



# **MASENNUS PARISUHTEESSA**

Opas masentuneen puolisolle

Janika Roschier  
Minna Saari

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
 Hoitotyön koulutusohjelma  
 Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ROSCHIER, JANIKA & SAARI, MINNA:  
 Masennus parisuhteessa  
 Opas masentuneen puolisolle

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 7 sivua  
 Lokakuu 2013

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas masennuksesta parisuhteessa. Opas on suunnattu masennusta sairastavan puolisolle. Opinnäytetyömme työelämäyhteytenä toimi Kirkas mieli –hanke, jonka toiveena oli saada aiheeseen liittyvä opas. Tämän vuoksi toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisella, tuotokseen painottuvalla menetelmällä.

Masennus vaikuttaa monin tavoin sairastuneeseen itseensä, hänen puolisoonsa sekä puolisoitten väliseen parisuhteeseen. Masennus aiheuttaa sairastuneelle masentunutta mielialaa, väsymysoireita, ruokahaluttomuutta, mielihyvän menetystä, keskittymis- ja päätöksentekokyvyn heikentymistä sekä itsearvostuksen ja itsetunnon alenemista. Näistä oireista suurin osa esiintyy myös masennuksen varhaisoireissa, joita sairastuneella ilmenee ennen varsinaisen masennuksen puhkeamista. Puolison on tärkeää tunnistaa masennuksen oireet, sillä masennuksen varhaisella tunnistamisella voidaan vähentää masennuksesta johtuvia haittoja ja samalla ehkäistä masennuksen pahenemista.

Masennuksen vaikutukset parisuhteeseen näkyvät ongelmina arjessa sekä puolisoitten välisessä seksuaalisuudessa ja vuorovaikutuksessa. Vastuu arjesta siirtyy useimmiten terveille puolisolle, koska masentunut ei kykene osallistumaan arjen toimintoihin samalla tavalla kuin aikaisemmin. Myös seksuaalisuuteen liittyvät häiriöt ovat masentuneilla yleisiä, minkä vuoksi sairastunut saattaa kokea haluttomuutta ja kyvyttömyyttä seksuaaliseen kanssakäymiseen. Usein myös masentuneen vuorovaikutus rajoittuu merkittävästi masennuksen aikana, mikä vähentää puolisoitten välistä kommunikaatiota. Masennuksen parisuhteeseen aiheuttamat ongelmat heijastuvat myös puolisoon ja hän saattaa kuormittua. Tämän vuoksi on tärkeää, että puoliso löytää voimavaroja selviytyä masennuksen aiheuttamasta vaikeasta elämäntilanteesta. Kun puoliso voi hyvin, hänellä on voimia tukea sairastunutta puolisoaan.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa helposti saatavilla olevaa tietoa masennuksesta parisuhteessa ja lisätä lukijoiden tietoisuutta asiasta. Opas voi myös toimia puheeksi ottamisen välineenä terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja sitä kautta lisätä työvälineitä heidän käyttöönsä. Kehittämisehdotuksemme on, että aihetta tutkitaan lisää puolisoitten avun saatavuuden, sairastuneen kanssa elämisen ja masennuksen seksuaalisuuteen aiheuttamien vaikutusten näkökulmasta. Kehittämisehdotuksemme on myös, että tekemäämme opasta laajennetaan niin, että siinä huomioidaan myös vanhemman masennuksen vaikutukset lapsiin.

---

Asiasanat: masennus, parisuhde, puoliso

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

ROSCHIER, JANIKA & SAARI, MINNA:  
Depression in a Relationship  
A Guide to the Spouse of a Depressed Person

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 7 pages  
October 2013

---

The purpose of this study was to write a guide on depression in a relationship. The guide is intended for the spouse of a depressed person. The Kirkas mieli -project that wished to obtain a guide concerning the matter, was our connection to working life. The nature of the study was thus functional.

Depression affects the depressed person herself or himself, one's spouse and the mutual relationship in many ways. Depression causes depressed mood, symptoms of fatigue, loss of appetite, lack of gratification, weakened concentration ability and indecisiveness as well as deteriorated self appreciation and self-esteem. It is important for the spouse to recognize the symptoms of depression, because with early intervention depression can be alleviated and prevented from getting worse.

The effects of depression in a relationship show as problems in the everyday life as well as in the sexuality and interaction between the couple. The problems in the relationship caused by the depression also affect the spouse, causing stress. Therefore it is important that the spouse finds resources to cope with the difficult life situation caused by depression. When the spouse is well, she or he has strength to support the depressed spouse.

The goal of the study was to produce easily attainable information about depression in a relationship and to increase awareness of the matter to the readers. The guide can also act as a tool to bring the matter up with the health care professionals, increasing thus the tools available. As an improvement suggestion we present that the subject is further examined from the aspects of the availability of help, living with the depressed one and the effects of depression to sexuality. As an improvement suggestion we also present that the guide would be expanded so that the effects to children from the parent being depressed are also taken into consideration.

---

Key words: depression, relationship, spouse

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Masennus .....	8
3.1.1	Syyt .....	9
3.1.2	Oireet.....	10
3.1.3	Masennustilojen jaottelu .....	13
3.1.4	Masennuksen tunnistaminen .....	13
3.1.5	Hoito.....	15
3.2	Masennus ja parisuhde.....	16
3.2.1	Arki .....	16
3.2.2	Vuorovaikutus .....	20
3.2.3	Seksuaalisuus .....	22
3.3	Masennus ja puoliso.....	23
3.3.1	Puolison sopeutumisprosessi.....	24
3.3.2	Masentuneen tukeminen.....	27
3.3.3	Puolison kuormittuneisuus .....	30
3.3.4	Puolison hyvinvointi .....	32
3.3.5	Mistä puoliso saa tukea? .....	34
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	36
4.1	Julkaisun ulkoasu.....	36
4.2	Julkaisun sisältö .....	38
4.3	Opinnäytetyön toteuttamisprosessi .....	40
5	POHDINTA.....	43
5.1	Eettisyys.....	43
5.2	Luotettavuus.....	45
5.3	Kehittämissuhteet.....	46
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET .....	50
	Liite 1. Tutkimustaulukko .....	50

## 1 JOHDANTO

Masennus on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö ja yksi suurimmista kansanterveysongelmista. Tämä johtuu suurilta osin masennustilojen yleisyydestä väestössä. Masennuksesta kärsii joka vuosi vähintään viisi prosenttia aikuisista ja elämänsä aikana masennukseen sairastuu yli kymmenen prosenttia miehistä ja kaksikymmentä prosenttia naisista. (Isomäki 2011, 154.) Läheisen sairastuminen psyykkisesti on vaikeimpia asioita, joita voi joutua kohtaamaan. Masennukseen sairastuneista aikuisista suuri osa elää parisuhteessa, johon toisen puolison sairastuminen tuo muutoksia. Masennuksen seuraukset näkyvät muun muassa parisuhteen arjessa sekä puolisoitten suhteessa. Masennus voi vaikuttaa heikentävästi myös parisuhteen toisen osapuolen psyykkiseen terveyteen. (Koskisuu & Kulola 2005, 13.)

Puolison sairastuminen masennukseen ja siitä kuntoutuminen on molempien parisuhteen osapuolten yhteinen, mutta myös molempien henkilökohtainen prosessi, joka etenee omassa tahdissaan (Omaisat mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 14; Nyman & Stengård 2005, 15; Viitala 2007, 14). Perusoletuksena on, että sairastuneesta huolehtiminen kuormittaa läheisiä. Huolenpidon kuormittavuuden taso vaihtelee läheisten elämäntilanteen, taustan ja käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti. (Nyman & Stengård 2005, 10-11.) Puolison selviytymiseen vaikuttaa muun muassa se, millaisia merkityksiä hän antaa parisuhteen toisen osapuolen sairastumiselle (Viitala 2007, 14). Puoliso voi kokea sairauden esimerkiksi häpeänä ja uhkana tai somaattisten sairauksien tapaan, mitkä koetaan useimmiten hyväksyttävämminä (Viitala 2007, 14; Stengård 2007, 155). Puolison selviytymisprosessiin vaikuttavat myös käytössä olevat voimavarat, tyytyväisyys elämään yleensä, tärkeäksi koetut asiat, tulevaisuuden suunnitelmat ja odotukset sekä se, tunnistaako puoliso läheisensä sairauden ja miten puoliso kokee sairastuneen pystyvän hallitsemaan oireitaan. Puolison selviytymistä parisuhteen toisen osapuolen sairastumisesta heikentää puolison itsensä kokema masennus, ahdistuneisuus, huolet ja pelot, mahdollinen yksin jääminen ja oma fyysinen sairaus. (Viitala 2007, 14.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas masennuksesta parisuhteessa. Saimme opinnäytetyön aiheen Kirkas mieli –hankkeelta. Kirkas mieli –hanke oli Pirkanmaalla

toimivien mielenterveys- ja päihdejärjestöjen sekä Tampereen kaupungin yhteinen hanke. Hankkeen tavoitteena oli yhtenäistää ja varmistaa hankkeessa mukana olevien järjestöjen palveluiden laatua sekä hakea uusia yhtenäisiä lähestymistapoja ja ratkaisuja asiakkaidensa auttamiseksi. Hanke kesti vuodesta 2011 vuoden 2012 loppuun. Tänä aikana hanketta rahoitti Raha-automaattiyhdistys. (Kirkas mieli –hanke 2013, 2.) Kirkas mieli –hankkeen toiveena oli saada aiheeseen liittyvä opas, joka on suunnattu masennusta sairastavan puolisolle. Tämän vuoksi opinnäytetyömme menetelmänä oli toiminnallinen, tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Valitsimme opinnäytetyön aiheen sen ammatillisen merkityksen, kiinnostavuuden ja tärkeyden perusteella.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä masennusta sairastavan puolisolalle suunnattu opas masennuksesta parisuhteessa.

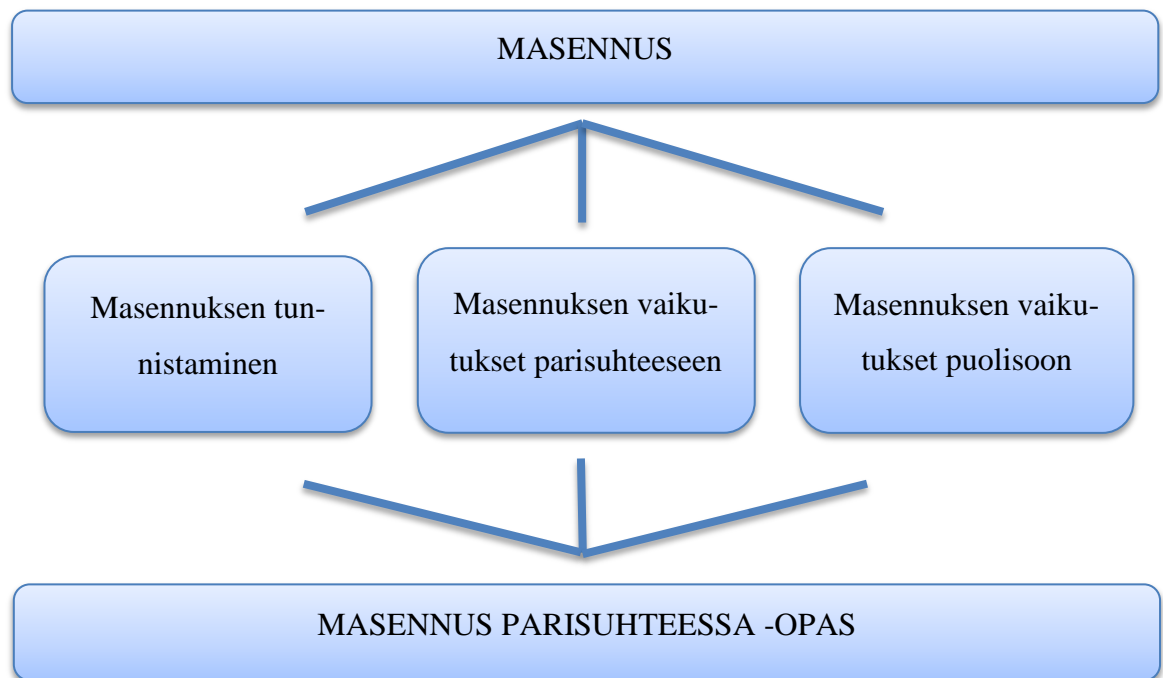
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mistä masennuksen tunnistaa?
2. Miten masennus vaikuttaa parisuhteeseen?
3. Miten masennus vaikuttaa sairastuneen puolisoon?
4. Millainen on hyvä opas?

