

Henri Hyytinen

**MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN  
SOSIAALISET SUHTEET JA  
VUOROVAIKUTUS**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Sosiaalipsykologia  
Kandidaatintutkielma

# TIIVISTELMÄ

Henri Hyytinen: Mielenterveyskuntoutujien sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus

Kandidaatintutkielma  
Tampereen yliopisto  
Sosiaalipsykologia  
Toukokuu 2020

---

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, millä tavoin mielenterveyskuntoutajat, heidän omaisensa ja mielenterveysammattilaiset arvioivat mielenterveysongelmien vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Aihe on tärkeä, koska mielenterveysongelmat vaikuttavat usein myös kuntoutujan läheisiin. Aihe on tärkeä myös siksi, että sosiaaliset suhteet ovat yksi keskeinen mielenterveysongelmista toipumiseen vaikuttava tekijä.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastasi 24 vastaajaa. Vastaajista seitsemän oli mielenterveyskuntoutujia, kuusi omaisia ja yksitoista mielenterveysammattilaisia. Saatua aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä temaattisella analyysillä, jonka avulla aineistosta muodostettiin jokaiselle ryhmälle omat ala- ja yläteemat. Tämän jälkeen löytyneitä teemoja suhteutettiin toisiinsa ja aiempaan tutkimukseen.

Yläteemoiksi mielenterveyskuntoutujille muotoutuivat *Muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa* sekä *suhteen luonteen muutos*. Omaisten yläteemoiksi muotoutuivat *muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa, suhteen luonteen muutos* sekä *lähisuhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi*. Mielenterveysammattilaisten vastauksien yläteemat olivat *muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa, suhteen luonteen muutos, häpeä ja syyllisyys lähisuhteessa* sekä *lähisuhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi*.

Analyysissä selvisi, että kaikki vastaajaryhmät arvioivat mielenterveysongelmien vaikutuksien olevan monilta osin samanlaisia. Keskeisimmät analyysissä löytyneet teemat olivat *suhteen luonteen muutokset ja muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa*. Suhteen luonteen muutokseen sisältyvissä alateemoissa keskeistä oli suhteen kylmeneminen, roolien muutos ja suhteiden päätyminen. Vuorovaikutuksen muutoksiin liittyvät teemat toivat esiin lähisuhteiden kommunikaation vähenemisen, yksipuolistumisen ja sairauskeskeisyyden. Suurimpia eroja vastaajaryhmien välillä tuli häpeän ja syyllisyyden teemojen suhteen, koska suoranaisesti nämä teemat tulivat esiin pelkästään mielenterveysammattilaisten vastauksista.

Tutkimuksen perusteella mielenterveysongelmien arvioidaan vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen melko laajasti. Arkielämän sujuvuus saattaa kärsiä ja läheinen saattaa kuormittua haastavassa tilanteessa. Tästä syystä aiheesta tulisi olla tietoa mielenterveyskuntoutujilla, heidän läheisillään ja mielenterveysammattilaisilla, jotta vaikutuksiin osattaisiin varautua ja niiden aiheuttamat kielteiset seuraukset voitaisiin minimoida.

Avainsanat: Vuorovaikutus, mielenterveyskuntoutajat, omaiset, mielenterveysammattilaiset, temaattinen analyysi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

# Sisällysluettelo

<b>1. Johdanto</b> .....	<b>4</b>
1.1 Aiempi tutkimus .....	5
1.2 Tutkielman näkökulma ja tutkimuskysymys.....	7
<b>2. Aineisto</b> .....	<b>8</b>
2.1 Kyselylomake .....	9
2.2 Eettinen pohdinta .....	10
2.3 Aineiston kuvailu .....	11
<b>3. Laadullinen tutkimus ja analyysimenetelmä</b> .....	<b>12</b>
3.1 Mitä on laadullinen tutkimus?.....	12
3.2 Temaattinen analyysi.....	13
<b>4. Tulokset</b> .....	<b>15</b>
4.1 Mielensterveyskuntoutujien keskeiset teemat.....	15
4.2 Omaisten keskeiset teemat .....	17
4.3 Mielensterveysammattilaisten keskeiset teemat .....	19
4.4 Yhteenveto .....	21
<b>5. Luotettavuus</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Mahdollisia tapoja ratkaista ongelmia</b> .....	<b>26</b>
<b>7. Loppupohdinta</b> .....	<b>27</b>
<b>8. Lähteet</b> .....	<b>28</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>31</b>
Kyselylomake: .....	31
Muut kysymykset.....	33

## 1. Johdanto

”Hyvinä päivinä hän on puolisoni, huonoina päivinä huollettava”. Näillä sanoin eräs mielenterveyskuntoutujan puoliso kuvailee suhdetta kumppanin sairastumisen jälkeen. Tämä ei varmasti ole täysin poikkeuksellinen tilanne Suomessa mielenterveysongelmien määrän takia. Mielenterveysongelmat ovat yksi keskeisin kansanterveydellinen ongelma, joten niiden yleisyys tekee aihealueesta läheisen ja tärkeän monelle. Noin joka viides sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä ja vuosittain 1,5 prosenttia suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön (Huttunen 2017). Mielenterveysongelmien yleisyys tekee niistä asian, johon lähes kaikki törmäämme arkisessa elämässämme, joko sairastumalla itse tai jonkun läheisen sairastuttua. Lähisuhteet saattavat sairastuessa nousta tärkeään arvoon, koska niissä voimme purkaa ajatuksiamme ja saada sosiaalista tukea. Tällaisessa tilanteessa kumppani, sisarukset, vanhemmat tai hyvä ystävä saattaa olla oleellinen osa toipumista. Sosiaalisten suhteiden näkökulma mielenterveysongelmiin on tärkeä, koska sosiaalisen tuen ja hyvien sosiaalisten suhteiden koetaan olevan keskeinen toipumista edistävä tekijä. (Schön, Denhov & Topor 2009)

Läheisen ihmisen psyykkinen sairastuminen on usein ilmiönä vaikea ja kuormittava asia myös omaiselle. Usein sairastuminen myös tuo mukanaan monenlaisia muutoksia sairastuneen omaisten elämään ja harvoin nämä muutokset ovat mieluisia. Seuraukset saattavat näkyä arjessa esimerkiksi perheen sisäisissä suhteissa tai toimintakyvyssä. (Koskisuu & Kulola 2005, 13.) Sairastuminen ja kuntoutuminen eivät siis ole ilmiöitä, jotka tapahtuvat ja vaikuttavat pelkästään yksilön mielensisäiseen maailmaan, vaan samalla myös ympäristöön. Tässä tutkielmassa tarkastelen, millä tavalla mielenterveysongelmien arvioidaan vaikuttavan mielenterveyskuntoutujien lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen.

Aloitan tutkielmani käymällä läpi aiempaa tutkimusta aiheesta ja siten perustelen näkökulman tärkeyden. Tämän jälkeen luvussa kaksi kuvailen aineistonkeruutani ja syvennyn käyttämiini

metodeihin sekä tutkielman eettisiin näkökulmiin. Aineiston ja tutkimusmetodien kuvailun jälkeen siirryn itse analyysin tuloksiin, jotka kerron ryhmä kerrallaan ja lopuksi vedän yhteen saamani tulokset. Yhteenvedossa vertailen ryhmien eroja ja yhtäläisyyksiä samalla suhteuttaen niitä aiempaan tutkimukseen. Tämän jälkeen käsittelen tulosten luotettavuutta. Luotettavuutta käsittelevän osion jälkeen käsittelen vielä hieman mahdollisia tapoja ratkaista ongelmia, jonka jälkeen viimeistelen tutkielman loppupohdinnalla.

## **1.1 Aiempi tutkimus**

Ihminen on pohjimmiltaan sosiaalinen olento, joten sosiaalinen vuorovaikutus ja muiden kanssa yhteenliittyminen on meille tärkeää. Sosiaalisten suhteiden merkitys ihmisen fyysiselle ja henkiselle terveydelle on havaittu myös erilaisissa tutkimuksissa. (Cohen 2004) Suhteet vaikuttavat ihmisen henkiseen ja fyysiseen terveyteen monien mekanismien kautta, jotka ovat yhteydessä ihmisen kognitioon, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Tätä kautta vaikutukset ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen ovat laajat.

Liittyessään yhteen muiden kanssa ihminen voi saada sosiaalista tukea ja muodostaa positiivista identiteettiä. Yhteenliittymisen kautta ihminen voi tuntea olevansa osa jotain ja muodostaa merkitystä elämälleen ja tätä kautta sosiaaliset suhteet saattavat myös vaikuttaa terveyteen. Sosiaalinen tuki auttaa myös yksilön stressinhallintaa, joka on terveyden kannalta yksi keskeisiä tekijöitä. (Cohen 2004) Koska sosiaaliset verkostot auttavat meitä säätelemään stressiä, toimii niiden vaikutus myös ennaltaehkäisevänä erilaisille fyysisille ja psyykkisille sairauksille. Tätä sosiaalisten suhteiden suojaavaa vaikutusta on kutsuttu puskurivaikutukseksi (Suoninen & Pirttilä-Backman & Lahikainen & Ahokas 2011, 308).

Ennaltaehkäisyyn lisäksi sosiaalisella tuella ja suhteilla on oma roolinsa muissakin sairastumisen vaiheissa. Mielenterveydelliset ongelmat saattavat vähitellen muuttaa henkilön käytöstä ja joissain tilanteissa läheiset saattavat huomata pikkuhiljaa tapahtuvan muutoksen paremmin. Esimerkiksi kumppani saattaa olla ensimmäinen, joka huomaa orastavan mielenterveysongelman. (Kulola & Koskisuus 2005, 27.) Mielenterveysongelmien tunnistamisen ja ennaltaehkäisyyn suhteen läheisillä ihmisillä saattaa siis olla merkityksensä. Kuitenkin erityisesti kuntoutumisvaiheessa he ovat tärkeitä, koska ongelmat saattavat vaikuttaa yksilön resursseihin hoitaa asioita ja elää normaalia elämää. Tällaisessa tilanteessa ihminen saattaa tarvita tukea läheisiltään.

Sosiaalinen tuki voi olla monenlaista, ja sen voi jaotella emotionaaliseen, instrumentaaliseen ja informatiiviseen. (Cohen 2004, 676-677) Emotionaalisella tuella tarkoitetaan empaattista kuuntelua ja tukemista, joka on keskeistä, koska se antaa muille mahdollisuuden purkaa tuntemuksiaan. Tämän lisäksi mielenterveysongelmien kanssa kamppaileva ihminen saattaa tarvita instrumentaalista tukea, jolla tarkoitetaan konkreettista tukemista arjen askareiden kanssa. Informatiivisella tuella tarkoitetaan neuvoja tai tietoa siitä, millä tavalla haastavasta tilanteesta selviää. Informatiivinenkin tuki on mielenterveysongelmien yhteydessä tärkeää ja sitä on mahdollista saada esimerkiksi vertaistuen kautta. Monenlaisen tuen tarjoaminen lähisuhteissa saattaa kuormittaa myös sairaan ympärillä olevia ihmisiä.

