

Masennus parisuhteessa puolison kokemana

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro-gradu –tutkielma
Eija Piikkilä
Maaliskuu 2012

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

PIIKKILÄ EIJA: Masennus parisuhteessa puolison kokemana

Pro gradu -tutkielma, 77 sivua ja 3 liitesivua

Ohjaajat: professori Eija Paavilainen ja TtT Sari Lepistö

Maaliskuu 2012

Masennus on Suomessa ja maailmassa keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Elämänsä aikana 24 % naisista ja 11% miehistä sairastuu kliinisesti merkittävään masennukseen. Noin joka kymmenes terveyskeskuksessa asioiva potilas on masentunut, vaikka asiointin syy on usein muu kuin masennuksen hoito. Avioliitto ja parisuhde alentaa riskiä sairastua masennukseen. Masennuksella ja parisuhdeongelmilla on yhteyttä toisiinsa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sitä, miten puoliso kokee elämänsä parisuhteessa silloin, kun toinen puoliso on masentunut. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla seitsemältä (N=7) masentuneen miehen puolisolta ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Vaimojen kokemukset puolison masentumisen tuomista muutoksista parisuhteessa ja perhe-elämässä olivat moninaiset ja ulottuivat laajasti eri elämänalueille. Vaimot havainnoivat tarkasti masennuksen aiheuttamia muutoksia miehensä voinnissa. Miehen vetäytyessä vaimot alkoivat pitää huolta miehestä ja perheen arjesta yhä enemmän. Masennuksen koettiin uhkaavan parisuhteen olemassaoloa, omaa terveyttä ja perheen hyvinvointia. Kuormittava tilanne sai vaimon uupumaan ja masentumaan itsekin sekä tarvitsemaan apua. Terveystieteiden yksiköllä toivottiin tukea, jota saatiin vaihtelevasti. Kuitenkin vaimot saattoivat kokea oppineensa elämästä arvokkaita asioita, mitä ei olisi tapahtunut ilman miehen masentumista.

Tutkimuksen sisältämää tietoa voivat hyödyntää masentuneita hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset, kuten depressiohoitajat, ja sitä voidaan käyttää masennuksen hoidon kehittämisen pohjana. Jatkossa olisi tärkeää tutkia masennusta perheessä eri perheenjäsenten näkökulmasta. Puolison huomiointiin sopivien interventioiden kehittäminen olisi tärkeää. Tutkimus vahvistaa perhehoitotieteellisen tiedon ja lähestymistavan merkitystä ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Avainsanat: mielenterveysshoitotyö, perhehoitotyö, puoliso, masennus, perheen terveys

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

EIJA PIIKKILÄ: Depression in marriage, spouse's view

Master's thesis 77 pages, 3 appendices

Supervisors: Professor Eija Paavilainen, PhD Sari Lepistö

March 2012

Depression is a big public health problem in Finland and in a whole world. During a lifetime 24% of women and 11 % of men get a MDD (major depressive disorder). Approximately one out of ten primary health care patients are depressed, although they might be there for some other reasons. Marriage and living in a intimate relationship reduces the risk to get depression. There is a link between depression and marital problems.

The purpose of this study was to describe what the life is when your spouse is depressed. The data was collected from seven (N=7) wives of depressed men and were analysed using the inductive content analysis.

Wives' experiences of the changes in their life were varying and reached many areas of living including intimate relationship and family life. Wives observed carefully the changes that depression caused in their husbands. When their husbands were withdrawing, the wives began to take care of their husbands and the whole family's everyday life. Wives felt, that depression threatened their intimate relationship, their own health and family wellbeing. Burdensome situation depressed also wives and made them exhausted and they needed help for themselves too. They expected support from healthcare professionals which fluctuated. However, wives could experience that they had learned valuable things about life and living, which had not had happened if their husbands didn't suffer from depression.

The results of the study can be used by health care professionals who take care of depressed patients. The results also can be used when developing the treatment of depressed patients. More study is needed from other family member's point of view. It would be important to develop interventions working with spouses. This study strengthens importance of the knowledge and approach of family nursing when promoting wellbeing and health for people.

Key words: mental health nursing, family nursing, spouse, depression, family health

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1. Tiedonhaku	2
2.2. Masennus ilmiönä	4
2.3. Masennuksen hoito ja sen kehittäminen	6
2.4. Masennus ja parisuhde	11
2.5. Yhteenveto	15
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
4.1. Aineiston keruu	19
4.2. Aineiston analysointi	20
5. TULOKSET	22
5.1. Tutkimuksen osallistujat ja heidän puolisonsa	22
5.2. Vaimo todistajana	24
5.3. Vaimo hoitajana	29
5.4. Vaimo oman elämänsä päähenkilönä	35
6. POHDINTA	41
6.1. Tutkimuksen eettisyys	41
6.2. Tutkimuksen luotettavuus	42
6.3. Tulosten tarkastelua	49
6.4. Toimenpide-ehdotuksia	65
6.5. Jatkotutkimusehdotuksia	67
LÄHTEET	68
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat jatkuvasti masentuneita ihmisiä. Masennus ja masentuneisuuden tunteet liittyvät monenlaisiin elämäntilanteisiin, erityisesti muutoksiin ja sairastamiseen. Masennuksesta kärsiviä potilaita on sekä perussairaanhoidossa että erikoissairaanhoidossa niin somaattisen kuin psykiatrisenkin sairaanhoidon puolella. Suurin osa masennuspotilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. (Käypä hoito 2010.)

Masennus on keskeinen kansanterveydellinen ongelma, jonka vaikeusaste vaihtelee. Sairautena se on hyvin yleinen, sillä suomalaisista arvioidaan noin 5-6 % kärsivän kliinisesti merkittävästä masennuksesta vuoden sisällä. Naisilla se on yleisempää kuin miehillä. Elämänsä aikana noin 24% naisista sairastuu masennukseen, miehistä noin 11%. Nuorista aikuisista naisista 39% ja miehistä 19% kärsii masennusoireista (Kinnunen 2011). Vähemmistö masentuneista hakeutuu itse hoitoon masennuksen vuoksi ja suuri osa masennuksesta jää tunnistamatta perusterveydenhuollon vastaanotoilla (Vuorilehto 2008).

Riippuen masennuksen määrittelystä ja käytetyistä mittareista asiantuntijatkin päätyvät keskenään ristiriitaisiin arvioihin siitä, onko masennus lisääntynyt väestötasolla vai ei (Lönnqvist 2009, Karlsson 2009). Kuitenkin masennuksesta puhutaan Suomessa nykyään enemmän kuin koskaan aiemmin. Sekä masennuksesta johtuvat työstä poissaolot että masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä ovat lisääntyneet kaksinkertaisiksi kymmenen vuoden aikana (Lönnqvist 2009, Herse ym. 2011). Tätä kehitystä selitetään yleensä työelämän vaatimusten muutoksella. Masennus ei kosketa vain suomalaisia, sillä esimerkiksi Maailman terveysjärjestö eli WHO pitää sitä suurimpana uhkana maailman ihmisten terveydelle (Kulonen 2009). Myös Euroopan Unionin tasolla pyritään vaikuttamaan siihen, että masennuksen hoito aloitettaisiin riittävän varhain ja siitä johtuvat haitat vähenisivät (Wahlbeck 2009).

Perheenjäsenen masentuminen vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Suuri osa masentuneiden ihmisten ja heidän perheidensä hoidosta on hoitotyön asiantuntijoiden vastuulla. Siksi ihmisten kokemusta masennuksesta on tärkeää tutkia myös puolison ja hoitotieteen näkökulmasta. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

2.TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Tiedonhaku

Masennus ja siihen liittyvät ilmiöt ovat kiinnostaneet eri tieteenalojen tutkijoita lukuisista näkökulmista jo kauan. Siitä löytyy tutkittua tietoa runsaasti eri tieteenalojen näkökulmista. Masennuksen ja parisuhteen välisiä yhteyksiä käsitteleviä tutkimuksia on huomattavasti vähemmän.

Tutkimusta varten tehtiin aluksi vuonna 2008 kirjallisuushaku masennuksen ja parisuhteen välisistä yhteyksistä Arto, Linda, Medic, British Nursing Index, Cinahl ja PsychInfo tietokannoista. Hakua täydennettiin 2011 suuntaamalla haku vuosiin 2009 - 2011 käyttäen muuten samoja hakutapoja ja tietokantoja, paitsi British Nursing Indexiä, joka ei ollut enää käytettävissä Tampereen yliopiston kirjaston kautta. Aiemman haun perusteella sen hakutulokset olivat päällekkäisiä Cinahlin kanssa, joten siitä ei ollut haittaa. Hakutermit ja niiden yhdistelytavat Arto, Linda, Medic ja British Nursing Indexistä on kuvattu taulukossa 1. Cinahlistä haettiin kahdella tavalla: parisuhteeseen liittyvillä termeillä masennus -termeihin yhdistellen sekä toisin päin eli perhe- tai ihmissuhteet masennukseen yhdistellen. Rajauksina käytettiin tutkimusartikkelia, englannin kieltä sekä vuosia 1998-2008, täydennyshaussa vuosia 2008-2011.

Jotta katsaukseen saataisiin riittävästi tutkimuksia, täydennettiin terveystieteellisten tietokantojen kautta tehtyä hakua psykologian tietokantahaulla. PsycInfosta haettiin samaan tapaan kuin terveystieteellisistä tietokannoista: masennus -termit yhdistettynä parisuhteen eri termeihin sekä masennus -termit yhdistettynä perhesuhteet tai ihmissuhteet termeihin. Rajauksena oli englanninkieli sekä vertaisarvioitu lehti, vuodesta 2000 alkaen. Tiedonhakua täydennettiin käsihaulla.

Tiedonhaun yhteenvetona voidaan todeta, että hoitotieteellisten tutkimusten mielenkiinto kohdistui pääasiassa masennukseen ja parisuhteeseen yhtäaikaisesti silloin, kun lisänä oli jokin somaattinen sairaus (esimerkiksi Lam ym. 2011). Hoitotieteessä oli tutkittu usein myös masentuneiden puolisoiden jaksamista silloin, kun he ovat omaishoitajia (esimerkiksi Leinonen ym. 2002, Junes 2006). Äidin ja isän masentuneisuutta oli tutkittu yhteydessä lapsen syntymään ja syntymän jälkeiseen masennukseen (esimerkiksi Tammentie 2009).

Muissakin terveystieteissä oli jonkin verran kiinnostusta masennuksen ja parisuhteen välisiin yhteyksiin. Psykologiassa oli masennusta ja parisuhdetta tutkittu paljon sekä terapiatutkimuksina että testaten psykologisia teorioita. Teoreettisina viittekehyksinä tutkimuksissa ovat olleet esimerkiksi sosiaalinen tuki, persoonallisuus-, kommunikaatio-, kiintymyssuhde- tai attribuutioteorioiden teorit. Tutkimukset ovat olleet pääsääntöisesti kvantitatiivisia (esim. Davila ym. 2003, Byrne ym. 2004, Heene ym. 2005, 2007).

TAULUKKO 1. Hakutavat eri tietokannoissa

<u>Arto</u>	
(masennu? or masentu? or depressi?) and (parisuh? or avioliit? or avoliit? or aviopuoliso? or puoliso?)	
(masennu? or masentu? or depressi?) and (ihmissuh? or suhde? or suhte? or rakkau?)	
(masennu? or masentu? or depressi?) and (avioero? or ero?)	
(masennu? or masentu? or depressi?) and (perhe? or lähei? or omai?)	1990-2008
<u>Linda</u>	
(masennu? or masentu? or depressi? or "dysthymic disorder?") and (parisuh? or avioliit? or avoliit? or puoliso? or aviopuoliso? or couple? or marriage or spous?)	
(masennu? or masentu? or depressi? or "dysthymic disorder?") and (ihmissuh? or suhde? or suhte? or relationship? Or partner? or "interpersonal relation?")	
(masennu? or masentu? or depressi? or "dysthymic disorder?") and (rakkauselämä? or rakkaussuh? or love?)	
(masennu? or masentu? or depressi? or "dysthymic disorder?") and (avioero? or divorce? or separat?)	
(masennu? or masentu? depressi? or "dysthymic disorder?") and (perhe? or famil?)	1990-2008
<u>Medic</u>	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND parisuh* puoliso* avioliit* avoliit* couple* marriage spous*	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND rakkau* love	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND avioero* separat* divorce*	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND ihmissuh* suhde* suhte* partner* "interpersonal relations"	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND perhe* famil*	
masennu* masentu* depressi* "Dysthymic Disorder" AND "sosiaalinen tuki" "social support"	1990-2008
<u>BNI, British Nursing Index</u>	
Postnatal depression OR depression, OR depressive disorder\$ OR dysthymic disorder\$	
AND	
spouse\$ OR marriage OR significant other\$ OR relationship\$ OR couple\$ OR closeness OR marital satisfaction	
OR intimacy OR marital relation\$ OR partner\$ OR spousal.	
sekä	
Postnatal depression OR depression, OR depressive disorder\$ OR dysthymic disorder\$	
AND	
Family OR interpersonal relations OR family relation\$	1998-2008

2.2. Masennus ilmiönä

Masennuksella tarkoitetaan nykyään monia asioita myös arkisessa kielenkäytössä. Se kattaa paljon laajemman alueen kuin mitä lääketieteellisin diagnoosikriteerein määritelty masennus on. Sitä on määritelty lukuisin eri tavoin riippuen näkökulmasta.

Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, jotka liittyvät usein toisiinsa. Masennus on monimuotoinen ilmiö, jonka vaikeusaste vaihtelee lievästä vakavaan, aina psykoottistasoiseen häiriöön asti. Se voi olla myös henkeä uhkaava tila, sillä vakavampaan masennukseen liittyy usein itsemurhavaara. Masennus on helposti uusiutuva tila ja tuottaa usein pitkäaikaisia ongelmia elämiseen, siksi se aiheuttaa paljon kärsimystä niin masentuneelle itselleen kuin hänen läheisilleenkin. (Käypä hoito 2010.) Masentuminen alentaa huomattavasti ihmisen kokemaa elämänlaatua (Saarni 2008, Saharinen ym. 2009).

Silloin, kun ihmisen masennus on lievää tai keskivaikeaa, eikä hänellä ole muita merkittäviä mielenterveys- tai päihdeongelmia, häntä on usein vaikea mieltää erityisesti mielenterveyspotilaaksi tai mielenterveyskuntoutujaksi. Lievän tai keskivaikean masentuneisuuden aiheuttama kärsimys ei aina näy ulospäin eikä se välttämättä vähennä kovin paljon ihmisen toimintakykyä. Masennusoireiden määrän ja työkyvyn suhde ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, sillä masennuksen vuoksi työstä poissaoloon vaikuttaa masennuksen asteen lisäksi myös masentuneen ikä sekä aiempien masennusjaksojen määrä (Ahola ym. 2009). Myös mielenterveysongelmainen tai -kuntoutuja nimitys voi monesta masentuneesta tuntua vieraalta omalla kohdalla, sillä edelleenkin mielenterveysongelmiin liittyvä stigma saa ihmiset välttämään näitä nimityksiä.

Masentuneisuuden tunne ohimenevänä kuuluu ihmisen tavallisiin tunteisiin, eikä esimerkiksi suru ole sairautta tai masennusta (Käypä hoito 2010). Silloin, kun masennus on häiriötila tai sairaus, sille löytyy lukuisia erilaisia selitysmalleja. Biologisesta näkökulmasta tarkasteltuna sitä voidaan pitää elimistön välittäjäaineiden häiriönä, emotionaalisesta taas tunne-elämän häiriönä, kognitiivisesta näkökulmasta kyseessä on sairastuneen omat kielteiset tulkinnat itsestä, omasta elämästä ja ympäristöstään, kun taas neurokognitiivisesta näkökulmasta kyse on muisti- ja havaintotoimintojen heikentymisestä sekä psykomotorisesta hidastumisesta (Heiskanen ym. 2011). Sosiaalisesta näkökulmasta masennukseen vaikuttavat ongelmat ihmisten välisissä suhteissa, kun taas eksistentiaalisena ongelmana se on elämän merkityksellisyyden tunteen menetystä (Heiskanen ym.

2011). Myös filosofit kautta aikojen ovat olleet kiinnostuneita masennuksesta (Mattila 2002). Masennus siis läpäisee laajasti inhimillisen elämän ja kokemuksen sekä sen selittämisen alueet.

Sairastuneiden omien arvioiden mukaan masennukseen sairastuminen alentaa elämänlaatua enemmän kuin esimerkiksi skitsofreniaan tai alkoholiriippuvuuteen sairastuminen (Saarni 2008). Masennus estää kokemasta hyvää oloa ja onnellisuutta. Sen lisäksi se vie voimia niin, että ihminen ei jaksa tehdä omaa hyvinvointiaan edistäviä tekoja ja se saa ihmisen näkemään maailman, itsensä ja muut usein sangen negatiivisena valossa. Nämä asiat tulevat mukaan myös parisuhteeseen ja vaikuttavat kumpaankin osapuoleen.

Masennukseen sairastumisen riskitekijöitä on tunnistettu runsaasti ja niitä voidaan luokitella monin eri tavoin. Näitä ovat esimerkiksi elämäntilannetekijät, biologiset ja psyykkiset tekijät sekä sairauksiin liittyvät tekijät. Sairastuminen voi liittyä mitä moninaisimpiin asioihin, ja suurin osa masennuksesta alkaa ei-toivottujen elämänmuutosten jälkeen, vaikka positiivisiksikin mielletyt elämänmuutokset voivat laukaista sen. Masentumisen taustalla voi olla vaikea lapsuus, herkkä ja epävakaa tunne-elämä tai perinnöllinen alttius. Masennus voi liittyä päihteiden käyttöön, muihin mielenterveyshäiriöihin, somaattisiin sairauksiin tai lääkkeiden haittavaikutuksiin. Sosiaaliset ongelmat, kuten työttömyys ja taloudellinen turvattomuus lisäävät masentumisen riskiä. (Heiskanen ym. 2011, Käypä hoito 2010.)

Lääketieteellisenä diagnoosina ja sairautena masennus kuuluu mielialahäiriöiden ryhmään. Masennustiloja erotellaan oireiden vaikeusasteen, lukumäärän ja keston ja toistuvuuden mukaan. Masennuksen ydinoireet ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja uupumus. Lisäksi masentuneisuuteen liittyy monenlaisia oireita erilaisin yhdistelmin, kuten unen ja ruokahalun muutoksia, kipuja ja särkyjä, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteita, keskittymiskyvyttömyyttä ja päättämättömyyttä, psykomotorisia muutoksia sekä kuolemanajatuksia ja -toiveita. Masennustilan diagnoosina voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea masennus. Muita yleisempiä erotteluja ovat psykoottinen masennus, somaattinen oireyhtymä, epätyypillinen masennustila, synnytyksen jälkeinen masennustila ja vuodenaikaan liittyvä masennustila. Masennus on usein pitkäkestoinen ja toistuva ongelma, jossa on mukana parempiakin vaiheita. (Käypä hoito 2010, Hollon 2011.)

Biolääketieteellinen käsitys masennuksesta tietyin oirein ja niihin suunnatuin hoidoin on vahvasti esillä länsimaissa (Goldbort 2006, Noppari ym. 2007, Feely ym. 2007). Jotkut psykiatrit, kuten

Schulmann (2009) pitävät biologista sairauskäsitystä riittämättömänä silloin, kun luokitellaan ihmisen tunne-elämän häiriöitä. Masennus ei ole vain sairaus, vaan se voi olla hyvä, terve ja luonnollinen reaktio esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutustilanteen aiheuttamassa stressissä (Schulman 2009). Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan erilainen käsitys siitä, mistä depressiossa on kyse ja mitä asioita taustalla on, saattaa estää potilaita sitoutumaan heille tarjottuun hoitoon (Feely ym. 2007). Esimerkiksi, jos synnyttänyt äiti kokee olevansa onneton elinolosuhteidensa vuoksi, hän ei välttämättä motivoidu lääkehoitoon, vaikka lääkäri määritteli hänen tilansa depressioksi (Goldbort 2006, Feely ym. 2007). Hän toivoisi mieluummin muutoksia olosuhteisiinsa, kuten ihmissuhteisiin. Monissa länsimaiden ulkopuolisissa kulttuureissa masennus määrittyy pääsääntöisesti muulta kuin biolääketieteelliseltä pohjalta, joten apua ei odoteta erityisesti terveydenhuoltojärjestelmästä (Feely ym. 2007).

Hoitotieteen näkökulmasta masennusta tutkineen Irma Kiikkalan (1996) mukaan masennus on yksilöllistä, koettua kärsimystä. Se on ristiriitaisuutta usealla elämänalueella, kuten tiedon, tahdon ja tunteen välillä, suhteessa kuolemaan ja elämään, hengellistä ristiriitaisuutta sekä ristiriitaisuutta itsen ja ympäristön välillä. Lisäksi se on fyysinen häiriö. (Kiikkala 1996.)

Masennus voi olla joillekin ihmisille myös siirtymä uuteen elämänvaiheeseen, jossa hän on ikään kuin tiehaarassa ja kyseenalaistaa aiemman elämänsä arvot ja ratkaisut. Masennuksellaan ihminen osoittaa tarvitsevansa aikaa pohtia omia asioitaan, löytää niihin uusia näkökulmia ja levätä (Mattila 2002, Noppari ym. 2007). Myös Feelyn & Longin (2009) mielestä masennus on prosessi, jonka yhtenä vaiheena on etäisyyden otto muihin ihmisiin. Masentuneen on tarpeellista ymmärtää itseään ja luoda uudelleen suhde itseensä, ennen kuin hän voi olla muiden ihmisten kanssa. Kuitenkin ihminen tarvitsee muita ihmisiä, sillä jos hän jää aivan yksin siirtymävaiheessaan, hän saattaa jähmettyä depressiiviseen maailmaansa kykenemättä tekemään elämäänsä eteenpäin vieviä valintoja (Mattila 2002).

2.3. Masennuksen hoito ja sen kehittäminen

Ihmisillä on paljon omia keinoja ja ohjeita masennuksesta selviytymiseen ja yleensä ihmiset pyrkivät käyttämään ensisijaisesti niitä. Tällaisia ovat esimerkiksi paluu rutiineihin ja raatamiseen tai päinvastoin arjesta irtautuminen ja asioiden pohdinta, tai sitten muiden ihmisten kanssa

puhuminen ja yhdessäolo. Vasta sitten, jos näistä keinoista ei ole apua, niin apua haetaan ammattiauttajilta ja lääkkeistä. (Tontti 2008.)

Masennuksesta ja alakulosta kärsiville ihmisille julkaistaan jatkuvasti myös monenlaisia itsehoitopaita, jotka sisältävät erilaisiin psykoterapiasuuntauksiin pohjautuvia menetelmiä (esimerkiksi Furman & Ahola 2011, Williams ym. 2011). Masennuksen hoidossa tarvitaan aina myös sairastuneen omaa motivaatiota ja toimia oman hyvinvointinsa parantamiseksi (Haarala ym. 2010, Tuulari ym. 2011) ja perheen tukea (Ryynänen ym. 2009), mutta myös ammattilaisten panos on tärkeä. Ulkopuolisen avun hakemista voi hidastaa se, että ihmiset ajattelevat usein niin, että vaikka vaikeuksien edessä ihmisellä onkin lupa masentua, niin hänen olisi kuitenkin hyvä auttaa itse itseään (Aromaa 2011). Ilman asianmukaista hoitoa masentuneen henkilön tila kroonistuu helposti (Rovasalo & Melartin 2009). Esimerkiksi puolen vuoden työkyvyttömyys masennukseen sairastuneella ennustaa suurta todennäköisyyttä työkyvyttömyydelle jatkossakin (Salminen 2000).

Joka kymmenes terveystieteiden vastuuosastolle tuleva potilas on masentunut, vaikka käynnin syy on usein muu kuin avun hakeminen masennuksen hoitoon (Vuorilehto 2008). Suuri osa masennuksesta jää hoitamatta tai hoito ei ole riittävää (Kuosmanen ym. 2011). Iso osa masennukseen sairastuneista ei edelleenkään saa tai hae hoitoa ongelmaansa (Hämäläinen ym. 2008). Vain runsas kolmannes niistä työssäkäyvistä, jotka kärsivät vakavasta tai pitkäaikaisesta masennuksesta oli ollut hoidossa mielenterveysongelman vuoksi (Honkonen ym. 2007). Vakavampi masennus on kuitenkin yhteydessä aktiivisempaan hoitoon hakeutumiseen (Aromaa 2011). Lievempikin masentuneisuus voi ennustaa pitkällä tähtäimellä työkyvyttömyyttä (Ahola ym. 2009).

Masennuksen hoitoa on pyritty tehostamaan Suomessa viime vuosikymmenten aikana. Laajalla itsemurhien ehkäisyprojektilla saatiin hyviä tuloksia (Upanne ym. 1999). 2000-luvulla on erityisesti alettu panostaa varhaiseen puuttumiseen ja masennuksen hoitamiseen jo siinä vaiheessa, kun se on lievää tai keskivaikeaa. Toipuminen on tällöin helpompaa ja todennäköisempää kuin silloin, jos masennus on muuttunut vakavammaksi. Nämä potilaat ovat usein hoidossa terveyskeskuksessa ja työterveyshuollossa Käypä hoito-suosituksen mukaisesti (Rovasalo & Melartin 2009, Käypä hoito 2010). Erikoissairaanhoidossa on tarkoitus hoitaa vain ne henkilöt, jotka ovat vakavasti itsetuhoisia, monihäiriöisiä ja psykoottisesti masentuneita, sekä heidät, joiden masennus ei ala parantua tavanomaisessa hoidossa (Käypä hoito 2010). Vaikka masentuneiden hoitoa on pyritty

porrastamaan hoitoresurssien riittävyyden takaamiseksi, masennuspotilaiden oirekuva ei juuri eronnut perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden välillä. Sairaalahoittoa tarvitsevien masennus oli kuitenkin selvästi vakava-asteisempaa (Vuorilehto 2008).

Suomessa on ollut useita konkreettisiin toimiin ja hoitokäytäntöjen muutoksiin johtaneita projekteja, kuten Mieli maasta projekti 1990-luvulla, Vantaan sateenvarjohanke (Kuosmanen ym. 2007, Peräköske 2011), Pohjalaiset masennustalkoot osana Pohjanmaa –hanketta (Vuorenmaa & Kaivosoja 2007) sekä Masto –hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi (Masto 2011). Pienimuotoisempia alueellisia hankkeita on ollut, kuten Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden ”Uusia mahdollisuuksia masennuksen hoitoon” –hanke vuosina 2005 - 2007. Näiden hankkeiden yhtenä tarkoituksena on ollut mahdollistaa lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastaville tehokas hoito perusterveydenhuollossa huomioiden Käypä hoito suositus ja hoidon tarkoituksenmukainen porrastaminen.

Euroopan Unionin tasolla on myös kiinnitetty erityistä huomiota masennuksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn, sillä masennuksesta on tulossa suurin yksittäinen tautitaakka erityisesti hyvätuloisille länsieurooppalaisille valtioille (Kulonen 2009). Maailman terveysjärjestön mukaan depressio tulee olemaan vuonna 2030 länsimaissa eniten tautitaakkaa aiheuttava sairaus (THL 2009b), silti se on kehitysmaissa vieläkin yleisempää kuin rikkaissa maissa (Kulonen 2009). Sen vaikutukset maiden tuottavuudelle ja ihmisten elämänlaadulle huolettavat EU:ssa erityisesti myös siksi, että se verottaa inhimillisiä voimavaroja keskimäärin aiemmin kuin fyysiset sairaudet (Wahlbeck 2009). Lisäksi masennus liittyy moniin muihin länsimaisten ihmisten hyvinvointia uhkaaviin pitkäaikaissairauksiin, kuten sydänsairauksiin tai moniin neurologisiin sairauksiin, jolloin ihmisten kyky hoitaa terveyttään ja kuntoutua heikkenee (Saharinen ym. 2009, Huttunen 2011). Esimerkiksi diabeteksella ja masennuksella on kaksisuuntainen yhteys, sillä diabetes lisää masennuksen riskiä ja masennus puolestaan lisää diabetekseen sairastumisen riskiä (Vanhala 2010, Huttunen 2011). Masennusoireiden huomioiminen ja hoitaminen lisää ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua sydäninfarktin jälkeen ja mahdollisesti vähentää terveystalvelujen käyttöä (Oranta 2011).