Opinnäytetyön tavoitteena on oppaan muodossa tuottaa helposti saatavilla olevaa tietoa masennuksesta parisuhteessa ja lisätä sen lukijoiden tietoisuutta asiasta. Opas voi toimia myös puheeksi ottamisen välineenä terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja sitä kautta lisätä työvälineitä heidän käyttöönsä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Masennus vaikuttaa sairastuneeseen itseensä, mutta samalla se vaikuttaa aina myös hänen läheisiinsä. Opinnäytetyömme tehtiin omaisnäkökulmasta, jolloin tärkeiksi aihealueiksi nousivat puoliso masennuksen tunnistajana sekä masennuksen vaikutukset parisuhteeseen ja masentuneen puolisoon. Näistä aihealueista kävimme läpi ja kokosimme yhteen keskeisimpiä asioita. Teoriatiedon perusteella laadimme puolisolle suunnatun oppaan masennuksesta parisuhteessa. Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) esitellään opinnäytetyömme keskeisimmät aihealueet.



KUVIO 1. Teoreettinen lähtökohta.

#### 3.1 Masennus

Masennus-sanaa käytetään yleisesti monissa erilaisissa yhteyksissä. Yleiskielessä sitä saatetaan käyttää kuvaamaan ihmisen olotilaa tilanteissa, jolloin hän on esimerkiksi vain ohimenevästi alakuloinen tai surullinen. Samaa sanaa voidaan käyttää myös silloin, kun



ihminen on sairastunut vakavaan masennustilaan. Masentunut tunnetila on elämään kuuluva normaali tunnereaktio erilaisiin pettymyksen ja menetyksen kokemuksiin. Tällainen tunnetila on yleensä ohimenevä. Masentuneen tunnetilan kestäessä yhtäjaksoisesti päivistä jopa vuosiin, puhutaan masentuneesta mielialasta. Kun masentuneen mielialan lisäksi esiintyy muita oireita, puhutaan masennusoireyhtymästä eli masennustilasta. (Isometsä 2011, 19.) Masennustilasta puhuttaessa voidaan käyttää myös sanaa depressio (Luhtasaari 2010). Opinnäytetyössämme masennuksella tarkoitamme masennustilaa eli depressiota.

### 3.1.1 Syyt

Masennuksen kehittyminen on etenevä, monesta tekijästä riippuvainen prosessi (Isomäki 2011, 175). Sairastumiseen liittyy psykologisia, biologisia ja sosiaalisia riskitekijöitä, joista useat liittyvät yksilölliseen depressioalttiuteen ja jotkin ovat luonteeltaan oireilun laukaisevia tekijöitä. Masennuksen biologisia riskitekijöitä ovat muun muassa geneettiset, neurofysiologiset, neurokemialliset, neuroendokrinologiset ja kronobiologiset mekanismit. Psykologisiin ja sosiaalisiin riskitekijöihin kuuluu ihmisen masentunutta mielialaa synnyttävät, vahvistavat ja ylläpitävät mekanismit. (Käypä hoito. Depressio 2010.)

Masennuksen keskeisimpiä riskitekijöitä ja altistavia tekijöitä sen syntymiselle ovat perinnöllinen taipumus, yksilön altistavat persoonallisuuden piirteet, kehityksen aikana sisäistetyt negatiiviset ajatusmallit, peritty haavoittuvuus, hauras itsetunto, kehityksen aikaisten kokemusten muokkaama persoonallisuuden rakenne sekä ihmisen kehitystä häirinneet ulkoiset tekijät, kuten lapsuusiässä koetut traumaattiset elämäntapahtumat. Masennuksen laukaisevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi hormonaaliset muutokset, vuorokausirytmien häiriintymisen vaikutukset elintoimintoihin sekä pettymykset, menetykset ja muut kielteiset elämäntapahtumat. (Huttunen 2011a; Isomäki 2011, 154, 175.)

### 3.1.2 Oireet

Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, väsymysoireet ja mielihyvän menetyt. Muita masennuksen oireita ovat itsearvostuksen tai itseluottamuksen menettäminen, toistuvat itsetuhoon tai kuolemaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käytös, perusteettomat syyllisyydentunteet ja kohtuuton itsekritiikki, päättämättömyys ja keskittymiskyvyttömyys, unihäiriöt, muutokset painossa ja ruokahalussa sekä psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuneisuus. (Isomäki 2011, 154, 155-156.)

Masentuneen mieliala on suurimman osan ajasta syvästi alakuloinen (Isomäki 2011, 155). Matala mieliala vaihtelee päivästä toiseen vain vähän, eikä mielialan paraneminen ole sidoksissa esimerkiksi olosuhteiden muutoksiin. Vuorokaudenajoissa voi olla säännönmukaisia eroja ja usein esimerkiksi aamut ovat masennuksesta kärsiville vaikeita. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 64.) Lievässä masennuksessa huomion kohdistaminen muihin asioihin saattaa väliaikaisesti vähentää masentunutta tunnetilaa. Mitä syvemmin sairastuneen mieliala on masentunut, sitä syvempi ja pysyvämpi masennus on. Tällöin masentunut saattaa olla täysin kyvytön kohdistamaan huomiotaan muihin asioihin. (Isomäki 2011, 155.) Usein myös ahdistuneisuus, tuskaisuus ja ärtyneisyys kuuluvat masennuksen oireisiin. Masennus saattaa aktiivoida myös pakko-oireita ja fobioita. (Lepola ym. 2008, 64.) Pakko-oireista kärsiessään masentuneella on jatkuvia pakkoajatuksia ja –toimintoja, jotka ovat ahdistavia ja epämiellyttäviä. Tällaisia pakkoajatuksia ovat muun muassa pelko tautien tarttumisesta tai tarve pitää esineet tietyssä järjestyksessä. Pakkotoiminnoissa masentunut saattaa muun muassa toistaa käsien pesun useaan otteeseen tai toistaa mielessään toisten puhetta. (Huttunen 2011b.) Fobioista kärsiessään masentunut kokee liiallista pelkoa jotain tiettyä kohdetta tai tilannetta kohtaan. Tällaisia pelkoa herättäviä asioita voivat olla esimerkiksi suljetut paikat tai erilaiset eläimet. (Huttunen 2013.) Myös hypokondristyyppiset mielikuvat voivat liittyä masennuksen oirekuvaan. Tällöin henkilöllä on somaattisia oireita, mitkä aiheuttavat pelkoa jostakin vakavasta fyysisestä sairaudesta, esimerkiksi syövästä. (Huttunen 2011c; Lepola ym. 2008, 64.)

Masentunut on menettänyt kykynsä kokea mielihyvää asioista, joista on sitä aikaisemmin saanut, eikä hänellä ole mielenkiintoa aikaisemmin itseä kiinnostaneita asioita kohtaan (Isomäki 2011, 155, 156; Lepola ym. 2008, 63). Vaikeassa masennuksessa sairastuneen

tunut ei saa mielihyvää enää mistään ja oire ilmenee masentuneen elämässä suurimman osan ajasta, päivästä toiseen. Masentunut keskittyy oman itsensä ja omien tekojensa väheksymiseen ja kritisoimiseen sekä kokee usein kohtuutonta syyllisyyttä tekemistään erehdyksistä ja virheistä. (Isomäki 2011, 155, 156; Lepola ym. 2008, 64.) Vaikeimmissa tapauksissa syyllisyyden tunteet ovat usein jopa psykoottistasoisia ja harhaluuloisia (Isomäki 2011, 155, 156).

Masentuneen keskittymis- ja päätöksentekokyky on usein huonontunut ja sairastunut on hyvin epäröivä arkisissakin tilanteissa, jotka edellyttävät päätöksentekokykyä ja joista selviäisi tavallisesti helposti (Isomäki 2011, 156; Lepola ym. 2008, 63; Stankard & Viets 2008, 22). Masennuksesta kärsivillä on usein vaikeuksia keskittyä huomion keskittämistä vaativaan toimintaan, esimerkiksi lukemiseen. Vaikeassa masennuksessa keskittymiskyvyttömyys saattaa näkyä jopa sairastuneen vaikeutena pysyä mukana keskusteluissa. (Isomäki 2011, 156.) Masennus voi vaikuttaa heikentävästi myös masentuneen lyhytkestoiseen muistiin (Stankard & Viets 2008, 22).

Masentuneen luottamus kykyynsä selviytyä elämässä on vähentynyt (Isomäki 2011, 155, 156; Lepola ym. 2008, 63-64). Lievässä masennuksessa sairastuneen itsearvostus ja itseluottamus ovat heikentyneet, kun taas vaikeassa masennuksessa sairastunut voi kokea olevansa täysin epäonnistunut ja arvoton (Isomäki 2011, 155, 156). Masentuneen ajatukset kohdistuvat usein omien negatiivisten piirteiden lisäksi kuolemaan, oman itsen vahingoittamiseen ja pessimistisiin asioihin (Isomäki 2011, 155, 156; Lepola ym. 2008, 64). Masentuneella voi myös olla taustalla useita itsemurhayrityksiä tai hän on saattanut tehdä suunnitelmia itsensä vahingoittamiseksi (Isomäki 2011, 155, 156).

Masentunut kokee myös olevansa jatkuvasti hyvin väsynyt (Isomäki 2011, 155, 156). Tämä johtuu masennukseen liittyvästä energian vähenemisestä, mikä johtaa sairastuneen väsymiseen ja aktiivisuuden vähenemiseen (Lepola ym. 2008, 63). Pienimmätkin fyysiset ponnistukset ja psyykinen aktiivisuus vaativat masentuneelta paljon voimia ja usein lisäävät väsymyksen tunnetta entisestään. Masentuneen psykomotorinen hidastuminen eli retardaatio näkyy kaiken psykomotorisen toiminnan hitautena ja jähmeytenä. Vaikeassa masennuksessa ihminen saattaa olla olemukseltaan täysin pysähtynyt ja ilmeetön tai vastaavasti kärsii yleiseen tuskaisuuteen liittyvästä motorisesta levottomuu-

desta eli agitaatiosta, joka ilmenee esimerkiksi tuskaisena huokailuna ja pakonomaisena kävelynä. (Isomäki 2011, 155, 156.)

Masennukseen sairastunut kärsii usein myös iltayön nukahtamisvaikeuksista tai aamu-yön valvomisesta, unen katkonaisuudesta ja pinnallisuudesta tai kaikista edellä mainituista unen häiriöistä samanaikaisesti. Joillain unirytmien muutokset saattavat ilmetä hypersomniana eli liiallisena nukkumisena. (Isomäki 2011, 156; Stankard & Viets 2008, 20.) Masentunut on useimmiten myös menettänyt ruokahalunsa ja saattaa kokea ruoan vastenmielisenä. Joidenkin ruokahalu puolestaan lisääntyy sairastumisen myötä ja ruokahalun muutos näkyy painon laskemisen sijasta painon nousemisena. (Isomäki 2011, 156.)

Masennuksen diagnosoinnissa on keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistaminen ja oireyhtymän toteaminen (Käypä hoito. Depressio 2010). Masennusdiagnoosi edellyttää neljän oireen (kuvio 2) esiintymistä samanaikaisesti vähintään kahden viikon ajan. Lisäksi henkilöllä on oltava ainakin kaksi masennuksen ydinoiretta (kuvio 2). (Isomäki 2011, 156.)

