Tampereen yliopisto

Taina Ruusela

PERHEEN TUKI TOIPUMISORIENTAATION MUKAISESSA MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA

Kirjallisuuskatsaus

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Maaliskuu 2025

TIIVISTELMÄ

Taina Ruusela: Perheen tuki toipumisorientaation mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa – Kirjallisuuskatsaus
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön tutkinto-ohjelma
Maaliskuu 2025

Tutkielmani aiheena on selvittää, millaista tukea mielenterveyskuntoutujat ovat kokeneet saaneensa perheenjäseniltään toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaisen toipumisprosessinsa aikana ja miten tämä saatu tuki tai sen saamatta jääminen ovat vaikuttaneet toipumiseen. Lisäksi tarkastelen, millaisilla muilla tekijöillä on merkitystä, toipumisorientaation mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa. Toipumisorientaatio on tällä hetkellä useissa maissa mielenterveyskuntoutusta ohjaava viitekehys, joka perustuu henkilökohtaisen toipumisen CHIME-malliin. Tämä malli korostaa toipumisen ainutlaatuista ja yksilöllistä kokemusta, joka koostuu viidestä elementistä. Näitä ovat yhteys, toivo ja optimismi, identiteetti, tarkoitus ja merkitys sekä voimaantuminen. Tutkielma pohjautuu tämän aihealueen aikaisempaan kirjallisuuteen. Tutkimuskysymykseni ovat: Millaista tukea toipuja on saanut perheeltään, ja millaisena hän on sen kokenut toipumisprosessinsa aikana sekä, mitä perheen tuen saamatta jääminen merkitsee toipujan kuntoutumiselle?

Tutkielma on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja se koostuu 13 kansainvälisestä tieteellisestä artikkelista. Näiden tutkimusartikkelien pohjalta pyritään luomaan mahdollisimman kattava kansainvälinen yleiskatsaus tutkimusaiheesta tiivistämällä artikkeleista oleellinen tähän tutkielmaan. Teoreettisena viitekehyksenä tutkielmassa toimii mielenterveyskuntoutus, toipumisorientaatio -viitekehyksen mukainen työskentely sekä perheen tuki, joista kaikki ovat kovin monitulkintaisia käsitteitä. Analyysimenetelmänä toimii sisällönanalyysi ja vielä tarkennettuna teemoittelu. Tulokset koostuvat neljästä pääteemasta. Näitä pääteemoja ovat perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle, kuntoutumisen haasteet ja perheen tuki, perheeltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki sekä hengellisyyden huomioiminen ja palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana.

Tulosten mukaan perheen tuella nähtiin olevan suuri merkitys mielenterveyskuntoutujan toipumisprosessiin. Perheeltä saadun tuen avulla voitiin vahvistaa toipumisprosessia, mutta toisaalta, perheen koettiin myös haittaavan, hidastavan tai pahimmillaan jopa estävän koko toipumisprosessin. Kommunikoinnilla ja perheen sisäisellä suhdedynamiikalla nähtiin olevan suuri merkitys toipumiselle. Erityisesti vanhemman roolia sekä perhesuhteissa koettua vastavuoroisuutta pidettiin keskeisinä toipumistekijöinä.

Perhe oli myös ristiriitojen tai muiden erilaisten negatiivisten tunteiden aiheuttaja. Nämä olivat useimmiten seurausta huonosta ja heikosta kommunikoinnista tai siitä, että perheenjäsenet eivät lainkaan kommunikoineet toipujan kanssa. Perheenjäseniltä saadut syytökset sekä kritiikki, aiheuttivat toipujissa vihaa tai masennusta. Lisäksi havaittiin, että kriisikokemus ei koskettanut vain toipujaa itseään, vaan koko perhettä. Kaiken kaikkiaan, toipujien nähtiin olevan riippuvaisia ympärillään olevista sosiaalisista verkostoistaan ja sosiaalisella tuella nähtiin olevan yhteys myönteisiin toipumiskokemuksiin.

Avainsanat: mielenterveyskuntoutus, perheen tuki, toipuminen, toipumisorientaatio

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

☒ Ei
☐ Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia:

Tekoälysovellusten nimi ja versio:

Käyttötarkoitus: []

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty: []

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien tekoälyllä tuotetut osat, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO 5

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS, TOIPUMISORIENTAATIO JA PERHEEN TUKI .. 7

2.1 Mielenterveyskuntoutuksen perusteet 7
2.2 Toipumisorientaatio mielenterveystyössä ja toipumisen käsite 11
2.3 Perheeltä saatu tuki toipumisprosessin aikana 14

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 17

3.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys 17
3.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä 17
3.3 Aineiston haku 18
3.4 Aineiston analyysi 20

4 PERHE TOIPUMISEN TUKENA 23

4.1 Perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle 23
4.2 Kuntoutumisen haasteet ja perheen tuki 28
4.3 Perheeltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki sekä hengellisyyden huomioiminen 31
4.4 Palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana 35

5 JOHTOPÄÄTÖKSET 38

Lähteet 44

Liite 1. Tutkimusaineisto 50

1 JOHDANTO

Tarkastelen tässä tutkielmassa kirjallisuuskatsauksen avulla sosiaalisen tuen, erityisesti perheeltä saadun koetun tuen merkitystä toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa. Lisäksi tarkastelen, millaisilla muilla tekijöillä on merkitystä, toipumisorientaation mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa

Mielenterveyden merkitys on viime vuosina korostunut yhteiskunnassamme, jossa mielenterveyden häiriöt nähdään suurena kansallisena haasteena. Vaikka väestömme fyysinen terveys ja elinajanodote ovat parantuneet, niin samanlaista positiivista kehitystä ei ole tapahtunut mielenterveyden kohdalla. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin laatinut mielenterveyspoliittista työtä ohjaamaan Mielenterveysstrategia 2020–2030, jossa painotetaan mielenterveyttä pääomana, lasten ja nuorten mielenterveyttä, mielenterveysoikeuksia sekä palveluita ja mielenterveysjohtamista. (Vorma ym. 2020, 11, 17–37.)

Mielenterveyden häiriöt ovat psyykkisiä sairauksia, joiden oirekirjo on laaja. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat kokijalleen inhimillistä kärsimystä ja haittaa. Käsite itsessään onkin monitulkintainen, koska kuka vaan voi jossain vaiheessa elämäänsä, kokea tällaista oireilua. (Terveyskirjasto 2022.) Usein mielenterveyden häiriö puhkeaa kuitenkin jo nuoruusiässä (Tuulio-Henriksson 2013, 146). Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsen mielenterveydelle riskinä nähdään vanhemman mielenterveyden sairaus (Niemi ym. 2022, 6). Suurimmat kustannukset yhteiskunnallemme aiheutuvatkin mielenterveyden häiriöistä johtuvista sairauskuluista (Tuulio-Henriksson 2013, 146). Vuonna 2023 100 000 suomalaiselle maksettiin sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriön perusteella ja erityisesti ahdistuneisuushäiriön perusteella maksetut tuet ovat kasvussa (Kela 2024). Ja vuonna 2015 suorien ja välillisten kustannuksien arvellaan tulleen maksaneeksi Suomelle 11 miljardia euroa (OECD 2023).

Mielenterveyskuntoutus on moniammatillinen tavoitteellinen prosessi, jolla pyritään kuntoutujan elämänlaadun parantamiseen ja arjessa selviytymiseen. Mielenterveyskuntoutusta suunniteltaessa tulee huomioida mielenterveyden häiriöiden

erityispiirteet sekä tuen ja ohjauksen tarpeet, jotka voivat erota muihin sairauksiin verrattuna. (Tuulio-Henriksson 2013, 146–148.) Tärkeää olisi osallistuttaa myös perheenjäsenet osaksi kuntoutusprosessia, koska heidän avullaan voidaan merkittävästi parantaa kuntoutumisen onnistumista. (Juntunen & Tuomisto 2022, 490). Myös osittain ennakoivilla ja oikea-aikaisilla toimenpiteillä voidaan pyrkiä estämään toimintakyvyn heikkeneminen sekä yhteiskunnasta syrjäytyminen, jotka nähdään erityisinä riskeinä mielenterveys- ja päihdeongelmaisille sekä työkyvyttömille. (Autti-Rämö ym. 2022, 14).

Nykyisin mielenterveyskuntoutuksen taustalla toimii vahvana toipumisorientaation mukainen ideologia, joka ymmärretään monitieteellisenä ajattelun ja toiminnan viitekehyksenä (Nordling 2018, 1476). Toipumisorientaatio pohjautuu Leamyn (2011) CHIME-malliin, jonka keskiössä ovat toipumisen viisi käsitettä: yhteys, toivo ja optimismi tulevaisuutta kohtaan, identiteetti, elämän merkitys sekä voimaantuminen. Tänä päivänä toipumisorientaation viitekehys ohjaa jo useiden eri maiden mielenterveyspalveluiden tuottamista ja järjestämistä (Nordling 2018, 1476).

Perheen tuki on yksi osa laajempaa sosiaalisen tuen käsitettä, jolla kuvataan henkilön ja tämän lähipiirin välistä suhdetta (Kumpusalo 1991, 13). Perheen määritelmä puolestaan on subjektiivinen ja kontekstinen. Eli jokainen määrittelee sen itse ja miten sen juuri kyseisellä hetkellä kokeekaan. (Juntunen & Tuomisto 2013, 490.)

Vähäisen tutkimustiedon sekä toipumisorientaation sovelluksiin liittyvän kasvavan kiinnostuksen vuoksi miellän aiheen tutkimisen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Mielenterveyden häiriöt tunnistetaan globaaliksi haasteeksi. Vuonna 2019 mielenterveyden häiriöistä kärsi maailmanlaajuisesti 970 miljoonaa ihmistä (WHO 2024).

Tutkielmani seuraavassa luvussa avaan ensin tarkemmin aiheeni keskeiset käsitteet, joita ovat mielenterveyskuntoutus, toipumisorientaatio -viitekehys ja toipumisen käsite sekä perheen tuki. Kolmannessa luvussa esittelen tutkimukseni tavoitteen sekä tutkimuskysymykset, käyttämäni tutkimusmenetelmän, aineistonhakuprosessini sekä aineiston analyysitavan. Neljäntenä tulee toteutusluku, jossa kerron kirjallisuuskatsauksen tulokset. Viidennessä luvussa esittelen tutkielman johtopäätökset.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS, TOIPUMISORIENTAATIO JA PERHEEN TUKI

2.1 Mielenterveyskuntoutuksen perusteet

Mielenterveys nähdään tärkeänä osana ihmisen terveyttä ja terveyden sekä hyvinvoinnin edistämistä (Tamminen & Solin 2022, 13). Maailman terveysjärjestö WHO (2022) määrittelee mielenterveyden henkisen hyvinvoinnin tilana, jonka avulla tunnistetaan omat kyvyt, selviydytään normaaleista elämän stressitilanteista, pystytään oppimaan ja työskentelemään tuottavasti sekä toimimaan yhteisössämme. Mielenterveydestä puhuttaessa, sillä ei tarkoiteta vain mielenterveyden häiriön puuttumista, vaan se nähdään yksilön ja yhteisön keskeisenä hyvinvoinnin osana, joka sisältää niin psyykkisen kuin emotionaalisen hyvinvoinnin. Mielenterveyden tukeminen käsittää mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn, hyvinvoinnin edistämisen, ihmisoikeuksien suojelun sekä sairastuneiden tuen ja hoidon. (WHO 2022.) Muun muassa Toivio ja Nordling (2013, 62) muistuttavat, että ihmisten ymmärrys mielenterveyden määritelmästä vaihtelee, niin ajan, kulttuurin, kuin eri ryhmien intressien ja näkemysten mukaan.

Mielenterveyden häiriön monitulkintaiselle käsitteelle ei löydy yhtä selkeää määritelmää. THL:n (2023) mukaan, kyseessä on yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille, jotka aiheuttavat merkittävää psyykkistä oireilua ja josta aiheutuu pitkäaikaista haittaa tai kärsimystä (Mielenterveyshäiriöt THL 2023). Terveyskirjasto (2022) toteaa tarkan määritelmän luomisen olevan hankalaa, koska kuka vaan voi jossain kohtaa elämäänsä kokea tämän tyyppistä oireilua. Mielenterveyden häiriöstä voidaan todeta olevan kyse silloin, kun ajatukset, tunteet, mieliala tai käyttäytyminen alkaa rajoittamaan huomattavasti toimintakykyä, ihmissuhteita tai elämää yleisesti ajatellen. (mt.) Lisäksi vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuvalla, voi olla taustalla perinnöllinen alttius kyseiseen sairauteen. Psyykkinen sairaus kuitenkin puhkeaa usein, vasta alttiuden sekä psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikuttaen yhdessä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 233.) Mielenterveyden häiriöiden oireskaala on erittäin laaja. Näihin lukeutuu esimerkiksi erilaiset pelkotilat ja ahdistuneisuushäiriöt, masennus, persoonallisuushäiriöt, psykoottiset ja persoonallisuus häiriöt sekä muut mielialahäiriöt, kuten esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö tai synnytyksen jälkeinen masennus, tai erilaisiin elämäntilanteisiin liittyvät

häiriöt, kuten esimerkiksi stressireaktio, joka voi olla seurausta erittäin järkyttävästä tapahtumasta. Mielenterveyden häiriöiksi voidaan lisäksi lukea erilaiset dissosiaatiohäiriöt, hillitsemishäiriöt, kuten peliriippuvuus, sekä lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat häiriöt, kuten ADHD. (Terveyskirjasto 2022.) Mielenterveyden häiriö puhkeaa usein jo nuoruusiässä, aiheuttaen kokijalleen, niin yksilöllistä kuin inhimillistä kärsimystä (Tuulio-Henriksson 2013, 146). Tutkimuksen mukaan vanhemman mielenterveyden häiriö on selkeä riskitekijä lapsen mielenterveydelle. Esimerkiksi lapsilla, joiden äidillä oli todettu viimeisen viiden vuoden aikana mielenterveyden häiriö, oli lapsilla mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys 12 %, kun muilla prosenttiosuus oli 4,1. Vastaavasti, jos isällä oli mielenterveyden häiriö, tällaisilla lapsilla esiintyvyys oli 10,2 %, kun muilla lapsilla tämä luku oli 4,4 %. Samaisessa tutkimuksessa havaittiin myös, että sosioekonomisella asemalla on vahva merkitys vanhemman mielenterveyden häiriöön. Matalammalla sosioekonomisella asemalla todettiin olevan selvä yhteys mielenterveyden eriarvoisuuteen. (Niemi ym. 2022, 1, 6.)

Virallisessa puheessa mielenterveyskuntoutuksen käsitettä on ryhdytty meillä Suomessa käyttämään 2000-luvulla. Tätä ennen samasta asiasta puhuttaessa, tästä käytettiin psykiatrisen kuntoutuksen termiä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 234.) Kuntoutus ymmärretään sosiaali- ja terveysministeriömme (STM) mukaan yksilöllisenä ja suunnitelmallisena prosessina, jonka avulla pyritään edistämään yksilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, osallistumismahdollisuuksia, työ- ja opiskelukykyä, työllistymistä ja työssä jatkamista. WHO:n (2024) mukaan, kuntoutus on terveyspalvelu henkilölle, jonka toimintakyky heikkenee sairauden, vamman, leikkauksen, vamman tai iän vuoksi. Kuntoutus voidaan jakaa neljään osaan; ammatilliseen, kasvatukselliseen, lääkinnälliseen sekä sosiaaliseen (Juvonen-Posti ym. 2022, 170–172). Mielenterveyskuntoutusta ohjaa sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja erityisesti sen 17 §, jolla tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua ja tavoitteellista tukea sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan parantamiseksi tai ylläpitämiseksi, syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi sekä osallisuuden edistämiseksi.

Mielenterveyskuntoutus järjestetään usein juuri sosiaalisena kuntoutuksena. Tällä tarkoitetaan syrjäytymistä ehkäisevää ja toimintakykyä vahvistavaa kuntouttavaa työtä, joka yleensä toteutetaan matalan kynnyksen sosiaalipalveluina. Näiden palveluiden avulla pyritään

lisäämään toipujan osallisuutta, tukemaan elämänhallintataitoja sekä vahvistamaan hänen sosiaalista toimintakykyään. (Lindh & Hautala 2013, 233.) Oleellista kuntoutumisen kannalta ei ole se, miten kuntoutuja määrittelee sairautensa tai hyväksyykö hän saamansa diagnoosin. Tärkeämpää on, että hän ymmärtää avun ja tuen tarpeen merkityksen selviytyäkseen. (Young & Ensing 1999, 222–223.) Sosiaalisen kuntoutuksen onnistuminen edellyttää ammattilaiselta herkkyyttä huomioida ja kuulla erityisessä tuen tarpeessa olevan kuntoutujan ääni ja tämän yksilölliset tarpeet (Lindh & Hautala 2022, 233).