Tällaisten tilanteiden luomia jännitteitä ja ongelmia olisi tärkeää kyetä ratkaisemaan rakentavasti mielenterveyskuntoutujien perheissä, koska erilainen sosiaalinen kitka ja huono tunneilmapiiri saattavat vaikuttaa mielenterveysongelmista kuntoutumiseen huomattavasti. (ks. Heikkilä 2006) Pahimmassa tapauksessa huono ilmapiiri kuntoutujan kotona vaikuttaa suoranaisesti toipumisen todennäköisyyteen. Esimerkiksi Buzlaff ja Hooley (1998) saivat tutkimuksessaan selville, että perheessä vallitseva huono tunneilmapiiri ja toimimaton vuorovaikutus ovat yhteydessä skitsofreniapotilaan relapsien eli sairauden uusiutumisen todennäköisyyteen (Buzlaff & Hooley 1998). Avoimien keskusteluvälien ja hyvän tunneilmapiirin ylläpitäminen mielenterveyskuntoutujan kotona olisi siis erittäin tärkeää.

Mielenterveyskuntoutujien toipumista tutkittaessa keskitytään usein toipumista edistävien asioiden tutkimiseen, joista sosiaalinen tuki on yksi keskeinen. Näissä tutkimuksissa kuitenkin läheisten kanssa käyty vuorovaikutus ja sen koettu laatu ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Schön, Denhov & Topor 2009.) Sosiaaliseen tukeen kuitenkin liittyy hyvin vahvasti arkinen vuorovaikutus mielenterveyskuntoutujan ja omaisten välillä. Sosiaalisissa suhteissa rakentuva vuorovaikutus on dynaamista, eli ihmisten toiminta vaikuttaa vuorovaikutuksessa myös muiden toimintaan. Tämän yhteistoiminnan kautta ja sitä refleктоimalla ihmiset pitävät yllä ja rakentavat tilanteen kontekstin ja mielen. (Heritage & Clayman 2010, 21-22.) Mielenterveysongelmat ja niistä kuntoutuminen saattavat vaikuttaa tähän dynamiikkaan, joten tästä ilmiöstä olisi hyvä olla tietoa sekä kuntoutujilla että heidän omaisillaan.

Mielenterveysongelmien sairastaminen tai niistä kuntoutuminen eivät tapahdu tyhjiössä, joten vaikutusta on myös sillä, miten yhteiskunnassa mielenterveysongelmiin suhtaudutaan. Viime vuosina esimerkiksi kansanedustajien mielenterveysongelmat ovat herättäneet keskustelua mielenterveysongelmien häpeäleimestä eli stigmasta. (Helsingin Sanomat 2018; Turun sanomat

2019) Stigmassa on kyse siitä, että leimaamalla henkilö määritellään toisenlaiseksi, häneen liitetään ei-toivottuja ominaisuuksia ja häntä vältellään. (Aromaa 2011, 9.) Stigmalla saattaa olla yksilölle monenlaisia seurauksia monilla elämän osa-alueilla, kuten työllistymisen suhteen. (Sharac & Mccrone & Clement & Thornicroft 2010.) On myös havaittu, että mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset hakeutuvat muita heikommin terveystalveihin ja on epäilty, että väärät uskomukset mielenterveysongelmista ja häpeän kokeminen olisivat yhteydessä tähän. Tätä kautta stigma saattaa vaikuttaa monella tapaa myös ihmisen fyysiseen terveyteen ja lopulta myös kuolleisuuteen. (Hahm & Segal 2005.)

Omalta osaltaan stigma saattaa vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. On esimerkiksi havaittu, että lähisuhteissakin stigma saattaa johtaa siihen, että ihminen peittelee häpeää aiheuttavaa ongelmaa (Ketokivi 2015). Stigma saattaa myös vaikuttaa koettuun elämänlaatuun lähisuhteissa. Esimerkiksi Yanos ym. 2001 tarkastelivat tutkimuksessaan sitä, millä tavalla kielteisten ja myönteisten vuorovaikutusten arvioitu määrä vaikuttaa koettuun elämänlaatuun ihmisillä, joilla on todettu vakavia mielenterveydellisiä ongelmia. Tulokset osoittivat oletuksen mukaisesti, että negatiivispainotteisella vuorovaikutuksella oli elämänlaatua laskeva vaikutus ja positiivisilla taas nostava. Tutkimuksessa kartoitettiin myös stigman yhteyttä ja tuloksena oli, että negatiiviset vuorovaikutukset, joissa koettiin häpeää, olivat erityisesti yhteydessä laskeneeseen elämänlaatuun. Stigma ei siis ole asia, joka vaikuttaa mielenterveysongelmista kärsivän elämään pelkästään työpaikoilla tai muualla kodin ulkopuolella, vaan se vaikuttaa myös lähisuhteissa.

## 1.2 Tutkielman näkökulma ja tutkimuskysymys

Tämän tutkielman tarkoitus on kerryttää tietoa siitä, millä tavalla mielenterveysongelmien arvioidaan vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Tutkimuskysymykseni on: **Millä tavalla mielenterveysongelmaiset, heidän omaisensa ja mielenterveysammattilaiset arvioivat sairauden vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen?** Hypoteesini on, että omaiset, kuntoutujat ja ohjaajat arvioivat sairauden vaikuttavan vuorovaikutukseen, koska mielenterveysongelmat ovat usein sellainen asia, joka yksilön lisäksi vaikuttaa myös ympärillä eläviin ihmisiin. (ks. Koskisuu & Kulola 2005; Kawachi & Berkman 2001; Piikkilä 2012; Crowe & Lyness 2013.) Tästä syystä näkökulman laajentaminen kuntoutujien näkökulman ulkopuolelle on tärkeää. Mielenterveysammattilaisten näkökulma aiheeseen on myös keskeinen, koska he ovat työnsä kautta paljon tekemisissä perheiden ja kuntoutujien kanssa, joten heillä on aiheesta paljon tietoa ja

kokemusta. Eri näkökulmien kerääminen mahdollistaa myös niiden vertailun, mikä saattaa tuottaa mielenkiintoista tietoa aiheesta.

Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään OmaToivo-verkkosivuja suunniteltaessa. OmaToivo on verkkosivu, johon kootaan mielenterveyskuntoutujille ja heidän lähiomaisilleen tietoa ja työkaluja arjen hallinnasta siten, että tieto olisi hyödyllistä ja helposti saavutettavissa. Sivuston tarkoituksena on toimia myös helppona linkkinä jo valmiina oleviin nettisivuihin, Mielenterveystalo.fi ja muihin Terveyskyla.fi -verkkopalveluihin. Tämän tutkimuksen anti verkkosivulle on se, että saamme mielenterveyskuntoutujien, heidän läheisten ja mielenterveysammattilaisten näkökulmaa siihen, minkälainen tieto heille olisi hyödyllistä. Tätä kautta sivusto voidaan suunnitella tulevia käyttäjiä paremmin huomioiden.

Tutkielma asettuu myös osaksi arkiohjaukseen ja arjen hallintaan liittyvää keskustelua, jossa on tuotu esiin, että mielenterveystyössä arki ja sen hallinta jää helposti unohduksiin. Rimpelä ja Venesmäki (2019) tuovat esiin Perheterapia-lehdessä julkaistussa keskustelupuheenvuorossa, että palvelujärjestelmästä saa kyllä apua tilanteessa, jossa arki rupeaa ahdistamaan, mutta tavallisen arjen pyörittämiseen tukea ei ole välttämättä tarpeeksi saatavilla. He ehdottavat keskustelupuheenvuorossa, että arjen ohjaukseen koulutetuilla arkiohjaajilla voitaisiin mahdollisesti paikata tätä palvelujärjestelmän aukkoa. Arkiohjaajat toimisivat pitkäaikaisempina arjen tukihenkilöinä kuntoutujalle. Kysymyksiä kuitenkin herättää se, millä tavalla tukihenkilöt asettuvat suhteessa palvelujärjestelmään ja millä tavalla heidät otetaan mukaan toimintaan. OmaToivo toimii virtuaalisena arjen ohjauksen tukena ja apuna normaalin arjen pyörittämiseen.

## **2. Aineisto**

Kohderyhmänä tutkimuksessa ovat mielenterveyskuntoutajat, heidän omaisensa ja mielenterveysammattilaiset. Aineiston keräsin Microsoft forms-kyselylomakkeella. Päädyin tähän vaihtoehtoon, koska tämän avulla kyselyn levittäminen olisi helppoa ja vastaaminen onnistuisi anonymisti. Kohderyhmiin otin yhteyttä sähköpostitse erilaisia mielenterveyspalveluja tarjoavien tahojen kautta, jotka levittivät kyselylomaketta sähköpostitse kuntoutujille ja omaisille. Aineistoa ei kerätty sairaalan työntekijöiltä tai potilailta, joten keräämiseen ei vaadittu sairaanhoitopiiriltä minkäänlaista tietoa.



Alustavasti olin suunnitellut antavani kyselyyn vastausaikaa kaksi viikkoa, mutta vähäisen vastausmäärän takia venyitin vastausaikaa vielä viikolla ja otin yhteyttä muutamiin uusiin tahoihin, jotta saisin tarpeeksi vastauksia. Huonoon vastausmäärään saattaa vaikuttaa myös, että aineistonkeruun aikana Suomi siirtyi poikkeustilaan koronaepidemian takia, ja tämä tilanne vaikutti myös monien mielenterveyspalveluja tarjoavien tahojen toimintaan.

Aineiston kerääminen tällaisten toimijoiden kautta on suhteellisen helppoa, mutta samalla se luonnollisesti vaikuttaa vastausten laatuun. Esimerkiksi omaisten joukkoon on valikoitunut pelkästään omaisia, jotka jollain tavalla ovat mukana omaisten tukijärjestön toiminnassa. Tämä jättää katveeseen todennäköisesti suuren osan omaisia, jotka eivät joko ole kiinnostuneita tai heillä ei ole resursseja hakea apua tällaisista verkostoista. Heidän vastauksensa saattaisivat tuoda erilaista näkökulmaa aiheeseen.

## **2.1 Kyselylomake**

Kyselylomaketta laatiessa tulee huomioida monia tekijöitä, kuten kysymysten muotoilu, järjestys ja lomakkeen laajuus. Kysely tulee muotoilla siten, että kohderyhmällä riittäisi kiinnostus vastata kysymyksiin, ja samalla tulisi kuitenkin saada tarpeeksi hyödyllistä tietoa. (Valli 2018, 82.) Pysin tässä tapauksessa pitämään kyselyn melko lyhyenä, jotta kaikilta kohderyhmiltä saisi vastauksia. Tämä ei kuitenkaan ollut täysin yksinkertainen tehtävä, koska samalla kyselylomakkeella kerättiin tietoa OmaToivo-verkkosivuja varten. Kyselylomaketta suunniteltaessa piti löytää sopiva tasapaino kaikkien osapuolien tiedonhalun täyttämiseen. Kysymyksiä muovatessa tuli myös ottaa huomioon eettiset periaatteet erittäin tarkasti, koska myös sairaanhoitopiiri hyödyntäisi saatua tietoa. Tämä vaikutti esimerkiksi kysymysten muotoiluun ja taustatietojen keräämiseen. Tästä syystä kyselyssä ei kartoiteta taustatietoina kuntoutujien diagnoosia tai muitakaan terveydentilaan liittyviä tietoja. Tästä lisää eettisessä pohdinnassa.

Itse kyselylomake toteutettiin siten, että siinä on avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avoinet kysymykset muotoilin siten, että ne sisältävät mahdollisimman vähän ennako-oletuksia ja siten muovailisivat vastauksia. Avointen kysymysten rinnalle laitoin muutamia strukturoituja kysymyksiä. Tällä tavalla ajattelin saavani jotain dataa, jos avoimiin kysymyksiin tulleet vastaukset ovat erittäin lyhyitä. Kyselylomake on kokonaisuudessaan liitteissä.