<b>YDINOIREET:</b>	<b>MUUT MASENNUKSEN OIREET:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masentunut mieliala</li> <li>• Väsymysoireet</li> <li>• Mielihyvän menetys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itsearvostuksen tai -luottamuksen menetys</li> <li>• Toistuvat itsetuhoon tai kuolemaan liittyvät ajatukset</li> <li>• Itsetuhoinen käytös</li> <li>• Perusteettomat syyllisyydentunteet</li> <li>• Kohtuuton itsekritiikki</li> <li>• Päättämättömyys</li> <li>• Keskittymiskyvyttömyys</li> <li>• Muistivaikkeudet</li> <li>• Unihäiriöt</li> <li>• Muutokset painossa ja ruokahalussa</li> <li>• Psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuneisuus</li> <li>• Ahdistuneisuus, tuskaisuus, ärtyisyys</li> <li>• Pakko-oireet, fobiat, hypokondristyyppiset mielikuvat</li> </ul>

KUVIO 2. Masennuksen oireet

### **3.1.3 Masennustilojen jaottelu**

Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan sairastuneen oireiden laadun, määrän ja vaikeuden perusteella. Etenkin toimintakyvyssä sairastumisen jälkeen tapahtuneet muutokset antavat viitteitä masennuksen vaikeusasteesta. (Lepola ym. 2008, 64-65.) Masennus jaotellaan oireiden laadun ja vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin masennustiloihin (Isomäki 2011, 156). Joskus masennusta sairastavien henkilöiden oirekuviin liittyy myös psykoottisia oireita. Masennuksen vaikeusaste on yhteydessä sairauteen liittyvään toimintakyvyn heikkenemiseen. (Lepola ym. 2008, 64-65.)

Masennuksen ollessa lievä, sairastunut pystyy yleensä käymään töissä, mutta töiden tekeminen vaatii tavallista enemmän ponnistelua eikä masentuneen toimintakyky ole normaalilla tasolla (Isomäki 2011, 156). Sairastuneella on tällöin yleensä havaittavissa kaksi tai kolme masennuksen oiretta (Lepola ym. 2008, 64-65). Keskivaikeasta masennuksesta kärsivän toimintakyky on puolestaan huomattavasti alentunut (Isomäki 2011, 156). Myös sosiaaliset suhteet ja kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa ovat hankaloituneet. Keskivaikeasta masennuksesta kärsivällä henkilöllä masennusoireita on jo yleensä neljä tai enemmän. (Lepola ym. 2008, 64-65.) Vaikeaa masennusta sairastava henkilö on jo usein täysin työkyvytön ja tarvitsee jatkuvaa huolenpitoa selvitäkseen arjesta (Isomäki 2011, 156). Vaikeaa masennusta sairastavilla, jotka kärsivät psykoottisista oireista, on usein lisäksi voimakasta psykomotorista estymistä. Estyminen voi pahimmillaan kehittyä täydelliseksi mielen sulkutilaksi, joka tarkoittaa täydellistä reagoimattomuutta ja liikkumattomuutta. (Lepola ym. 2008, 64-65.)

### **3.1.4 Masennuksen tunnistaminen**

Masennuksen aiheuttamat muutokset sairastuneessa ja hänen käyttäytymisessään tapahtuvat vähitellen, eikä niitä siitä syystä välttämättä huomaa tai niihin ei osaa kiinnittää huomiota, koska ne ovat normaaleja, aluksi tavallisia tapoja reagoida elämänmuutoksiin (Koskisuus & Kulola 2005, 26-27, 33; Nyman & Stengård 2005, 15; Stankard & Viets 2008, 19). Puoliso ja läheiset huomaavat usein vasta jälkeenpäin, että sairastuneen käytöksessä oli tavallisuudesta poikkeavia piirteitä jo pitkään ennen sairauden toteamista (Ella, Huhtala, Koponen & Lampinen 2011, 13). Tällaisia ensimmäisiä merkkejä ma-

sennuksesta ja muutoksia masentuneen käyttäytymisessä ja parisuhteessa kutsutaan varhaisoireiksi (Ella ym. 2011, 13; Koskisuu & Kulola 2005, 26-27, 33; Nyman & Stengård 2005, 15).

Sairastumista edeltävät varhaisoireet vaihtelevat yksilöllisesti kestoaltaan ja voimakkuudeltaan. Joitakin oireita ilmenee muutamaa viikkoa ennen sairauden puhkeamista, jotkut oireet kestävät vain tunteja tai päiviä. Yleisimpiä varhaisoireita ovat muutokset mielialassa, ruokahalussa ja unirytmisissä, hermostuneisuus ja jännittyneisyys sekä muutokset aktiivisuudessa, työssä selviytymisessä ja aistitoiminnoissa. (Ella ym. 2011, 13.) Masentunut saattaa myös esimerkiksi laiminlyödä omasta itsestä huolehtimisen, kuten hygienian hoitamisen, mikä vaikuttaa hänen ulkoiseen olemukseensa (Piikkilä 2012, 27; Stankard & Viets 2008, 21). Masennus saavuttaa huippunsa vasta edellä mainittujen varhaisoireiden jälkeen. Onkin oleellista, että sairastuneen puoliso tunnistaa sairauden varhaisoireet ja sen, miten ne ilmenevät parisuhteessa. Tämä mahdollistaa puolison toiminnan sairastuneen hyväksi silloin, kun sairastunut tarvitsee ammattiapua. Sairastuneen yksilökohtaisten varhaisoireiden riittävän varhaisella tunnistamisella voidaan mahdollistaa hoidon aloittaminen ajoissa, välttyä sairaalahoidolta ja estää henkilön uudelleen sairastuminen. (Ella ym. 2011, 4, 13.) Loganin (2011, 109) tutkimuksen mukaan suurin osa puolisoitten kokemasta turhautuneisuudesta suhteessa sairastuneeseen johtuu siitä, että puoliso havaitsee muutoksen sairastuneessa, mutta ei saa sairastunutta itseään hakeutumaan avun piiriin.

Joskus masennukseen sairastunut huomaa sairauden oireet ensin itse, mutta usein puoliso huomaa tunneilmaisun tai käyttäytymisen muutokset herkemmin kuin sairastunut. Masentunut voi kokea oman käyttäytymisensä ja huonon olonsa hankalana, mutta samalla etsii sille selityksiä samanlaisista tekijöistä kuin puoliso, esimerkiksi stressistä, työrasituksesta, uupumuksesta ja joissain tapauksissa ristiriidoista parisuhteessa ja perheessä. Oireiden uskotaan olevan ohimeneviä, koska samantyyppiset oireet ovat ennenkin menneet ohi, kun stressiä aiheuttava tekijä on poistunut ja stressi on lievittänyt. (Koskisuu & Kulola 2005, 27.) Sairauden edetessä ilmenee enemmän masennukseen liittyviä, toimintakykyä heikentäviä oireita, jotka aiheuttavat parisuhteessa kriisin ja joita puoliso ei voi tulkita ohimeneviksi (Nyman & Stengård 2005, 15-16).

### 3.1.5 Hoito

Masennuksen hoito jakaantuu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on akuuttivaihe, jolloin hoidon tavoite on sairaudesta toipuminen mahdollisimman nopeasti ja täydellisesti. Toinen vaihe on jatkovaihe, jolloin pyritään ehkäisemään sairauden välitön uusiutuminen. Viimeisessä vaiheessa eli ylläpitovaiheessa pyritään ehkäisemään sairauden uudelleen puhkeaminen. (Isometsä 2011, 25; Tuisku & Rossi 2010, 65.)

Masennusta hoidetaan sekä biologisin että psykososiaalisin keinoin. Hoitomuotojen valintaan vaikuttavat masennuksen vaikeusaste, saatavilla olevat hoitomuodot sekä potilaan oma toivomus hoidosta. Myös potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, itsemurhavaara, somaattinen terveydentila, toimintakyky, mahdollisten aiempien hoitoyritysten teho ja haitat sekä niistä saadut kokemukset vaikuttavat hoitomuotojen valintaan. Keski- ja vaikeassa ja vaikeassa masennuksessa käytetään erityisesti lääkehoitoa, kun lievässä masennuksessa käytetään puolestaan psykososiaalisia hoitumuotoja. Yleensä parhaaseen hoitotulokseen päästään käyttämällä biologista ja psykososiaalista hoitomuotoa yhdessä. (Isometsä 2011, 25; Tuisku & Rossi 2010, 65.) Biologisiin hoitumuihin kuuluvat mielialalääkkeet, valohoito ja psykiatrinen sähköhoito sekä aivojen magneettistimulaatiohoito. Psykososiaaliin hoitumuihin kuuluvat puolestaan psykoterapia, vertaistukiryhmät, lääkäri- ja hoitajakeskustelut, tiedon ja tuen saaminen, toiminnalliset harjoitukset sekä perheen tuki. (Tuisku & Rossi 2010, 65.) Loganin (2011, 73, 109) tutkimuksen mukaan useimmat masentuneiden omaiset kokevat pystyvänsä auttamaan sairastunutta parhaiten kannustamalla ja tukemalla sairastunutta mielialalääkkeiden käyttämisessä. Etenkin avoin ja rehellinen keskustelu liittyen sairastuneen lääkitykseen koetaan tutkimuksen mukaan tärkeäksi.

Masennusta voi myös yrittää itse ehkäistä ja hallita biologisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen lisäksi. Tällaisia niin sanottuja itsehoitokeinoja ovat myönteinen ajattelu, tunteiden ilmaiseminen, voimavarat, säännöllinen liikunta, sosiaalisia suhteita ylläpitävät ja itseä kehittävät harrastukset, riittävä lepo, säännölliset elämäntavat, säännöllinen uni-valverytmi sekä alkoholin ja päihteiden suurkulutuksen välttäminen. Sairastunut voi pitää myös mielialapäiväkirjaa, jonka avulla on mahdollista oppia tunnistamaan tekijöitä, jotka laukaisevat masennuksen. Sairastuneen kannalta on myös tärkeää oppia tunnistamaan masennuksen oireet itsessä. (Huttunen 2008, 97-102.)

## 3.2 Masennus ja parisuhde

Parisuhde voidaan määritellä kahden ihmisen väliseksi suhteeksi, johon sisältyy seksuaalista läheisyyttä. Intiimissä suhteessa parisuhteen osapuolet jakavat asioita, joita eivät yleensä halua kokea kenenkään toisen kanssa. Tällöin parisuhteen osapuolet kokevat usein tuntevansa toisensa eri tavalla kuin muut ihmiset tuntevat heidät. Lisäksi intiimi suhde sisältää läheisyyttä ja huolenpitoa, jota ei ole muissa ihmissuhteissa. Parisuhteessa ihminen tuntee toistuvasti kaipaavansa parisuhteen toisen osapuolen läheisyyttä. Tällöin parisuhteen osapuolilla on yleensä myös odotuksia tai vaatimuksia liittyen yhteiseen ajankäyttöön. Viimeistään silloin, kun kahden toisistaan välittävän ihmisen välille syntyy halu vastata toisen odotuksiin liittyen yhteiseen vapaa-ajan viettoon, halu olla uskollinen ja halu olla seksuaalisessa kontaktissa toisen kanssa, voidaan puhua parisuhteesta. (Kontula 2009, 10, 12.)

Toisen puolison sairastuminen masennukseen tuo muutoksia parisuhteeseen. Muutokset näkyvät parisuhteen arjessa ja toiminnassa sekä puolisoitten keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja suhteessa. Masennuksen tuomat muutokset parisuhteessa tulevat ilmi myös läheisyydessä, seksuaalisuudessa sekä kosketuksessa. (Koskisuus & Kulola 2005, 13, 30.)