Kuka vaan voi tarvita mielenterveyskuntoutusta jossain vaiheessa elämäänsä, kun puolestaan jonkun kuntoutuksen tarve voi olla elinikäinen (Tuulio-Henriksson 2013, 147). Kuntoutuminen perustuu aina yksilölliseen kuntoutumissuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa, mutta johon tulisi osallistaa mielellään myös koko perhe (Autti-Rämö ym. 2013, 66–68). Jo kuntoutusta suunniteltaessa ammattilaisten tulisi huomioida vallitseva perhetilanne, koska perheen avullaan voidaan pyrkiä edistämään kuntoutusta, luomaan positiivinen ilmapiiri kuntoutumiselle, edistämään koko perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä auttaa tarvittaessa elintapamuutoksessa. Tällaisella perhekeskeisellä lähestymistavalla voidaan tukea kuntoutujan ja perheen osallistumista sekä yhteydenpitoa. (Juntunen & Tuomisto 2022, 490–491.) Suunnitelmaa laadittaessa on arvioitava, millainen muutos tosiasiassa olisi mahdollista, eli muutoksen on oltava realistinen. Kuntoutumiseen vaikuttavat niin kuntoutujan henkilökohtaiset ominaisuudet kuin koetut ja objektiivisesti todetut toimintakyvyn haasteet. Kuntoutujan henkilökohtaisella ymmärryksellä omasta tilanteestaan sekä hänen omalla vaikuttamismahdollisuudellaan on suuri merkitys kuntoutumisen onnistumiselle. Toinen onnistumiseen vaikuttava tekijä riippuu kuntoutujan kyvystä asettaa itselleen tavoite sekä motivoituminen ja sitoutuminen tavoitteelliseen harjoitteluun toipumista kohti, jolla pyritään toiminnan muutokseen. Tavoitteen realistisuuden lisäksi, siinä tulee huomioida toipujan yksilölliset voimavarat ja rajoitteet, sekä sen tulee olla merkityksellinen toipujalle itselleen. (Autti-Rämö ym. 2013, 62, 65–66.) Toisin sanoen kuntoutumisen onnistuminen riippuu sen oikea-aikaisuudesta sekä oikeanlaisten kuntoutustoimenpiteiden toteuttamisesta (Autti-Rämö 2013, 14; Tuulio-Henriksson 2013, 146). Kuntoutujat kuvaavat usein sairastumisen alkuvaihetta hyvin hämmentäväksi. Omaa oloa on hankala kuvailla muille, koska eivät itsekään ymmärrä, mitä siinä tapahtuu. Yleistä

onkin, että sairautta pyritään aluksi salaamaan tai vähättelemään muilta. (Koskisuu 2004, 177.)

Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja hoito muodostavat kokonaisuuden, joiden erottaminen toisistaan voi toisinaan olla hyvinkin epäselvää. Usein ohjauksen ja tuen tarve voivat poiketa määrältään ja laadultaan verrattaessa muuhun kuntoutukseen. Oleellisena osana mielenterveyskuntoutukseen kuuluu ammattilaisilta saatu psykoedukaatio eli sairaudesta tiedon jakaminen, erilaisten kognitiivisten taitojen vahvistaminen, ammatillinen kuntoutus, tuettu työllistäminen ja koulutus sekä muut sosiaaliset tukijärjestelyt, kuten palveluasuminen ja klubitalot. Myös lääkehoidon seuranta voi tarpeen mukaan sisältyä osaksi kuntoutusta. (Tuulio-Henriksson 2013, 146–148.)

Kuten edeltä voidaan havaita, niin mielenterveyskuntoutus pohjautuu vahvasti toipumisen (recovery) käsitteeseen. Ensimmäisen kerran käsite nousi esiin Deeganin tieteellisessä julkaisussa vuonna 1988, jossa hän teki olennaisen eron kuntoutuksen ja toipumisen välille. Henkilökohtaisen kokemuksensa pohjalta hän muodosti oman näkemyksensä toipumisprosessista, johon sisältyy toipuminen, joka ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin oireettomuus, merkitys toivosta, voimaantumiskokemus, yhteisön tuki sekä stigman ja itsensä hyväksyminen. (mt.) Kotimaista tutkimusta tehnyt Nordling (2022, 30) puolestaan käsitteellistää toipumisen kolmeen osaan; kliinisen työn tavoitteiden, palveluiden näkökulman sekä henkilökohtaisen kokemuksen kautta. Lloyd kumppaneineen (2008) pyrki tutkimuksessaan määrittämään mielenterveyspalveluissa käytettävän toipumisen käsitteen, mutta päätyivät toteamaan, että yksiselitteisen määritelmän laatiminen ei onnistu.

Mielenterveyskuntoutus on hyvin tutkittu aihe, josta löytyy jonkin verran myös kotimaista tutkimusta. Tuoreinta sellaista edustaa, esimerkiksi Virtasen ja kumppaneiden (2021) tutkimusartikkeli, miten etäpalveluiden avulla voitiin tukea mielenterveyskuntoutumista COVID-19-epidemian aikana. Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin lisäämään tietoa kuntoutujien etäpalvelukokemuksista, sekä jatkokehittämään toimivia etäpalveluita myös nyky-yhteiskunnassa käytettäväksi. (mt.)

Mielenterveysongelmien taloudelliset kustannukset rasittavat raskaasti myös kansantalouttamme. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) arvion mukaan vuonna 2019, joka kuudes suomalainen kärsi mielenterveysongelmista, joiden yleisimpinä syinä olivat ahdistus, masennus sekä päihteiden väärinkäyttö (OECD 2023). Kelan (2024) julkaisemassa tiedotteessa puolestaan todetaan mielenterveyden häiriöiden olleen vuodesta 2016 lähtien suurin syy suomalaisten pitkissä sairauspoissaoloissa, jotka jatkuivat edelleen vuonna 2023.

2.2 Toipumisorientaatio mielenterveystyössä ja toipumisen käsite

Toipumisorientaation nähdään saaneen alkunsa Yhdysvalloissa 1960– ja 1970–luilla vaikuttaneiden yhteiskunnallisten liikkeiden esiin nostamista ihmisoikeuskysymyksistä (Nordling 2018, 1476) sekä mielenterveyspalveluiden osoittauduttua riittämättömiksi laitoshoidon purkamispolitiikan epäonnistuttua (Anthony 1993, 11). Yhteiskunnallisen liikkeen aktivistit vaativat yhteiskuntaa tunnistamaan psykiatrisista häiriöistä kärsivien ihmisten kokeman sorron ja syrjäytymisen (Nordling 2018). Kuluikin vuosia, ennen kuin 90–luvulla Anthony (1993) esitteli tutkimuksensa toipumiseen suuntautuvista mielenterveysjärjestelmän peruspalveluista, sekä oletuksista, jotka pohjautuivat vahvasti toipumisvisio ajatteluun. Hän ehdottikin toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaista työtapaa uudeksi mielenterveyspalveluita johtavaksi visioksi. Tästä lähtien Anthonyn tutkimus on ohjannut mielenterveyspalvelut kohti asiakaskeskeisempää järjestelmää, jossa jokaisella vakavasta mielenterveysongelmasta kärsivällä henkilöllä, on mahdollisuus ylittää sairautensa asettamat rajat. (mt.)

Toipumisorientaation monimuotoisen käsitteen ehkä tunnetuimman ja viitatuimman määritelmän on laatinut jo aikaisemmin mainitsemani Anthony (1991; ref. Young & Ensing 1999, 220). Young ja Ensing (1999, 220) toteavat Anthonyn (1991) mukaan, toipumisen olevan syvästi yksilöllinen ja henkilökohtainen prosessi, jolla muutetaan omia asenteita, arvoja, tunteita, tavoitteita, taitoja ja/tai rooleja. Se on tapa elää tyydyttävää, toiveikasta ja merkityksellistä elämää sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Hänen mukaansa toipuminen sisältää uusien merkitysten ja elämän tarkoituksen löytämisen. (Mt. 220) Nordling (2018, 1476) puolestaan kuvaa toipumisorientaatiota ajattelun sekä toiminnan

viitekehykseksi, jonka keskiössä ovat henkilökohtaiset voimavarat, toivo, merkityksellisyys, osallisuus sekä positiivinen mielenterveys. Hänen mukaansa mielenterveyspalveluissa voidaan edistää toipumista eri elämänaluilla koettujen positiivisten muutoksien avulla. (Mt. 1478)

Mielenterveyskuntoutuksen lisäksi myös toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaiseen työskentelyyn sisältyy vahvasti toipumisen käsite. Toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaisessa prosessissa toipujaa ei luokitella selkeästi sairaaksi tai kuntoutujaksi. Toipumisorientaation mukaisessa työskentelyssä pyritään vahvistamaan toipujan myönteisten kokemusten muodostumista sekä räätälöimään jokaiselle yksilöllinen hoitokokonaisuus, johon voi kuulua, tilanteen mukaan, myös lääkehoito. Ammattilaisen tehtävänä, toipumisorientaation mukaisessa työskentelyssä, on tukea ja edistää toipujan elämän tarkoituksellisuuden kokemusta, toiveikkuutta sekä hänen elämänsä mielekkyyttä. (Toipumisorientaatio THL 2024.)

Suomessa toipumisorientaation käsite on vielä melko uusi. Sen juuret juontavat 60–luvulla vallinneeseen ajatukseen kuntoutumisesta, sekä 70–luvulla vahvistuneeseen sosiaalipsykiatriseen ajattelutapaan, joka keskittyi ihmiskeskeisempään ja terapeuttisempaan näkökulmaan, jossa sosiaalisen ympäristön merkitys mielenterveydelle, persoonallisuuden kehitykselle sekä onnellisuudelle korostui. Ensimmäiset toipumisorientaatiokoulutukset järjestettiin vuonna 2012 (Nordling 2022, 14–15). 2017 perustettiin Toipumisorientaatio ry, jonka tarkoituksena toipumisorientaation toiminnan kehittäminen ja tunnettavuuden lisääminen (Toipumisorientaatio ry 2025). Nykyään useat toimijat ovat nimenneet toipumisorientaation toimintansa viitekehykseksi. Esimerkiksi Porissa tämä viitekehys on toiminut asumispalveluiden ohjenuorana jo usean vuoden ajan. (Nordling 2022, 14, 25.)

Toipumisorientaation mukaisen työotteen avulla mielenterveyspalvelujen toteuttamista on pyritty Suomessakin vahvistamaan. Esimerkiksi Lapin yliopistossa aloitettiin vuonna 2017 tutkimus- ja kehittämishanke toipumisorientaatiosta. Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen lähtökohtana toimi tuleva sote-uudistus sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön kokonaisuudistus. Hankkeen avulla pyrittiin kehittämään oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia matalan kynnyksen

palveluita, jossa toteutuisi asiakkaan osallisuus, varhainen puuttuminen, avun saaminen nopealla aikataululla sekä tarkoitus vaikuttaa mielenterveyden ongelmien leimaavuuteen. (Martin 2021; ref. Nordling 2022, 25.)

Young ja Ensing (1999) tutkivat toipumisen merkitystä toipumisprosessissa olevien ihmisten näkökulmasta ja tuottivat heidän haastattelujensa pohjalta oman toipumisvisionsa. Heidän tutkimusaineistonsa mukaan toipuminen sisältää viisi vaihetta. Ensimmäinen vaihe ”jumissa olemisen” voittaminen, sisältää sairauden tunnustamisen ja sen hyväksymisen sekä avuntarpeen myöntämisen. Tärkeänä nähdään myös halun ja motivaation löytyminen muutosta kohtaan, jota toivon ja inspiraation etsiminen ja löytäminen vahvistavat. Tutkimuksessa nousi usein esiin hengellisyys, toivon ja inspiraation lähteenä. Useat nimesivät inspiroituvansa myös muista ihmisistä. Toinen vaihe, itsensä voimaannuttamisen löytäminen ja vahvistaminen, sisältää itsevoimaantumisen sekä vastuunoton omasta toipumisestaan. Kolmas vaihe on oppiminen ja itsensä määrittely, jossa traumakokemuksen jälkeen toipuja kohtaa haasteen rakentaa identiteettinsä uudelleen. Tässä kohtaa toipuja voi löytää uusia mahdollisuuksia ja kasvaa henkisesti toipumisen eri vaiheissa. Tutkimuksessa toipujat rakensivat itselleen vakaan identiteetin, jossa sairaus nähtiin vain yhtenä osana itseä. Monet haastateltavat pitivät syyllisyyden vähentämistä tärkeänä osana tätä prosessia. Neljäs vaihe, perustoimintojen palauttaminen sisältää itsestään huolehtimisen, aktiivisena pysymisen, esimerkiksi liikunnan avulla, sekä yhteyden luomisen muihin. Tämä jälkimmäinen koettiin haastavana vaiheena, koska stigma oli haavoittanut heidän itsetuntoaan, joka puolestaan vaikeutti uusien yhteyksien luomista. Vertaissuhteet koettiin kuitenkin merkityksellisiksi. Viimeinen vaihe on elämänlaadun parantaminen, jolla pyritään kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin saavuttamiseen. Moni toipuja sanoitti keskeisimmäksi tavoitteeksi toipumiselleen, vakaan tunnetason sekä positiivisen minäkuvan. Näillä tavoiteltiin tyyneyttä ja sisäistä rauhaa, sekä halua tuntea itsensä normaaliksi. Ajattelutavan positiiviset muutokset vähensivät toipujien negatiivista ajattelua ja itsekritiikkiä. (Mt.)

Leamy (2011) puolestaan tutki henkilökohtaista toipumista, jonka pohjalta hän loi tähän uuden käsitteellisen viitekehyksen. Tämä viitekehys tunnistaa kolme kategoriaa: toipumisprosessin ominaisuudet, toipumisprosessit sekä toipumisen vaiheet. Kliinisen tutkimuksen ja käytännön kannalta kaikkein relevanteimpia toipumisprosesseja olivat: yhteys,

toivo ja optimismi tulevaisuutta kohtaan, identiteetti, elämän merkitys sekä voimaantuminen = CHIME. (Mt.)

Toiseksi toipumisorientaatioon liittyy toinen vahva käsite, positiivinen mielenterveys, josta käytetään myös termiä mielen hyvinvointi. Tämä on tärkeä osa ihmisen hyvinvointia, terveyttä sekä toimintakykyä, jolla tarkoitetaan ihmisen psyykkisiä voimavaroja, oman elämän vaikutusmahdollisuuksia, toiveikkuutta, merkityksellisiä sosiaalisia suhteita, myönteistä minäkäsitystä sekä kehitysmyönteisyyttä. (Martelin ym. 2018.) Tämän monimuotoisen käsitteen avulla pyritään irtautumaan sairaus- ja ongelmakeskeisestä ajattelutavasta (Toipumisorientaatio THL 2024).

Sairastaminen käy myös yhteiskunnalle kalliiksi. Varsinkin, jos tätä tarkastellaan aiheutuvien kustannusten valossa. Esimerkiksi Kela maksoi vuonna 2022 sairauspäivärahoja yhteensä noin 883,9 milj. € edestä ja vuonna 2023 summa oli jo 901,1 milj. €. Myös osasairauspäivärahan maksut ovat nousseet. Vuonne 2023 Kela maksoi tukea yhteensä noin 79,5 milj. € edestä, kun vuotta aikaisemmin summa oli 62,0 milj. €. Näiden kustannusten taustalla nähdään olevan mielenterveyden häiriöistä aiheutunut kasvu. (Taskutilasto 2024.)

2.3 Perheeltä saatu tuki toipumisprosessin aikana

Perheen tuen määritelmä kuuluu osaksi laajempaa sosiaalisen tuen käsitettä, josta löytyy tutkimusta jo 1940-luvun Yhdysvalloista (Kumpusalo 1991, 18). Sosiaalisen tuen määritelmä on moniselitteinen ja aihealue on hyvin tutkittua eri tieteen saroilla. Ehkä tunnetuin kuvaus on Cobbin (1972) klassinen sosiaalisen tuen määritelmä, jonka keskiössä on, että henkilö tuntee itsensä arvostetuksi ja rakastetuksi sekä kokee olevansa osa sosiaalista verkostoa. Tämä sosiaalisen tuen käsite vakiintui 1970-luvulla yleiseen käyttöön ja sen avulla kuvataan lähiyhteisön ja ihmisten välistä suhdetta (Kumpusalo 1991, 13).

Aikaisemman tutkimuksen mukaan vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivän sosiaalisen tuen verkostot ovat yleensä pienempiä rajoitetumpia ja ne koostuvat pääosin sukulaisista (Froland ym. 2000, 68–69). On myös tutkittu sosiaalisen tuen objektiivisten ja subjektiivisten mittareiden välistä suhdetta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä toipumisessa (Corrigan &

Phelan 2004). Tutkimuksessa objektiivisilla mittareilla kuvattiin tukiverkoston kokonaismäärää, johon kuului niin perheenjäsenet, ystävät kuin työkaveritkin. Subjektiiviset tekijät edustivat henkilön käsitystä verkoston laadusta. Tulokset osoittivat, että molemmat sosiaalisen tuen mittarit olivat merkittävästi yhteydessä toipumisprosessiin. Verkoston koolla sekä tyytyväisyydellä verkostoa kohtaan, oli tutkimuksen mukaan merkitystä. Laajemman verkoston omaavat, tai he, jotka olivat tyytyväisempiä verkostoonsa, raportoivat suurempaa toivoa ja vahvempaa tavoite- ja menestysorientoitumista toipumisprosessissaan. (Mt.)

