen analyysi	Oma-apuryhmien jäsenet tunnistivat monia auttavia prosesseja ryhmissä ja tunsivat voimaantuneensa.
Dennis C-L 2003	Arvioida vertaistuen vaikutusta sellaisten äitien masennusoireisiin, joilla oli suuri riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen	N=42 koe- ja kontrolliryhmä Valmiit mittarit. Tilastollinen analyysi.	Puhelimitse saatu vertaistuki vähensi tehokkaasti depressiivisiä oireita.
Dennis C-L 2003	Laatia käsiteanalyysi vertaistuesta terveydenhuollon kontekstissa	Tutkimukset Walker ja Avanti	Vertaisuhteiden tukevia toimintoja ovat emotionaalinen, informatiivinen ja ja arviointituki.

Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L & Fridlund B 2003	Kuvata salutogeneettisestä näkökulmasta naisten käsityksiä vakavasta masennuksesta selviytymisestä ammatillisen ja maallikko-tuen avulla.	N=13 haastattelu Fenomeno- grafia	Mahdollisuus luottamuksellisesti pu- hua tunteista koettiin tukena, joka aut- toi ymmärtämään itseä paremmin. Vertaisryhmä on vahvistava resurssi, kun ryhmässä toimii vastavuoroisuus.
Hardiman ER & Segal SP 2003	Tutkia osallistujien yhteisön jäsen- nyyttä mielenterveyskuntoutujien oma-apujärjestöissä	Sosiaalisen verkoston analyysi	Sekä yksilölliset että organisatoriset piirteet ovat tärkeitä sosiaalisissa verkos- toissa vertaisuuden olemassaolon kannalta.
Hardiman ER 2004	Tutkia kansalaislähtöisten mielenter- veysjärjestöjen toiminnan tarjoamaa sosiaalista tukea	N=10 haastattelu hermeneuttinen	Oma-apujärjestöjen toiminnassa on vä- hän vaatimuksia, hyväksyvä ja turvallinen lmapiiiri. Ne mahdollistavat kontakteja ja yhteisön jäsenyyden.
Uccelli MM 2004	Arvioida 8 viikon standardoidulla tavalla järjestetyn vertaistuen vaikuttavuutta elä- mänlaatuun ja depression oireiden vähenemi- seen.	N=44 Kysely ANOVA	Vertaistuella ei ollut selvää vaikutusta elä- mänlaadun tai depression paranemiseen. Henkisesti paremmin voivilla on riski voimien huononemiseen vertaisryhmässä.
Laitinen I ym 2006	Seurata masentuneiden naisten oma-apu- ryhmään osallistumisen vaikutusta Wilcoxo- 'yksilöllisiin' ja 'sosiaalisiin' tunteisiin.	Kysely testaus	Jäsenet voimaantuivat ymmärtämään itseään ja uskomaan mahdollisuuksiinsa sosiaalisina yksilöinä.
Young J F ym 2006	Tutkia ennustaako vanhempien antama tuki ja vertaistuki sekä niiden yhdistelmä nuorten depression kahden vuoden seurannassa.	N=389 Kysely ja haastattelu	Vertaistuki suojaa masennuksen diagnoosilta ja oireilta, kun vanhempien antama tuki vahvaa. Ilman vanhempien riittävää tukea vertaistuki voi olla riskitekijä.

Asia: Tutkimusaineiston keruu

Mieli Maasta Ry:n Hallitus

Teen hoitotieteen alan lisensiaatin tutkimusta vertaistuesta. Suunnitelmavaiheessa tutkimuksen otsikkona on ”SAMANKALTAISESSA ELÄMÄNTILANTEESSA OLEVAT TOIS-TENSA TUKIJOINA -tutkimus vertaistuesta masentuneiden henkilöiden ja heidän perheenjäsentensä kokemana”.

Tutkimussuunnitelmani on hyväksytty Tampereen yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa 29.10.2002. Tiivistelmä suunnitelmasta on liitteenä. Aineistona käytän vapaamuotoisia omakohtaisia kertomuksia ja vertaisryhmien haastatteluja. Tarkoituksena on luoda käsitejärjestelmä vertaistuesta ja sen kautta edistää vertaistuen sisällöllistä ymmärtämistä. Haluan tutkimuksen avulla nostaa esille masentuneiden ja heidän perheenjäsentensä näkökulmaa mielenterveystyön kehittämiseen.

Parhailleen olen aloittamassa aineiston keruuta. Toivon, että voisin tavoittaa masentuneita henkilöitä Mieli Maasta -yhdistyksen kautta, koska Teillä on jäsenistössä laaja joukko masennuksen kokeneita henkilöitä ja myös heitä, jotka osallistuvat tai ovat osallistuneet masentuneiden vertaisryhmiin. Tämä palvelisi vastaajien anonymiteettiä, kun henkilötiedot eivät tule minun tietooni. Puheenjohtaja Erik Gagneurin ja järjestösihteeri Eero Järvillehdon kanssa 6.11.2002 käymieni puhelinkeskustelujen pohjalta sain käsityksen erilaisista mahdollisuuksista.