### 3.2.1 Arki

Arki on suuri osa ihmisen elämää, minkä vuoksi sen sujuminen parisuhteessa on tärkeää. Arkeen kuuluu esimerkiksi kodinhoitoon ja talouteen liittyvät asiat. (Airikka 2003, 15.) Kun toinen puolisoista sairastuu masennukseen, molempien puolisoitten roolit parisuhteessa, perheessä ja arjessa muuttuvat (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 6; Viitala 2007, 25). Tähän vaikuttaa masentuneen voimavaroissa ja vuorovaikutuskyvyissä tapahtuvat muutokset (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 6, 12). Tällä tarkoitetaan muun muassa vastuun siirtymistä terveelle puolisolalle, muutoksia arjen työnjaossa, sairauteen liittyvien puheenaiheiden ja asioiden välttelyä sekä toisinaan jopa eristäytymistä (Koskisuus & Kulola 2005, 33).



Masentuneen sairastuminen ei vaikuta ainoastaan sairastuneen toimintakykyyn, sillä myös muun perheen ja puolison toiminta muuttuu ja vaikeutuu. Sairastumisen seurauksena myös parisuhteen tunneilmapiiri voi muuttua. Tällöin parisuhteessa aikaisemmin ollut tunnelma muokkautuu sairastuneen tunteiden kautta. (Koskisuus & Kulola 2005, 65-69.) Puoliso pyrkii usein sovittamaan tunnereaktioitansa sairastuneen tunteisiin (Koskisuus & Kulola 2005, 65-69) ja muokkaamaan käyttäytymistään sekä tunteiden ilmaisuaan asianmukaiseksi sairastuneen voinnin mukaisesti (Koskisuus & Kulola 2005, 67-68, 69; Piikkilä 2012, 29, 31). Puoliso kokee yleensä sairastuneen voinnin ja toimintakyvyn vaihtelun ja arvaamattomuuden itseä rasittavaksi. Yhtä kuormittavana nähdään myös oman toiminnan jatkuva muokkaaminen sairastuneen vointiin ja tilanteeseen sopivaksi. (Koskisuus & Kulola 2005, 67-68.)

Masentuneen vointi täytyy huomioida kaikessa perheen toiminnassa, mikä tekee asioiden suunnittelusta vaikeaa, sillä koskaan ei voi tietää, pystyykö sairastunut lähtemään minnekään tai tekemään sovittuja asioita (Koskisuus & Kulola 2005, 67-68). Jos masentuneen toimintakyky on heikko tai hän on ahdistunut omasta tilanteestaan, muista perheenjäsenistä saattaa tuntua pahalta jättää sairastunut yksin ja viettää vapaa-aikaa kodin ulkopuolella (Stengård 2007, 156-157). Ajan kuluessa masentuneen psyykkisistä ongelmista tulee arkipäiväisiä ja osa perheen toimintaa. Myös sairauteen liittyvät läheisten tunnereaktiot muuttuvat pysyviksi, eikä kukaan perheestä jaksa esimerkiksi surra näkyvästi. Tällöin masentuneen sairastumiseen liittyvä suru piilotetaan, jotta perhe tuntee selviävänsä paremmin arjesta. (Koskisuus & Kulola 2005, 65-66.)

Masennus alentaa sairastuneen kykyä selviytyä arjessa. Arjen rutiinit kuluttavat sairastuneen voimia ja hän ei useinkaan jaksa osallistua kotitöihin, kuten kaupassakäyntiin, ruoanlaittoon tai laskujen maksamiseen, samalla tavoin kuin aikaisemmin. Tämä johtuu masennuksen aiheuttamasta uupumuksesta ja voimattomuudesta. (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 12; Piikkilä 2012, 27.) Masennus aiheuttaa myös keskittymis- ja muistivaikeuksia, jotka saattavat huonontaa arjen toimintakykyä. Useimmiten masentuneen puoliso kokee tällöin jäävänsä yksin ainoaksi vastuun kantajaksi parisuhteessa ja perheessä. (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 12.) Masentuneen oireilu pakottaa puolison ottamaan enemmän vastuuta käytännön töistä ja arjen asioiden hoitamisesta (Logan 2011, 112; Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 9; Stengård 2007, 157). Näin ollen jo-

kaisen pariskunnan, joista jompikumpi on sairastunut masennukseen, on pohdittava uudelleen sitä, miten vastuu arkielämässä jaetaan, mistä asioista sairastuneen on mahdollista selviytyä ja milloin masennuksen aiheuttama taakka on puolisolle kohtuuton (Stengård 2007, 159).

Pariskunta, joista jompikumpi on sairastunut masennukseen, saattaa olla jäänyt kiinni joihinkin selviytymiskeinoihin, eikä arkielämän vastuuta osata jakaa uudelleen sairastuneen tilanteen kohentuessa (Koskisuus & Kulola 2005, 91-92; Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 12). Tällöin puoliso saattaa kokea, että parisuhde muuttuu molemmille puolisoille tukea antavasta suhteesta yksipuoliseksi hoitosuhteeksi (Koskisuus & Kulola 2005, 91-92; Stengård 2007, 157), jolloin masentunut on hoidettavan roolissa ja puoliso huolehtii sairastuneesta samalla, kun kantaa vastuuta parisuhteen tai perheen arjesta (Koskisuus & Kulola 2005, 91-92). Tämä saattaa vaikuttaa puolisoitten väliseen läheisyyteen ja luottamukseen heikentävästi (Stengård 2007, 157). Saattaa myös olla, että läheiset eivät ymmärrä sairastuneen tilannetta vaatimuksia asettaessaan. Toisaalta jotkut läheiset saattavat myös välttää antamasta sairastuneelle liikaa vastuuta arjesta. Sairastuneen pitäminen toimeentona ei kuitenkaan edistä hänen selviytymistään. On tärkeää, että sairastunut tekee vointinsa mukaan edes jotain, sillä syyllisyyden tunteet liittyen tekemättömiin töihin saattavat lisätä sairastuneen huonoa oloa. Aktiivisuus arkielämän asioissa antaa positiivisia tarpeellisuuden ja onnistumisen kokemuksia. Nämä puolestaan helpottavat sairastuneen syyllisyyden tunteita. (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 12.)

Masentunut voi muuttua myös vanhempana. Masennuksen vuoksi aiemmin aktiivisesta ja läsnä olevasta vanhemmasta saattaa tulla välinpitämätön ja kärsimätön. (Stankard & Viets 2008, 24.) Toisen sairastumisesta huolimatta vastuu vanhemmuudesta tulisi kuulua molemmille puolisoille, sillä molempien vanhempien osallistuminen lasten kasvatukseen ja hoitoon on etenkin lasten kehityksen kannalta tärkeää. Puolisoitten on mietittävä yhdessä, mikä on riittävää vanhemmuutta ja miten kasvatusvastuuta tullaan jakamaan akuutin sairastumisen jälkeen, jolloin päävastuu lapsista on yleensä terveellä puolisoilla. (Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 12.)

Perheenjäsenen sairastuminen masennukseen vähentää myös puolison ja muun perheen sosiaalisia suhteita (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 9). Sairastunut

ja puoliso saattavat sairastumisen seurauksena vähentää kanssakäymistä parisuhteen ulkopuolisten ihmisten kanssa ja eristäytyä (Koskisuus & Kulola 2005, 48). Sairastuneen psyykkiset ongelmat vievät puolisolta ja perheeltä voimavaroja, jolloin muihin läheisiin ei jakseta pitää yhteyttä samalla tavoin kuin aikaisemmin. Toisaalta sukulaiset ja muut läheiset eivät useinkaan tiedä, miten muuttuneeseen tilanteeseen tulee suhtautua ja tästä johtuen ottavat vähemmän yhteyttä. Perheessä joudutaan ratkaisemaan, kuinka paljon sairastuneen ja perheen ongelmista kerrotaan muille ihmisille. Kun ongelmista puhutaan avoimesti läheisten kanssa, ennakkoluulot ja väärinkäsitykset liittyen sairastuneen tilanteeseen saattavat vähentyä. (Stengård 2007, 157.) Toisaalta läheisten huoli sairastuneen tilanteesta ja tulevaisuudesta saattaa olla hyvin kuormittavaa. Kun läheiset yrittävät selvittää sairastumisen aiheuttamasta tilanteesta, he alkavat usein holhota sairastunutta liikaa. Läheiset saattavat myös esimerkiksi arvostelullaan ja vaativuudellaan yrittää saada sairastuneen toimimaan heidän toivomallaan tavalla. (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 9.)

Masennukseen sairastuminen saattaa heikentää myös perheen taloudellista tilannetta, sillä masentunut ei useinkaan kykene käymään töissä, työ ei tuota tyydytystä tai masentunut menettää mielenkiinnon työhönsä (Stankard & Viets 2008, 23). Tällöin sairastunut joutuu usein pitkäkestoiselle sairauslomalle tai kokonaan pois työelämästä (Stengård 2007, 156). Saattaa käydä myös niin, että masentunut yrittää paeta masennustaan töihin tekemällä pidempiä työpäiviä, jolloin puoliso joutuu useimmiten ottamaan vastuun esimerkiksi kotitöistä ja vanhemmuudesta (Stankard & Viets 2008, 23). Myös puolison työssäkäynti voi vaikeutua tai hän joutuu sovittamaan työnsä paremmin sairastuneen tilanteeseen sopivaksi. Joissain tapauksissa puoliso saattaa jäädä esimerkiksi ennenaikaiselle eläkkeelle hoitaakseen sairastunutta. (Stengård 2007, 156.)

Puolisot voivat ennaltaehkäistä kriisitilanteiden syntymistä parisuhteessa tunnistamalla kriisitilanteita aiheuttavia tekijöitä ja puuttumalla tilanteeseen riittävän varhaisessa vaiheessa. Jos sairastunut on esimerkiksi aamupäivisin hyvin aloitekyvytön ja väsynyt, puolison kannattaa pohtia sairastuneen kanssa vaihtoehtoa, että sairastunut osallistuisi esimerkiksi kotitöiden tekemiseen jonain muuna ajankohtana. Puolisoiden on myös hyvä pohtia millaisia stressinhallintakeinoja parisuhteessa voidaan alkaa käyttämään, sillä esimerkiksi terveen puolison kokema stressi toisen sairastuessa masennukseen saattaa edesauttaa tilanteen kärjistymistä parisuhteessa. (Omaiset mielenterveystyön tukena

Tampere ry 2012, 17.) Kun sekä sairastunut että puoliso tietävät mitä keneltäkin odotetaan, välttyään epätietoisuudelta ja turhilta väärinymmärryksiltä. Arjen asioista sopimalla masentunut ja puoliso ennaltaehkäisevät myös mahdollisia ongelmia perheessä. (Ella ym. 2011, 9.)

### 3.2.2 Vuorovaikutus

Toimiva vuorovaikutus on edellytys jokaisen parisuhteen hyvinvoinnille (Ella ym. 2011, 4, 6). Kyky puhua selkeästi, kertoa omista tarpeista ja ilmaista sekä positiivisia että negatiivisia tunteita auttaa parisuhteen osapuolia ratkaisemaan arjen ongelmia ja selviytymään jokapäiväisestä stressistä (Omaisetsielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 13; Ella ym. 2011, 6). Masennukseen sairastuminen vaikuttaa sairastuneen ja hänen läheistensä väliseen vuorovaikutukseen heikentävästi. Ongelmat puolisoitten välisessä vuorovaikutuksessa saattavat aiheuttaa stressiä puolisoille ja sairastuneelle sekä muuttaa kodin ilmapiiriä. Toimiva vuorovaikutus parisuhteessa onkin hyvin tärkeää etenkin silloin, kun toisella puolisoista on mielenterveysongelma. (Ella ym. 2011, 4, 6.)

Masentunut saattaa vetäytyä vuorovaikutuksesta puolisonsa kanssa niin psyykkisesti kuin fyysisestikin (Piikkilä 2012, 28). Hän voi muuttua hiljaiseksi ja vuorovaikutus puolison kanssa saattaa vähentyä. Tällöin puolisoitten välisestä vuorovaikutuksesta tulee yksipuolista ja masentunut ei välttämättä kerro asioistaan tai kuuntele puolisoaan. (Piikkilä 2012, 28; Stankard & Viets 2008, 20.) Puolison sairastuessa masennukseen myös terve puoliso alkaa usein vältellä vuorovaikutusta sairastuneen kanssa, koska pelkää erimielisyyksiä ja riitoja. Puoliso saattaa usein myös vähätellä masentuneen ongelmia. Tilanne parisuhteessa kriisiytyy yleensä sairauden myötä ennen pitkää niin, että puoliso on pakotettu nostamaan sairastuneen ja parisuhteen ongelmat esiin. Joskus sairastumisen aiheuttama tilanne voi olla parisuhteelle niin stressaava, että puoliso käyttää selviytymiskeinonaan esimerkiksi masentuneen pakottamista ja uhkailua. (Omaisetsielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 7.)