## 2.2 Eettinen pohdinta

Tässä osiossa käyn läpi tutkielmani eettisiä kysymyksiä suhteutettuna hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkija on noudattanut tiedeyhteisöön liittyviä toimintatapoja kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankinnassa, analyysissä sekä tuloksien julkaisemisessa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös avoimuus tutkimusprosessista, jota olen parhaani mukaan kunnioittanut avaamalla tekemäni analyysiä ja ratkaisuja. (Kuula 2006, 26-29.)

Eettisyyden tulee kulkea tutkimuksessa mukana alusta loppuun saakka. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys (Tuomi & Sarajärvi 2009, 153). Tutkimusaiheen valinnan ja tutkimuskysymyksen muotoilun yhteydessä on pohdittava näkökulman ja tutkimuksen tekemisen eettisyyttä. Tutkimuksen näkökulman ja toteuttamisen on oltava sellaista, ettei niistä aiheudu tutkittaville haittaa.

Tutkielmassa toteutin aineistonkeruun kyselytutkimuksena, jota levitin sähköpostitse, joten vastaajat pystyivät linkin saatuaan vastata kyselyyn anonyymisti. Tässä vaiheessa oli otettava huomioon, että vastaajilla on tarvittavat tiedot tutkimuksesta ja siihen liittyvästä tiedonkeruusta, jotta he tietävät mihin heidän vastauksiansa käytetään. Tämä toteutettiin siten, että kyselyn yhteydessä kaikille vastaajille jaettiin tietosuojaseloste sekä tiedote kohdejoukolle-dokumentti, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkittavien oikeudet, tutkielman tekijän yhteystiedot ja yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa.

Kyselydataa analysoidessa pitää huomioida, että vastaajan voi tunnistaa aineistosta, vaikka vastaajista ei kerätty minkäänlaisia henkilötietoja. Tämä tuli huomioida, koska mielenterveysongelmat saattavat olla arkaluontoinen aihealue. Tämän huomioin tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa siten, että toin aineistokatkelmissa esiin pelkästään kohtia, joiden avulla tunnistaminen on mahdotonta. Tunnistamisen todennäköisyyttä laskee myös se, että raaka-aineistoon minun lisäkseni pääsi käsiksi pelkästään sairaanhoitopiirin OmaToivo-työryhmä.

Suurin eettinen haaste tutkimusta tehdessä oli kysymysten muotoilu aiheen arkaluontoisuuden ja sairaalan eettisten velvoitteiden takia. Kysymykset tuli muotoilla siten, että niissä ei kartoitettu arkaluontoista terveydentilatietoa tai suoranaisesti vastaajien omaa kokemusta, joten tämä toi omat

haasteensa kysymysten muovaamiseen. Tämä osaltaan vaikutti kyselystä saadun datan laatuun ja siten myös tutkimuksen lopputulokseen.

### 2.3 Aineiston kuvailu

Kokonaisuudessaan kyselyyn vastasi 24 vastaajaa, joista 7 oli mielenterveyskuntoutujia, 6 omaisia ja 11 mielenterveysammattilaisia. Mielenterveysammattilaisia aineistossa oli selkeästi eniten ja myös heidän vastauksensa olivat keskimäärin huomattavasti laajempia kuin mielenterveyskuntoutujien ja omaisten.

Tätä tutkielmaa varten kokosin aineiston kahden kysymyksen perusteella. Ensimmäinen kysymys oli ”*Vaikuttavatko mielenterveysongelmat lähisuhteiden arkiseen vuorovaikutukseen? Kyllä/ei/En osaa sanoa.*” Tästä seuraavaan analysoitavaan kysymykseen jatkoivat pelkästään ne, jotka vastasivat *kyllä*. *Kyllä* vastauksia oli 23 ja *Ei* vastauksia vain 1, joten lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että mielenterveysongelmat vaikuttavat lähisuhteiden arkiseen vuorovaikutukseen. Alustavan kysymyksen tarkoituksena oli johdattaa kyselyn aiheeseen ja vähentää toisen analysoitavan kysymyksen johdattelevuutta. Keskeisessä kysymyksessä kartoitettiin mielenterveysongelmien vaikutuksia eri lähisuhteiden vuorovaikutukseen: ”*Kuvaile, millä tavoin mielenterveysongelmat vaikuttavat arkiseen vuorovaikutukseen: 1) Parisuhteessa 2) Ystävyysuhteessa 3) Perhesuhteessa 4) Muissa suhteissa*”. Analysoitavaan kysymykseen vastanneista 11 oli mielenterveysammattilaisia, 6 kuntoutujia ja 6 omaisia. Kokonaisuudessaan analysoitavaa aineistoa oli 6 sivua.

Liitteissä on osio, jossa käyn tutkielman ulkopuolelle jääneiden kysymysten vastaukset läpi. Sinne olen myös luonut strukturoiduista kysymyksistä kuvaajat, joiden avulla vastauksia on helpompi hahmottaa.

### **3. Laadullinen tutkimus ja analyysimenetelmä**

Tässä osiossa tarkastelen laadullisen tutkimuksen perinnettä ja suhteutan sitä tekemääni työhön. Käsittelen myös käyttämäni analyysimenetelmää eli temaattista analyysyä.

#### **3.1 Mitä on laadullinen tutkimus?**

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuskohteena on usein ihminen ja elämismailma, jota yritetään hahmottaa erilaisin menetelmin. Elämismailmaan kuuluvat muun muassa erilaiset merkitykset, sosiaaliset suhteet, yhteisöt ja arvot. (Varto 1992, 27.) Laadullinen tutkimus voi tarkastella maailmaa realistisen tai relativistisen viitekehyksen kautta riippuen siitä, millä tavalla tutkimuksessa halutaan tarkastella sosiaalista todellisuutta. Tämä näkökulma heijastuu koko tutkimukseen ja siihen, millä tavalla esimerkiksi aineistoon ja tutkimuskysymykseen suhtaudutaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkielma painottuu tämän jaottelun relativistiseen päähän, koska en oleta aineiston osoittavan sitä, millä tavalla asiat todellisuudessa ovat, vaan aineisto heijastelee tietyssä kontekstissa syntynyttä todellisuuden versiota. Tästä syystä en myöskään oleta, että tämän tutkimuksen tuloksia olisi tarvetta pyrkiä yleistämään laajemmalla tasolla. Tarkoituksena on tuottaa tietoa vain tästä valitusta näkökulmasta, jota mahdollisesti voi myöhemmin laajentaa.

Laadullista tutkimusta voi tehdä monilla eri menetelmillä, mutta monissa niistä on kuitenkin paljon yhteistä. Alasuutari jakaa laadullisen tutkimuksen tekemisen karkeasti kahteen vaiheeseen: ensimmäinen vaihe on havaintojen pelkistäminen ja toista vaihetta hän kutsuu arvoituksen ratkaisemiseksi. Havaintojen pelkistäminen tapahtuu siten, että aineistoa käydään läpi aiemmin valitusta teoreettis-metodologisesta näkökulmasta. (Alasuutari 1999, 40.) Tutkielmassani tämä näkyy siten, että olen valinnut näkökulman, jonka olen muotoillut aiemman tiedon ja tutkimuksen perusteella. Tämän näkökulman valossa olen tarkastellut aineistoa ja poiminut sieltä aiheeni kannalta merkitykselliset kohdat ylös temaattisen analyysin keinoin.

Arvoituksen ratkaisulla Alasuutari viittaa itse analyysiin, jossa aineistosta löydettyjä asioita pyritään ymmärtämään ja selittämään. Tässä vaiheessa tutkimuksessa hyödynnetään aiempaa kirjallisuutta ja aihepiirin tutkimusta, jonka kautta peilaamalla analyysin tekeminen onnistuu. Tämän aiempaan

tutkimukseen peilaamisen suoritan tulosten yhteenvedossa, jossa tarkastelen eri kohderyhmiä saamiini tuloksia ja vertailen niitä suhteessa toisiinsa ja aiempaan tutkimukseen. Poikkeavuudet ja yhtäläisyydet havaintoyksiköiden välillä saattavat antaa johtolankoja siitä, mistä jokin asia johtuu (Em. 43).

### 3.2 Temaattinen analyysi

Temaattisessa analyysissä aineistoa lähestytään karkeasti samoin askelin kuin Alasuutarin kuvauksessa laadullisesta tutkimuksesta. Temaattisessa analyysissä voidaan kuitenkin suhtautua teoriaan hieman eri tavoin riippuen siitä, millä tavalla aineistoa lähdetään analysoimaan. Temaattisen analyysin voi tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Keskeisesti nämä tyylit eroavat siinä, millä tavalla teemat muodostuvat. Teorialähtöisessä analyysissä teemat otetaan aiemmasta teoriapohjasta, kun taas aineistolähtöisessä teemat muodostetaan puhtaammin analysoitavan aineiston pohjalta. (Braun & Clarke 2006, 12.) Tässä tutkielmassa teen analyysin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Tavoitteenani on selvittää, millä tavalla kohderyhmät arvioivat sairauden vaikuttavan sosiaaliseen suhteeseen ja vuorovaikutukseen, joten aiemmasta tutkimuksesta nostetut teemat tai kategoriat saattaisivat ohjata liikaa analyysiä. Tällöin en mahdollisesti tarkastelisi aineistoa kokonaisuutena, vaan pyrkisin poimimaan sieltä teemoihin sopivat kohdat ja jättäisin helpommin asioita huomioimatta. Toki aiempi tietoni vaikuttaa analyysin tekoon, koska en pysty täysin omaa näkökulmaani sulkemaan pois. Olen kuitenkin pyrkinyt tekemään analyysin mahdollisimman avoimesti, jotta tulkintani olisivat arvioitavissa.

Analyysi aloitetaan siten, että aineistoon tutustutaan hyvin ja sieltä nostetaan esiin eli koodataan tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset kohdat, jotta niitä olisi helpompi vertailla ja hahmottaa (Em. 18). Aineiston analyysissä ja koodauksessa voidaan keskittyä semanttisiin tai latenteihin teemoihin. Semanttisilla tarkoitetaan suoraan aineistosta havaittavia ja ilmeisiä kohtia, kun taas latenteilla tarkoitetaan hieman piilossa olevia teemoja, joita vastaaja ei välttämättä suoraan tuo esiin. (Em. 13.) Aineistoa koodatessa pysyn semanttisten teemojen puolella, jotta en liikaa etäänny aineistosta omilla tulkinnoilla, mutta yhteenvedossa laajennan pohdintaani hieman myös piilossa olevien merkitysten puolelle.

Koodaamisen jälkeen alkaa teemojen muodostaminen. Teema voidaan määritellä monella tavalla, mutta sillä tarkoitetaan jotain, mikä tuo aineistosta esiin tärkeän piirteen suhteessa tutkimuskysymykseen. Teemojen muodostaminen tapahtuu vertailemalla koodattuja kohtia ja jaottelemalla niitä yhteen. Yhtäläisyyksiä analysoimalla aineiston teemat rupeavat muodostumaan ja ne voidaan jaotella. (Em. 19.) Tässä tutkielmassa jaottelin teemat ala- ja yläteemoihin. Tämän lisäksi jätin näkyviin pelkistykset eli hieman pelkistetyt koodaukset, joiden kautta teemat ovat muodostuneet. Tällä tavoin sinä lukijana pääset mahdollisimman lähelle tekemääni analyysiä. Yläteemat muodostuivat melko abstrakteiksi aineiston vähyyden takia, mutta alateemat täydentävät niitä.