Tiedustelen, olisiko Mieli Maasta yhdistyksen kautta mahdollista pyytää kertomuksia omakohtaisista vertaistukikokemuksista. Toivon, että tänä syksynä lähetetään vertaisryhmien vetäjien kautta ryhmiin osallistuville ohessa oleva pyyntö, jonka mukana on lisäksi vetäjille tarkoitettu ohjeistus. Lisäksi toivon, että seuraavaan Mieli Maasta Ry Sanomat -lehteen tulisi vastaavanlainen pyyntö.

Jään toivorikkaana odottamaan päätöstänne.

Lohjalla 8.11.02

Eila Jantunen

Yhteystiedot

Kokemuksia masennuksesta ja vertaistuesta

Oletteko tai oletteko ollut masentunut? Tai onko perheessänne masentunut jäsen? Nämä ovat elämäntilanteita, joissa keskeisin asiantuntemus saavutetaan omakohtaisen kokemuksen kautta. Olen kiinnostunut Teidän asiantuntemuksestanne; kokemuksistanne masennuksesta ja vertaistuesta.

Teen hoitotieteen lisensiaatin tutkimusta **masentuneiden henkilöiden ja heidän perheenjäsentensä vertaistuesta**. Tavoitteenani on, että tutkimusta voidaan hyödyntää niin vertaistukitoiminnassa kuin ammattihenkilöiden työssä.

Toivon, että kirjoitatte vapaamuotoisesti **kohtaamisista sellaisten ihmisten kanssa, joilla myös on kokemus omasta tai perheenjäsenen masennuksesta**. Minkä tyyppisiä kohtaamisia Teillä on ollut sellaisten henkilöiden kanssa, joilla on samantapainen elämäntilanne kuin omanne? Mitä merkitystä näillä kohtaamisilla on ollut Teille? Kokemukset, joista kirjoitatte, voivat olla yhtä hyvin esim. kahdenkeskisistä tapaamisista tai vertaisryhmätilanteista. Kirjoittaminen vaatii vaivannäköä. Pidän henkilökohtaisia kokemuksia suuressa arvossa, ja tutkimuksen kannalta ne ovat hyvin arvokkaita. Siksi rohkenen lähestyä Teitä tällä pyynnöllä.

Kirjoitus saa olla **vapaamuotoinen**. Se voi olla esimerkiksi kuin kirje ystävälle, jossa kerrotte hänelle uudesta asiasta. Liittäkää kirjoitukseenne taustatiedoista ainakin **sukupuoli ja ikä**. Voitte lähettää kirjoituksenne nimettömänä tai halutessanne liittää yhteystiedot kirjoitukseen. Mikäli olette halukas osallistumaan mahdolliseen myöhempään haastatteluun, kirjoittakaa yhteystiedoista nimi, osoite ja puhelinnumero. Olen sitoutunut käsittelemään kirjoituksia luottamuksellisesti ja siten, että niitä käytetään ainoastaan tutkimustarkoituksessa. Teidän tietojanne ei voida tutkimusraportista tunnistaa.

Toivon, että postitatte kirjoituksenne **tämän vuoden aikana** osoitteella:

Eila Jantunen

osoite

tai sähköpostilla:

sähköpostiosoite

Kokemuksia masennuksesta ja vertaistuesta

Oletteko tai oletteko ollut masentunut? Tai onko perheessänne masentunut jäsen? Nämä ovat elämäntilanteita, joissa keskeisin asiantuntemus saavutetaan omakohtaisen kokemuksen kautta. Olen kiinnostunut Teidän asiantuntemuksestanne; kokemuksistanne masennuksesta ja vertaistuesta.

Teen hoitotieteen lisensiaatin tutkimusta **masentuneiden henkilöiden ja heidän perheenjäsentensä vertaistuesta**. Tavoitteenani on, että tutkimusta voidaan hyödyntää niin vertaistukitoiminnassa kuin ammattihenkilöiden työssä.

Toivon, että kirjoitatte vapaamuotoisesti **kohtaamisista sellaisten ihmisten kanssa, joilla la myös on kokemus omasta tai perheenjäsenen masennuksesta**. Minkä tyyppisiä kohtaamisia Teillä on ollut sellaisten henkilöiden kanssa, joilla on samantapainen elämäntilanne kuin omanne? Mitä merkitystä näillä kohtaamisilla on ollut Teille? Kokemukset, joista kirjoitatte, voivat olla yhtä hyvin esim. kahdenkeskisistä tapaamisista tai vertaisryhmätilanteista. Kirjoittaminen vaatii vaivannäköä. Pidän henkilökohtaisia kokemuksia suuressa arvossa, ja tutkimuksen kannalta ne ovat hyvin arvokkaita. Siksi rohkenen lähestyä Teitä tällä pyynnöllä.