Nykyiset perherakenteet, asumisjärjestelyt sekä sosiaaliset suhteet ovat aiempaa moninaisemmat ja perheen merkitys vaihtelee pitkälti kulttuurin mukaan. Tällä hetkellä esimerkiksi meillä Suomessa, ikääntyneiden osuus väestössä kasvaa ja yhä useampi ikäihminen asuu itsekseen. Myös perheen määritelmä on muuttunut ajan saatossa, niin kutsutusta ydinperhe ajatuksesta, individualistisempaan perhekäsitykseen, jossa jokainen voi määritellä perheen juuri itselleen sopivalla tavalla. Samalla jokainen voi myös määrittää sen, millainen merkitys näillä ihmisillä on hänen elämälleen. (Juntunen & Tuomisto 2013, 490.)

Perheenjäsenen sairaus koskettaa yleensä koko perhettä sekä läheisverkostoa. Näin kriisi koskettaa kaikkia toipujan lähellä olevia ihmisiä (Koskisuu 2004, 177; Toivio & Nordling 2013, 306.) Toipumisen alkuvaiheessa perheet kokevat usein vahvaa nolostumista, syyllisyyttä sekä syyttävät itseään (Spaniol ym. 1992, 342) tai kokevat surua, häpeää, ahdistusta ja pelkoa (Nordling 2013, 306). Osa voi käyttäytyä aggressiivisesti ja syyttää muita tapahtuneesta. Leimautumisen pelossa perhe voi myös yrittää salata sairauden tai eristäytyä muista. Tällaisten negatiivisten tunteiden käsittelemättä jättäminen voi jatkossa heijastua suoraan sairastuneeseen, esimerkiksi sisäisessä vuorovaikutuksessa, ristiriitoina tai muuttuneina roolি- ja työnjakoina. Perhe voi myös heijastaa nämä negatiiviset tunteet, perheenjäsentään hoitavia tahoja kohtaan. (Koskisuu 2004, 178; Toivio & Nordling 2013, 306–307.) Kotimaisessa Ringbomin ja Jurvansuun (2019) tutkimuksessa tarkasteltiin omaisten kuvauksia tunteistaan läheistään kohtaan, jolla on mielenterveys- tai päihdeongelma. Tutkimuksen mukaan, stigma heijastuu edelleen perheeseen ja läheisen tilanne aiheuttaa surua ja menetyksen pelkoa. Omaiset kuvasivat myös vihan ja raivon tunteita, jotka kohdistuivat toisinaan tilanteeseen itseensä tai suoraan läheiseen. Usein omaiset kokivat myös syyllisyyttä siitä, etteivät jaksaneet aina kannustaa ja tukea omaistaan, tai suhtautua ymmärtäväisesti hänen sairauteensa. Osa

omaisista olikin asettaneet tiukat rajat läheiselleen, oman hyvinvointinsa takia. Omaiset kritisoivat lääkehoidon painotteisuutta, hoitomuotojen ja hoidon seurannan puutteellisuutta sekä palveluiden saatavuuden heikkoutta. Tuloksista painottui kuitenkin vahva välittäminen omaista kohtaan ja suhteen merkityksellisyys. Päällimmäiseksi tunteeksi nimettiin rakkaus läheistä kohtaan. Omaiset joutuivat kuitenkin usein pohtimaan, kenen edun asettavat etusijalle. Lisäksi he kaipasivat monipuolista tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, jotta pystyisivät suhtautumaan läheisensä tilanteeseen leimaamatta häntä enempää. (Mt.)

Usein perheet kaipaavat ammattilaisilta tietoa läheisen sairaudesta, hoidon tai kuntoutuksen suunnitteluun mukaan ottamisesta tai tukea perheenjäsenten väliseen kommunikointiin. Perheenjäsenet puolestaan voivat toimia hyvänä tietolähteenä ammattilaisen suuntaan, esimerkiksi toimien arjen sujuvuuden tai voinnin raportoijana, apuna päätöksenteossa tai lääkitystä suunniteltaessa. Usein perheen sisäiset roolit muuttuvat sairauden myötä ja perheenjäsenistä tuleekin hoitajia. Tämä koetaan erityisen haastavaksi varsinkin silloin, jos sairastunut itse sattuu olemaan vanhempi. (Juntunen & Tuomisto 2022, 490–492.)

Useat yksilölliset, sosiaaliset sekä rakenteelliset tekijät voivat joko suojata tai heikentää mielenterveyttämme (WHO 2022). Cohen kumppaneineen (1985, 311) toteaa tutkimuksessaan, sosiaalisen tuen liittyvän sekä psyykkiseen että fyysiseen terveyteen. Spaniol kumppaneineen (1992) puolestaan tutki perheen roolia psykiatrisessa kuntoutuksessa 90–luvun alussa. Perheen rooli nähtiin usein sairaan perheenjäsenen hoitajana, iästä tai omasta tahdosta riippumatta. Osa kamppaili irrottautuakseen hoitajan roolistaan, mutta eivät luottaneet esimerkiksi siihen, että sairastunut perheenjäsen saisi tarvitsemiaan palveluita. Perheet kannustivat ja tukivat ystävyyssuhteisiin sekä toimivat vertaistukena muille perheille. Tärkeä havainto tehtiinkin perheiden osalta, joilla oli omia ongelmia. Hekin tarvitsivat tukea, voidakseen auttaa sairasta perheenjäsentään. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että perheillä oli tärkeä rooli mielenterveysjärjestelmän muuttamisessa. He havaitsivat, että ammattilaiset suojelivat omia etujaan, eivätkä voineet riittävästi toimia perheiden puolestapuhujina. Tärkeä havainto koski myös ammattilaisten koulutusta, jossa ei myöskään huomioitu riittävästi perheen roolia. (Mt.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys

Tutkielman tehtävänä on selvittää, millaista tukea toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa oleva toipuja saa perheenjäseniltään, millaisena he saamansa tuen kokevat sekä mitä tuen saamatta jääminen merkitsee toipujan kuntoutumiselle. Tutkielmani pohjautuu aiheesta tehtyyn aikaisempaan tieteelliseen tutkimukseen. Tutkielmani tavoitteena on selvittää, koetaanko perheen tarjoama tuki voimavarana, vai voiko se hidastaa toipumisprosessia? Lisäksi tavoitteena on tarkastella, millaisilla muilla kuntoutusprosessiin liittyvillä tekijöillä on merkitystä toipumiselle. Tutkielmassani kysyn:

- *Millaista tukea toipuja on saanut perheeltään ja millaisena hän on sen kokenut toipumisprosessinsa aikana sekä mitä perheen tuen saamatta jääminen merkitsee toipujan kuntoutumiselle?*
- *Millaisilla muilla tekijöillä on merkitystä toipumisorientaation mukaisessa mielenterveyskuntoutuksessa?*

3.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkielmani on laadullinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota voidaan kutsua myös review-tutkimukseksi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen lisäksi katsaustapana voidaan käyttää, joko integratiivista, systemaattista tai meta-analyysi tekniikkaa (Vilkka 2023, luku 1.1.3). Review-tutkimukselle ominaista on päätelmien teko, joka pohjautuu olemassa olevaan aikaisempaan tutkimukseen. (Kallio 2006, 18.) Tämän aikaisemman tutkimuksen avulla voidaan toteuttaa yleiskatsaus analysoimalla valitusta aihepiiristä oleellinen. Tutkitun aihepiirin johtopäätösten avulla muodostetaan uusi synteesi eli kokonaiskuva, jota on tarkasteltu kriittisesti. Synteesi pohjautuu aikaisemman tutkimuksen teorioihin, havaintoihin tai tehtyihin tulkintoihin. (Kallio 2006, 18–19; Vilkka 2023, luku 1.1.1.) Tutkielmani avulla pyrin luomaan kuvan siitä, millaista tukea toipuja on perheeltään saanut toipumisorientaatioon pohjautuvan toipumisprosessinsa aikana. Näiden empiiristen havaintojen avulla, syntyy toisen käden kokemusperäinen aineisto, jota käytetään erityisesti yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa (Kallio 2006, 21).

Synteesin valmistuttua, se vielä argumentoidaan. Review-tutkimuksen onnistumisen edellytyksenä pidetään, niin onnistunutta aineiston valintaprosessia, kuin hyvin pohdittua tutkimusongelman määrittelyä. Tutkimusprosessin luonne on aktiivinen ja se etenee syklimäisesti, jolloin eri vaiheisiin voidaan palata, missä kohtaa tahansa tutkimusta. (Kallio 2006, 22–24.) Myös oma tutkimusprosessini eteni syklimäisesti. Tämä koski erityisesti esimerkiksi tutkimusaineiston hakua, joita tein lähes koko prosessin ajan. Sekä tutkimuskysymysteni kohdalla, jotka muokkautuivat useaan otteeseen, aivan loppumetreille asti.

3.3 Aineiston haku

Aineiston keruun aloitin syyskuun lopulla 2024. Aluksi tein hakuja suomeksi Andor-tietokannasta, käyttäen hakusanoina ”toipumisorientaatio” AND ”mielenterveys” AND (”perheen tuki” OR ”sosiaalinen tuki”), mutta sopivia artikkeleita ei löytynyt yhtään. Lisähakusanoina kokeilin termejä ”toipumisorientaatio” AND ”mielenterveys” AND ”perheen tuki” OR ”sosiaalinen tuki”. Nämäkään eivät juuri tuottaneet tulosta. Seuraavaksi kokeilin hakua, vastaavilla englanninkielisillä termeillä (“recovery in” OR “recovery orientation”) AND “mental health” AND (“family support” OR “social support”). Nyt haut tuottivat tulosta ja hakuja löytyi yli 9000, vaikka yritinkin rajata löytynyttä aineistoa. Aineiston sisäänottokriteereinä toimivat rajaukset artikkelin vertaisarvioinnista sekä julkaisuvuodesta. Materiaali on enintään 15 vuotta vanhaa. Lisäksi julkaisukielenä sai olla joko suomi tai englanti. Lisäksi aineiston piti vastata tutkimuskysymykseeni.

Aineistohakujen tekeminen oli aluksi haastavaa. Pohdin tämän johtuvan esimerkiksi siitä, että käyttämäni termit ovat kaikki monitulkintaisia ja ehkä siksi hakuja löytyi aluksi todella paljon. Enkä aluksi ilmeisesti osannut käyttää Boolen operaattoreitakaan oikealla tavalla. Jatkoin hakujen tekoa käyttäen seuraavia kuutta tietokantaa: ProQuest, Academic Search Ultimatea, Sociology Source Ultimatea, Scopusta, Web of Sciencea sekä Ovidia. Hakusanoina kokeilin seuraavia sanoja sekä näiden erilaisia yhdistelmiä: “recovery orientation”, “recovery in”, “recovery oriented approach”, “recovery orientate*”, ”mental health”, “mental health recovery”, ”family support”, (family OR family members), “relatives”, ”loved ones”, close ones”, ”relatives”, “friends”, (user OR users), (perspective OR experience). Lisäksi käytin

apunani helmenkalastelutaktiikkaa. Eli etsin jo löytyneiden artikkeleiden lähdeluettelosta omaan tutkielmaani sopivia tutkimusartikkeleita. Tällä tavalla ei kuitenkaan valikoitunut yhtään artikkelia tutkimusaineistooni. Tätä materiaalia pääsin kuitenkin hyödyntämää teoreettisten käsitteiden avaamisen apuna sekä käyttämällä näitä esimerkkeinä jo aikaisemmin tehdystä tutkimuksesta. Kuten esimerkiksi Spaniolin ja kumppaneiden tutkimus vuodelta 1992 tai Leamyn tutkimus vuodelta 2011.

Kun materiaalia vihdoin löytyi, niin osa oli kirjallisuuskatsauksia, joita ei suositeltu käytettäväksi tutkimuksessa. Alussa valitsemastani aineistosta osa muuttui matkan varrella useampaan kertaan. Useat artikkelit hylkäsin tarkemman perehtymisen jälkeen, koska monikaan niistä ei vastannut tarpeeksi hyvin tutkimuskysymyksiini toipujan kokemuksesta perheeltä saatuun tukeen tai sen saamatta jäämiseen. Viimeisimmän aineistohaun tein vielä tammikuun alussa 2025, koska en vieläkään ollut täysin tyytyväinen muutamaan valitsemaani artikkeliin. Nämä artikkelit eivät vastanneet tarpeeksi hyvin esittämiini tutkimuskysymyksiin.

Lopullinen tutkimusaineistoni käsittää 13 kansainvälistä englannin kielistä vertaisarvioitua tutkimusartikkelia. Kaikki käyttämäni artikkelit ovat laadultaan kvalitatiivisia. Tutkimukset sijoittuvat maantieteellisesti Australiaan (3 kpl), Iso-Britanniaan (Englanti 1 kpl ja Skotlanti 1 kpl), Kiinaan (3 kpl), Norjaan (1 kpl), Taiwaniin (1 kpl), Tanskaan (1 kpl) ja Yhdysvaltoihin (2 kpl).

Lyhyesti kuvattuna tutkimusaineistoni (Liite 1.) käsittelee: subjektiivisista kriisikokemuksista toipujan näkökulmasta ja perheenjäsenten osallistumisen merkityksestä kriisitilanteeseen (Borg ym. 2011); hengellisyyden käsitteiden eroja ja yhtäläisyyksiä perheen sisällä sekä näiden merkitystä perhedynamiikkaan ja toipumisprosessiin (Chan & Ho 2017); vakavista mielenterveyden häiriöistä ja näiden vuoksi monimutkaisista tarpeista kärsivien henkilöiden toipumiskokemuksien ymmärtämistä toipumisprosessin alkuvaiheessa (Hancock ym. 2018); skitsofreniaan liittyviä kokemuksia ja toipumisprosesseja kiinalaisessa kontekstissa (Ma ym. 2023); perheiden asettamia tavoitteita osana toipumismallia, sekä eroja perheiden välillä, jossa toisessa vanhemmalla on mielenterveyden häiriö, verrattuna perheeseen, jossa vanhemmalla on mielenterveyden häiriön lisäksi myös päihdeongelma (Maybery ym. 2015); toipujien sosiaalisten suhteiden myönteisten ja kielteisten piirteiden tutkimista, heidän kokemustensa ymmärtä-

mistä sekä, miten nämä asiat vaikuttavat heidän toipumiseensa (McGuire ym. 2020); perheverkoston tuen vaikutusta toipumiseen (Pernice-Duca 2010;); toipumista edistäviä ja estäviä tekijöitä toipujien näkökulmasta katsottuna (Petersen Schultz ym. 2015); kiinalaisten palvelunkäyttäjien näkemyksiä vahvuuksistaan sekä heidän ajatuksiaan käännöksestä sanalle "vahvuus" (Tsoi ym. 2022); toipujien käsityksiä perheen asemasta heidän toipumisprosessissaan (Waller ym. 2019); käsityksiä toipujan roolista, identiteetistä, mielenterveyden häiriöistä sekä heidän subjektiivisia kokemuksia psykiatrisesta leimautumisesta (Wang 2012); perheiden toipumiskokemusten avulla kehitettyä uutta viitekehystä, joka lisäksi huomioi perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen sekä surun ja menetyksen kokemukset (Wyder ym. 2022) sekä ammattilaisten näkemyksiä mielenterveyden ja perheen sisäisen kommunikoinnin vaikutuksista toipujan ja koko perheen hyvinvointiin (Yates & Gatsou 2023).

Olisin toki toivonut voivani sisällyttää tähän otokseen edes yhden kotimaisen tutkimuksen sekä Afrikan maanosaan liittyvän tutkimuksen, jotta tutkielma olisi ollut monikulttuurisempi. Kaiken kaikkiaan, koen artikkeleiden kuitenkin edustavan maailmanlaajuisesti hyvin kattavaa otosta. Katson näiden aineistojen kuvastavan tarpeeksi hyvin toipumisorientaation mukaisen viitekehyksen implementoitumista osaksi usean valtion mielenterveyspalveluita ohjaavaa työtapaa.

3.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytän induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikessa laadullisessa tutkimuksessa ja sen avulla aineisto voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti (Tuomi & Sarajärvi 2024, 103, 117). Tutkittava aineisto voidaan analysoida aineistolähtöisesti, teoriasidonnaisesti tai teorialähtöisesti. Tässä tutkielmassani käytän aineistolähtöistä analyysitapaa, jonka avulla pyrin nostamaan esiin aineistoistani teoreettisen kokonaisuuden ja tämän avulla vastaamaan tutkimuskysymykseeni. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee kolmevaiheisesti. Ensin aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Sitten löydetty aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään löydetyt asiat alaluokkiin. Tämän jälkeen alaluokkia ryhdytään abstrahoimaan eli käsitteellistämään, niin pitkälle kuin se sisällöstä riippuen on mahdollista. (Mt. 108–113, 122–127.) Tutkielmassani järjestelin aineistoni teemoittelun avulla, jota pidetään myös yhtenä sisällönanalyysin muotona.