Kyselylomakkeessa olleessa kysymyksessä kartoitettiin mielenterveysongelmien vaikutuksia eri lähisuhteisiin (perhesuhde, parisuhde, ystävyysuhde ja muut suhteet). Analyysin alkuvaiheessa kuitenkin huomasin, että monissa lähisuhteissa nousi esiin samat teemat, joten tässä analyysissä en erottele niitä samalla tavalla toisistaan. Erottelen kuitenkin eri vastaajaryhmien vastauksista nousseet teemat erilleen ja lopussa teen yhteenvedon, jossa vertailen hieman teemoja ja pohdin niiden yhtäläisyyksiä ja eroja.

## 4. Tulokset

### 4.1 Mielenterveyskuntoutujien keskeiset teemat

Taulukko 1.

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alateema</b>	<b>Yläteema</b>
Kommunikaatio vaikeutuu, koska sairauden myötä jännitys lisääntyy	Kommunikaation vaikeudet	<b>Muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa</b>
Ei jaksa pitää yhteyttä	Kommunikaation määrän muutos	
Yhteydenpito ystäviin vähenee		
Vähemmän läheisyyttä lähisuhteissa	Välien viileneminen	<b>Suhteen luonteen muutos</b>
Välit etääntyvät ja viilenevät		
Oikeat ystävät valikoituvat		
Sairaus aiheuttaa epätasapainoa arjen hoitamisen suhteen	Arjenhallinnan roolien muutos	
Mielialavaihtelujen tuottama suunnanmuutokset tuottavat mielipahaa muille	Mielialan vaihtelun tuoma epävakaus suhteessa	
Ärtynäisyyden aiheuttamaa etäisyyttä		

Keskeiset teemat mielenterveyskuntoutujien vastauksissa olivat *muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa* sekä *sosiaalisen suhteen luonteessa*. Vastausten niukkuuden takia yläteemat muodostuivat melko laajoiksi.

Vuorovaikutuksen muutokset jakautuivat kahteen alateemaan, jotka olivat *kommunikaation vaikeudet* ja *kommunikaation määrän muutos*. Kommunikaation määrän muutokseen vaikuttavia tekijöitä mielenterveyskuntoutajat kuvailivat siten, että yhteydenpitoon ei riitä voimia ja sitä kautta yhteydenpito vähenee. Kommunikaation vaikeutumista vastauksissa kuvattiin esimerkiksi siten, että

mielenterveysongelmien myötä sosiaalisissa suhteissa jännitys on lisääntynyt, mikä saattaa vaikeuttaa kommunikaatiota, kuten tästä aineistokatkelmasta voidaan havaita: ”Mielenterveydenhäiriö aiheuttaa jännittämistä sosiaalisissa suhteissa ja hankaloittaa vähän kommunikointia”.

Sosiaalisten suhteiden luonteen muuttumisen teeman jaottelin kolmeen alateemaan: välien viilenemiseen, arjenhallinnan roolien muutokseen ja mielialan vaihtelun tuomaan epävakauteen suhteessa. Välien viilenemiseen aineistossa liitettiin oma jaksamattomuus tai mielialojen muutokset, kuten seuraavassa katkelmassa tulee esiin. Tässä vastaaja kuvailee muutosta parisuhteessa: ”ärtyneisyyttä ja sen kautta etäisyyttä, vähemmän läheisyyttä.” Vastauksissa tuli myös esille, että välien viileneminen saattaa ajautua myös pisteeseen, jossa esimerkiksi ystävät ottavat etäisyyttä ja erään vastaajan sanoin ”oikeat ystävät” jäävät.

Sosiaalisen suhteen tasapaino saattaa järkkyyä myös kuntoutujien näkökulmasta siten, että mielialanvaihtelut tuottavat epätasapainoa arkisten askareiden hoitamisessa ja siten kuormittavat suhdetta. Tätä teemaa kuvastaa seuraava aineistokatkelmä: ”kuormittavat parisuhdetta ja perhesuhteita sillä kaksisuuntaiseni sairausjaksot ovat rankkoja lääkityksistä huolimatta. Esim masentuneena en jaksa pitää huolta edes henkilökohtaisesta hygieniasta, kotitöistä puhumattakaan.” Mielentilojen ailahtelun kuvattiin tuovan myös sosiaalisissa suhteissa huolta siitä, että oma toiminta aiheuttaa mielipahaa muille, koska läheissuhteet saattavat olla arvaamattomampia.

Kokonaisuudessaan kuntoutujien vastauksista oli havaittavissa monenlaisia haitallisia vaikutuksia sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Näiden haitallisten asioiden keskellä oli kuitenkin yksi vastaaja osoittanut kiitollisuutta siitä, että hänellä oli edes yksi ystävä tukenaan, jolle pystyi purkamaan ajatuksiaan. Yksikin läheinen saattaa siis muodostua tärkeäksi voimavaraksi heikolla hetkellä. Muuten kuntoutujien vastauksista löytyi melko paljon yhtäläisyyksiä keskenään vastauksien niukkuudesta huolimatta. Kokonaisuudessaan kuntoutujien vastaukset olivat kaikista lyhyimpiä, joten niiden analyysi osoittautui vaikeammaksi verrattuna muihin ryhmiin. Ongelmaksi muodostui esimerkiksi se, että useat teemat olivat helposti risteäviä keskenään.



## 4.2 Omaisten keskeiset teemat

Taulukko 2

Pelkistetty ilmaisu	Alateema	Yläteema
Kommunikaatio päättyy	Kommunikaation vähentyminen tai loppuminen	<b>Muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa</b>
Kommunikaatio niukka		
Vuorovaikutus yksipuolista	Ongelmat kommunikaatiossa	
Kommunikaatio vaikeutuu		
Välttely ja valehtelu		
Puoliso on huollettava	Roolien muutos	<b>Suhteen luonteen muutos</b>
Muuttuminen hoivasuhteeksi		
Jatkuva huoli omaisesta	Konkreettiset muutoksen arjen hoidossa	
Omainen hakee tukea muualta kuin kumppanilta		
Arkisten asioiden hoito puolisoilla		
Ystävyysuhteet karsiutuu, todelliset jäävät	Sosiaalisten suhteiden karsiutuminen	
Ystävyysuhteet kuolevat		
Sairaus keskeisenä puheenaiheena arjessa	Vuorovaikutuksen sairauskeskeisyys	<b>Lähisuhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi</b>
Tarve hengähdystauolle sairauden täyteisestä arjesta	Sairauskeskeisyyden kuormittavuus	

Keskeiset teemat mielenterveyskuntoutujien omaisten vastauksissa käsittelivät muutoksia *kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa, suhteen luonteen muuttumista ja lähisuhteen muuttumista sairauskeskeiseksi.*

Vuorovaikutuksen ja kommunikaation muutoksen jaoin kahteen alateemaan, *kommunikaation vähentymiseen tai loppumiseen ja ongelmiin kommunikaatiossa.* Kommunikaation vähentymistä

aineistossa kuvataan siten, että arkinen kommunikaatio sairastavan läheisen kanssa on jäänyt hyvin niukaksi tai pahimmassa tapauksessa keskustelu on päättynyt lähes kokonaan.

Kommunikaation muutoksen teemaan on vahvasti yhteydessä lähisuhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi. Jäljelle jäänyt kommunikaatio saattaa olla hyvin sairauskeskeistä liittyen esimerkiksi lääkkeiden ottamiseen tai vointiin, kuten tässä aineistokatkelmassa tulee ilmi: ”Arjessa vuorovaikutus ollut ajoittain yksipuolista ja hyvin niukkaa. Toisaalta arjessa sairauden kautta paljon puhutaan; kuinka voit, oletko ottanut lääkkeet.”. Aineistossa tuli myös kuitenkin esiin, että kommunikaation määrässä ja laadussa on päiväkohtaisia eroja ja hyvinä päivinä keskustelu on lähestulkoon normaalia, kuten ennen sairastumista.

Suhteen luonteen muutoksen teema jakautui alateemoihin, joissa keskiestä oli roolien muutos, konkreettiset muutokset arjen hoitamisessa ja sosiaalisten suhteiden karsiutuminen. Roolien muutosta omaiset kuvasivat siten, että suhde sairastuneeseen läheiseen muuttuu hoitaja-hoidettava-suhteeksi. Tämän kuvailtiin vaikuttavan arjen normaalien askareiden hoitamiseen siten, että läheisen hartioille valuu suuri osa tai kaikki normaalit arjen askareet. Vuorovaikutukseen tämä vaikuttaa myös sillä tavoin, että kuormittavassa tilanteessa omainen ei välttämättä pysty tukeutumaan samalla tavoin läheiseensä, vaan joutuu hakemaan tukea muualta kuten ystäviltä, kuten tässä aineistokatkelmassakin tulee esiin: ”Parisuhde muuttuu hoitaja-hoidettava suhteeksi, omainen joutuu hakemaan tukea muualta, sairastunut puoliso ei pysty minkäänlaiseen vuorovaikutukseen.”

Tässä aineistossa omaisten näkökulmasta tuli myös esiin, että läheisen sairastuminen saattaa vaikuttaa myös omaisen sosiaalisiin suhteisiin. Tätä kuvattiin hyvin samantapaisesti kuin kuntoutujien vastauksissa tuomalla esiin, että todelliset ystävät ovat jääneet, mutta toiset ovat ottaneet etäisyyttä. Läheisen sosiaalisiin suhteisiin saattaa vaikuttaa myös se, että hän joutuu pohtimaan, keille hän sairaudesta kertoo ja keille ei. Aineistosta esimerkiksi ilmeni, että joissain tilanteissa sairastuneen läheisen tilan peittely saattoi aiheuttaa salailua omaisen suhteissa.

Kokonaisuudessaan tämän aineiston perusteella läheisen mielenterveysongelmat vaikuttavat omaisen elämään ja sosiaalisiin suhteisiin monella tapaa. Aineistosta huokui omaisten huoli ja jopa pelko lähimmäisen vointiin liittyen. Arkea hoitaessa tulee huomioida läheisen tarpeita uudella tavalla ja tämän ohella pitää myös muistaa huolehtia itsestään. Omaistenkin osalta ystävyysuhteen merkityksen toi esille yksi vastaaja, jonka mukaan ystävien kautta on mahdollisuus saada tärkeä hengähdystauko arjen keskellä.

### 4.3 Mielenterveysammattilaisten keskeiset teemat

Taulukko 3.

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alateema</b>	<b>Yläteema</b>
Ystäviin ripustautuminen	Suhteen muuttuminen riippuvuus/ hoivasuhteeksi	<b>Suhteen luonteen muutos</b>
Suhteen muuttuminen riippuvuus/ hoivasuhteeksi		
Syntyy kiinteä hoivasuhde yhden perheenjäsenen kanssa ja muut jäävät		
Ristiriitoja, omat toiveet jäävät taka-alalle, kun huomio kiinnittyy sairaan tilaan		
Yhteisen historian/narratiivin tekeminen päättyy	Suhteen jatkuvuudessa muutos	
Ystävät kaikkoavat, koska kommunikaatio vaikeaa		
Kommunikaation yksipuolistuminen	Vastavuoroisuuden ongelmat	<b>Muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa</b>
Dialogi kuolee		
Keskustelu pintapuolista eikä tunnetasolle päästä	Ongelmat vuorovaikutuksessa	
Ylihuolehtiva vuorovaikutus		
Suhdetta leimaa syyllisyys ja häpeä	Syyllisyyden ja häpeän leimaama suhde	<b>Häpeä ja syyllisyys lähisuhteessa</b>
Häpeä ja pelko muiden ihmisten reaktioista		
Syyllisyyden tai häpeän kokeminen perheenjäsenen tilanteesta		

Häpeä ja syyllisyys ajavat tilanteeseen, jossa sairauden aiheuttamista ongelmista ei keskustella	Häpeän ja syyllisyyden vaikutus vuorovaikutukseen	
Vuorovaikutuksen muuttuminen sairauskeskeiseksi	Sairauskeskeisyyden muokkaama vuorovaikutus	<b>Läheisyyden muuttuminen sairauskeskeiseksi</b>
Sairas saattaa vaatia kohtuuttomasti apua, huomiota yms		
Läheinen kuormittuu hoivakuorman alla		

Mielenterveysammattilaisten vastausten keskeisiä teemoja olivat *sosiaalisten suhteiden luonteen muutos, vuorovaikutuksen muutos, häpeä ja syyllisyys läheisyydessä ja läheisyyden muuttuminen sairauskeskeiseksi*.