Kirjoitus saa olla **vapaamuotoinen**. Se voi olla esimerkiksi kuin kirje ystävälle, jossa kerrotte hänelle uudesta asiasta. Liittäkää kirjoitukseenne taustatiedoista ainakin **sukupuoli ja ikä**. Voitte lähettää kirjoituksenne nimettömänä tai halutessanne liittää yhteystiedot kirjoitukseen. Mikäli olette halukas osallistumaan mahdolliseen myöhempään haastatteluun, kirjoittakaa yhteystiedoista nimi, osoite ja puhelinnumero. Olen sitoutunut käsittelemään kirjoituksia luottamuksellisesti ja siten, että niitä käytetään ainoastaan tutkimustarkoituksessa. Teidän tietojanne ei voida tutkimusraportista tunnistaa.

Toivon, että postitatte kirjoituksenne osoitteella:

Eila Jantunen

osoite

tai sähköpostilla:

sähköpostiosoite

Tutkimuksen ohjaajat ovat dosentit Ritva Raatikainen ja Merja Nikkonen.

Kiitän lämpimästi jokaisesta kirjoituksesta!

Hyvät Vertaisryhmien Vastaavat ja Ryhmäläiset

Teen tutkimusta masentuneiden henkilöiden ja perheenjäsenten vertaistuen kokemuksista. Kyseessä on hoitotieteen alaan kuuluva tutkimus lisensiaatin tutkintoa varten.

Kerään aineistoa henkilökohtaisten kirjallisten kertomusten ja haastattelujen muodossa. Kiitos niistä kertomuksista, joita olen saanut! Niitä voi mielellään vieläkin lähettää.

Olisiko Teidän vertaisryhmänne halukas ryhmähaastatteluun? Ryhmähaastattelu tarkoittaa tässä yhteydessä tilannetta, jossa ryhmä keskustelee vertaisryhmän ja vertaistuen kokemuksista melko vapaamuotoisesti. Haastattelu voi tapahtua ryhmän tavanomaisen kokoontumisen yhteydessä tai erikseen sovittuna aikana. Jotta jokaisen ajatukset ja kokemukset taltentuisivat siinä muodossa, missä ne esitetään, keskustelu on tarkoituksenmukaista nauhoittaa. Tallennettua keskustelua eivät lisäksi kuuntele muut henkilöt. Käsittelen saatua tietoa luottamuksellisesti enkä ilmaise raportissa niitä ryhmiä, joista tietoa on kerätty. Ryhmähaastatteluajankohdaksi sopisi erinomaisesti helmi-maaliskuu 2004.

Toivon, että keskustellette lähiajan kokoontumisessanne mahdollisesta osallistumisestanne ryhmähaastatteluun ja Teille sopivasta ajankohdasta.

Eila Jantunen
yhteystiedot

6 a) Haastatteluteemat (yksilöhaastattelut)

Vertaisryhmään hakeutuminen

Masennustausta

Käytännön menettelytavat ryhmään/ryhmiin hakeutumisvaiheessa

Ensivaikutelma ryhmästä

Kokemukset vertaisryhmästä ja vertaistuesta yleensä

Osallistumisen kokemukset

Itselle merkittävät kokemukset (myönteiset, kielteiset)

Vertaistuen ja muiden avun muotojen suhde

Vertaisryhmien kehittäminen

Vertaistuksessa ja vertaisryhmissä kehitettävät asiat

6b) Haastatteluteemat (Ryhmähaastattelut)

Ryhmään tuleminen

- Oma tilanne ja masennuksen vaihe ryhmään tullessa

- Ryhmään hakeutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Ryhmän toimintatavat

- Avoin/suljettu

- Ryhmän kokoonpano

- Kokoonantumisten aikataulu (tiheys ja kesto)