Teema-analyysissa aineistosta nostetaan esiin tutkimustehtävän kannalta keskeisiä asiakokonaisuuksia, jotka pilkotaan tai ryhmitellään eri aihepiirien mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Omassa tutkielmassani etsin toipujien subjektiivisia kokemuksia perheeltä saadusta tuesta tai sen saamatta jäämisestä (kts. Liite 1).

Aineiston analyysiprosessini jakautuu seuraavanlaisesti:
Aloitin analyysiprosessin tutkimusaineiston hankinnalla, jota varten luin aluksi artikkelien otsikot läpi. Sopivan kuuloisen otsikon havaittuani, tutustuin tarkemmin tutkimusartikkelin tiivistelmään. Seuraavaksi tulostin ja luin sopivan tuntuiset artikkelit lävitse tutustuen samalla tarkemmin näiden sisältöön. Tämän jälkeen suomensin artikkeleiden tutkimusosuudet erilliseen Word-tiedostoon eli litteroin aineiston. Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa luin vielä kertaalleen englanninkieliset artikkelit läpi, yliviivaten samalla tussilla aineistosta tutkimuskysymykseeni sopivia ilmaisusanoja ja lauseita, jotka liittyivät kokemukseen perheeltä saadusta tuesta tai sen puuttumisesta (=redusointi). Toisessa vaiheessa loin näistä ilmaisuista ja lauseista Excel-taulukon, jonka avulla ryhmittelin nämä joko positiivisiin tai negatiivisiin sarakkeisiin artikkeleittain (=klusteroin). Käydessäni taulukkoa vielä kertaalleen läpi, loin vielä molempiin kohtiin lisäsarakkeet, joihin kirjasin sivunumerot näkyviin, helpottaakseni tulosluvun kirjoitusprosessia. Tutkimusartikkeleista esiinnousseita positiivisia ilmaisuja olivat esimerkiksi ”tiivis yhteys ja kommunikointi”, ”kannustus”, ”välittäminen” tai ”vanhemmuuden tukeminen”. Negatiivisia asioita oli esimerkiksi ”tunne, ettei voi puhua perheelle tai ystävilleen”, ”lapset mukana kriisitilanteessa” tai ”erilaiset hengelliset uskomukset”. Positiivisia ilmaisusanoja tai lauseita löytyi artikkeleista yhteensä 107 kappaletta ja negatiivisia puolestaan 98 kappaletta. Kolmannessa vaiheessa yhdistelin näistä yksittäisistä ilmaisuista laajempia kokonaisuuksia, kuten ”puhumattomuus”, ”tiivis kommunikointi” ja ”ristiriitaiset ilmaisut” muodostivat teeman ”kommunikointi”. Seuraavaksi nimesin nämä alateemat (=abstrahoin), joita löytyi aluksi useita, mutta lopulta tiivisten ne 11. Löytyneitä alateemoja olivat; vuorovaikutus ja kommunikointi, perheen sisäiset roolit, suhdedynamiikka, stigma, kriisi- ja traumakokemukset, psykologinen stressi, emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki, lääkehoito, uskonto/hengellisyys sekä palvelujärjestelmään liittyvät asiat, kuten ammattilaisilta saatu apu ja tuki. Jatkoin abstrahointia niin pitkälle, että lopulta jäljelle jäi neljä pääteemaa. Nämä pääteemat ovat 1. Perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle; 2. kuntoutumisen haasteet

ja perheen tuki; 3. perheeltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki sekä hengellisyyden huomioiminen; 4. palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana.

4 PERHE TOIPUMISEN TUKENA

Tutkimustuloksissa määrittelen perheen, niin kuin se näiden tutkimusartikkelien pohjalta kuvautuu. Artikkeleiden mukaan käsitys perheestä on moninainen. Tässä perheeksi luetaan: vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat, appivanhemmat, serkut, adoptiolapset, lasten tyttö- ja/tai poikaystävät, uusioperheet, sisarusten lapset, ystävät, lailliset huoltajat, omaishoitajat, entiset puolisot sekä palvelun tuottajan työntekijät, johon luetellaan kuuluvaksi esimerkiksi asumisyksikön henkilökunta, sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat sekä vertaistukihenkilöt.

4.1 Perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle

Ensimmäinen tulosluku ”Perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle” koostuu kolmesta alateemasta. Näitä ovat perheen sisäiset roolit, kommunikointi ja viestintä sekä perheenjäsenten välinen suhdedynamiikka. Erityisesti kommunikointi ja suhdedynamiikka limittyivät tutkimusartikkeleissa usein toisiinsa. Perheellä nähtiin olevan rooli yksittäisen jäsenensä toipumisprosessin tukemisessa, mutta tämän lisäksi jokaisella perheenjäsenellä ymmärrettiin olevan myös oma toipumismatkansa (Wyder ym. 2022, 1334).

Perheroolit

Tutkimusartikkeleissa perheen rooli näyttäytyi moninaisena. Perheen nähtiin sekä osallistuvan että tukevan läheisensä toipumista ja erityisesti vanhemmuutta pidettiin tärkeänä osana toipumiselle (esim. Maybery ym. 2015, 361; Waller ym. 2022, 250). Osa toipujista löysi tarkoitusta elämälleen, toimimalla hyvänä roolimallina lapsilleen (Hancock ym. 2018, 6). Vanhemman rooli voitiin myös kokea suojatekijänä mielenterveyden häiriöiden vaikutuksia vastaan tai tunteena, että on tarpeellinen, vaikka lapset olivatkin jo kasvaneet aikuisiksi (Borg ym. 2011, 75; Hancock ym. 2018, 6). Tutkimuksen mukaan vanhemmuutta pidettiin keskeisenä tekijänä uudenlaisen toipujan identiteetin ja minäkuvan rakentumiselle (Wang 2012, 430–431). Vaikka vanhemman roolin nähtiin tarjoavan toipujille positiivista identiteettiä sekä jatkuvuutta, niin osa toipujista pelkäsi sairauden siirtyvän lapsiinsa. Tai heidän oireidensa voivan vahingoittaa lastaan. Tällaiset yllä mainitut syyt johtivat esimerkiksi tilanteisiin, jolloin osa vanhemmista luopui omasta vanhemman roolistaan. (Wang 2012, 431.)

Perherooli nähtiin tärkeäksi, asuinpaikasta riippumatta. Erään artikkelin esimerkki kertoi pariskunnasta, jonka molemmat osapuolet asuivat sairaalassa pitkäaikaisesti, mutta pitivät silti kiinni perherooleistaan ja -velvollisuuksistaan. Aviomies kävi säännöllisesti ostamassa vaimolleen ruokatarvikkeita ja vei tätä toisinaan kotivierailuille, jos tämä sopi sairaalalle. (Wang 2012, 427.)

Perheen rooli voitiin kokea myös tilanteen seuraajana. Eräs toipuja yrittikin selittää serkulleen, ettei tarvitsisi tämän päivittäistä voinnin tarkistussoittoa (Waller ym. 2019, 250). Tutkimusartikkeleiden perusteella perherooleissa oli havaittavissa myös kulttuurista heijastusta, kuten Tsoi ja kumppanit (2022, 75) viittasivat Tsen ja Ngn (2014) tutkimukseen, jossa kiinalaisessa kontekstissa toipuja nähdään osana suurempaa ryhmää, ei niinkään yksilönä.

Roolien ristiriitaisuus

Perheen sisäiset roolit aiheuttivat myös ristiriitoja. Eräs ammattilainen jakoi esimerkin äidistä, joka ei pystynyt huolehtimaan lapsistaan ja näin ollen eristäytyi perheestään. Tämän johdosta lapsista kasvoi itsenäisiä ihmisiä, ja he oppivat selviytymään arjen toiminnoista. Ainoastaan perheen isä ei pystynyt ottamaan itselleen uutta roolia, koska hänen mielestään äidin tehtävä oli huolehtia perheestään. (Yates & Gatsou 2023, 2753.) Roolien ristiriitaisuus näkyi myös silloin, kun oli tarkoitus päättää asioista. Useiden haastateltujen mukaan, päätöksenteko tapahtui perheen kontrolloimana. Tähän suhtauduttiin kuitenkin vaihtelevasti. Osa vastaajista totesi muiden ottaman vastuun helpottavan heidän arkeaan. Ainoastaan yksi toipuja korosti omaa aktiivista rooliaan päätöksentekoprosessissa. Esimerkkisyitä siihen, miksi muiden annettiin tehdä päätöksiä omasta puolesta, oli ajatus siitä, että muut koettiin luotettavampina havainnoimaan muutoksia heidän mielenterveydessään. Tai heidän itsevarmuudenpuutteenaan esittää asioista omia näkemyksiään. Tutkimuksessa esiin nousseen huomion mukaan useimmat toipujat eivät edes pohtineet syitä omaan vähäiseen osallistumiseensa päätöksentekotilanteissa. (McGuire ym. 2020, 134)

Yhtenä vahvana perheen suhdedynamiikkaan vaikuttavana tekijänä nähtiin roolipari hoitaja – sairas/toipuja/potilas. Haastavaksi koettiin näiden roolien sekoittuminen keskenään varsinkin silloin, kun kyseessä oli asetelma vanhempi – lapsi, vaikka asetelma tunnistettiinkin

tarpeelliseksi tällaisissa tilanteissa. Eräs äiti kertoi ristiriidantunteestaan tilanteessa, jossa hän sai muilta tukea, vaikka omasta mielestään hänen olisi pitänyt olla se tukija. Toinen äiti puolestaan kertoi oman poikansa hoitavan kaikki asiat hänen puolestaan, vaikka tämän olisi pitänyt mennä hänen mielestään toisinpäin.

Toisinaan roolijakojen sekoittuminen aiheutti jännitteitä myös toipujien ja heidän ystäviensä välillä. Tätä tapahtui erityisesti silloin, kun ystävät alkoivat omaksumaan hoitajan roolia, vaikka toipuja olisi halunnut pitää ystävät ystävinä ja hoitajat hoitajina. (Hancock ym. 2018, 6.) Yhdessä artikkelissa omainen kuvasi hoitajan roolia traumaattiseksi ja pelottavaksi. Hän kertoi tämän vaikuttaneen omaan turvallisuuden tunteeseensa. Toisen omainen vuorostaan koki hoitajan roolinsa niin, että ymmärrys, tunnustus sekä arvostus tuntui hänestä parantavalta. (Wyder ym. 2022, 1331.) Wangin (2012, 430–431) tutkimuksessa havaittiin, että psykiatrisen diagnoosin kautta toipujille annettu potilaan rooli koettiin tärkeäksi ja jota perhe usein vielä vahvisti hoitonsa kautta. McGuire ja kumppanit (2020, 133) puolestaan havaitsivat, että toipujien mahdollisuudet osallistua toimintoihin, jotka eivät liittyneet sairaan rooliin, olivat vähäiset. Joissain tapauksissa perheen hallitseva rooli, jossa toipuja oli sairauskeskeisessä riippuvuussuhteessa, johti siihen, että toipujan rooli ”sairaana olevana” normalisoitui. Näin ollen toipujien tulisi kokea perherooleja, jotka eivät liittyisi heidän sairauteensa. Tällaisen riippuvuussuhteen välttämiseksi, ehdotettiin apuna käytettävän esimerkiksi vertaistukea. (Mt. 136–137)

Perheen sisäisiin rooleihin ja näiden suhdedynamiikkaan, vaikuttavat jokaisen omat subjektiiviset kokemukset sekä heidän tapansa reagoida tilanteisiin. Roolit eivät myöskään ole staattisia, vaan muuttuvat ajan ja olosuhteiden mukaan. Roolit voivat myös ajoittain muuttua siten, että toipujasta huolehtivat, voivat itse kokea haasteita mielenterveydessään. (Wyder ym. 2022, 1331–1332.)

Vuorovaikutus ja kommunikointi

Tutkimuksen mukaan, vuorovaikutuksella nähtiin olevan merkittävä vaikutus, niin toipujien mielialaan, kuin käyttäytymiseenkin. Lisäksi havaittiin, että perheenjäsenten halukkuus kommunikoida toipujan kanssa, paransi heidän välistänsä yhteyttä. Vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin tiivis merkitys korostui erityisesti tutkimuksessa, jonka haastatelluista lähes

jokainen, asui perheensä kanssa kotona. (Ma ym. 2023, 5, 9.) Pernice-Ducan (2010, 21) kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastatellut nimesivät keskimäärin 2,6 perheenjäsentä, joiden kanssa olivat viikoittain yhteydessä. He myös raportoivat olevansa melko tyytyväisiä vuorovaikutuksen luonteeseen. Tämän tutkimuksen mukaan, yhteyden laadulla koettiin olevan suurempi merkitys positiivisten toipumisasenteiden ja uskomusten kehittymiselle, verrattaessa tätä yhteyden lukumäärään. (Mt. 21) McGuiren ja kumppaneiden (2020, 133) tutkimuksessa eräs toipuja totesi vanhempiensa soittelevan hänelle melko paljon. Myös toipuja kertoi soittelevansa heille viikoittain ja sopivansa myös tapaamisista. Lisäksi hän kertoi kommunikoivan siskonsa kanssa WhatsAppin kautta. Petersen Schultzin ja kumppaneiden (2015, 6) tutkimukseen haastateltu toipuja puolestaan kertoi, että yhteydenpito siskoon sai hänet itsensä tuntemaan olonsa läheiseksi perheen kanssa. Man sekä kumppaneiden (2023, 6) tutkimukseen haastateltu toipuja totesi kommunikoivansa perheensä kanssa harvoin. Toinen toipuja vuorostaan totesi tyttärensä soittavan hänelle usein, koska oli äidistään huolissaan. (mt.) Tutkimusartikkelien tulosten mukaan perhesuhteiden nähtiin olevan keskeinen tekijä eristäytymisen tunteen vähentämisessä (McGuire ym. 2020, 133). Toisinaan taas perheenjäseniltä saatu kritiikki ja syytökset aiheuttivat toipujissa masennusta tai vihan tunnetta (Ma ym. 2023, 5). Sosiaaliset suhteet nähtiin tärkeänä asiana toipumisen edistämisessä, mutta niiden voitiin myös nähdä muodostuvan esteeksi, jos suhteita oli rajoitetusti (Petersen Schultz ym. 2015, 6).

Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin lapsiperheiden asettamia ja saavuttamia tavoitteita osana perhekeskeistä toipumismallia, huomioitiin kaikki sen jäsenet, mutta erityisesti perheen lapset. Yksi lapsilta esiin nousseista tavoitteista oli vuorovaikutustaitojen kehittämisen tärkeys. (Maybery ym. 2015, 361.) Tätä vahvisti muissakin artikkeleissa havaitut huomiot kommunikaation vähäisyydestä, sen puutteesta tai siinä ilmenevissä ristiriidoissa. Esimerkiksi tutkimuksessa, jonka osallistujat asuivat asumisyksikössä, raportoivat kontaktin perheisiinsä usein vähäisiksi, vaikkakin pitivätkin tätä tärkeänä asiana (Petersen Schultz ym. 2015, 6).

Joskus toipujasta tuntui vaan helpommalta, jättää vallan kommunikoimatta (esimerkiksi puolisolleen), koska asioista puhuminen koettiin vaikeaksi. Usein kommunikoinnin puute kuitenkin lisäsi väärinymmärryksiä, tai johti siihen, että perheenjäsenet eivät ymmärtäneet toistensa käyttäytymistä, saati tunteita. Esimerkiksi lapset saattoivat syyttää itseään

vanhemman oireilusta, koska eivät kyenneet ymmärtämään tätä tilannetta. Tai puolin ja toisin tehdyistä vääristä tulkinnoista, jolloin lapsi tulkitsi vanhemman oireet merkkinä siitä, että tämä hylkäsi hänet. Joka puolestaan lisäsi lapsen katkeruutta ja vihaa, kyseistä vanhempaa kohtaan. Myös vanhempi voi tulkita lapsensa käyttäytymistä väärin. Vanhempi voi ajatella lapsen olevan välinpitämätön, tuntevan negatiivisia tunteita vanhempaa kohtaan tai käyttäytyvän tavalla, joka vaikeuttaa heidän selviytymistään. (Yates & Gatsou 2023, 2752–2756.) Eräs toipuja raportoikin, ettei aluksi puhunut mielenterveyden häiriöstään lainkaan perheelleen, koska tämä sai hänet tuntemaan, niin kuin sitä ei olisi olemassakaan (Hancock ym. 2018, 5).