Ammattilaisten vastauksissa sosiaalisten suhteiden luonteen muutosta kuvattiin siten, että läheisyydellä on vaarana muuttua riippuvuus- tai hoivasuhteeksi, jossa mielenterveyskuntoutuja ripustautuu omaiseen. Hoivasuhteen kuvailu oli tämän teeman keskeisin piirre, mutta sen lisäksi ammattilaiset toivat esiin, että muuttuneen tilanteen seurauksena suhteen tasapaino saattaa järkkäytyä ja omaisen saattaa joutua jättämään omat toiveensa taka-alalle.

Vuorovaikutuksen suhteen keskeinen tema ammattilaisten vastauksissa oli vuorovaikutuksen yksipuolistuminen. Tätä kuvattiin siten, että dialogi omaisten ja kuntoutujan välillä ”kuolee” ja vuorovaikutus ei ole enää vastavuoroista. Keskustelu saattaa muuttua sosiaalisissa suhteissa pintapuoliseksi, eikä tunnetasolla asioiden jakaminen onnistu. Vastauksissa ylihuolehtivaisuuden kuvattiin vaikuttavan kommunikaatioon siten, että omaisen saattaa esimerkiksi puhua kuntoutujalle kuin lapselle, vaikka kyseessä olisikin aikuinen henkilö.

Keskusteluun ja kommunikaatioon vahvasti liittyvä tema oli suhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi. Ammattilaiset toivat esiin, että esimerkiksi keskustelut pyörivät sairauden ympärillä ja normaali vuorovaikutus siirtyy sivuun. Sairauskeskeisyys saattaa vaikuttaa perheen dynamiikkaan myös siten, että omaiset hoitavat lähes kaikki arjen askareet sairastuneen läheisen

puolesta ja rupeavat siten ylihuolehtivaisiksi. Läheisestä huolehtiminen saattaa olla kuormittavaa, joten tähän teemaan liittyen vastauksissa tuli myös esiin huoli omaisten kuormittumisesta. Ammattilaisten mukaan huoli tilanteessa saattaa ajaa omaiset tilanteeseen, jossa he alkavat muokkaamaan omaa toimintaansa sen mukaan, minkä olettavat sairaalle läheiselle olevan parhaaksi. Toisaalta esiin tuli myös, että sairastunut läheinen saattaa vaatia sosiaalisessa suhteessa kohtuuttoman paljon huomiota tai apua omaisiltaan.

Ammattilaiset toivat esiin myös häpeän ja syyllisyyden teeman. Jaottelin syyllisyyden ja häpeän kahteen alateemaan *häpeän ja syyllisyyden leimaamat suhteet* sekä *häpeän ja syyllisyyden vaikutukset vuorovaikutukseen*. Ammattilaiset kuvasivat häpeän ja syyllisyyden vaikuttavan sekä kuntoutujien että omaisten elämään, koska myös omaiset saattavat kokea häpeää ja syyllisyyttä läheisen tilanteesta. Vuorovaikutukseen häpeän ja syyllisyyden kuvattiin aiheuttavan monenlaisia ongelmia. Häpeän nähtiin aiheuttavan ongelmia suoraan esimerkiksi siten, että omaiset tai kuntoutujat saattavat pelätä muiden reaktioita tai epäsuorasti siten, että sairauden aiheuttamista ongelmista ei enää käyty minkäänlaista keskustelua tai keskustelu saattaa ajautua syyttäväksi.

Kokonaisuudessaan mielenterveysammattilaisten vastauksista oli löydettävissä monenlaisia teemoja ja monet niistä oli kirjoitettu todella laajasti. Tämä on toisaalta täysin ymmärrettävää, koska heillä on teoreettinen tieto taustalla ja tämän kautta muodostuneet käsitteet ja valmiudet kuvailla mielenterveysongelmien vaikutuksia laajasti. Tämän lisäksi he ovat työuransa aikana nähneet monia aiheeseen liittyviä tapauksia, joten heidän näkökulmansa on kokoelma monista tapauksista.

#### **4.4 Yhteenveto**

Tarkoitukseni tässä tutkielmassa oli selvittää millä tavalla mielenterveyskuntoutujat, omaiset ja mielenterveysammattilaiset arvioivat mielenterveysongelmien vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Tässä osiossa kuvailen, millä tavalla näiden kolmen vastaajaryhmän vastaukset suhteutuivat toisiinsa. Jotkin teemat löytyivät kaikkien kolmen vastaajaryhmän vastauksista ja niihin liittyvät alateematkin olivat melko samanlaisia. Kaikissa vastausryhmistä tuli esiin, että oletuksen mukaisesti mielenterveysongelmat vaikuttavat laajasti lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen.

Keskeinen teema, joka analyysissä tuli esiin kaikkien ryhmien kohdalla oli *suhteen luonteen muutos*. Tähän liittyy roolien muutos, suhteen kylmeneminen, välien etääntyminen ja näihin liittyvät arjen

hoitamisen ristiriidat. Vastaavia piirteitä on havaittu myös aiemmassa tutkimuksessa. Esimerkiksi roolien muuttumisen suhteen on havaittu, että mielenterveysongelmat saattavat vaikuttaa parisuhteeseen siten, että omainen saattaa kokea sen lähestyvän hoitosuhdetta parisuhteen sijaan (Kotomäki 2012, 42). Tähän vahvasti liittyvä teema, jonka omaiset ja ammattilaiset toivat esille, on suhteen muuttuminen sairauskeskeiseksi siten, että kommunikaatio ja arki pyörivät lähes yksinomaan sairauden ympärillä.

Toinen yläteema, joka tuli esiin kaikissa vastauksissa oli *muutokset kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa*. Kaikki ryhmät toivat esiin, että mielenterveysongelmat tuottavat tilanteen, jossa lähisuhteen vuorovaikutus kärsii eri tavoin. Keskeisiä muutoksia olivat kommunikaation yksipuolistuminen ja väheneminen. Ilmeni myös, että sairauden myötä kommunikaatio saattaa päättyä lähes kokonaan. Kommunikaation ongelmallisuus saattaa liittyä itse sairauteen, koska jotkin mielenterveydelliset ongelmat saattavat häiritä tunteiden ilmaisua, tulkintaa, nonverbaalia viestintää ja sanallisen viestinnän monimerkityksellisyyden ymmärtämistä. Esimerkiksi psykoosin seurauksena aivojen kognitiivinen rakenne saattaa muuttua siten, että tavallinen arkinen kanssakäyminen on haastavampaa. Tämä saattaa näyttäytyä kuntoutujan läheisille passiivisuutena tai välinpitämättömyytenä, jos läheisellä ei ole tietoa sairauden oireista. (Koskisuu & Kulola 2006, 126.)

Sairauden myötä suhteen muuttuminen ja muovautuminen on ymmärrettävää, koska sairaus tuottaa tilanteen, jossa toisen voimavarat ovat vähissä ja normaalin arjen pyörittäminen ei välttämättä onnistu. Tällaisissa tilanteissa vaarana on, että sairastuneen läheiset kuormittuvat liikaa, koska he joutuvat tukemaan läheistään ja heidän oma tukensa saattaa jäädä vähäiseksi. Mielenterveysongelmista kärsivien läheisten kuormittumista tukittaessa on havaittu, että heidän riskinsä sairastua masennukseen on huomattavasti muuta väestöä suurempi (Wittmund & Wilms & Mory & Angermeyer 2002). Analyysissä esille tuli omaisten huoli omasta jaksamisesta ja se, että he pyrkivät hakemaan tukea jaksamiseen esimerkiksi ystäviltä. Myös mielenterveysammattilaiset ilmaisivat huolen läheisen kuormittumisesta ja painottivat myös omaisten tukemisen tärkeyttä.

Mielenterveysongelmien tuottamaa sosiaalisen tuen epätasapainoa on joissain aiemmissa tutkimuksissa kuvattu termillä support gap. Tätä on erityisesti tukittu parisuhteessa miehen ja naisen välillä ja myös näissä tutkimuksissa epätasapainon yhteys masennukseen on löytynyt. Mielenkiintoisena havaintona tähän liittyen on mielenterveysongelmien yhteys rooleihin ja niiden kautta muodostuviin odotuksiin. On esimerkiksi löydetty, että erityisesti naisten keskuudessa lähisuhteet saattoivat lisätä oireilua ja päättelivät sen johtuvan siitä rooliristiriidasta, joka seuraa omien resurssien loppumisen ja tukijan roolin ristiriidasta. (Kawachi & Berkman 2001.) Vaikuttaa

siis siltä, että myös parisuhteessa olevat roolit vaikuttavat osaltaan mielenterveysongelmien oireiluun. Tästä näkökulmasta olisi tärkeää, että ihmisillä on tietoa ja empaattista ymmärrystä läheisiään sekä itseään kohtaan.

Lähisuhteissa tuen antaminen ja saaminen on tärkeää, mutta joissain tapauksissa läheisiin ripustautuminen saattaa myös muodostua ongelmalliseksi. Analyysissä tämä näkökulma tuli esiin erityisesti mielenterveysammattilaisten vastauksissa. Tutkimuksissa on havaittu, että stressaavat perhetilanteet, kuten alkoholismi ja mielenterveysongelmat ovat yhteydessä läheisriippuvuuteen (Fuller & Warner 2000). Toisaalta läheisriippuvuutta käsittelevää tutkimusta on kritisoitu siitä, että sillä on tapana patologisoida myös normaalia välittämistä ja aihe kaipaa lisää systemaattista tutkimusta (Em. 7). Myös mielenterveyskuntoutujan omaisen ylikietoutuneisuus voi aiheuttaa ongelmia toipumisen suhteen, jos siihen liittyy tungettelevuutta ja ylisuojelevuutta. Kietoutuminen saattaa olla seurausta omaisten kokemasta menettämisen pelosta tai syyllisyyden tunteesta (Heikkilä 2006). Tutkimuksissa on myös havaittu, että liika kietoutuneisuus on yhteydessä omaisen taakkaan ja stressin määrään (Álvarez-Jiménez ym. 2008). Sopivan tasapainon löytäminen huolehtimisen ja kietoutumisen välillä olisi tärkeää löytää.