Näiden hankkeiden myötä Suomen terveydenhuoltoon on tullut uusi asiantuntijasairaanhoitajien ammattiryhmä 2000-luvulla eli depressiohoitajat. He ovat peruskoulutukseltaan mielenterveystyöhön suuntautuneita sairaanhoitajia. Lisäksi heiltä edellytetään riittävän pitkää

työkokemusta aikuispsykiatriassa ja riittävää perehtyneisyyttä masennuspotilaan hoitotyöhön sekä jatkuvaa kouluttautumista ja työnohjauksen käyttöä Depressiohoitajat työskentelevät perusterveydenhuollossa osana moniammatillista tiimiä. (Haarala ym. 2010, Kilpinen ja Tauriainen 2010, STM 2010, Vuorilehto & Tuulari 2011.)

Tätä ns. depressiohoitajamallia tai depression hoidon kolmiomallia (STM 2010) on kehitetty ja tutkittu alunperin Englannissa (Katon ym. 1996, Wells ym. 2000). Siitä on olemassa useita erilaisia paikallisiin oloihin muokattuja toimintatapoja niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Myös uusin depression Käypä hoito –suositus (2010) suosittelee hoitajan tarjoamaa psykososiaalista tukea tehokkaana ja vaikuttavana depression hoitona yhdessä lääkehoidon kanssa.

Masennuksella on taipumus reagoida mihin tahansa annettuun hoitomuotoon (Hollon 2011). Liikunnallakin on merkitystä varsinkin masennuksen ennaltaehkäisyssä (Käypä hoito 2010). Suomalainen Käypä hoito (2010) pitää lievän ja keskivaikean masennuksen parhaana hoitona keskusteluterapian ja lääkehoidon yhdistämistä. Lääkehoidon lisäksi muita biologisia hoitomuotoja ovat aivojen sähköhoito, transkraniaalinen magneettisimulaatio ja kirkasvalohoito.

Masennuksen hoitosuosituksista huolimatta on kuitenkin vaikea tietää, mikä tarjolla olevista lukuisista hoitomuodoista auttaisi juuri tiettyä ihmistä. Vain kokeilemalla, yrityksen ja erehdyksen kautta selviää vähitellen, auttaako kyseistä ihmistä parhaiten joku lukuisista tarjolla olevista mielialalääkkeistä, vai olisiko terapiasta enemmän hyötyä. (Simon 2011.)

Masentuneelle on hyötyä erilaisista psykoterapiamuodoista, joista masentuneiden hoidossa käytetään erityisesti psykodynaamista, kognitiivista sekä voimavara- ja ratkaisusuuntautunutta psykoterapiaa (Aaltonen ym. 2009). Yleisimmin sovelletaan erilaisia yksilöterapioida, mutta tilanteesta riippuen myös pari- ja perheterapiaa sekä erilaisia ryhmäterapioida käytetään. Lisäksi myös musiikki, kuvataide ja psykodraamaterapiasovelluksia käytetään masentuneiden hoidossa. (Heiskanen ym. 2011). Yleinen on myös ryhmämuotoinen erityisesti masennuksen ennaltaehkäisyyn ja itsehoitotaitojen opetteluun tähtäävä nk. depressiokoulu. Se perustuu kognitiiviseen psykoterapiaan, muttei edellytä ohjaajalta psykoterapiaopintoja (Koffert & Kuusi 2007, Jääskeläinen 2010).

Masentunut ihminen hyötyy psykososiaalisesta tuesta. Psykoterapiasuuntauksesta riippumatta olennaisin hoidollinen vaikutus liittyy hyvään yhteistyösuhteeseen hoitavan henkilön ja potilaan välillä, jotta potilas tulee kuulluksi (Rovasalo & Melartin 2009, Käypä hoito 2010, Heiskanen ym. 2011). Vaikka sairaanhoitaja ei olekaan psykoterapeutti, hän voi tukea ja auttaa monella tavalla masentunutta ihmistä ja tämän perhettä. Sairaalassa juuri hoitotyöntekijät ovat eniten tekemisissä masennukseen sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa (Sainola-Rodriguez ym. 2007). Avohoidossa työntekijöiden ammatillinen jakauma on monimuotoisempi, mutta myös siellä hoitotyön asiantuntijoilla on iso vastuu masentuneiden tunnistamisesta ja hoidosta. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma suosittaa perusterveydenhuoltoon depressiohoitajatyömallia (Mieli 2009, STM 2010). Depressiohoitajamallin mukaisesti organisoitua hoitoa on ollut saatavilla osassa Suomea. Tutkimusten mukaan depression hoito on ollut tuloksellista näin järjestettynä, ja potilaat sekä lääkärit ovat olleet tyytyväisiä (Tuulari & Aromaa 2008, Sairaanhoitaja 2009).

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä on kerätty ja tutkittu näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä masennuksen hoidossa. Paras tapa toteuttaa hoito oli hoitosuhteeseen perustuva omahoitajatyöskentely. Peruslähtökohtana hoidossa oli hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde, jossa toimitaan dialogisesti ja intuitiivisesti. Toimivina hoitotyön menetelminä olivat toivon ja itsetunnon ylläpitäminen, masennukseen liittyvien ajattelunhäiriöiden tunnistaminen, läsnäolo ja huolenpito, turvallisuudesta huolehtiminen, selviytymiskeinojen etsiminen, perhehoitotyön toteuttaminen, mielihyvän kokeminen, psykososiaalinen tukeminen, hengellisyyden huomiointi, unen turvaaminen, lääkehoidon toteuttaminen, vertaistuen järjestäminen ja kärsimyksen lievittäminen. (Sainola-Rodriguez ym. 2007.)

Toivoa ja sen ylläpitoa pidetään tärkeänä masentuneen hoitamisessa (Noppiari ym. 2007). Toivon merkitystä hoitotyössä on tutkittu paljon, ja siihen perustuvat hoitotyön auttamismenetelmät ovat olennainen osa kaikkea hoitotyötä (Kohonen ym. 2007). Mikäli hoitaja tai hoitohenkilökunta pelkää masennuspotilaan kärsimystä ja tämän herättämiä hämmentäviä tunteita ja niiden vaikutusta itseensä, hän saattaa tulkita tilannetta oman suojautumisen tarpeidensa pohjalta ja keskittyä oirekeskeiseen hoitotyöhön. Silloin hän ei pysty auttamaan masentunutta tämän itse kokemissa elämisen ja terveydentilan ongelmassa tai ymmärtämään ja jakamaan tämän yksilöllistä kärsimystä. Pelkät biolääketieteelliset hoidot, kuten lääkehoito ja sähköhoito, eivät riitä masennuksen hoitoon, sillä masentunut tarvitsee hoidollista lähestymistapaa ja hoidollisia interventioita. (Lilja ym. 2006).

Tämä on huomioitu myös Käypä hoito –suosituksessa (2010) psykososiaalisen tuen merkityksenä, mikä on sairaanhoitajan työn keskeisintä aluetta.

2.4.Masennus ja parisuhde

Parisuhteella tässä teoriakatsauksessa tarkoitetaan useimmiten avioliittoa, jonka osapuolet olivat eri sukupuolta keskenään ja he olivat eurooppalaisia tai amerikkalaisia. Masennuksella ja depressiolla tarkoitetaan sellaista masennustilaa, joka oli todennettu jollakin validilla mittarilla kliinisesti merkittäväksi. Tähän katsaukseen pyrittiin valitsemaan lievään ja keskivaikeaan masennukseen painottuvia tutkimuksia. Vain muutamissa tutkimuksissa masennus oli vakava-asteista. Sairaalahoittoa vaativiin, kuten psykoottisiin masennustiloihin ja itsemurhaan liittyvät tutkimukset, jätettiin pois. Käypä hoito -suositus depression (2010) osalta ottaa niukasti kantaa perheen tai puolison huomioimiseen. Sainola-Rodriguezin ym. (2007) mukaan perhehoitotyö oli yksi näyttöön perustuva toimiva menetelmä masentuneen ihmisen sairaalahoidossa.

Avioliitto yleensä lisää ihmisen terveyttä ja vähentää kuolleisuutta, sillä siviilisääty selittää kuolleisuuseroja väestössä enemmän kuin koulutustaso tai alueelliset erot (Koskinen ym. 1999). Naimisissa oleminen vähentää riskiä sairastua depression (Lindeman ym. 2002), sairastumisriskiä puolestaan lisäävät erot ja menetykset (Heiskanen ym. 2011). Parisuhteiden erilaisuus elämän kulun vaihtuvissa tilanteissa saattaa johtaa myös siihen, että joissakin parisuhteissa eläminen vaarantaa ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin sekä altistaa masennukseen sairastumiselle (Nyman & Stengård 2001, Hegarty ym. 2004, Åstedt-Kurki ym. 2008) ja joskus avioero voi edistää depressiosta toipumista enemmän kuin suhteessa jatkaminen (Cohen ym. 2007). Parisuhteen laadun ja masentuneisuuden välillä olevaa yhteyttä on tutkittu ja selitetty monella tavalla (Mead 2002). Läheisiin suhteisiin liittyvä sosiaalinen tuki voi ajoittain olla myös raskas taakka, varsinkin jos toinen voi hyvin huonosti (Nyman & Stengård 2001). Myös puolisoiden sairastamisen samanlaisuutta on tutkittu. Meylerin ym. (2007) kokoama systemaattinen kirjallisuuskatsaus antaa selkeätä näyttöä siitä, että puolisoiden sairastamisessa on paljon yhtenevyyttä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin terveystyöskäytymisen osalta.

Tutkimusten mukaan näyttää olevan eroa sillä, onko masennukseen sairastunut mies vai nainen. Myös sillä on merkitystä, kumman puolisoista on kyse. Myös keskimääräinen masentuneisuuden

aste on erilainen näiden neljän ryhmän välillä. Teichman ym. (2003) kuvaa tutkimuksessaan näitä neljää ryhmää masentuneisuuden asteen mukaan ja yhdistää löytönsä aiempiin samantyyppisiin löytöihin: masennuksesta kärsivät miespotilaat ovat vakavammin masentuneita kuin masentuneet naiset. Myös miespotilaiden vaimot olivat masentuneempia kuin masennuksesta kärsivien naisten puolisoita. Samantyyppisiä tuloksia saivat myös Stimpson, Peek ja Markides (2006) tutkimuksessaan. Masennuksen vaikeusaste korreloi puolisoilla (Lindeman ym. 2002, Teichman ym. 2003). On todettu, että masentuneet pariskunnat eroavat ryhmänä niiden pariin ryhmästä, jotka eivät kärsi masennuksesta. Parisuhteissa, joissa on masennusta, kumpikin puoliso on usein masentunut, mutta hoidossa olevan masennus on yleensä asteeltaan vakavampaa (Whiffen ym. 2001, Heene ym. 2003).

Parisuhdetyytyväisyyden ja depressio-oireiden määrän välillä on yhteyttä, mutta sukupuolen yhteys tähän on tuottanut toisistaan poikkeavia tutkimustuloksia. Joissakin tutkimuksissa on todettu vaikutus suuremmaksi naisilla kuin miehillä, toisinaan eroa ei ole löydetty sukupuolten välille (Kouros ym. 2007). Parisuhdetta on kuvattu eniten masentuneen vaimon kannalta, ja vähiten taas sellaisen naisen näkökulmasta, jonka mies on masentunut. Osaltaan tämä selittyy sillä, että naiset kärsivät depressiosta miehiä useammin, jolloin miespuolisoitakin on enemmän kuin naispuolisoita (Lindeman ym. 2002). Tutkimuksista löytyi enemmän näyttöä siitä, että naisen masentuneisuus masentaa myös hänen puolisonsa (Whiffen ym. 2001, Teichman ym. 2003, Goodman 2004, Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka 2006), vähemmän näyttöä on toisensuuntaisesta siirtymisestä.

Seuraavassa kuvataan kirjallisuuskatsauksen tulosten valossa masennusta ja parisuhdetta neljästä eri näkökulmasta. Nämä ovat masentuneen naisen ja hänen puolisonsa sekä masentuneen miehen ja hänen puolisonsa.

Parisuhde masentuneen naisen kannalta

Masentunut nainen on monella tavalla tyytymätön parisuhteeseen, jossa elää (Coyne ym. 2002, Davila ym. 2003, Spotts ym. 2004, Olshansky & Sereika 2005, Escriba-Agüir ym. 2008). Hänellä on kokemusta aiemmista parisuhteista sekä eroamisesta (Coyne ym. 2002). Parisuhteessa eläminen vaatii sopeutumista kummaltakin osapuolelta, mutta masentunut nainen on vähiten sopeutunut

parisuhteessa elämiseen verrattuna puolisoonsa tai terveisiin naisiin (Heene ym. 2007). Hänen kiintymyssuhdetyylinsä on useimmiten turvaton eli takertuva, välttelevä tai pelokas (Whiffen ym. 2001), eikä hän helposti ilmaise todellisia tunteitaan, koska pelkää menettävänsä läheistensä kiintymyksen (Uebelacker ym. 2003, Olshansky & Sereika 2005).

Masentunut nainen kokee, että suhteessa on paljon konflikteja (Dennis & Ross 2006). Nämä lisäävät yhteyttä depression ja parisuhdetyytymättömyyden välillä (Kouros ym. 2008). Hän ei usko puhumisella olevan paljoa merkitystä (Byrne ym. 2004) ja hänen kommunikointityylinsä on vaativa, johon puoliso vastaa vetäytymällä (Uebelacker ym. 2003, Heene ym. 2007). Masentuneella naisella on vähän valtaa avioliitossaan, muttei mahdollisuutta eroon (Byrne ym. 2004). Masentunut nainen on myös kohdannut lähisuhdeväkivaltaa parisuhteessaan huomattavasti useammin, vakavampana ja monialaisempana kuin masentumaton sisarensa (Byrne ym. 2004, Hegarty ym. 2004).

Synnytyksenjälkeistä masennusta ennustaa varmimmin naisen aiempi depressiivisyys (Escriba-Agüir ym. 2008), mutta myös sosiaalisen tuen puute puolisolta on yhteydessä masennukseen (Dennis & Ross 2006), koska vauvan äiti kaipaisi eniten sosiaalista tukea juuri puolisoltaan (Tammentie, Paavilainen ym. 2004). Myös muissa elämäntilanteissa naisen kokema tuen puute puolisolta liittyy masentuneisuuteen (Spotts ym. 2004). Naisen masennuksen vakavuuden aste näkyy vähentyneenä osallistumisena kotiasioiden hoitoon (Teichman ym. 2003). Yleisvaikutelma parisuhteesta masentuneen naisen kannalta on se, että sitä leimaa tyytymättömyys parisuhteeseen ja omien voimavarojen puute, mutta hän ei voi odottaa saavansa tukea mieheltään.

Parisuhde masentuneen naisen puolison kannalta

Vauvaperheessä puolison masentuneisuus herättää miehessä avuttomuuden ja turhautuneisuuden tunteita, oma äiti on miehen mielestä ollut erilainen eli kaikkeen yksin pystyvä ja jaksava (Tammentie, Paavilainen ym. 2004). Mikäli mies kuitenkin on läsnä ja auttaa konkreettisissa asioissa, se ylläpitää läheisyyttä puolisoon, sillä lapsen isä on äidille tärkein tuen lähde. (Tammentie, Paavilainen ym. 2004). Helposti kuitenkin käy niin, että mies vetäytyy kontaktista masentuneeseen puolisoonsa. Näin voi käydä myös muulloin, kuin vauvaperhevaiheessa (Tammentie, Tarkka ym. 2004, Heene ym. 2005).

Vaimon masennus saattaa siirtyä puolisoon (Tammentie, Paavilainen ym. 2004), sillä vaimon synnytyksenjälkeinen masennus on merkittävin ennustava tekijä puolison masentumiselle tänä aikana (Goodman 2004, Bielawska- Batorowicz & Kossakowska- Petrycka 2006). Myös muissa elämäntilanteissa vaimon masentuneisuus masentaa puolisoa (Whiffen ym. 2001, Teichman ym. 2003), paitsi vanhemmilla miehillä (Stimpson ym. 2006). Vaikka puoliso ei olekaan niin masentunut kuin vaimonsa (Whiffen ym. 2001), niin vaimon huonompi käsitys parisuhteen laadusta (Davila ym. 2003) tai perheen toimivuudesta (Tammentie, Paavilainen ym. 2004) vaikuttaa myös miehen käsitykseen suhteen laadusta (Spotts ym. 2004), jolloin se värityy helposti miehenkin mielessä vaimon depressiivisten, negatiivisten ajatusten kautta (Davila ym. 2003, Dennis & Ross 2006). Kiintymyssuhdetyyli puolisolalla on useimmiten turvallinen, mutta mitä vakavammin tai pitkäaikaisemmin masentunut hänen vaimonsa on, sitä todennäköisemmin myös puolison kiintymyssuhdetyyli on turvaton (Whiffen ym. 2001). Vanhoilla miehillä oma tyytyväisyys elämään ei vähentynyt vaimon masennuksen myötä, mutta se laski heidän itsearvostustaan (Stimpson ym. 2006).

Yleiskuvana miehen, jonka vaimo on masentunut, näkökulmasta välittyy kuva parisuhteesta, jossa vaimon depressiivisyyden leimaamat käsitykset siirtyvät myös miehen maailmaa värittäviksi. Mies reagoi tähän usein vetäytymällä ja masentamalla itsekin.

Parisuhde masentuneen miehen kannalta

Ollessaan pitkässä suhteessa mies reagoi herkemmin depressiivisyydellä parisuhteen toimimattomuuteen, kuin silloin, kun parisuhde on tuore (Kouros ym. 2008). Mies sietää huonommin parisuhteen negatiivisia tunteita masentumatta kuin vaimonsa (Teichman ym. 2003). Mikäli hän ei ilmaise tunteitaan ja ajatuksiaan, se lisää hänen tyytymättömyyttään suhteeseen (Uebelacker ym. 2003). Puolison depressiivisyys masentaa miestä (Whiffen ym. 2001, Teichman ym. 2003, Goodman 2004, Bielawska- Batorowicz & Kossakowska- Petrycka 2006, Escribe-Agüir ym. 2008), mutta miehet eivät ajatelleet masentuneisuutensa syyn olevan puolisossaan, vaan ennemminkin muiden perheenjäsenten tai työn aiheuttamaa (Heene ym. 2007). Miehen omilla persoonallisuudenpiirteillä ja aiemmin sairastetuilla masennuksilla on merkitystä puolison lisäksi (Teichman ym. 2003, Goodman 2004, Escribe-Agüir ym. 2008), samoin kiintymyssuhdetyylillä, sillä pelokas tyyli on yleisin masentuneilla miehillä (Whiffen ym. 2001). Toisaalta miehen

masennus ei liity niinkään yksilölliseen depressiotaipumukseen, vaan elämäntilanteen stressitekijöihin; ainakin silloin, kun on kyse vauvaperheestä (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska 2006), ja jos hän ei koe tällöin saavansa riittävästi sosiaalista tukea (Escribe-Agüir ym. 2008). Vaimonsa vaativuuteen mies vastaa vetäytymisellä (Uebelacker ym. 2003). Masentuneen miehen kannalta parisuhteesta välittyy kuva kuormittuneisuudesta, tuen puutteesta ja vetäytymisestä negatiiviseksi koetusta yhteydestä.

Parisuhde masentuneen miehen puolison kannalta

Masentuneen miehen puoliso tupakoi paljon (Lindeman ym. 2002). Vanhemmalla pariskunnalla miehen masennus vähentää vaimon itsearvostusta, tyytyväisyyttä elämään sekä psyykkistä hyvinvointia (Stimpson ym. 2006), mutta raskaana olevan naisen masentuneisuutta ei masentunut puoliso lisännyt (Escribe-Agüir ym. 2008). Nainen voi valita hoivaavan roolin suhteessa neuroottisuuteen ja depressiivisyyteen taipuaiseen mieheensä, jolloin mies ei masennuksestaan huolimatta ole tyytymätön parisuhteeseensa (Davila ym. 2003). Myös tässä parisuhteessa nainen on usein vaativan henkilön roolissa, kun mies puolestaan vetäytyy (Whiffen ym. 2001). Masentuneen miehen vaimon kannalta parisuhteesta välittyy sellainen kuva, että hän pyrkii selviytymään tilanteesta oman hyvinvointinsa kustannuksella.

2.5. Yhteenveto

Teoreettisessa katsauksessa oli tarkoituksena perehtyä masennukseen ilmiönä sekä löytää tutkittua tietoa erityisesti masennuksen lievempien muotojen vaikutukseen parisuhteeseen. Koska masennus ilmiönä ja masentuneet ihmiset koskettavat jatkuvasti suuria ihmismääriä, oli tutkimusta masennukseen liittyen runsaasti ja eri näkökulmista. Terveystieteiden ammattilaisten lisäksi perheet ja läheiset kantavat suurta masennuksen aiheuttamaa taakkaa. Perheenjäsenten hyvinvointi tai paha olo vaikuttaa kaikkiin perheenjäseniin ja perheeseen kokonaisuutena (Åstedt-Kurki ym. 2008). Masentunut on usein valitteleva, arvosteleva, avuton, hän vetäytyy ihmissuhteista yksinäisyyteen ja laiminlyö itsensä hoitoa, mikä vähentää myös muiden perheenjäsenten hyvinvointia (Helasti 1999). Vakavammista mielenterveyshäiriöistä ja vakavasta masennuksesta kärsivien potilaiden läheisten kuormittumista on tutkittu paljon (Helasti 1999, Nyman & Stengård

2001, Leinonen ym. 2002, Saharinen ym. 2005). Heidän riskinsä sairastua itse masennukseen on huomattavasti muuta väestöä suurempi (Nyman & Stengård 2001). Lievän ja keskivaikean masennuksen hoito on suhteellisen uutta, joten myös heidän läheisiään ja parisuhteitaan on tutkittu vähemmän.

Tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella hoitotieteellistä tietoa oli olemassa niukasti masentuneen puolison kokemuksesta, jos puoliso ei ollut omaishoitaja tai sairaalahoitoa ei tarvittu. Lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavan puolisoa ei oikein voi pitää omaishoitajana, koska lievää tai jopa keskivaikeaa masennusta sairastava pärjää kuitenkin usein jotenkin arjessaan, jopa työssä käyden, vaikkakin niukemmin voimavaroin. Suuri osa lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta jää tunnistamatta ja hoitamatta, koska ihmisellä on vähemmän oireita eikä hänen toimintakykynsä laske niin selvästi kuin vaikeammassa depressiossa. Muutos ihmisen mielialassa ja voinnissa tapahtuu usein vähitellen: ensin on vähemmän ja lievempiä masennusoireita, jolloin hiljalleen muuttuvaan tilanteeseen tottuvat niin sairastunut itse kuin läheisetkin. (Käypä hoito 2010.)

Psykologinen tutkimus aiheesta oli melko runsasta nojaten lukuisiin psykologisiin teorioihin ja niiden testaamiseen. Lisäksi erilaisten psykoterapioiden merkitystä masennuksen hoidossa oli tutkittu paljon. Tämä kertonee myös siitä, että hoitajat ovat työskennelleet tähän asti yleisemmin vakavampien mielenterveysongelmista kärsivien kanssa psykologien hoitaessa avohoidossa niitä ihmisiä, joilla on enemmän voimavaroja elämässään.

Teoreettinen katsaus masennuksen ja parisuhteen välisestä yhteydestä toi sängen yksiselitteisesti esiin sen, miten masennusta on usein kummallakin parisuhteen osapuolella. Myös se tuli esiin, että sukupuolella on merkitystä ja tutkitut asiat eroavat usein sukupuolen mukaan. Varsinainen hoitotieteellinen tieto koskien masennuksen lievempiä muotoja ja parisuhdetta puuttuu, jos masentuminen ei liity somaattiseen sairastamiseen tai lapsen tulon perheeseen. Erityisesti tieteellinen kuvaus masentuneiden oman kokemuksen näkökulmasta puuttuu.

DINADEP on Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tutkimushanke, jonka mielenkiinto kohdistuu masennuksesta kärsiviin pareihin terapiatutkimuksen kautta (Hautamäki & Ojala 2008, Perko 2009, Rautiainen 2010). Käypä hoito suositus depression (2010) osalta ottaa niukasti kantaa perheen tai puolison huomioimiseen, jos kyse ei ole psykoterapiasta. Perheiden ja perhehoitotyön näkökulmaa on vähäinen. Se olisi tärkeä nostaa esiin, sillä 1990-luvulla alkanut kehitys näyttää

jatkuvan ja hoitotyön asiantuntijoiden vastuu tulee kasvamaan depressiopotilaiden ja heidän perheidensä hoidossa (STM 2010, Tauriainen 2010).

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sitä, mitä masennus on parisuhteessa puolison näkökulmasta silloin, kun toinen puoliso kärsii masennuksesta, mutta ei ole sairaalahoidossa. Tutkimuskysymyksenä oli, miten vaimo kokee masennuksen parisuhteessa, kun hänen miehensä on masentunut.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda terveydenhuollon ammattilasten tietoon niiden masennukseen sairastuneiden puolisojen kokemuksia, joita ei pidetä omaishoitajina. Tällöin on usein kyseessä lievä- tai keskivaikea masennus, jonka hoito kuuluu perusterveydenhuoltoon. Puolison ja perheen tilanne jää usein huomiotta, koska hoidossa keskitytään pääsääntöisesti vain masentuneeseen henkilöön, myös uusien ohjeiden mukaan (Käypä hoito 2010, Tuisku & Rossi 2010). Tavoitteena on laajentaa ennaltaehkäisyä ja varhaisen puuttumisen näkökulmaa koskemaan myös perheitä ja puolisoa kansanterveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi.

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1. Aineiston keruu

Tutkimukseen haastateltuihin saatiin yhteys omaisyhdistyksen kautta. Joulukuussa 2009 yhdistyksen talvikauden jäsenkirjeen mukana lähetettiin kutsukirje osallistua tutkimukseen (Liite 1). Myös omaisyhdistyksen työntekijät tarjosivat mahdollisuutta osallistua tutkimukseen sellaisille jäsenille, jotka kävivät yhdistyksen tilaisuuksissa. Haastatteluun halukkaat ottivat yhteyttä tutkijaan joko itse tai omaisyhdistyksen työntekijän välityksellä. Haastattelut toteutettiin joulukuun 2009 ja helmikuu 2010 välisenä aikana. Osa haastatelluista toi esiin sen, ettei kuulunut omaisyhdistykseen miehensä masennuksen vuoksi, vaan oli muun läheisensä mielenterveysongelman vuoksi yhdistyksen jäsen.

Aineiston keruumenetelmänä oli avoin haastattelu. Taustatietoina kysyttiin haastateltavan ja puolison ikää, parisuhteen kestoa, ja sitä, käykö töissä, opiskeleeko vai onko eläkkeellä sekä lasten lukumäärää. Masentuneesta puolisoista eli miehestä kysyttiin edellisten asioiden lisäksi hänen masennuksensa kestoa ja sen ilmenemistapoja, terveydentilaa haastatteluhetkellä sekä hoitoa ja apua, jota mies oli saanut tai hakenut masennuksensa vuoksi. Haastattelun kuluessa tarkennettiin myös sitä, mistä ajankohdasta kulloinkin puhuttiin.

Etukäteen muotoillut haastattelun aihealueet olivat:

1. Parisuhteen tilanne ennen masennuksen alkamista.
2. Sairastuminen masennukseen.
3. Masennuksen vaikutus parisuhteeseen.
4. Puolison masennuksen vaikutus haastateltavaan.
5. Haastateltavan kokemus siitä, miten on tullut huomioiduksi, kun/jos miestä on hoidettu masennuksen vuoksi.