Joissain perheissä keskustelu itsessään koettiin haastavaksi. Yatesin & Gatsoun (2023, 2749–2750) tutkimuksessa havaitaan, että joissain tapauksissa huonolla kommunikoinnilla oli suora yhteys mielenterveyden häiriöön ja tästä johtuvaan syyllisyyden ja vihan käsittelyyn. Tämä osaltaan liittyi koettuun stigman tunteeseen eli leimaantumiseen. Joissain tapauksissa yleiset kommunikaatiovaikeudet sekä perhekonfliktit koettiin ongelmallisina. Esiin nousi myös toisenlainen näkemys siitä, miksei mielenterveyden häiriöstä puhuta. Tässä puhumattomuus nähtiin vanhemman tekemänä tietoisena valintana. Valinnan taustalla oli usko siitä, että tieto vanhemman sairaudesta vahingoittaisi lasta ja puhumattomuus oli tapa suojella lasta. Tutkimuksen mukaan oli kuitenkin havaittavissa, että lapset olivat useimmiten jokseenkin tietoisia oman vanhempansa tilanteesta. (Mt. 2748–2749)

Useissa tutkimuksissa, joissa kommunikaation merkitys nostettiin esille, painotettiin vielä erityisesti kommunikoinnin ja suhdedynamiikan vastavuoroisuuden tärkeyttä (Pernice-Duca 2010; McGuire ym. 2020; Tsoi ym. 2022). McGuiren ja kumppaneiden (2020, 131) tutkimuksen pohjalta, mahdollisuus suhteen vastavuoroisuuteen koettiin rajalliseksi. Vain yksi toipuja raportoi tarjoavansa tukea perheenjäsenilleen. (mt. 131) Pernice-Ducan (2010, 21) tutkimuksessa taas havaittiin, että koettu vastavuoroisuus on yksi keskeisimmistä tekijöistä toipumisessa. Jos toipuja kokee itsensä tasavertaiseksi perhesuhteissaan, voi tämä vahvistaa hänen oikeudenmukaisuuden tunnettaan, joka vuorostaan voi vahvistaa hänen toipumiskokemustaan. (mt. 22) Toipuja, joka kokee olevansa osa vastavuoroista suhdetta, voi vahvistaa omaa positiivista sosiaalista identiteettiään sekä perhesuhteitaan (Pernice-Duca 2008, 23).

4.2 Kuntoutumisen haasteet ja perheen tuki

Kuntoutumisen haasteita ja perheen tukea käsittelevä tulosluku sisältää tarkastelun stigmasta ja sen vaikutuksesta toipujaan sekä hänen perheeseensä. Lisäksi luku sisältää trauma- ja kriisikokemuksen sekä toipujan kokeman psykologisen stressin perheeltä saadusta tuesta.

Stigma

Vaikka syrjintä ja stigma nähdään melko universaaleina ilmiöinä, tutkimuksessa havaittiin kulttuurillisia erityispiirteitä. Kulttuurilla nähtiin olevan vaikutusta siihen, miten mielenterveysongelmia tunnistettiin ja hoidettiin. Lisäksi sen havaittiin muokkaavan yleistä mielenterveyskäsitystä ja siihen liittyvää stigmaa. Esimerkiksi Taiwanissa syrjinnän ja stigmatisaation nähtiin kohdistuvan toipujan itsensä lisäksi myös heidän perheisiinsä, aiheuttaen näin perheille toissijaista stigmaa. (Wang 2012, 431.) Man (2023, 4) tutkimuksessa haastateltavat puolestaan kertoivat perheenjäsenten puhuvan heistä pahaa, heitä kartettiin, väheksyttiin sekä eristettiin. He kertoivat tunteneensa olonsa yksinäisiksi, rajoitetuiksi, aliarvostetuiksi sekä vihaisiksi. (mt. 4)

Myös Hancock kumppaneineen (2018, 5) raportoi tutkimukseen osallistuneiden kohdanneen stigmaa yhteisössään. Eräs toipuja totesi muuttuneensa epäsosiaaliseksi, suojellakseen muita itseltään. Tällä tavalla hän antoi muiden stigman vahvistaa itsensä kokemia syytöksiä. (Mt. 5) Toinen toipuja puolestaan kertoi tulleensa ystävänsä hylkäämäksi, tämän kuultua hänen mielenterveyden häiriöstään. Hän kuvasi ystävänsä katsoneen häntä, kuin hän sairastaisi ruttoa. (Petersen Schultz ym. 2015, 8.) Kolmas pohti toipujien olevan usein leimattuja yhteiskunnan taholta. Hän kertoi pelänneensä kertoa sairaudestaan kenellekään ja tämän vaikuttaneen koko hänen elämäänsä. Ennen sairaudestaan kertomista, hänellä oli ollut paljon ystäviä, mutta kerrottuaan asiasta, hän totesi menettäneensä heistä useita. Hän yritti ottaa heihin yhteyttä, mutta he eivät halunneet puhua hänelle. (Ma ym. 2023, 5.) McGuire kumppaneineen (2020, 136) ehdotti toipujien avoimuuden ihmissuhteissaan, olevan usein riippuvainen koetusta tarkkailusta ja stigmasta. Toipujien odotus kritiikistä, vaikutti siihen, paljonko he olivat valmiita itsestään paljastamaan. Tämä puolestaan on usein ristiriidassa heidän mielenterveytensä parantamiseksi ottamiensa askelten kanssa. (Mt. 136)

Yates ja Gatsou (2023, 2749–2750) havaitsivat, että osalla tutkimukseen osallistuneista perheistä, puhumattomuus ei ollut tietoinen valinta, vaan he kokivat mielenterveyden häiriöstä puhumisen haastavaksi, koska kokivat häpeää diagnoosistaan tai syyllisyyttä peläten sairauden vaikuttavan perheeseen. McGuire kumppaneineen (2020, 135) puolestaan nosti esiin erään toipujan kokemuksen, jonka mukaan häntä ei nähty ”normaalina”, koska hän sai ammattiapua. Tällaiset kriittiset kommentit, sai toipujat tuntemaan itsensä tuomituiksi ja lopulta ”epänormaaleiksi”. Tämä johti tutkimuksen mukaan osallistujien haluun muuttaa käyttäytymistään vähentääkseen kontaktejaan tai näyttääkseen ”normaalilta”. (Mt. 136) Wangin (2012, 429) tutkimuksessa eräs toipuja koki leimautuvansa muiden kommenteista, vaikka niitä ei kohdistettukaan suoraan häneen. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös muita leimautumisen ja syrjinnän muotoja, kuten vaarallisena pitäminen, ailahtelevaisuus, väkivaltaisuus, tai että muut näkevät mielenterveyspotilaana ja sosiaalisesti eristävät heidät. (mt. 431)

Kriisi- ja traumakokemus

Man ja kumppaneiden (2023, 3) tutkimuksessa jokainen toipuja raportoi kokeneensa skitsofreniasta johtuneen traumakokemuksen, joka sisälsi oireiden aiheuttamaa ahdistusta, voimattomuuden tunnetta sekä stigmaa. Kriisiin liittyvät kivuliaat tunteet, voivat kestää vielä pitkään kriisikokemuksen jälkeenkin. Tällaiset kokemukset viittasivat tutkimuksessa siihen, että monet perheet kokivat traumaattisia reaktioita, jotka vahvistivat tarvetta turvallisiin tiloihin, tunteiden käsittelyä ja hädän purkamista varten. Tällaisia käsiteltäviä tunteita olivat esimerkiksi monimutkainen suru sekä menetyksen tunteet. Menetykset liittyivät identiteetin, tavoitteiden ja unelmien menetykseen, tai perhe- ja sosiaalisten verkostojen menetykseen. Trauma, menetys ja suru muodostivat jatkuvan muutoksen pohjan. Nämä monimutkaisuudet ja vaikeudet olivat kuitenkin perheille normaali osa heidän toipumisprosessiaan. Tutkimuksessa painotettiinkin, että perheet ovat toisistaan keskenään riippuvaisia ja tämän vuoksi heidän kokemiensa stressitekijöiden ja selviytymiskyvyn välillä on monimutkainen vuorovaikutussuhde. (Wyder ym. 2022, 1333–1334.) Vaikuttavina tekijöinä traumasta toipumisessa, nähtiin olevan yhteys muihin sekä yksilön omatoimisuus. Tutkimuksessa useimmiten mainitut yhteydet muihin kytkeytyivät perheenjäseniin. Näiden kahden käsitteen ohjaamana toipujat omaksuivat toimintatapoja, joiden avulla he auttoivat perheitään, ja jonka avulla vahvistettiin perheyhteyttä. (Ma ym. 2023, 10.)

Borg kumppaneineen (2011, 3) tutki toipujien subjektiivisia kokemuksia mielenterveyskriiseistä, heidän omasta näkökulmastaan. Tutkimukseen sisällytettiin myös perheen osallistaminen kriisitilanteessa. Tutkimuksessa kriisikokemukset erosivat monin tavoin toisistaan. Osa kertoi kriisien kehittyneen vähitellen, kun osa puolestaan totesi kriisin syntyneen nopeasti ja varoittamatta. Joillakin kriisit liittyivät lapsuuteen tai perhesuhteisiin. Kriisien konkreettisia vaikutuksia kuvattiin esimerkiksi kyvyttömyytenä nousta sängystä ylös, leimautumiskokemuksena tai paikallisen yhteisön sosiaalisena ulkopuolisuutena. Osa toipujista kertoi kriisin keskellä kokeneensa arjen toiminnot niin vaikeina, että niiden suorittaminen tuntui ylivoimaiselta ja aiheutti lisäkuormitusta. Erityisesti lapsen mukaan ottaminen kriisitilanteeseen koettiin tuskallisena, koska tähän liittyi niin syyllisyyttä kuin häpeääkin.

Kriisistä seurasi myös jotain positiivista. Eräs toipuja esittikin, että hänen kertomuksensa omista tunneperäisistä kokemuksistaan, toimivat hyödyllisinä oppeina myös hänen ystävilleen, heidän kohdatessa omia kriisejä. Hänen mukaansa, nyt he tietävät, miten jatkossa auttavat toinen toisiaan. Vaikeista ajanjaksoista huolimatta toipujat sanoittivat löytäneensä toivoa ja voimaa, viettämällä esimerkiksi aikaa lastensa ja puolisoidensa kanssa, olemalla yksin tai saaden tukea lääkäriltään. Tämän tutkimuksen merkittävin oivallus kuitenkin oli, että kriisi ei kosketa vain sen kokijaa, vaan koko perhettä. (Mt. 4–8)

Psykologinen stressi

Tutkimusartikkelien pohjalta mielenterveyden häiriöistä kärsivien perheet, olivat heistä huolissaan. Huolta herätti esimerkiksi toipujan vointi, ihmissuhteet, tulevaisuus, terveydentila tai lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Tällaisten huolien voitiin nähdä lisäävän toipujan omia pelkotiloja. (Ma ym. 2023, 6.) Osa toipujista olikin huolissaan esimerkiksi sairautensa vaikutuksista heidän perheisiinsä ja pyrkivät välttämään heidän ylikuormittamistaan. Tai pelkäsivät heidän arvostelevan toipujaa itseään. (Rowe 2012; ref. Waller ym. 2019, 253.) Eräs toipuja oli huolissaan omasta pärjäämisestään sitten, kun iäkkäät vanhemmat kuolevat, koska hän oli ymmärtänyt, ettei skitsofreniasta voi koskaan täysin parantua. Muutamat puolestaan kokivat haastetta selviytyä ihmissuhteiden tai työn aiheuttamasta stressistä, jonka vuoksi he jäivät kotiin, tai vähensivät yhteydenpitoa ulkomaailmaan. Toiset taas viihtyivät kotona,

ollessaan omissa oloissaan, mutta jotkut tunsivat kykynsä heikentyneen ja olivatkin tästä huolissaan. (Ma ym. 2023, 5.)

Useampi haastateltu mainitsi kokemuksestaan olla perheelleen taakka tai haluavansa kantaa perheensä taakkaa. (Borg ym. 2011, 6; Ma ym. 2023, 6–7) Erityisesti kiinalaisessa kontekstissa toipujat pitivät itsestään hyvää huolta, helpottaaksensa perheensä taakkaa ja kohdellakseen heitä hyvin. Toipujat kertoivat, että jos he eivät voi hyvin, heidän perheensä kärsii. Ja voidessaan hyvin, he voivat helpottaa perheensä taakkaa. (Ma ym. 2023, 6–7, 10.) Toisinaan toipujat saattoivat surra sairauden aiheuttamia menetyksiä. Tällaisiksi nimettiin unelmat ja tavoitteet, aikaisempi identiteetti sekä sosiaalisten- ja perheverkostojen menetykset (Hancock 2018, 5). Tutkimuksissa havaitut huolenaiheet näyttivät olevan molempien, niin toipujien kuin perheenjäsentenkin taholta, lähes samankaltaisia.

4.3 Perheeltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki sekä hengellisyyden huomioiminen

Tulosluku käsittää alateemat toipujan perheeltä saadusta emotionaalisesta sekä konkreettisesta käytännön tuesta, johon sisällytän myös lääkehoidosta huolehtimisen ja sen onnistumisen. Kolmantena aiheena tässä teemassa käsittelen, miten perheenjäsenet voivat vaikuttaa toipujan hengellisyyteen.

Tutkimusartikkeleissa oli havaittavissa useita erilaisia emotionaalisen sekä konkreettisen tuen tapoja, joiden avulla perheet auttoivat toipujiaan. Osallistujat raportoivat näiden toimineen, joko toipumisen tukemista vahvistavina tai lannistavina tekijöinä. Tähän emotionaaliseen eli tunneperäiseen tukeen, liittyy jälleen vahvasti vuorovaikutus ja suhdedynamiikka. Erityisesti heikolla kommunikoinnilla tai sen puuttumisella kokonaan nähtiin olevan suuri merkitys toipumisen onnistumiselle. En kuitenkaan sisällytä tähän alalukuun perhedynamiikan vuorovaikutuksesta seuranneita tunnekokemuksia, koska näitä asioita olen jo käsitellyt kohdassa ”Perhedynamiikan ja vuorovaikutuksen merkitys toipumiselle” alaluvussa.

Emotionaalinen tuki

Toipumisprosessinsa aikana toipujat olivat riippuvaisia muilta, kuten perheeltä ja ystäviltä saamastaan tuesta (Petersen Schultz ym. 2015, 6). Yleisesti perheen koettiin antavan merkitystä ja tarkoitusta elämälle (Tsoi ym. 2022, 73; Waller ym. 2019, 250). Perheen tarjoamaa merkityksentunnetta sanoitettiin esimerkiksi tavalla, että ilman perhettä, elämä olisi tyhjää. Eräs toipuja kuvasi perhettä elämänsä tarkoituksena toteamalla, ettei tiedä olisiko enää edes elossa ilman heitä. (Waller ym. 2019, 250.)

Toisinaan luottamuksen kehittymisen nähtiin johtavan toipujissa tunteeseen, että he saavat tukea (Ma ym. 2023, 7). Perheen tarjoamaa apua arvotettiin perustelemalla sitä tavalla, jossa johdonmukaisen luottamuksen nähtiin liittyvän olennaisesti turvallisuuden tunteeseen. Eräs toipuja totesikin, tuntevansa olonsa turvalliseksi, juuri tietyn henkilön seurassa. (McGuire ym. 2020, 133.) Toisessa tutkimuksessa toipuja sanoitti olleensa ennen hyvin itsekäs. Hän kertoi nyt ottavansa enemmän vastuuta perheestään ja nyt vanhemmat voivat luottaa häneen. Tämä lisäsi hänen ylpeydentunnettaan. (Ma ym. 2023, 8.) Tutkimuksessa havaittiin myös toisenlaista näkökulmaa. Erään toipujan kohdalla perheeltä saatu luottamuksen puute, puolestaan lisäsi hänen itsenäisyyttään (McGuire ym. 2020, 133). Borgin ja kumppaneiden (2011, 6) tutkimuksen keskusteluissa korostettiin perheenjäseniltä saadun tuen ja hoivan arvoa. Mutta lisäksi toipujat myös ilmaisivat huolensa monimutkaisuudesta, jota vaikeiden tunteiden ja tilanteiden jakaminen perheen kanssa toi mukanaan.

Muita tutkimuksissa esiinnousseita emotionaalisen tuen muotoja oli esimerkiksi, kunnioituksen ja välittämisen osoittaminen sekä yhteenkuuluvuuden tunteen luominen. Erään toipujan mukaan, kunnioitus ja välittäminen antoivat hänelle tunteen, ettei ollut hylätty (Tsoi ym. 2022, 73.) Emotionaalista tukea kuvattiin myös taidolla keventää tunnelmaa ja varmistuksella, että kaikki on hyvin (Waller ym. 2019, 251.) Toisessa tutkimuksessa toipujat kokivat, että heidän perheenjäsenensä välittivät tai kannustivat heitä, sekä vahvistivat heidän tekemiään positiivisia muutoksia (Ma ym. 2023, 5). Läheisyyden tunne muihin ihmisiin nähtiin myönteisenä tekijänä, jonka avulla voitiin edistää toipumista, sekä ehkäistiin psykoottisia ajanjaksoja. Erään haastateltavan mukaan, pelkästään tieto siitä, ettei ole yksin, riitti estämään psykoosikohtauksen. (Petersen Schultz ym. 2015, 6.)