- Puhumisen sisällön määräytyminen

- Ohjaajan rooli

Kokemukset vertaisryhmästä

- Itselle merkittävät kokemukset

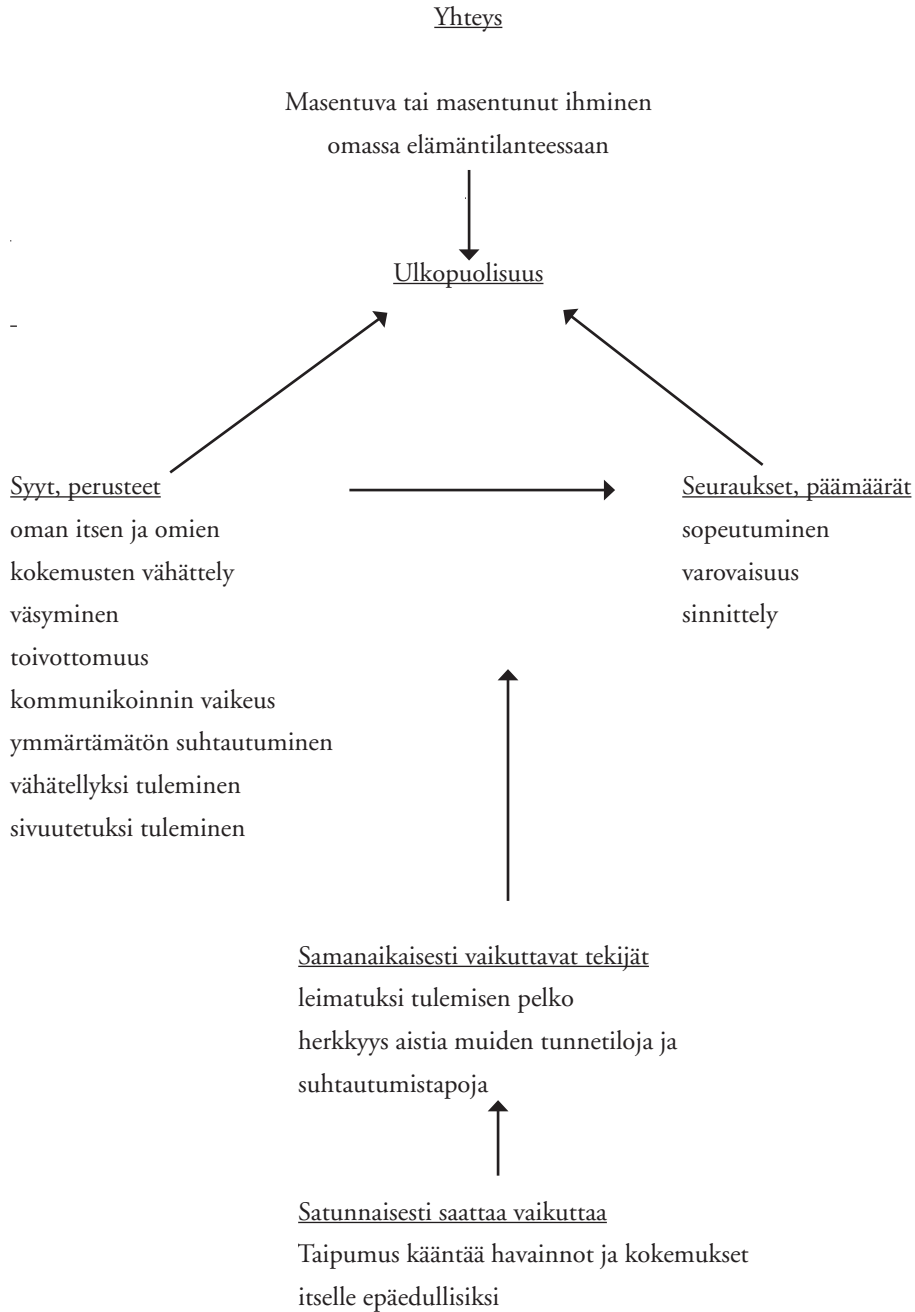
- Oma tapa osallistua ryhmässä

- Vertaistuen ja muun avun yhdistyminen