Aihealueiden tarkoituksena oli toimia tutkijan apukysymyksinä ja muistilistana siinä tapauksessa, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt tarvitsisivat tarkempaa ohjausta siitä, mistä asioista he voisivat kertoa haastattelussa. Varsinaisissa haastatteluissa keskustelut etenivät pääasiassa haastateltavan itse esiin nostamien asioiden pohjalta, sillä haastateltavilla oli paljon kerrottavaa

tutkittavasta asiasta. Tutkija pyrki ohjaamaan keskustelua masennusvaiheesta puhumiseen sekä siihen, että haastateltava kertoisi omia kokemuksiaan omasta näkökulmastaan. Haastatteluissa oli tyypillistä, että haastateltavat alkoivat kuvata laajasti puolisonsa vointia ja oireita, jolloin asioiden merkitystä haastateltavalle itselleen piti kysyä erikseen. Odotukset, kritiikki ja kiitokset terveydenhuollon ammattilaisille tulivat esiin sangen spontaanisti.

Seitsemän puolison haastatteluista kertyi yhteensä kahdeksan eri haastattelua. Digitaalisesti tallennettuja haastatteluja kertyi yhteensä 7 h 47 minuuttia. Haastattelujen pituuden vaihteluväli oli 0.39 –1.29. Haastatteluista kertyi litteroituna kirjallista aineistoa 100 sivua, riviväli 1:llä ja Times new roman -fontilla kirjoitettuna.

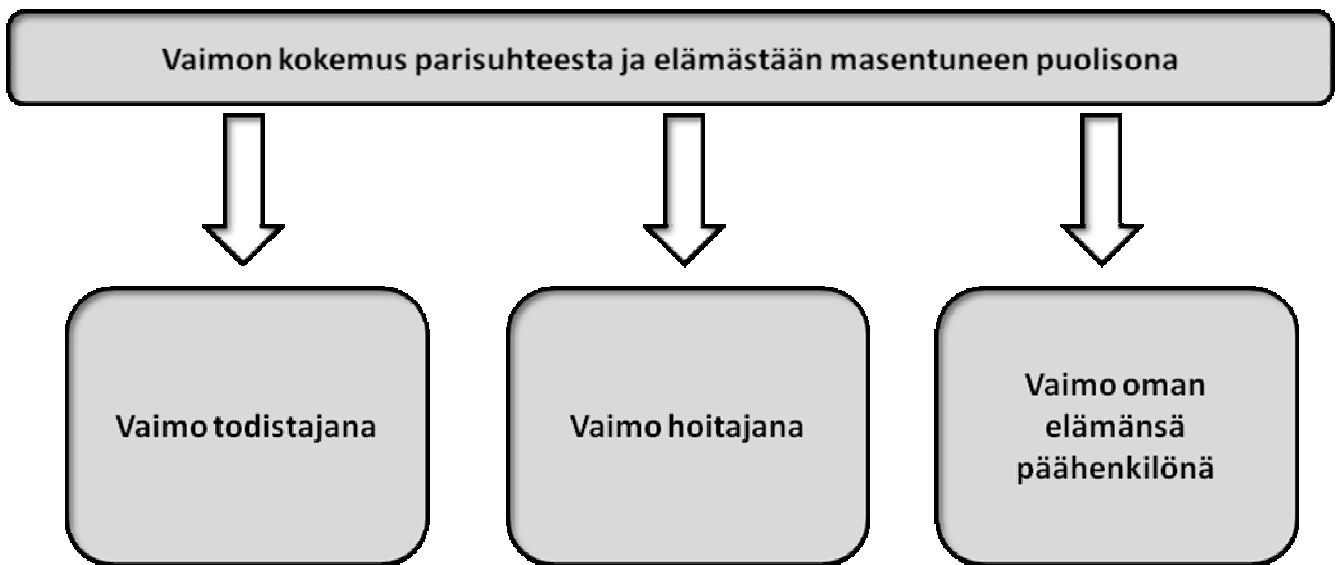
4.2.Aineiston analysointi

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä (Kylmä & Juvakka 2007, Kyngäs ym. 2011), koska se sopii menetelmäksi erityisen hyvin silloin, kun asiasta ei tiedetä vielä paljoa tai aiempi tieto on hajanaista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Hoitotieteellisen tutkimustiedon puute masennuksesta parisuhteessa tuli esiin tiedonhaussa.

Aineistoon perehdyttiin perusteellisesti, sillä haastattelujen tekemisen lisäksi tutkija aukikirjoitti ne itse. Litteroitu aineisto luettiin läpi useaan kertaan analyysin eri vaiheissa. Aluksi haastatteluista etsittiin tutkimustehtävään vastaavat ilmaisut ja aineistolta kysyttiin, miten vaimo kokee miehensä masennuksen parisuhteessa (Kylmä & Juvakka 2007). Analyysiyksikkönä käytettiin merkityskokonaisuutta, joka oli vähintään yhden lauseen mittainen. Nämä alkuperäisilmaisista poimitut merkityskokonaisuudet pelkistettiin. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 1020 kpl.

Analyysiyksiköitä poimittiin ensin paperiversiosta yliviivaustussilla, sitten tietokoneen näytöltä kopioiden, joten valintoja tuli pohdittua useaan kertaan. Alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset kirjoitettiin tiedostoon, jossa ne olivat rinnakkain. Kunkin haastateltavan teksti kirjoitettiin erilaisella fontilla, jotta palaaminen alkuperäisilmaisuihin ja asiayhteyteen mahdollistuisi tarvittaessa. Alusta asti kunkin haastatellun tiedostot nimettiin keksityllä etunimellä. Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin sisällön perusteella niin, että niistä alkoi muodostua ryhmiä eli alaluokkia (Kylmä & Juvakka 2007). Näitä alaluokkia muodostui yhteensä 106 kpl. Alaluokkia

sisällön perusteella ryhmittelemällä syntyivät yläluokat (Kylmä & Juvakka 2007), joita tästä aineistosta tuli yhteensä 22 kpl. Yläluokista muodostui kolme pääluokkaa, jotka nimettiin seuraavasti: Vaimo todistajana, Vaimo hoitajana ja Vaimo oman elämänsä päähenkilönä. Koko luokittelu- ja nimeämisprosessin tulokset koottiin yhteen excel-tiedostoon (Liite 3). Yhdistävänä pääkategoriana on Vaimon kokemus parisuhteesta ja elämästään masentuneen puolisona. Tämä on esitettyinä kuviossa 1.



Kuvio 1 Yhdistävän pääkategorian Vaimon kokemus parisuhteestaan ja elämästään masentuneen puolisona muodostuminen kolmesta pääluokasta

5. TULOKSET

5.1. Tutkimuksen osallistujat ja heidän puolisonsa

Parisuhteen ja vuorovaikutussuhteen kuvaaminen käsitteiden tasolla on haastavaa, niin että lukijalla säilyisi käsitys siitä, kummasta parisuhteen osapuolesta kirjoitetaan. Jatkossa tässä tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti ilmausta vaimo kuvaamaan niitä henkilöitä, joita haastateltiin tutkimukseen. He olivat kaikki naisia. Heidän puolisoistaan käytetään ilmaisua mies, joka oli parisuhteen masentuneeksi määritelty osapuoli. Häntä ei tavattu eikä siis haastateltu. Puoliso -sanaa käytetään viittamaan kumpaan tahansa parisuhteen osapuoleen, jolloin asiayhteydestä käy ilmi, kummasta on kyse. Tutkimukseen liitetyistä haastattelukatkelmista eikä muistakaan yksityiskohdista voi tunnistaa, keitä tutkimukseen haastatellut henkilöt tai heidän puolisonsa olivat. Myös aineistokatkelmissa käytetyt nimet ovat keksittyjä.

Tutkimukseen osallistui seitsemän naista, joiden mies kärsi parhaillaan tai oli kärsinyt masennuksesta. Haastateltavat valittiin niiden 18 henkilön joukosta, jotka ottivat tutkijaan itse yhteyttä ja ilmoittivat halukkuutensa osallistua haastatteluun. Koska 18 haastateltavaa olisi ollut liian suuri määrä tähän laadulliseen tutkimukseen, haastateltavien määrää piti karsia. Sen vuoksi piti määritellä ulossulku- ja sisäänottokriteerit.

Yhtenä sisäänottokriteerinä oli se, että haastateltava oli edelleen parisuhteessa siihen henkilöön, jonka puolisona elämisestä haastateltiin. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin ne, joiden parisuhde oli ohi joko puolison itsemurhan tai suhteen muun katkeamisen vuoksi. Haastateltavaksi ei myöskään valittu niitä henkilöitä, joiden puolisoilla oli vaikeampia mielenterveyshäiriöitä, kuten bipolaarihäiriödiagnoosi. Tutkimuksesta poissulkukriteerinä käytettiin myös tiedossa olevaa muuta mielenterveyteen vaikuttavaa diagnoosia kuten neurologinen sairaus, persoonallisuushäiriö tai ensisijainen päihdeongelma, jotka omalla tavallaan kuormittavat parisuhdetta ilman masentuneisuuttakin.

Haastateltavien vaimojen ikä vaihteli 23 vuodesta 56 vuoteen. Heidän miehensä olivat 25 – 58 vuotiaita. Haastateltavat olivat joko töissä, kotiäitinä, yrittäjänä, työttöminä tai opiskelemissa ammattiin. Koulutustausta vaihteli toisen asteen koulutuksesta akateemiseen tutkintoon, samoin

kuin heidän miehillään. Miespuolisoissa oli töissä käyviä, työttömiä, mutta myös niitä, jotka olivat haastatteluhetkellä sairauslomalla tai eläkkeellä myös muista syistä, kuin mielenterveyshäiriön vuoksi. Pariskunnat olivat joko avo- tai avioliitossa, suhteen kesto vaihteli noin kahdesta vuodesta yli 30 vuoteen. Lapsia haastatelluilla oli yhteensä 10, vaikka lapsettomiakin perheitä oli. Lasten iät vaihtelivat 1,5 -vuotiaasta 36 -vuotiaaksi. Lapsenlapsia ei ollut kenelläkään.

Lähes kaikki haastatellut vaimot tunnistivat, että heillä itselläänkin oli ollut masennuksen oireita jossain vaiheessa elämää. Joillakin heistä oli ollut hoitona mielialalääkitystä, keskusteluapua tai KELAn tukemaa psykoterapiakuntoutusta.

Haastatellut vaimot käyttivät osin diagnostisia termejä ja osin muuten kuvailivat puolisoidensa voinnissa tapahtuneita muutoksia, joiden katsoivat liittyvän masennukseen. Masennus oli täten osallistujien itse määrittelemää. Valittaessa haastateltavia tutkimukseen näistä miehen oireista ja masennuksen ilmenemismuodoista neuvoteltiin tutkijan kanssa, joka vertasi niitä masennuksen diagnostisiin kriteereihin ja muihin psykiatrisiin diagnooseihin ulossulku- ja sisäänottokriteerien mukaisesti.

Haastatellut kertoivat puolisoidensa masennukseen liittyneen uupumusta, pakko-oireita, psykoottista masennusvaihetta ja reaktiivista masennusta. Miespuolisoilla ei ollut ollut päihteiden ongelmakäyttöä parisuhteen aikana, vaikka alkoholinkäyttö olikin saattanut lisääntyä masennuksen myötä. Nämä oireet, samoin kuin masennuksen vakavuus, olivat vaihdelleet ajan kuluessa. Miehet olivat olleet suurimmaksi osaksi työssäkäyviä tai opiskelevia ihmisiä myös masentuneempina kausinaan.

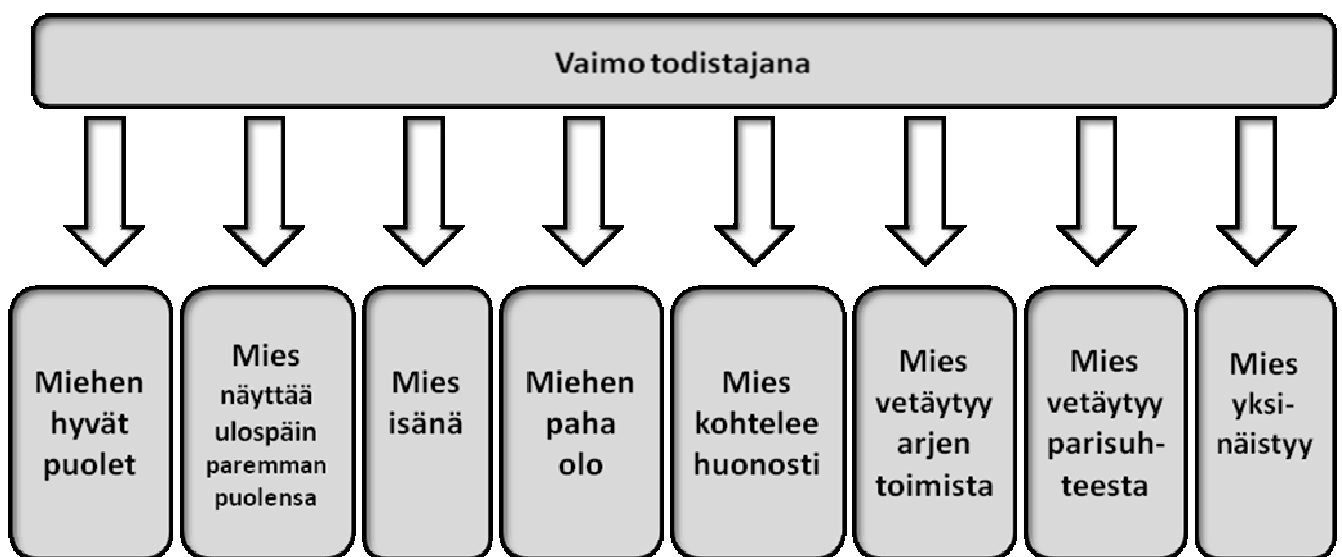
Haastatellut tai heidän puolisonsa olivat hakeneet apua erilaisten palveluiden kautta. Näitä olivat terveyskeskus, työterveyshuolto, psykiatrinen avohoito ja -sairaala, A-klinikka, yksityissektorin psykoterapeutit, joko KELAn kuntoutustuella ja/ tai omakustanteisesti, sekä kolmannen sektorin toimijat. Osa miehistä ei ollut hakenut tai saanut mitään hoitoa masennukseensa. Myös hoitoon hakeutuneilla miehillä oli ollut kausia, jolloin heillä ei ollut voimassa olevaa hoitokontaktia, vaikka he olivatkin olleet selvästi masentuneita. Kukaan haastateltavista ei puhunut itsestään omaishoitajana.

Miehen mielialaa ja masennuksen tuomia ongelmia hoidettiin erilaisin menetelmin, jotka vaihtelivat samallakin ihmisellä ajan kuluessa. Näitä olivat esimerkiksi pelkkä lääkehoito, tai lääkehoito ja supportiivinen hoitosuhde, keskusteluterapia, psykoterapia, kolmannen sektorin keskusteluapu ja ryhmähoito, sopeutumisvalmennuskurssit tai pariterapia. Jotkut eivät olleet saaneet mitään erityistä hoitoa masennukseensa tai hoito oli katkonaista tai se ei ollut ollut riittävän pitkään jatkuvaa. Riittävän pitkä hoito olisi tarkoittanut sitä, että masennus olisi hoidettu loppuun asti eli oireettomaksi. Hoitokäytännöt olivat siis hyvin vaihtelevia.

5.2.Vaimo todistajana

Pääluokka vaimo todistajana kuvaa vaimojen kokemusta siitä, miten heille syntyi uusi rooli elämässään miehen masennuksen myötä. Vaimot seurasivat läheltä masennuksen aiheuttamaa muutosta, joka näkyi niin miehessä kuin heidän yhteisen elämänsä eri osa-alueilla.

Pääluokka muodostuu kahdeksasta yläluokasta, jotka kuvaavat vaimon havainnoimia asioita masentuneessa miehessään. Ne ovat miehen hyvät puolet, mies näyttää ulospäin paremman puolensa, mies isänä, miehen paha olo, mies kohtelee huonosti, mies vetäytyy arjen toimista, mies vetäytyy parisuhteesta ja mies yksinäistyy. Nämä on koottu kuvioon 2.



Kuvio 2. Vaimo todistajana pääluokan muodostuminen

Miehen hyvät puolet

Miehen masentuneisuuden kuvaus sisältää paljon kärsimystä ja raskaita asioita vaimon näkökulmasta. Kuitenkin vaimot toivat esiin myös puolisonsa hyviä puolia ja vahvuuksia, jotka olivat läsnä ainakin osittain masennuksesta huolimatta. Näitä olivat esimerkiksi se, että vaimon mielestä mies oli ylipäänsä fiksu, älykäs ja hyväntahtoinen ihminen. Miehen hyvät puolet vähenivät silloin, kun hän oli masentuneempi. Miehen hyvien puolien ja voimavarojen näkeminen ja muistaminen helpotti vaimon oloa ja loi toivoa parempaan tulevaisuuteen.

Miehen hyvinä puolina tuotiin esiin se, ettei mies ole väkivaltainen ja huolehtii oman sairautensa eli masennuksensa hoidosta. Vaimot kokivat hyvänä sen, että ajan myötä mies oli oppinut elämään masennuksensa kanssa, mikä oli helpottanut perhe-elämää ja vaimonkin oloa. Mieheissä hyvää oli se, kun tämä oli oppinut hillitsemään synkkyytensä esiintuomista tai että tämä oli lopettanut vaimonsa syyttelyn sairastumisestaan tai että sairaanakin miehestä oli ollut tarvittaessa ajoittain tukea vaimolle.

Mies näyttää ulospäin paremman puolensa

Vaimot kuvailivat miehensä masennuksen tulleen eniten esille suhteessa vaimoon ja kotona. Vaimot kokivat huomanneensa paljon sellaisia asioita miehessään, joita muut eivät miehessä nähneet ja mitä mies ei halunnut muille näyttää. Vaimo huomasi, miten kodin ulkopuolella, kuten töissä tai muiden ihmisten läsnä ollessa, mies keräsi voimansa ja pyrki piilottamaan masentuneisuutensa ja pahan olonsa. Mies yritti olla siten, kuin hänellä ei olisi mitään erityistä voinnissaan. Vaimot näkivät myös sen, kuinka masennuksen peittely vei mieheltä paljon voimia, joten tämä oli entistä väsyneempi ja voimattomampi ollessaan taas kotona perheen parissa.

Joskus miehet kertoivat vaimolleen vaikeudestaan jaksaa töissä tai sitten vaimo huomasi sen ilman sanoja. Sairauslomalle jääminen ei silti ollut miehille helppoa. Jotkut miehet eivät kokeneet sitä lainkaan mahdollisena, eivätkä he selvistä masennusoireista huolimatta jääneet pois töistä.

”[Mies] lähetti mulle töistä viestin, että ei hän jaksaa täällä töissä olla, että hänen täytyy tehdä jotain, ennenkuin hän pimahtaa. Että ei hän jaksaa, ahdistaa niin hirveästi. Nii sit mä laitoin viestin takasin, että mä oon sanonu tosi kauan, että sun

tarvitsee jotain tehdä. Nyt se on taas sitä mieltä, että ei se voi mitään tehdä, kun se on niin, että ajattelee siskoaan siinä asiassa.” Tuija

Mies isänä

Silloin, kun parilla oli lapsia, vaimot näkivät masentuneen miehensä isänä useilla tavoilla. Toisaalta isänä oleminen pakotti miehen toimimaan arjessa ja olemaan läsnä lastensa kanssa niin, ettei hänen masentuneisuutensa voinut tulla esiin näissä tilanteissa. Vaimo huomasi, miten erityisesti lasten olemassaolo antoi iloa, mieltä ja tarkoitusta puolison elämään, vaikka nämä asiat olivat muutoin masentuneelta mieheltä usein kateissa.

Toisaalta vaimo näki myös sen, miten miehen masentuneisuus sai tämän toimimaan kasvattajana hänen mielestään huonosti. Masentuneena mies ei jaksanut aina välittää, miten lapsia hoitaa ja kasvattaa nukkumaanmenon, aterioinnin, pukeutumisen, kotiintuloaikojen ym. asioiden suhteen. Vaimolle aiheutti kärsimystä se, kun hän näki lastensakin joutuvan kärsimään isänsä masentuneisuudesta ja siitä johtuvista asioista, vaikka ne eivät olisi edes liittyneet huolenpidon puutteeseen lapsista.

”Ei se oo koko aikaa sellasta synkistelyä, [miehellä ja lapsilla] niinkun on hauskaa yhdessä ja sellasta. Paitsi että mies tekee usein sellasta, ett se laittaa jonkun dvd:n pyöriin ja lapset saa kattella sitä.” Tuija

Miehen paha olo

Vaimot näkivät läheltä hyvin monia erilaisia oireita ja muutoksia, jotka kertoivat heille miehen pahasta olost ja masentuneisuudesta. Vaimojen mielestä mies oli parisuhteen masentuneempi osapuoli, vaikka vaimolla itselläänkin saattoi olla omakohtaista kokemusta masentuneisuudesta.

Miehen paha olo tuli esiin univaikeuksina, ahdistuneisuutena, itkuisuutena, tuskaisuutena ja mielialojen vaihteluna. Miehen mielialan vaihtelut vaimot kokivat raskaina, vaikka se tarkoittikin myös masennuksen aiheuttamien ikävien asioiden väistymistä väliaikaisesti.

Vaimot joutuivat erilaisiin tilanteisiin, joissa he joutuivat vastaanottamaan ja todistamaan miehen pahaa oloa. Myös he kärsivät monien miehen mieltä vaivaavien raskaiden ja ikävien asioiden vuoksi. Jotkut näistä asioista olivat tapahtuneet miehelle jo vuosia aiemmin, mies oli saattanut esimerkiksi tulla kaltoinkohdeksi jo lapsuudessa tai nuoruudessa.

”.. et sillä niinku olo paheni tosi radikaalisti, ett hän ei enää oikee nukkunu. Se oli pahimmillaan niinku sitä, ett se oli ihan hiljaa, se oli semmosta murhaavaa hiljaisuutta, semmosta tosi pelottavaa ja ahdistavaa hiljaisuutta, hän vaan tuijotti seinään tai pihaan tai makas sohvalla” Anni

Mies kohtelee huonosti

Vaimot huomasivat, että heidän miehensä kohtelivat heitä huonommin masentuneempina. Miehen kuvailtiin olevan kärsimätön sekä suuttuvan helposti perheenjäsenille, erityisesti vaimolle. Myös fyysistä väkivaltaa oli joissain parisuhteissa ollut. Kyky ottaa muita huomioon heikkeni miehellä masentuneena, ja hänen kasvanut itsekeskeisyytensä haittasi yhteiselämää.

Vaikka vaimot usein ymmärsivät miehen masennuksen tulevan esiin tylyn puheen ja ikävien äänensävyjen kautta, niin silti se oli vaimolle rasittavaa. Miehen itsemurhapuheiden kuuleminen oli vaimolle erityisen raskasta, eivätkä he olisi halunneet joutua kuuntelemaan niitä. Myös miehen vaimoon kohdistuvat aiheettomat syytökset tuntuivat pahoilta, vaikka vaimo ymmärsikin ne masennuksen aiheuttamiksi.

”[mies sanoo]kun mä oon niin kauhee tai että kun sehän oli niin, että hänen [miehen] masennuksensa on minun syytäni” Riitta

Mies vetäytyy arjen toimista

Vaimot näkivät, miten masennukseen liittyvä uupumus ja voimattomuus sai miehen vetäytymään kodin arkisista toimista lepäilemään ja vain olemaan. Miehen osallistuminen arkisiin toimiin väheni masentumisen myötä, kun kaupassakäynti, ruoanlaitto tai laskujen maksamisesta huolehtiminen alkoi olla miehelle liian vaativa suoritus. Mies saattoi myös vähentää ja laiminlyödä hygieniansa hoitoa joskus jopa siinä määrin, että alkoi haista häiritsevästi.

Mies vetäytyy parisuhteesta

Mies vetäytyi vuorovaikutuksesta vaimoonsa niin psyykkisellä kuin fyysiselläkin tasolla. Vaimot kokivat, että kotona ollessaan mies ei ollut henkisesti läsnä. Myös parin keskustelut vähenivät, sillä mies ei enää kertonut asioistaan, puhunut tai kuunnellut vaimoaan. Mies saattoi ehdottaa eroamistakin.

Miehen koettiin vetäytyvän parisuhteesta myös siten, että hän vietti paljon aikaa tietokoneella ja internetissä. Verkossa mies saattoi olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Mahdollinen alkoholinkäytön lisääntyminen teki myös miehen poissaolevaksi suhteesta.

Mies vetäytyi pois myös fyysisestä kontaktista. Mies torjui tai suhtautui välinpitämättömästi vaimonsa kosketuksiin ja lähestymisyrittäisiin, eikä halunnut enää seksuaalista kanssakäymistä.

”no tota kun puhutaan parisuhteesta, välillä on kuin asuis jonkun kämppiksen kanssa, että ei sitä voi parisuhteeks sanoo. Että hyvin vähän on semmosta niinkun läheisyyttä.” Tuija

Miehen yksinäisyys

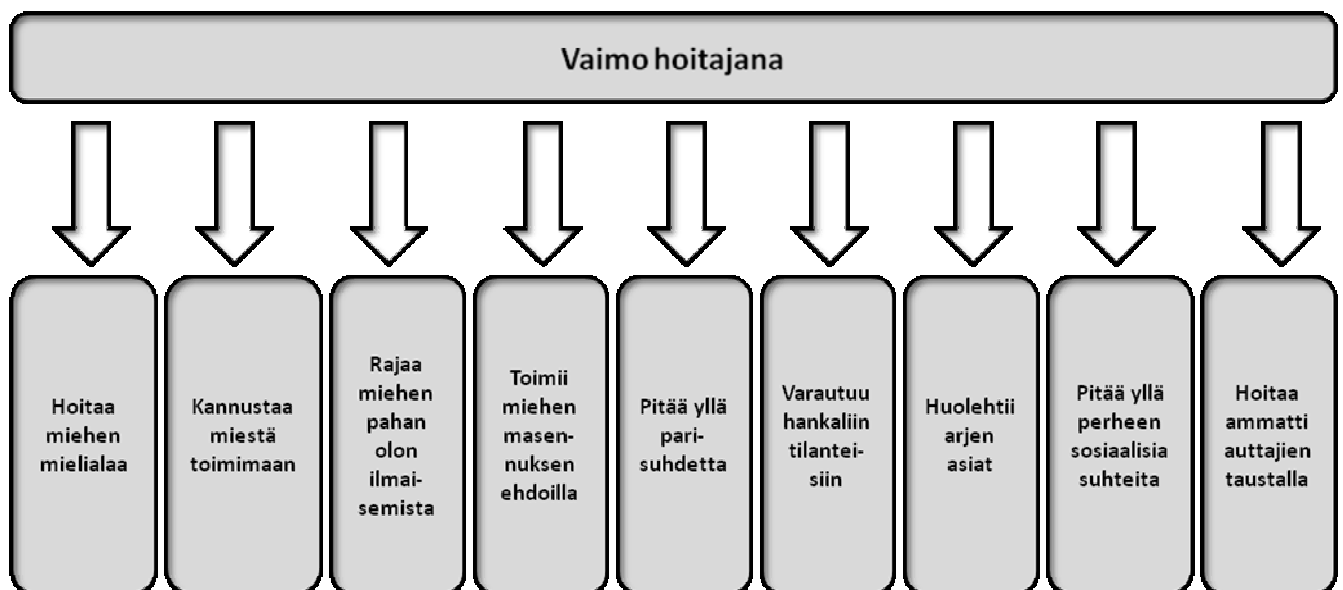
Vaimo huomasi, ettei hän ollut ainoa ihminen, jonka seurasta mies vetäytyi. Miehen yhteydenpito ystäviin, kavereihin ja omiin sukulaisiin väheni, eikä hän välttämättä vastannut puhelimeensa tai ollut muutenkaan yhteyksissä. Toisaalta miehen yksinjäämiseen saattoi vaikuttaa sekin, että joidenkin perheiden sukulaiset ja ystävät eivät enää halunneet olla yhteyksissä, kun olivat saaneet kuulla miehen mielenterveysongelmasta.

Vaimon kannalta miehen yksinäisyys tarkoitti sitä, ettei miehellä ollut juuri muita ihmisiä lähellä kuin hän. Koska hän oli niitä harvoja tai jopa ainoita, jotka tiesivät miehen huonosta voinnista, hänen yksinäinen vastuunsa miehestään kasvoi suureksi.