Masentuneen kyky keskittyä keskusteluun ja käsitellä informaatiota voi olla heikentynyt. Sairastuneella saattaaakin olla vaikeuksia ymmärtää esimerkiksi mitä hänen odotetaan tekevän tai mitä hänelle puhutaan. (Ella ym. 2011, 6.) Masentunut myös tulkitsee

herkästi asioita. Jos esimerkiksi puolison sanallinen ja sanaton viestintä ovat ristiriidassa, masentunut saattaa hämmentyä ja vuorovaikutuksen ongelmat johtavat useimmiten ennen pitkää isoihin ristiriitoihin parisuhteessa. Masentuneen kanssa on pyrittävä mahdollisimman avoimeen vuorovaikutukseen, jotta välttyään ristiriidoilta. (Omaisiet mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 7.)

Masentuneen ja puolison välisen vuorovaikutuksen yksi suuri ongelma on usein se, että puoliso ei välttämättä aina uskalla keskustella sairauteen tai parisuhteeseen liittyvistä, mieltä vaivaavista asioista masentuneen kanssa tai ilmaista tunteitaan suhteessa sairastuneeseen (Furman & Valtonen 2000, 117; Ella ym. 2011, 6). Puoliso usein pelkää, että jos sairastuneelle sanoo mitä ajattelee, masennus saattaa pahentua tai sairastunut saattaa alkaa käyttäytymään itsetuhoisesti (Furman & Valtonen 2000, 117). Loganin (2011, 115) tutkimuksen mukaan puolisoitten on usein vaikeaa löytää tasapainoa sen välillä, että on samanaikaisesti puoliso, joka jakaa omia huoliaan toiselle, mutta samalla toimii myös sairastuneen hoitajana, joka suojelee sairastunutta huolilta ja jopa puolison omalta vihalta ja turhautumiselta. Tämä vähentää puolisoitten välisen kommunikaation avoimuutta (Logan 2011, 115). Masennukseen liittyviä asioita, joita puolison on vaikea ottaa puheeksi, voivat olla esimerkiksi sairastuneen itsetuhoisiin ajatuksiin liittyvät epäilykset, elämäntavat, hoitoon hakeutuminen ja kotitöiden laiminlyönti (Furman & Valtonen 2000, 118). Tällöin puoliso saattaa vetäytyä vuorovaikutuksesta masentuneen kanssa pelätessään sanovansa jotain väärää (Furman & Valtonen 2000, 117; Omaisiet mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 12-13).

Parisuhteen vuorovaikutus muuttuu avoimemmaksi, kun puoliso kertoo masentuneelle rehellisesti pelosta, joka on vaikeuttanut mieltä vaivaavien asioiden puheeksi ottamista. Kun puoliso myöntää pelkonsa ääneen, hän osoittaa kunnioittavansa sairastunutta ja välittävänsä hänestä. (Furman & Valtonen 2000, 118.) Loganin (2011, 115) tutkimuksen mukaan puolisoit ovat yleisesti tyytyväisempiä parisuhteeseen, jossa vuorovaikutus on säilynyt lähes ennallaan sairastumisesta huolimatta. Parisuhteissa, joissa keskinäinen vuorovaikutus on vähentynyt, koetaan vähemmän yhteyttä suhteessa toiseen puolisoon. Myös puolisoitten välisestä läheisyydestä sekä omasta roolista parisuhteessa ollaan yleisesti epävarmempia. Tällöin koetaan usein myös vähemmän mahdollisuuksia auttaa sairastunutta.

Myös masentuneelle tekee hyvää kuulla, mistä hänessä ja hänen tekemisissään pidetään. Tavalliset asiat kuten se, että sairastunut on jaksanut siivota kotona, kertonut tunteistaan ja vaikeuksistaan tai jaksanut taistella sairautensa kanssa, ovat tärkeitä huomioita parisuhteen vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat masentuneen mielialaan. Masentuneelle tulee antaa rehellistä ja perusteltua myönteistä palautetta. Sairastuneen on usein vaikea uskoa puhetta silloinkaan, kun hänelle puhutaan totta, minkä vuoksi on tärkeää, että parisuhteen sisäinen vuorovaikutus perustuu rehellisyydelle. Kun vuorovaikutus parisuhteessa on rehellistä ja avointa, masentunut tietää, että hänestä pidetään vaikka sairaudesta kuntoutuminen veisikin aikaa. (Furman & Valtonen 2000, 120.)

Masentuneen huomio kohdistuu usein ainoastaan sairauteen ja omaan itseensä. Onkin usein hyödyllistä, että sairastunut saadaan ajattelemaan jotain muuta. Entiset mielenkiinnon kohteet eivät välttämättä tunnu enää kiinnostavan sairastunutta, mutta niistä keskusteleminen voi auttaa ajattelemaan mukavia ja ennen mielenkiintoa herättäneitä asioita elämässä. Masentuneen mielialaa kohottavia puheenaiheita voivat olla esimerkiksi menneisyys, tulevaisuus, hauskat tapahtumat menneisyydessä, paremmat hetket ja ystävien kuulumiset. Masentunut saattaa alkaa ajatella muita asioita esimerkiksi myös silloin, jos häneltä pyytää mielipidettä tai neuvoa jossain asiassa. (Furman & Valtonen 2000, 121-123.)

Toimiva vuorovaikutus parisuhteessa vaatii yhteistyötä, harjoitusta ja aikaa. Kaikki masennukseen sairastuneet ovat yksilöitä eikä masennus välttämättä vaikuta kaikkien sairastuneiden vuorovaikutuksellisiin ja sosiaalisiin kykyihin samalla tavalla. Vuorovaikutuksessa tulisikin huomioida jokaisen sairastuneen yksilöllisyys, vahvuudet ja vuorovaikutuksen haasteet. (Ella ym. 2011, 6.)

### **3.2.3 Seksuaalisuus**

Seksuaalisuus on merkittävä osa parisuhdetta (Airikka 2003, 12). Seksuaalisuus on fyysisen tyydytyksen lisäksi läheisyyttä, hellyyttä, yhteenkuuluvuutta, avoimuutta ja turvallisuutta (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 79). Sillä on monia tehtäviä parisuhteessa, kuten identiteetin ja hyväksytyksi tulemisen kokemuksen vahvistaminen sekä syvimpien tunteiden jakamisen mahdollistaminen (Airikka 2003, 12). Tasapainoinen seksuaali-

suus antaa voimavaroja fyysiseen ja psyykkiseen jaksamiseen (Heiskanen ym. 2007, 80-81).

Masennus vaikuttaa sairastuneen seksuaalisuuteen ja aiheuttaa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia parisuhteessa. Masennus muuttaa sairastuneen seksuaalisuuteen liittyviä tunteita, jolloin hänen on vaikea kokea mielihyvää ja tuntea itseään sekä puolisoaan haluttavana. (Heiskanen ym. 2007, 80-81; Omaisat mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 8; Stankard & Viets 2008, 22.) Masentunut saattaa vetäytyä kokonaan pois fyysisestä läheisyydestä puolisonsa kanssa torjumalla puolisonsa kosketukset ja lähestymisyritykset ja suhtautumalla häneen välinpitämättömästi. Masentunut voi myös kokonaan kieltäytyä seksuaalisesta kanssakäymisestä puolisonsa kanssa. (Piikkilä 2012, 28.) Masentunut kokee usein myös pelkoa ja toivottomuutta suhteessa seksuaalisuuteensa sekä vääristyneitä ajatuksia omasta seksuaalisesta kyvykkyydestään ja riittävydestään (Heiskanen ym. 2007, 80-81; Omaisat mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry 2008, 8; Stankard & Viets 2008, 22).

On pidettävä mielessä, että lähes kaikilla psyykenlääkkeillä on vaikutuksia ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaalitoimintoihin (Lepola ym. 2008, 305). Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yleisiä trisyklisiä, klomipramiinia sekä SSRI- ja SNRI-lääkkeitä käytettäessä. Jopa joka kolmas näiden lääkkeiden käyttäjästä kärsii seksuaalisesta haluttomuudesta tai seksuaalisesta toimintahäiriöistä, kuten siemensyöksyn tai orgasmin saamisen vaikeudesta tai pitkittymisestä, vaikeudesta kiihottua tai saada siemensyöksy. Tratsodonin sijaan saattaa aiheuttaa pitkittynyttä ja kivuliasta erektiota. Lääkkeiden seksuaalisuuteen aiheuttamia vaikutuksia voidaan lievittää vähentämällä lääkeannosta tai vaihtamalla lääkettä. Masennuslääkkeeseen voidaan yhdistää myös seksuaalisia toimintahäiriöitä vähentävä lääke. (Huttunen 2008.)

### **3.3 Masennus ja puoliso**

Puolison sairastuminen masennukseen on yksi vaikeimmista asioista, mikä parisuhteessa voidaan joutua kohtaamaan. Se on kriisi parisuhteelle ja vaikuttaa molempien puolisojen elämään. Sairastuminen on aina jonkinlainen kriisi myös terveelle puolisolalle, koska sairaus on usein äkillinen, yllättävä ja odottamaton. (Koskisuu & Kulola 2005,

13-14.) Kriisissä olevien käyttäytymisessä on samanlaisia piirteitä. Tällaisia piirteitä ovat voimakkaat tunnereaktiot, jolloin puoliso voi tuntea esimerkiksi raivoa, vihaa, surua, pelkoa ja ahdistusta sekä syyllisyyttä, toivottomuutta ja häpeää. Puoliso voi kokea myös rohkeutta, iloa, helpotusta, toivoa ja myötätuntoa. (Ruishalme & Saaristo 2007, 65-67.) Puoliso saattaa kärsiä myös somaattisista oireista, joita voivat olla esimerkiksi päänsärky, pahoinvointi, lihasjännitys ja –säryt, sydänoireet, väsymys, huimaus, ruokahaluttomuus, unettomuus sekä vastustuskyvyn heikkeneminen (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70). Kriisi aiheuttaa riskin myös alkoholin ja lääkkeiden liiakäytölle. Myös pulmat sosiaalisissa suhteissa ja niistä eristäytyminen kuuluvat kriisin aiheuttamiin muutoksiin ihmisen käyttäytymisessä. Lisäksi kriisi saa aikaan muutoksia ihmisen arvoissa ja vakaumuksissa, koska kriisin vuoksi erilaiset asiat nousevat tärkeiksi ja suhtautuminen elämään muuttuu. (Ruishalme & Saaristo 2007, 65-67.)

### **3.3.1 Puolison sopeutumisprosessi**

Kriisissä ja suruprosessissa on erilaisia vaiheita, joita puoliso käy läpi. Näiden vaiheiden läpikäyminen ja niistä kertovaan teorian tietoon perehtyminen auttavat puolisoa ymmärtämään ja huomaamaan mitä suru- ja kriisiprosessi sisältävät, vaikkakin täytyy muistaa, että jokainen ihminen kokee ja käy prosessin läpi eri tavalla. (Ruishalme & Saaristo 2007, 70-71.) Kriisin vaiheet ovat sokkivaihe, reagoivavaihe, kriisin työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisen vaihe. Jokaisella vaiheella on omat erityispiirteensä ja tehtävänsä. (Palosaari 2007, 54-65; Ruishalme & Saaristo 2007, 70-71.) Puolison sairastuminen voi laukaista suruprosessin. Suruprosessissa on samankaltaisia vaiheita kuin kriisissä. Suru on terve tapa reagoida elämässä tapahtuviin vastoinkäymisiin ja menetyksiin, ja se auttaa puolisoa sopeutumaan uudelleen elämäntilanteeseen. (Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2010, 3, 5-6.) Sairaus saattaa uusiutua tai sairastuneen vointi voi huonontua, jolloin puolison sopeutumis- ja suruprosessi alkaa uudelleen. Myös muutokset sairastuneen toimintakyvyssä pitävät puolison jatkuvassa tietämättömyydessä, jolloin surutyö voi pitkittyä. (Nyman & Stengård 2005, 17-18.)