Kaikkien ryhmien kuvauksissa ilmeni myös se, että mielenterveysongelmat altistavat tilanteelle, jossa sosiaaliset suhteet saattavat kylmentyä tai ”kuihtua pois”. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että mielenterveysongelmien kohdalla ongelmana saattaa olla, että oma yksinäisyys havaitaan ja sille halutaan tehdä jotain, mutta tämän tekemiseen vaadittavat resurssit, kuten aloitekyky puuttuvat (Erdner & Nyström & Severinsson & Lützn 2002). Analyysissä mielenterveyskuntoutujien vastauksista löytyi hyvin samantapainen teema ja kuvaus siitä, kuinka oma jaksaminen ei välttämättä riitä yhteydenpitämiseen. Eräs vastaaja tiivistä sen sanoin ” Ei vaan saa aikaiseksi pitää yhteyttä ”. Myös mielenterveysammattilaiset vastauksen teemoissa näkyi huoli ystävyysuhteiden loppumisesta tai ystävien kaikkoomisesta. He kuitenkin toivat teemaan myös näkökulman siitä, että ystävyysuhteet saattaa päättyä tai kylmetä sen seurauksena, että mielenterveyskuntoutujan ystävillä ei ole ymmärrystä sairauden aiheuttamista ongelmista vuorovaikutukseen liittyen. Esimerkiksi tilanteessa, jossa kuntoutuja peruu toistuvasti tapaamisia, ystävä ei välttämättä ymmärrä sen johtuvan sairauden aiheuttamasta uupumuksesta ja saattaa tulkita tilanteen väärin, joka johtaa yhteydenpidon vähenemiseen.

Ainoastaan mielenterveyskuntoutujien teemaksi eriytynyt *mielialan vaihtelun tuoma epävakaus suhteessa* kuvastaa myös osaltaan näkökulman eroavaisuutta. Pelkästään mielenterveyskuntoutujat nimesivät ja pystyvät nimeämään mielensisäisiä tiloja, kuten ärtymys tai jännitys, jotka heidän

mukaansa aiheuttavat ongelmia. Läheisilläkään ei näihin mielen myllerryksiin ole suoraa pääsyä, joten kommunikaation olisi oltava toimivaa, jotta väärinymmärrykset pystyttäisiin minimoimaan.

Yksi teema, joka analyysissä löytyi pelkästään mielenterveysammattilaisten näkökulmasta, oli *häpeän ja syyllisyyden leimaamat ihmissuhteet*. Tätä ei suoranaisesti näkynyt omaisten tai kuntoutujien vastauksissa, mutta vastauksissa tuotiin esiin, että sairautta esimerkiksi peiteltiin lähiomaisilta tai työpaikalla. Salailun pohjimmaista syytä omaisten tai kuntoutujien vastauksissa ei tuotu esiin, joten sitä on mahdotonta sanoa täysin. On kuitenkin mahdollista, että häpeän kokeminen mielenterveysongelmasta ajaa ihmisen välttelemään sosiaalisia tilanteita (Toivo & Nordling 2008, 203). Häpeäleima saattaa olla asia, joka vaikuttaa mielenterveyspotilaan lisäksi myös hänen läheistensä toimintaan. Koskisuus ja Kulola (2005, 48) tuovat kirjassaan esiin, että läheisen mielenterveysongelmat saattavat aiheuttaa tilanteita, joissa pelko ja häpeä saavat ihmiset peittelemään sairautta. Esimerkiksi sairaudesta ei kerrota sukulaisille tai vanhemmille. Peittelyn syynä saattaa tietysti myös olla huoli läheisestä ja tällä tavalla halutaan ikään kuin suojella heitä tältä tiedolta. Riskinä tässä kuitenkin on, että salailu saattaa johtaa sosiaalisten tilanteiden välttelyyn ja siten eristäytymiseen.

Syyllisyyden ja häpeän kokeminen läheisen mielenterveysongelmasta saattaa olla myös yhteydessä mielenterveyskuntoutujan kodin ilmapiiriin huononemiseen. Tutkijat ovat epäilleet, että tähän saattaa ajaa se, että läheiset lievittävät omaa syyllisyydentuntoaan syyttämällä tai kritisoimalla kuntoutujaa ongelmista. Syyllisyyden ja häpeän kokemukseenkin saattaisi vaikuttaa tietoisuuden lisääminen mielenterveysongelmien vaikutuksista ja luonteesta. Myös erilaisilla stigman vähentämiseen keskittyvillä interventioilla on mahdollista puuttua tähän ongelmaan. (Wasserman, Weisman, Suro 2012, 29-30.)

Häpeän ja syyllisyyden suhteen ilmenneet erot tässä aineistossa voivat kertoa osaltaan häpeän ja syyllisyyden kokemuksesta, mutta ne voivat johtua myös monista muista tekijöistä. Eroavaisuudet teemojen välillä saattavat selittyä myös sillä, että mielenterveysammattilaisten vastaukset olivat keskimäärin pidempiä, joten niissä tuotiin myös esiin useampia näkökulmia. Ammattilaisilla saattaa myös olla erilaiset käsitteelliset resurssit tuoda esiin mielenterveysongelmien vaikutuksia sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Myös kokonaisuudessaan suuremmalla vastausmäärällä teemat olisivat voineet olla erilaisia.

Yksi teema, joka tämän tutkielman analyysissä ei noussut esille on näkökulma siitä, että mielenterveysongelma olisi vahvistanut tai syventänyt lähisuhteita. Joissain aiemmissä tutkimuksissa



on tuotu esiin, että läheisen mielenterveysongelma saattaa syventää lähisuhdetta ja lujittaa perheen suhteita. (Koskisuu & Kulola 2006, 80; Kotomäki 2012, 25.) Seuraavaksi pohdin hieman tutkielman tulosten luotettavuutta sekä tapoja, joilla luotettavuutta voisi vielä lisätä.

## 5. Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ja sen mittaamisesta on monia näkemyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksen tekemisen työväline, joten luotettavuuden arviointi koskee tutkimusta kokonaisuutena aineistonkeruusta analyysiin (Eskola & Suoranta 2014, 152). Tästä syystä laadullisen tutkimuksen tulkinnatkin ovat aina sidoksissa tekijäänsä. Tätä subjektiivisuuden vaikutusta olen kuitenkin pyrkinyt välttämään siten, että olen kirjoittanut auki tekemiäni valintoja, jotta sinä lukijana pääsisit mahdollisimman lähelle aineiston todellista näkökulmaa.

Luotettavuutta voidaan arvioida myös vahvistuvuuden kriteerin avulla. Tällä tarkoitetaan sitä, että muissa samaa aihetta käsittelevissä tutkimuksissa on päädytty samanlaisiin tulkintoihin. (Em. 152.) Tässä tutkielmassa olen pyrkinyt vertailemaan saamiani tuloksia muihin tutkimuksiin ja niistä on selkeästi löytynyt samankaltaisia teemoja. Vahvistavuuden kriteerin siis voisi katsoa täyttyvän tässä tutkielmassa.

Tämän tutkimuksen tuloksia voisi saada luotettavammaksi siten, että tutkimustulokset vietäisiin arvioitavaksi tutkimuksen kohteena olleille ihmisille eli kuntoutujille, omaisille ja ammattilaisille. Tällä tavalla tutkijan tulkinta saataisiin mahdollisimman hyvin linjaan tutkittavien kanssa. Toinen tapa, jolla tämän lisäksi luotettavuutta voitaisiin korottaa, olisi siirrettävyyden periaate, eli tarkasteltaisiin, saadaanko toisessa kontekstissa samankaltaisia tuloksia, eli ovatko tulokset siirrettävissä toiseen kontekstiin. (Em. 152-153.)

Luotettavuutta voisi lisätä myös laajempi aineisto, mutta kyselyn suurempaan levitykseen ja vastausajan jatkamiseen ei aikarajoitteiden vuoksi ollut mahdollisuutta. Erityisesti mielenterveyskuntoutujien vastauksia olisi ollut hyvä olla enemmän, koska heidän vastauksensa olivat melko niukkoja, joten näkökulma jäi melko kapeaksi.

Tutkielmaa voisi myös parantaa se, että lähtötiedoissa kerättäisiin enemmän tietoja esimerkiksi diagnoosista. Mielenterveydenongelmien joukko on melko vaihteleva ja siten eri sairauksien vaikutus

lähisuhteeseen saattaa myös olla melko suuri. Tästä syystä tarkemmin kohdistettu tutkimus voisi tuoda tiettyjen sairauksien erityispiirteistä paremmin käytännössä sovellettavaa tietoa.

## **6. Mahdollisia tapoja ratkaista ongelmia**

Tietoisuuden lisääminen sairastuneen ihmisen perhepiirissä onnistuu psykoedukaation eli opastavan perhetyön avulla. Heikkilä (2006) tuo esiin, että psykoedukaatiossa pyritään minimoimaan perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa räsitystä lisääviä tekijöitä. Keskeisiä piirteitä opastavassa perhetyössä on perheen tunneilmapiirin ja vuorovaikutuksen muovaaminen esimerkiksi antamalla tietoa sairaudesta, opettamalla ongelmanratkaisutaitoja, suunnittelemalla perheelle kriisi-interventio ja arvioimalla perheen tunneilmapiiriä erilaisin keinoin. (Toivo & Nordling 2008, 310.)

Tällaisilla psykoedukaatiivisilla toimilla on tutkitusti saatu parannettua mielenterveyskuntoutujien toipumista ja perheen tunneilmapiiriä. (Heikkilä 2006; Pitschel-Walz & Leucht & Bauml & Kissling & Engel 2001). Perheen tunneilmapiiriin vaikuttavia osatekijöitä ovat esimerkiksi yleinen vihamielisyys, kriittiset kommentit, kietoutuneisuus, lämminhenkisyys ja positiiviset huomiot. (Heikkilä 2006) Erityisen negatiivisesti toipumiseen vaikuttavat kriittisyys ja kietoutuneisuus, joihin liittyy esimerkiksi kuntoutujan arvostelu, paheksunta, tungettelevuus ja ylisuojelevuus. Omaisen suhtautumisella sairastuneen käytökseen voi olla suuri vaikutus kodin ilmapiiriin. Kriittiset tai vihamieliset kommentit sairastavaa kohtaan saattavat olla tuhoisia kuntoutumisen kannalta.

Kuten tutkielmassa on tullut esille, mielenterveysongelmat saattavat vaikuttaa monilla tavoin perheiden sisäisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Kriisitilanteissa siitä voisi olla apua, että perheet saavat myös tietoa tutkimuksissa löydetystä selviytymiskeinoista ja voimavaroista. Mielenterveysongelmiin liittyen perheen selviytymiskeinoja tutkittaessa on löydetty, että keskeistä on ongelman hyväksyminen, emotionaalinen läheisyys, perheen sisäinen kommunikaatio ja tyytyväisyys saatuun hoitoon. (Crowe & Lyness 2014.)

Näistä keskeisimpänä on, millä tavalla perhe hyväksyy tilanteen ja sitä kautta oppii elämään ongelman kanssa. Tässä tärkeää on, että perhe hyväksyy tilanteen sen sijaan, että reagoisi siihen vahvasti ja yliampuvan tunteellisesti tai kieltäisi ongelmien olemassaolon. (Em. 195.) Voimakkaat tunnereaktiot ja aiheen kieltäminen vaikeuttavat tilanteesta selviytymistä ja perheen sisäistä kommunikaatiota. Tätä kautta ne vaikuttavat myös epäsuorasti perheen yhtenäisyyteen ja saattavat ajaa perheenjäseniä erilleen. Olisi siis tärkeää, että vaikeissakin tilanteissa ongelmat pyrittäisiin

hyväksymään sen sijaan, että ne kiellettäisiin. Tähän saattaa auttaa myös ongelman uudelleenkehystäminen. Esimerkiksi yhdessä kohdattu ongelma voi tehdä perheestä tiiviimmän ja läheisemmän. (Em. 195)

Perheen sisäiseen toimintaan ja ongelmien kohtaamiseen vaikuttaa myös tyytyväisyys saatuun hoitoon. Tyytyväisyyden saatuun hoitoon on todettu olevan yhteydessä perheen kokemaan stressiin, perheenjäsenten toisilleen antamaan tukeen ja perheen kokemaan kokonaistyytyväisyyteen. (Em. 194.) Laajemmalla tasolla siis perhetyöhön ja hoitoon käytettävät resurssit ovat myös yhteydessä sekä kuntoutujan toipumiseen että kuntoutujan läheisten kokemaan stressiin ja tyytyväisyyteen.