5.3. Vaimo hoitajana

Pääluokka vaimo hoitajana kuvaa vaimojen kokemusta siitä, miten he toimivat, kun puoliso oli masentunut. Tämä pääluokka on yhteydessä edelliseen pääluokkaan ja siinä kuvattuun todistajan rooliin siten, että vaimo alkoi muuttaa toimintaansa vähitellen todistaessaan muutosta miehessään ja tämän toiminnassa.

Pääluokka vaimo hoitajana muodostui yhdeksästä vaimon tekemistä ja toimintaa kuvaavasta yläluokasta, joita ovat: hoitaa miehen mielialaa, kannustaa miestä toimimaan, rajaa miehen pahan olon ilmaistemista, toimii miehen masennuksen ehdoilla, pitää yllä parisuhdetta, varautuu hankaliin tilanteisiin, huolehtii arjen asiat, pitää yllä perheen sosiaalisia suhteita ja hoitaa ammattiauttajien taustalla. Nämä on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Vaimo hoitajana pääluokan muodostuminen

Hoitaa miehen mielialaa

Hoitaessaan miehensä mielialaa vaimoilla oli tarkoituksena helpottaa miehen kokemaa pahaa oloa jakamalla sitä. He myös pyrkivät nostamaan miestänsä pois masentuneesta olotilasta. Samalla he yrittivät ymmärtää miehen masentumiseen johtaneita syitä.

Vaimoilla oli useita erilaisia tapoja hoitaa miehensä mielialaa. Vaimot keskustelivat, kuuntelivat ja toimivat empaattisesti. He pyrkivät ymmärtämään miehen oloa ja tilannetta. Hän vastaanottivat miehensä raskaita tunteita ja lohduttivat tätä. Vaimot yrittivät vaikuttaa positiivisesti miehen mielialaan piristämällä tätä. He saattoivat myös konfrontoida miehelle tämän tapaa velloa raskaissa ajatuksissa ja pahassa olossa, jotta tämä ymmärtäisi yrittää lopettaa sen.

Jos miehellä oli itsemurha-ajatuksia tai aikeita, vaimo saattoi olla ainoita ihmisiä, jolle mies näistä ajatuksistaan puhui. He pyrkivät monin tavoin keskustelemalla ja vakuuttamalla tekemään kaikkensa, ettei mies toteuttaisi aikeitaan.

”Sitten mä reagoin siihen vaan silleen, ett mä vaan kysyin, haluukse se ett mä oon lähellä. Jos se halus, niin sit mä menin sen tykö ja pidin sitä vaan sylissä ja silitin ja oli nenäliinoja ihan sillä tavalla yritin olla mahdollisimman myötätuntoinen.” Anni

Kannustaa miestä toimimaan

Masentuneella miehellä saattoivat olla voimat ja aloitekyky vähissä. Vaimo kannusti miestänsä liikkeelle, nousemaan ylös sängystä ja huolehtimaan itsestään siinä määrin, kun se oli mahdollista.

”mutta yritän saada joskus sen lähteen ulos pulkkamäkeen tai johonkin muualle, että se saa kans jotain muutakin tekemistä, kun mä tiedän, et kun se on yksin. .. Mutta mä huomaan, ett se vaatiikin sitä, et mun täytyy keksiä sille tekemistä. Mutta se on sitten vaikeeta, jos hänellä on vapaapäiviä ja mulla työpäiviä, ja hän on yksin kotona.” Tuija

Rajaa miehen pahan olon ilmaisemista

Vaikka vaimot kuuntelivatkin miestensä pahaa oloa ja raskaita ajatuksia, niin he myös rajoittivat ajoittain miehen niiden ilmaisemista, jotta pahoinvointi ei veisi liikaa tilaa muulta olemiselta. Mikäli vaimo koki epäoikeudenmukaisena miehen pahan olon purkamisen itseensä, hän saattoi kieltäytyä kuuntelemasta. Hän myös puolusti sanallisesti itseään. Jos vaimo huomasi miehen purkavan pahaa oloaan lapsiinsa, he yrittivät estää miestä toimimasta niin.

Toimii miehen masennuksen ehdoilla

Koska miehen masennuskausi jatkui usein pitkiä aikoja tai toistui, vaimot sopeuttivat oman ja perheensä elämän sen mukaisesti. Vaimot kuvasivat tottuneensa miehensä masentuneisuuteen ja pyrkivänsä ottamaan toiminnassaan huomioon miehen masentuneisuuden asteen vaikutuksen perhe-elämään toimimalla joustavasti miehen voinnin mukaan.

Silloin kun miehen vointi oli parempi, vaimot pystyivät tekemään itse erilaisia asioita ja vaatimaan mieheltään enemmän osallistumista arkeen, kuin miehen voidessa huonommin. Toimintaa ja suunnitelmia oli joskus muutettava viime tipassa, jos mies ei jaksanutkaan osallistua kuten oli aikomuksena. Vaimot kokivat, että heillä itsellään ei ollut varaa masentua tai hellittää, koska ainakin yhden aikuisen oli jaksettava viedä yhteistä arkea ja elämää eteenpäin.

”Se on asennekysymys, että tietysti se on muutaman päivän sisällä sellasta vaihtelua niiden kotitöiden suhteen, että semmosta jatkuvaa työnjakojen hakemista” Miisa

Huolehtii arjen asiat

Vaimojen harteille jäi huolehtiminen arjen jatkuvuudesta eli tavallisista elämään ja arkeen kuuluvista asioista, koska masentuneen miehen voimat eivät tähän riittäneet. Vaimot pyrkivät olemaan läsnä olevia vanhempia lapsilleen, ylläpitämään perheen normaalia päivärytmiä, hoitamaan kodin arkiaskareet sekä huolehtimaan laskujen maksusta ja rahan riittävyydestä.

Varautuu hankaliin tilanteisiin

Vaimoille alkoi kertyä kokemusta erilaisista yllättävistä tilanteista ja arjen muuttumisesta raskaammaksi miehen masennuksen myötä. He huomasivat tarpeelliseksi ja hyödylliseksi varautumisen erilaisiin hankaliin tilanteisiin, kuten väsymyshetkiin ja riitoihin. Vaimot hakivat tietoa muilta äideiltä tai vaikka perhetyöntekijöiltä. He keräsivät erilaisia keinoja, joita voisivat käyttää tarvittaessa mahdollisissa hankalissa tilanteissa. Hankalien tilanteiden ennakointi vei tilaa ajatuksissa, toisaalta arki tuntui näin turvatummalta.

Pitää yllä parisuhdetta

Miehen alkaessa vetäytyä itsekseen vaimot yrittivät vastustaa tätä pyrkimystä. He näkivät paljon vaivaa estääkseen miestä eristäytymästä kokonaan heistä. Vaikka masentunut mies ei juurikaan olisi toiminut vastavuoroisesti, niin silti vaimot yrittivät pitää yllä yhteyttä mieheensä monella tavoilla, kuten puhelemalla, ajatuksiaan jakamalla ja koskettamalla miestänsä. He tunnistivat parisuhteen katoamisen uhkan ja yrittivät estää sen. He yrittivät pitää elossa kahden aikuisen välistä suhdetta, jottei parisuhde alkaisi muistuttaa liikaa vanhemman ja lapsen välistä hoivasuhdetta.

Pitää yllä perheen sosiaalisia suhteita

Masentuessaan mies ei jaksanut olla yhteyksissä ydinperheen ulkopuolisiin ihmisiin kuten ennen. Vaimot alkoivat puhua miehen puolesta erilaisissa tilanteissa, toisaalta he joutuivat olemaan tarkkoja siinä, mitä miehen ja perheen tilanteesta voi ulkopuolisille kertoa. Miehen ja vaimon käsitykset tästä olivat välillä erilaiset. Mies ei yleensä halunnut, että hänen voinnistaan kerrotaan muille ihmisille, ei aina edes hänen omille vanhemmilleen tai sisaruksilleen. Vaimot alkoivat jäädä yksin ylläpitämään perheen sosiaalisia suhteita.

Mikäli vaimon mielestä miehen vanhemmat olivat osaltaan edesauttaneet puolison masentumista ja pahaa oloa kaltoinkohtelemalla tätä tämän lapsuus- ja nuoruusvuosina, yhteydenpito näihin sai vaimon olon tuntumaan erityisen ristiriitaiselta.

”Se on sillai kauheen ristiriitaista ja vaikeaa mulle, ett kun ulkopuoliset näkee, ett mull on sellanen hyväkuntosen näköinen nuori mies avomiehenä ja sit he ajattelee, ett kyll toi jätkä jaksaa sitä ja tätä ja tota ja sitte kun pitää ruveta selitteleen” Anni

Hoitaa ammattiauttajien taustalla

Miehen masentumisen vuoksi vaimot päätyivät tekemisiin ammattiauttajien kanssa. Auttajissa oli niin perusterveydenhuollon kuin mielenterveystyöhönkin erikoistuneita työntekijöitä, jotka työskentelivät sekä julkisella, yksityisellä että kolmannelta sektorilla. Vaimoilla oli hyvin vaihtelevia kokemuksia masentuneen miehensä auttajista ja monenlaisia yhteyksiä näihin. Kaikilla vaimolla ei välttämättä ollut miestänsä hoitaviin henkilöihin suoraa yhteyttä, joten vaimon käsitykset miehen saamasta hoidosta välittyivät yksinomaan miehen kautta. Osa vaimoista oli henkilökohtaisesti yhteyksissä miestänsä hoitaneisiin ammattiauttajiin. Kontaktit ammattiauttajiin tuottivat sekä hyviä ja voimauttavia kokemuksia että pettymyksiä ja tyytymättömyyttä.

Yleensä vaimot tunnistivat miehen ammattiavun tarpeen ja kannustivat monin tavoin tätä hakemaan itselleen apua ja sen jälkeen myös pysymään hoidossa. Joskus vaimo haki apua miehelle ja perheelle varaamalla ajan ja menemällä vastaanotolle itsekin.

Vaimoilla oli tietoa masennuksen erilaisista hoitotavoista, ja he toivoivat lääkehoidon lisäksi muutakin hoitoa miehelleen. Vaimot halusivat olla tekemisissä miestänsä hoitavien henkilöiden kanssa. Tämä toteutui hyvin vaihtelevasti, riippuen ammattiauttajan asenteesta ja halusta olla tekemisissä.

Vaimot seurasivat, miten masennuksen hoito tehoi mieheen. Heillä oli näkemys siitä, miten esimerkiksi lääkehoito, terapiakäynnit tai ryhmähoito vaikuttivat miehen vointiin. Vaimot huomasivat jos hoito auttoi miestä. Joskus taas miehen saamasta hoidosta ei heidän mielestään ollut mitään hyötyä. Vaimojen kokemusten mukaan ammattiauttajat olivat harvoin kiinnostuneet kuulemaan hänen huomioitaan miehen voinnista. Hoidosta tuli taloudellisia kuluja perheelle. Tämä harmitti varsinkin siinä tapauksessa, jos hoidosta ei tuntunut olevan ollut hyötyä.

Tyytymättömyyttä miehen hoitoon aiheutti se, jos hoitoa ei saanut tarpeesta huolimatta, hoito oli tehotonta tai se lopetettiin miehen vielä kärsiessä masennuksesta. Vaimo koki hyvin raskaana sen, ettei miehen, perheen tai omaa hätää miehen voinnin puolesta tullut kuulluksi ja oma kyky pyytää apua saattoi kyseenalaistua näissä kontakteissa. Erityistä raskautta tilanteeseen toi se, jos apua tarvitseva oli itse terveydenhuoltoalalla. Vaimot kokivat hoitoalan ammattilaisten suhtautuvan psykiatrista hoitoa tarvitsevaan terveysalan ammattilaiseen niin, että heidän hätänsä ohitettiin tai oletettiin avuntarvitsijan itsensä tai perheen voivan auttaa itse itseään koulutuksensa turvin.

Puolison suhde ammattiauttajiin saattoi olla myös hyvä ja toimiva. Toimiva suhde oli sitä, että vaimoilla oli yhteys miestään hoitaviin henkilöihin. Se tarkoitti mahdollisuutta olla tarvittaessa ja kutsuttuna yhteydessä siihen henkilöön, joka miestä varsinaisesti hoiti. Tällöin hoitava henkilö kysyi, kuunteli ja otti miehen hoidossa huomioon niitä asioita, mitä vaimot kertoivat miehensä voinnista. Vaimot sai myös vastauksia omiin kysymyksiinsä, joita miehen tilanne herätti. Miehen ja perheen tilanteeseen sopivat ohjeet ja neuvot koettiin myös hyvinä ja tarpeellisina.

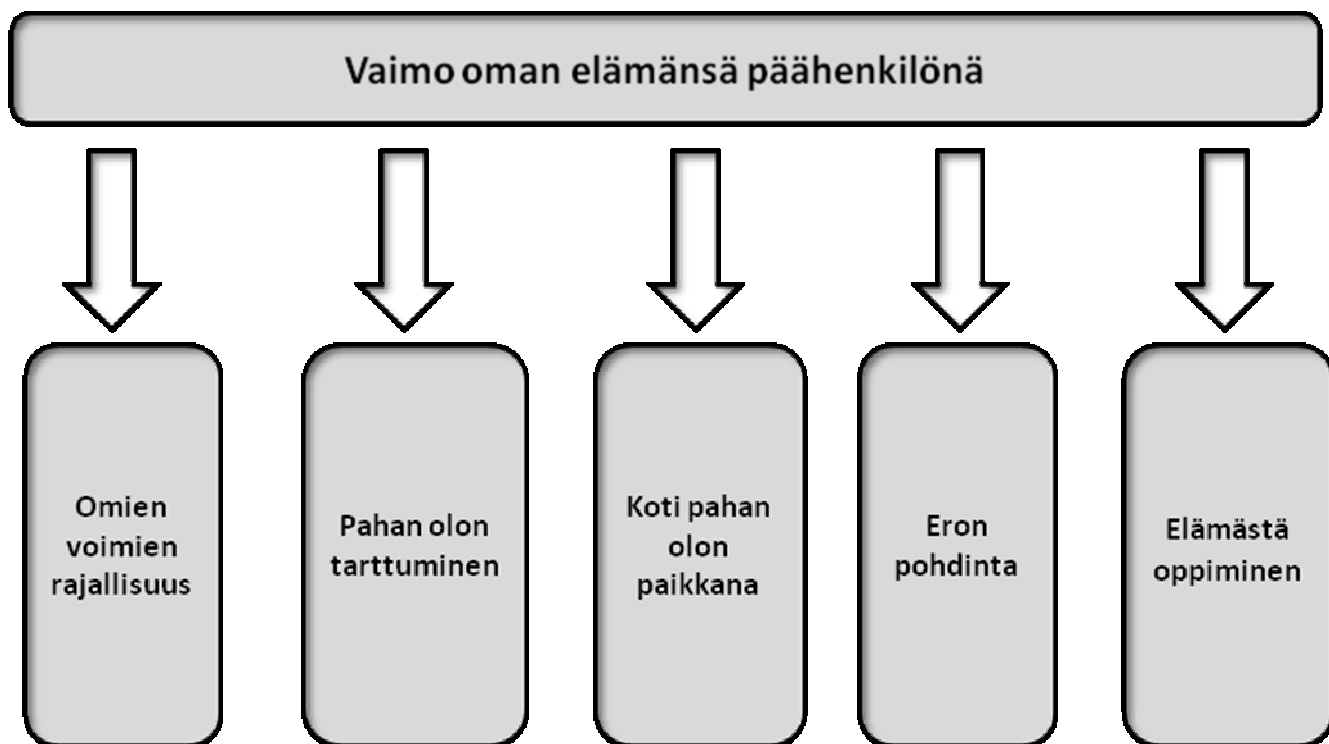
Huolimatta tässä pääluokassa kuvatusta suuresta työmäärästään kodin ja arjen jakajana sekä miehensä hoitajana vaimot eivät välttämättä nähneet omaa osuuttaan miehensä hoidossa merkittävänä. He saattoivat kokea, että muut eli ammatilliset tai puolison perheenjäsenet olivat häntä arvokkaampia ja tärkeämpiä masentuneen miehen auttajina, vaikka nämä muut olisivatkin olleet paljon vähemmän miehen kanssa tekemisissä kuin hän itse. Silti arjen jatkuvuuden turvaaminen jäi vaimoille.

”mä oon sitten joskus pyytäny niitä kolmisteen sitte niitä tapaamisia... mutta tota joskus niihin on suhtauduttu vähän sillai niinku . Mutta kyllä mun mielestä toi hoitojärjestelmä, vaikka paperillahan sanotaan, että hoidetaan perheitä, mutta ei se sellaista... Ja varsinkin silloin alkupuolella ois toivonu saavansa lisää tietoo siitä, että miten itse vois toimia sillain, ett se niinku tukis toista sillai niin ku mahollisimman paljon, että ei tee ikään kuin väärin, jos jotain pystyy tekemään väärin.” Seija

5.4. Vaimo oman elämänsä päähenkilönä

Vaimon kokemusta omasta itsestään ja muuttuneesta elämäntilanteestaan kuvaa pääluokka vaimo oman elämänsä päähenkilönä. Se muodostuu niistä asioista, joita vaimo havaitsi, pohti ja toteutti omassa elämässään käännettyään huomionsa miehestä ja tämän voinnista ja tarpeista itseensä ja omaan elämäänsä. Tämä tapahtui vasta sen jälkeen, kun edelliset pääluokat eli vaimo todistajana ja vaimo hoitajana olivat jo jatkuneet jonkin aikaa. Vaimo alkoi tehdä huomioita itsestään ja omasta voinnistaan sekä omasta vaikutuksestaan muihin perheenjäseniin. Hän alkoi arvioida sitä, miten miehen masentuneisuus ja oma toiminta oli johtanut tähän tilanteeseen. Vaimo alkoi miettiä tulevaisuudennäkymiään uudessa valossa. He joutuivat pohtimaan myös parisuhteen jatkumisen mahdollisuuksia.

Vaimo oman elämänsä päähenkilönä –pääluokka muodostuu viidestä yläluokasta, joita ovat: omien voimien rajallisuus, pahan olon tarttuminen, koti pahan olon paikkana, eron pohdinta ja elämästä oppiminen, jotka on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4 Vaimo oman elämänsä päähenkilönä pääluokan muodostuminen

Omien voimien rajallisuus

Vaimojen elämä alkoi tuntua vähitellen yhä raskaammalta, koska vastuu perheen asioista liukui yhä enenevästi heidän harteilleen. Kannettuaan aikansa yksin vastuuta vaimon omat voimat alkoivat ehtyä.

Vaimot huomasivat vähitellen, etteivät pysty, eivätkä jaksa hoitaa yksin kaikkia niitä asioita, jotka miehen masentumisen myötä olivat vähitellen siirtyneet heidän tehtäväkseen ja vastuulleen. Näitä olivat miehen tukemiseen liittyvät asiat, parisuhteen asiat sekä perheen arkeen liittyvät asiat omien vastuiden, kuten työn, lisäksi. Vastuun ja tehtävien lisääntyttyä heille ei jäänyt riittävästi mahdollisuuksia levätä ja elpyä. Vaimot saattoivat huomata työkykynsä huononevan pikkuhiljaa. Toiset sinnittelivät jatkuvasti töissä, vaikka työpäivän jälkeen olo oli voimaton. Jotkut vaimoista olivat välillä sairauslomalla. Uupumus sai vaimon olon tuntemaan välillä sellaiselta, että on aivan itsensä ääri rajoilla.

Vaimot tajusivat, miten yksipuolinen huolenpito puolisoista alkoi uhata ja vahingoittaa heidän omaa terveyttään ja hyvinvointiaan, erityisesti mielenterveyttään. Vaimot havahtuivat joko itse omaan pahaan oloonsa tai sitten jonkun läheisen puuttuttua asiaan.

Havahtuminen omaan tilanteeseensa sai vaimot ymmärtämään, etteivät he voi jatkaa entiseen tapansa, vaikka miehen masennus, voimattomuus ja avuntarve jatkuisikin edelleen. He ymmärsivät, etteivät enää kohta kykene pitämään huolta muista, jos eivät pidä huolta myös itsestään. Tämä johti siihen, että vaimot alkoivat kyseenalaistaa ja vähentää miehensä hoitamista. Tässä tilanteessa omasta itsestä huolehtiminen koettiin usein pakkona ilman vaihtoehtoa.

Tunnistettuaan omien voimiensa rajallisuuden monet vaimot kääntyivät ammattiauttajien puoleen. Hakiessaan apua itselleen ja perheelleen julkisen terveydenhuollon kautta vaimot joutuivat kokemaan myös sitä, ettei apua saanut muulle perheelle, jos mies oli jo hoidossa. Miehen mielenterveysongelman koettiin leimaavan perheen myös ammattiauttajien silmissä, ja rajoittavan hoitoon pääsyä muun perheen osalta. Myöskään lapsilleen vaimo ei välttämättä saanut apua, koska lapsen oireilu saatettiin kuitata toteamalla se ”vain” miehen sairastamisen herättämäksi ahdistuneisuudeksi eikä lasta tutkittu kunnolla. Apua vaimot saivat useimmiten kolmannelta sektorilta. Hyvin harvoin he saivat apua sieltä, missä heidän miehensä oli jo hoidossa.

Vaimot saattoivat neuvotella miehensä kanssa voimiensa vähenemisestä ja vastuunjaosta perheessä. Masennuksestaan huolimatta mies saattoi olla halukas ja kykenevä keventämään vaimonsa kokemaa taakkaa, kun hän tuli tietoiseksi vaimonsa voimien vähenemisestä.

”Jos mä lähin johonkin, mä en pystyny rentoutuu yhtään siellä, missä mä olin, koska mä ajattelin koko ajan sitä mun miestä..mun elämä pyöri ihan täysin sen ympärillä. Ja sit mä päätin, ett sille asialle on tultava loppu. ” Anni

Pahan olon tarttuminen

Miehen sairastamisen jatkuessa vaimolla alkoi olla vähitellen itselläänkin huono olo, joka liittyi vahvasti miehen huonoon vointiin ja pahaan oloon.

Vaimoilla alkoi olla masennukseen liittyviä tunteita itselläänkin, kuten ilottomuutta, toivottomuutta ja avuttomuutta. Erityisen paljon he kokivat raskaita tunteita, kuten pelkoa. Se saattoi yltyä jopa kauhuksi siitä, että ei selviydykään vaikeaksi muuttuneesta perhetilanteesta. Syyllisyys vaivasi vaimoja niin tehdyistä kuin tekemättömistä asioista. He saattoivat pitää itseään syyllisenä miehen masentumiseen. Raskailta tunteilta suojautumisen äärimuotona oli muuttuminen kokonaan turraksi ja tunteettomaksi.

Vaimot kokivat, etteivät he voineet olla onnellisia, jos mies vieressä kärsi. Läheinen suhde mieheen tartutti pahan olon heihinkin. Erityisen raskaana ja musertavana he kokivat miehensä toivottomuuden tarttumisen. Koska vaimot olivat sitoutuneet tähän parisuhteeseen, he kokivat, että miehen asioista tulee yhteisiä asioita koskien myös kärsimyksen jakamista. Vaimot kärsivät myös silloin, kun näkivät perheen lasten kärsivän hänenkin huonosta voinnistaan. Oma huonontunut vointi ja sen seuraukset aiheuttivat häpeää vaimoissa.

Koti pahan olon paikkana

Kotoa haetaan ja saadaan yleensä hyvinvointia edistävää suojaa ja lepoa. Masentuneiden miesten vaimoille oma koti alkoi kuitenkin tuntua paikalta, joka lisää omaa pahaa oloa. Pahan olon

lisääntyminen liittyi pääsääntöisesti puolison läsnäoloon kotona ja masentuneeseen tunnelmaan. Kotiin ei voinut tai halunnut enää pyytää ystäviä tai sukulaisia käymään, kuten aiemmin. Mieskin saattoi olla sitä mieltä, ettei kotiin pidä enää kutsua tai päästää kodin ulkopuolisia ihmisiä. Joskus vaimon mielestä oli helpompi olla töissä kuin kotona kodin ilmapiirin vuoksi. Lepääminenkin saattoi estyä, sillä vaimon nukkuminen saattoi häiriintyä miehen kärsiessä unettomuudesta, jolloin miehen masentuneisuuteen liittyvistä nukkumisvaikeuksista seurauksineen saattoi tulla myös vaimon nukkumisvaikeuksia.

Kotona oli usein parempi olla silloin, kun masentunut puoliso omine pahoine oloineen oli sieltä poissa. Kun vaimot huomasivat tämän, pariskunta saattoi alkaa tehdä erilaisia järjestelyjä resurssiensa mukaan, jotta tilanne helpottuisi vaimon kannalta. Vaimot saattoivat lähteä pois kotoa joksikin ajaksi. Mies saattoi tehdä tilaa vaimolle ja muulle perheelle ja olla poissa yhteisestä kodista. Koska mies oli huonovointisempi ja tarvitsi enemmän apua, miehen lähtö kotoa vaati isompia järjestelyjä. Mahdollisuuksista riippuen mies saattoi mennä esimerkiksi vanhempiansa luokse, tai sitten miehelle hankittiin oma asunto, jotta vaimo ja muu perhe voisi taas tuntea kodin lepopaikakseen.

”Sit kun hän [mies] oli poissa kotoa, tutkimuksissa, mä aloin tajuu, kuin erilaista se oli. Me [muu perhe] alettiin pystyy nukkuun. Kun enhän mä enää tajunnu sitä, että meidän kummankin uni oli kauheen pinnallista, ja siitä tuli se ylikierroksilla olo meille ja se varuillaanolo.” Laura

Eron pohdinta

Tutkimushaastattelua tehtäessä kaikki haastatellut olivat parisuhteessa mieheen, jonka kanssa elämisestä he kertoivat. Silti miehen masentuminen ja sen monenlaiset seuraukset olivat saaneet vaimot pohtimaan yhteiselämän mielekkyyttä. Myös ammattiauttaja tai muut läheiset saattoivat neuvoa eromaan miehestä, jotta vaimon vointi paranisi.

Eroamisen mahdollisuuden pohdintaa saivat aikaan lisääntyneet riidat ja tunne siitä, että puolison kanssa ei olla enää samaan suuntaan menossa. Vaimot näkivät itsensä osasyllisinä riitelystä. Vaimoilla oli syvä huoli ja pelko siitä, että jatkaminen tässä parisuhteessa voisi johtaa oman

terveydentilan huononemiseen tai jopa oman terveyden pitempiaikaiseen tai pysyvään menettämiseen.

Parisuhteessa jatkamisen halua piti yllä aiempien yhteisten hyvien hetkien muistaminen sekä toivo nykyhetkeä paremmasta tulevaisuudesta. Parempi elämä ja tulevaisuus tarkoitti vaimoille tavallista elämää, jossa mies ei olisi enää masentunut. Uskoa tähän tuki erityisesti se, jos mies sai masennukseensa apua muiltakin kuin vaimolta. Toivoa masennuksen keskellä antoivat myös hyvien, tavallisten asioiden ja tapahtumien eläminen, kuten hyvin menneet mökkireissut ja miehen osallistuminen arkiaskareisiin. Rakkaus miestä kohtaan ja ajatus siitä, että huonomminkin asiat voisivat olla, saivat vaimot jatkamaan tässä parisuhteessa. Myös tilanteeseen tottuminen ja sen hyväksyminen sai jäämään. Yhdessä puolison kanssa saattoi myös pitää parin yhteinen sitoutuminen sukupolvien ketjun tuottamien taakkojen selvittämiseen. Nämä taakat vaimo näki osana masennukseen ja muihin ongelmiin johtaneina syinä, ja eroaminen olisi tuntunut luovuttamiselta ja taakkojen siirtämiseltä seuraavalle sukupolvelle.