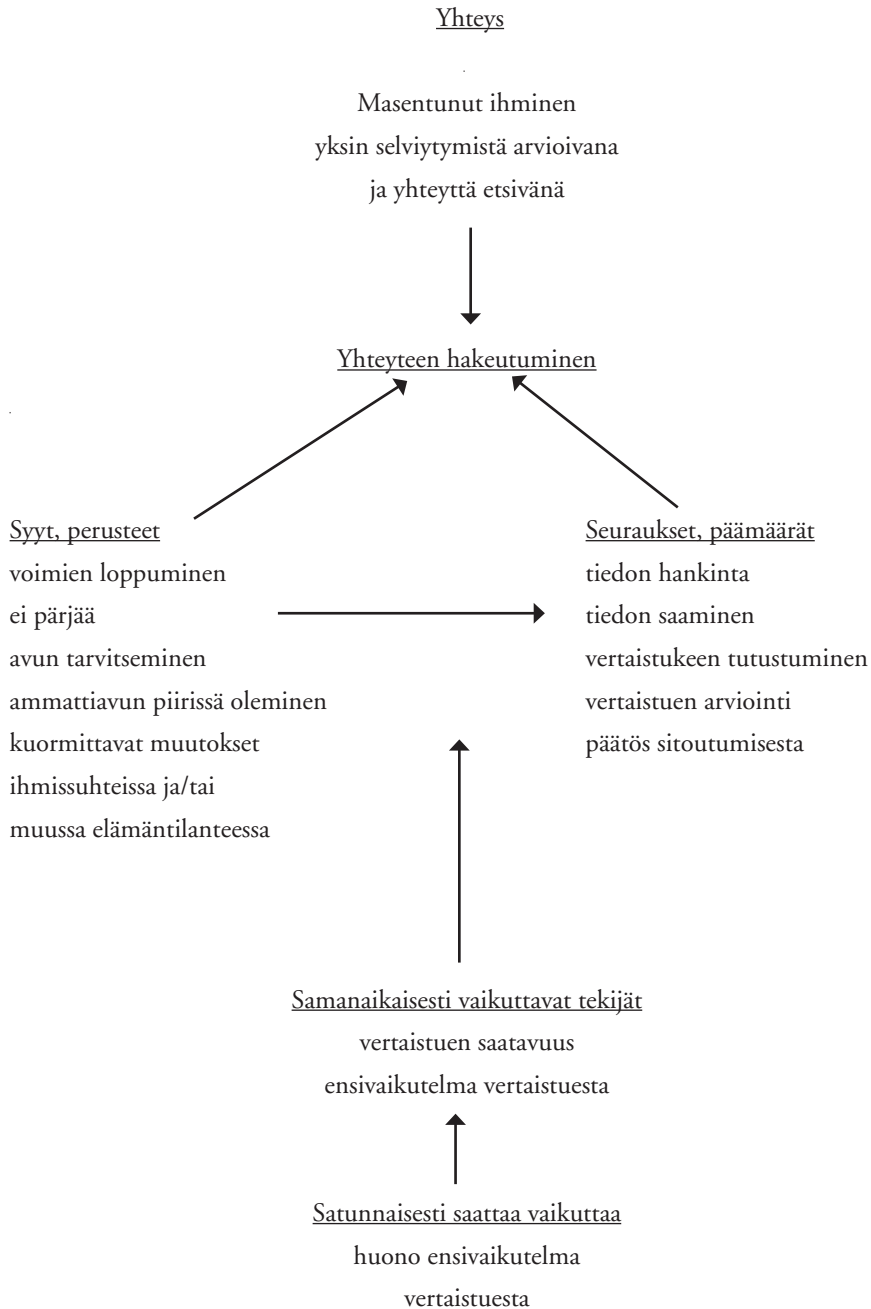
- Ryhmän kehittäminen

- Ryhmän ja siihen osallistumisen tulevaisuus

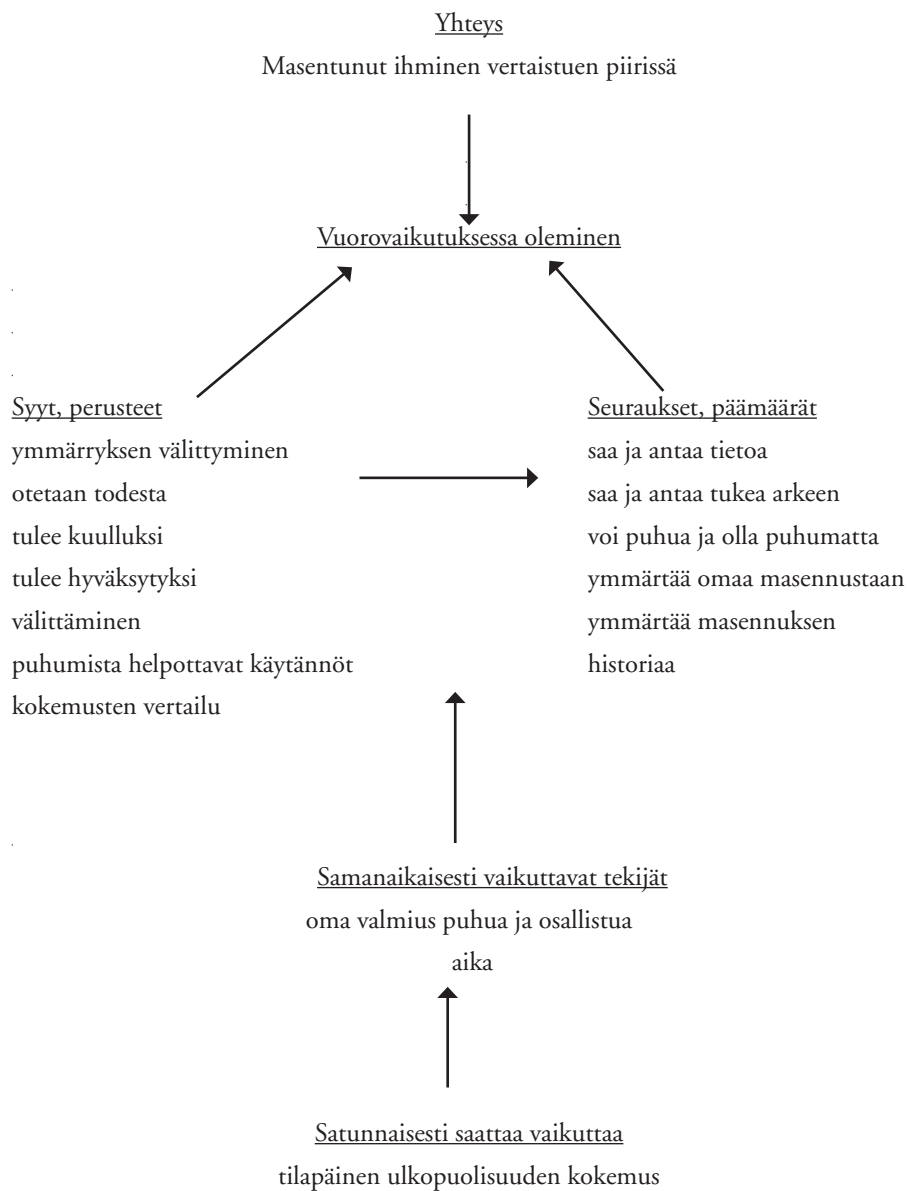
Käsitteen 'yhteyden ulkopuolella oleminen' analyysi