Aiemmin mainitsin arkiohjaamiseen liittyvästä keskustelusta. Arkiohjaajista mahdollisesti voisi olla apua myös kuntoutujan sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutuksen näkökulmasta. Rimpelä ja Venesmäki (2019) ehdottavat tekstissään, että arkiohjaajina toimisivat kokemusasiantuntijakoulutuksen saaneet henkilöt. Heidän henkilökohtaisen kokemuksensa ja koulutuksen kautta arkiohjaajat mahdollisesti pystyisivät tukemaan heitä myös arkista vuorovaikutusta ja sosiaalisia suhteita käsittelevissä ongelmissa. Arkiohjaus mielenterveyskontekstissa on melko uusi aihe, joten tutkimusta sen suhteen ei ole vielä juurikaan tehty. Arkiohjauksen suorittaminen verkossa voisi olla tulevaisuudessa potentiaalinen vaihtoehto ja se voisi toimia erityisesti nuorten kohdalla. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että verkossa olevilla mielenterveyspromootioilla ja preventioilla on saatu hyviä tuloksia esimerkiksi ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden ehkäisyn suhteen. (Clarke & Kuosmanen & Margaret & Barry 2015.)

## **7. Loppupohdinta**

Tässä tutkielmassa olen tuonut esille kolme eri näkökulmaa siihen, millä tavalla mielenterveysongelmien arvioidaan vaikuttavan lähisuhteisiin ja niissä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Keskeisiä teemoja olivat erilaiset muutokset vuorovaikutuksessa ja lähisuhteen luonteessa. Mielenterveysongelmien aiheuttamat muutokset eivät siis tämänkään tutkielman tuloksien valossa rajoitu pelkästään yksilöön, vaan myös ympärillä elävien ihmisten elämä saattaa muuttua. Tästä syystä on tärkeää, että omaisilla, kuntoutujilla ja ammattilaisilla olisi kaikilla hyvät tiedot mielenterveysongelmien vaikutuksista sosiaaliin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Tämä lisää ymmärrystä ongelmien vaikutuksista ja antaa sitä kautta kuntoutujille otollisemmat olot toipua.

Kokonaisuudessaan mielenterveysongelmista toipumiseen vaikuttavat monenlaiset verkostot ja yhteiskunnallinen suhtautuminen. Arka aihe saattaa tuottaa ongelmia, häpeää ja muita negatiivisia tunteita niin kuntoutujalle kuin läheisillekin. Lisää tutkimusta tarvitaan siitä, mitkä konkreettiset asiat tukevat perheen myönteistä vuorovaikutusta, tunneilmapiiriä, toimivuutta ja selviytymistä mielenterveyskuntoutujan arjessa. Tutkimusta olisi myös tärkeää suunnata yksityiskohtaisemmin eri mielenterveysongelmien vaikutuksiin, koska mielenterveysongelmien joukko on moninainen. Aiheena sosiaaliset suhteet ja lähisuhteiden vuorovaikutus on erittäin keskeinen, ja siihen liittyvän tutkimuksen lisätarve on ilmeinen.

Kuten aiemmin mainitsin, tutkielmasta saatua tietoa hyödynnetään OmaToivo-verkkosivujen suunnittelussa ja kokoamisessa. Tästä syystä tehdyllä työllä ja kerätyllä tiedolla on arvoa myös tulevaisuutta ajatellen. Kiitos kaikille kyselyyn vastanneille vastauksista ja OmaToivo- työryhmälle tuesta työn eri vaiheissa.

## **8. Lähteet**

Alasuutari Pertti (1999) Laadullinen tutkimus 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino

Álvarez-Jiménez, Mario & Gleeson, John & Cotton, Susan & Wade, Tracey & Crisp, Roger & Yap, M. B. H. & McGorry, Patrick (2008) Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 40:1, 63–72.

Aromaa Esa (2011) Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Väitöskirja. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.

Baumann, Anja (2007) Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a “stranger.” *International Review of Psychiatry*. 19:2, 131–135.

Butzlaff, Ronald & Hooley, Jill (1998) Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55:6, 547

Crowe, Allison & Lyness, Kevin (2013) Family Functioning, Coping, and Distress in Families With Serious Mental Illness. *The Family Journal*, 22:2, 186–197.

Erdner Anette & Nyström M & Severinsson E & Lütznén K. (2002) Psychosocial disadvantages in the lives of persons with long-term mental illness in a Swedish community. *J Psychiatr Ment Health Nurs*: 9: 457–63.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2014) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Fuller, Julie, & Warner, Rebecca (2000) Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126, 5–23

Gollwitzer, Peter (1993) Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology*, 4:1, 141–185.

Hahm, Haeouk & Segal, Steven (2005) Failure to Seek Health Care Among the Mentally Ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:1, 54–62

Heikkilä, Jyrki (2006) Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. *Duodecim* 122, 2113–2118

Heritage, John & Clayman, Steven (2010) *Talk in Action: Interaction, Identities, and Institutions*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Helsingin Sanomat 25.10.2018. Touko Aalto on osaltaan murtaamassa sankari-johtajan myyttiä – ”On olemassa malleja, että johtaja saa olla myös heikko”. *Politiikka*.

Huttunen Matti (2017) Mielenterveyden häiriöt. *Duodecim Terveyskirjasto*. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002) Viitattu 17.4.2020

Kawachi, Ichiro, Berkman Lisa. (2001) Social ties and mental health. *J Urban Health*, 78: 458–67

Ketokivi, Kaisa (2015) Mental illness, stigma and belonging in family relationships. *Families, Relationships and Societies*, 4:3, 349–363.

Koskisuu, Jari & Kulola, Tarja (2005) *Yhdessä yksin? Mielenterveys parisuhteessa ja perheessä*. Helsinki: Edita.

Kuula, Arja. (2006) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Pitschel-Walz, Gabi & Leucht, Stefan & Bauml, Josef & Kissling, Werner & Engel, Rolf (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia--A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27:1:, 73–92.

Rimpelä, Matti ja Venesmäki Ville (2019) Unohtuuko arjen rakentaminen? *Arkiohjaus mukaan mielenterveystyön palvelulupaukseen*. *Perheterapia* 4:19, 42-47.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 8.4.2020.)

Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Schön, Ulla-Karin & Denhov, Anne & Topor, Alain (2009) Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55:4, 336–347.

Sharac, Jessica & Mccrone, Paul & Clement, Sarah & Thornicroft, Graham (2010) The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 19:3, 223–232

Suoninen, Eero & Pirttilä-Backman, Anna-Maija & Lahikainen, Anja & Ahokas, Marja (2011) *Arjen sosiaalipsykologia*. Helsinki: WSOYpro.

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2013) *Mielenterveyden psykologia*. Kolmas painos. Porvoo: Edita Publishing Oy

Turun Sanomat 7.4.2019) Lukijalta: Mielen sairaus ei ole häpeä. Lukijoilta

Valli, Raine (2018) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wasserman, Stephanie & Weisman de Mamani, Amy & Suro, Giulia. (2012) Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196:1, 27–31.

Wittmund, Bettina & Wilms, Ulrich & Mory, Claudia & Angermeyer, Matthias (2002) Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37:4, 177–182.

Yanos, Philip T. & Rosenfield, Sarah & Horwitz, Allan (2001) Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*. 37/5

## **Liitteet**

### **Kyselylomake:**

**Pirkanmaan sairaanhoitopiiri suunnittelee mielenterveyskuntoutujille ja heidän omaisilleen uutta arjen ohjaamiseen keskittyvää nettisivua. Nettisivulle kootaan mielenterveyskuntoutujien, omaisten ja ammattilaisten näkökulmasta hyödyllistä tietoa arkeen ja sen hallintaan liittyvistä asioista. Tämän kyselyn avulla kerrytetään tietoa sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyen.**

#### **1.Olen,**

- 1) Kuntoutuja**
- 2) Omainen**
- 3) Mielenterveysammattilainen**

#### **2.Vaikuttavatko mielenterveysongelmat lähisuhteiden arkiseen vuorovaikutukseen?**

- 1) Kyllä**
- 2) Ei**

**3.(pomppaa esiin 1 vastauksesta riippuen) Millä tavoin mielenterveysongelmat vaikuttavat arkiseen vuorovaikutukseen erilaisissa ihmissuhteissa:**

- 1) Parisuhde**
- 2) Ystävyysuhde**

- 3) Perhesuhde
- 4) Muu, mikä?

**4.Oletko etsinyt vuorovaikutukseen liittyvää tietoa tai ohjeistusta?**

- 1) Kyllä
- 2) En

**5.Arkiseen vuorovaikutukseen liittyvää ohjausta mielenterveyskuntoutujille on saatavilla:**

1. Täysin riittämättömästi
2. Jokseenkin riittämättömästi
3. Jokseenkin riittävästi
4. Täysin riittävästi
  
0. En Osaa sanoa

**6.Arkiseen vuorovaikutukseen liittyvää ohjausta mielenterveyskuntoutujien omaisille on saatavilla:**

1. Täysin riittämättömästi
2. Jokseenkin riittämättömästi
3. Jokseenkin riittävästi
4. Täysin riittävästi
  
0. En Osaa sanoa

**7.Minkälaista vuorovaikutukseen liittyvän ohjeistuksen tulisi mielestäsi olla:**

1. Mielenterveyskuntoutujille?
2. Omaisille?

**8.Onko mielenterveystalo.fi verkkopalvelu sinulle tuttu?**



1. Kyllä
2. Ei

9.(pomppaa esiin riippuen aiemmasta vastauksesta) Oletko hyödyntänyt Mielenterveystalo.fi materiaalia?

1. Olen
2. En ole

10.Mitä arjen selviytymistä tukevalla verkkosivustolla olisi erityisen tärkeää olla?

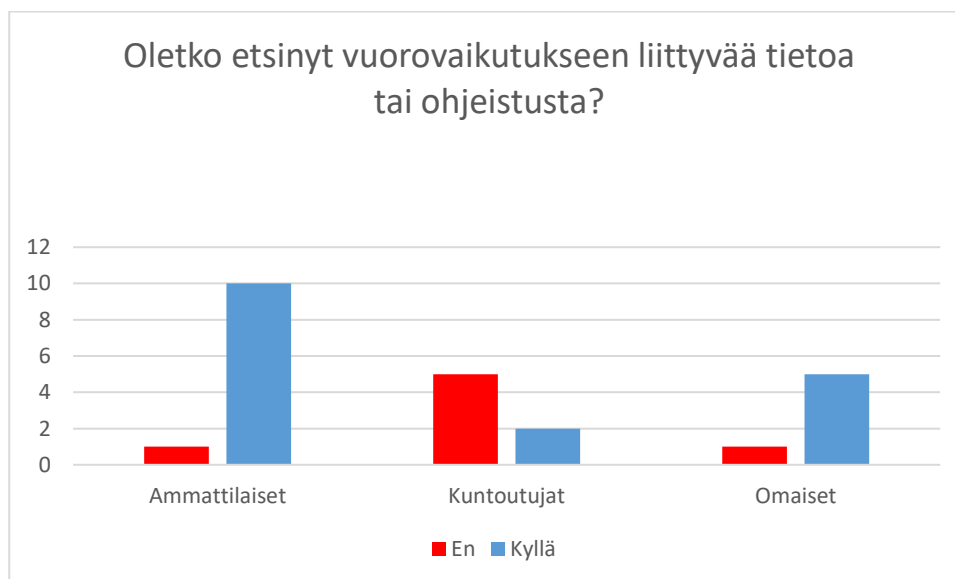
11.Mitkä ovat arjen hallinnan voimavaroja ja miten niitä voisi nettisivuilla tukea?