”Mä oon miettiny, että miten mahtaa olla tulevaisuudessa, että ei kai tollane oo se tulevaisuus, kun enhän mä voi tietää, uusiiko se, tai onks [mies] niin haavoittuvainen, että se sairastuu uudestaan siihen masennukseen, että tavallaan pitääks tässä olla niinku valmis, että jos mä tän ihmisen kanssa jatkan, niin se tarkoittaa sitä, että mä oon vaikka viiden, kymmenen vuoden päästä itekin huonossa kunnossa.” Seija

Elämästä oppiminen

Eläminen masentuneen miehen kanssa toi esiin monia sellaisia puolia elämästä, ihmisistä ja omasta itsestä, joita vaimot eivät ehkä muuten olisi joutuneet kohtaamaan. Oma elämä masentuneen kanssa oli jossain vaiheessa alkanut tuntua jopa epänormaalitylta, kun sitä vertasi oletukseen normaalista elämästä tai siihen, mitä elämä ennen miehen masennusta oli ollut. Vaimo oli saattanut joutua luopumaan hänelle tärkeistä toiveista ja suunnitelmistakin sen vuoksi.

Vaikeiden asioiden kohtaamisen myötä vaimot alkoivat pohtia omaa elämäänsä ja ylipäänsä ihmisen elämää ja sen merkitystä laajemminkin. He saattoivat päätyä siihen tulokseen, että he olivat sittenkin oppineet elämästä arvokkaita ja tärkeitä asioita. He kokivat, että heidän ymmärryksensä omaa itseään sekä ihmisten ja elämän moninaisuutta kohtaan oli lisääntynyt. He ymmärsivät paremmin ihmisten vaikutuksen toistensa elämään ja sukupolvien ketjuun. He kokivat myös

oppineensa erottamaan tärkeät asiat vähemmän tärkeistä. Tärkeiksi asioiksi nousivat tavallinen arki, koti ja sen jakaminen läheisten ihmisten kanssa sekä elämä itsessään. Vähemmän tärkeältä elämässä alkoivat tuntua näyttävät saavutukset.

Parisuhteessa lähentyminen, syvempi tutustuminen puolisoon ja keskustelemaan oppiminen avun hakemisen kautta olivat vaimojen mielestä hyviä asioita, joita miehen masentuminen oli saattanut tuoda parin yhteiselämään.

”Ei sitä enää sellasta nuoruuden pinnallisuutta kaipaa enää, kun on nähnyt niitä varjosampiakin puolia... ett masennus antaa mahdollisuuden kasvaa ihmisenä. Että sen huomaa sitä kautta voi myös lähentyä parisuhteessa, jos haluaa käsitellä sitä pariskuntana... me pystytään tutustumaan toisiimme paremmin. Se ei tarkoita sitä, että mä oisin mieheni terapeutti tai päinvastoin, mutta me voidaan oppia toisiltamme ja oppia elämään toistemme kanssa paremmin. ” Miisa

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus pyrittiin toteuttamaan eettisesti korkeatasoisesti koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen eri vaiheiden asettamissa valintatilanteissa pyrittiin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimuslupa saatiin omaisyhdistyksen hallitukselta. Yhdistyksen työntekijät edistivät tutkimuksen osallistujien hankintaa. Tämä on yleistä omais- ja potilasyhdistysten strategian mukaista toimintaa, jossa jäsenille tarjottu mahdollisuus osallistua tutkimukseen yksi kanava vaikuttaa ja saada ääntään kuuluville (esimerkiksi Omaisry 2009).

Tietoinen suostumus toteutui läpi tutkimusprosessin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Haastateltavat olivat kaikki itse vapaaehtoisesti ilmaisseet halunsa osallistua haastatteluun joko ottamalla yhteyttä itse tai omaisyhdistyksen työntekijän kautta. Lisäksi vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta, esimerkiksi kesken haastattelun, kerrottiin vielä kunkin yksilöllisen haastattelutilanteen alussa sekä suullisesti että kirjallisesti. Myös haastattelupaikat oli valittu niin, että haastateltavat voivat rauhassa puhua, jopa itkeä, tarvitsematta ottaa huomioon tai pelätä sitä, että joku ulkopuolinen kuulisi tai näkisi.

Kaikkia haastateltavaksi halukkaita huomioitiin, vaikka vain osa voitiin ottaa tutkimukseen mukaan. Tutkija oli yhteydessä kaikkiin, jotka häneen olivat yhteydessä, ja otti luvattun ajan kuluttua uudelleen yhteyttä. Monet kertoivat jo ensimmäisessä yhteydenotossaan sähköpostitse parisuhteestaan ja joiltakin jouduttiin kysymään tarkentavia kysymyksiä sen arvioimiseksi, olisivatko he sopivia juuri tämän tutkimuksen tiedonantajiksi. Tämä oli jo jossain määrin arkaluontoisten yksityisasioiden käsittelyä. Alkuvaiheessa ei kysely liikaa ja keskusteluja rajattiin ennen kuin varsinaisesta tutkimushaastattelusta oli sovittu. Tutkijan ollessa yhteydessä tutkimukseen halukkaisiin pyrittiin välittämään sellaista asennetta, että kaikkien kokemus tutkittavasta asiasta on yhtä arvokas, vaikka kyseinen ihminen ei tulisikaan valituksi tutkimushaastatteluun. Niille, joita ei otettu mukaan tutkimukseen, ilmoitettiin tästä selkeästi sovittun määräajan puitteissa, jottei heidän tarvitse turhaan olla epävarmuudessa ja odotella mahdollista yhteydenottoa.

Haastateltavan annettiin kertoa sangen vapaasti ajatuksistaan ja kokemuksistaan. Heitä ei kiirehditty tutkijan esiodotusten mukaisiin puheenaiheisiin, jotta haastateltavalle ei tulisi tunnetta, että hän oli vain väline tutkijan aineiston keruulle. Monet haastateltavat kiittivätkin haastattelun päätteeksi siitä, että saivat kertoa kokemuksistaan ja heitä haluttiin kuunnella.

Jo ennen varsinaista haastattelua oli selvennetty haastateltavien kanssa, minkälaisesta haastattelusta on kyse ja sovittu haastattelun maksimikestosta. Haastateltavat myös allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelun alkua (Liite 2). Yksi haastateltava tavattiin myös toisen kerran tämän omasta toiveesta, sillä hänellä oli tullut mieleen lisää asioita, jotka hän halusi kertoa. Tämä haastattelu otettiin samalla lailla mukaan kuin muutkin.

Lindholm ym. (2011) nostavat tutkimuseettisiin kysymyksiin tutkijan suojaamisen näkökulman, silloin kun hän on tekemisissä haavoittavien kokemusten kanssa. Myös tämä aineisto sisälsi kuvauksia haavoittavista kokemuksista, mikä hidasti hieman tutkimuksen analyysiä. Toisaalta kyseessä olivat tärkeät näkökulmat, joiden esiintuloa ei tule estää peläten niiden herättämiä raskaita tunteita. Hoitotieteellinen tutkimus käsittelee usein ihmisen kokemuksia, terveyttä ja hyvinvointia. Se tarkoittaa myös terveyden ja hyvinvoinnin esteiden esiin nostamista, kuten kuolemaa, kaltoinkohtelua tai väkivaltaa (esimerkiksi Flinck 2006, Lepistö 2010).

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida sen omista lähtökohdista käsin (Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnin tulisi perustua johdonmukaisesti seurattuihin kriteereihin (Kyngäs ym. 2011). Tämän tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu Kylmän ja Juvakan (2007) ehdottamien laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerien mukaan. Ne ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007).

Uskottavuus

Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkimus itsessään ja sen tulokset ovat uskottavia, lisäksi tämä täytyy myös osoittaa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen uskottavuutta lisää riittävän pitkän ajan varaaminen tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kanssa olemiseen, jotta tutkimukseen osallistujien näkökulma tulee ymmärretyksi (Kylmä & Juvakka 2007). Tämä toteutui tässä tutkimuksessa, jonka aineiston keruuvaiheesta kului aikaa noin kaksi vuotta tutkimuksen lopulliseen valmistumiseen. Näin tuloksia kirjoitettiin ja pohdittiin useassa vaiheessa taukoja pitäen ja välillä etäisyyttä ottaen. Myös tutkijan päiväkirja osoitti, miten alkuoletukset muuttuivat ja niistä oli luovuttava vähitellen aineiston jäsenyessä lopulliseen muotoonsa.

Muiden samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa keskustelemalla voidaan arvioida tulosten uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen tuloksista keskusteltiin ilmiötä tuntevien ihmisten kanssa, ja myös siitä näkökulmasta tulokset vaikuttavat uskottavalta kuvaukselta masennuksesta kärsivän puolison kokemuksista erityisesti pääluokkien tasolla. Tuloksista ei ole keskusteltu tutkimuksen tiedonantajien kanssa, mikä olisi ollut yksi suositeltu tapa vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt toisen luokittelijan käyttäminen tai se, että prosessi olisi toistettu tietyn ajan jälkeen uudestaan ns. puhtaalta pöydältä ja verrattu luokittelun samankaltaisuutta. Metodologista triangulaatiota eli eri menetelmien käyttämistä tutkittaessa masennusta sairastavien puolisoitten kokemusta voitaisiin käyttää tulosten varmistamiseksi. Haastattelu oltaisi voitu toistaa tai uutta aineistoa puolison kokemuksista olisi voitu hakea esimerkiksi internetin keskustelupalstalta ja verrata siitä saatuja tuloksi haastatteleamalla saatuun aineistoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Näitä menetelmiä ei kuitenkaan käytetty, koska ne olisivat vaatineet suuremmat resurssit, kuin mitä tähän tutkimukseen oli käytettävissä.

Tässä tutkimuksessa esiin tulleet kokemukset ja ilmiöt, joita kuvataan eri alaluokissa, kuten eron pohdinta, väkivalta, ristiriidat parisuhteessa, elämästä oppiminen tai se, että vaimo kantaa paljon vastuuta perheen arjen pyörittämisestä yksin ja uupuu saattavat liittyä naisen elämään parisuhteessa myös muulloin. Ne eivät siis välttämättä liity puolison masentuneisuuteen. Tässä tutkimuksessa ne ovat kuitenkin kuvausta masennuksesta parisuhteessa, koska haastatellut itse liittivät ne

masennuksen tuomiin muutoksiin. Masennukselle ilmiönä on tyypillistä, että se liittyy lähes kaikkiin ihmiselämän asioihin koskettaen ja muuttaen arkisia asioita ja niiden merkitystä.

Vahvistettavuus

Tutkimusprosessi on kuvattu tässä työssä mahdollisimman tarkasti, mutta karsimalla kokonaisuuden hahmottamista haittaavat liian tarkat yksityiskohdat tutkimuksen tekoprosessista. Tämä antaa tutkimuksen lukijalle ja arvioijalle mahdollisuuden seurata ja arvioida tutkijan tekemien ratkaisujen tieteellisyyttä ja vahvistettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007). Toisaalta laadulliseen tutkimukseen kuuluu tutkijan tekemien ainutkertaisten tulkintojen salliminen. Erilaisten tulkintojen tekeminen samasta tutkimuskohteesta lisää ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007). Näitä erilaisia tulkintoja tarvittaisiin enemmän, sillä elämää masentuneen puolisona koskevaa tutkimusta oli niukasti, joten vertailukohtia oli vähän.

Refleksiivisyys

Tutkijan on oltava tietoinen siitä, mistä lähtökohdista hän tekee tutkimusta ja miten hän itse vaikuttaa koko tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkijan ammatillinen kokemus depressiohoitajana tuotti luotettavuutta masennuksen tunnistamisen ja määrittelyyn. Ammatillinen tausta toi ymmärrystä masennukseen monimuotoisena ilmiönä niin lääketieteellisenä diagnoosina kuin myös ihmisen omana kokemuksena. Masennusta ja depression käsitettä käytetään paljon myös ihmisten arkisessa puheessa, mikä puolestaan on joskus sangen kaukana masennuksen diagnostisista kriteereistä tai muista diagnostiikassa ja hoidossa huomioon otettavissa mahdollisista muista ongelmista ja diagnooseista. Haastateltaessa haettiin varmennusta sille, että puolison mielenterveysongelmaa voidaan kutsua masennukseksi. Haastateltaessa varmennettiin myös sitä, milloin puhutaan masennuksesta ja mitkä asiat mahdollisesti liittyvät muuhun mielenterveysongelmaan. Tätä erottelua jouduttiin tekemään vielä analyysivaiheessa. Tämä toi esiin myös sen, miten maallikot ja terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät erilaisia diagnooseja mielenterveysongelmista puhuttaessa ja miten diagnoosikeskeinen puhetapa hukkaa yksilölliset kokemukset. Myös se tuli esiin miten masennus käsitteenä on sangen moneen asiaan liittyvä, hyvin erilaisia ongelmia, oireita ja vaikeusasteita sisältävä ja laajasti määrittyvä. Toisaalta tutkimuksessa

tarkoitus oli tutkia puolison kokemusta, joten myös masennuksen ja sen hoidon määrittelyä kysyttiin häneltä ja hänen näkökulmastaan.

Todennäköisesti tutkijan taustan vaikutus oli positiivinen tutkimuksen luotettavuuteen nähden myös aineiston keruussa, onhan laadukas aineisto koko tutkimuksen perusta (Polit & Beck 2008). Tutkijan ammattitaito ihmisten kuuntelijana edisti haastattelujen onnistumista ja laadukkaan aineiston keräämisestä. Sitä voidaan pitää laadukkaana, sillä se oli runsas ja kertoi syvällisesti eri näkökulmista tutkimuksen kohteena olleesta ilmiöstä. Hirsjärvi ym. (2005) esittää useita tekijöitä, jotka saattavat heikentää haastattelun luotettavuutta, sillä ihmiset haluavat tutkimushaastatteluissakin usein esiintyä edukseen ja vaieta tietyistä asioista. Haastatteluissa tuli kuitenkin esiin paljon asioita, joista yleensä mieluummin vaietaan, kuten omia ja läheisten sairauksia ja heikkouksia, seksuaaliasioita, alkoholin liialliseen kulutukseen ja taloudelliseen tilanteeseen liittyviä asioita (Hirsjärvi ym. 2005). Ainoastaan ”sairaudet ja heikkoudet” kuuluivat lähtökohtaisesti tutkimushaastatteluun ja tutkimuskysymykseen. Muita asioita haastateltavat toivat oma-aloitteisesti esiin haastattelun kuluessa. Lisäksi myös väkivalta ja kaltoinkohtelu tuli esiin, joita voidaan myös pitää sangen arkaluonteisina aihealueina. Toisinaan tutkijan ja haastateltavan käsitykset arkaluonteisista asioista vaihtelevat, ja tutkijat saattavat suhtautua varovaisesti aiheisiin, jotka ovat haastateltavalle jo vähemmän arkoja (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä haastatelluista puolisoista moni oli ilmeisesti puhunut haastattelussa esiintuomistaan asioista jo aiemminkin.

Tutkijan taustan tuottamana riskinä oli ennakko-oletusten muodostaminen tutkittavasta ilmiöstä. Tätä pyrittiin minimoimaan päätyemällä avoimeen tutkimushaastatteluun ja kirjaamalla ylös tutkijan ennakko-oletuksia tutkimuspäiväkirjaan. Sitä tarkastelemalla huomattiin, että tulokset ja ennakko-oletukset esimerkiksi analyysissä syntyvistä luokista eivät olleet niitä, joita tutkija etukäteen oletti löytävänsä.

Siirrettävyys

Luotettavuuden kriteerinä siirrettävyydellä tarkoitetaan sen arvioimista, missä määrin tämän tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Laadullisen tutkimuksen tuloksilta ei siis voi vaatia samankaltaista yleistettävyyttä, kuin

tilastollisilta tutkimuksilta, jotka perustuvat laajoihin aineistoihin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, Polit & Beck 2008).

Tässä tutkimuksessa osallistujia oli vain seitsemän, mutta he tuottivat laadukkaan ja runsaan aineiston. Heillä oli paljon kokemusta tutkittavasta aiheesta ja he jakoivat kokemustaan syvällisesti ja monitahoisesti. Jokainen haastattelu toteutettiin niin, että aikaa oli riittävästi tuoda kokemusta esille. Mahdollisuus tuoda esiin puutteita ja pettymystä terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa kohtaan saattoi olla yksi syy osallistua tutkimukseen. Se saattoi johtaa aineistossa esille tulleet melko runsaaseen kritiikkiin palveluita ja terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan ja näkyä myös tuloksissa. Tähän saattoi osaltaan johtaa sekin, että kutsussa (Liite 2) mainittiin mahdollisuus tuoda omaa kokemusta esiin ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoon sekä mahdollisesti olla vaikuttamassa asioihin. Haastatteluista pois ovat siis todennäköisesti jääneet ne puoliset, jotka eivät ole olleet halukkaita toimimaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Aineiston saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa uutta tietoa ei enää kerry aineistosta (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2010). Tässä mielessä aineiston saturaatiota ei saavutettu, sillä jokainen haastateltu kertoi osin samoja asioita kuin muutkin, mutta toisaalta jokainen toi myös sellaisia asioita ja näkökulmia esiin, jotka eivät tulleet kenenkään muun kertomana esiin. Tämä kertonee ylipäänsä kokemusten yksilöllisyydestä. Toisaalta jos aineistosta löytyneitä asioita olisi ollut vaikea yhdistää toisiinsa, niin se olisi voinut olla merkinä siitä, että saturaatiota ei ole saavutettu (Kyngäs ym. 2011). Tässä analyysissä asiat löysivät paikkansa ja suhteen toisiinsa, joten tämän kriteerin mukaan aineiston saturaatio saavutettiin ja haastateltavien määrä oli riittävä.

Todennäköistä on, että tutkimusaineiston sisällönanalyysin perusteella muotoutuneet pääluokat ovat siirrettävissä naispuolisoiden kokemuksiin masennuksesta parisuhteessa. Masennuksesta kärsivien puolisoiden yksilöllisistä elämäntilanteista ja kokemuksista kumpuavat asiat, jotka eivät kuuluneet tässä tutkimuksessa haastateltujen elämään, voisivat sijoittua vähintään pääluokkien sisälle. Myös yläluokista löytynee jo tunnistettu kokemuksen muoto useimmille puolisoitten kokemuksille. Jokainen pääluokka sisältää kuitenkin satoja alkuperäislausumia ja useita yläluokkia.

Tuloksena saadut pääluokat eli vaimo todistajana, vaimo hoitajana ja vaimo oman elämänsä päähenkilönä ovat parhaiten siirrettävissä sellaisiin tilanteisiin, joissa parisuhteen osapuolista mies kärsii masennuksesta ja on avohoidossa. Tutkimuksella tavoiteltiin lievempään ja keskivaikeaan

masennukseen sairastuneiden puolisoiden kokemuksia, mutta koska tarkkoja diagnooseja ei käytetty, niin tuloksia ei voi suoraan yhdistää lääketieteellisiin masennusdiagnooseihin. Haastatelluilla oli myös kokemusta puolison sairaalahoidosta, mutta nämä kokemukset pyrittiin jättämään analyysistä pois. Masennustilan vakavuus (esimerkiksi oireiden määrällä mitattuna) vaihtelee yhdellä ihmisellä, sillä niin sairastumis- kuin toipumisprosessikin kulkee lievemmän kautta vakavampaan ja toisinpäin. Saattaa olla, että mitä lievempää puolison masennus on, sitä vähemmän siitä on tarvetta puhua ja käsitellä, koska sen aiheuttamat haitat perhe-elämälle ovat pienemmät. Siinä mielessä alun perin asetettuun toiveeseen löytää myös lievästä masennuksesta kärsivien puolisoita ei varsinaisesti löytynyt haastateltavia, vaikka tätäkin käsiteltiin masennuksen yhtenä vaiheena.

Kontekstisidonnaisuus tulee esiin haastateltujen kuvauksesta luvussa 5.1. Omaisyhdistyksen kautta löytyneet haastatellut saattoivat olla tietoisempia omasta roolistaan masentuneen puolisona kuin sellaiset puoliset, jotka eivät ole saaneet tai hakeneet itselleen apua ja tukea. Toisaalta he ovat myös niitä puolisoita, joita puolison masennus ja hänen hoitamisensa ja tukemisensa on kuormittanut, joten puolison rooli tulee näkyviin erityisen aktiivisena. Tämä tekee haastateltujen ryhmästä erityisen ja mahdollisesti vähentää siirrettävyyttä, sillä muunlaisiakin puolisoita saattaa olla olemassa. Toisaalta näillä puolisoilla oli runsaasti asiantuntemusta aiheesta ja he kykenivät tuomaan sitä esiin, koska he olivat pohtineet tilannettaan jo ennen tutkimushaastattelua. Tällaisten tiedonantajien saaminen laadulliseen tutkimukseen on arvokasta (Polit & Beck 2008). Haastatelluilla oli ollut myös kykyä ja mahdollisuuksia hakea tukea ja apua itselleenkin, mitä ei läheskään aina tapahdu. Masennus aiheuttaa syrjäytymisriskin ihmisille (Vuokila-Oikkonen & Läksy 2010), ja haasteena olisikin saada näiden ihmisten ääni ja kokemus kuuluviin. Toisaalta myös aktiivisempien tutkimuksiin osallistujien ansiosta muidenkin samantapaisten ongelmien kanssa kamppailevien elämään voidaan saada lisää ymmärrystä.

Tuloksissa saattaa korostua puolisojen kokema elämän raskaus. Tarve puhua raskaiksi koetuista asioista luottamuksellisesti motivoi yleensä tuomaan tätä puolta omasta kokemuksesta esiin ja todennäköisesti korostuu tällaisessa tutkimushaastattelussa, jossa keskitytään puhumaan vaikeista asioista. Toisaalta haastatellut eivät kuvanneet elämäänsä yksipuolisen kuormittavavana, vaikka se puoli painottuikin. Tilastollisessa tutkimuksessa saattaisivat tulla näkyviin myös ne puoliset, joita oman puolison masentuminen ei olisi erityisesti haitannut. Tämä olisi sinänsä mielenkiintoinen

tutkimuksen kohde, sillä olemassa olevan tutkimustiedon valossa tällainen kokemus on sangen harvinainen.

Tutkimusaineisto oli myös kuvaus parisuhteista, joissa sitoutuminen suhteeseen oli säilynyt masennuksesta huolimatta ainakin haastatteluun asti. Tämä saattoi saada haastatellut tuomaan myös positiivisia asioita esiin elämän raskauden kuvauksen rinnalle. Haastatteluissa luonnollisena teemana nousi esiin myös se, mikä oli saanut jatkamaan miehen rinnalla. Tämäkin saattoi tuoda jotakin siirrettävyyttä vähentäviä tekijöitä, kenties joitain eroamispäätöksiin ja masennukseen liittyviä asioita ei tässä aineistossa voinut olla, vaikka eron pohdinta –yläluokka nousikin aineistosta.

Tutkimustuloksia voi siirtää koskemaan masennukseen sairastuneiden puolisoita paremmin silloin, jos he ovat naisia. Ajankäyttötutkimus osoittaa, että edelleen parisuhteessa olevat miehet ja naiset käyttävät erilailla vapaa-aikansa (Miettinen 2008). Myös alun teoreettisissa lähtökohdissa tuli esiin miesten ja naisten kokemuksen erilaisuus. Tuloksina saadut pääluokat ovat jossain määrin ajallisesti järjestäytyneet, vaikka tosielämässä asiat usein tapahtuvat limittäin ja yhtäaikaistekin. Todennäköistä on, että tutkimuksessa löydettyt pääluokat löytyvät puolisoitten kokemuksista, mutta yläluokat pääluokkien sisällä vaihtelevat yksilöllisesti (Liite 3). Esimerkiksi pääluokan ”vaimo oman elämänsä päähenkilönä” sisältämät kokemukset omasta uupumisesta ja pahasta olosta voisivat olla lievempiäkin, mikäli perhettä ja puolisoa huomioitaisi enemmän masennuksen hoidon yhteydessä tai masennuksen hoitoon päästäisiin tarttumaan ajoissa valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Kuvaus kattaa kokemuksia puolison masennuksen eri vaiheista, myös vakavampaa ahdistuneisuutta ja itsemurhapuheita myöten.

Kun tutkimushaastatteluissa puhuttiin masennuksesta, ei aina ollut helppoa määritellä sitä, kumman parisuhteen osapuolen masentuneisuudesta, oireista ja olosta puhutaan, sillä myös vaimolla eli haastatellulla saattoi olla omaa kokemusta masennuksesta ja tunnetila saattoi tarttua. On tyypillistä, että masennusta on kummallakin suhteen osapuolella (Goodman 2004). Masennustilan kliininen määrittely on ylipäänsä vaikeaa lääketieteenkin näkökulmasta (Herse ym. 2011), vaikka tarkempiakin tietoja olisi tarjolla. Yleensä somaattiset sairaudet, esimerkiksi sydäninfarkti tai syöpäsairaudet, ovat selvästi diagnosoitavissa ja voidaan sanoa, kenellä kyseinen sairaus on. Myös moni psykiatrinen häiriö on selkeämmin määriteltävissä. On yksiselitteisempää todeta, kummalla

parisuhteen osapuolista on esimerkiksi paniikkihäiriö tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Masennuksen kohdalla näyttää olevan toisin.

6.3. Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata puolison kokemusta tilanteessa, jossa toinen puoliso kärsii masennuksesta. Tässä tutkimuksessa kokemusta tarkasteltiin vaimon kokemuksen kautta. Tutkimuksessa tuli hyvin selvästi esiin se, että masennus ja sen oireet eivät ole vain yksilön mielensisäistä kärsimystä eivätkä kosketa vain yhtä masennusdiagnoosin saanutta henkilöä perheessä. Kokonaisuudessaan tulokset toivat esiin sen, miten suuri vaikutus miehen masentumisella on puolison elämään, terveyteen ja hyvinvointiin, vaikka ulospäin perheen elämä saattaisikin näyttää sangen tavalliselta työssä käynteineen, opiskeluineen ja lapsineen. Tutkimuksessa kuvattu kärsimys oli siis sangen yksityistä ja kodin seinien sisäpuolelle jäävää.

Haastateltujen tilanne oli hyvin erilainen kuin silloin, jos vaimo olisi ollut selkeästi miehensä omaishoitaja. Tällöin siihen liittyisi omaishoitajan identiteetti ja sosiaalinen rooli, mikä näkyisi selkeämmin myös perheen ulkopuolelle (Kaivolainen ym. 2011). Tutkimuksessaan masennuspotilaiden omaishoitajista Jeglic ym. (2005) huomasivat, että puolison riskiä masentumiseen selitti hänen oma kokemuksensa oman tilanteensa rasittavuudesta, ei ulkopuolelta tehty objektiivinen arvio huolenpidon määrästä ja raskaudesta. Puolisoa ja hänen omaa kokemustaan tilanteesta tulisi aina kuulla. Vaikka masentunutta hoidettaisiin perusterveydenhuollossa ja avohoidossa, se ei kerro riittävästi puolison ja perheen kokemasta rasiuksesta, vaikka puolisoa ei pidettäisikään omaishoitajana. Myös tähän tutkimukseen pyrittiin saamaan puolisoita, jotka eivät olisi masentuneen omaishoitajia. Tutkimuskutsussakin puhuttiin vain puolisoista. Haastatteluissa kukaan heistä ei nostanut tätä käsitettä esiin, eivätkä he ilmeisesti ajatelleetkaan olevansa omaishoitajia.

Lain mukaan omaishoitaja on henkilö, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta, mikä asia ei haastateltujen perheissä noussut esiin. Suomen omaishoidon verkosto puolestaan määrittelee omaishoitajaksi henkilön, joka pitää huolta läheisestään, joka ei sairauden vuoksi selviydy omatoimisesti arjestaan, mikä toisaalta kuvaa paremmin vaimojen tilannetta miehen masennusvaiheissa. Toisaalta vaimojen identiteettiä luonnehti enemmän puolisona olo, kuin

hoivasuhteeseen asettuminen. Usein kuluu kauan aikaa, ennen kuin perhe tai puoliso tunnistaa olevansa omaishoitotilanteessa. (Järnström ym. 2009, Kaivolainen ym. 2011.)