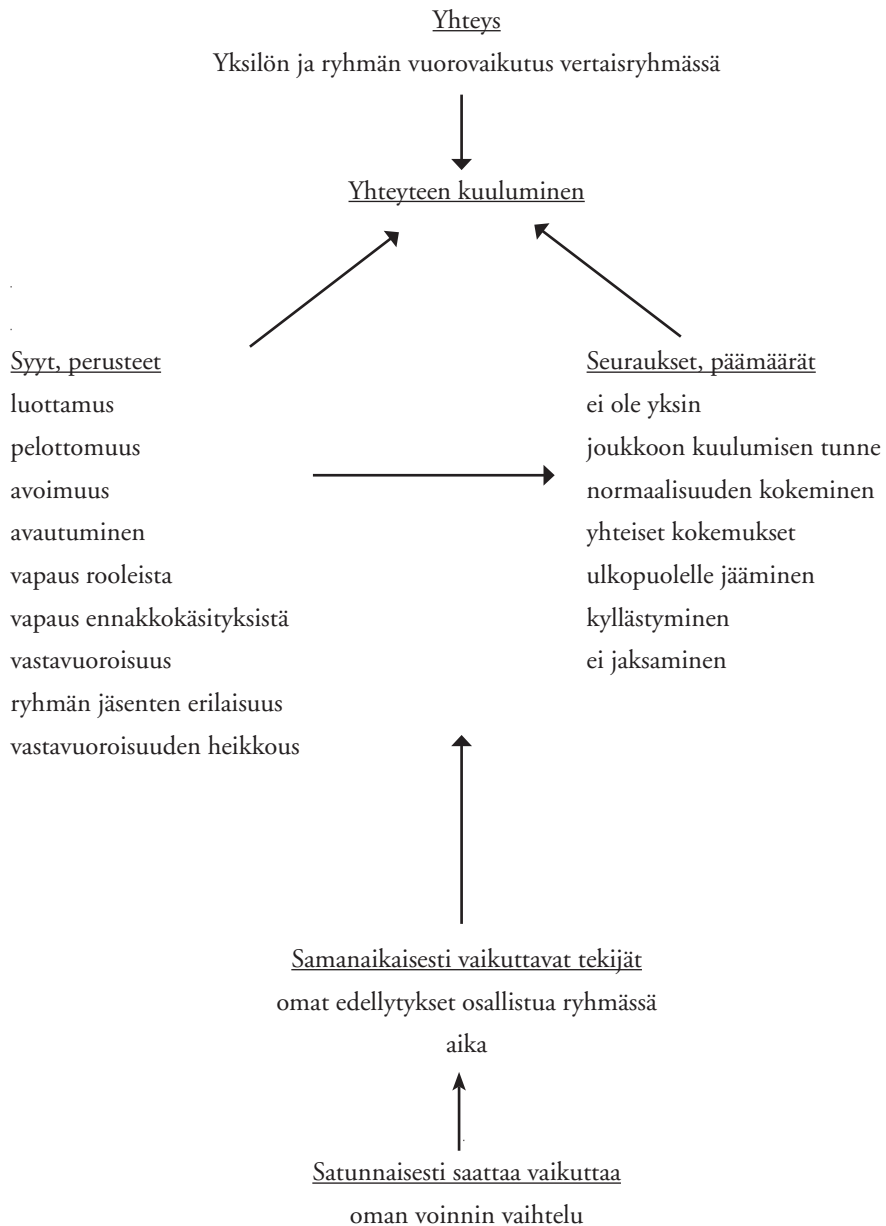
Käsitteen 'yhteyteen hakeutuminen' analyysi