Sokkivaihe on niin kriisin kuin suruprosessinkin ensimmäinen vaihe (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 70; Suomen Mielenterveysseura & SOS-



kriisikeskuksen työryhmä 2010, 5). Sökkivaiheeseen kuuluvia reaktioita ovat muun muassa epäusko tapahtuneeseen, huutaminen, paniikki ja itku (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 70). Tässä vaiheessa puolison olo voi olla hajanainen. Tieto sairaudesta voi saada puolison lamaantumaan tai hän voi reagoida hyvin voimakkaasti. (Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2010, 5.) Sökkivaiheen tehtävänä on puolison selviytyminen traumaattisesta kriisistä ja mielen suojaaminen niiltä asioilta, joita se ei pysty vielä ottamaan vastaan (Heiskanen ym. 2007, 38; Palosaari 2007, 54, 61; Ruishalme & Saaristo 2007, 70). Sökkivaihetta kuvaillaankin useimmiten epätodellisena olona (Palosaari 2007, 55). Puolison on usein mahdotonta hyväksyä masennuksen pitkäaikaisuutta ja sen seurauksia parisuhteessa (Nyman & Stengård 2005, 15, 16). Puoliso usein kieltää sairauden, sillä on helpompaa ajatella kaiken olevan hyvin, kuin nähdä muutoksia parisuhteessa ja sairastuneessa. Mitä pidempään puoliso kieltää sairauden, sitä suurempia ongelmia se aiheuttaa parisuhteessa. (Stankard & Viets 2008, 26.)

Seuraava kriisin ja suruprosessin vaihe on reagointivaihe. Tämä vaihe alkaa sen jälkeen, kun tapahtunut tiedostetaan todeksi ja sen merkitys pystytään tiedostamaan. (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70; Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2010, 5.) Reagointivaiheen tehtävänä on puolison omien tunteiden ilmaiseminen ja kokeminen sekä sairastumisen merkityksen tiedostaminen. Tämän kriisin vaiheen merkitys puolisolle on omien tunteiden tunnistaminen ja ilmaiseminen yleisesti hyväksyttävällä tavalla. (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70.)

Reagointivaiheessa esiin nousevat reaktiot, joille on tyypillistä niiden voimakkuus (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70). Reagointivaiheelle tunnusomaista on tunteiden vaihtelu ilman, että ihminen osaa itse selittää niitä (Palosaari 2007, 63). Tyypillisiä reaktioita ovat erilaiset tunnereaktiot, kuten itkeminen, viha, pelko ja ahdistus (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70). Puoliso pelkää usein uutta, ennestään tuntematonta sairautta ja sen vaikutuksia muuhun elämään (Logan 2011, 108). Pelko saattaa muuttua jopa kauhuksi liittyen puolison kokemukseen siitä, ettei uudenlaisesta ja vaikeasta elämäntilanteesta ole mahdollista selviytyä (Piikkilä 2012, 37). Sairauden vakavuuden ymmärtäminen saattaa herättää puolisossa myös negatiivisia tunteita, esimerkiksi katkeruutta, suuttumusta ja jopa vihaa sairastunutta

kohtaan. Puoliso suree sairastuneen ja parisuhteen muuttumista toisenlaiseksi sekä omista suunnitelmista luopumista. Suru sairastuneen ja parisuhteen tilanteesta tuntuu usein puolison mielestä päättymättömältä ja se aktivoituu aina uudelleen sairauden aiheuttaessa uusia menetyksiä. (Nyman & Stengård 2005, 17-18.) Puolison suru ei aina kuitenkaan näy ulospäin, sillä hän on usein keskittynyt käytännön asioiden hoitamiseen saadakseen hallinnan tunteen takaisin, mikä usein katoaa puolison sairastumisen yhteydessä. Hallinnan saamiseksi on myös tyypillistä, että puoliso käy reagointivaiheessa useaan kertaan läpi tapahtunutta. (Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2010, 5.)

Reagointivaiheessa puoliso kokee myös syyllisyyden tunteita ja tarvetta etsiä syyllisiä tilanteeseen (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 65, 70). Se, mistä puoliso alkaa etsiä syytä masentuneen sairastumiselle, riippuu puolison aikaisemmasta tietämyksestä ja käsityksistä suhteessa mielenterveyden häiriöihin (Nyman & Stengård 2005, 17). Puoliso saattaa etsiä syytä esimerkiksi parisuhteesta ja parisuhteesta tapahtuneista kriiseistä sairastumisen taustalla. Tällöin puoliso saattaa kokea syyllisyyttä masentuneen sairastumisesta, mikäli hän uskoo sairastumisen johtuneen parisuhteesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. (Nyman & Stengård 2005, 17; Piikkilä 2012, 37.) Puoliso joutuu kuitenkin ajan myötä hyväksymään, että varmoja, yksittäisiä syytä sairastumiselle ei ole ja useat tekijät ovat vaikuttaneet masentuneen sairastumiseen (Nyman & Stengård 2005, 17).

Kolmannessa vaiheessa, kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheessa, yleisiä tunnusmerkkejä ovat sosiaalisista suhteista vetäytyminen, ärtyisyys sekä muisti- ja keskittymisvaikeudet. Myös tulevaisuuden ajattelevuus ja hahmottaminen on vaikeaa. On tyypillistä, että tapahtumaan luodaan etäisyyttä ajatuksen ja toiminnan tasolla. Kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheen tehtävänä on etäisyyden ottaminen, trauman työstäminen, todellisuuspohjaisen ymmärryksen luominen sairaudesta ja sen aiheuttamista muutoksista sekä omien ajatusten, toiveiden ja sairauden välisestä suhteesta. Tarkoituksena on, että puoliso kykenee tekemään uusia tulevaisuuden suunnitelmia ja muokkaamaan minäkuvaansa. (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 70.) Suruprosessin osalta tässä vaiheessa puoliso käy läpi menetystään. Tämä saattaa nostaa pintaan monenlaisia tunteita surun lisäksi, kuten pelkoa, katkeruutta ja vihaa. Tässä vaiheessa suremiseen kuuluu

tunteiden kohtaaminen ja niiden käsittely. (Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2010, 6.)

Neljäs vaihe eli uudelleen orientoitumisen vaihe ilmenee masentuneen sairastumiseen liittyvien tunteiden, ajatusten ja mielikuvien ilmaisemisena, tunnistamisena ja käsittelemisenä. Kun puoliso pystyy hyväksymään tilanteen, voi sopeutuminen uuteen tilanteeseen alkaa. Uudelleen orientoitumisen vaiheen merkitys puolisolle on muutosten tekeminen jokapäiväisiin toimintamalleihin niin työssä, kotona kuin ihmissuhteissakin. (Heiskanen ym. 2007, 38; Ruishalme & Saaristo 2007, 71.) Tällöin puoliso oppii näkemään masentuneen sairauden yhtenä elämään kuuluvista asioista sen sijaan, että sairaus nähtäisiin keskeisenä ongelmakohtana arjessa. Antaessaan sairaudelle uusia merkityksiä, puolisollla on enemmän voimia palata omien kiinnostustensa pariin. Tällöin puoliso saa myös taukoa huolenpitotehtäväänsä. Kun puoliso ymmärtää, etteivät ponnistukset muuta sairastuneen tilannetta automaattisesti toisenlaiseksi, puoliso saattaa pystyä hyväksymään masentuneen tilanteen sellaisena kuin se on. Hyväksymällä sairastuneen tilanteen, puoliso voi päästä irti uskomuksesta, että hänen velvollisuutensa on ratkaista sairastuneen psyykkiset ongelmat. (Nyman & Stengård 2005, 18.) Viitalan (2007, 23) tutkimuksessa haastateltujen omaisten mukaan sairauden voi päättää hyväksyä tietoisesti, mutta kaikki puoliset eivät välttämättä ikinä tule hyväksymään puolisonsa sairastumista.

### **3.3.2 Masentuneen tukeminen**

Puolison on usein vaikeaa auttaa masentunutta, sillä se voi saada masentuneen ennemminkin kiukkuseksi kuin kiitolliseksi. Puolison onkin hyvä muistaa, että masentuneen käytös johtuu useimmiten sairaudesta eikä masentuneesta itsestään. Sairastuneen läheiset kärsivät, kun näkevät sairastuneen huonovointisuuden ja sen vuoksi lähes väistämättä miettivät mitä voisivat tehdä masentuneen auttamiseksi. On tärkeä tiedostaa, että se mikä voi auttaa toista, voi olla toiselle haitaksi. Näin ollen puoliso ei saa luulla tietävänsä mikä helpottaa masentuneen oloa. (Furman & Valtonen 2000, 111-114.)

Masennuksen vaikeudesta huolimatta siihen löytyy monia hoitokeinoja ja se on täysin hoidettavissa. Masentuneen on vaikea uskoa toipumiseensa ja parantumiseensa, mutta

masennuksen vaikeudesta ja toivottomuudesta huolimatta masennuksesta yleensä toipuu. Voi olla, että ensimmäinen hoitovaihtoehto ei ole masentuneelle sopivin. Tällöin ei saa luovuttaa, vaan täytyy etsiä uusia hoitovaihtoehtoja. (Furman & Valtonen 2000, 118-119.) Puolison on tärkeää tukea ja rohkaista masentunutta ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöstöön (Kopakkala 2009, 159). Masentuneen on useimmiten vaikea hakea apua itse, eikä hänellä ole välttämättä voimia siihen, minkä vuoksi puolison on tärkeä hakea masentuneelle apua. Puolisosta onkin usein suuri apu avunsaamisessa. On muistettava, että avun hakeminen saattaa loukata masentunutta, minkä vuoksi puolison on hyvä kysyä masentuneelta lupaa avun hakemiseen. (Furman & Valtonen 2000, 118-119.)

Puolison on hyvä tukea sairastunutta käymään hoidossa (Kopakkala 2009, 157). Etenkin hoidon alussa puoliso on usein suuri tuki niin masentuneelle kuin myös terveydenhuollon ammattihenkilöstölle (Furman & Valtonen 2000, 118-119). Varsinkin ensimmäisellä kerralla puolison on usein hyvä mennä masentuneen mukaan tapaamaan hoitavaa tahoa, jos puoliso kokee sen tarpeelliseksi ja masentunut antaa siihen luvan (Kopakkala 2009, 160). Puoliso voi kertoa havaintojaan ja huomioitaan masentuneesta ammattiauttajille, jolloin he saavat totuudenmukaisen kuvan tilanteesta (Furman & Valtonen 2000, 118-119). Myös puolisollla itsellään on mahdollisuus saada tietoa ja neuvoja ammattiauttajalta uudenlaiseen elämäntilanteeseen (Furman & Valtonen 2000, 118-119). Puoliso saa tietoa masennuksesta myös perehtymällä aiheeseen liittyvään tietokirjallisuuteen ja lehtiartikkeleihin. Oikeanlaisen tiedon saaminen auttaa ymmärtämään masennusta sairautena ja asioita, jotka kuuluvat taudinkuvaan eivätkä ole masentuneen ilkeyttä tai laiskuutta. (Kopakkala 2009, 160.) Tiedon saaminen sairaudesta poistaa myös pelkoja ja tukee puolison jaksamista (Kumpulainen). Perehtyminen aiheeseen voi ilahduttaa masentunutta. Tällöin hän kokee, että hänestä välitetään. (Kopakkala 2009, 160.)