12.Mitä muuta haluat tästä aiheesta sanoa?

### Muut kysymykset

Tässä osiossa käyn läpi muut lomakkeessa olleet kysymykset. Strukturoitujen kysymysten vastaukset tuon esiin kuvaajien avulla, jotta tuloksia olisi helppo vertailla ja avoimien kysymysten kohdilla nostan esiin vastauksien keskeisiä teemoja.

4. Oletko etsinyt vuorovaikutukseen liittyvää tietoa tai ohjeistusta?

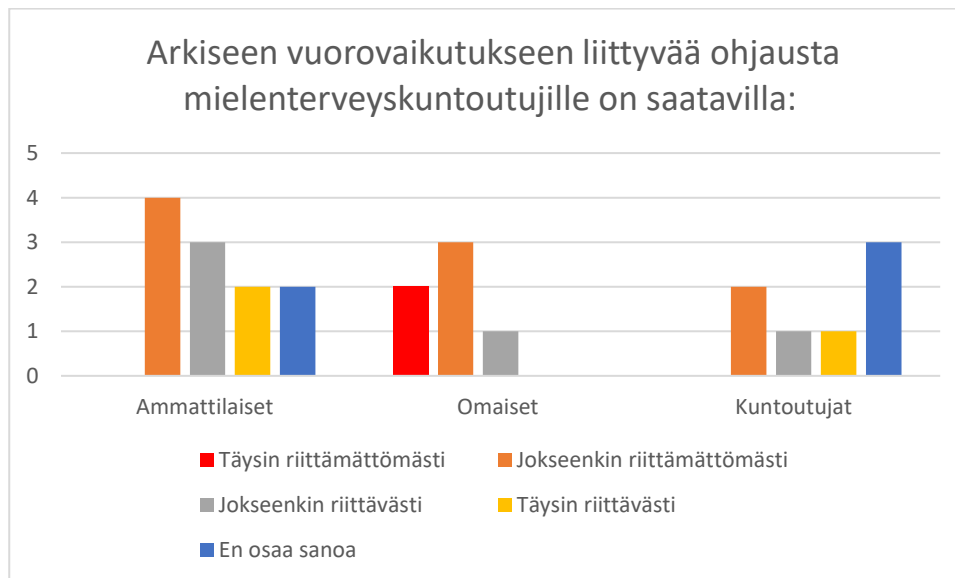


Kuten kaaviosta huomaa, mielenterveysammattilaiset ja omaiset ovat etsineet eniten tietoa tai ohjeistusta vuorovaikutukseen liittyen. Mielenterveyskuntoutujista vain kaksi seitsemästä on etsinyt tietoa näihin aiheisiin liittyen.

## 5. Arkiseen vuorovaikutukseen liittyvää ohjausta mielenterveyskuntoutujille on saatavilla:

1. Täysin riittämättömästi
2. Jokseenkin riittämättömästi
3. Jokseenkin riittävästi
4. Täysin riittävästi

### 1. En Osaa sanoa

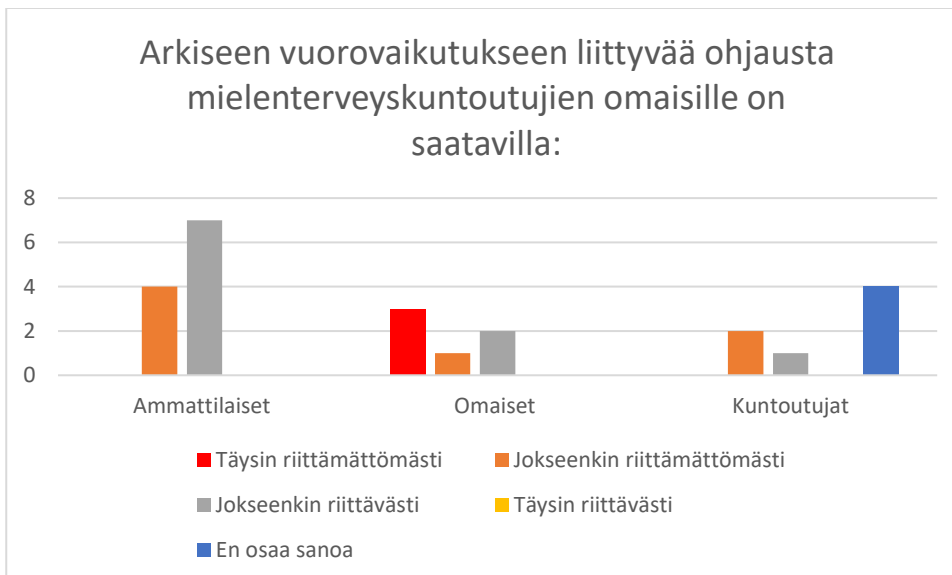


Kokonaisuudessaan tähän kysymykseen eniten vastauksia tuli vaihtoehtoon *Jokseenkin riittämättömästi*, mutta muuten vastaukset ovat hajaantuneet melko tasaisesti. Mielenkiintoista on, että pelkästään omaisten vastauksissa arvioitiin kuntoutujille suunnatun ohjeistuksen määrän olevan täysin riittämätön. Kuntoutujien suurin vastausmäärä tuli vaihtoehtoon *En osaa sanoa*, mutta toisiksi eniten vastauksia keräsi vaihtoehto *Jokseenkin riittämättömästi*.

**6. Arkiseen vuorovaikutukseen liittyvää ohjausta mielenterveyskuntoutujien omaisille on saatavilla:**

1. Täysin riittämättömästi
2. Jokseenkin riittämättömästi
3. Jokseenkin riittävästi
4. Täysin riittävästi

1. En Osaa sanoa



Suurin osa vastaajista arvioi, että omaisille arkiseen vuorovaikutukseen on jokseenkin riittävästi ohjeistusta. Tämän vaihtoehdon valitsi 24 vastaajasta 10. Omaisista suurin osa kuitenkin arvioi, että ohjeistusta on täysin riittämättömästi.

**8. Onko mielenterveystalo.fi verkkopalvelu sinulle tuttu?**

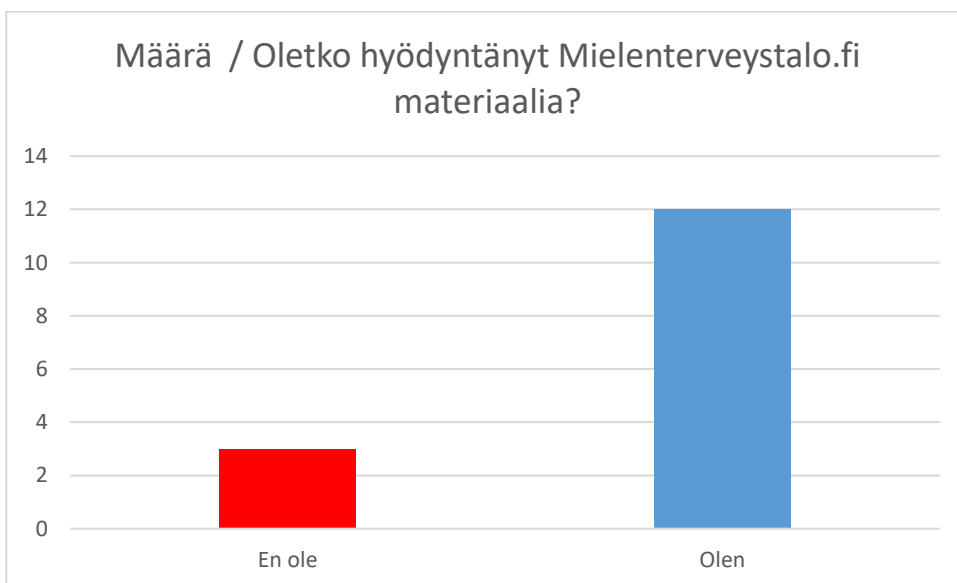
1. Kyllä
2. Ei



24 vastaajasta 22 tietää mielenterveystalo.fi verkkopalvelun.

**9.(pomppaa esiin riippuen aiemmasta vastauksesta) Oletko hyödyntänyt Mielenterveystalo.fi materiaalia?**

1. Olen
2. En ole



Tämän lisäksi myös selkeä enemmistö on hyödyntänyt mielenterveystalo.fi verkkopalvelua.

### **10. Mitä arjen selviytymistä tukevalla verkkosivustolla olisi erityisen tärkeää olla?**

Kuntoutujien näkökulmasta tärkeitä olisi konkreettiset ohjeita arjen hallintaan ja tietoa auttavista tahoista. Ohjeet voisivat käsitellä esimerkiksi siitä, kuinka voisi motivoida itseään hoitamaan arkisia askareita, kuten kotitöitä. Aiheeseen liittyen tuotiin esiin, että: ” Pelkkä hyvä mieli tai itsensä 'palkitseminen' ei riitä”. Olisi siis tärkeää löytää konkreettisia apukeinoja, joita on helppo soveltaa käytännössä. Yksi mahdollinen vaihtoehto voisi olla toimeenpanoaikomuksen käyttäminen. Asioiden hoitamista saisi mahdollisesti parannettua, jos tekee etukäteen mielessään suunnitelman, koska aikoo askareen suorittaa ja kuinka. Suunnitelman voi myös kirjoittaa ylös. Tällä on tutkitusti saatu nostettua askareen hoitamisen todennäköisyyttä. (Gollwitzer 1993)

Ammattilaiset tuovat myös esiin konkreettisten esimerkkien tärkeyden, mutta tämän lisäksi tärkeitä esille tuotavia asioita olisi tieto sairauden vaikutuksista, itsetunnon ja myötätunnon teemoista sekä auttavista tahoista.

Näiden lisäksi omaiset tuovat esiin, että voisi kertoa esimerkkitarinoita siitä, että miten vastaavassa tilanteessa olevat ovat selvinneet. Omaiset toivovat myös tietoa siitä, miten sairaus vaikuttaa omaisen elämään ja jaksamiseen.

Kokonaisuudessaan vaikuttaisi siltä, että arjen selviytymistä käsittelevällä nettisivulla olisi hyvä käsitellä asioita mahdollisimman konkreettisesti ja esimerkkien kautta.

### **11. Mitkä ovat arjen hallinnan voimavarot ja miten niitä voisi nettisivuilla tukea?**

Mielenterveyskuntoutujat nimeävät voimavaroiksi rutiinit, sosiaaliset kontaktit, liikunnan, vertaistuen, rentoutustekniikat ja selviytymistarinat. He tuovat esiin, että päivän aikana olisi tärkeää olla edes yksi pieni asia, jota odottaa. Tämän antaa jotain mitä odottaa ja auttaa jaksamaan seuraavaan päivään.

Keskeisiä omaisten esiin tuomia voimavaroja ovat itsestä huolehtiminen, oman tilan ottaminen ja omien rajojen asettaminen. He tuovat myös esiin, että omien rajojen tuntemus ja oman jaksamisen reflektointi saattaa myös osoittautua tärkeäksi. Vastauksista tulee myös ilmi, että olisi tärkeää olla syyllistämättä itseään läheisen sairastumisesta.

Mielenterveysammattilaisten vastauksista tulee esiin paljon samoja piirteitä, mutta tämän lisäksi he painottavat ongelmanratkaisutaitojen, vuorovaikutustaitojen ja yleisellä tasolla arjen rytmittämisen ja aikatauluttamisen tärkeyttä.