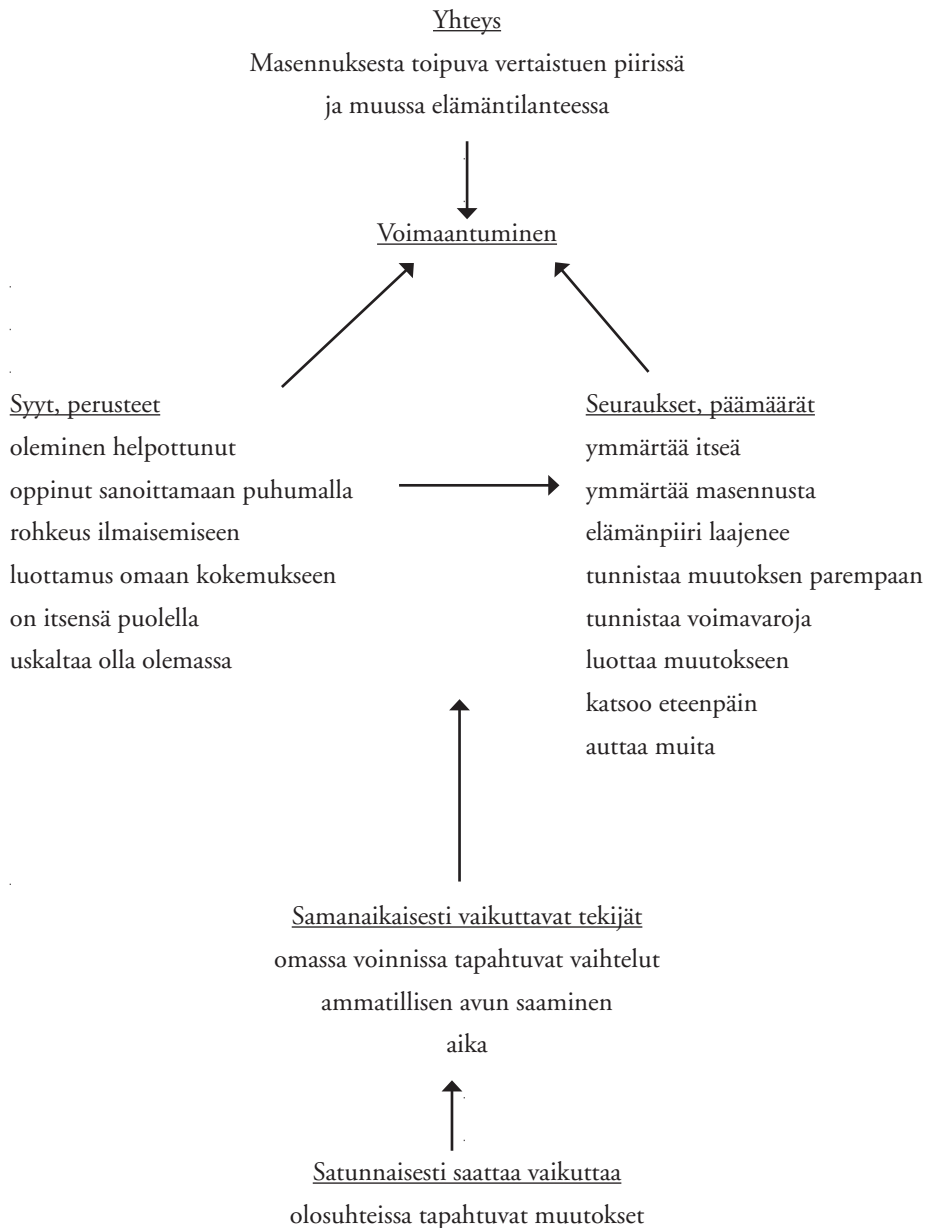
Käsitteen 'vuorovaikutuksessa oleminen' analyysi