Nykyajan ihmisten parisuhdekäsitys perustuu vahvasti tunteille ja sisältää runsaasti odotuksia siitä, että parisuhteessa olisi paljon tilaa hellyydelle, keskinäiselle tuelle sekä seksuaaliselle nautinnolle. Aiemmin keskeiset parisuhteen perusteet eli toimeentulo, lisääntyminen ja suvun kunnia ovat muuttuneet aiempaa vähämerkityksellisiksi asioiksi. (Kontula 2009). Tässä tutkimuksessa vaimot kuvasivat myös kaikkia edellä mainittuja asioita osana parisuhdetta, joihin masennus vaikuttaa haitallisesti niin parin keskinäisessä suhteessa kuin työhön, sosiaalisiin suhteisiin ja lapsiinkin liittyen.

Puoliso ja masentuneen hoito

Tutkimukseen osallistuneet vaimot näkivät, miten miehen oli vaikea jaksaa töissä, koska masennus verotti voimia. Miehet reagoivat masennuksella herkemmin työhön liittyviin asioihin kuin naiset (Melartin ym. 2010). Vaimot näkivät, miten mies sinnittelee viimeisillä voimillaan työssä, eikä helposti jää sairauslomalle. On tyypillistä, että masentuneet yrittävät pysytellä töissä, sillä vain vähemmistö, eli alle kolmannes masennushäiriöistä kärsivistä oli ollut sairauslomalla (Ahola ym. 2009). Vaimot olivat merkittävässä asemassa siinä, että he tunnistivat miehensä masennuksen ja hoidontarpeen ja kannustivat monin tavoin tätä hakemaan itselleen apua ja sen jälkeen myös pysymään hoidossa. Naiset hakeutuvat helpommin lääkärin vastaanotolle kuin miehet, jotka hakevat apua itselleen vasta tilanteen pitkittyttyä ja vaikeuduttua huomattavasti (Melartin ym. 2010).

Osa hoitoa saaneiden miesten puolisoista toi esiin, että hoito oli ollut ajoittaista ja se oli usein lopetettu kesken, vaikka masennusoireita oli vielä jäljellä. On tyypillistä, että masentuneen hoito on katkonaista (Melartin ym. 2005), eivätkä erikoissairaanhoidossakaan olevat masennuspotilaat toivu kokonaan (Vuorilehto 2008). Toisaalta hoidossa olevienkin kohdalla on tavallista, että masennuksen lääkehoitoa jatketaan pitkään samanlaisena arvioimatta sitä välillä (Korkeila 2009), mikä tuli esiin myös tässä tutkimuksessa.

Vaimot kuvasivat miestensä masennukseen liittyneen muidenkin mahdollisten psykiatristen diagnoosiluokkien mukaisia oireita. Pelkkä masennus sairautena onkin selvästi harvinaisempaa,

sillä useimmiten siihen liittyy muitakin mielenterveysongelmia, päihdeongelmia tai kroonisia sairauksia (Vuorilehto 2008). Haastateltujen puolisoista kukaan ei ollut eläkkeellä masennuksen vuoksi. Pelkkä masennus ei yleensä johda pysyvään työkyvyttömyyteen. Työkyvyttömyyseläkkeelle päätyy todennäköisimmin, jos masennukseen liittyy muita psykiatrisia ongelmia, fyysisiä sairauksia tai liiallista työkuormitusta (Ahola ym. 2011).

Masentunut saattaa sinnitellä töissä hakematta apua tai sairauslomaa, silti masennuksen on arvioitu aiheuttavan menetyksiä työssä myös sen aiheuttaman työtehon vähenemisen vuoksi (Kessler ym. 2006). Koska masennus näkyy työpaikallakin työntekijän työkyvyn heikkenemisenä, myös esimies voisi olla se henkilö, joka puuttuu asiaan ja ohjaa masentuneen työterveyshuoltoon. Esimiehen ei tarvitse tehdä diagnooseja tai tietää työkyvyn laskemisen syytä. Nykyään työterveyshuollossa pyritään kannustamaan esimiehiä varhaiseen puuttumiseen ja huolen ilmaisemiseen sekä ohjaamaan työntekijöitä ajoissa työterveyshuoltoon (Tuisku & Rossi 2010). Myös puolisoa tukisi se, että huolenpito ja vastuu jakautuisi puolison masennuksen tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa. Terveystuho ei voi auttaa ennen kuin apua tarvitsevat ovat itse yhteyksissä. Masennuksen hoito perustuu yhteistyöhön masentuneen ja hoitavan, moniammatillisen tahon välillä (Haarala ym. 2010, Tuisku & Rossi 2010).

Miesten on yleensä vaikeampi puhua psykososiaalisista ongelmista, stressistä ja perheongelmista lääkärin vastaanotolla, mikä vaikeuttaa ja hidastaa mielenterveysongelmien diagnosointia (Melartin ym. 2010). Vaimon mukanaolo vastaanotolla saattaisi auttaa masennusdiagnoosiakin löytymään paremmin ja oikea hoito pääsisi käynnistymään pienemmällä viiveellä. Masentuneen puolison mukaantuloa ensikäynnille psykoterapiaan on kokeiltu ja se on todettu hyväksi käytännöksi (Rautiainen 2010). Uusissa työterveyshuollon ohjeissa (Tuisku & Rossi 2010) ohjeistetaan ottamaan tarvittaessa yhteyttä läheisiin, jos halutaan heidän näkemyksensä tilanteesta.

Pääluokan vaimo todistajana sisältö kuvaa hyvin sitä, kuinka masennuksen aiheuttamat muutokset puolisosssa ja yhteisessä arjessa tulevat näkyviin kumppanin silmin. Vaimoitan ovat usein tunteneet miehensä jo ennen masennusoireiden ilmaantumista ja huomioivat muutoksia hänessä monipuolisesti. Pyrittäessä masentuneen hyvään hoitoon olisi hyödyllistä ottaa huomioon myös läheisten tekemät huomiot täydentämään masentuneen omaa kokemusta ja sen rinnalle. Vaimo näkee viikon kuluessa miestänsä useita tunteja enemmän ja erilaisissa tilanteissa kuin mitä vastaanottoaika lääkärin tai hoitajan luona voi olla. Monesti läheiset saattavat huomata myös

positiivisia asioita masentuneen arjessa, mitä tämä ei itse huomaa masennuksen värittämän tulkintansa vuoksi. Hyvien asioiden huomaaminen on osa masennuksen kognitiivista hoitoa (Warrilow & Beech 2009). Positiiviset huomiot, hyväksyntä ja kehumisen ilmaiseminen masentuneelle suoraan parantavat perheen tunneilmapiiriä ja edistävät masentuneen toipumista ratkaisevasti (Heikkilä 2006). Haastatellut tukivat puolisoitaan monella tavalla. Terapiatutkimuksessa huomattiin, että puolisoille on tärkeää saada auttaa masentunutta puolisoaan (Rautiainen 2010).

Potilasopetus ja tiedonjakaminen läheisille on noussut tärkeäksi osaksi psyykkisten sairauksien hoitoa (Kilkku 2009). Sekä sairastunut itse että perhe hyötyvät psyykkiseen sairauteen ja sen hoitoon liittyvästä tiedosta (Smolander ym. 1997). Vaimojen oloa helpotti, kun mies oppi elämään masennuksensa ja sen oireiden, kuten ärtyneisyyden kanssa, jolloin ne eivät ne päässeet hallitsemaan liikaa perhe-elämää ja kodin ilmapiiriä. Myös vaimot itse halusivat tietoa siitä, miten heidän miehensä masennusta hoidetaan ja miten heidän tulisi suhtautua häneen masentuneena. Samanlaisia tuloksia on saatu tutkittaessa masentuneiden puolisoille ja perheenjäsenille suunnattua koulutuksellista tukea (Smolander ym. 1997).

Haastatellut olivat siinä mielessä hyvässä asemassa, että he osasivat liittää miehessään tapahtuneet muutokset masennuksen aiheuttamiksi. Kaikki ihmiset tai puoliset eivät suinkaan osaa tai voi liittää puolisosssa tai parisuhteessa tapahtuvia asioita masennuksesta johtuviksi, sillä moni masentunut sinnittelee ilman ymmärrystä siitä, että vaikeassa olossa on kyse hoidettavissa olevasta tilasta. Masennus on alidiagnosoitu ja alihoidettu sairaus (Vuorilehto 2008). Monet kärsivät turhaan ja syyttävät itseään tai puolisoaan monenlaisista masennuksen mukanaan tuomista ikävistä asioista. Raskautta ja kitkaa haastateltujen parisuhteeseen toivat huono kohtelu ja tyllyt puheet. Masentuneet miehet ovat naisia useammin ärtyneitä, ja heillä on enemmän itsetuhoajatuksia (Melartin ym. 2010). Pohjanmaa -hankkeessa kokeiltiin laajasti väestölle tiedottamista masennuksesta ja sen oireista eri tiedotusvälineiden kautta, jotta ymmärrys masennuksesta tavoitaisi väestön ja saisi masentuneita hakeutumaan hoitoon (Pohjalaiset masennustalkoot 2007).

Vaimot toivat esiin sen, kuinka he saattavat kokea oman panoksensa miehen hoidossa pieneksi ja ammattilaisten hoidon paljon merkittävämmäksi. Silti pääluokka vaimo hoitajana kertoo vaimojen suuresta panoksesta miehen tukemisessa ja hoitamisessa sekä sen lisäksi perheen arjen jatkuvuuden takaamisessa miehen vähennettyä osallistumistaan siihen. Voi olla, että masentunutta hoitavilta

ammattilaisiltakin jää huomiotta se, kuinka paljon puoliso tekee masentuneen puolison toipumista ja hyvinvointia tukevia asioita. Toki joissain parisuhteissa puolison vaikutus voi olla päinvastainenkin, mutta tällainen näkökulma ei tullut tässä tutkimuksessa esiin. Saattaa olla, että ammattiauttajat eivät tule ajatelleeksi potilaan elämän muiden vaikuttajien merkitystä, varsinkaan, jos heillä ei ole työhönsä perhe- ja verkostokeskeistä näkemystä (Piippo & Aaltonen 2004). Arjen jatkuvuuden turvaaminen on kuitenkin tärkeä osa hoitoa ja toipumista, ja sen mahdollistaa usein muu perhe. Toisaalta vastuu perheiden arjen sujuvuudesta on nykyäänkin paljolti naisten tekemän kotityön varassa (Miettinen 2008). Toisaalta parisuhteessa oloon liittyy keskinäistä riippuvuutta sekä hoivan ja tuen tarjoamista molemmin puolin (Mikkola 2009), joten puolison antama tuki ja hoiva saattaa jäädä siksikin huomiotta, se on ikään kuin itsestään selvää. Perheen tuki on tärkeää masennuksesta toipumiselle, liiallinen kriittisyys sairastunutta kohtaan taas heikentää toipumisen mahdollisuuksia (Smolander ym. 1997). Tilanteen tekee mutkikkaammaksi se, että masennus ja masentunut itse kuluttaa perheen voimavaroja ja keskinäistä tukea, eikä masentuneella itsellään ole voimavaroja hyödyntää perheen sosiaalista tukiverkkoa (Lilja ym. 2006). Tämän vuoksi ammattilaisia tarvitaan masennuksen hoidossa voimauttamaan koko perhettä, sillä masennus kuihduttaa helposti koko perheen voimavarat. Myös tutkimuksessa tuli esiin vaimojen kokema avun ja tuen tarve, kun omat voimat loppuivat. Se, että vaimo näkee oman merkityksensä vähäisenä saattaa myös liittyä voimautumisen puutteeseen, uupumukseen, masennukseen ja itsetunnon laskuun. Tämä riski on suuri masentuneen miehen puolisollla (Teichman ym. 2003, Stimpson ym. 2006, Meyler 2007).

Masennuksen hoitoyritykset jäävät usein kesken eri syistä (Hämäläinen ym. 2008). Puolisollakin läheisenä vaikuttajana saattaa olla osuutta siihen, että masennuksen hoito jää kesken tai sitten hän voi tukea hoidon jatkumista. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, etteivät vaimot aina pitäneet hoitoa tehokkaana ja he olisivat toivoneet muutoksia hoitoon, jotta siitä olisi apua miehelle. Hoidon jatkumista haluttiin joka tapauksessa. Mitä enemmän ihmisten tiedot masennuksesta ja sen hoidosta ylipäänsä lisääntyvät, sitä enemmän myös odotuksia, toiveita, ehdotuksia ja jopa vaatimuksia hoidosta ja sen tehosta läheiset pystyvät esittämään. Yhteistyö puolisoitten kanssa tulee välttämättömäksi. Esimerkiksi terapiatutkimukseen osallistuneiden mielestä puolisoitten yhteinen prosessi masennuksen hoidon yhteydessä oli ollut hyödyllinen riippumatta siitä, oliko heidän parisuhteensa toimiva tai kamppailivatko he parisuhdeongelmien kanssa (Rautiainen 2010).

Vaimoilla oli tietoa masennuksen erilaisista hoitotavoista, ja he toivoivat lääkehoidon lisäksi myös muuta hoitoa miehelleen. Vaimot halusivat olla tekemisissä miestään hoitavien henkilöiden kanssa ja he saattoivat olla aktiivisia pyrkiessään luomaan suhdetta miestään hoitavaan tahoon. Yhteistyö ammattiauttajien kanssa toteutui hyvin vaihtelevasti. Vaimot eivät voineet pakottaa ammattilaisia yhteistyöhön kanssaan, jos nämä halusivat joko tahallaan tai tahattomasti ohittaa hoitamansa henkilön perheen. Masentuneen ihmisen puolison ohittamista tapahtuu terveydenhuollossa ja se vähentää puolison voimavaroja (Saharinen ym. 2005). Puolison ohittaminen luo potilaan hoitoa haittaavaa epäluottamusta (Kilkku 2009).

Ammattiauttajien mukana olo lisäsi tämän tutkimuksen mukaan puolisoitten toivoa masennuksesta selviytymiseen ja uskoa yhteiseen hyvään tulevaisuuteen. Toivon ylläpitäminen on olennainen osa, tehtävä ja menetelmä ylipäänsä kaikessa hoitotyössä (Kohonen ym. 2007), mutta erityisesti masennuksen hoidossa, koska toivottomuus on osa masennuksen olemusta (Sainola-Rodriquez ym. 2007). Vaikka masennuspotilaat ovat haavoittuvassa tilanteessa ja tarvitsisivat hoitoa, niin silti ammattilaiset eivät välttämättä aina kohtaa heitä ymmärtäen ja empaattisesti (Lilja ym. 2006). Osa ammattilaisista voi jättää puolison epävarmuudessa elämisen tilaan, vaikka yhtä hyvin he voivat myös rakentaa luottamusta selviytymiseen, tulevaisuuteen ja hoitojärjestelmästä saatavaan apuun (Kilkku 2009). Onneksi hoidossa olleilla masennuspotilailla on ollut myös paljon hyviä kokemuksia autetuksi tulemisesta (Tuulari & Aromaa 2008).

Vaimoilla oli kokemuksia siitä, että yrityksistään huolimatta he eivät aina saaneet apua itselleen tai perheelleen. Palveluiden ja hoidon saaminen voi olla monen kynnyksen takana eikä yhteyden luominen mielenterveyshoidon ammattilaisiin aina onnistu. Palveluihin hakeutuminen saattaa lisätä ihmisten huonoa oloa, mikäli he joutuvat kokemaan paljon pettymyksiä ja epävarmuutta (Feely & Long 2009). Mikäli apua tarvitseva löytääkin reitin organisaatiossa oikean hoitavan henkilön luo, on silti haasteena löytää yhteys tähän, sillä usein hoitoa järjestetään enemminkin organisaation ja ammattilaisen sanelemana kuin potilaan tarpeiden pohjalta (Kilkku 2008, Feely & Long 2009). On kuitenkin ammattilaisten vastuulla luoda toimiva ja yhteistyöhön kutsuva suhde niin potilaan kuin hänen läheistensä kanssa (Vuokila-Oikkonen ym. 2002). Peruslähtökohtana perheen huomioimisessa hoitotyössä on se, että henkilökunta huomioisi puolison henkilönä, joka voi osallistua masentuneen hoitoon ja auttaa häntä, mutta puoliso itsekin tarvitsee jonkinlaista tukea puolison sairastuttua (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999). Tämä lähtökohta tuli esiin myös tässä tutkimuksessa, jossa vaimot tekivät paljon asioita masentuneen puolisonsa hyvinvoinnin

edistämiseksi, mutta kaipasivat tukea puolisoina ja mahdollisesti jopa omaa hoitoa, kun olivat uupuneet ja masentuneet itsekin. On todettu, että sairastuneen läheisten riski masentua itse vähenee, jos he ovat tyytyväisiä mielenterveysalan ammattilaisiin (Nyman & Stengård 2001).

Ammattilaisten ja palvelujen tarvitsijoiden näkökulmat ovat hyvin erilaiset, vaikka kummallakin olisi terveystalantutkimus (Burnard 2006). Haastatellut olivat kokeneet ammattilaisten leimaavan mielenterveysongelmasta kärsivän perheen ja välttelevän avun antamista tämän vuoksi. Myös Aromaan (2011) tutkimuksen mukaan masennuksesta kärsivien ja palveluita hakeneiden ihmisten on todettu kokevan mielenterveyspalvelut leimaavina. Ammattilaisten suhtautuminen masennuksesta kärsiviin potilaisiin perusterveydenhuollossa on muuttunut sangen myönteiseksi ja hoitamiseen motivoituneeksi ainakin niillä, jotka ovat koulutautuneet masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon (Kuosmanen ym. 2011). Aiemmin perusterveydenhuollon hoitajat ovat kokeneet masennuksen hoidon velvollisuudekseen, vaikka kiire ja epävarmuus omasta osaamisesta onkin haitannut varsinaista hoidon toteuttamista (Kokko 1999).

Haastateltujen parisuhteissa yksi tärkeistä kysymyksistä, joiden kanssa he kamppailivat oli se, kenelle masennuksesta voi kertoa tai miten sen voisi salata. Perheet halusivat pärjätä itse ja välttää leimautumista mielenterveysongelmaiseksi. Edelleenkin Suomessa mielenterveysongelmista kärsiviin yhdistetään useita negatiivisia ominaisuuksia (Aromaa 2011), joten sinänsä perheiden halu suojella itseään tältä leimalta on hyvin ymmärrettävää. Toisaalta ihmisten kielteiset asenteet mielenterveysongelmaisia kohtaan lievenevät, mikäli heillä on omakohtaista kokemusta tai he tuntevat ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmia (Aromaa 2011). Salailu ylläpitää mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa. Monet ihmiset saattavat luulla, etteivät he tunne ketään mielenterveysongelmista kärsivää ihmistä, mutta esimerkiksi masennuksen yleisyyden huomioiden se on epätodennäköistä. Ihmiset eivät vain tiedä tuntevansa erityisesti lievemmästä masennuksesta tai muista yleisistä mielenterveysongelmista kärsiviä tai kärsineitä ihmisiä, koska näitä asioita usein hävetään eikä niistä puhuta. Mielenterveysongelma liitetään edelleenkin usein vakaviin mielenterveyshäiriöihin ja sairauksiin, vaikka yleisimmät mielenterveysongelmat ovat paljon lievempiä ja arkipäiväisempiä. Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma voi olla yhtä vahingollinen kuin mielenterveysongelma itse, ja estää kuntoutumista (Feely ym. 2007). Haitallisuus voi ilmetä eri tavoin, esimerkiksi mielenterveyshäiriöisen leiman saanut henkilö eristetään sosiaalisesta kanssakäymisestä tai siten, että ihmiset eivät uskalla leimautumisen pelossa hakeutua ajoissa hoitoon. Ihmiset hakeutuvat masennuksen vuoksi hoitoon varmemmin, mitä vakavammasta

masennuksesta on kyse (Aromaa 2011), vaikka ajoissa aloitettu lievempiasteisen masennuksen hoito olisi helpompaa ja yksinkertaisempaa.

Onneksi masennuksesta puhuminen ja siihen sairastuminen on muuttunut hyväksyttävämmäksi ajan kuluessa (Lönqvist 2009). Silti yleinen asenne masentunutta kohtaan on edelleen sellainen, että hänen pitäisi itse auttaa itseään ”ottamalla itseään niskasta kiinni”, ja ammattilaisiin turvaututaan turhan myöhään (Aromaa 2011). Avun hakeminen ylipäänsä on vaikeaa, sillä länsimaisissa yhteiskunnissa elää käsitys ihmisestä itsenäisenä, omat asiansa hoitavina yksilöinä. Avun pyytäminen masennukseen tarkoittaa usein ihmiselle ryhtymistä prosessiin, jossa mahdollisesti joutuu jakamaan hankalia olojaan ja sietämään epävarmuutta. (Feely & Long 2009, Mikkola 2010.) Tämä näytti koskevan myös masentuneen henkilön puolisoa niin puolison roolista käsin tai silloin, kun hän itse tarvitsi apua.

Euroopan unionin tasolla on pyritty muuttamaan asenteita Aspen –projektilla (Aspen 2011). Sen tavoitteena on vähentää depression liittyvää leimautumista ja syrjintää. Tämänkin tutkimuksen esille nostamien asioiden yhteydessä vaarana on, että väärin tulkittuina tutkimuksessa kuvatut asiat leimaavat lisää masennukseen sairastuneita ja näiden perheitä. Esimerkiksi tutkimuksessa tuli esiin vaimon kokemaa fyysistä väkivaltaa, mutta silti masennukseen sairastuneita tai yleisemmin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ei voi yleisesti leimata väkivaltaisiksi ihmisiksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei myöskään ole leimata masentuneita miehiä, tai väittää masentuneiden miesten vaimojen sairastuvan aina myös itse masennukseen. Mikäli tutkimuksen tuloksia käytettäisiin syrjiviä käytäntöjä edistävästi, merkitsisi se sitä, että masentuneiden miesten vaimojen olisi yhä suurempi syy vaieta miehensä masennuksesta, jottei heitä itseään leimattaisi esimerkiksi työntekijäksi, joka ei jaksu töissä miehensä vaikeuksien vuoksi. Positiivisessa tapauksessa tutkimustieto voi edistää ymmärrystä ja suvaitsevuuutta. Esimerkiksi työyhteisö voisi ymmärtää tukea jäseniään kaikkien elämään kuuluvien menetysten tai vastoinkäymisten yhteydessä, leimaamatta mielenterveyssyitä erikseen.

Vetäytyminen prosessina

Vetäytyminen on yleinen masennuksen oire (Käypä hoito 2010). Masennus voi olla sekava kokemus, joka erottaa ja irrottaa ihmisen yhteydestä niin itseensä, mutta myös toisiin ihmisiin ja

koko yhteiskuntaan (Feely & Long 2009). Tässä tutkimuksessa masentuneen henkilön vetäytymisen vaikutukset tulivat esiin vaimon näkökulmasta. Vaimon kokemus vaihteli sen mukaan riippuen siitä, mistä asiasta puoliso vetäytyi. Tämän vuoksi puolison vetäytymistä kuvataan kolmessa yläluokassa eli mies vetäytyy arjen toimista, mies vetäytyy parisuhteesta ja mies yksinäistyy.

Vaimon näkökulmasta miehen vetäytyminen tarkoitti vetäytymistä pois perheen arjen kannalta välttämättömistä askareista ja itsensä hoitamisesta, parisuhteesta tai muista ihmisistä niin, että vaimo näki miehensä jäävän yksin. Vaimojen kertoessa kokemuksestaan tuli näkyviin se, miten miehen vetäytyminen saattaa yksinäistää myös vaimon. Mieheltä saatu tuki vähenee samalla kuin kontaktit perheen ulkopuolisiin ihmisiin vähenevät, jolloin vaimon saama sosiaalinen tuki vähenee monella suunnalla. Yhteyksien väheneminen perheen ulkopuolelle voi johtua monesta tekijästä, kuten miehen asettamista toiveista rajoittaa yhteydenpitoa perheen ulkopuolisiin ihmisiin, vaimon itse kokemasta häpeästä tai siitä, että muut ihmiset hylkäävät. Myös vaimon omien voimien väheneminen vähensi yhteydenpitoa. Tällä tavalla eristäytymisen kierre syvenee, yksinäisyys lisääntyy, sosiaalinen tuki kutistuu ja voimavarat vähenevät. Tämä puolestaan on yhteydessä monenlaiseen sairastamiseen ja syrjäytymiseen koko perheellä (Vuokila-Oikonen & Läksy 2010). Sosiaalisen tuen puute on riski esimerkiksi synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Escribé-Agüir ym. 2008, Hiltunen 2009, Xie ym. 2010) tai ylipäänsä masentumiseen (Spotts ym. 2004).

Vetäytyminen perheen ulkopuolisista ihmissuhteista oli miehelle yksinäistymistä, jota mies itse edesauttoi. Siihen vaikutti joskus myös muiden ihmisten reagointi ja etäisyyden ottaminen, kun he olivat kuulleet perheen mielenterveysongelmasta. Se on siis ihmistenvälinen vuorovaikutusprosessi, jossa masentunut itse kokee tulevaisuutensa torjutuksi, ja silti hän myös omalla toiminnallaan irrottautuu muista ihmisistä, johon puolestaan muut vastaavat alkamalla hylkiä irrottautujaa eli masentunutta (Feely & Long 2009). Toisaalta vetäytyminen vaimosta ei ollut aina vain yksinäisyyteen vetäytymistä, sillä miehen vetäytyminen vaimosta ja parisuhteesta saattoi tarkoittaa myös sitä, että mies piti tiiviimpää yhteyttä muihin ihmisiin kuin vaimoonsa. Tämä yhteydenpito muihin ei kuitenkaan ollut tapaamista konkreettisesti ja kasvokkain, vaan nykytekniikan mahdollistamaa internet-yhteyttä tai muuta ajankulua kotoa poistumatta.

Kun yhteydet muihin ihmisiin vähenevät, masennuksen leimaamat toivottomat ja negatiiviset tulkinnat itsestä, muista ihmisistä, elämästä ja maailmasta vahvistuvat vaihtoehdottomina. Tällaista pitkäaikaista tapahtumien kulkua ei tutkimus tavoittanut, sillä haastatellut vaimot olivat myös

hakeneet ja saaneet tukea itselleen jossain vaiheessa miehensä sairastaessa tai toipuessa. Muuten tällaista pitkäaikaista kärsimystä todennäköisesti riittää runsain mitoin ihmisten elämässä, koska masennus on paljolti tunnistamaton ja alihoidettu (Hämäläinen ym. 2008). Masennuksesta johtuva yksinäisyys ja vetäytyminen ei ole vapaaehtoinen elämäntapavalinta, vaan sairauteen kuuluvan oireen sosiaalinen seuraus, joka koskettaa koko perhettä ja saattaa johtaa jopa syrjäytymiseen. Perusterveydenhuollon työntekijöillä on merkittävä rooli mielenterveyshäiriöisten ihmisten tunnistamisessa ja hyvässä kohtaamisessa, mikä parhaimmillaan ehkäisee myös ihmisten syrjäytymistä (Vuokila-Oikonen & Läksy 2010).

Haastatellut kuvasivat masennuksen tarttumista puolisoista itseensä. Masennus tarttuu helposti ihmisten välillä kun ollaan läheisissä tekemisissä (Joiner & Katz 1999), jolloin olisi loogista ehkäistä sitä vetäytymällä erikseen, ja siihen saattaa masentunut itsekkin pyrkiä. Toisaalta myös eristäytyminen ja yhteydetttömyyden tila voi olla yksi masennuksen leviämistapa parisuhteessa, perheessä ja jopa yhteisössä. Yhteiskunnan tasolla syrjäytyminen ja masennus liitetään usein yhteen ja sen vastavoimana on yhteisöllisyys ja sosiaalinen pääoma (Vuokila- Oikonen & Ruotsalainen 2010).

Vetäytymisen keskeinen merkitys masennuksessa ja masennuksesta toipumisessa näkyy myös Feelyn ja Longin (2009) teoriassa siitä, mitä masennus ja sen hoito psykiatrisen hoitotyön kannalta voisi olla ja miten ammattilaisen tehtävänä on tukea masentunutta yhteyteen ihmisten ja itsensä kanssa. Teorian ytimenä on liittyminen, sekä siihen liittyvänä ihmisten elämänsä tapahtuvat liittymiset ja vetäytymiset ihmissuhteissaan (Feely & Long 2009). Tämän tutkimuksen mukaan vaimot toimivat aktiivisina vastavoimina vetäytymiselle ja pyrkivät estämään suhdetta katkeamasta, vaikka se olikin välillä työlästä ja turhauttavaa. Toisaalta Feelyn ja Longin (2009) teorian mukaan masennuksesta toipumisen prosessiin kuuluu etäisyyden otto muihin ihmisiin. Masentuneen on tarpeellista ymmärtää itseään ja luoda uudelleen suhde itseensä, ennen kuin hän voi olla muiden ihmisten kanssa (Feely & Long 2009).

Vaimot joutuivat kokemaan pettymyksiä miehen torjuessa sekä vetäytyessä läheisyydestä ja seksuaalisesta kohtaamisesta. Kosketuksen ja hellyyden väheneminen sai vaimon voimaan huonommin. Läheisyyden merkitystä on tutkittu myös fysiologiselta kannalta, ja esimerkiksi suutelemisen lisääminen pariskunnan kesken paransi stressinsietokykyä, parisuhdetyytyväisyyttä ja

jopa laski seerumin kolesteroliarvoja (Floyd ym. 2009). Vetäytyttäessä fyysisesti erilleen tämä elämän voimavara poistuu.

Masennuksen, parisuhdetyytyväisyyden ja seksuaalisen tyytyväisyyden välillä on paljon yhteyttä, vaikka syy- ja seuraussuhteet eivät olekaan selkeitä (Trudel & Goldfarb 2010). Masennuksesta kärsivillä pareilla oli vähemmän keskinäisen kiintymyksen ilmauksia ja enemmän seksuaalista tyytymättömyyttä (Coyne ym. 2002). Masentuneisuus vähentää usein kiinnostusta seksiin (Käypä hoito 2010), mutta myös masennuksen lääkehoito voi haitata miehen seksuaalisuutta vähentäen seksuaalista halukkuutta, lisäten erektiovaikeuksia ja aiheuttaen viivästynyttä ejakulaatiota (Viikki & Leinonen 2011). Hoidossa tulisi mahdollistaa myös seksuaalisuudesta puhuminen niin masentuneen itsensä kuin hänen puolisonsa kanssa. Tyytyväisyydellä parisuhteen seksuaalielämään on yhteys korkeampaan tyytyväisyyteen ylipäänsä parisuhteeseen (Trudel & Goldfarb 2010). Asian esille ottaminen masennuksen hoidon yhteydessä on tärkeä myös siksi, että seksuaaliset haittavaikutukset ovat yksi tavallisimmista syistä, miksi masennuksen lääkehoito keskeytetään (Viikki & Leinonen 2011). Vaikka lääkkeestä muuten olisi hyötyä, menetetään siitä saatava apu ja masennus pitkittyy haittavaikutuksineen, jos mies jättää kesken lääkehoidon sen seksuaalisten haittavaikutusten vuoksi. Toisaalta hoidon eli mielialalääkkeen sivuvaikutuksetkin voivat saada miehen torjumaan vaimon lähestymisyriä, ei ainoastaan masennus.

Kuvaus masennuksesta parisuhteessa olisi saattanut olla erilainen, mikäli olisi haastateltu myös niitä, jotka olivat eronneet masentuneista puolisoistaan. Vuosittain päättyy yli 13 000 avioliittoa eroon (Tilastokeskus 2010). Kun parisuhdetta koossapitävät asiat alkavat kadota parisuhteesta masennuksen myötä, niin yleinen tyytymättömyys ja paha olo sekä masennukseen liittyvä vaikeus ongelmanratkaisussa alkaa vallata tilaa parisuhteessa, monet päätyvät ratkaisemaan tilanteen eroamalla. Joskus eroaminen helpottaakin masennusta (Cohen ym. 2007). Toisaalta osa eroista saattaa olla ns. turhia eroja, jossa ristiriitoja olisi voitu selvittää päätymättä eroon.

Vaihtoehto masennuksesta johtuville eroille olisi masennuksen kunnollinen hoito. Parisuhde voi yleensä paremmin silloin, kun masennustakin on vähemmän (Kouros ym. 2008), joten masennuksen tehokas hoito vain toisen puolison osalta auttaa myös parisuhdetta voimaan paremmin. Tämä ei silti sulje pois puolison huomioimisen tarvetta hoidossa. Toisaalta pariterapiakin on osalle tarpeellinen hoitomuoto, sillä parisuhteen ongelmat voivat olla masennuksesta toipumisen esteenä (Denton ym. 2010).

Masennuksesta johtuvien turhien erojen vähentäminen olisi perusteltua myös masennuksen ennaltaehkäisyn näkökulmasta, sillä hajonneessa perheessä nuoret saavat vähemmän sosiaalista tukea ja altistuvat itse masennukselle (Elmaci 2006). Perheen pysyvyys suojaa kasvavia nuoria pessimististen tulkintatapojen kehittymiseltä, mikä puolestaan on yhteydessä siihen, että masentumisen todennäköisyys pienenee (Ivanova & Israel 2005). Pitkät parisuhteet ovat myös parisuhdehoivan mahdollinen lähde vanhuudessa (Mikkola 2010), mikä puolestaan mahdollistaisi ihmisten yleisen toiveen eli itsenäisen asumisen omassa kodissa mahdollisimman pitkään.

Kodin ilmapiiri

Yhteinen koti on yleisesti yksi vakiintuneen parisuhteen ulkoisista tunnusmerkeistä ja ihmisille yleensä elpymisen, levon ja turvan paikka. Tutkimuksessa nousi esiin se, miten kodin merkitys muuttuikin päinvastaiseksi miehen masentuessa. Tällaisenaan ajatus kodista pahan olon paikkana oli uutta tietoa, jota ei aiemmista tutkimuksista löydy. Kokemus sinänsä on sangen ymmärrettävä ja jopa itsestään selvä, se on ikään kuin näkyvillä kaiken aikaa. Tätä lähelle tuleva asia on perheen ilmapiiri, jonka merkitystä on tutkittu psyykkisen sairastamisen yhteydessä. Ilmapiiriä ei kuitenkaan ole kytketty paikkaan, vaan perheen ihmissuhteisiin (Smolander ym. 1997, Heikkilä 2006). Myös vaimot liittivät kokemuksensa miehensä läsnäoloon kotona. Joiner ja Katz (1999) huomasivat tutkimuksessaan, että masennusoireet tarttuvat myös satunnaisesti valikoituneisiin huonetovereihin. Vielä helpommin tämä tapahtunee perheenjäsenten välillä, joilla on toisiinsa monella tasolla vahvemmat siteet.

Terveydenhuollon ammattilaiset tiedostavat masennuksen tarttumisriskin, sillä esimerkiksi mielenterveyshoitotyön oppikirjassa varoitetaan masennuksen hoidon yhteydessä ”depressio on sairaus, joka vie helposti mennessään niin potilaan kuin hoitajankin” (Punkanen 2008), ja lääkäreille suunnattu artikkeli oli otsikoitu ”Älä anna masennuksen tarttua” (Rovasalo & Melartin 2009). On todettu, että puolisoiden ja psykiatristen hoitajien ryhmällä oli yhtä paljon uupumusoireita heidän ollessaan tekemisissä vakavasti masentuneiden kanssa (Angermeyer ym. 2006). Perheenjäsenyys ei siis suinkaan suojaa uupumusoireilta, eikä puolisoilla välttämättä ole tukea, varsinkin jos häpeä ja ennakkoluulot leimaavat heidät. Vaikka hoitajilla on ammattitaitonsa ja työryhmänsä tukena, niin silti terveydenhuollon ammattilaisillakin on vaikeuksia ottaa vastaan

masennuspotilaan tunteita ja kestää niitä (Feely & Long 2009). Ammatillaiset tiedostavat jo sangen hyvin sen, kuinka heidän olisi välttämätöntä pitää huolta omasta psyykkisestä jaksamisestaan. Masennusta hoitavien ammattilaisten työnohjaus ja työyhteisön jäsenyys on olennaisen tärkeä asia työssä jaksamisen tukemiseksi ja myötätuntouupumukselta suojautumiseksi (Kilpinen & Tauriainen 2011, Panhelainen 2011). Ammatillaiset siis tiedostavat riskin omalla kohdallaan, mutta haasteena olisi ulottaa sama ymmärrys ja tuki perheenjäseniin, jotka viettävät samoissa tiloissa kotona pitkiäkin aikoja masentuneen kanssa.

Tutkimuksessa tuli esiin useita ratkaisuja, joihin pariskunnat olivat itse ryhtyneet rajoittaakseen miehen pahan olon tarttumista muuhun perheeseen. Kaikkien perheiden voimavarat eivät aina riitä ratkaisujen löytymiseen, kuten oman asunnon vuokraamiseen masentuneelle. Masentunut itse saattaa kärsiä syyllisyydestä osuudestaan kodin ilmapiirin pilaamiseen, mikä ei suinkaan edistä hänen omaakaan toipumistaan masennuksesta. Tätä ilmiötä vasten masentuneen halu vetäytyä yksinäisyyteen vaikuttaa jopa perheen suojelemiselta, vaikka siitä saattaa seurata muita ongelmia. Riittävän tiivis hoitokontakti perheen ulkopuolelle on tärkeä. Vaimotkin pitivät hoidon jatkuvuutta tärkeänä. Masentuneen olisi päästävä käsittelemään paha oloaan jossain, esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolla, jotta hän voi olla taas yhteyksissä muihin ihmisiin ja perheeseensä (Feely & Long 2009).

Mikäli perheellä ei ole tietoa tai mahdollisuutta ymmärtää perheenjäsenen käytöstä masennuksesta johtuvaksi, on tavallista, että tämän käytös herättää syytöksiä esimerkiksi laiskuudesta ja huonontaa kodin ilmapiiriä. Vaimotkin kertoivat hyväksyvänsä puolison vetäytymistä kodin arjesta ymmärtäessään sen johtuvan masennuksesta eikä olevan tahdon tai halun asia. Tiedollinen tuki perheelle keventää myös kodin ilmapiiriä (Smolander 1997).

Tunneilmapiirin osatekijöinä on erotettu yleinen vihamielisyys, kriittiset kommentit, kietoutuneisuus, lämpö ja positiiviset huomiot (Heikkilä 2006). Perheen tunneilmapiirin vaikutusta on tutkittu depression sairastuneen näkökulmasta, ja erityisesti puolison kriittisyydellä sairastunutta kohtaan on ratkaiseva merkitys sille, sairastuuko masentunut uudestaan vai toipuuko hän (Smolander ym. 1997). Vaimojen kertoman mukaan tutkimuksen pariskunnat pystyivät välillä toimimaan aikuisessa yhteistyössä sairastamisesta huolimatta ja helpottamaan masennuksesta aiheutuvia haittoja yhdessä. Tässä tutkimuksessa esiin tulleet vaimojen osoittama ymmärrys sekä masentuneen puolison näkeminen positiivisessa valossa edistävät tutkimusten mukaan puolisoiden

toipumista ja perheen yhteistä hyvää oloa. Huonolla tunneilmapiirillä on ylisukupolvisia vaikutuksia, sillä se altistaa perheen lapsia depression sairastumiselle (Heikkilä 2006). Vaikka tutkimuksen haastatteluissa lähtökohtana oli masennuksen vaikutus parisuhteeseen, niin vaimojen kokemus masennuksesta parisuhteessa sisälsi myös huolen perheen lasten hyvinvoinnista. Perhehoitotyön näkökulmasta masentuneen henkilön perhettä hoidettaisiin kokonaisuutena huomioiden perheen positiivisen ilmapiirin vahvistaminen (Åstedt-Kurki ym. 2008).

Huolenpito ja ihmisenä kasvaminen

Vaimojen kuvaamassa itsessään tapahtuneessa muutoksessa suhteessa huolenpitoon puolisoistaan oli paljon samoja piirteitä, joita Gilligan (1982) löysi tutkimuksessaan. Löytöjensä pohjalta hän muotoili huolenpidon etiikaksi kutsutun teoriansa. Se on vaikuttanut myös suomalaiseen hoitotyön etiikasta käytyyn keskusteluun (esimerkiksi Lahtinen ym. 2004, Bislimi 2004). Gilligan itse piti sitä naisille ominaisena tapana tehdä eettisiä päätöksiä, mutta tarkemmissa tutkimuksissa sen on todettu koskevan kumpaakin sukupuolta (Juujärvi 2006a). Huolenpidon etiikassa ihmisen valintoja ohjaa halu pitää yllä suhteita toisiin ihmisiin vastaamalla näiden tarpeisiin ja tunteisiin (Juujärvi 2006c). Tämän periaatteen mukainen toiminta tuli esiin pääluokassa vaimo hoitajana. Toisen ihmisen tarpeiden huomiointi tuli puolestaan esille vaimo todistajana pääluokassa. Vaimo oman elämänsä päähenkilönä -pääluokka kuvasi kehitysprosessia toisesta kolmanteen kehitysvaiheeseen. Kehitystä vei eteenpäin huoli siitä, mitä itselle oli suhteessa ollessa tapahtunut.

Huolenpidon etiikan mallin mukaan huolenpidon moraalissa on kolme kehityksellistä tasoa ja kaksi siirtymävaihetta näiden välillä. Nämä on tiivistetty kuvioon 5.

I **Omasta itsestä huolehtiminen** → Epäitsekkyys ilmaantuu → II **Toisista huolehtiminen** → Itsekkyys ilmaantuu uudelleen → III **Huolehtiminen itsestä ja toisista**

Kuvio 5. Huolenpidon etiikan kehitysvaiheet

Ensimmäisellä kehityksen tasolla, eli omasta itsestä huolehtimisen tasolla, suhtautumista huolenpitoon luonnehtii huoli omasta selviytymisestä. Tällöin huoli minkä tahansa toiminnan oikeutuksesta herää vain sellaisessa tilanteessa, jossa oma hyvinvointi on uhattuna. Seuraavalle tasolle kehittyminen edellyttää epäitsekkyuden tajuamista. Näitä vaiheita eivät haastatellut kuvanneet, todennäköisesti he olivat läpikäyneet ne jo aiemmin. Toisella tasolla toisesta ihmisestä huolehtiminen on tärkeintä, jopa omaan uhrautumiseen asti (Gilligan 1982, Juujärvi 2006b). Tutkimuksessa tämä tuli esiin siinä, miten haastatellut kertoivat suhtautuneensa puolisoonsa, kun tämä oli masentunut. He olivat asettaneet miehensä tarpeet ensisijaisiksi ja pitäneet huolta tämän ja muun perheen tarpeista oman hyvinvointinsa kustannuksella.

Tutkimuksessa ei käynyt ilmi, mikä sai vaimot hoitamaan toisia niin aktiivisesti, että heidän oma terveytensä ja hyvinvointinsa vaarantui. Gilliganin teorian mukaan toisella huolenpidon tasolla toiminnan motiivina on varmistaa oma psykologinen selviytyminen, joka on riippuvainen toisten ihmisten hyväksynnästä (Juujärvi2006c). Samalla, kun henkilö varmistaa toisten hyvinvointia, hän olettaa toisten olevan vastuussa hänen hyvinvoinnistaan (Juujärvi 2006c). Tässä tutkimuksessa ei tällainen odotus puolisoa kohtaan tullut esiin, ja haastatteluvaiheessa vaimot olivat jo ymmärtäneet masennuksen vaikuttavan parisuhteen tilanteeseen. Toisaalta parisuhteeseen sitoutuminen sinänsä sisältää odotuksen molemminpuolisesta huolenpidosta ja tuesta elämän vaikeuksien edessä (Mikkola 2009). Tavallisessa arjessa ei useinkaan erikseen mietitä, mikä on toisen hoitamista, ja mikä taas kuuluu muuhun vuorovaikutukseen, varsinkaan, jos tilanne jo on jatkunut pitempään (Mikkola 2010). Vaimot kertoivat myös tottuneensa tilanteeseensa ja puolison tuen tarpeeseen, mikä toisaalta vapauttikin voimia.

Kertoessaan kokemuksistaan tutkimushaastatteluissa vaimot olivat jo siirtyneet eteenpäin huolenpidon moraalien kehitysvaiheissa kuvaten erityisesti toista siirtymävaihetta eli itsekkyyden uudelleen ilmaantumista samoin kuin Gilliganin (1982) teoriassa. Vaimot joutuivat arvioimaan uudelleen suhdettaan siihen, minkä hinnan he maksoivat omalla voinnillaan pitäessään huolta masentuneesta miehestään ja yhteisestä arjesta. Oma huono vointi toimi hälytysmerkkinä ja he joutuivat vastakkain sen kanssa, että miehestä huolehtiminen oli alkanut tapahtua oman terveyden ja hyvinvoinnin kustannuksella. Vastavuoroinen tukeminen oli kadonnut vähitellen parisuhteesta miehen masennusoireiden vuoksi. Itsekkyuden uudelleen herääminen vie kehityksen Gilliganin (1982) mukaan korkeimmalle huolenpidon kehitysasteelle. Tässä vaiheessa kyetään ratkaisemaan ristiriita itsestä ja toisesta huolenpitämisen välillä siten, että myös oma itse sisällytetään

huolenpidon piiriin ja tasapainoisesti huolehditaan sekä itsestä että toisista (Juujärvi 2006c). Vaimot kuvasivat, että havahtuminen huolenpitoon omasta itsestä ei ollut tarkoittanut puolison hylkäämistä, vaan omien tarpeiden tunnistamista sekä avun ja tuen hakemista myös itselle. Silti ylin kehitysvaihe voisi toteutua, vaikka eroaminen suhteesta olisikin ratkaisuna.

Kokonaisuudessaan elämää masentuneen miehen vaimona ei koettu pelkästään kielteisenä. Vaimot arvostivat sitä, että kokemus oli antanut heille mahdollisuuden kehittyä ihmisenä. Ajoittain perinteinen käsitys kärsimyksen jalostavasta vaikutuksesta kyseenalaistetaan, kuten Burnard (2006) tekee omasta masennuskärsimyksistään kirjoittaessaan. Useiden tutkimusten mukaan (Juujärvi 2006c) huolenpidon ajattelun kehitysvaiheissa eteneminen on kuitenkin yhteydessä moniin muihinkin yksilön kehittyneisyyttä kuvaaviin asioihin kuten ikään, identiteetin kehitykseen, kykyyn ottaa rooleja ja ajattelun kompleksisuuteen. Näissä vaiheissa edetään yleensä elämänsä aikana ja erityisesti elämän kriisivaiheet kasvattavat ihmistä (Gilligan 1982, Juujärvi 2006a, Noppari ym. 2007). Näin myös vaimojen kuvaama kokemus ihmisenä kasvamisesta liittyy yleiseen ihmisenä kehittymisen mahdollisuuteen elämässä esiin tulevien, mutta usein yllättävien haasteiden äärellä.

Vaimot kuvasivat kasvuprosessiaan ja sitä, että vaikeudet mahdollistavat oppimisen ja joskus jopa paremman elämän kuin ennen puolison mielenterveysongelmaa. Toisen puolison masentuessa on tyypillistä, että parisuhteen kumpikin osapuoli on masentunut (Whiffen ym. 2001, Lindeman ym. 2002). Pääluokassa vaimo oman elämänsä päähenkilönä kuvataan myös vaimojen uupumusta ja masennusta, joten heidän kokemuksiaan voi rinnastaa myös masentuneiden kokemuksiin. Ryytäsen (2009) tutkimuksessa masennukseen sairastuneet kuvasivat prosessia, jossa masennuksen läpikäyminen oli ollut kokonaisuudessaan myönteinen elämäkokemus, koska se avannut uusia näköaloja elämään ja muuttanut elämänarvoja. Toisaalta masennus saatetaan kokea vain tuskallisena kokemuksena, ilman että se koettaisiin oppimiskokemuksena tai persoonallisen kasvun muotona (Burnard 2006). Masennus sinänsä laskee elämänlaatua (Saarni 2008) ja tyytyväisyyttä elämään (Stimpson ym. 2006), mutta läpielettynä ja hoidettuna se saattaa käännyä päinvastaiseksi kokemukseksi ja jopa elämän voimavaraksi (Enäkoski 2002). Myös mielenterveysongelmista kärsivien läheiset ovat kuvanneet arvojensa muuttumista, itsetuntemuksen kasvua ja vahvistumisen kokemuksia (Nyman & Stengård 2001).

6.4. Toimenpide-ehdotuksia

Tutkimushaastatteluissa tuli esiin monenlaisia kokemuksia ammattilaisten ja palvelujärjestelmän toiminnasta niin suhteessa puolisoon ja perheeseen kuin itse masentuneeseen henkilöönkin. Samantyyppisiä hyviä toimintatapoja sekä puutteita on havaittu useissa muissakin tutkimuksissa, joista osaan on jo tässäkin työssä viitattu. Suomessa on edelleenkin menossa ja suunnitteilla monenlaisia hankkeita väestön terveyden edistämiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste 2008-2011 sekä sen jatko vuosille 2012-2015, joissa on myös osahankkeita mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi (THL 2009a, STM 2011). Aki Rovasalo ja Tarja Melartin (2009) ovat sitä mieltä, että projekteista huolimatta masennus on kansantauti, jonka hoidossa ei ole Suomessa vielä onnistuttu. Terveydenhuolto kykenee ohittamaan puolison ja perheen kärsimyksen sekä huomattavan osuuden sairastuneen tukemisessa hämmästyttävän helposti. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta kannattaisi huomioida myös masentuneen puoliso ja ottaa hänetkin mukaan puolisonsa hoitoon. Puolison huomioiminen näissä tilanteissa olisi sellaista toimintaa, jolla voitaisiin parantaa ihmisten hyvinvointia ja ennaltaehkäistä ongelmien syntyä sekä puuttua ja tarjota apua ongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Se on häiriöiden hoitamisen lisäksi mielenterveystyön tehtävänä. (Mielenterveyslaki 1990, Mieli 2009.)

Suurin osa masentuneista hoidetaan avohoidossa tai perusterveydenhuollossa (Vuorilehto 2008). Tämän tutkimuksen ja sitä varten tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella masennuksen hoidon suosituksia tulisi muuttaa niin, että ne ohjaisivat vankemmin huomioimaan perhettä ja puolisoa myös siellä. Usein näkökulmana on vain pariterapiaan ohjaaminen silloin, kun parisuhteessa on ristiriitoja. Varsinaisia pariterapiaprosesseja tarvitaan monimutkaisempien parisuhteen asioiden käsittelyyn, ja se on todettu hyödylliseksi masennuksen hoidossa, mikäli masennukseen liittyy parisuhdeongelmia (Käypä hoito 2010). Perusterveydenhuollossa toimivilta hoitotyön asiantuntijoilta, kuten depressiohoitajilta, ei odoteta pari- tai perheterapeutin taitoja (STM 2010, Karvinen 2009), mutta puolison huomiointiin on paljon muitakin mahdollisuuksia kuin pariterapian aloitus.

Puolisot haluavat olla mukana ja olivat kokeneet hyödylliseksi osallisuuden puolisonsa hoitoon myös tämän tutkimuksen mukaan. Yksittäinen työntekijäkin voi vaikuttaa monella tavalla siihen, miten hän huomioi hoitoon tulleen puolisoa. Sen lisäksi tarvitaan koulutuksellista ja hallinnollista

tukea puolisoiden ja perheiden kohtaamiselle myönteisen työ- ja hoitokulttuurin rakentamiseen ja sopivien menetelmien löytymiseen.

Ensimmäinen askel puolison mukaanottoon voisi olla yhteisen vastaanottokäynnin varaaminen puolisoille. Tapaamista saattaisi helpottaa selkeiden interventioiden tai mallien käyttö. Tiedollista tukea arvostivat myös tutkimuksen puoliset ja se on todettu mielenterveysongelmista kärsivien läheisille tärkeäksi (Heikkilä 2006, Kilkku 2008). Muita mahdollisuuksia voisivat olla esimerkiksi interpersoonallinen psykoterapia eli IPT mahdollisena parisovelluksena, sillä Suomessa on jo koulutettu depressiohoitajia IPT-menetelmän käyttöön yksilön masennuksen hoidossa (Rantanen-Lakka ym. 2005, Kontunen 2007). Toinen mahdollinen kokeilun arvoinen apuväline voisi olla Parisuhteen roolikartta (Airikka 2003), jonka avulla masennuksen aiheuttamasta muutoksesta voisi käydä keskustelua sekä nähdä myös hyvin toimivat parisuhteen osa-alueet ja asettaa tavoitteita hoidolle parisuhteen näkökulmasta.

Nykyään halutaan hoitaa myös mielenterveyshäiriöitä mahdollisimman paljon avohoidossa, ja mahdolliset sairaalahoidot pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä. Silti psykiatrisen avohoidon kehittäminen ei ole ollut riittävää (Pirkola ym. 2009). Tutkimuksessa nousi esiin kodin merkitys ja sen muuttuminen puolison masentuessa. Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää siihen, miten ammattilaiset voisivat tukea lepoa ja hyvinvointia edistävän ilmapiirin säilymistä kodissa myös silloin, kun toinen tai molemmat puoliset sairastavat masennusta. Puolison huomioiminen on masennuksen hoidon strategioiden mukaista toimintaa, jossa painottuu ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 (Mieli 2009) mukaisesti ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopistealueena on ongelmien ylisukupolvisuuden katkaiseminen. Kodin ja perheen ilmapiirillä on merkittäviä vaikutuksia lasten kehitykseen, joten kummankin vanhemman huomiointi ja kodin myönteisen ilmapiiri vaaliminen on tärkeää myös tästä näkökulmasta.

Tämä tutkimus vahvistaa perhehoitotieteellisen tiedon ja lähestymistavan merkitystä ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä myös masennuksen hoidossa.

6.5. Jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimus kuvasi vaimon kokemuksia parisuhteessa silloin, kun mies oli masentunut. Olisi tärkeää tutkia myös miespuolisoiden kokemuksia, sillä naiset sairastuvat masennukseen useammin kuin miehet. Masennusta parisuhteessa voisi tutkia myös parin yhteisenä kokemuksena. Myös muiden perheenjäsenten, kuten eri-ikäisten lasten kokemuksia pitäisi tutkia.

Perheet ja parisuhteet ovat monenlaisia. Masennus koskettaa kaikenlaisia perheitä ja parisuhteita. Kaikkien ihmisten mahdollisuus tulla nähdyksi ja huomioiduksi perheenjäseninä terveydenhuollossa tulisi mahdollistaa, myös silloin, kun parisuhteen osapuolet ovat samaa sukupuolta. (Friedman 2003). Tämän vuoksi pitäisi tutkia myös samaa sukupuolta olevien parien masennuskokemuksia.

Hoitotyön asiantuntijoiden käyttöön tulisi kehittää puolison huomiointiin sopivia näyttöön perustuvia mielenterveyshoitotyön teoriapohjaan sopivia interventioita. Tähän tarvittaisiin toimintatutkimusta esimerkiksi edellisessä luvussa ehdotetuista tai muista mahdollisista interventioista.

LÄHTEET

- Aaltonen J, Jaakkola L, Luutonen S, Pölönen R & Riikonen E. 2009. Masennuspotilaan psykoterapiat. *Duodecim* 125, 1787-94.
- Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A & Lönnqvist J. 2009. Sairauspoissaolot masennushäiriöiden yhteydessä Terveys 2000 –väestötutkimuksen tuloksia. *Suomen lääkirilehti* 64, 3081-3088.
- Angermayer M, Bull N, Bernert S, Dietrich S & Kopf A. 2006. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 20, 158-165.
- Aspen 2011. *The Aspen project*. Saatavissa www.antistigma.eu 30.11.2011.
- Aromaa E. 2011. *Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. Väitöskirja. Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Airikka S. 2003. *Parisuhteen roolikartta* Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä. Suomen kuntaliitto.
- Bielawska-Batorowicz E & Kossakowska-Petrycka K. 2006. Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 24, 21-29.
- Bislimi R. 2004. Carol Gilligan ja etiikan teorian. *Hoitotiede* 16, 247-248.
- Burnard P. 2006. Sisyphus happy: the experience of depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 242-246.
- Byrne M, Carr A & Clark M. 2004. Power in relationships of women with depression. *Journal of Family Therapy* 26, 407-429.
- Cohen S, Klein D & O'Leary K. 2007. The role of separation/divorce in relapse into and recovery from major depression. *Journal of Social and Personal Relationships* 24, 855-873.
- Coyne JC, Thompson R & Palmer SC. 2002. Marital quality, coping with conflict, marital complaints and affection in couples with depressed wife. *Journal of Family Psychology* 16, 26-37.
- Davila J, Karney B, Hall T & Bradbury T. 2003. Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology* 17, 557-570.
- Dennis C & Ross L. 2006. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing* 56, 588-599.
- Denton W, Carmody T, Rush A, Thase M, Trivedi M, Arnow B, Klein D & Keller M. 2010. Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine: A Journal of Psychiatry and the Allied Sciences* 40, 415-424.
- Elmaci F. 2006. The role of social support on depression and adjustment levels of adolescents having broken and unbroken families. *Educational sciences: Theory & Practice* 6, 421-431.
- Enäkoski M. 2002. *"Kun elämä satuttaa"*. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Väitöskirja. Sosiaalifarmasian laitos. Kuopion yliopisto.

- Escribè-Agüir V, Gonzales-Galarzo MC, Barona-Vilar C & Artazcoz L. 2008. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 410-414.
- Feely M, Sines D & Long A. 2007. Naming of depression: nursing, social and personal descriptors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 21-32.
- Feely M & Long A. 2009. Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 725-737.
- Flinck A. 2006. *Parisuhdeväkivalta miehen ja naisen kokemana. Rikottu lemменmarja*. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Floyd K, Boren J, Hannawa A, Hesse C, McEvan B & Veksler A. 2009. Kissing in marital and cohabiting Relationships: Effects on blood lipids, stress and relationship satisfaction. *Western Journal of Communication* 73, 113-133.
- Friedman M, Bowden V & Jones E. 2003. *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. Fifth edition, Prentice Hall, Upper Saddle River N.J.
- Furman B & Ahola T. 2011. *Palauta elämänilosi*. Tammi, Helsinki.
- Gilligan C. 1982. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Harvard University Press, Massachusetts.
- Goldbort J. 2006. Transcultural analysis of postpartum depression. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 31, 121-126.
- Goodman J. 2004. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 45, 26-35.
- Haarala 2010. Psykoedukaatio. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräkoski H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki. 43-47.
- Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräkoski H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki.
- Hautamäki A & Ojala H. 2008. *"Kumpi vetää kumpaa" Sosiaaliseen tukeen liittyvät dialogiset prosessit masennuksen pariterapiassa*. Pro gradu –tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Heene E, Buysse A. & van Oost P. 2003. A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples. *Family Process* 42, 133-149.
- Heene E, Buysse A & van Oost P. 2005. Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: the role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process* 44, 413-440.
- Heene E, Buysse A & van Oost P. 2007. An interpersonal perspective on depression: the role of marital adjustment, conflict communication, attributions and attachment within a clinical sample. *Family Process* 46, 499-514.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P & Small R. 2004. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal* 328, 621-624.

- Heikkilä J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. *Duodecim* 122, 2113-2118.
- Heiskanen T, Tuulari J & Huttunen MO. 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa toim. Heiskanen T, Tuulari J & Huttunen MO. *Masennus*. Duodecim, Helsinki 7-15.
- Helasti K-M.1999. *Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Kela. Kelan omatarvepaino. Helsinki.
- Herse F, Tamminen N, Rinta S, Bengtsröm M & Reissell E. 2011. Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi. *Suomen Lääkärilehti* 66, 1184-1185.
- Hiltunen P. 2003. *Maternal postnatal depression, causes and consequences*. Väitöskirja. Lääketieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Tammi, Helsinki.
- Hollon S. 2011. Cognitive and behavior therapy in the treatment and prevention of depression. *Journal of Depression and Anxiety* 28, 263-266.
- Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimäki M, Pirkola S, Isometsä E, Aromaa A & Lönnqvist J. 2007. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 33, 29-36.
- Huttunen M. 2011. Masennustilojen yhteydet muihin sairauksiin. Teoksessa (toim.) Heiskanen T, Huttunen M & Tuulari J. *Masennus*. Duodecim, Helsinki. 295-314.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S & Kiviruusu O. 2008. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety* 25, 27-37.
- Ivanova M & Israel A. 2005. Family stability as a protective factor against the influences of pessimistic attributional style on depression. *Cognitive Therapy and Research* 29, 243-251.
- Jeglic E, Pepper M, Ryabchenko K, Griffith J, Miller A & Johnson M. 2005. A caregiving model of coping with a partner's depression. *Family Relations* 54, 37-45.
- Joiner T & Katz J. 1999. Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 149-164.
- Junes K. 2006. *Elämä masennusta sairastavan ikääntyneen puolison rinnalla*. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Juujärvi S. 2006a. The ethic of care development. A longitudinal study of moral reasoning among practical-nursing, social-work, and law-enforcement student. *Scandinavian Journal of Psychology* 47, 193-202.
- Juujärvi S. 2006b. Care reasoning in real-life moral conflicts. *Journal of Moral Education* 35, 197-211.
- Juujärvi S. 2006c. Huolenpidon etiikka –moraalin toinen ääni. Katsaus Carol Gilliganin teorian pohjalta tehtyyn empiiriseen tutkimukseen. *Psykologia* 41, 420-426.
- Järnström P, Kaivolainen M, Laakso T & Salanko-Vuorela M. 2009. *Omainen hoitajana*. Omais- ja Läheiset-Liitto ry. Kirjapaja, Helsinki.

- Jääskeläinen A. 2010. Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräköske H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki. 78-89.
- Kaivolainen M, Kotiranta T, Mäkinen E, Purhonen M & Salanko-Vuorela M. (toim). 2011. *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Duodecim, Helsinki.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.-2.painos. WSOYpro, Helsinki.
- Karlsson H. 2009. Masennus on lisääntynyt. *Suomen Lääkärilehti* 64, 3629.
- Karvinen M. 2009. Sairaanhoidajat selättävät depression. *Sairaanhoidaja* 10, 6-9.
- Katon W, Robinson P, von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G & Walker E. 1996. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry* 53, 924-932.
- Kiikkala I. 1996. Mielenterveystyön opettajien laatimien määrittelyihin perustuva masennus-käsitteen sisällön tarkastelu ja alustava uudelleenmäärittely. Teoksessa Munnukka T, Halme S, Kiikkala I & Willman H (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1996*. Kirjayhtymä. Helsinki. 30-45.
- Kilkku N. 2008. *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta*. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kilkku N. 2009. Mielenterveyden edistäminen osana hoidollista vuorovaikutusta. Teoksessa: Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P & Korhonen T. (toim). *Nätkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena – tutkimusprojekti*. Kuopion yliopisto. 103-106.
- Kilpinen N & Tauriainen P. 2011. Depressiohoitajan työssä jaksaminen. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräköske H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki 90-92.
- Kinnunen P. 2011. *Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisuuden mielenterveys ja sitä ennakoivat tekijät*. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.
- Koffert T & Kuusi K. 2007. *Depressiokoulu*. 11.painos. SMS-tuotanto. Helsinki.
- Kohonen M, Kylmä J, Juvakka T & Pietilä AM. 2007. Toivoa vahvistavat auttamistyönmenetelmät - metasynteesi. *Hoitotiede* 19, 63-75.
- Kokko M. 1999. *Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta*. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Kontula O. 2009. *Parisuhdeonnan avaimet ja esteet*. Perhebarometri 2009. Väestöntutkimuslaitos - Katsauksia E38/2009. Väestöliitto, Helsinki.
- Kontunen J, Karlsson H & Larmo A. 2007. *Interpersoonallinen psykoterapia. Depression fokuoitu hoitomenetelmä*. Edita, Helsinki.
- Korkeila J. 2009. Masennuksen lääkehoidon teho. *Suomen Lääkärilehti* 64, 132.
- Koskinen S, Martelin T & Rissanen H. 1999. Siviilisäättyjen kuolleisuuserot - kasvava kansanterveysongelma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36, 271-284.

- Kouros C, Papp L & Cummings M. 2008. Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology* 22, 667-677.
- Kulonen S. 2009. WHO: masennus maailman suurin terveysuhka. *Lääkärilehti uutiset*. Saatavissa www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=7688/type=1 30.11.2011.
- Kuosmanen L, Hätönen H, Liukka M & Melartin T. 2011. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. *Yleislääkäri* 26 (1) 17-21.
- Kuosmanen L, Vuorilehto M & Melartin T. 2007. Sateenvarjo -projekti: uusia toimintamalleja perustason työhön. Teoksessa: *Mieli 2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit*. Stakes, Helsinki. 85.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteen tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 138-148.
- Käypä hoito 2010. *Depressio*. Saatavissa www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023 6.7.2011.
- Lahtinen M, Karhu H & Backman K. 2004. Naisnäkökulma hoitotyön etiikan teoriaan. Carol Gilligan ja välittämisen teoria. *Hoitotiede* 16, 132 – 143.
- Lam M, Lehman AJ, Puterman E, Delongis A 2009. Spouse depression and disease course among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 61 (15) 1011-1017 .
- Leinonen E, Korpisammal L, Pulkkinen L-M & Pukuri T. 2002. Depressio- ja dementiapotilaiden kuormittuneisuus. *Gerontologia* 16, 12-18.
- Lepistö, S. 2010. *Nuorten kokemaa perheväkivaltaa. Malli hyvinvoinnista ja selviytymisestä*. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Lilja L, Hellzen M, Lind I & Hellzen O. 2006. The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, 269-278.
- Lindeman S, Kaprio J, Isometsä E, Poikolainen K, Heikkinen M, Hämäläinen J, Haarasilta L, Laukkala T & Aro H. 2002. Spousal resemblance for history of major depressive episode in the previous year. *Psychological Medicine* 32, 363-367.
- Lindholm T, Nordman T & Eriksson K. 2011. Parisuhdeväkivalta ja kärsimys naisten ja miesten kokemana. *Hoitotiede* 1, 14-23.
- Lönnqvist J. 2009. Masennus ei ole lisääntynyt. *Suomen Lääkärilehti* 64, 3628.
- Masto 2011. *Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti*. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15.

- Mattila A. 2002. Masennus pysähtymisenä elämän tienhaaraan. Teoksessa (toim.) Ketola K, Knuuttila S, Mattila A & Vesala K. *Puuttuvat viestit. Nonkommunikaatio inhimillisessä vuorovaikutuksessa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Mead D. 2002. Marital distress, co-occurring depression and marital therapy: a review. *Journal of Marital and Family Therapy* 28, 299-314.
- Melartin T, Rytälä H, Leskelä U, Lestelä-Mielonen P, Sokero T & Isometsä E. 2005. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *Journal of Clinical Psychiatry* 66, 220-227.
- Melartin T, Kuosmanen L & Riihimäki K. 2010. Tosi mies ei masennus? *Suomen Lääkärilehti* 65, 169-173.
- Meyler D, Stimpson J & Peek K. 2007. Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine* 64, 2297-2310.
- Mielenterveyslaki. 1990. *Mielenterveyslaki 1990/1116*. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> 1.10.2011.
- Mieli 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma*. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Helsinki.
- Miettinen A 2008. *Kotityö, sukupuoli ja tasa-arvo. Palkattoman työn jakamiseen liittyvät käytännöt ja asenteet Suomessa*. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 32/2008. Väestöliitto, Helsinki.
- Mikkola T. 2009. *Sinusta kii - Tutkimus puolisoivan arjen toimijuuksista*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu A. Tutkimuksia 21. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Mikkola T. 2010. Parisuhde puolisoivan voimavarana. Teoksessa toim. Laine T, Hyväri S & Vuokila-Oikkonen P. *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Tammi, Helsinki. 111-127.
- Noppi E, Kiiltomäki A & Pesonen A. 2007. *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki.
- Nyman M & Stengård E. 2001. *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Helsinki.
- Olshansky E & Sereika S. 2005. The transition from pregnancy to postpartum in previous infertile women: focus on depression. *Archives of Psychiatric Nursing* 19, 273-280.
- Omaiset ry 2009. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n strategia vuosille 2009-2013. Saatavissa www.omaiset-tampere.fi/pdf/Strategia%20painoversio%202009.pdf . 31.8.2010.
- Oranta O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Panhelainen M. 2011. Myötätuntouppuminen. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräkoski H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki. 92-94.
- Perko K. 2009. *Depression hoito pariterapialla molempien vs. toisen puolison ollessa masentunut*. Pro gradu –tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Peräkoski H. 2011. Sateenvarjohanke. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräkoski H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Tauriainen P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki. 94-106.

- Piippo J & Aaltonen J. 2004 Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental health services and social services. *Journal of Clinical Nursing* 13, 876-885.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E & Wahlbäck K. 2009. Community mental-health services and suicide rates in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* (373) 9658, 147-153.
- Pohjalaiset masennustalkoot. 2007. *Pohjalaiset masennustalkoot*. Saatavissa www.masennustalkoot.fi 6.7.2011.
- Polit DE & Beck CT. 2008. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. painos. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Punkanen T. 2008. *Mielenterveystyö ammattina*. 2-5.painos. Tammi, Helsinki.
- Rantanen –Lakka I, Lassila A, Aromaa E & Tuulari J. 2005. *Pohjalaiset masennustalkoot 2004-2007 väliraportti*. Saatavissa www.masennustalkoot.fi/valirap.pdf 30.12. 2011.
- Rautiainen E-L 2010. *Co-construction and collaboration in couple therapy for depression*. Väitöskirja. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Rovasalo A & Melartin T. 2009. Älä anna masennuksen tarttua. *Duodecim* 125, 1767-1768.
- Ryynänen E, Kylmä J & Miettinen S. 2009. Masentuneen kuvaus masennuksestaan ja näkökulmia masentuneen mielenterveyden edistämiseen – ”Olen kuin haavanlehti, ennen olin kuin kukoistava metsä”. Teoksessa: Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P & Korhonen T. (toim). *Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet?* Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena – tutkimusprojekti. Kuopion yliopisto. 171-183.
- Saarni S. 2008. *Health-Related Quality of Life and Mental Disorders in Finland*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.
- Saharinen T, Kylmä J, Pelkonen M & Miettinen S. 2005. Kuvaus omahoitajan toiminnasta: millainen toiminta vahvistaa ja millainen kuormittaa vakavasti masentuneen potilaan puolison voimavaroja. *Tutkiva hoitotyö* 3, 25-31.
- Saharinen T, Kylmä J & Nikkonen M. 2009. Näkökulmia terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja mielenterveyteen. Teoksessa: Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P & Korhonen T. (toim). *Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet?* Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena –tutkimusprojekti. Kuopion yliopisto. 81-90.
- Sainola-Rodriguez K, Kekkonen N & Pöppönen T. 2007. *Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät*. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö. Saatavissa www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793433.pdf . 6.7.2011.
- Sairaanhoitaja 2009. Ihmisen parhaaksi –palkinto Vantaan depressiohoitajille. *Sairaanhoitaja* 4, 13.
- Salminen J. 2000. Työkyvyttömyyden muuttunut kuva. Teoksessa Kalimo E (toim) *Tutkimus suuntaa sosiaaliturvaa 2000-luvulla*. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Schulman G. 2009. Koulusurmaraportti paljastaa biologisen sairauskäsityksen puutteet. *Suomen Lääkärilehti* 64, 999-1000.

- Simon G. 2011. What little we know about tailoring depression treatment for individual patients. *Journal of Depression and Anxiety* 28, 435-438.
- Smolader O, Holma M, Levaniemi H, Nevanen E & Isohanni M. 1997. Koulutuksellinen perhetyö osana masennuspotilaiden ja heidän omaistensa hoitoa. *Suomen Lääkärilehti* 52, 563-569.
- Spotts E, Neiderhiser J, Ganiban J, Reiss D, Lichtenstein P, Hansson K, Cederblad M & Pedersen N. 2004. Accounting for depressive symptoms in women: a twin study of associations with interpersonal relationships. *Journal of Affective Disorders* 82, 101-111.
- Stimpson JP, Peek MK & Markides KS. 2006. Depression and mental health among older Mexican American spouses. *Aging & Mental Health* 10, 386-393.
- STM 2010. *Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1 . Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-10779.pdf 1.10.2011.
- STM 2011. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)*. Saatavissa stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. 30.11.2011.
- Tammentie T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T 2004. Family dynamics of postnatally depressed mothers -discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing* 13, 65-74.
- Tammentie T, Tarkka M-T, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P. 2004. Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 141-149.
- Teichman Y, Bar-El Z, Shor H & Elizur A. 2003. Cognitive, interpersonal, and behavioral predictors of patients' and spouses' depression. *Journal of Affective Disorders* 74, 247-256.
- THL 2009a. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2009-2011*. Saatavissa <http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/yhteistyohjelmat/index.html>. 30.11.2011.
- THL 2009b. *EU linjaa masennuksen ja mielenterveysongelmien hoitoa*. Saatavissa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=21689 1.12.2011.
- Tilastokeskus 2010. *Tilastot 2010*. Saatavissa www.stat.fi/til/ssaaty/2010/ssaaty_2010_2011-05-06_tau_001_fi.html. 1.1.2012.
- Tontti J. 2008. *Monimielinen masennus*. Vastapaino, Tampere.
- Trudel G & Goldfarb M. 2010. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies* 19, 137-142.
- Tuulari J & Aromaa E. 2008. Depressiohoitaja-mallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla. *Suomen Lääkärilehti* 63 (3), 194-195.
- Tuulari J, Aromaa E & Kiiikkala I. 2011. Omahoito, vertaistuki ja toipumisen tukeminen. Teoksessa (toim.) Heiskanen T, Huttunen M & Tuulari J. *Masennus*. Duodecim, Helsinki.168-182.
- Tammentie T. 2009. *Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa*. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

- Taurianen P. 2010. Depressiohoitajan työ. Teoksessa Haarala M, Jääskeläinen A, Kilpinen N, Panhelainen M, Peräköske H, Puukko O, Riihimäki K, Sundman M & Taurianen P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Tammi, Helsinki. 29-31.
- Tuisku K & Rossi H. 2010. *Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Uebelacker L, Courtnage E & Whisman M. 2003. Correlates of depression and marital dissatisfaction: perceptions of marital communication style. *Journal of Social and Personal Relationships* 20, 757-769.
- Upanne M, Hakanen J & Rautava M. 1999. *Voiko itsemurhan ehkäistä? : Itsemurhien ehkäisyprojekti 1992-96 : toteutus ja arviointi*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja, Helsinki.
- Vanhala M. 2010. Diabetes ja masennus –kaksisuuntainen yhteys. *Suomen Lääkärilehti* 65, 1684-1685.
- Viiikki M & Leinonen E. 2011. Masennuslääkkeiden seksuaaliset haittavaikutukset ovat yleisiä. *Suomen Lääkärilehti* 66, 58-60.
- Vuorenmaa M & Kaivosoja M. 2007. Pohjanmaa-hankkeen arviointi. Teoksessa: *Mieli 2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit*. Stakes, Helsinki. 88.
- Vuorilehto M. 2008. *Depressive disorders in primary health care*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.
- Vuorilehto M & Tuulari J. 2011. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Heiskanen T, Huttunen M & Tuulari J. (toim.). *Masennus*. Duodecim, Helsinki. 26-28.
- Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Saarento O & Harri M. 2002. Storytelling of co-operative team meetings in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing* 40, 189-198.
- Vuokila-Oikkonen P & Läksy M-L. 2010. Mielenterveystyön osaaminen ja syrjäytymisen ehkäisy perusterveydenhuollossa. Teoksessa Laine T, Hyväri S & Vuokila-Oikkonen P (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Tammi, Helsinki. 243-264.
- Vuokila-Oikkonen P & Ruotsalainen K. 2010. Nuoren tunne-elämän ongelmat, sosiaalisista suhteista vieraantuminen ja ammatillinen kohtaaminen. Teoksessa Laine T, Hyväri S & Vuokila-Oikkonen P (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Tammi, Helsinki. 223-242.
- Wahlbeck K. 2009. *Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide*. Luxembourg: European Communities. Saatavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f68d3fb2-bfb0-4980-b81d-a4ea8f32527f> 16.4.2011.
- Wahlbäck K. 2007 Mielenterveyden edistäminen. Tausta-aineisto. Teoksessa: *Mieli 2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit*. Stakes, Helsinki. 34-37.
- Wells K, Sherbourne C & Schoenbaum M. 2000. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 283, 212-220.
- Whiffen V, Kallos-Lilly A & MacDonald B. 2001. Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research* 25, 577-590.
- Warrilow A & Beech B. 2009. Self-help CBT for depression: opportunities for primary care mental health nurses? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 792-803.

Williams M, Teasdale J, Segal Z & Kabat-Zinn J. 2011. *Mielekkäästi irti masennuksesta. Tietoisien läsnäolon menetelmä*. 4.painos. Basam Books, Helsinki.

Xie R, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M & Wen S. 2010. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 50, 340-345.

Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. *Perhe hoitotyössä. Teoria tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Helsinki. 320-330.

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. WSOY, Helsinki.

Hyvä vastaanottaja

12.2009

Olen kiinnostunut masentuneiden henkilöiden puolisoitten kokemuksista, sillä teen tutkimusta aiheesta *Parisuhde ja masennus*. Mikäli sinulla itselläsi on tällaista kokemusta, olisi hyvin arvokasta, mikäli haluat kertoa siitä minulle. Voit myös näyttää tämän kirjeen henkilölle, jonka arvelet voivan osallistua tutkimushaastatteluun.

Tällä tutkimuksella saatua tietoa voidaan käyttää hoitohenkilökunnan koulutuksessa ja terveydenhuollon organisaatioissa kehitettäessä toimintaa enemmän perhettä ja puolisoa huomioivaksi. Kokemuksenne siitä, miten puolison sairastuminen masennukseen on vaikuttanut parisuhteeseenne, olisi siis arvokasta tietoa myös muiden saman asian kanssa nyt ja tulevaisuudessa elävien kannalta.

Tutkimushaastattelut aion tehdä tammi-helmikuussa 2010 ja koko tutkimuksen on tarkoitus valmistua vuoden 2010 aikana. Haastatteluaineiston käsittelen ja raportoin niin, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa muille kuin minulle, eikä osallistujia voida tunnistaa tutkimuksesta raportoitaessa.

Mikäli tunnet mielenkiintoa tutkimusta kohtaan, voit kysyä lisätietoja: se ei velvoita sinua mihinkään. Tutkimushaastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen osallistuvien on mahdollista keskeyttää osallistumisensa syytä ilmoittamatta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Tutkimuksen toteutan yhteistyössä Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n kanssa sekä Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitokselle pro gradu – opinnäytetyönä, jonka ohjaajana toimivat professori Eija Paavilainen ja TtM Sari Lepistö.

Ystävällisin terveisin

Eija Piikkilä
TtM-opiskelija
040 – 557 9764
eija.piikkila @ uta.fi

Kirjallinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen Parisuhde ja masennus

Tietoisena Eija Piikkilän toteuttaman ”Parisuhde ja masennus” –tutkimuksen tarkoituksesta suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua tai läheisiäni ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelutiedostot ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin.

Haastattelutiedostoissa tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita minun nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemmin yhteyttä Eija Piikkilään tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä.

Minulle sopii, että Eija Piikkilä voi ottaa tarvittaessa uudelleen yhteyttä selventääkseen jotain haastattelussa esille tullutta, tutkimukseen liittyvää asiaa

Kyllä Ei (ympyröi sopiva vaihtoehto)

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen Eija Piikkilälle

_____ / _____ 2010

Tutkimukseen osallistuja

Nimenselvennys

Eija Piikkilä

eiya.piikkila@uta.fi

040 –5579764

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
-miehen hyvät puolet -hoitaa masennustaan	Miehen hyvät puolet	Vaimo todistajana	Vaimon kokemus parisuhteesta ja elämästään masentuneen puolisona
-miehen työ kuormittaa -mies on vieraskorea -mies kertoo valikoiden olostaan	Mies näyttää ulospäin paremman puolensa		
-mies hyvä isä -mies välinpitämätön kasvattaja	Mies isänä		
-miehellä paha olo -mies masentuneempi vaimoa -miehen univaikkeudet -miehen mieliala vaihtelee -miehen lapsuudessa kokema kaltoinkohtelu	Miehen paha olo		
-miehen lyhytpinnaisuus -miehen väkivaltaisuus -miehen itsekeskeisyys -miehen itsemurhapuheet -mies syyttelee	Mies kohtelee huonosti		
-mies ei tee arkisia asioita -mies ei huolehdi hygieniastaan	Mies vetäytyy arjen toimista		
-mies ei puhu -mies torjuu -mies ei halua seksiä -mies vetäytyy nettiin -mies ei ole henkisesti läsnä -miehen alkoholin käyttö -miehen halu erota	Mies vetäytyy parisuhteesta		
-mies jättäytyy yksin -muut eivät ota yhteyttä mieheen	Mies yksinäistyy		
-miehen masennuksen syyt -vastaanottaa miehen tuskaa -piristää -tuo positiivisia näkökulmia -kuuntelee miehen puheita -lohduttaa miestä -empaattinen -rajat miehen ikävissä tunteissa vellomiselle	Hoitaa miehen mielialaa		
-kannustaa miestä liikkeelle -kehottaa miestä hygienian hoitoon	Kannustaa miestä toimimaan		
-rajat miehen pahanolon purkamiselle -puuttuu miehen ja lasten suhteisiin	Rajaa miehen pahan olon ilmaisemista		
-pakko jaksaa masentumatta -tottunut miehen masentuneisuuteen -miehen ehdoilla elämistä -toimii joustavasti miehen voinnin mukaan	Toimii miehen masennuksen ehdoilla		
-läsnä lapsilleen -säilyttää päivärytmin -hoitaa laskunmaksut -arjen pyörittäminen -tekee kotityöt	Huolehtii arjen asiat		
-kerää vinkkejä -ennakoi	Varautuu hankaliin tilanteisiin		
-yrittää ylläpitää kahden aikuisen suhdetta -yrittää ylläpitää yhteyttä mieheen	Pitää yllä parisuhdetta		
-ristiriitainen suhde miehen perheeseen -ei kerro ulkopuolisille/läheisille -puhuu miehen puolesta -ylläpitää perheen suhteita ulkopuolelle	Pitää yllä perheen sosiaalisia suhteita		
-ammattiavun tarve -seuraa hoidon vaikuttavuutta -tyytymättömyys hoitoon -toimiva suhde auttajiin -muut tärkeämpiä miehen tukijoita	Hoitaa ammattiauttajien taustalla		

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> -raskaat tunteet -rasittavaa elämää -huolet -yksin isossa vastuussa -voimat riittää vain työajalle -oma työkyky huononee -toimintakyvyttömyys -hoitaminen vahingoittaa -luovuttaa hoitamisesta -pakko alkaa huolehtia itsestä -mt-ongelma leimaa perheen ammattiauttajien silmissä -avunhakeminen -omat mt-diagnoosit -oma hoito -vastuun jakaminen helpottaa 	Omien voimien rajallisuus	Vaimo oman elämänsä päähenkilönä	Vaimon kokemus parisuhteesta ja elämästään masentuneen puolisona
<ul style="list-style-type: none"> -ei voi olla onnellinen jos mies kärsii -miehen mielialat vaikuttavat -miehen asiat yhteisiä asioita -miehen toivottomuus tarttuu -miehen toivottomuus musertaa -lapset kärsivät vaimon huonosta voinnista -häpeää tilannetta 	Pahan olon tarttuminen		
<ul style="list-style-type: none"> -kotona paha olla -toisen univaikeudet häiritsevät -kotoa lähtö tekee hyvää -miehen kotoa poissaolo hyvä asia 	Koti pahan olon paikkana		
<ul style="list-style-type: none"> -huoli oman terveyden menetyksestä tässä parisuhteessa -oma halu erota -saa eroamisneuvoja -eroamista estävät asiat -syyt jatkaa parisuhdetta -ei olla samalla puolella -kummassakin vikaa -enemmän riitoja -usko-toivo-rakkaus 	Eron pohdinta		
<ul style="list-style-type: none"> -epänormaalia elämää -entisen elämän menetys -miehen masennuksen vaikutukset lasten elämään -niillä huono tilanne, joilla ei ole läheisiä huolehtimassa -kasvattanut ihmisenä -mahdollisuus parantaa parisuhdetta -tietoisuus elämän rajallisuudesta -kotitalo tärkeä -tavallinen arki riittää 	Elämästä oppiminen		