Masentunut kokee, että hänestä välitetään myös silloin, kun hän saa puolisoltaan myönteistä palautetta. Myönteisen palautteen antamisessa on tärkeintä, että se on totta. Se viestii masentuneelle, että hänestä välitetään sairaudesta, sen kestosta ja vaikeudesta huolimatta. Myönteistä palautetta voi antaa tavallisista asioista, esimerkiksi silloin, kun masentunut on jaksanut siivota. (Furman & Valtonen 2000, 120.) Sairastunut on hyvä kutsua mukaan esimerkiksi kävelyille tai elokuviin, sillä hän hyötyy, kun hänen kanssaan tehdään tavallisia arjen asioita. Puolison ei tällöin tule turhautua, mikäli sairastunut

vastaa kutsuihin kieltävästi. On tärkeää, että masentuneen läheiset ovat sitkeitä ja kannustavat sairastunutta tekemään asioita, jotka ovat aiemmin tuottaneet hänelle mielihyvää. Sairastunutta tulee tukea esimerkiksi tekemään lista keinoista, joiden avulla hänen on mahdollista pitää huolta voinnistaan. Listalla voi olla esimerkiksi pieniä tavoitteita, joista kiinnipitämiseen masentunutta on tärkeää rohkaista. Sairastuneelta ei tule kuitenkaan vaatia mitään, sillä hän on altis tuntemaan itsensä epäonnistuneeksi, jos häneltä odotetaan jotain, eikä hän pysty täyttämään odotuksia. Sairastunutta ei myöskään ikinä tule syyttää laiskaksi tai odottaa hänen pystyvän ”ottamaan itseään niskasta kiinni” tai reipastumaan niin halutessaan. Sen sijaan sairastunut tarvitsee puolisoltaan hyväksyntää ja myötätuntoa. Myös pienet huomionosoitukset sairastunutta kohtaan ja käytännön asioissa auttaminen ovat masentuneen hyvinvoinnin kannalta merkittäviä, vaikka hän ei sitä ilmaisekaan (Kopakkala 2009, 157, 160, 162, 170.)

Masentuneella on usein tapana ajatella ja puhua samoja asioita yhä uudelleen ja uudelleen. Ajatukset ja puheet liittyvät pääasiassa puutteisiin ja ongelmiin, joita hänellä on. Masentunut haluaisi useimmiten ajatella muitakin asioita, mutta ei välttämättä pysty siihen, koska hänen huomionsa ja mielenkiintonsa kohdistuu ainoastaan häneen itseensä. Puheenaiheiden ollessa jatkuvasti samoja ja masentuneen toistaessa samoja asioita kerrasta toiseen puolison on hyvä yrittää muuttaa puheenaiheita ja saada masentuneen ajatuksia muualle. Tämä voi onnistua puhumalla sairastuneen kanssa esimerkiksi hauskoista menneistä tapahtumista, elämästä ennen sairastumista, kulttuurista, ajankohtaisista uutisista, tulevaisuudesta ja ystävien kuulumisista. Masentuneen voi saada ajattelemaan muita asioita myös pyytämällä häneltä neuvoa tai mielipidettä johonkin asiaan. Puheenaiheita ei saa kuitenkaan vaihtaa silloin, kun masentuneelle on tapahtunut jotain, mistä hän haluaisi puhua. (Furman & Valtonen 2000, 121-123.) Puolison on myös tärkeä muistaa, ettei masentuneen kanssa kannata väitellä hänen ajatuksistaan, kokemuksistaan ja tunteistaan, sillä se saa masentuneen tuntemaan itsensä entistä rasittavammaksi ja epäonnistuneemmaksi (Kopakkala 2009, 161).

Masentuneen tukeminen on puolison kannalta välillä hyvin epäkiitollista ja rankkaa. Näin ollen on tärkeää, että puoliso yrittää nauttia elämästä. Jos puoliso ei ylläpidä omaa positiivista mielialaansa, hän ei voi olla myöskään masentuneen tukena. Puolison tulee pystyä asettamaan rajat sille, mitä kuuntelee ja mitä tekee masentuneen hyväksi. Puoliso ei ole sairastuneen terapeutti, vaan sairastunutta tulee tukea kertomaan asioistaan hoita-

valle taholle. On myös tärkeää, että puoliso osaa arvostaa kaikkea, mitä on tehnyt sairastuneen voimien eteen, erottaa mihin pystyy vaikuttamaan omalla toiminnallaan ja toisaalta tunnistaa asiat, joille ei voi tehdä mitään. Viimekädessä jokaisen tulee elää omaa elämäänsä. Puolison on hyvä kertoa sairastuneen kanssa heräävistä ajatuksistaan ja tunteistaan jollekin läheiselle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. On tärkeää, että puoliso tunnistaa omat pelkonsa, turhautuneisuutensa ja vihansa suhteessa sairastuneeseen ja vaikeaan elämäntilanteeseen. On myös tärkeää tiedostaa, että kaikki tunteet ovat sallittuja ja asianmukaisia. Omien negatiivistenkin tunteiden tunnistaminen ja purkaminen auttaa puolisoa vähentämään negatiivisten tunteiden ilmaisua suhteessa sairastuneeseen. Puolison on tärkeä pitää huolta myös omasta kehostaan huolehtimalla säännöllisestä, terveellisestä ravinnosta sekä levosta ja liikunnasta. Omasta itsestä huolehtimiseen kuuluu myös säännöllisen elämänrytmin säilyttäminen. (Kopakkala 2009, 162-163.)

### **3.3.3 Puolison kuormittuneisuus**

Nymanin ja Stengårdin (2001, 66) tutkimuksessa 13-30 prosenttia mielenterveyspotilaiden omaisista koki olevansa kuormittuneita. Puolison tulkinta sairastuneen tilanteesta määrittää kuinka kuormittavaksi hän kokee tilanteen ja kuinka paljon hänellä on kielteisiä tunteita tilanteesta. Myös puolison käyttämällä hallintakeinoilla on merkitystä sille, kuinka hyvin hän saavuttaa tasapainon omassa elämässään toisen puolison sairastuttua masennukseen. (Nyman & Stengård 2005, 10-11, 13.) Kuormittavia tekijöitä puolison elämässä ovat masentuneen sairastuminen, oireilu ja itsetuhoinen käyttäytyminen sekä masentuneen selviytymisestä huolehtiminen ja raskaaksi koettu osastohoito. Myös sairastuneen kokema väsymys ja turha huoli asioista, samoista asioista puhuminen, aloitekyvyttömyys ja liikkeelle lähdön vaikeus sekä itsesyytökset kuormittavat puolisoa. Kuormittuneisuutta lisää myös masentuneen epävarmuus sekä kiinnostuksen, omatoimisuuden, liikkumisen, pitkäjänteisyyden, keskittymiskyvyn ja aloitekyvyn heikkeneminen. Sairastunut saattaa myös käyttäytyä arvaamattomasti, mikä saa puolison pelkäämään sairastuneen reagointia erilaisissa tilanteissa, mikä puolestaan johtaa puolison kuormittuneisuuden lisääntymiseen. Puoliso usein menettää uskonsa masentuneen paranemiseen, kokee epätoivoa ja tilanteen ylivoimaisuutta sekä näkee asiat synkempinä. (Saharinen 2003, 61-62.)

Puolisoa kuormittaa myös lisääntynyt vastuu arjen sujumisesta, koska sairastunut ei useinkaan kykene kantamaan vastuuta arjen asioista eikä tarvittavaa apua ole saatavilla (Piikkilä 2012, 31; Saharinen 2003, 50-58). Vastuu arjen sujumisesta onkin puolisolle ajoittain liian suuri, minkä vuoksi lepääminen jää usein liian vähäiseksi (Piikkilä 2012, 36). Kuormittavimpia tekijöitä arjen sujumisessa ovat taloudellinen tilanne, perheen konkreettisista kotitöistä huolehtiminen sekä yksin jääminen perheen päätösten tekemisessä ja vastuun ottamisessa (Piikkilä 2012, 31; Saharinen 2003, 50-58). Puolisoa kuormittaa ajoittain myös työssä käyminen, vaikka se toisaalta nähdään myös hyvinvointia edistävänä tekijänä. Työnteko kuormittaa puolisoa erityisesti silloin, kun sairastuneen vointi on huonompi. Tällöin puoliso potee huonoa omaatuntoa jättäessään sairastuneen yksin kotiin ja kotiasiat ovat mielessä töissä. (Saharinen 2003, 50-58.) Myös puolison omien voimavarojen väheneminen heikentää puolison työkykyä (Piikkilä 2012, 36).

Myös sopivan tuen puuttuminen kuormittaa puolisoa. Vaikka tuki olisi saatavilla, se ei välttämättä kohtaa puolison ja sairastuneen sen hetkisiä tarpeita. Usein myös sairaudesta puhuminen on vaikeaa tai siitä ei haluta puhua. (Saharinen 2003, 50-58.) Useimmat puoliset kokevatkin ristiriitaisia tunteita oman keskustelu- ja avuntarpeensa sekä sairastuneen kokeman yksityisyyden säilyttämisen halun välillä (Logan 2011, 108). Puhumattomuutta voi aiheuttaa sairastuneen asioiden leviämisen pelko, puhumisen vaikeus, puolison jaksamattomuus tai pelko leimatuksi tulemisesta (Saharinen 2003, 50-58).

E erityisen kuormittavaa parisuhteessa on puolison toimiminen sairastuneen hoitajana, jolloin puoliso huolehtii sairastuneen lääkkeistä, ruoasta, hoitokäynneistä ja liikunnasta. Myös sairastuneen suojeleminen raskailta asioilta ja puolison omilta tunteilta sekä sairastuneen voinnista huolehtiminen kuormittavat puolisoa. Parisuhteen toimivuuden heikkeneminen masentuneen sairastumisen seurauksena kuormittaa puolisoa ja ilmenee seksuaalisuuden, läheisyyden ja vuorovaikutuksen sekä sosiaalisten suhteiden vähentymisenä. (Saharinen 2003, 60-64, 66.)

Myös itsensä unohtaminen on suuri kuormittava tekijä puolison elämässä. Tällöin puoliso usein unohtaa omat tarpeensa ja hyvinvointinsa ja antaa kaikkensa muuttuneelle tilanteelle. Usein myös harrastukset jäävät pois sekä itselle mielekäs tekeminen ja oma aika puuttuvat. Oman vapaa-ajan ja mielekkään tekemisen puuttuminen vähentävät osal-

taan puolison jaksamista. Puolison huoli omasta jaksamisesta, terveydentilasta ja sairastumisesta lisäävät kuormittuneisuutta entisestään. Liiallisen kuormittumisen seurauksena puoliso väsyvä ja alkaa oireilla, jolloin hänen voimavaransa ja jaksamisensa heikenevät. Puoliset kuvailevat somaattisia ja psyykkisiä oireita, joita on ilmennyt liiallisen kuormittumisen seurauksena. (Saharinen 2003, 50-58.) Tällaisia oireita ovat esimerkiksi alkoholin käytön suureneminen, vainoharhaiset ajatukset, kivut, univaikeudet, itkeminen, väsymys, itsetuhoiset ajatukset ja oma masentuminen sekä kohonnut verenpaine, ruokahalumuutokset, vastustuskyvyn aleneminen, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys ja hermostuneisuus (Ella ym. 2011, 16; Saharinen 2003, 57-58). Jopa 38 prosenttia mielenterveyspotilaiden omaisista masentuu itse. Etenkin sairastuneiden puolisoilla on enemmän masennusoireita verrattuna muihin omaisiin. Myös puolisoitten masennusriski on omaisista kaikista suurin. (Nyman & Stengård 2001, 71, 74.) Puolison on tärkeää pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan oman itsensä takia, mutta myös siksi, että puolison hyvinvointi on välttämätön ehto sille, että hänen on mahdollista tukea sairastunutta (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 185; Piikkilä 2012, 36; Stankard & Viets 2008, 11).