Borgin ja kumppaneiden (2011, 6) tutkimuksessa toipujat arvostivat perheeltä saamansa tukea, joka koostui kunnioittavasta huolenpidosta, sekä raskaiden tunnekokemusten ja tilanteiden jakamisesta. Toisinaan toipujat pelkäsivät näyttävänsä liian tunteellisilta, tai aiheuttavansa muille stressiä. Usein tämä johtui halusta suojella perhettä, tai ettei haluttu altistaa heitä voimakkaille tunteille. Joskus perhe pyrittiin pitämään tilanteen ulkopuolella ja välttämään taakkana oloa. Tätä tapahtui erityisesti silloin, kun perheessä oli lapsia. Esimerkkinä erään toipujan toteamus, jossa hän kertoi vaikeudestaan jakaa tunteitaan, tai kokemuksiaan lapsilleen tai miehelleen. Hän kertoi haasteen johtuvan siitä, ettei usein itsekään ymmärtänyt sitä mitä hänessä tapahtui. (Mt. 6–7)

Usein emotionaaliseen tukeen eli tunteeseen saadusta tuesta tai sen saamatta jäämisestä, vaikutti vahvasti kommunikointi, tai oikeastaan, juuri kommunikoinnin puute. Tästä hyvänä esimerkkinä mainittakoon erään äidin kertomus, jossa hän totesi jättäneensä yksinkertaisesti puhumatta miehelleen, koska koki asian näin helpommaksi. Mies jatkoi elämäänsä, kuten ennen, koska ei tiennyt miten olisi puolisoaan auttanut. Äiti kun ei halunnut poistua kotoaan, tai nähdä ketään. Hän yritti selviytyä arjen askareista sekä lasten hoidosta, mutta tunsi itsensä eristetyksi ja huomiotta jätetyksi. (Yates & Gatsou 2023, 2752–2753.)

Konkreettinen käytännön tuki

Useassa tutkimusartikkelissa toipujat kertoivat emotionaalisen tuen lisäksi, saamastaan konkreettisesta käytännön tuesta. Konkreettisia tuen muotoja olivat esimerkiksi taloudellinen tuki (Hancock ym. 2018, 7; Waller ym. 2019, 251, 252; Ma ym. 2023, 6, 8), kotitöissä avustamisen eri muodot, kuten ruuanlaitto (Waller ym. 2019, 251), kaupassa tai ostoksilla käynti (Wang 2012, 427; Waller ym. 2019, 251), nurmikon leikkaus (Pernice-Duca 2010, 24) yms. Tärkeäksi tukimuodoksi raportoitiin myös tarjottu lastenhoitoapu, jonka avulla esimerkiksi isovanhemmat tukivat toipujan vanhemmuutta (Pernice-Duca 2010, 24; Waller ym. 2019, 251; Tsoi ym. 2022, 73). Perheenjäsenet auttoivat myös asumisasioissa, kuten asunnon hankkimisessa (Waller ym. 2019, 251) ja osa toipujista asuikin yhdessä perheensä kanssa (Pernice-Duca 2010, 16, 18, 21; Borg ym. 2011, 6; Wang 2012, 426; Hancock ym. 2018, 5, 7; Ma ym. 2023, 3, 5). Tutkimuksissa raportoitiin myös muita sosiaalisen tuen muotoja, kuten esimerkiksi kyläily (Waller ym. 2019, 251; Tsoi ym. 2022, 74), kortinpeluu (Ma ym. 2023, 8) tai television ja elokuvien katsominen (McGuire 2020, 131).

Tutkimuksen mukaan, toipuminen koettiin vaikeaksi ilman perheeltä saatua tukea. Perhe tarjosi toipujille erityisesti konkreettista käytännön apua sekä elämäntarkoitusta (Waller ym. 2019, 252). Osa toipujista oli kuitenkin kohdannut negatiivisia perhekokemuksia. Pernice-Duca (2010, 14) lainasi artikkelissaan Greenin ja kumppaneiden (2002) tutkimusta, jossa osallistujat kertoivat kaksijakoisista tunteistaan perheitään kohtaan, pyrkiessään itsenäistymään. Mutta olivat samaan aikaan riippuvaisia perheiltään saamastaan taloudellisesta tuesta ja käytännön avusta, joka kuitenkin aiheutti lisästressiä heille. (mt. 14)

Perheen tuki lääkehoidon toteuttamisessa

Perheen tuen vaikutus lääkehoidon onnistumisen osalta oli myös ilmeinen. Perheenjäsenet esimerkiksi muistuttivat toipujaa lääkkeen otossa, auttoivat reseptin hankinnassa tai hakivat lääkkeitä apteekista (Ma ym. 2023, 6, 9; McGuire ym. 2020, 131). Jotkut puolestaan tukivat toipujaa, saattamalla tämän vastaanotolle. Eräs toipuja totesi olleensa positiivinen ja yhteistyöhaluinen hoitonsa suhteen. Hoidon alkupuolella, isä oli aluksi saattanut häntä lääkärikäynneille. Vähitellen, hän alkoi käymään lääkärikäynneillään itsenäisesti. Edellä kuvattu perheenjäseniltä saatu lempeä tuki, todennäköisesti auttoi toipujaa hyväksymään lääkityksensä paremmin. (Ma ym. 2023, 6, 9.) Tutkimuksessa havaittiin myös, että enemmän autonomiaa omaavilla, tai kotona asuvilla toipujilla, lääkkeiden ottaminen oli tietoisempi päätös. Vaikkakin perhe saattoi auttaa ja muistutella lääkityksen hallinnassa. (Wang 2012, 426.)

Toisinaan lääkehoito aiheutti jännitteitä perheenjäsenten välillä. Tutkimuksen mukaan näin tapahtui esimerkiksi silloin, kun lääkkeenotosta tehtiin pakollinen asia. Joitain toipujia muistuteltiin jatkuvasti lääkkeistään, koska lääkkeiden ottamatta jättäminen yhdistettiin suoraan sairauden puhkeamiseen. Joillekin lääkkeitä pakkosyötettiin, tämän aiheuttaen toipujissa katkeruutta, vihaa sekä tyytymättömyyttä. Tutkimuksessa nousi esiin myös havainto siitä, että perhe, joka oli huolissan lääkkeistä aiheutuvista sivuvaikutuksista, kehotti toipujaa tämän vuoksi lopettamaan lääkkeidensä käytön. (Ma ym. 2023, 6, 9.)

Hengellisyys

Tsoi kumppaneineen (2021, 72) tutki Hongkongissa kiinalaisten toipujien näkemyksiä siitä, millaiset vahvuudet tukivat heidän toipumistaan vakavasta mielenterveyden häiriöstä.

Tulokset korostivat kolmea vahvuusaluetta: sosiaalista tukea, hengellistä/uskonnollista tukea sekä vapaa-ajan aktiviteetteja. Hengellisten ja uskonnollisten vahvuuksien lisäksi osallistujat painottivat uskonnollisia toimintoja, jotka tukivat näiden ominaisuuksien kehittymistä sekä tarjosivat sosiaalista tukea. Osallistujien näkemysten mukaan vahvuudet sisälsivät sekä itsetietoisuuden kehittämisen että perheen positiivisten puolien hyödyntämisen. (Mt. 76)

Myös toinen hengellisyyttä käsittelevä tutkimus oli toteutettu Kiinassa, jossa eletään erityisen perhekeskeisessä kulttuurissa. Tämän tutkimuksen toistuvana teemana toimi sisäisen rauhan tavoittelu. Harmonisella suhteella perheenjäseniin nähtiin olevan tärkeä asema yksilön hengelliselle hyvinvoinnille. Tämä näkyi erityisesti heidän kohdallaan, jotka arvostivat kungfutselaisia arvoja. Yhdeksi hengellisyyden tärkeimmäksi osa-alueeksi perheen huoltajat nimesivät elämän tarkoituksen sekä arvot, mutta toipujista kukaan ei ottanut tätä asiaa esille. Tutkijoiden mukaan tämä ehkä viittasi siihen, että ”elämän tarkoitus” ei ollut toipujien ensisijaisena huolenaiheena, tutkimusta tehtäessä. (Chan & Ho 2017, 35–38.)

Koetut hengelliset ristiriidat perheenjäsenten välillä, johtuivat usein eroista heidän uskomusjärjestelmissään. Usein perheenjäsenet olettivat, että toipuja jakaisi heidän kanssaan saman näkökulman. Tämän seurauksena, he sivuuttivat toipujan ainutlaatuisen ja yksilöllisen hengellisen tarpeen. Tutkimuksen mukaan, tämä yleensä kuitenkin tapahtui heidän tiedostamattaan. Toipujat puolestaan olivat usein tietoisia tästä erosta, mutta asettivat tällaisessa tilanteessa omat tarpeensa alisteiseen asemaan. Tutkimuksen mukaan, piilevät hengelliset ristiriidat voivat häiritä perheen harmoniaa ja johtaa perheen tuen menetykseen. Jotkut toipujista mukautuivat perheensä hengelliseen näkökulmaan, vain välttääkseen konfliktitilanteen. Tutkimuksen mukaan tällainen mukautuminen kuitenkin aiheutti toipujalle psykologista stressiä, joka vuorostaan hidasti hänen toipumistaan. Eräs huoltaja korostikin hengellisyyden keskinäisen ymmärtämisen ja kunnioittamisen tärkeyttä toipumiselle. (Chan & Ho 2017, 41,43.)

4.4 Palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana

Viimeinen tulosluku ”Palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana” koostuu alateemoista ammattilaisten tuki toipujalle sekä perhekeskeinen toipumismalli.

Petersen Schultzin ja kumppaneiden (2015) sekä Wallerin ja kumppaneiden (2019) tutkimusten avulla aion linkittää tähän tutkielmaani myös palveluntuottajien eli sosiaalialan ammattilaisten merkityksen osana toipujan tai perheen toipumisprosessin tukemista. Tämän teeman näkökulma perustuu tutkimusartikkeleista esiin nousseista, joko toipujan tai hänen perheenjäsenensä kertomuksesta tai toiveesta, miten ammattilaiset voisivat auttaa perhettä tukemaan toipujaa tämän kuntoutumisprosessin aikana.

Ammattilaisten tuki toipujalle

Kahdessa tutkimuksessa mainittiin suoraan, että osa toipujista kuvasi palveluntuottajien henkilökunnan olevan heille ”kuin perheenjäseniä” tai näkivät heidät ystävinään (Petersen Schultz ym. 2015, 6, 9; Waller ym. 2019, 250). Erityisesti asumisyksikön henkilökunnan suhteita toipujiin kuvattiin adjektiiveilla mukava, läheinen sekä turvallinen. Heidän roolinsa oli motivoida ja tukea asukkaita toipumaan. Läheiseksi suhde koettiin esimerkiksi silloin, kun oli tunnettu pitkään ja asumisyksikkö koettiin kotina. Erityisesti keskustelut henkilökunnan kanssa koettiin tärkeiksi, kuten myös tunteisiin saatu palaute, sosiaalisiin tilanteisiin saadut neuvot tai apu konfliktien ratkaisuissa.

Muunkinlaisia kokemuksia havaittiin tutkimuksessa. Osa toipujista kuitenkin kuvasi henkilökunnan ja muiden toipujien läsnäolon rasitteeksi tai kokivat olevansa jatkuvan tarkkailun alaisena. Toisinaan toipujat kokivat olevansa riippuvaisia henkilökunnalta saamastaan avusta ja tuesta. Useat toipujat painottivatkin ystävien ja perheen kanssa seurustelun sekä palveluiden ulkopuolisiin sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistumisen tärkeiksi asioiksi, mutta totesivat silti osallistuvansa harvoin tällaisiin toimintoihin. Samainen tutkimus osoitti, että sosiaalisilla suhteilla on vaikutusta toipumiseen ja henkilökunnan tehtävänä on tukea toipujaa tässä prosessissa. (Petersen Schultz ym. 2015, 6–9.)

Perhekeskeinen toipumismalli

Muita tutkimuksista löytyneitä tapoja, joiden avulla sosiaalialan ammattilaiset voisivat tukea ja auttaa perheitä heidän yhteisellä toipumismatkallaan, oli esimerkiksi perheiden ottaminen mukaan osaksi koko toipumisprosessia, heti alkusuunnittelusta lähtien (Waller ym. 2019, 252). Perheenjäsenet voivat tarjota arvokasta lisätietoa ammattilaisten laatiessa arviointi- ja

jatkohoitosuunnitelmia (Pernice-Duca 2010, 23). Toipujat esittivät toiveen, että erityisesti sairaalasta kotiuttamisvaiheessa pitäisi informoida perheenjäsentä, esimerkiksi lääkitykseen liittyvissä asioissa, pahojen sivuvaikutusoireiden varalta (Waller ym. 2019, 252). Useammassa tutkimuksessa toivottiin ammattilaisten jakavan perheenjäsenille tietoa sekä koulutusta sairaudesta, kuten sen oireista ja hoitomuodoista (Pernice-Duca 2010, 23; Maybery ym. 2015, 362; Yates & Gatsou 2023, 2751). Ammattilaisilta toivottiin myös apua auttamaan toipujia ymmärtämään paremmin heidän perheitään. Esimerkiksi heidän käyttäytymisensä tulkitsemisessa. Tai antamalla neuvoja, miten ottaa puheeksi tai keskustella perheen kanssa heidän sairaudestaan. Erityisesti apua kaivattiin siinä, miten lapsille kerrotaan sairaudesta ikävaihe huomioiden. (Waller ym. 2019, 251.) Toinen lapset huomioon ottava havainto painotti, että erityisesti lapsille tulisi kertoa vanhempien mielenterveyden häiriöihin liittyvien oireiden lisäksi myös käyttäytymisessä tapahtuvista muutoksista (Yates & Gatsou 2023, 2751). Toipujat myös painottivat kuinka tärkeää henkilökunnan olisi kuunnella perheen näkemyksiä toipujan tilasta, koska esimerkiksi vastaanottokäynnillä nähdään vain pieni osa toipujan tilasta (Waller ym. 2019, 251–252).

Tutkimuksessa toivottiin ammattilaisten ottavan perheenjäsenet aktiivisemmin mukaan toipujan kuntoutumisprosessiin (Waller 2019, 250, 252). Perheen mukaan ottamisen ja yhteistyötapojen opettamisen avulla, nähdään voitavan nopeuttaa toipumista (Pernice-Duca 2010, 23). Ammattilaisilta kaivataan myös vahvempaa ymmärrystä toipujan subjektiivista kriisikokemusta kohtaan (Borg ym. 2011, 8). Sekä vanhemmuuden roolin tunnistamista ja tukemista, koska tämän avulla voidaan tarjota toivoa, itsemääräämisoikeutta, toimijuutta sekä merkityksen tunnetta toipujalle (Maybery ym. 2015, 360–361).

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkielmani tarkoituksena oli tuoda kirjallisuuskatsauksen avulla esiin yleiskuva siitä, millaista tukea toipumisorientaatio -viitekehyksen mukaisen mielenterveyskuntoutuksen toipuja on perheenjäseniltään saanut, ja millaisena he ovat saamansa tuen kokeneet, tai mitä tuen saamatta jääminen on merkinnyt toipujalle ja hänen toipumiselleen. Lisäksi tarkastelin, millaisilla muilla kuntoutusprosessiin liittyvillä tekijöillä nähtiin olevan merkitystä toipumiselle. Tulokset jakautuivat neljään pääluokkaan: perhedynamiikan ja viestinnän merkitys toipumiselle, kuntoutumisen haasteet ja perheen tuki, perheeltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen käytännön tuki sekä hengellisyyden huomioiminen sekä palvelujärjestelmä perheen tuen mahdollistajana. Tämän tutkielman tulosten perusteella voidaan todeta, että perheen tuella nähdään olevan suuri merkitys mielenterveyskuntoutujan toipumisprosessissa. Artikkeleista nousi esiin useita tapoja, miten perhe voi auttaa ja osallistua perheenjäsenensä toipumiseen. Tulosten perusteella perheeltä saadun tuen nähdään joko vahvistavan toipumisprosessia tai toisaalta haittaavan, hidastavan tai pahimmillaan jopa estävän koko toipumisprosessin (Chan & Ho 2017, 43; Hancock ym. 2018, 9; Waller ym. 2019, 253; Wyder ym. 2022, 1333). Tutkimus myös osoittaa, että perheellä nähdään olevan rooli toipujan yksilöllisen toipumisprosessin tukemisessa. Samalla kuitenkin tiedostetaan, että jokaisella perheenjäsenellä on myös oma henkilökohtainen toipumismatka kuljettavanaan. (Wyder ym. 2022, 1334.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että perheeltä, ystäviltä, vertaisilta sekä palveluiden tuottajilta saatua tukea pidettiin tärkeänä (esim. Hancock ym. 2018, 9). Toipujat olivat erittäin riippuvaisia sosiaalisista verkostoistaan ja toipumisen nähtiin tapahtuvan toipujaa tukevissa suhdeverkostoissa, ei näistä irrallaan (Pernice-Duca 2010, 22). Tuloksissa sosiaalisen tuen nähtiin liittyvän myönteisiin toipumiskokemuksiin, kuten yksinäisyyden vähenemiseen tai turvallisuuden tunteeseen (McGuire ym. 2020, 131, 137). Tätä tulosta selvästi tukee, jo 1970–luvulta peräisin oleva Cobbin (1972) sosiaalisen tuen määritelmä. Määritelmä sisältää ajatuksen, että henkilö, joka kokee olevansa osa sosiaalista verkostoa, tuntee itsensä arvostetuksi ja rakastetuksi. Tätä näkemystä puoltaa myös Ringbomin ja Jurvansuun (2019) tutkimus, jossa tarkasteltiin omaisten kuvauksia tunteistaan läheistään kohtaan. Tämän

kotimaisen tutkimuksenkin mukaan loppujen lopuksi omaisen päällimmäisin tunne läheistään kohtaan oli rakkaus ja välittäminen. (mt. 4)

Tutkimusartikkeleiden perusteella, keskeiset tekijät onnistuneelle perheen tuen kokemukselle olivat hyvä, onnistunut ja vastavuoroinen kommunikointi. Tämän nähtiin vaikuttavan vahvasti myös perheenjäsenten väliseen sisäiseen suhdedynamiikkaan sekä heidän välillään vallitseviin rooleihin. Selkeitä perherooleja pidettiinkin tärkeänä tekijänä. Erityisesti vanhemman roolia pidettiin vahvana ja sen koettiin antavan merkitystä elämälle (Waller ym. 2019, 250).