Käsitteen 'yhteyteen kuuluminen' analyysi



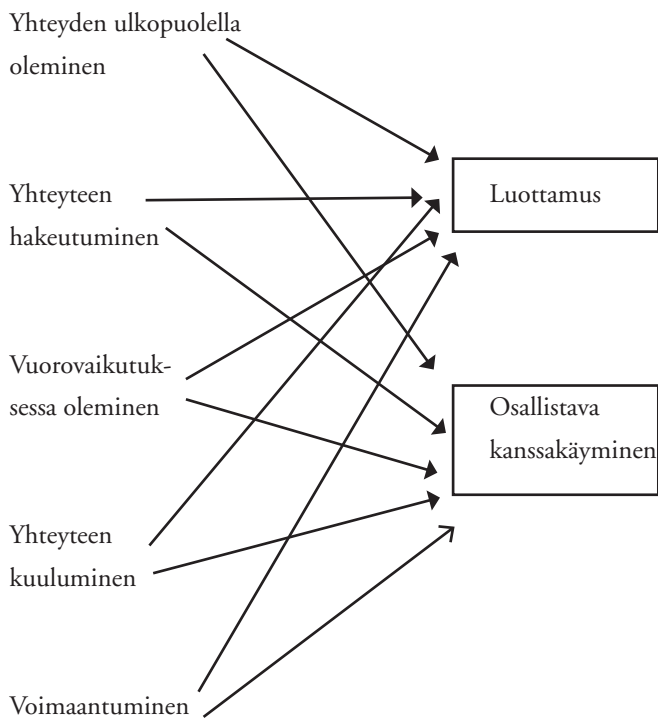
Käsitteen 'voimaantuminen' analyysi



Liite 8

Käsitteiden väliset suhteet

Käsite ← Ominaisuudet → Käsitteiden väliset suhteet



Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia

Sarjassa julkaistaan merkittäviä tutkimuksia. Julkaisun on tuotettava uutta ja innovatiivista tutkimustietoa Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueilta. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja niin Diakonia-ammattikorkeakoulun omat työntekijät kuin ulkopuoliset.

1 Kainulainen, Sakari (toim.) 2002:
Ammattikorkeakoulu - tehdas vai akatemia?

2 Rask, Katja & Pasanen, Sina 2003:
Perhekuntoutuksesta valmiuksia päihitteettömyyteen, vanhemmuuteen ja elämänhallintaan. Perheen yhdistetty hoito (PYY) -kuntoutusprosessin arviointi.

3 Rask, Katja & Kainulainen, Sakari & Pasanen, Sina 2003:
Diakoniatyön ja kirkon nuorisotyön arki vuonna 2002. Tutkimus diakonia-työntekijöiden ja kirkon nuorisotyönohjaajien kokemuksista seurakuntatyöstä ja työtaidoistaan.

4 Rask, Katja, Kainulainen, Sakari & Pasanen, Sina 2003:
Koulutuksen antamat valmiudet seurakuntatyöhön. Vuosina 1998-2002 valmistuneiden diakoniatyöntekijöiden ja kirkon nuorisotyönohjaajien sekä heidän esimiestensä käsityksiä kirkollisista valmiuksista.

5 Hynynen, Heidi & Pyörre, Susanna & Roslöf, Raija 2003:
Elämä käsillä - viittomakielentulkin ammattikuva.

6 Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2003:
Seniorien seurakunta - 75-vuotiaiden helsinkiläisten ajatuksia elämästään ja seurakunnastaan

7 Karjalainen, Anna Liisa 2004:
Kokemuksesta kirjoittaminen ja kirjoittamisen kokemus. Omaelämäkerrallinen kirjoittaminen sosionomikoulutuksessa ja narratiivinen menetelmä sosiaalialan työssä

8 Launonen, Pekka 2004:

Nuorisonohjaajasta nuorisotyönohjaajaksi. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon nuorisotyönohjaajien koulutus ja ammattitaidon muuttuvat tulkin-
nat 1949-1996.

9 Rautio, Maria 2004:

Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Työterveyshuollon menetelmien kehittäminen moniamma-
tillisena oppimisprosessina.

10 Leskinen, Riitta 2005:

Itseohjautuva ammattikorkeakoulun jatkotutkinto-opiskelija. Tapaus Diak
ja Hamk.

11 Hyväri, Susanna & Latvus, Kari 2005:

Paikallisia teologioita Espoossa

12 Lampi, Hannu 2005:

Miehen sydäninfarktinkokemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumises-
ta ja potilaana olosta.

13 Semi, Eija 2006:

Sosiaalialan työn ja sosiaalipedagogiikan yhtymäkohtia historiallisen tulkin-
nan ja opetussuunnitelmien valossa

14 Ryökäs, Esko 2006:

Kokonaisdiakonia

15 Pesonen, Arja 2006:

Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista

16 Karppinen, Leena 2007:

”Vain paras on tarpeeksi hyvää lapsille”. Ruusu Heininen Sortavalan Kas-
vattajaopiston perustajana ja kehittäjänä

17 Hyväri, Susanna 2008:

Paikkasidos elämäntavassa ja elämäntavassa - maaseutu ja kaupunki yhden ikäryhmän kokemana

18 Jantunen, Eila:

Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria