

Opinnäytetyö (AMK)
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalvelutyö
2013

Outi Vesterinen

MIELENTERVEYDEN MERKITYS PARISUHTEELLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma | Sosiaalipalvelutyö

2013 | 46 + 2

Ohjaaja Liisa Pirinen

Outi Vesterinen

MIELENTERVEYDEN MERKITYS PARISUHTEELLE

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle. Mielenterveys on hyvinvoinnin perusta, joka vahvistaa toimintakykyä ja suojelee meitä elämän hankaluuksia vastaan. Kun puoliso sairastuu mielenterveysongelmaan, vaikuttaa se parisuhteeseen monin eri tavoin. Toisen puolison sairastaessa, joutuu toinen huolehtimaan enemmän tai vähemmän kodin arjesta, taloudesta ja sosiaalisista suhteista. Omaisella on suuri riski uupua ja masentua myös itse. Hankalasta tilanteesta selviytymiseen vaikuttaa kumppanilta, ystäviltä ja yhteiskunnalta saatu tuki.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyden merkityksestä parisuhteille ja puolisoitten tuen tarpeista. Tämän tiedon avulla Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry voi kehittää toimintaansa. Tutkimuksella on kaksi tutkimustehtävää: Mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle mielenterveyskuntoutujan puolison näkökulmasta? Millaista tukea puolisoit kokevat tarvitsevänsä?

Tutkimuksen tutkimusaineistona on neljä mielenterveyskuntoutujan puolison kirjoittamaa kirjoitusta otsikolla ”Mielenterveyden merkitys parisuhteelle”. Aineisto kerättiin julkaisemalla ohjeistusta, jossa pyydettiin kirjoituksia, Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksessä ja yhdistyksen erilaisissa yhteistyöverkostoissa. Aineisto analysoitiin luokittelemalla kirjoitukset sekä tutkimustehtävien kautta että aineistolähtöisesti.

Puolisot mainitsivat monia kokemuksia tunteita ja ajatuksia kirjoituksissaan. Puolisot kuvasivat sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia parisuhteisiin, joita mielenterveysongelmat aiheuttivat. Kirjoituksissa kuvattiin sekä sosiaalisen että ammatillisen tuen muotoja. Lisäksi puolisoit kuvasivat erilaisia tuen tarpeita. Tulokset vastaavat tutkimuksen teoriaosuutta.

ASIASANAT:

Mielenterveys, mielenterveysongelmat, omaiset ja parisuhde.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Social Services | Social Service Work

2013 | 46 + 2

Instructor Liisa Pirinen

Outi Vesterinen

MENTAL HEALTH'S MEANING TO INTIMATE RELATIONSHIP

This research is a qualitative study concerning mental health's meaning to intimate relationship. Mental health forms a basis for welfare which strengthens one's performance and protects us against life's adversities. When a partner suffers from a mental health problem it has many effects on intimate relationship. When the spouse suffers, the partner must more or less take care of everyday matters, finances and social relationships. The partner himself is in a big risk of wearing out and getting depressed as well. Support from the partner, friends and society help in coping with the troublesome situation.

The research's object is to provide information about mental health's meaning to intimate relationships and about the spouse's needs for support. With the help of this information Family Association promoting Mental Health in South-West Finland can develop their activities. This research has two research questions. What is mental health's meaning to intimate relationship from the perspective of the mental health rehabilitator's spouse? What kind of support spouses feel they would need?

The research data of the research are four essays which mental health rehabilitators' spouses wrote with the title "Mental health's meaning to intimate relationship". The data was gathered by publishing the instructions, in which the essays were asked for, in Family Association promoting Mental Health in South-West Finland and through the organisation's cooperation networks. The data was analyzed by dividing the essays into categories both by research questions and by data.

The spouses mentioned many feelings and thoughts they had experienced in their essays. The spouses described both positive and negative effects on intimate relationships which mental health problems cause. The writers described both social and professional forms of support. The spouses also described different kinds of needs for support. The outcome corresponds to the theoretical part of the research.

KEYWORDS:

Mental health, mental health problems, relatives and intimate relationship.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYDEN MONET ULOTTUVUUDET	7
2.1 Mielenterveyden elementit	7
2.2 Mielenterveysongelmien esiintyvyys	9
3 MIELENTERVEYSONGELMA PARISUHTEESSA	13
3.1 Hyvä parisuhde mielen­terveyden perustana	13
3.2 Mielenterveyskuntoutujan puolisona ja omaisena	15
3.3 Parisuhteen ja omaisten ammatillinen tukeminen	23
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	25
4.1 Tavoite ja tutkimustehtävät	25
4.2 Aineiston hankinta ja tutkimuskohde	25
4.3 Aineiston käsittely ja analyysi	28
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
5.1 Mielenterveysongelmien vaikutukset parisuhteisiin	30
5.2 Ammatillinen tuki ja puoliso­iden kokemat tuen tarpeet	34
6 ARVIOINTI JA POHDINTA	37
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	37
6.2 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	41
LÄHTEET	45

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupahakemus
- Liite 2. Ohjeistus

1 JOHDANTO

Tämä tutkimus on laadullinen tutkimus mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyden merkityksestä parisuhteille ja puolisoiden tuen tarpeista. Tämän tiedon avulla Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry voi kehittää toimintaansa. Tutkimuksella on kaksi tutkimustehtävää: Mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle mielenterveyskuntoutujan puolison näkökulmasta? Millaista tukea puoliso kokevat tarvitsevänsä?

Halusin yhdistää tutkimuksessani teemat mielenterveys ja parisuhteet. Tutkimuksen kautta sain mahdollisuuden perehtyä mielenterveystyöhön, joka on yksi sosionomin työkentistä. Halusin perehtyä mielenterveyteen, koska mielenterveysongelmien kanssa ollaan tekemisissä kaikilla sosionomin työkentillä. Mielenterveysosaamisesta on hyötyä sekä työssä lastensuojelussa että työssä kolmannella sektorilla. Halusin yhdistää teeman parisuhteet tutkimukseeni, koska parisuhdetyö ja alan opiskelu kiinnostaa minua tulevaisuudessa. Tutkimuksen aihe sopi hyvin Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistykseen, joten sain yhdistyksestä toimeksiantajan tutkimukselleni.

Parisuhteita ja mielenterveysongelmia on tutkittu vähän. Myös Crowen (2004, 309) mukaan parisuhteet ja mielenterveysongelmat ovat erittäin vähän tutkittu alue. Paajasen (2003, 94) mukaan tutkimustietoa parisuhteista tarvitaan lisää. Tutkimukseni on tarpeellinen ja sen aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveyden ongelmia on paljon ja kaikilla asiakasryhmillä. Aikuinen mielenterveyskuntoutuja voi olla parisuhteessa, jolloin ongelma heijastuu suhteeseen ja ongelman kanssa kamppailee myös puoliso.

Käytän tässä tutkimuksessa termiä mielenterveyskuntoutuja. Tarkoitan tällä termillä kaikkia mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä – juuri sairastuneita, kuntoutujia, sekä jo kuntoutuneita ihmisiä. Mielenterveyskuntoutujan puoliso voi siis elää parisuhteessa joko akuuttia sairastamisen aikaa, kulkea kuntoutujan rinnalla tai muistella sitä aikaa, jolloin mielenterveysongelma vaikeutti elämää.

Tein tutkimukseni vuoden 2013 aikana. Valitsin aiheen heti vuodenvaihteessa ja suunnittelin tutkimuksen tekemistä alkuvuodesta. Suoritin suuntaavien harjoittelun Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksessä huhti-, touko- ja syyskuussa. Luvut kaksi ja kolme sisältävät tutkimukseni teoriaosuu- den, jonka kirjoitin kevään aikana. Touko- ja kesäkuun aikana keräsin aineiston. Kesän aikana analysoin aineiston ja syyskuussa kirjoitin tutkimuksen tulokset. Kerron tutkimuksen suorittamisesta lisää luvussa neljä. Luvussa viisi esittelen tutkimukseni tulokset. Luku kuusi sisältää tutkimuksen arvioinnin ja pohdinnan. Arvioin tutkimuksen luotettavuutta ja esitän johtopäätöksiä tutkimuksesta. Li- säksi esitän kehittämissuhteita Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais- Suomen yhdistyksen toiminnalle sekä mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia.

2 MIELENTERVEYDEN MONET ULOTTUVUUDET

2.1 Mielenterveyden elementit

Mielenterveys on monimerkityksinen termi. Se on kokonaisvaltainen, monita-hoinen, dynaaminen ja positiivinen ilmiö. Se on voimavara, joka kehittyy koko ajan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Mielenterveys sisältää ajatuksen ihmisestä toimintakykyisenä ja elämäniloisena. Positiivinen mielenterveys koostuu itseluottamuksesta ja itsensä hyväksymisestä sekä koherenssin tunteen osatekijöistä. Tunne koherenssista tarkoittaa positiivista elämään orientoitumista, vuorovaikutuksellisuutta ja hallinnan tunnetta, jolloin maailma näyttäytyy yksilölle mielekkäänä ja ymmärrettävänä. (Noppiari ym. 2007, 18, 29.)

Mielenterveys ei tarkoita pelkästään ongelmien puuttumista. Mielenterveys on hyvinvoinnin perusta, se vahvistaa toimintakykyä ja ylläpitää vastustuskykyä elämän hankaluuksia vastaan. Mielenterveys ei ole pysyvä, muuttumaton tila, vaan se vaihtelee ja muuttuu elämäntilanteiden ja elämäkokemusten mukaan. (Heiskanen ym. 2006, 19–20.) Mielenterveyden aste voi vaihdella hyvästä olostajoihtaiseen huonovointisuuteen (Noppiari ym. 2007, 18).

Mielenterveys muovautuu koko elämän ajan yksilöllisen kasvun ja kehityksen mukaan. Suotuisissa olosuhteissa mielenterveyden voimavarat uusiutuvat, kun taas epäsuotuisissa olosuhteissa ne kuluvat. Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys mahdollistaa taidon luoda ihmissuhteita ja pitää huolta toisista, kyvyn ilmaista tunteita, taidon tehdä työtä, kyvyn sietää ajoittaista ahdistusta ja hallinnan menetyistä sekä kyvyn hyväksyä omassa elämässä tapahtuvia muutoksia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Mielenterveyttä on vaikea määritellä, koska siihen vaikuttavat niin monet tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot (Heiskanen ym. 2006, 17). Noppiari ym. (2007, 19) kirjoittavat mielenterveyden elementeistä. Elementit ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteis-

kunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot ja arvostukset. Yksilöllisiä tekijöitä ovat fyysinen terveys, emotionaalis-kognitiiviset toiminnot, identiteetti, minäkäsitys ja itsensä hyväksyminen, itsearvostus ja itseluottamus, autonomia ja sopeutumiskyky, selviytymis- ja stressinhallintataidot sekä elämäntarpeiden toteutuminen. (Noppari ym. 2007, 19–20.)

Sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvät ihmisen henkilökohtainen ja perheen elämänpiiri, koulu- ja työyhteisöt, yhdyskunta- ja ympäristötekijät sekä hyvät hallinto- ja palvelumallit. Keskeinen hyvän elämän lähtökohdan mahdollistaja on perhe. Perheiden elinolojen pitäisi vähentää perheenjäsenten kuormittavia tekijöitä ja mahdollistaa hyvät vuorovaikutukselliset suhteet. Perheet joutuvat kuitenkin kokemaan negatiivisia muutoksia ja sairauksia. Pahimmillaan nämä kokemukset siirtyvät sukupolvesta toiseen sosiaalisen perimän kautta. Myös toimiva työyhteisö ja mielekäs työ ovat merkittäviä mielenterveydelle. Nykyisessä työkuulttuurissa on entistä haastavampaa viettää täysipainoista perhe-elämää ja säilyttää mielenterveytensä. Lisäksi yhteisöllisyydellä on positiivinen merkitys ihmisen terveydelle. Yhteisöllisyyden mureneminen on yhteydessä ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen sairastamiseen. (Noppari ym. 2007, 22–25.)

Mielenterveyteen vaikuttavat myös yksilöstä riippumattomat tekijät eli yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ja yhteiskunnassa vallitsevat kulttuuriset arvot. Rakenteellisia tekijöitä ovat muun muassa taloudellinen tilanne, työllisyystilanne, palvelujen saatavuus, koulutusmahdollisuudet, vaikuttamismahdollisuudet ja lainsäädäntö. Kulttuuriset arvot vaikuttavat siihen, mitä yhteiskunnassa arvostetaan. Eri yhteiskunnissa suhtaudutaan eri tavalla erilaisuuteen ja välitetään ihmisistä eri tavalla. Etusijalla voivat olla esimerkiksi inhimilliset tai taloudelliset arvot. (Heiskanen ym. 2006, 23.)

Mielenterveydellä on monia erilaisia suojaavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat hyvä itsetunto, itsearvostus sekä realistinen minäkäsitys ja hyväksytyksi tuleminen tunne. Sopeutumiskyky sekä ongelma- ja ristiriitatilanteiden käsittelytaito ja oppimiskyky suojaavat mieltä. Samoin suojaavia tekijöitä ovat varhaiset myönteiset ihmissuhteet sekä vuorovaikutustaidot ja ih-

missuhteiden solmimis- ja purkamiskyvyt. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat sen sijaan toimiva asuminen, koulutusmahdollisuudet ja hyvä työllisyystilanne. Toimivat yhteiskuntarakenteet sekä resurssit ja palvelujen saatavuus sekä laatu suojaavat ihmisten mieliä. Myös kulttuuriset arvot voivat toimia suojaavina tekijöinä, jos ne tukevat ihmisten autonomiaa, ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia. (Noppari ym. 2007, 48.)

2.2 Mielenterveysongelmien esiintyvyys

Mielenterveysongelmien esiintyvyydestä Suomessa ei löydy varmaa tietoa. Mielenterveyden ongelmia on monia erilaisia, eikä voida varmaksi tietää kuinka moni kärsii näistä ongelmista. Joku ei ehkä tiedä itsekään sairastavansa. Mielenterveyden ongelmien esiintyvyyttä on kuitenkin tutkittu ja arvioita esitetty. Suomalaisista noin 15–20 prosentilla on vuoden aikana diagnosoitavissa joku mielenterveysongelma. Mielenterveysongelmat ovat 2000-luvulta alkaen yhä yleisempiä syitä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. (Noppari ym. 2007, 49.) Aikuisväestöstä 20–29 % on kärsinyt vuoden aikana mielenterveysongelmasta (Duodecim Terveyskirjasto 2013a). Joka viides suomalainen sairastaa jotain mielenterveysongelmaa, ja joka vuosi 1,5 % prosenttia suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveysongelmaan (Duodecim Terveyskirjasto 2013b).

Mielenterveysongelmien arvioidaan aiheuttavan yli viidesosan kaikista terveyteen liittyvistä haitoista länsimaissa. Depressio on merkittävä kansanterveysongelma ja vuoden aikana mielialahäiriöt aiheuttavat yli 2,1 miljoonaa korvattua sairauspäivää. (Duodecim Terveyskirjasto 2013a.) Eskolan ja Karilan (2007, 8) mukaan jotakin ihmisen sopeutumiskyvyn ylittävää on ilmaantunut elämäämme. Mielenterveyden ongelmista on tulossa aikamme suurin kansantautiryhmä. Ihmiset reagoivat mielen tasapainon järkkymisellä liian nopeisiin muutoksiin, joihin ei ole kykyä sopeutua. (Eskola & Karila 2007, 8.) Myös Hiilamo ja Tuulio-Henriksson (2012, 209) kirjoittavat, että masennuksen katsotaan nykyään olevan eräs vakavimmista kansantaudeista. Samoin Noppari ym. (2007, 45–49)

korostavat mielenterveyden ongelmien merkitystä kansanterveydellisenä ongelmana yhteiskunnallisten rakenteiden ja resurssien näkökulmasta.

Mielenterveyden ongelmien esiintyvyys on pysynyt samana viime vuosikymmeninä, mutta ihmisten halukkuus hoidon ja tuen saamiseen on lisääntynyt, kun mielenterveysongelmiin liittyvät ennakkoluulot ovat hälvenneet. Toisaalta palvelujen tarvetta lisäävät perheiden ja työelämän kasvavat paineet. (Eskola & Karila 2007, 207.) Mielenterveysongelmiin liittyvät oireet vaihtelevat eri aikakausina yhteiskunnallisten ja kulttuuristen tekijöiden mukaan. Mielenterveysongelmat ovat lisäksi yleisiä suhteessa kaikkiin sairauksiin ja psyykinen oireilu, etenkin masennus, on lisääntynyt väestössä. (Noppari ym. 2007, 45–49).

Heikkilän ja Lahden (2007, 92) mukaan mielenterveyspalveluiden kysyntä on kasvanut, mutta tutkimuksellista näyttöä ongelmien lisääntymisestä ei ole. Syyt liittyvätkin kirjoittajien mukaan yhteiskunnallisiin muutoksiin, ei epidemiologisiin muutoksiin. Mielenterveyspalveluihin hakeutumista ovat lisänneet ongelmiin liittyvän stigman lieventyminen, perhesiteiden löystyminen ja elämään kuuluvien normaalien ilmiöiden medikalisaatio. Kuitenkaan suuri osa vaikeistakin mielenterveysongelmista kärsivistä ei ole palveluiden piirissä. Palveluihin ohjautuu mahdollisesti sellainen väestönosa, jolla on hyvä sosiaalinen asema ja hyvä mielenterveysvalistuneisuus. (Heikkilä & Lahti 2007, 92.)

Palvelujärjestelmä on kehittynyt huonoon suuntaan, kun yksityistetään, käytetään tilaaja-tuottajamallia ja on otettu käyttöön näyttöön perustuva hoitokäytäntö. Monet pitkäaikaisista psyykkisistä sairauksista kärsivät ovat joko yksityisten palvelukotien asiakkaita tai omaisten tuen varassa (Eskola & Karila 2007, 206). Mielenterveysongelmien seulontaa ja hoitoa tulee kehittää, koska ne aiheuttavat kansantaloudellisia kustannuksia, palvelujen tarvetta, tuottavuuden pienenemistä sekä kuolleisuutta ja inhimillistä kärsimystä. Mielenterveysongelmat aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, koska ne vähentävät toimintakykyä, heikentävät vuorovaikutustaitoja, huonontavat sosiaalista asemaa ja taloudellista toimeentuloa sekä vahvistavat syrjäytymisriskiä. (Noppari ym. 2007, 45–48.)

Kataisen hallitusohjelmassa todetaan, että maailman muutokset kohtelevat eri ihmisiä eri tavoin – osaa ihmisistä uhkaa pysyvä syrjäytyminen. Ohjelma linjaa, että hallitus kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja, peruspalveluita vahvistetaan ja uudistetaan, toimeentuloturva parannetaan, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn panostetaan ja samoin panostetaan myös mielenterveyspalveluihin. (Hakkarainen ym. 2012, 11.) Toimeentulon ongelmat aiheuttavat mielenterveysongelmia. Toimeentuloturvaan tuleekin kiinnittää huomiota, sillä toimeentulotuesta on perusturvan riittämättömyyden vuoksi tullut pienituloisten pysyvä tulonlähde. Toimeentulotuen pitäisi tarjota apua vain silloin, kun omat varat eivät riitä jossakin yllättävässä tilanteessa. (Vaarama ym. 2010, 144.)

Mielenterveysongelmat ja seksuaalisuus

Mielenterveysongelmien vaikutusta seksuaalisuuteen on tutkittu vähän. Lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista seksuaalisuuteen tosin tiedetään enemmän. (Östman 2008, 355.) Psykkiset ongelmat voivat aiheuttaa ainakin haluttomuutta. Oma seksuaalisuus voivat kaventaa riittämättömyyden tunteet, syyllisyys ja muuttuneet roolit parisuhteessa. Jos toinen haluaa, mutta toinen ei, voi olla vaikeaa löytää yhteistä säveltä. Jos kumppanit pystyvät keskustelemaan asiasta avoimesti, ratkaisu voi löytyä. (Heiskanen ym. 2006, 83.)

Seksuaalista haluttomuutta aiheuttavia psyykkisiä sairauksia ovat etenkin masennus, mutta myös ahdistuneisuushäiriö ja paniikkihäiriö. Lisäksi pakko-oireinen häiriö ja eräät persoonallisuushäiriöt voivat aiheuttaa haluttomuutta. Masennuksen kohdalla pitäisi kuitenkin tutkia syy-seuraus-suhde. Masennus voi aiheuttaa haluttomuutta tai sitten haluttomuus aiheuttaa masennusta. (Virtanen 2002, 160.) Myös Heusalan (2001, 176) mukaan masentuneisuus on yksi yleisimmistä syistä haluttomuuteen. Merkitykselliseksi ja arvokkaaksi itsensä kokevat naiset harrastavat enemmän seksiä kuin masentuneet naiset (Heusala 2001, 176).

Psyykkiset sairaudet aiheuttavat myös muita seksuaalisia häiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöihin ja masennukseen liittyy kiihottumis- ja orgasmivaikeuksia sekä erektion häiriintymistä. Skitsofrenia kulkee käsi kädessä monimuotoisten seksuaalitoimintojen häiriöiden kanssa. Persoonallishäiriöihin liittyy haluttomuuden lisäksi liiallista aktiivisuutta, samoin pakko-oireisiin häiriöihin liittyy yliaktiivisuutta, mutta myös välttämiskäyttäytymistä. Myös psyykenlääkkeillä on vaikutusta seksuaalisuuteen. On kuitenkin vaikeaa arvioida, mikä on lääkkeiden vaikutusta ja mikä sairauksien. (Virtanen 2002, 298.)

Mielialalääkkeillä on usein haittavaikutuksena seksuaalista haluttomuutta. Lääkityksen tyypillä ei niinkään ole väliä, vaan suuret lääkemäärät lisäävät haittavaikutusten mahdollisuutta. (Heusala 2004, 178.) Psykiatriin häiriöihin voi liittyä myös hyperseksuaalisuutta. Ahdistunut ihminen voi hakea turvaa ja lohdutusta seksistä sen sijaan, että hänen seksuaalinen toimintakykynsä laskisi. Hyperseksuaalisuus liittyy usein kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisiin jaksoihin ja mielialan aaltoiluhäiriöön. (Apter ym. 2006, 308–309.)

Useimpiin psykiatriin sairauksiin liittyy seksuaalitoimintojen häiriöitä ja kaikki psyykenlääkkeet voivat vaikuttaa seksuaalitoimintoihin. Tämä taas vaikuttaa negatiivisesti sairastuneen itsetuntoon. Masennus ja seksuaaliset ongelmat kulkevat usein käsi kädessä, mutta toisaalta seksuaalinen toimintahäiriö voi jäädä diagnosoimatta masennuksen takia. Etenkin raskauden aikaisessa ja synnytyksen jälkeisessä masennuksessa seksuaalinen haluttomuus on tavallista. (Apter ym. 2006, 305–310.)

3 MIELENTERVEYSONGELMA PARISUHTEESSA

3.1 Hyvä parisuhde mielenterveyden perustana

Parisuhde on perheen ydin, jonka varassa perhe elää tai hajoaa. Parisuhde koskettaa lähes jokaista ihmistä jossain vaiheessa elämää – lapsena omien vanhempien parisuhde ja aikuisena oma parisuhde. Parisuhteet ovat osoittautuneet hauraksi, sillä Suomi on Euroopan kärkipäässä avioerotilastoissa. Väestöliiton perhebarometrin mukaan parisuhdetta pidetään yhtenä tärkeimpänä asiana elämässä. Parisuhde tuottaa tyytyväisyyttä elämässä ja antaa mahdollisuuden jakaa ilot ja surut. (Paajanen 2003, 26, 39, 86.)

Ihmiset, jotka ovat tyytyväisiä parisuhteeseensa, elävät terveempinä ja pidempään kuin eronneet tai parisuhteeseensa tyytymättömät ihmiset. Hyvä parisuhde vahvistaa myös immunitettijärjestelmää. Parisuhteessa elävät tulevat lisäksi paremmin toimeen taloudellisesti. Koska elämisen laatu ja suuret tulot ovat yhteydessä ihmisten terveyteen, parisuhde luo paremmat edellytykset hyvinvoinnille. Onnettomassa parisuhteessa elävät tai eristäytyneet ihmiset altistuvat herkemmin muun muassa psyykkisille ongelmille, ahdistukselle, masennukselle ja itsemurhille, koska heidän saamansa sosiaalinen ja emotionaalinen tuki on vähäistä. Luotettava ja läheinen sosiaalinen verkko suojelee etenkin stressaavissa tilanteissa. (Määttä 2000, 18–19.)

Parisuhteelta toivotaan turvaa ja tasapainoa nykyisessä hektisessä ja epävarmassa elämässä. Sukulaiset, ystävät ja muut tukiverkostot voivat olla kaukana tai aikaa ei jää ystävyysuhteiden ylläpitämiseen perheen, työn ja harrastusten lisäksi. Tällöin paineet kohdistuvat parisuhteelle – puolisolta kaivataan tukea. Parisuhteen koetaan tuovan taloudellista turvallisuutta ja lisää ystäviä. Parisuhde merkitsee siis sosiaalista, taloudellista ja emotionaalista turvallisuutta. (Paajanen 2003, 26, 39.)

Vahva luottamus puolisoon ja molemminpuolinen kunnioitus ovat tärkeimpiä asioita hyvässä parisuhteessa. Näiden lisäksi tärkeitä tekijöitä ovat samanlaiset elämänarvot, hyvä kyky käsitellä ristiriitoja sekä se, että voidaan puhua kaikesta puolison kanssa. Perhebarometrin vastaajista naiset painottivat lisäksi puolisoiden samankaltaisuutta, hyvää kommunikaatiota sekä vahvaa sitoutumista. Kun puoliset ovat sitoutuneet parisuhteeseen, he seisovat samalla puolella yhdessä vaikeuksia vastaan ja voittavat vaikeudet yhdessä. (Paajanen 2003, 38, 88.)

Perhebarometrin vastaajat olivat harvimmin tyytyväisiä kahdenkeskisen ajan määrään ja seksielämään. Parisuhteen ongelmista keskustellaan useimmiten puolison kanssa, mutta myös ystävien ja omien sukulaisten kanssa. Ammattiuttajat mainittiin perhebarometrissä harvimmin ja ne, jotka olivat ammattiapua hakeneet, eivät sitä aina löytäneet. Syitä ammattiavun hakemiseen olivat parisuhteen tulevaisuuden epävarmuus, masentuneisuus, oma jaksaminen sekä kommunikaatio-ongelmat. (Paajanen 2003, 40, 62–63.) Parisuhde on kuin kaksiteäinen miekka. Parhaimmillaan se tuo ihmisten elämään onnea ja hyvinvointia. Pahimmillaan se vaikeuttaa ihmisen mahdollisuutta toteuttaa itseään sekä saavuttaa tasapainoa läheisyyden ja erillisyyden välillä. (Määttä 2000, 20.)

Parisuhteen eron syiksi mainittiin useimmiten väkivalta, uskottomuus ja liiallinen päihteiden käyttö – harvimmin muun muassa puolison vaikea sairaus tai taloudelliset ongelmat. Miehet painottivat naisia enemmän seksuaalisia ongelmia ja naiset miehiä enemmän puolisolta saatavan tuen ja arvostuksen vähäisyyttä sekä epätasapainoista vastuunjakoa kodin arjessa. Perhebarometrin vastaajien mukaan erolta olisi välttytty, jos ongelmiin olisi tartuttu ajoissa ja haettu apua. Suhteen hoitamattomuuteen olisi voitu vaikuttaa. Epärealistiset odotukset parisuhteelle olivat usein syynä nopeasti päättyvään liittoon. Tämän takia on tärkeää tuntea hyvin tuleva puoliso sekä puhua omista ja yhteisistä toiveista ja odotuksista. Lisäksi on tärkeää sietää arkea ja epätäydellisyyttä. Jotta parisuhde toimii, on erittäin tärkeää opetella kuuntelemaan puolisoa ja puhumaan yhteistä kieltä. (Paajanen 2003, 83, 92.)

3.2 Mielensterveyskuntoutujan puolisona ja omaisena

Mielensterveysongelma koettelee parisuhdetta

Monet mielensterveyskuntoutajat ovat parisuhteessa ja mielensterveysongelmat vaikuttavat myös puolisoon (Crowe 2004, 309). Masentuneet aikuiset kärsivät helposti myös parisuhdeongelmista (Åstedt-Kurki ym. 2008, 55). Masentuneen ihmisen parisuhteessa aviollinen kiinteys on vähäistä. Siinä on myös paljon epätydyttävää käytöstä. (Malinen & Alkio 2010, 124.) Mielensterveyden ongelmilla on suuri vaikutus parisuhteeseen ja mielensterveysongelman aiheuttama stigma leimaa myös puolison (Crowe 2004, 309). Stigma heikentää itsearvostusta ja itsevarmuutta (Laine ym. 2010, 90).

Masentunut ihminen laiminlyö omia tarpeitaan ja pyrkii helposti elämään muiden asettamien ehtojen mukaan. Masennus hämmentää sairastuneen läheisiä ja perheenjäseniä. (Laine ym. 2010, 89–90.) Mielensterveysongelmaa sairastava tai mielensterveyskuntoutuja kokee monia menetyksiä. Kuntoutuja ei välttämättä koe enää mielenkiintoa tai mielihyvää, ruokahalua tai seksuaalista halukkuutta (Baker ym. 2009, 29). Kuntoutuja voi kokea toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita, hän voi menettää itseluottamuksen. Kuntoutuja voi menettää toisten kunnioituksen sekä tunteet valinnanmahdollisuuksista ja itsenäisyydestä. Sairastunut menettää terveytensä – ongelmia voi olla muun muassa muistamisen ja keskittymisen kanssa. (Baker ym. 2009, 32–34.)

Parisuhteessa on vuorovaikutusongelmia, jos toisella puolisoilla on masennuksen oireita. Masentuneen puolison suhtautuminen toiseen voi olla hyvin lapselista. Hän on tarvitseva ja riippuvainen sekä kontrolloiva. Puoliso myös suuttuu helposti. Puolisot kuvaavat raskaaksi sitä, että masentuneella kumppanilla on taipumusta itsekritiikkiin ja huonommuuden tunteisiin. Asioista puhuminen on vaikeaa, kun toinen ottaa niin helposti itseensä. (Malinen & Alkio 2010, 123–125.)

Parisuhteessa, jossa toinen puoliso on masentunut, vinoutuvat ja muuttuvat parisuhteen vuorovaikutus sekä monet suhteessa olemisen asiat. Parisuhdetta saatetaan kuvata aikuisen ja lapsen suhteeksi. Puolisot kuvaavat usein työnjaon mahdottomuutta, kun kumppanin toimintakyky on muuttunut. Parisuhde saattaa muotoutua myös sairas-terve –asetelmaksi. Puolison muuttuminen aiheuttaa hämmennystä – hänestä voi tulla täysin erilainen kumppani. (Malinen & Alkio 2010, 123.)

Dunderfeltin (2009, 70) mukaan parisuhdetta vaikeuttavat nykyinen kiireinen elämänmeno, mielenterveysongelmat, rahahuolet, alkoholinkäyttö ja muut paineet. Vakava sairastuminen on shokki koko perheelle ja siitä selviytyminen ilmenee eri tavoin eri perheissä. Toisissa perheissä yhteenkuuluvuuden tunne vahvistuu ja parisuhde lujittuu. Toisissa taas elämä hankaloituu ja parisuhde kriisiytyy. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 50.) Mielenterveyskuntoutujien asioista huolehtivat useimmiten heidän läheisensä. Läheisten taakka on sitä painavampi, mitä vähemmän on tarjolla hoito- ja kuntoutuspalveluja. Perheenjäsenen mielenterveysongelma aiheuttaa usein kriisitilanteen perheessä, joka tuo mukanaan sekä ristiriitaisia tunteita että uuden elämäntilanteen. (Koponen ym. 2012, 139.)

Parisuhde on keskeinen sairastavan puolison elinympäristö ja ympäristö on merkittävässä roolissa mielenterveysongelmien synnyssä ja ylläpidossa. Kun parisuhdetta koettelee mielenterveysongelma, parisuhteen tasapaino muuttuu. Terve puoliso alkaa enemmän ja enemmän huolehtia pariskunnan sosiaalisesta elämästä, kun sairastava puoliso muuttuu heikommaksi ja haavoittuvammaksi. (Crowe 2004, 309–310.) Ihmissuhteissa sallitaan epätasapaino tukemisen ja tuen vastaanottamisen välillä hetkittäin, kunhan tasapaino toteutuu pitkän ajan kuluessa (Laine ym. 2010, 93).

Puolisoiden välillä tapahtuu aina tuen tarpeen vaihteluja, mutta hankalaksi tilanne muuttuu, jos toinen vaatii pidemmän aikaa enemmän tukea ja apua. Sairastuneen oireilu voi määrittää sekä perheen ja kodin tunneilmapiiriä että toimintaa. Parisuhde voi muuttua hoitaja-hoidettava –suhteeksi. Tämä voi olla erittäin tuhoisaa parisuhteelle. Toinen puoliso sairastaa ja oireilee, kun toinen puoliso

reagoi oireisiin ja pyrkii minimoimaan kaikkea, mikä voi vaikuttaa oireiluun. (Koskisuus & Kulola 2005, 92–93.)

Vaikeissa elämäntilanteissa parisuhteissa tapahtuu aina muutoksia. Osa parisuhteista ei kestä, osa lujittuu. Kumppanukset joutuvat sopeutumaan uuteen tilanteeseen joko pysyvästi tai tilapäisesti. Totutut roolit parisuhteessa saattavat muuttua – puoliso voi joutua tukijan, myötäeläjän ja jopa hoitajan rooliin. Parisuhteen selviytymistä tukevat yhdessä aikaisemmin opitut selviytymiskeinot, puolison tunteminen, molemminpuolinen kunnioitus ja ymmärtäminen sekä rakkaus. (Apter ym. 2006, 287.) Puolisolta saatu emotionaalinen tuki suojelee stressiltä ja vaikeuksilta. Hyvän parisuhteen tyydyttävimpiä puolia on varmuus siitä, että voi vaikeassa tilanteessa luottaa ja turvautua puolisoon, jolla on kyky jakaa sekä ilot että surut. Tämä tunne lisää suhteen seesteisyyttä, antaa energiaa ja tukee henkistä hyvinvointia. (Määttä 2000, 61.)

Läheisen sairastuessa psyykkisesti kokevat parisuhde ja perhe kahdenlaista kuormitusta: subjektiivista ja objektiivista. Objektiivisia kuormittavia tekijöitä ovat taloudellisen tilanteen huononeminen, perheen sisäisen työnjaon muuttuminen, vanhemmuuden ja vastuun siirtyminen toiselle puolisolle sekä kanssakäymisen väheneminen sukulaisten ja tuttavien kanssa. Muita haitallisia tekijöitä ovat mielenterveysjärjestelmän puutteet sekä psyykkisiin sairauksiin liittyvä leimautuminen. Subjektiivisia kuormittavia tekijöitä ovat surun tai menetyksen tunne läheisen sairastuttua, surun mahdollinen kroonistuminen vaikean tilanteen pitkittyessä, tunteiden vuoristorata eli tunteiden ja niiden ilmaiseminen mukautuen sairastuneen tunteisiin ja tilaan, sekä empaattinen tuska läheisen kärsimyksestä eli niin sanottu myötäelävä kipu. (Koskisuus & Kulola 2005, 62–71.)

Hiilamo ja Tuulio-Henriksson (2012, 209) ovat tutkineet sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta toipumisessa. Sosiaaliselle tuella he tarkoittavat perheeltä, ystäviltä, työtovereilta tai muilta läheisiltä saatua fyysistä ja henkistä tukea. Yleisimmin sekä miehet että naiset kokivat saavansa sosiaalista tukea ystäviltä. Kumppanilta saatu tuki oli toiseksi yleisintä. Se oli tärkeää etenkin naisille. Niille, jotka olivat parisuhteessa, ystäviltä saatu tuki oli vähäisempää ja kumppanin rooli korostui. (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012, 211–216.) Myös Laineen ym.

(2010, 86) mukaan ihmissuhteilla on tärkeä merkitys mielenterveysongelmista toipuessa ja kuntoutumisessa.

Mitä enemmän ihmisillä on sosiaalista pääomaa, sitä terveemmiksi he kokevat itsensä. Koska mielenterveys rakentuu vuorovaikutussuhteissa ja mielenterveyden horjuessa horjuvat myös ihmissuhteet, vähentyy myös sosiaalinen pääoma mielenterveysongelmien takia. Masennus on ihmissuhteista eristävä ja yksinäisyyttä aiheuttava sairaus sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen. Ulkopuolisuuden kokemus syntyy sosiaalisissa suhteissa. (Laine ym. 2010, 85–86.) Crowen (2004, 310) mukaan pariskunta voi myös joutua eristetyksi omasta elämästään, jos sukulaiset ja ystävät alkavat pelätä mielenterveyskuntoutujaa ja hänen arvaamattomuuttaan.

Koskisuus ja Kulola (2005, 89) kirjoittavat siitä, mikä merkitys on perheen käytävissä olevalla ympäristön tuella. Ystävät ja sukulaiset voivat antaa sekä psyykkistä että konkreettista tukea. Vuorovaikutussuhteiden ylläpitäminen on tärkeää erityisesti omaisille, mutta mielenterveysongelma lisää riskiä eristäytyä tukiverkostoista. Perheet saattavat myös kokea, että ystävät jättävät heidät, kun heitä kohtaa hankalaksi ja vieraaksi koettu ongelma. Toisaalta on myös positiivisia kokemuksia siitä, kun on kerrottu avoimesti mielenterveysongelmasta, ja pariskuntaa onkin ymmärretty. Ystävillä on saattanut olla myös omia vastaavia kokemuksia. (Koskisuus & Kulola 2005, 89–90.)

Puolisona ja omaisena mielenterveyskuntoutujan rinnalla

Kuntoutujien läheisistä 60 prosentilla esiintyy psyykkisen kuormittuneisuuden oireita ja jopa 40 prosenttia kärsii itse masennuksesta (Koponen ym. 2012, 139). Heikkilän ja Lahden (2007, 95) mukaan omaisten vastuu arkipäivän selviytymisestä on korostunut, kun on siirrytty avohoitopainotteiseen palvelujärjestelmään. Avohoidon puutteet kuormittavat omaisia ja noin viidesosan omaisista arvioidaan olevan siinä tilanteessa, että heidän oma hyvinvointinsa vaarantuu (Heikkilä & Lahti 2007, 95–96). Toisista huolehtiminen voi olla kuormittavaa ja stressaavaa, jolloin se voi aiheuttaa jopa vihaa. Jatkuva toisten auttaminen, hoivaaminen ja huoltaminen voi aiheuttaa emotionaalisen uupumuksen tilan.

(Määttä 2000, 19, 61.) Malisen ja Alkion (2010, 123) mukaan puoliset kuvaavat usein vihan tunteita sekä toisaalta ristiriitaa vihan tuntemisessa – voiko olla vihainen huonosti voivalle puolisolle.

Koponen ym. (2012) ovat perehtyneet mielenterveyskuntoutujan läheisenä olemisen moninaisuuteen tutkimalla läheisten vertaisryhmää. Kuntoutujan läheisenä oleminen näyttäytyy uupumisena, pakkona, selviytymisenä, huolenpidon raskautena ja kritiikkinä palvelujärjestelmää kohtaan. Erilaiset pakot rajoittavat elämää, läheinen joutuu elämään toisen ehdoilla. Raskas elämäntilanne ja erilaisista asioista luopuminen uuvuttavat ja kuormittavat. Selviytymisestä puhutaan kahdella tasolla: Toisaalta mietitään sitä, onko mahdollista jatkaa parisuhdetta. Toisaalta pohditaan sitä, onko tullut oman jaksamisen äärimmäiselle rajalle. (Koponen ym. 2012, 138–139, 144.)

Huolenpito koostuu monista eri asioista. Läheisen tulee tehdä varhaisia huomioita psyykkisesti sairastuneen muutoksista, arvioida hoidon tarvetta, hoitaa arjen asioita ja tarkkailla itsemurhavaarassa olevaa. Huolenpito on jatkunut muutamista vuosista useisiin vuosikymmeniin, eikä aina läheisille tai kuntoutujille ollut löytynyt riittävää yhteiskunnan tukea. Tästä syntyi kritiikkiä palvelujärjestelmää kohtaan. (Koponen ym. 2012, 146.)

Nyman ja Stengård (2001, 32) tutkivat mielenterveyskuntoutujien omaisten hyvinvointia. He jakavat omaisten huolenpidon neljään ulottuvuuteen. Omainen huolehtii ensinnäkin käytännön arkiaskareista joko sairastuneen puolesta tai tämän tukena ja apuna. Toiseksi omainen kantaa huolta läheisen terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta. Kolmas huolenpidon ulottuvuus on sairastuneen ja omaisen tai lähipiirin vuorovaikutuksen jännittyneisyys ja ristiriidat. Lisäksi omainen valvoo sairastunutta itselleen tai muille vahingollisen toiminnan varalta. (Nyman & Stengård 2001, 32–34.)

Huolenpidon ulottuvuuksien painottuminen riippuu sairastuneen toimintakyvystä, sairastuneen tarvitseman tuen määrästä ja luonteesta, omaisen sairastuneen kanssa viettämän ajan määrästä, omaisen selviytymiskeinoista ja toiminnasta sekä huolenpidon vaikutuksista omaiseen. (Nyman & Stengård 2001, 63–

64.) Huolenpidon tehtävät vaikuttavat omaiseen monella tapaa. Mielen-terveysongelmaa sairastavasta läheisestä huolehtiminen vaikuttaa omaisen taloudelliseen tilanteeseen, työssäkäyntiin ja opiskeluun, harrastamiseen ja vapaa-ajan viettoon, sosiaalisiin suhteisiin, käytännön asioista huolehtimiseen sekä perheen sisäisiin ja puolisoitten keskinäisiin suhteisiin. (Nyman & Stengård 2001, 36–39.)

Omaisten hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen elämässä vaikuttavat positiivisesti erilaiset voimavarat. Perhe ja ystävät ja niiltä saatu sosiaalinen tuki on merkittävin omaisten voimavara. Positiivinen asenne, itsetuottamus ja usko itseeseen sekä arjen pienistä iloista nauttiminen ovat myös merkittäviä voimavaroja. Samoin tärkeitä ovat erilaiset harrastukset – liikuntaharrastukset, muu aktiivinen toiminta ja yhdistystoiminta. Lisäksi itsensä ja terveytensä hoitaminen, esimerkiksi ottamalla välimatkaa huolenpitotehtävään, oli tärkeää. (Nyman & Stengård 2001, 82–87.)

Sairastumiseen liittyy aina paljon pelkoja ja pettymyksiä. Yksi yleinen pelko on pelko parisuhteen muutoksista ja kestämisestä. (Apter ym. 2006, 283.) Mielen-terveysongelmat voivat johtaa jopa avioeroon. Mielen-terveysongelmaan sairastunut voi menettää työnsä, ansionsa ja mahdollisuuden työllistyä enää koskaan – ainakin mahdollisuus työllistyä vaikeutuu. Tällöin parisuhteessa tai perheessä sairastuneen puoliso joutuu ottamaan vastuun myös perheen taloudesta, kotitöiden ja mahdollisten lasten hoitamisen lisäksi. (Baker ym. 2009, 35–37.) Koskisuun ja Kulolan (2005, 85) mukaan etenkin vakavat ja pitkäaikaiset sairaudet vaikeuttavat huomattavasti perheen taloudellista tilannetta.

Mielen-terveyskuntoutujien omaiset käyttävät monia erilaisia selviytymiskeinoja. Selviytymiskeinot liittyvät tilanteen hallintaan eli siihen miten elää sairauden ja sairastuneen kanssa, merkitysten hallintaan eli esimerkiksi optimistinen ajattelu tilanteesta ja tulevaisuudesta, ja stressin hallintaan eli niihin toimintoihin, jotka saavat hyvälle tuulelle – muun muassa liikunta ja lukeminen (Nyman & Stengård 2001, 42).

Omaisiet omaavat myös paljon hyvinvointia ja jaksamista tukevia voimavaroja. Omaisilla on sosiaalisuhteita ja he pitävät itsestään huolta terveillä elämäntavoilla ja liikkumalla. Omaisiet harrastavat kaikkea puutarhanhoidosta matkusteluun ja osallistuvat yhteiskunnalliseen toimintaan. Omat persoonallisuuden piirteet kuten itseluottamus ja kärsivällisyys sekä myönteinen ajattelu ovat myös tärkeitä voimavaroja. (Nyman & Stengård 2001, 48–49.) Koskisuun ja Kulolan (2005, 81–82) mukaan perheen voimakkuuteen ja kykyyn joustaa kriisin hetkellä vaikuttavat perheen voimavarat ja keskinäinen välittäminen, perhesuhteiden kiinteys ja vakaus, perheen omanarvontunto sekä perheen kasvaminen ja muuttuminen – miten aiemmin on toimittu perheen murrosvaiheissa.

Mielenterveys ja seksuaalisuus parisuhteessa

Parisuhteet olivat aikaisemmin välttämättömiä jo pelkästään ihmisten toimeentulon kannalta. Silloin parisuhteiden päähuolenaihe yhteiskunnallisesta näkökulmasta oli seksuaalisesti toteutumaton ja lapseton suhde. Nykyään annetaan entistä suurempi merkitys emotionaalille tuelle, tunteille ja hellyydelle sekä seksuaaliselle nautinnolle. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna seksuaalisen aktiivisuuden puute on merkki avio-ongelmista. Tunteet ja seksuaalisuus ovat ainoita puolisoita yhdistäviä ja yhdessä pitäviä voimia. Aiemmin motiiveina tai jopa pakotteina oli toimeentulo, lisääntyminen ja kunniallisuus. Nykyään suhteet ovat haavoittuvaisempia. Jos suhde ei voi hyvin, sillä on riski hajota, kun pakotteita ei ole. Seksuaalisesta toimivuudesta on tullut parisuhteen arvioinnin ja arvostamisen mittari. (Kontula 2008, 140–141.)

Tämän päivän parisuhteet ovat ennen kaikkea tunnesuhteita. Tunnetaidot ja emotionaalinen lahjakkuus ovat entistä tärkeämpiä parisuhteissa (Määttä 2000, 22). Avioliitto perustuu seksuaalisuuteen ja emotionaaliseen intiimiyteen. Puolisot ovat rakastavaisia, jotka samalla huolehtivat kumppaneina kotitaloudesta ja raha-asioista sekä toimivat mahdollisesti myös vanhempina. Avioliitto voi tuntua vääraltä tai epäonnistuneelta, jos intimitteetti vähenee. Molemmat sukupuolet vaativat vapautta päättää intiimistä elämästään ja ihmiset haluavat tunne-elämältään laadukkaita suhteita. (Kontula 2008, 140.)

Intiimissä suhteessa jaamme ja koemme sellaisia asioita, joita emme voi kokea muissa suhteissa. Uskomme, että puolisoimme tuntee meidät tavalla, jolla kukaan muu ei meitä tunne. Intiimeissä suhteissa on intensiivistä tunteiden jakamista, huolenpitoa, vahvistusta ja tukea sekä halua ja seksuaalista tyydytystä. Koemme nämä suhteet turvallisina ja saamme niistä erityistä tarkoitusta elämälle. Nämä suhteet ovat tärkeitä myös omalle identiteetille. (Kontula 2008, 140–141.)

Haluttomuusongelmilla, sekä omilla että puolison, on vahva yhteys kokemukseen oman parisuhteen onnellisuudesta. Parisuhde on sitä onnellisempi, mitä vähemmän on haluttomuusongelmia. Haluttomuusongelma vaikuttaa myös sukupuoliasioista keskustelemiseen. Mitä enemmän on ongelmia, sitä vaikeampaa niistä on jutella. Syys-seuraussuhdetta on kuitenkin vaikea arvioida – vaikeuttaako haluttomuusongelma puhumista vai lisääkö puhumattomuus haluttomuutta. (Kontula 2008, 67.)

Ihmiset voivat nauttia seksuaalisuudestaan kokonaisvaltaisesti, jos kaikki tyydyttävän elämän perusedellytykset ovat kunnossa. Yksi näistä perusedellytyksistä on mielenterveys. Toisaalta mielenterveyttä voivat haitata seksuaalisen läheisyyden puute, toisaalta mielenterveysongelmat voivat vaikeuttaa seksuaalisuuden toteuttamista. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat voivat johtua muun muassa huonosta parisuhteesta, sairaudesta tai muista elämän vaikeista tilanteista. (Heiskanen ym. 2006, 80.) Crowen (2004, 311) mukaan mielenterveysongelma vaikuttaa usein pariskunnan seksuaaliseen suhteeseen. Parisuhteen toimimaton seksielämä voi estää sairastavan puolison toipumisen ja jopa pahentaa sairautta (Östman 2008, 362).

3.3 Parisuhteen ja omaisten ammatillinen tukeminen

Mielenterveystyön ammattilaisten tulee ottaa huomioon myös mielenterveyskuntoutujan puoliso ja parisuhteen hyvinvointi. Ammattilaisten tietoisuutta puolisoiden ja perheiden tarpeista tulee lisätä. (Crowe 2004, 316–317.) Psykososiaalinen tuki on tärkeää ja kuntoutujan sekä perheen sosiaalista verkostoa tulee vahvistaa. Sosiaalinen tuki ei ole kuitenkaan korvike lääketieteelliselle hoidolle vaan se on muiden hoitokeinojen rinnalla pätevä keino toipumisessa. (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012, 216–217.)

Pariterapiassa on tärkeää keskittyä sairastavan puolison sijaan parisuhteeseen. Terve puoliso voi merkittävästi auttaa sairastavaa puolisoaan paranemaan sekä estää sairauden uusiutumisen. Tämä voi olla jopa tehokkaampaa kuin lääkitys. Pariterapia auttaa masennukseen yhtä hyvin kuin yksilöterapia, mutta parisuhteen laatuun pariterapialla on merkittävä vaikutus. (Malinen & Alkio 2010, 125.) Sekä mielenterveyskuntoutujat että puoliset kokevat tuen puutetta mielenterveysalan palveluissa. Mielenterveysalan työntekijät kysyvät harvoin mitään seksuaalisuuteen liittyvää. Psykiatrian ammattilaisten tulisi kiinnittää enemmän huomiota sairastavien parisuhteisiin. Sekä sairastavan että hänen puolisonsa tuki ja ohjaus on välttämätöntä. (Östman 2008, 355–362.)

Seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten tulee kuulua kiinteästi hoitoon, ja ne pitää liittää myös hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin. Seksuaalisuus liittyy kaikkiin elämän osa-alueisiin, ja se on tärkeä osa elämää naisena ja miehenä. Seksuaalisen haluttomuuden mahdollisuudesta on tärkeää puhua sairastuneelle ja hänen kumppanilleen. Tulee kertoa, että haluttomuus antaa tilaa käyttää voimavaroja tilanteesta selviytymiseen. Haluttomuus on luonnollista ja normaalia elämän poikkeavissa tilanteissa. Näin haluttomuus saa oikeat mittasuhteet tavallisena sivuvaikutuksena, eikä kumppanusten mielikuvituksella jää niin paljon tilaa. (Apter ym. 2006, 282–284.)

Nymanin ja Stengårdin (2001, 93) omaisten hyvinvointitutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaisten taloudellista toimeentuloa tulee tukea. Lisäksi tulee kehittää yksilöllistä hoitoa ja kuntoutusta sekä tuettua asuamista. Mielenterveysalan ammattilaisten ja omaisten välistä yhteistyötä tulee lisätä. Omaehtoiselle vertaistukitoiminnalle tulee taata riittävät toimintaedellytykset. Lisäksi omaisten masentuneisuuden ja uupumisen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Nyman & Stengård 2001, 93.)

Omaisten uupumisen tunnistamisesta kirjoittavat myös Koponen kollegoineen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa huomio pitäisi kiinnittää aina koko perheeseen pelkästään mielenterveyskuntoutujaan keskittymisen sijaan. Läheisillä tulisi olla mahdollisuus kertoa omasta tilanteestaan. Näin voidaan arvioida läheisten kuormittuneisuuden astetta ja tunnistaa ne läheiset, jotka toimivat jaksamisensa ääri rajoilla. (Koponen ym. 2012, 139–140.) Seksuaalivoukunta on tärkeä osa työtä mielenterveyskuntoutujien kanssa. Samoin lääkkeiden valinta on tärkeää, sillä psyykenlääkkeitä käytetään usein useita kuukausia, jopa vuosia, joten niiden sivuvaikutuksilla on merkitystä kuntoutujalle. Näillä asioilla on merkitystä sekä hoitomyöntyvyyteen että elämänlaatuun. (Apter ym. 2006, 310.)

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Tavoite ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyden merkityksestä parisuhteille ja puolisoiden tuen tarpeista. Tämän tiedon avulla Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry voi kehittää toimintaansa.

Tutkimuksen tutkimustehtävät ovat

1. Mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle mielenterveyskuntoutujan puolison näkökulmasta?
2. Millaista tukea puoliset kokevat tarvitsevansa?

4.2 Aineiston hankinta ja tutkimuskohde

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen ja narratiivinen tutkimus. Narratiivisuudella tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa kertomukset ovat tapa ymmärtää tutkittavien omaa elämää ja tehdä oman elämän tapahtumia merkityksellisiksi (Hirsjärvi ym. 2010, 218). Narratiivisessa tutkimuksessa huomio kiinnitetään kertomuksiin, jotka välittävät ja rakentavat tietoa (Aaltola & Valli 2001, 116). Tuomi ja Sarajärvi (2009, 84) jakavat tutkimusaineistona käytettävän kirjallisen materiaalin yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin. Essee on yksi yksityisen dokumentin muoto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84). Käytin tutkimuksessani aineistona mielenterveyskuntoutujien kirjoittamia tarinoita otsikolla ”Mielenterveyden merkitys parisuhteelle”. Tutkimukseni tutkimuskohteena ovat siis mielenterveyskuntoutujien puoliset.

Kirjoitin maaliskuussa 2013 tutkimuslupahakemuksen (Liite 1) Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksen hallitukselle. Sain luvan tehdä tutkimuksen heidän yhdistyksessä. Suoritin myös suuntaavien harjoittelun yhdistyksessä. Yhdistys on Suomen vanhin mielenterveyskuntoutujien omaisten yhdistys – se on toiminut vuodesta 1984. Yhdistyksen tärkein tehtävä on tukea

omaista, kun hänen perheenjäsenellä tai muulla läheisellä on mielenterveysongelma. Toimintamuotoja ovat ammatillisesti ohjattu monipuolinen keskusteluapu, vertaistuki ja virkistystoiminta. Lisäksi yhdistys kehittää yhteistyössä muiden palveluntuottajien kanssa omaisten ja heidän läheistensä hyvinvointia tukevia palveluita sekä välittää ajantasaista tietoa psyykkisistä sairauksista. (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2013.)

Loin huhtikuussa ohjeistuksen (Liite 2), jossa pyysin puolisoita kirjoittamaan oman tarinansa otsikolla ”Mielenterveyden merkitys parisuhteelle”. En ohjeistanut tai rajannut kirjoittamista muuten. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistyksiin, vaan kuvaamaan jotain ilmiötä ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tämän takia on tärkeää, että tiedonantajat tietävät aiheesta mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujien puoliset ovat parhaita tiedonantajia, koska he tietävät mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle.

Motivoidakseni vastaajia kerroin ohjeistuksessa siitä, että tutkimuksesta on hyötyä vastaajille itselleen, sillä tulosten avulla kehitetään yhdistyksen toimintaa. Aaltolan ja Vallin (2001,130) mukaan tutkittavat antavat enemmän arvoa juuri narratiivisen tutkimuksen aiheuttamille käytännön seurauksille, koska tutkimuksessa huomio kiinnitetään vastaajien elämään heidän itsensä kokemana.

Ohjeistusta julkaistiin keväällä 2013 monessa eri lähteessä ja kerroin tutkimuksen tekemisestä monessa eri foorumissa. Merkittävin ohjeistuksen julkaisija oli harjoittelupaikkani Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys. Ohjeistus julkaistiin Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton Internetsivuilla sekä Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksen Internetsivuilla. Lounais-Suomen yhdistyksen Facebook-sivuilla jaettiin linkki yhdistyksen kotisivuilta löytyvästä ohjeistuksesta. Kirjoitusten keräämisestä muistutettiin muutaman kerran. Lisäksi ohjeistus julkaistiin yhdistyksen ”Virranjakaja”-jäsentiedotteessa sekä toukokuussa että elokuussa ilmestyneissä numeroissa. Kirjoitukset pyydettiin palauttamaan 30.6.2013 mennessä. Jotta kirjoituksia olisi vielä saatu muutama lisää, ohjeistukseen vaihdettiin palautuspäivämääräksi 30.9.2013.

Tiedotin tutkimuksesta ja kirjoitusten keräämisestä Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksen työntekijöitä. Tulostin muutaman ohjeistuksen yhdistyksen toimiston neuvotteluhuoneen pöydälle, jotta tieto tavoittaisi kaikki yhdistyksessä käyvät. Kerroin kirjoitusten keräämisestä yhdistyksen käsityöryhmässä huhtikuussa. Yhdistyksessä on toiminut syksystä 2010 kevääseen 2011 kirjoituspiiri, jossa kirjoitettiin omia elämäntarinoita. Sain yhdistyksen työntekijältä piirin vetäjän sekä ryhmäläisten sähköpostiosoitteet. Lähetin heille sähköpostia, jossa kerroin tutkimuksestani ja kirjoitusten keräämisestä.

Omaiset mielenterveystyön tukena Salon yhdistyksessä oli toiminut parisuhde-ryhmä. Sain myös tämän ryhmän vetäjän ja ryhmäläisten sähköpostiosoitteet ja lähetin heille sähköpostia kirjoitusten keräämisestä. Tieto tavoitti näin siis myös Salon yhdistyksen ja sen puheenjohtajan. Lounais-Suomen yhdistyksessä kävi vierailulla Länsi-Suomen yhdistyksen toiminnanohjaaja. Kerroin hänelle tutkimuksestani ja laitoin hänelle ohjeistuksen sähköpostilla. Kerroin tutkimuksesta myös psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla työskentelevälle sosiaalityöntekijälle ja sijaishuollon sosiaalityöntekijälle, jotka olivat yhdistyksessä käymässä muissa asioissa. Lisäksi lähetin sähköpostia aiheesta Turun seudun omaishoitajat ja läheiset ry:n toiminnanjohtajalle. Tutkimuksesta ja ohjeistuksesta kerrottiin monta kertaa monessa eri lähteessä, jotta mahdollisimman moni saa tiedon mahdollisuudesta kirjoittaa.

Sain neljä kirjoitusta otsikolla ”Mielenterveyden merkitys parisuhteelle”. Kaikki kirjoitukset olivat naisten kirjoittamia. Heidän puolisonsa olivat miehiä, jotka sairastivat tai olivat sairastaneet jotain mielenterveysongelmaa. Kahdessa kirjoituksessa kuvattiin masennusta. Toisessa kirjoituksessa mainittiin masennuksen lisäksi paniikkikohtaukset, ahdistuneisuus sekä tietokone- ja peliriippuvuus. Toisessa mainittiin alkoholiongelmien. Kahdessa kerrottiin skitsofreniasta, joista toisessa oli mukana myös masennusta. Sairaudet olivat eri vaiheissa. Toisaalta elettiin akuuttia sairastamisen aikaa, toisaalta sairastumisesta oli jopa kymmeniä vuosia aikaa. Kolmessa kirjoituksessa mainittiin perheessä olevan myös lapsia.

4.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Kaikki neljä kirjoitusta saapuivat minulle ennen ensimmäistä palautuspäivämäärää 30.6.2013. Muutama kysely kirjoittamista koskien tuli minulle ja yhdistyksen virkaa tekeväälle toiminnanjohtajalle vielä myöhemmin, mutta yhtään kirjoitusta ei tullut. Kun keräsin aineiston niin, että puoliset saivat kirjoittaa oman tarinansa, aineisto oli valmiina käsiteltäväksi ja analysoitavaksi. Kirjoitukset tulivat minulle sähköpostilla, joten minun ei tarvinnut kirjoittaa käsinkirjoitettuja kirjoituksia uudestaan tietokoneelle. Poistin kirjoituksista mahdolliset henkilöllisyystiedot ennen niiden käsittelyä. Tallensin kirjoitukset Word-tiedostoina tietokoneelle. Näin sain myös sähköpostiosoitteet erotettua kirjoituksista. Tulostin kirjoituksista sellaiset versiot, joissa olin käyttänyt samoja asetuksia – kuten fonttia, riviväliä ja marginaaleja. Näin kirjoitukset olivat vertailtavia pituudeltaan. Kirjoitukset olivat pituuksiltaan yhdeksän, kuusi, neljä ja kolme sivua pitkiä. Yhteensä analysoitavaa tekstiä oli 22 sivua.

Aineiston analyysiin on hyvä ryhtyä heti aineiston keruun jälkeen, jotta aineisto inspiroi tutkijaa ja aineistoa on helppo täydentää ja selventää tarvittaessa. Kvalitatiivisen aineiston analyysi etenee spiraalimaisesti. Aineisto kuvaillaan, luokitellaan ja yhdistellään monia kertoja tulosten saamiseksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 223–224.) Sain kaikki kirjoitukset kesäkuun loppuun mennessä. Heinä- ja elokuun aikana luin kirjoituksia, alleviivailin tärkeitä kohtia ja luin niitä taas uudestaan. Syyskuussa aloitin aineiston luokittelun. Tuomen ja Sarajärven (2009, 93) mukaan luokittelu on yksinkertaisin aineiston järjestelymuoto, jossa aineisto jaetaan luokkiin.

Alasuutarin mukaan (2011, 84) kvalitatiivinen aineisto on rikasta, monitasoista ja kompleksista. Kun luin kirjoituksia useaan kertaan kesän aikana, hahmotin kirjoitukset hyvin erillisinä kokonaisuuksina. Tutkija ei saa kuitenkaan täydentää tutkittavien tarinoita – eli luoda tutkittavistaan kokonaisvaltaisia tarinoita, vaan tulee koko ajan analysoida sitä, mitä tutkittavat ovat tuottaneet. (Aaltola & Valli 2001, 53–54.) Lukemalla kirjoituksia monta kertaa aineiston käsittelyn eri vai-

heissa varmistin sen, että käytin aineiston analyysissä ja tulosten kirjoittamisessa vain kirjoittajien tuottamaa tekstiä.

Lähdin luokittelemaan aineistoa toisaalta tutkimustehtävien kautta ja toisaalta kirjoitusten pohjalta aineistolähtöisesti. Tuomen ja Sarajärven (2009, 101) mukaan aineistolta kysytään tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä. Yläluokiksi muodostuivat kirjoittajien tunteet ja ajatukset tilanteesta, mielenterveysongelman vaikutukset parisuhteeseen, tuen muodot ja puolisoitten kokemat tuen tarpeet. Yläluokka vaikutukset parisuhteeseen jakautui kolmeen alaluokkaan: positiiviset ja negatiiviset vaikutukset sekä vaikutukset seksuaalisuuteen. Yläluokka tuen muodot jakautui kahteen alaluokkaan: sosiaalinen tuki sekä ammatillinen tuki. Sosiaalinen tuki jakautui vielä kahteen alaluokkaan: tuki parisuhteelta ja puolisoilta sekä tuki muilta läheisiltä. Ammatillinen tuki jakautui samoin vielä kahteen alaluokkaan: toimiva ja epätoimiva ammatillinen tuki. Näin muodostui yhdeksän luokkaa, joiden kautta lähdin kirjoittamaan tuloksia.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 101) mukaan yläluokkien ja alaluokkien avulla vastataan tutkimustehtäviin. Ensimmäiset kuusi luokkaa ovat kirjoittajien kokemat tunteet ja ajatukset, mielenterveysongelman positiiviset ja negatiiviset vaikutukset parisuhteeseen sekä vaikutukset seksuaalisuuteen, tuki parisuhteelta ja puolisoilta sekä tuki muilta läheisiltä. Nämä vastaavat ensimmäiseen tutkimustehtävään – mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle mielenterveyskuntoutujan puolison näkökulmasta? Viimeiset kolme luokkaa eli toimiva ja epätoimiva ammatillinen tuki sekä puolisoitten kokemat tuen tarpeet vastaavat toiseen tutkimustehtävään – millaista tukea puolisoit kokevat tarvitsevänsä?

Luokittelu tarkentui lukemisen kautta. Koska olin lukenut kirjoituksia monta kertaa, hahmotin jo hyvin, mitä tekstit sisältävät. Lähdin alleviivaamaan kirjoituksia eri värein. Aloitin yhdellä luokalla ja jatkoin seuraavilla. Keräsin kaikki samalla värillä alleviivatut osiot yhteen paperille. Luin taas kirjoituksia, jotta löysin lisää materiaalia eri luokkien alle värikoodattuihin papereihin. Lähdin kirjoittamaan tutkimuksen tuloksia värikoodattujen paperien perusteella. Kirjoitusvaiheessa valitsin aineistosta suoria lainauksia havainnollistamaan tuloksia.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Mielenterveysongelmien vaikutukset parisuhteisiin

Puolisoiden kokemat tunteet ja ajatukset

Mielenterveyskuntoutujien puoliset ovat kokeneet monia erilaisia tunteita ja ajatuksia vaikeassa elämäntilanteessa. Kirjoittajat kuvasivat väsymyksen, ahdistuksen ja masennuksen tunteita. Oma jaksaminen ja voimat mietityttivät kirjoittajia. Vaikea elämäntilanne koettiin raskaaksi ja se herätti pelkoa ja huolta kirjoittajissa. Lisäksi oma hyvinvointi ja yksinäisyys mainittiin kirjoituksissa.

Väsymyksen, ahdistuksen ja jopa masennuksen tunteista kirjoitettiin kaikissa kirjoituksissa. Yksi kirjoittaja kertoi saaneensa burn outin ja olevansa nyt lievästi masentunut sekä kärsivänsä ahdistuksesta. Hän kertoi, ettei saa välillä iltaisin henkeä, kun ahdistaa niin paljon. Hän myös kuvaili, miten ahdistuu, jos ei kerro tunteistaan puolisolleen, vaikka toisaalta kertomisesta tulee syyllinen olo. Puoliso ei reagoi mitenkään, vaan kirjoittajan mielestä asiat patoutuvat hänen sisälleen. Kirjoittajaa pelottaa, miten nämä patoutumat mahtavat purkautua. Toinen kirjoittaja kuvailee, miten skitsofreniaa sairastavan miehen harhat olivat aluksi masentavia.

Myös oma jaksaminen ja voimat mietityttivät kirjoittajia. Kauanko jaksan itse, kysyi yksi kirjoittaja kirjoituksessaan. Hän ei jaksaisi odottaa, että ongelmista selvittää. Hän haluaisi pysyä puolisonsa rinnalla, mutta on sitä mieltä, että oma jaksaminen tulee jossain kohtaan vastaan. Hän myös kirjoittaa, että haluaisi jopa luovuttaa ja jatkaa omaa elämää yksin. Hän ei voi mielestään uhrata omaa elämäänsä loputtomiin.

On vaan ymmärrettävä, että saan minäkin väsyä, sairastua, kun en jaksaa kaikkia kummallisuuksia (Kirjoitus B).

Toinen kirjoittaja kertoi voimattomuuden tunteista sairautta kohtaan ja siitä, miten itkee kurjuuttaan. Yhden kirjoittajan mukaan pahinta on avuttomuuden ja epätietoisuuden tunteet. Hän kertoi, että myös kärsivällisyys tuntui loppuvan aina välillä.

Vaikea elämäntilanne herätti huolta ja pelkoa – myös tulevaisuudesta.

Olin huolissani, miten selviämme, miten jaksan haastavaa työtäni (Kirjoitus D).

Elämäntilannetta kuvattiin raskaaksi ja kamalaksi. Yksi kirjoittaja kertoi elävänsä jatkuvassa pelossa, eikä tulevaisuudesta ollut mitään tietoa. Sairauden yllätyksellisyys oli rasittavaa yhden kirjoittajan mielestä. Hän kokee, ettei mihinkään voi luottaa, eikä mitään voi pitää itsestään selvänä. Yksi kirjoittaja kuvasi helpotuksen tunnetta miehen päästessä osastohoitoon.

Helpotus oli valtava, kun vastuu hänestä siirtyi minulta (Kirjoitus C).

Kirjoittaja mietitytti myös yksinäisyys ja oma hyvinvointi. Yksi koki olevansa yksin puolison ongelmien kanssa ja ongelmien kantaminen tuntuu olevan yksin hänen harteillaan. Toinen koki jääneensä usein yksin omien ajatustensa kanssa. Kolmas kirjoittaja oli joutunut olemaan itsekin sairauslomalla.

Olisinpa osannut hakea apua itselleni (Kirjoitus D).

Yhdessä kirjoituksessa kuvattiin, miten olisi tärkeää pitää omasta hyvinvoinnistaan huolta. Kirjoittajan mielestä on kuitenkin vaikeaa olla hyvinvoiva, harrastaa ja nähdä läheisiä aina yksin, sillä niitä asioita pitäisi tehdä parisuhteessa yhdessä. Kirjoittaja kuvaa kuitenkin toisaalta sitä, miten kaipaa omaa aikaa ja rauhaa sekä yksin olemista, kun hänen sairas puolisonsa on aina kotona.

Positiiviset vaikutukset parisuhteisiin

Mielenterveysongelmilla kuvattiin kahdessa kirjoituksessa olevan positiivisia vaikutuksia parisuhteisiin. Yhden kirjoittajan mukaan, kun on elänyt pitkään yhdessä, niin näkee helposti toisesta, missä mennään. Hän myös totesi, että sairauden kanssa on vain eletävä, eikä se saa pilata koko elämää. Pariskunta on myös huomannut, että heidät on tarkoitettu yhteen.

Olemme myös huomanneet viime aikoina että meidät on tarkoitettu yhteen koska minä olen se kovis meidän suhteessa ja hän se pehmo. Minä näen järjellä asiat, hän tunteella. (Kirjoitus B.)

Toinen kirjoittaja kuvaa heidän suhdettaan hyväksi.

Alusta alkaen olemme viihtyneet hyvin yhdessä. - - meillä on hyvä suhde ja se kestää karikotkin. (Kirjoitus D.)

Negatiiviset vaikutukset parisuhteisiin

Kirjoituksissa kuvattiin paljon erilaisia negatiivisia vaikutuksia. Yhdessä kirjoituksessa elämän kirjoitettiin olevan kamalaa tasapainoilua ja elämäntilanteen kerrottiin olevan hankala ja lohduton. Samassa kirjoituksessa parisuhteen suurimmaksi ongelmaksi kerrottiin parisuhteen vääristyminen hoitosuhteeksi. Kirjoittaja kaipaa parisuhdetta, jossa on kaksi itsestään vastaavaa aikuista. Nyt vastuu arjesta on kirjoittajalla. Toisen kirjoittajan mukaan sairaus on aiheuttanut muutoksia tavallisessa arkielämässä.

Alussa sairauteen liittyvä vauhti ja epärealistisuus ja toisaalta masennus ja hitaus, väsymys vaikutti paljon suhteeseen (Kirjoitus B).

Kolmannen kirjoittajan mukaan psykoottispainotteinen sairaus vaikuttaa paljon parisuhteeseen. Myös taloudellinen tilanne mietitytti yhtä kirjoittaa. Hän kertoi taloudellisen tilanteen olevan tuskallinen ja miettivänsä, mistä ja kuinka paljon he saavat rahaa seuraavassa kuussa.

Yksi kirjoittaja pohti paljon puolisoaan ja hänen masennustaan. Hän ei pysty ymmärtämään puolisonsa kokemaa masennusta, koska puoliso ei osaa puhua aiheesta. Hän ei tiedä, miten puolison kanssa tulisi toimia. Hän kertoi, että masennus muuttaa pelottavan paljon ihmistä. Välillä hänestä tuntui, että hän elää

kotona sellaisen ihmisen kanssa, johon ei saa kontaktia. Pahimpina masennuskausina kirjoittajan mukaan puolisoista ei ole mitään jäljellä, vain pelkkä kuori.

On uskomattoman kamalaa katsoa vierestä, kun itselle rakkain ja läheisin henkilö murenee päivä päivältä elottomaksi lääkehuuruissa kulkevaksi zombiksi, eikä itse voi tehdä asialle mitään (Kirjoitus A).

Kirjoittaja yrittää eriyttää sairauden parisuhteesta ja ajatella sairautta pelkkänä sairautena, mutta se ei ole kirjoittajan mukaan mahdollista. Kirjoittaja myös kuvaa, miten hänellä on valtava vastuu ja paine omasta jaksamisesta, koska sairas puoliso on kertonut, että olisi jo kuollut ilman kumppaniaan. Se ei voi kirjoittajan mukaan olla parisuhteen perusta.

Yleensä sanotaan, ettei parisuhde voi perustua siihen, että toivoo toisen muuttuvan. Mielenterveysongelmaisen kanssa toivoo väkisin toisen muuttuvan – toivohan hän sitä itsekin. (Kirjoitus A.)

Teemaa seksuaalisuus käsiteltiin kolmessa kirjoituksessa. Yksi kirjoittajista kertoi, ettei hänen masentunut puolisonsa herätä intohimoa.

Päivästä toiseen tietokoneella kalsareissa istuva, limua ravinnokseen lipittävä mies, joka ei innostu mistään, ei herätä intohimoa (Kirjoitus A).

Toinen kirjoitti, ettei intiimi kanssakäyminen suju. Kolmas kertoi, että sairaus on osa elämää ja mukana kaikessa – seksissäkin, mutta sairaus ei ole kuitenkaan vaikuttanut parisuhteen seksielämään.

Sosiaalinen tuki vaikeassa elämäntilanteessa

Sosiaalisen tuen muodoista oli mainittu sekä tuki parisuhteelta ja puolisolta että tuki muilta läheisiltä. Kaikista kirjoituksista ilmeni, että parisuhteelta ja sairastavalta puolisolta oli saatu tukea vaikeassa elämäntilanteessa. Kirjoituksissa mainittiin puhumisen ja kuuntelemisen tärkeys. Yksi kirjoitti yhteisistä kiinnostuksen kohteista, muun muassa yhteisistä matkoista ja retkistä sekä englannin kielen opiskelusta. Lisäksi oli tärkeää, että kotityöt on jaettu tasan.

Yksi kirjoitti siitä, että parisuhde on hyvä ja alusta asti on viihdytty hyvin yhdessä. Toinen kirjoitti, ettei sairauden anneta hallita elämää. Yhdessä kirjoituksessa kuvailtiin, miten hyvät päivät ja yhteiset harrastukset tuovat valoa elämään, ja kuinka hienoa on iloita yhdessä aivan pienistäkin edistysaskeleista. Toisessa

kirjoituksessa kuvailtiin, miten nykyään otetaan ihan huumorilla skitsofreniaa sairastavan miehen harhat. Yhdessä kirjoituksessa kuitenkin kerrottiin, että parisuhteen ongelmista on vaikeaa keskustella yhdessä.

Myös muilta läheisiltä saatua tukea on kuvailtu kolmessa kirjoituksessa. Yhden mukaan lähipiirissä on ihmisiä, jotka ymmärtävät vaikean tilanteen. Toisen mukaan koulutusmatka oli tärkeä.

Matkani oli minulle tärkeä ja terapeutin. Kurssikaverini tiesivät asiasta ja auttoivat minua. (Kirjoitus C.)

Yksi koki tärkeäksi sen, että ihmiset tulevat herkemmin kertomaan hänelle omista mielenterveyteen liittyvistä ongelmistaan, kun he tietävät, että hänen puoliso sairastaa. Yksi kuvailee, miten koiran varaukseton ystävyys on tärkeää. Yhdessä kirjoituksessa kuvailtiin, ettei sairauden salailu onnistu, koska tällöin lähtevät vain juorut liikkeelle. Kirjoittaja korosti avoimuutta.

Tuen saaminen lähipiiristä on ollut myös haastavaa. Yksi kirjoitti siitä, miten on kertonut tilanteesta sairastavan puolison vanhemmille, mutta tukea ja apua ei saa. Vanhemmat eivät pysty puhumaan vaikeista asioista, mutta antavat kyllä rahaa. Yhden mukaan kaikille ei voi kertoa mielenterveysongelmista. Sairaus myös vaikuttaa negatiivisesti keskusteluihin muiden kanssa.

5.2 Ammatillinen tuki ja puolisoitten kokemat tuen tarpeet

Kirjoituksissa oli kuvailtu erilaisia ammatillisen tuen muotoja – sekä toimivia että epätoimivia. Lisäksi kirjoittajat olivat maininneet muutamia tuen tarpeita. Toimiva ammatillisen tuen muotoja oli mainittu monia. Toisia tuen muotoja oli kuvailtu positiivisiksi, mutta osa oli vain mainittu ottamatta kantaa siihen, oliko tuki ollut toimivaa vai ei. Tietoa mielenterveysongelmista ja palveluista oli saatu monista eri lähteistä. Yksi oli lukenut masennuksesta. Toinen sai tietoa mielenterveys-toimistosta, omaisten lehdestä, sekä oman työn kautta. Omaisten lehdestä saatu tieto oli kaivattua ja se helpotti hyväksymään sairauden. Kolmas kirjoittaja kertoi masennuskoulusta, johon pariskunta oli osallistunut, ja josta he olivat saaneet tietoa masennuksesta.

Puolisot olivat käyttäneet myös itse erilaisia palveluita. Yksi oli saanut burn outin ja käynyt sen jälkeen psykiatrisella sairaanhoitajalla puolen vuoden ajan. Toinen kirjoittaja oli lähtenyt heti omaisten toimintaan mukaan, saanut apua mielenterveystoimistosta ja kokenut positiivisina yhteydet mielenterveystoimittajiin. Kirjoittaja oli oppinut siihen, että apua saa. Hän myös kuvaili, miten he ovat sairastavan puolison kanssa menneet eteenpäin hyvän lääkityksen ansiosta. Hän myös kirjoitti hoitajan sanoneen, että sinä olet vaimo, lakkaa hoitamasta. Tätä kirjoittaja oli sitten lähtenyt toteuttamaan.

Kolmas kirjoittaja oli soittanut heti Omaiset mielenterveystyön tukena – yhdistyksen toimistoon.

Sain ystävällisen vastauksen ja sovimme tapaamisesta. Kävin kaksi kertaa kertomassa tarinaani ja purkamassa huoltani. Näistä käynneistä oli uskomaton apu, josta olen kiitollinen. (Kirjoitus C.)

Hän oli saanut myös tietää, että omaisella on suuri vaara sairastua itse. Hän myös kuvaili, miten oli saanut puhua sairaalan hoitajan kanssa puhelimesta, kun mies oli joutunut osastolle. Hoitaja oli rauhoitellut hädissään olevaa puolisoa. Neljäs kirjoittaja oli käynyt itse keskustelemassa psykiatrisen poliklinikan työntekijän kanssa. Miehen jouduttua sairaalaan, hän oli saanut apua ”Parisuhteen palikat” –kurssin vetäjältä. Hän oli saanut ”Mitä meille nyt tapahtuu?” –oppaan. Tukea oli saatu myös sopeutumisvalmennuskurssilta, Ensitetopäivästä sekä perheleiriltä.

Kolmessa kirjoituksessa oli kuvailtu selkeästi epätoimivaa ammatillista tukea. Yksi kirjoittajista oli kirjoittanut erittäin paljon siitä, miten ammatillinen tuki ei ole toiminut. Hoito- ja hakemusjonot ovat pitkiä. Hoidon eteneminen on hidasta. Kukaan sairasta puolisoa hoitava ei ole puuttunut siihen, miten kirjoittaja voi – se on kirjoittajan mielestä omituista. Hän on ollut kaksi kertaa mukana puolison vastaanottoajoilla, mutta kokenut itsensä ulkopuoliseksi. Hän käy itse psykiatrisella sairaanhoitajalla, mutta aikoja saa vain kerran kahdessa kuukaudessa, eikä siitä ole kirjoittajan mielestä riittävästi apua. Oma terapiaan pääsy tuntuu kirjoittajan mielestä kestävän ikuisuuden.

Toivoisin, että puolisoni hoitava taho, ottaisi suoraan minuun yhteyttä ja järjestäisi tapaamisen, jossa olen läsnä. Minulla on sellainen olo, että minut on jätetty koko hoitoprosessin ulkopuolelle ja samalla kuitenkin vastuu arjesta ja asioiden hoitumisesta on jätetty minun harteilleni. (Kirjoitus A.)

Kirjoittaja kokee tarvitsevansa paljon enemmän tukea, kuin mitä on saanut. Kirjoittaja ei tiedä, kenelle hänen pitäisi kertoa puolison ongelmien taustasta. Kirjoittaja oli myös saanut tiedon omaisyhdistyksestä, mutta hän ei oikein ymmärrä, miksi hänen pitäisi ottaa ensin yhteyttä. Hänen mielestään hoitavalta taholta pitäisi tulla ensimmäinen yhteydenotto. Toinen kirjoittaja kuvaili sitä, ettei aikoja hoitajille ole aina ollut.

En voi aina sanoa, että odota hoitajan aikaa ja kerro hänelle. Niitä aikoja kun aina ei ole ollutkaan. (Kirjoitus B.)

Kirjoittajan kokee, että hänen on itse pakko kuunnella. Hän myös kertoi, että on ollut omaisten toiminnassa mukana, mutta ainakaan alussa ei ollut paljon tietoa parisuhteista. Kolmas kirjoittaja koki, ettei apua hänelle itselleen ollut saatavilla.

Ajattelin, että koko ikäni olen auttanut muita, mutta kun itse tarvitsin apua, sitä ei saatu mistään (Kirjoitus C).

Yksi kirjoittajista esitti toiveita aiheista, joista kaipaisi tietoa sairastavan puolisona. Hän haluaisi tietää, miten tulisi toimia masentuneen puolison kanssa. Hän myös kuvaili, miten parisuhteen huoltamiseen tarvitsisi jonkun tahon, joka auttaisi. Jonkun, joka opastaisi parisuhteen ylläpitämisessä masennuksesta huolimatta. Erityisesti kirjoittaja haluaisi tunteen siitä, että puolison elämä ei riipu hänen jaksamisestaan.

6 ARVIOINTI JA POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon tietyt asioita. Tulee pohtia omia sitoumuksia omaan tutkimukseen. Tulee arvioida aineiston keruuta, aineiston analyysiä ja tutkimuksen kestoa. Myös tutkimuksen tiedonantajien valikoitumista pitää pohtia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Arvioin ja pohdin näitä asioita alla. Kuitenkin ennen aineiston keruuta haasteita tuotti teoriaosuuden kirjoittaminen. Tietoa parisuhteista ja mielenterveydestä oli vaikeaa löytää. Aihetta on tutkittu vähän ja etenkin kotimaista kirjallisuutta aiheesta ei tuntunut löytyvän. Internetin hakupalvelimet ja kirjastot tulivat tutuiksi kevään 2013 aikana. Opin etsimään tietoa paremmin ja tehokkaammin, ja lopulta löysin riittävästi tietoa mielenterveydestä ja parisuhteista.

Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 17) mukaan tutkimuksen luottamuksellisuus perustuu siihen, että haastateltavalle kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta, aineistoa käsitellään ja säilytetään luottamuksellisina sekä tutkittavien anonymiteettiä suojellaan tutkimusraporttia kirjoittaessa. Käsittelin aineistoa nimettömänä. Tulososaa kirjoittaessani jätin kaiken mahdollisen kirjoittajiin viittaavan tiedon pois – muun muassa maininnat paikkakunnista, iästä ja lapsista. Olen maininnut ne sairaudet, joista kirjoituksissa kerrottiin, mutta niiden yhdistäminen kaikkeen siihen, mitä muuta olen käsitellyt tulososassa, on mahdotonta. Suorien lainauksien yhdistäminen muuhun tulososassa käsiteltyyn on myös mahdotonta, joten tämäkin turvaa kirjoittajien anonymiteetin.

Tuomi ja Sarajärvi (2009,131) listaavat asioita, joista tutkijan tulee huolehtia tutkimuksen eettisyyden vuoksi. Tutkijan on kerrottava tutkittaville tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia ja tutkittavien on jäätävä nimettömiksi. Tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia, eikä tutkimuksen rehellisyyttä tule vaarantaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Kun keräsin aineistoa kirjoituksina, jouduin miettimään monia asioita, jotta sain riittävästi aineistoa. Päädyin keräämään kirjoituksia haastattelemisen sijaan, koska mielenterveyskuntoutujien puolisoiden on mahdollisesti helpompi kertoa tarinansa kirjoittamalla, kuin tulla vieraan ihmisen haastateltavaksi. Julkaisemalla ohjeistusta monessa eri lähteessä, kirjoittajat voivat olla muitakin, kuin yhdistyksen jäseniä tai asiakkaita. Näin useammalla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseeni. Kirjoitukset saattoivat tuottaa myös rehellisempiä vastauksia kuin haastattelut, koska kyseessä on niin omakohtainen ja arka, vaiettu aihe. Toisaalta jäikö kirjoittaminen juuri tästä syystä – aihe voi olla liian henkilökohtainen.

Käytettäessä yksityisiä dokumentteja, oletetaan, että tutkittava on parhaimmillaan ilmaistessaan itseään kirjallisesti. Kuitenkin tiedonantajan ikä ja kirjoitustaidot saattavat muodostua kynnyskysymyksiksi tutkimusta tehdessä ja esimerkiksi esseiden kirjoitus saattaa tuottaa vain pienen aineiston. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84.) Kiinnitin erityisen paljon huomiota ohjeistuksen luomiseen, jotta se motivoisi mahdollisimman montaa puolisoa kirjoittamiseen.

Ohjeistuksen piti herättää myös luottamusta siihen, että oma kirjoitus ei joutuisi väärin käsiin ja kirjoittajan anonymiteetti säilyisi. Joku on saattanut jättää kirjoittamatta, koska käy Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksessä ja yhdistyksen työntekijät tuntevat hänet. Onko ohjeistuksen lukija voinut luottaa siihen, että kirjoitukset tulevat minulle ja vain minun luettavakseni. Kirjoitusten palautusmahdollisuuksina oli myös toimiston osoite ja yhdistyksen sähköpostiosoite. Niihin kirjoituksia ei kuitenkaan tullut, vaan kaikki kirjoitukset tulivat minun sähköpostiini.

Lisäksi panostin ohjeistuksen julkaisemiseen ja aiheesta kertomiseen mahdollisimman monessa eri foorumissa. Sain myös mahdollisesti kirjoituksia tutustumalla yhdistyksen jäseniin ja asiakkaisiin suuntaavien harjoittelun aikana. Toisaalta mietin myös sitä, tuliko kirjoituksia siksi niin vähän, että aineiston keruu sijoittui kevääseen ja kesään. Ohjeistusta julkaistaessa luonto puhkesi kukkaan, ja ihmisillä oli taas intoa ja halua liikkua ja olla ulkona. Vaihtoehto kirjoittamisesta sisällä ja oman vaikean elämäntilanteen pohtimisesta saatettiin hylätä. Sain

yhden sähköpostin ohjeistuksen lukeneelta henkilöltä. Hän pahoitteli, ettei ehdi kirjoittaa, koska vihdoin on hyviä ulkoilukelejä. Hän toivoi kyselykaavaketta.

Pyysin ohjeistuksessa kirjoittajia kertomaan halukkuudestaan tulla mahdollisesti haastateltaviksi myöhemmin. Lisäksi suunnittelin teemahaastattelun rungon valmiiksi ja keskustelimme yhdistyksen virkaa tekevän toiminnanjohtajan kanssa mahdollisista koehaastateltavista. Olisin tehnyt haastatteluja täydentääkseni aineistoa, jos kirjoituksia ei olisi tullut riittävästi. Tavoitteenani oli saada viisi kirjoitusta. Sain neljä kirjoitusta ja totesin aineiston olevan riittävä. Neljästä kirjoittajasta kaksi kertoivat olevansa halukkaita tulemaan haastateltaviksi. Jos olisin tehnyt haastatteluja, olisin voinut syventää aineistoa näiden kahden kirjoituksen osalta. Lisäksi olisin voinut haastatella uusia henkilöitä, jolloin olisin saanut täysin uusia tarinoita aineistokseni. Aineiston täydentäminen muutamalla uudella tarinalla olisi tuonut mahdollisesti jotain sellaista uutta tietoa, mitä käyttämäni neljä kirjoitusta eivät tuottaneet.

Käytin paljon aikaa aineiston analyysiin. Uskon, että aikaa käyttämällä ja lukeamalla kirjoituksia monta kertaa, onnistuin luomaan objektiivisen ja luotettavan tulososan. Minulla ei ole omaa kokemusta aiheesta, joten se ei myöskään vääristänyt tuloksia. Luin ja analysoin kirjoituksia tietoperustan tieto pohjatietoinani. Kunnioitin kirjoittajia oman elämänsä asiantuntijoina.

Hirsjärven ym. (2010, 229) mukaan tuloksia pitää analysoinnin jälkeen tulkita ja selittää. Tulkitsemalla pohditaan sitä, mittaako tutkimus sitä, mitä sen on tarkoitus mitata eli toteutuuko tutkimuksen validius. Lisäksi pohditaan sitä, onko tutkija ymmärtänyt tutkittavia oikein, ja miten esimerkiksi hänen omat sanavalintansa ovat saattaneet vaikuttaa tutkimukseen. Tämän jälkeen tuloksista kootaan synteesejä, jotka ovat keskeisimmät vastaukset tutkimuskysymysten kannalta. Viimeiseksi tutkija pohtii vielä sitä, mikä merkitys tuloksilla on. (Hirsjärvi ym. 2010, 229–230.)

Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, koska aineistona on ollut vain neljä kirjoitusta. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä on yleensä vähäinen, pitää välttää yleistämistä ja muistaa, että jokaisen ihmisen tarina on ainutlaatuinen (Aaltola & Valli 2001, 63). Lisäksi kirjoittajien otos on täysin satunnainen – kuka on nähnyt tai kuullut ohjeistuksesta, ja kuka on kirjoittanut. Tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia parisuhteita, vaan tulokset antavat vain jotain suuntaviivoja siitä, mikä on mielenterveyden merkitys parisuhteelle.

Yksi laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on, että tutkimuksen tekemiseen on riittävästi aikaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142). Olen tehnyt tutkimukseni maaliskuussa luotujen suunnitelmien mukaan ja pysynyt aikataulussa koko vuoden 2013 ajan. Kirjoitin tietoperustaosuuden keväällä, keräsin aineiston alkukesän aikana ja käsittelin aineiston kesän aikana. Syksyllä kirjoitin tulososan sekä tiivistelmät, johdannon ja arvioinnin. Minulla ei ole ollut kiire missään vaiheessa tutkimuksen tekoa, vaan olen saanut panostaa työn tekemiseen. Ennen raportin palautusta minulla oli hyvin aikaa muokkailla ja korjailla tekstiä, sen jäsenystä sekä rakennetta.

Tutkimusraportin kirjoittamisessa ja tekstin arvioinnissa ovat olleet suureksi avuksi opponoija eli vertaisarvioitsija, ohjaava opettaja ja harjoittelun ohjaaja eli Omaisat mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksen virkaa tekevä toiminnanjohtaja. Omalle tekstille tulee sokeaksi, sieltä ei näe enää virheitä eikä epä johdonmukaisuuksia. Kun edellä mainitut henkilöt ovat lukeneet tutkimusraporttini, olen saanut arvokkaita kommentteja, korjausehdotuksia ja vinkkejä tekstin muokkaamiseen. Etenkin tutkimusraportin kirjoittamisen loppuvaiheessa syksyllä 2013 muiden kommentteista on ollut suuri hyöty.

6.2 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Mielenterveyskuntoutujien puoliset ovat kokeneet monia erilaisia tunteita ja ajatuksia eläessään parisuhteessa mielenterveysongelmaa sairastavan kumppanin kanssa. Puolisot ovat kokeneet masennuksen, ahdistuksen ja väsymyksen tunteita. Oma jaksaminen ja voimat mietityttivät kirjoittajia, samoin yksinäisyyden tunteet ja oma hyvinvointi. Miten jaksaa vaikeassa tilanteessa? Miten pitää itsestään huolta vaikeassa tilanteessa? Vaikea elämäntilanne herätti myös paljon huolta ja pelkoa. Elämäntilanne koettiin usein raskaana. Koposen ym. (2012, 139) mukaan kuntoutujien läheisistä 60 prosentilla esiintyy psyykkisen kuormittuneisuuden oireita. Heikkilän ja Lahden (2007, 96) mukaan viidesosa omaisista on siinä tilanteessa, että heidän oma hyvinvointinsa vaarantuu.

Puolisot kuvasivat monia vaikutuksia, joita mielenterveysongelmilla oli parisuhteisiin. Positiivisena vaikutuksena koettiin se, miten sairaus on lujittanut parisuhdetta. Negatiivisia vaikutuksia kuvattiin enemmän. Parisuhde ja elämä olivat muuttuneet hankalaksi, jopa kamalaksi. Parisuhteen kuvattiin muuttuneen hoitosuhteeksi. Vastuunjako arjessa oli muuttunut. Myös parisuhteen taloudellinen tilanne mietitytti. Crowen (2004, 309) mukaan parisuhteen tasapaino muuttuu, kun parisuhdetta koettelee mielenterveysongelma. Nymanin ja Stengårdin (2001, 32–34) mukaan omainen huolehtii käytännön arkiaskareista, toimeentulosta ja läheisen terveydentilasta.

Parisuhteen seksielämään mielenterveysongelmat olivat vaikuttaneet negatiivisesti. Parisuhteen seksielämästä kirjoitettiin kuitenkin vähän. Aihe oli mainittu kolmessa kirjoituksessa, mutta vain lauseella tai parilla. Mielenterveysongelmien vaikutusta seksuaalisuuteen on myös tutkittu vähän (Östman 2008, 355). Suomalaiseen kulttuuriin ei yleisesti kuulu seksistä tai seksuaalisuudesta puhuminen avoimesti. Täten aihetta on myös vaikeaa tutkia.

Puolisot kokivat saaneensa vaikeassa tilanteessa tukea kumppaniltaan. Parisuhteissa oli yhteisiä harrastuksia ja kiinnostuksen kohteita. Asioista keskusteltiin yhdessä. Tosin keskustelemisen ongelmistakin kirjoitettiin. Myös muilta läheisiltä ja ystävilä saattua tukea oli kuvattu. Puolisoilla oli ymmärtäviä ystäviä. Aina

tukea ei kuitenkaan saanut, eikä ongelmista voinut puhua kaikille. Laineen ym. (2010, 85–86) mukaan masennus on ihmissuhteista eristävä ja yksinäisyyttä aiheuttava sairaus, vaikka juuri ihmissuhteilla on tärkeä merkitys toipuessa ja kuntoutuessa mielenterveysongelmista. Hiilamon ja Tuulio-Henrikssonin (2012, 211–216) mukaan etenkin naisille kumppanilta saatu tuki on tärkeää, mutta myös ystäviltä saatua sosiaalista tukea arvostetaan.

Erilaisia ammatillisen tuen muotoja oli mainittu monia. Mielenterveysongelmista oli saatu tietoa monesta eri lähteestä. Puolisot olivat itse käyttäneet mielenterveyspalveluita. Tietoa ja tukea oli saatu myös Omaiset mielenterveys työn tukena –yhdistyksestä. Myös epätoimiva ammatillinen tuki mainittiin usein. Hoitoon pääsy on vaikeaa, eikä puolisoa oteta huomioon. Koposen ym. (2012,139) mukaan läheisen taakka on sitä painavampi, mitä vähemmän on tarjolla hoito- ja kuntoutuspalveluja.

Puolisot jäivät kaipaamaan tietoa parisuhteista. Miten pitäisi toimia sairastavan puolison kanssa? Kenelle pitäisi kertoa puolison ongelmista? Puolisot kaipasivat tukea ja sellaisen tahon, joka auttaisi parisuhteen huoltamisessa ja ylläpitämisessä. Nymanin ja Stengårdin (2001, 93) mukaan omaisten masentuneisuuden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää huomiota. Koposen ym. (2012, 139–140) mukaan läheisillä tulisi olla mahdollisuus kertoa omasta tilanteestaan, jotta voidaan tunnistaa oman jaksamisensa äärirajoilla toimivat omaiset. Malisen ja Alkion (2010, 125) mukaan terve puoliso voi auttaa sairasta puolisoaan paranemaan.

Tiivistetysti voidaan todeta, että tutkimukseni tulokset vastaavat teoriaa ja aikaisemmin aiheesta tehtyjen tutkimusten tuloksia. Mielenterveyden merkitys parisuhteelle on monimerkityksinen. Jos parisuhteessa toinen puoliso sairastuu mielenterveysongelmaan, vaikuttaa se parisuhteeseen monin eri tavoin. Jos parisuhde toimii ja puolisot osaavat keskustella asioista keskenään, ja jos parisuhteessä on muita tukevia sosiaalisia suhteita, mielenterveysongelman kanssa eläminen ja siitä selviytyminen on helpompaa. Jos tarjolla on myös riittävästi mielenterveyspalveluja ja puolisot kokevat saavansa ammatillista tukea, on eläminen myös helpompaa.

Tutkimuksen tulosten perusteella Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys voi kiinnittää huomiota siihen, että parisuhteista ja mielenterveysongelmista olisi enemmän tietoa tarjolla yhdistyksessä. Tietoa voidaan jakaa esimerkiksi keskusteluissa omaisten kanssa, esitteiden avulla, tapahtumissa, kursseilla ja leireillä. Aineistosta nousi tarve taholle, joka auttaisi parisuhteen huoltamisessa ja ylläpitämisessä mielenterveysongelmasta huolimatta. Yhdistys voisi omaisen kannalta toimia tällaisena tahona. Näistä asioista varmasti jo keskustellaankin, kun puolisona olevat omaiset käyvät yhdistyksen keskusteluavussa. Työntekijät voisivat kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, että ottaisivat aktiivisesti parisuhteeseen liittyvät kysymykset esiin.

Yhdistys voisi järjestää parisuhteista ja mielenterveysongelmista myös yleisöluennon. Yleisöluennon aiheena voisi olla esimerkiksi aineistosta noussut pohdinta siitä, miten toimia mielenterveysongelmaa sairastavan puolison kanssa. Aiheesta voisi tulla puhumaan esimerkiksi joku yhdistyksen kokemuskouluttaja. Suunnitelmissa on jo omaistenilta, jossa minä kerron tästä tutkimuksesta, ja tämän jälkeen on aikaa keskustelulle aiheesta. Yhdistyksen kannattaa hyödyntää sekä yhdistyksen ulkopuolisia luennoitsijoita, että yhdistyksen omia työntekijöitä. Yhdistyksen yksi omaistyöntekijä on yhdeltä koulutukseltaan seksuaali-neuvoja ja hän omaa kattavan työkokemuksen alalta. Hänen osaamistaan kannattaa hyödyntää. Yhdistys voisi työssään panostaa myös siihen, että se lisää mielenterveyspalveluiden ammattilaisten tietoisuutta omaisten näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten perusteella omaisia ei oteta riittävästi huomioon mielenterveyspalveluissa.

Tutkimus julkaistaan Turun ammattikorkeakoulun kirjastossa ja Internetissä ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa (Theseus). Tutkimus on näin kaikkien käytettävissä ja luettavissa. Muun muassa tulevat ammattikorkeakoulujen opin- näytetyön tekijät voivat hyötyä tutkimuksestani. Tutkimuksesta laitetaan linkki Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksen Internet-sivuille ja menen kertomaan tutkimuksen tuloksista yhdistyksen tapahtumiin. Lisäksi kirjoitan tutkimuksestani artikkelin Omaiset mielenterveystyön tukena Keskusliiton joulukuussa ilmestyvään Labyrintti-jäsenlehteen.

Tulevat opinnäytetöiden tekijät ja tutkijat voisivat tutkia lisää parisuhteita ja mielenterveysongelmia. He voisivat kerätä kirjoituksia samoin kuin minä tai tehdä haastatteluja. Haastatteluiden kautta voisi lähteä myös syventämään saamiani tuloksia mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle. Opinnäytetöiden tekijät voisivat tehdä laadullisen tutkimuksen sijaan myös kehittämistyön aiheesta. Aiheesta voisi tehdä esimerkiksi esitteen sekä mielenterveyskuntoutujan puoliso-
na olevalle omaiselle että mielenterveyskuntoutujalle. Aihetta voisi lähestyä myös mielenterveystyön ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten perusteella omaisia ei oteta riittävästi huomioon mielenterveyspalveluissa. Ammattilaisten tietoisuutta omaisen näkökulmasta pitäisi lisätä.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
- Baker, A.; Procter, N. & Gibbons, T. 2009. Dimensions of loss from mental illness. *Journal of Sociology & Social Welfare*. Vol. 36, No 4, 25-52.
- Crowe, M. 2004. Couples and mental illness. *Sexual and relationship therapy*. Vol. 19, No 3, 309-318.
- Dunderfelt, T. 2009. Parisuhteen kemia. Helsinki: Dialogia Oy.
- Duodecim Terveyskirjasto 2013a. Mielenterveyden ongelmat. Viitattu 18.9.2013. www.terveyskirjasto.fi > Terveystieto > Suomalaisten terveys > Mielenterveyden ongelmat.
- Duodecim Terveyskirjasto 2013b. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 18.9.2013. www.terveyskirjasto.fi > Mielenterveys > Lääkkeet mielen hoidossa > Mielenterveyden häiriöt.
- Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita.
- Hakkarainen, T.; Londén, P.; Luhtanen, M.; Peltosalmi, J.; Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2012. Sosiaalibarometri 2012. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Saatavissa myös www.soste.fi > Julkaisut > Barometrit > Sosiaalibarometri 2012.
- Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki: Yliopistopaino.
- Heiskanen, T.; Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Heusala, K. 2004. Miehen seksuaalisuus. Helsinki: Like.
- Heusala, K. 2001. Naisen seksuaalisuus. Helsinki: Like.
- Hiilamo, H. & Tuulio-Henriksson, A. 2012. Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 49, No 3, 209-219.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kontula, O. 2008. Halu ja intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsinki: Otava.
- Koponen, T.; Jähi, R.; Männikkö, M.; Lipponen, V.; Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede*. Vol. 24, No 2, 138-149.
- Koskisu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.
- Laine, T.; Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

- Malinen, V. & Alkio, P. (toim.) 2010. Paripsykoterapia ja parisuhteen kätkeytyt mahdollisuudet. Helsinki: Väestöliitto.
- Määttä, K. 2000. Kestävä parisuhde. Helsinki: WSOY.
- Noppiari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.
- Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys 2013. Viitattu 1.10.2013. www.omtfs.net.
- Paajanen, P. 2003. Parisuhde koetuksella. Käsitteitä parisuhteesta ja sen purkautumisesta. Perhebarometri 2003. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Mielen hyvinvointi. Viitattu 13.9.2013. www.thl.fi > Aiheet > Tietopaketit > Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisessa koulutuksessa > Mielen hyvinvointi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vaarama, M.; Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa myös <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.
- Åstedt-Kurki, P.; Jussila, A.; Koponen, L.; Lehto, P.; Majjala, H.; Paavilainen, R. & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.
- Östman, M. 2008. Severe depression and relationships: the effect of mental illness on sexuality. Sexual and relationship therapy. Vol. 23, No 4, 355-363.

Tutkimuslupahakemus

Outi Vesterinen
Uudenmaankatu 3 C 53
20500 Turku
outi.vesterinen@students.turkuamk.fi
0400750703

ANOMUS 11.3.2013

ASIA: TUTKIMUSLUPA

Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa sosionomiksi ja teen opinnäytetyötä mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Liisa Pirinen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle, minkä avulla yhdistyksenne voi kehittää toimintaansa.

Opinnäytetyöni aineiston tulen keräämään kirjoituksina, niin että vastaajat saavat kirjoittaa lyhyen ohjeistuksen avulla oman tarinansa ja omat kokemuksensa. Vastaajat ovat mielenterveyskuntoutujien puoliset. Tutkimusta voidaan mainostaa esimerkiksi yhdistyksenne Internet-sivuille. Aloitan aineiston keräämisen huhtikuussa 2013.

Jos aineistoa tulee näin liian vähän, tulen tekemään haastatteluja aineiston monipuolistamiseksi. Tällöin haastattelisin viidestä kymmeneen mielenterveyskuntoutujan puolisoa.

Tulen keskustelemaan tutkimukseni menettelytavoista tarkemmin yhdistyksen työntekijöiden kanssa. Jos teen haastatteluja, teen ne niin, ettei niistä ole kenellekään haittaa tai vaiavaa. Haastatteluista voi tietenkin myös kieltäytyä.

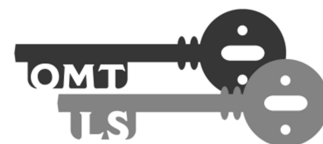
Tulen noudattamaan ehdotonta vaitiolovelvollisuutta ja asiallisuutta. Kirjoittaessani opinnäytetyötäni, huolehdin siitä, että vastaajien ja mahdollisten haastateltavien anonymiteetti säilyy. Aineisto jää nimettömänä minulle, ellei joku halua, että aineisto hävitetään.

Täten anon lupaa tehdä tutkimukseni Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksessä edellä mainitsemieni periaatteiden perusteella. Tutkimukseni ajoittuu kokonaisuudessaan ajalle kevät – syksy 2013.

Yhteistyöterveisin:

Outi Vesterinen
Opiskelija
Sosiaalialan koulutusohjelma
Turun ammattikorkeakoulu

Ohjeistus



Mielenterveyden merkitys parisuhteelle

Teen opinnäytetyötäni Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksessä mielenterveyden merkityksestä parisuhteelle vuoden 2013 aikana.

Toivoisin, että Sinä – mielenterveyskuntoutujan puoliso – kirjoittaisit minulle oman tarinasi otsikolla **”Mielenterveyden merkitys parisuhteelle”**. Kirjoita tarinasi täysin vapaamuotoisesti joko käsin tai tietokoneella. Tarina saa olla niin lyhyt tai pitkä kuin haluat.

Opinnäytetyön pohjalta yhdistys voi myös kehittää toimintaansa. Sinulla on nyt mahdollisuus vaikuttaa yhdistyksen tulevaisuuteen.

Palauta kertomuksesi 30.6.2013 mennessä

- sähköpostiosoitteeseen outi.vesterinen@students.turkuamk.fi
- sähköpostiosoitteeseen omtls@omtls.net
- TAI yhdistyksen toimistolle (Itäinen Pitkätie 11 a 20520 Turku).

Tarinan voit palauttaa nimettömänä. Jos olet halukas tulemaan myöhemmin haastatteluun samasta aiheesta, liitä mukaan myös yhteystietosi. Mahdolliset haastattelut suoritetaan syyskuun aikana. Kaikki aineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäisiä henkilöitä voi opinnäytetyöstä tunnistaa.

Opinnäytetyöstä ja tuloksista tullaan syksyllä kertomaan yhdistyksen kotisivuilla ja tapahtumissa.

Outi Vesterinen
Sosionomiopiskelija, Turun ammattikorkeakoulu
Harjoittelijana yhdistyksessä keväällä ja syksyllä 2013

Milla Roos
Harjoittelun ohjaaja
VTM, vt. toiminnanjohtaja OMTLS

Liisa Pirinen
Opinnäytetyön ohjaaja
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