Ristiriitoja aiheutti esimerkiksi epäselvyydet perheen sisäisissä rooleissa tai päätöksenteossa. Ristiriitaisia tunteita herätti myös vanhemman rooli, joka ajatellaan tukijana, eikä niinkään tuen vastaanottajana. (esim. Hancock ym. 2018, 6; McGuire ym. 2020, 134.) Usein toipujat taistelivat erottaakseen hoitajan roolin perhe- ja ystävyyssuhteistaan tai opettelivat päästämään irti haitallisiksi koetuista ihmissuhteista (Hancock ym. 2018, 6–7). Lisäksi ristiriidat hengellisissä asioissa, häiritsi perheen harmoniaa ja johti perheen tuen menetykseen (Chan & Ho 2017, 43). Osa toipujista koki perhe- ja tukihenkilösuhteiden roolit hallitsevina ja joiden sairaskeskeisyys, sekä muilta koettu stigma, johtivat usein sairaan roolin normalisoitumiseen (McGuire ym. 2020, 135, 137).

Kriisistä selviytyminen, nähtiin mahdollisuutena ymmärtää sen merkityksiä sekä ottaa tästä oppia. Tulokset kuitenkin osoittivat, että kriisitilanteiden ja näiden vaikutusten ymmärtämisen merkitystä toipujalle ja hänen perheelleen, aliarvioidaan edelleen usein. (Borg ym. 2011, 7–8.) Tämä selvästi korostaa kriisi- ja traumatiedon opettamisen sekä tiedonjakamisen lisäämisen tärkeyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.

Tulosten mukaan usea toipuja oli kokenut stigmaa yhteisössään. Stigmakokemus ja tätä seuranneet negatiiviset tunteet heikensivät toipujien kokemusta normaalina olosta, ja tämän vuoksi moni eristäytyikin yhteisöstään (esim. Ma ym. 2023, 5; McGuire 2020, 136). Myös Youngin ja Ensingin (1999, 227) tutkimus osoitti uusien tuttavuuksien luomisen vaikeutuneen stigmakokemuksesta aiheutuneen huonontuneen itsetunnon vuoksi. Koska stigma ja kriisikokemuksen tiedetään koskettavan toipujan lisäksi koko perhettä, tulisi esimerkiksi

stigman vähentämiseen liittyvää työtä lisätä niin mielenterveyskuntoutujien kuin heidän omaistensakin hyvinvoinnin vuoksi (Ringbom & Jurvansuu 2019, 12).

Kommunikointihalukkuuden nähtiin parantavan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta sekä vahvistavan perhesiteitä (Ma ym. 2023, 10). Tulosten mukaan toipujat, jotka kokivat elävänsä tasavertaisessa perhesuhteessa, hyödynsivät todennäköisemmin perheenjäseniään tarvittaessa tukilähteenään tai hallitessaan mielenterveyden häiriöönsä liittyviä vaikeuksia (Pernice-Duca 2010, 22). Toisaalta taas epäonnistunut kommunikointi ja suhdedynamiikka, kuten perheeltä saatu syyttely ja syrjintä, aikaansaivat toipujassa negatiivisia tunteita sekä aiheutti masentuneisuutta ja vetäytymistä (Ma ym. 2023, 10). Epäjohdonmukainen kommunikointi heijastui toipujan emootioihin, saaden hänet tekemään vääränlaisia johtopäätöksiä. Tämä vuorostaan vaikutti perheen sisäisten roolien suhdedynamiikkaan (McGuire ym. 2020, 137). Toisinaan toipujat kokivat vaikeiden tunteiden jakamisen perheenjäsenilleen haastavaksi, joka puolestaan monimutkaisti vuorovaikutustilanteita (Borg ym. 2011, 6).

Tulokset osoittivat, että puhumattomuus oli toisinaan täysin tiedostettua. Erityisesti toipujat, joilla oli lapsia, jättivät kertomatta asioistaan ajatellen näin suojelevansa lapsiaan. (Yates & Gatsou 2023, 6.) Tutkimusartikkeleiden pohjalta nousseet kommunikaation puute ja sen seuraukset, heijastuivat lähes jokaiseen pääteemaan ja teemat limittyivätkin usein toisiinsa. Tulosten mukaan perheen sisäistä kommunikointia parantamalla voitaisiin tukea, niin yksilön, kuin koko perheenkin hyvinvointia. Lisäksi heitä voitaisiin auttaa paremmin ymmärtämään toistensa kokemuksia, jolloin perheeseen kohdistuvat paineet helpottuisivat. (Yates & Gatsou 2023, 2756, 2759.)

Toipuminen koettiin vaikeaksi, ilman perheeltä saatua tukea. Esimerkiksi arkipäiväsistä askareista suoriutumista pidettiin toisinaan lähes mahdottomana asiana. (Borg ym. 2011, 5–6.) Perheeltä saatu konkreettinen käytännön tuki koettiin tärkeäksi. Tämä myös lisäsi toipujan merkityksellisyyden kokemusta. (Waller ym. 2019, 252.) Tällaista suhdekeskeistä lähestymistapaa tulisi korostaa enemmän myös mielenterveyspalveluissa, jossa toipujan lisäksi huomioitaisiin hänen lähisuhteensa, erityisesti perheeseen kuuluvat lapset (Hancock ym. 2018, 9). Lasten huomioimisen tärkeyttä korostaa tehty aikaisempi tutkimus, jonka

mukaan vanhemman mielenterveyssairaus tunnistetaan riskitekijäksi lapsen mielenterveyden häiriölle (Niemi ym. 2022, 6). Näin ollen perheen voinnin seurantaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Erityisesti lasten oireiden varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta apua saataisiin nopeasti, voitaisiin välttää suuremmat vaikeudet, kuten huono-osaisuuden kierre (Niemi ym. 2022, 7).

Mielenterveyden häiriöistä johtuvat haasteet ovat usein melko universaaleja, mutta kulttuurillisiakin eroja ja erityispiirteitä löytyi. Itämaiselle kulttuurille ominaista oli identiteetin, roolin ja toipumisen tavoitteen hahmottaminen ensisijaisesti perhesuhteiden kautta, kun länsimaisessa kulttuurissa puolestaan korostui yksilökeskeisyys. Esimerkiksi joidenkin toipujien kohdalla käännekohtana toipumisajatuksessa toimi halu ottaa vastuu perheestään. Toisaalta tulosten mukaan tällainen kulttuurillinen perhekeskeisyys saattoi haitata kodin ulkopuolisen avun saantia. Itämaisessa kulttuurissa voitiin havaita myös vahvempaa uskonnollisen/hengellisen tuen perhekeskeisyyttä osana sosiaalista kontekstia, länsimaiseen kulttuuriin verrattuna. (Ma ym. 2023, 9–10.) Erityisesti itämaisessa kontekstissa perheen sisäiset roolit poikina/tyttärinä sekä vanhempina voivat toimia suojatekijöinä mielenterveyden häiriöitä vastaan (Tsoi ym. 2022, 75). Kulttuurille ominaisesti, perhe toimi usein myös päätöksen tekijänä sairaalahoitoon lähdöstä, toipujan itsensä puolesta. Samalla se hyväksyi roolinsa sairaalajakson jälkeisestä hoidosta. (Wang 2012, 431.)

Tuloksista voitiin havaita, että myös sosiaalialan ammattilaisia pidettiin tärkeänä osana toipumisprosessia. Osa toipujista jopa nimesi sosiaalialan ammattilaisen tai asumisyksikön ammattilaisen osaksi perheettään (Petersen Schultz ym. 2015, 6, 9; Waller ym. 2019, 250). Tämän mukaan voidaan vahvistaa jo teoriaosuudessa esiinnoussutta näkökulmaa perheen määritelmän subjektiivisuudesta. Näin ollen ammattilaisten näkökulmasta katsottuna, haasteeksi saattaakin muodostua perhe käsitteen määrittäminen, joka on subjektiivinen, mutta myös kontekstisidonnainen (Pernice-Duca 2010, 18; Waller 2019, 250, 254). Ammattilaisen vertaamista perheenjäseneksi, muodostaa myös riskin. Sen avulla saatetaan ylläpitää riippuvuutta palveluntarjoajiin, sen sijaan, että toipujat ryhtyisivät muodostamaan uusia suhteita yhteisöönsä (Petersen Schultz ym. 2012, 9).

Ammattilaisilta toivottiin enemmän perheen aktiivisempaa mukaan ottamista, osaksi hoitoa tai tukipalveluprosessia (Waller ym. 2019, 254). Sosiaalialan ammattilaisten tulisi jatkuvasti kartoittaa uusia tapoja, joilla perheitä voitaisiin osallistaa enemmän. Perheiden mukaan ottaminen vaatii sosiaalialan ammattilaisilta erityistä herkkyyttä aistia perheenjäsenten välistä suhdedynamiikkaa. Ammattilaisen tulee pystyä havaitsemaan milloin perhe voi toimia tukena ja milloin sen mukaan ottaminen voi olla riski tai haitata prosessia. Kysymys kuuluu, miten jatkuvasti digitalisoituvat palvelut pystyvät huomioimaan suhdedynamiikkaa tai vuorovaikutusta?

Pääosin päihde- ja mielenterveys palveluissa käytettävää toipumisorientaatio -viitekehystä on tutkittu meillä Suomessa vielä melko vähän. CHIME-malli (yhteys, toivo ja optimismi, identiteetti, tarkoitus ja merkitys sekä voimaantuminen) kuulostaa toimivalta työmenetelmältä, joka huomioi toipujan mielestäni melko kokonaisvaltaisesti. Jatkossa olisikin hyvä tutkia, voisiko tätä mallia käyttää myös esimerkiksi somaattisista sairauksista toipuvien hoidon/kuntoutuksen tukena. Lisäksi tutkimusta voisi tehdä siitä, miten eri hyvinvointialueet toteuttavat toipumisorientaatio -viitekehystä omassa toiminnassaan ja onko alueiden välillä havaittavissa samankaltaisuutta tai eroja.

Koko tutkimusprosessini ajan olen pyrkinyt noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2024) mukaisia hyvän tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Aloitus olikin hankalaa ja sopivan aineiston löytäminen haastavaa. Niin tutkimusartikkelit kuin tutkimuskysymyksenikin vaihtuivat useaan otteeseen tutkimusta tehdessäni. Tässä näyttäytyy selkeästi tutkimuksen aktiivinen ja syklinen luonne, kuten Kalliokin (2006, 23–24) review-tutkimuksen etenemistä luonnehtii. Luotettavuuteen, rehellisyyteen, läpinäkyvyyteen sekä avoimuuteen olen pyrkinyt työni kaikissa vaiheissa (TENK 2024). Olen esimerkiksi pyrkinyt raportoimaan ja argumentoimaan käyttämäni lähteet oikeaoppisesti (Tuomi & Sara-järvi 2024, 151). Eettisyys on yksi osa tutkimuksen laatua, ja tähän olen pyrkinyt vastaamaan laatimalla huolellisen ja harkitun tutkimussuunnitelman. Lisäksi olen yrittänyt raportoida tulokset mahdollisimman puolueettomasti ja tarkasti, kuitenkin säilyttämällä niiden alkuperäisen sisällön mahdollisimman hyvin. Uskon tutkimuksen olevan toistettavissa ja tulosten olevan lähes saman suuntaisia.

Tutkimuksen tulosten luotettavuutta voidaan arvioida vertaamalla sitä tehtyyn aikaisempaan tutkimukseen ja näiden vastaavuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2024, 25, 182). Tutkimukseni tuloksista on löydettävissä yhtäläisyyksiä teoreettisen viitekehyksen kanssa. Lisäksi olen pyrkinyt huomioimaan tutkimuksessani myös sen kansainvälisen ja monikulttuurisen luonteen, ottamalla mukaan aineistoa useista eri maanosista. Valitettavasti en kuitenkaan löytänyt yhtään suomalaista tai afrikkalaista tutkimusta, jotka olisivat vastanneet suoraan tutkimuskysymykseeni. Tiedostan, että artikkeleiden valinnassa olen käyttänyt omaa harkintaani, mutta samalla pyrkinyt kriittisesti arvioimaan tutkimusartikkelien käytettävyyttä tutkielmassani.

LÄHTEET

Anthony, William A. (1993) “Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s.” Psychosocial Rehabilitation Journal 16(4), 11–23. doi:10.1037/h0095655. Viitattu 5.11.2024

Autti-Rämö, Ilona & Mikkelsson, Marja & Lappalainen, Tiina (2022) Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Ilona Autti-Rämö, Susanna Melkas, Marketta Rajavaara, Anna-Liisa Salminen, Anna-Mari Aalto, & Olli Seppälä (toim.) Kuntoutuminen. ([2., uudistettu painos].) Helsinki: Kustannus Duodecim 53–72.

Cobb, Sidney (1976) Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine 38(5), 300-314. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfta&NEWS=N&AN=00006842-197609000-00003. Viitattu 5.11.2024

Cohen, Sheldon & Wills, Thomas Ashby & House, Betty (1985) “Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis.” Psychological Bulletin 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310. Viitattu 27.11.2024

Corrigan, Patrick & Phelan, Sean (2004) Social support and recovery in people with serious mental illnesses. Community Mental Health Journal 40(6), 513–523. doi:https://doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5 Viitattu 5.11.2024

Deegan, Patricia (1988) “Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation.” *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4), 11–19. doi:10.1037/h0099565. Viitattu 30.9.2024

Froland, Charles & Brodsky, Gerry & Olson, Madeline & Stewart, Linda (1979) Social support and social adjustment: Implications for mental health professionals. Community Mental Health Journal 15(2), 82–93. https://doi.org/10.1007/BF00757330 Viitattu 3.3.2025

Green, Gill & Hayes, Catherine & Dickinson, David & Whittaker, Andy & Gilheany, Barry (2002) “The Role and Impact of Social Relationships upon Well-Being Reported by Mental Health Service Users: A Qualitative Study.” Journal of Mental Health 11(5), 565–579.

Juntunen, Kristiina & Tuomisto, Sonja (2022) Omaisten ja läheisten ihmisten merkitys kuntoutumisen tukena. Ilona Autti-Rämö, Susanna Melkas, Marketta Rajavaara, Anna-Liisa Salminen, Anna-Mari Aalto, & Olli Seppälä (toim.) Kuntoutuminen. ([2., uudistettu painos].) Helsinki: Kustannus Duodecim. 489–496.

Juvonen-Posti, Pirjo & Lamminpää, Anne & Rajavaara, Marketta & Tötterman, Patrik (2022) Ilona Autti-Rämö, Susanna Melkas, Marketta Rajavaara, Anna-Liisa Salminen, Anna-Mari Aalto, & Olli Seppälä (toim.) Kuntoutuminen. ([2., uudistettu painos].) Helsinki: Kustannus Duodecim. 168–188.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011). Kuntoutuksen Perusteet: Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki.

Kallio, Tomi J. 2006. Laadullinen review -tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. Hallinnon tutkimus 25(2), 18–28. https://moodle.tuni.fi/pluginfile.php/4577020/mod_resource/content/1/laadulli.pdf Viitattu 18.1.2025

Kela (2024) Tiedote: Mielenterveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspoissaololle vuonna 2023. https://www.kela.fi/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023 Viitattu 30.9.2024

Kumpusalo, Esko (1991) Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus.

Leamy, Mary & Bird, Victoria & Le Boutillier, Clair & Williams, Julie & Slade, Mike (2011) “Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis.” British Journal of Psychiatry 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733. Viitattu 2.11.2024

Lindh, Jari & Hautala, Sanna (2022) Sosiaalinen kuntoutus monialaisena käsitteenä ja käytäntönä. Ilona Autti-Rämö, Susanna Melkas, Marketta Rajavaara, Anna-Liisa Salminen, Anna-Mari Aalto, & Olli Seppälä (toim.) Kuntoutuminen. ([2., uudistettu painos].) Helsinki: Kustannus Duodecim. 231–238.

Lloyd, Chris & Waghorn, Geoff & Williams, Phili Lee (2008) “Conceptualising Recovery in Mental Health Rehabilitation.” The British Journal of Occupational Therapy 71(8), 321–328. doi:10.1177/030802260807100804. Viitattu 24.11.2024

Martelin, Tuija & Nieminen, Tarja & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Tiikkainen, Pirjo (2018) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi, & Seppo Koskinen (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 4. 123–128. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 22.2.2025

Martin, Marjatta (2021) Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen lähtökohdat. Kirjallinen tiedoksianto 7.9.2021. Viitattu 30.9.2024

Mielenterveyden häiriöitä (2022) Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313 Viitattu 25.11.2024

Mielenterveyshäiriöt (2023) THL. https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot Viitattu 25.11.2024

Niemi, Ripsa & Vaalavuo, Maria & Suvisaari, Jaana (2022) Sosioekonomiset erot mielenterveyden häiriöissä ilmenevät jo elämänkulun alussa lapsilla ja nuorilla. THL. Suomen sosiaalinen tila. Tutkimuksesta tiiviisti 38, 1–8. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/145156/URN_ISBN_978-952-343-923-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 27.2.2025

Nordling, Esa (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. https://www.duodecimlehti.fi/duo14435 Viitattu 30.9.2024

Nordling, Esa (2022) Tie toipumisorientaatioon. Teoksessa Marjatta Martin, Marjatta & Kari, Soronen (toim.) Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8, 13–28. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/65063/Martin_Marjatta-Soronen_Kari.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 30.9.2024

Nordling, Esa & Martin, Marjatta (2022) Johtopäätökset ja suositukset. Teoksessa Martin, Marjatta & Soronen, Kari. Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8, 174–179. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/65063/Martin_Marjatta-Soronen_Kari.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 2.10.2024

OECD (2023) Suomi: Maan terveysprofiili 2023. https://www.oecd.org/fi/publications/suomi-maan-terveysprofiili-2023_dcbda54d-fi.html Viitattu 24.11.2024

Ringbom, Heli & Jurvansuu, Sari (2019) Rakkautta, vihaa, pelkoa ja toivoa - mielenterveys- ja päihdeomaisten tunteet läheistään kohtaan. Helsinki. A-klinikkasäätiö. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 7, 1–15. https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/tutkittua/tietopuu_katsauksia_7_2019_mielenterveys-ja_paihdeomaisten_tunteet_laheistaan_kohtaan.pdf Viitattu 1.3.2025

Rowe, Jane (2012) Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 19(1), 70–82. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. https://finlex.fi/fi/laki/smur/2014/20141301 Viitattu 15.2.2025

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) Kuntoutus. https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus Viitattu 25.11.2024

Spaniol, LeRoy & Zipple, Anthony & Lockwood, Doris (1992) “The Role of the Family in Psychiatric Rehabilitation.” Schizophrenia Bulletin 18(3), 341–348. doi:10.1093/schbul/18.3.341. Viitattu 15.2.2025

Tamminen, Nina & Solin, Pia (2022) Mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Outi Linnaranta, Teija Strand, Jaana Suvisaari, Timo Partonen, & Pia Solin (toim.) Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. 12–16. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 15.2.2025

Taskutilasto (2024) Kela. https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/e08ce878-27ba-4973-bce1-fdea97720fed/content Viitattu 30.9.2024

Toipumisorientaatio (2023) THL. https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/toipumisorientaatio Viitattu 30.9.2024

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2013) Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tse, Samson & Ng, Roger (2014) "Applying a Mental Health Recovery Approach for People from Diverse Backgrounds: The Case of Collectivism and Individualism Paradigms." Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health 1(1), 7–13. https://doi.org/10.1007/s40737-014-0010-5.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2024) Laadullinen Tutkimus Ja Sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) Hyvä tieteellinen käytäntö. https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk Viitattu 1.11.2024

Tuulio-Henriksson, Annamari (2013) Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto & Marketta Rajavaara (toim.) Kuntoutus Muuttuu - Entä Kuntoutusjärjestelmä? Kansaneläkelaitos. Tutkimusosasto. Helsinki: Kelan tutkimusosasto 146–160 https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/fda1cc3d-52b9-45e7-8579-5fb8d5afebd2/content Viitattu 15.2.2025

Vilkka, Hanna (2023) Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina (ePub-versio). Art House.

Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Marja & Isola, Anna-Maria & Laukka, Elina & Heponiemi, Tarja (2021) "Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus". Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 58(3), 266–283. https://doi.org/10.23990/sa.107405. Viitattu 15.2.2025

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Koslof, Anu (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030: Toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020(6) Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y Viitattu 30.9.2024

WHO (2022) Mental health. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2 Viitattu 24.11.2024

Young, Sharon & Ensing, David (1999) “Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities.” *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(3), 219–231. doi:10.1037/h0095240. Viitattu 15.2.2025

LIITE 1. TUTKIMUSAINEISTO

Tutkimusartikkeli & maa	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen osallistujat
1. Borg, Marit & Karlsson, Bengt & Lofthus, Ann-Mari & Davidson, Larry (2011) "Hitting the wall": Lived experiences of mental health crises. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being 6(4), 7197–7199. https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7197 Norja	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, joka on tuotettu osana tutkimusprojektia: Kriisinratkaisu ja kotihoito yhteisöjen mielenterveyspalveluissa. Tässä tutkittiin mielenterveyskriisin subjektiivisia kokemuksia ensimmäisen persoonan näkökulmasta ja lisäksi perheenjäsenten osallistumisen merkitystä kriisitilanteessa.	Tutkimus koostui kolmesta fokusryhmäkokouksesta, johon osallistui neljä naista ja kaksi miestä. Kaikki kuusi osallistuivat ensimmäiseen ryhmään. Toisessa ja kolmannessa ryhmässä oli viisi osallistujaa neljä naista ja yksi mies). Nuorin osallistuja oli 24-vuotias ja vanhin 64-vuotias.
2. Chan, Caitlin Kar Pui, & Ho, Rainbow Ting Hun Ho (2017) Discrepancy in Spirituality among Patients with Schizophrenia and Family Care-Givers and Its Impacts on Illness Recovery: A Dyadic Investigation. The British Journal of Social Work 47(1), 28–47. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw156 Kiina	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus on osa laajempaa tutkimusta. Tutkimuskohteena on tutkia hengellisyyden käsitteiden samankaltaisuuksia ja eroja potilaiden ja heidän perheen huoltajiensa välillä sekä sitä, miten nämä vaikuttavat perhedynamiikkaan ja potilaiden sairaudesta toipumiseen.	Tutkimukseen osallistui yhteensä 15 aikuista, joista kuusi oli potilas-huoltajaparia ja yksi kolmikko, jossa oli kaksi skitsofreniaa sairastavaa potilasta ja yksi huoltaja. Toipujia oli siis kahdeksan, joista seitsemän olivat miehiä ja yksi oli nainen. Lisäksi osallistui 7 huoltajaa.
3. Hancock, Nicola & Smith-Merry, Jennifer & Jessup, Glenda & Wayland, Sarah & Kokany, Allison (2018) "Understanding the Ups and Downs of Living Well: The Voices of People Experiencing Early Mental Health Recovery." BMC Psychiatry 18(1), 121–121.	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jonka tavoitteena on ymmärtää paremmin vakavista ja pitkäkestoisista mielenterveysongelmista ja monimutkaisista tarpeista kärsivien ihmisten toipumiskokemuksia toipumisprosessinsa alkuvaiheessa.	Tutkimukseen osallistui 13 henkilöä, joista 11 oli naisia ja kaksi miehiä. Heidän tuli täyttää seuraavat kriteerit: 1) kyky antaa tietoon perustuva suostumus ja 2) kyky osallistua haastatteluun ilman, että se todennäköisesti aiheuttaisi merkittävää ahdistusta.

https://doi.org/10.1186/s12888-018-1703-1 Australia		Osallistujat olivat 18–65-vuotiaita.
4. Ma, Min & Shi, Zhidao & Chen, Yanhong & Ma, Xiquan (2023) "Recovery Journey of People with a Lived Experience of Schizophrenia: A Qualitative Study of Experiences." BMC Psychiatry 23(1), 468–468. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04862-1 Kiina	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jossa tarkastellaan skitsofreniaan liittyviä kokemuksia ja toipumisprosesseja kiinalaisessa kontekstissa. Tutkimuksessa keskitytään pääasiassa seuraaviin aiheisiin: miten henkilöt sairastuivat, miten he suhtautuvat sairauteensa, sairauden vaikutukset heihin itseensä, miten he selviävät näistä vaikutuksista, miten he kokevat toipumisen, mikä auttaa toipumisessa ja mikä haittaa sitä.	11 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä, 5 miestä ja 6 naista, joilla on omakohtaista kokemusta sairaudesta. Suurin osa osallistujista oli sinkkuja tai ei ollut koskaan ollut naimisissa (63,6 %), ja he asuivat perheensä kanssa (63,6 %). Osallistujien ikä vaihteli 22–55 vuoden välillä.
5. Maybery, Darryl & Reupert, Andrea & Goodyear, Melinda (2015) "Goal Setting in Recovery: Families Where a Parent Has a Mental Illness or a Dual Diagnosis." Child & Family Social Work 20(3), 354–363. https://doi.org/10.1111/cfs.12084 Australia	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jossa tarkastellaan perheiden asettamia tavoitteita osana toipumismallia. Lisäksi tutkitaan eroja perheiden välillä, joissa vanhemmalla on mielenterveysongelma (MI), verrattuna perheisiin, joissa vanhemmalla on myös päihdehäiriö (kaksoisdiagnoosi, DD).	Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 33 vanhempaa ja 50 lasta, jotka edustivat 10 mielenterveysongelmista kärsivää ja 10 kaksoisdiagnoosiperhettä. MI-perheissä oli 18 vanhempaa ja 24 lasta. DD-perheissä oli 15 vanhempaa ja 26 lasta.
6. McGuire, Nicola & Melville, Craig & Karadzhov, Dimitar & Gumley, Andrew (2020) "'She Is More about My Illness than Me': A Qualitative Study Exploring Social	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jossa keskitytään osallistujien sosiaalisten suhteiden myönteisiin ja kielteisiin piirteisiin, heidän kokemustensa ymmärtämiseen sekä siihen,	7 osallistujaa, joista kolme olivat naisia ja neljä miehiä. Osallistujat olivat 36–64-vuotiaita.

Support in Individuals with Experiences of Psychosis." Psychosis 12(2), 128–38. https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1699943 Iso-Britania, Skotlanti	vaikuttavatko nämä heidän toipumiseensa.	Heidät rekrytoitiin paikallisesta mielenterveystukipalvelusta Glasgow'sta, Skotlannista.
7. Pernice-Duca, Francesca (2010) Family Network Support and Mental Health Recovery. Journal of Marital and Family Therapy 36(1), 13–27. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x USA	Laadullinen kvantitatiivinen tutkimus, jossa tutkitaan perheverkoston tuen vaikutusta toipumiseen.	Tutkimus pohjautui laajemmasta 221 osallistujan tutkimuksesta, josta valittiin alaryhmä, joka sisälsi 169 osallistujaa (83 naista, 86 miestä). Alaryhmä perustui niihin osallistujiin, jotka tunnistivat vähintään yhden perheenjäsenen osaksi sosiaalisen tuen verkostoaan. Ikähaitari oli 30–45 vuoden välillä.
8. Petersen Schultz, Kirsten & Friis Soegaard, Vivi & Haxholm Lodahl, Birthe & Nielsen Vinther, Claus & Wind, Gitte (2015) Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers. Community Mental Health Journal 51(1), 1–13. https://doi.org/10.1007/s10597-014-9779-7 Tanska	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jonka tavoitteena on tutkia palvelunkäyttäjien näkemyksiä toipumista edistävistä ja estävistä tekijöistä.	Tutkimukseen osallistui 12 palvelunkäyttäjää, jotka olivat asuneet kolmessa eri tuetun asumisen yksikössä 6 kuukauden ja 5 vuoden välisen ajan. Otokseen kuului kuusi naista ja kuusi miestä. Iältään he olivat 21–57-vuotiaita.
9. Tsoi, Emily & Tse, Samson & Canda, Edward & Goscha, Richard & Lo, Iris (2022) "The Meaning of 'Strengths' for Strengths-Based Mental Health Practice in Hong Kong Chinese Culture: A Qualitative Ex-	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, joka tarkastelee Hongkongin kiinalaisten palvelunkäyttäjien näkemyksiä vahvuuksista sekä heidän suosimiaan käännöksiä sanalle "vahvuus" ja siihen liittyviä kulttuurisia vivahteita.	26 etnistä kiinalaista osallistujaa, joiden ikä vaihteli 26–78 vuoden välillä. Aineisto kerättiin ei-edustavasta otoksesta aikuisia, eräässä kiinalaisessa mielenterveyskeskukses-sa.

ploratory Study." Psychiatric Rehabilitation Journal 45(1), 71–78. https://doi.org/10.1037/prj0000476 Kiina	Malli pohjautui amerikkalaiseen näkemykseen vahvuuksista, johon haluttiin oma kulttuurillinen näkemys.	
10. Waller, Susan & Reupert, Andrea & Ward, Bernadette & McCormick, Francis & Kidd, Susan (2019) "Family-focused Recovery: Perspectives from individuals with a Mental Illness." International Journal of Mental Health Nursing 28(1), 247–255. https://doi.org/10.1111/inm.12528 Australia	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jossa tutkitaan vakavasta mielenterveyden häiriöstä diagnosoitujen henkilöiden käsityksiä perheen asemasta heidän toipumisprosessissaan.	12 osallistujaa, joiden ikä vaihteli 25 ja 67 vuoden välillä. Osallistujat itse raportoivat vakavista mielenterveyden häiriöistä, jotka määriteltiin tutkijoiden toimesta sairauden kestolla ja haitta-asteella.
11. Wang, Jin Yong (2012) "Service Users' Personal Experience and Interpretation of Mental Illness: Oriental Narratives." International Journal of Social Psychiatry 58(4), 425–432. https://doi.org/10.1177/0020764011408000 Taiwan	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, joka käsittelee mielenterveyspalvelujen käyttäjien rooleja ja identiteettejä, heidän käsityksiään mielenterveyden häiriöistä sekä heidän henkilökohtaisia kokemuksiaan psykiatrisesta leimautumisesta.	Tutkimus koostui 10 vapaaehtoisesta. Kaikilla osallistujilla oli diagnoosi vakavasta mielenterveyden häiriöstä, kuten skitsofreniasta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai vaikeasta masennuksesta. Osallistujat olivat 26–62-vuotiaita.
12. Wyder, Marianne & Barratt, Jastine & Jonas, Rowena & Bland, Robert (2022) Relational Recovery for Mental Health Carers and Family: Relationships, Complexity and Possibilities. The British Journal of Social Work 52(3), 1325–1340. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab149	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jonka avulla pyritään ymmärtämään perheiden toipumiskokemuksia. Tutkimuksen avulla kehitettiin suhteellinen viitekehys, joka huomioi perheenjäsenten väliset vuorovaikutukset sekä surun ja menetyksen kokemukset.	Alustavasti tutkimus koostui 14 Wellwaysin perheiden vertaisohjaajasta, jotka järjestivät ensin kaksi Action Learning Set -istuntoa, joiden pohjalta kehitettiin viitekehys. Näiden pohjalta osallistujilta kerättiin lisäpalautetta.

USA		
13. Yates, Scott & Gatsou, Lina (2023) “Constrained sense-making in families with parental mental illness and the importance of intra-family communication for positive outcomes.” The British Journal of Social Work 53(5), 2742–2761. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac243 Iso-Britania	Laadullinen kvalitatiivinen tutkimus, jossa tarkastellaan, kuinka PMI:stä (vanhemman mt-ongelmat) kärsivien perheiden jäsenet, jotka ovat yhteydessä moniammatillisiin palveluihin, ja heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset kuvaavat mielenterveyden ja perheen sisäisen kommunikoinnin vaikutuksia perheen hyvinvointiin.	Aluksi järjestettiin 8 fokusryhmää, joka koostui 24 ammattilaisesta. lisäksi 18 ammattilaista haastateltiin. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset edustivat moniammatillista verkostoa. Ammattilaisten lisäksi tutkimukseen osallistui kymmenen vanhempaa ja kahdeksan 12–18-vuotiasta lasta. Kaikissa haastatelluissa perheissä sairas vanhempi oli äiti.