### **3.3.4 Puolison hyvinvointi**

Puolison hyvinvointia ja jaksamista tukevat asiat, jotka hän kokee elämänsä voimavaroina. Ne auttavat selviytymään ja jaksamaan vaikeassa tilanteessa. (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 20.) Nämä tekijät vaikuttavat siihen, miten puoliso tulkitsee masentuneen sairastumisesta aiheutuneen tilanteen ja millaisia hallintakeinoja hän valitsee selviytymisensä tueksi (Nyman & Stengård 2005, 13). Selviytymistä tukevalla, puolisolle voimavaroja antavilla asioilla on taipumus unohtua läheisen sairastuttua (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2012, 20).

Myönteinen ajattelu ja toiminta tuovat puolison elämään voimavaroja. Positiivinen asenne, huumori, arjen pienet ilot ja elämästä nauttiminen kuuluvat tällaisiin myönteisiin voimavaroihin. Positiivisen asenteen ylläpitämistä helpottavat puolison omat persoonallisuuden piirteet, luovuus, eheä lapsuus, rohkeus, kärsivällisyys, peräänantamattomuus sekä itseluottamus ja itsetuntemus. (Nyman & Stengård 2001, 48.) Myönteisten asioiden kuuluminen elämään, kuten mielialan hyvänä pysyminen, jaksaminen ja hyvä



taloudellinen tilanne lisäävät puolison hyvinvointia. Muun muassa kodin, perheen, muiden läheisten ihmisten ja kesämökin kaltaiset perusasiat, jotka ovat itselle merkityksellisiä, tuovat puolisolle voimaa. Voimavaroja vahvistavat myös rakkauden tunteen säilyminen parisuhteessa, sairastuneen ja puolison parisuhteen säilyminen entisellään, sairastuneesta välittäminen ja läheisyyden tunne. Nämä tekijät auttavat puolisoa jaksamaan ja sitoutumaan parisuhteeseen. Puolisolle antaa voimaa, jos parisuhteessa onnistuu myös yhdessä toimiminen, tekeminen, viihtyminen ja oleminen sekä vastuun jakaminen. (Saharinen 2003, 33, 41.) Puolison voimavaroja lisäävät myös hyvien puolien ja voimavarojen näkeminen sairastuneessa masennuksesta huolimatta. Se antaa puolisolle toivoa. (Piikkilä 2012, 25.)

Merkittäviä voimavaroja puolison elämässä ovat myös harrastukset, mielekäs työ, opiskelu sekä liikunta (Nyman & Stengård 2001, 48-49). Ne auttavat puolisoa kiinnittämään huomiota itseensä ja omiin tarpeisiinsa eli tekemään asioita, jotka ovat itselle mieluisia. Sen kautta puoliso virkistyy ja saa hyvän olon. Työssä käyminen auttaa unohtamaan kotiasiat ja ajatusten suuntaaminen muualle on helpompaa. (Saharinen 2003, 36-37.)

Myös arjen sujuminen mahdollisimman normaalisti on tärkeä hyvinvointia lisäävä tekijä. Arjen sujumiseen sisältyy esimerkiksi työ ja arjen rutiinit. Puolisoa helpottaa, mikäli ylimääräisiä terveyteen liittyviä haittatekijöitä tai taloudellisia vaikeuksia ei ole. Myös hoidon saaminen sairastuneelle sekä positiiviseksi koettu hoitoympäristö ovat puolisolle voimavaroja. Sairastuneen tilanteen hyväksyminen on puolison jaksamista edistävä tekijä. Tällöin puolison on helpompi ymmärtää sairastuneen toimintaa ja toimimattomuutta. Puolison sitoutuminen parisuhteeseen ja sairastuneen auttamiseen sekä yhteiseen tulevaisuuteen luottaminen antavat puolisolle voimaa. Hyvinvointia lisää myös se, että puoliso ei luovuta tilanteesta ja uskoo tilanteen kohenemiseen sekä asioiden järjestymiseen. (Saharinen 2003, 33-39, 41-44.)

Emotionaalinen tuki toimii voimavarana puolisolle. Emotionaalista tukea saadaan muun muassa läheisiltä ja ystäviltä sekä vertaisryhmistä (Viitala 2007, 15.) Tuen avulla puolisollla on mahdollista puhua omista asioistaan. Oikeanlainen, oikeaan aikaan saatu tuki edistää puolison hyvinvointia (Saharinen 2003, 34, 38). Viitalan (2007, 21) tutkimukseen osallistuneet masennukseen sairastuneen perheenjäsenet kokivat, että avoimuus suhteessa läheisen sairauteen auttoi selviytymään. Tämä tarkoittaa sitä, että perheenjä-

senet pystyivät puhumaan läheisensä sairaudesta toisilleen avoimesti ja myös aroista asioista keskusteltiin. Perheenjäsenen sairauteen liittyvistä asioista puhuttiin avoimesti myös kodin ulkopuolella ja sairastuneen lähiympäristö oli tietoinen sairaudesta. Jotkut haastatellut kokivat, että läheisen sairauden salailu hidastaa ja estää sairastuneen perheen ja puolison selviytymistä.

### **3.3.5 Mistä puoliso saa tukea?**

Puolison on mahdollista saada tukea terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä tavatessaan masentunutta hoitavaa henkilökuntaa tai hakiessaan itselleen apua. Heiltä puoliso saa tietoa masennuksesta. Puolison on myös mahdollista esittää kysymyksiä ammattiauttajille. (Stengård 2007, 161-162.) Tärkeimmäksi tuen muodoksi omaiset kuitenkin kokevat vertaistuen, eikä sitä pysty korvaamaan edes ammattiauttajat. Vertaistuki on tasaverstaista omakohtaisten tunteiden ja kokemusten jakamista. (Stengård 2007, 166.) Vertaistuen avulla puolisollla on mahdollisuus saada ja antaa tukea sekä jakaa omia kokemuksiaan ja kuulla toisten samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kokemuksia (Jähi ym. 2011, 194). Vertaistuen avulla puolisollla on myös mahdollisuus laajentaa sosiaalista verkostoaan ja saada uusia tuttavuuksia (Stengård 2007, 166).

Suomessa toimii Omaiset mielenterveystyön tukena –yhdistys, joka tarjoaa monenlaista tukea omaisille, joiden läheisellä on mielenterveyden häiriö. Yhdistys toimii ympäri Suomen, 17 jäsenyhdistyksen voimin. Yksi tuen muoto on vertaistukiryhmät, mikä on yhdistyksen keskeisin tukimuoto. Omaiset mielenterveystyön tukena –yhdistys tarjoaa myös muuta tukea omaisille, kuten neuvontaa, koulutuksellisia ryhmiä, luentoja, loma- ja virkistystoimintaa sekä sopeutumisvalmennuskursseja. Omaiset mielenterveystyön tukena -yhdistyksen työntekijään voi ottaa yhteyttä ja sopia kahdenkeskisestä tapaamisesta, jonka aikana puoliso voi keskustella työntekijän kanssa tilanteestaan ja tarpeistaan. Tapaamisen pohjalta puoliso ja yhdistyksen työntekijä voivat yhdessä miettiä mahdollisia tukimuotoja, joita yhdistyksellä olisi tarjolla puolisolle. Omaiset mielenterveystyön tukena –yhdistyksen toiminta on suurimmaksi osaksi maksutonta. (Jähi ym. 2011, 194.) Myös muilla yhdistyksillä ja järjestöillä on tarjolla tukea masennuspotilaiden omaisille. Seuraavassa kuviossa on linkkejä järjestöjen ja yhdistysten sivuille, joissa

on yhteystietoja, keskustelupalstoja ja tietoa omaisille, joiden läheisellä on mielenterveyden häiriö (kuvio 3).

[www.omaisten.org](http://www.omaisten.org)

- Omaisten foorumi
- Tietoa Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:stä

[www.omaiset-tampere.fi](http://www.omaiset-tampere.fi)

- Tietoa Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n tukimuodoista
- Keskusteumahdollisuus omaisille

[www.vaestoliitto.fi/parisuhde](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde)

- Tietoa parisuhteesta ja sen hoitamisesta
- Nettivastaanotto

[www.yths.fi](http://www.yths.fi)

- Korkeakoulu- ja yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuolto

[www.e-mielenterveys.fi](http://www.e-mielenterveys.fi)

- Tietoa mielenterveyden ongelmista
- Apua vaikeaan elämäntilanteeseen

[www.aima.fi](http://www.aima.fi)

- Tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta
- Vertaistukea

[www.tukinet.fi](http://www.tukinet.fi)

- Apua arkielämän kriisitilanteissa (Keskustelumahdollisuus, tietoa)

KUVIO 3. Omaisille suunnattuja internetsivuja.

## 4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen, tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistus ja opastus, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena on aina jokin konkreettinen tuotos. Tuotos voi olla esimerkiksi kotisivut, portfolio, opas, cd-rom, vihko, kansio tai kirja, näyttelyn tai tapahtuman järjestäminen. Toteutustapa valitaan kohderyhmän mukaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51.) Opinnäytetyömme tuotoksena on opas masennusta sairastavan puolisolle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään käytännön toteutus ja käytännön toteutuksen raportointi (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51). Opinnäytetyömme on kaksiosainen, jossa raporttiosan lisäksi on tuotos.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on lopputuloksena jokin konkreettinen tuotos, jonka lisäksi opinnäytetyöhön kuuluu raporttiosuus. Raporttiosuudessa kerrotaan opinnäytetyöprosessista ja omasta oppimisesta tutkimusviestinnän keinoin. Raporttiosuudessa tulee ilmi mitä, miksi ja miten opinnäytetyö on tehty, millainen opinnäytetyöprosessi on ollut, millaisia tuloksia on saatu sekä millaisiin johtopäätöksiin on tultu. Raporttiosuudessa arvioidaan myös omaa prosessia, oppimista ja tuotosta. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.)

### 4.1 Julkaisun ulkoasu

Julkaisulle luodaan tunnistettavuutta sen ulkoasun avulla. Ulkoasu perustuu julkaisun typografiaan ja sen eri elementtien ja osien yhteneväisyyteen. Julkaisuun tulevat yksityiskohdat päätetään typografiassa. Tällaisia yksityiskohtia ovat julkaisun nimi, kirjainlinjat, julkaisun sivukoko, otsikoiden ja tekstien käytön ohjeet ja julkaisussa käytettävät tehostekeinot. Julkaisun taitolla tarkoitetaan sivun erilaisten elementtien, kuvien ja grafiikan, tekstin ja otsikoiden sijoittelemista järjestykseen, joka palvelee lukijaa. Näillä julkaisun asetuksilla varmistetaan se, että julkaisusta muodostuu yhteneväinen ja järjestelmällinen kokonaisuus, johon kaikki julkaisun osat sopivat. Julkaisun tulee muodostaa mielenkiintoinen ja lukijaa herättävä kokonaisuus. (Huovila 2006, 85, 141-142.)

Julkaisuun valittu kirjaintyyli on julkaisun tärkein elementti. On tärkeää huomioida, että kirjaintyyli on helposti luettavaa. Luettavimpia kirjaintyyliä julkaisuissa ovat Times New Roman, Bodoni ja Concorde. Ne ovat päätteellisiä ja niissä on enemmän kontrasteja, jolloin tekstin lukeminen ja tekstirivin seuraaminen on lukijalle helppoa ja sujuvaa. Ne ovat myös ilmaisultaan voimakkaita ja persoonallisia. (Huovila 2006, 88, 92, 95.) Julkaisussa olevan tekstin on hyvä olla kirjoitettu pienaakkosin, sillä sitä on helpompi ja nopeampi lukea suuraakkosiin verrattuna (Huovila 2006, 94-95; Itkonen 2012, 73). Lyhyissä julkaisuissa on hyvä käyttää ainoastaan yhtä kirjaintyyliä, josta voidaan käyttää kirjainten eri kokoja ja erilaisia korostuksia, kuten kursivointia, lihavoitua, suoristusta, laihennusta tai harvennusta (Huovila 2006, 94-95; Koskinen 2001, 70). Käytimme Times New Romania oppaan kirjaintyylinä. Samaa kirjaintyyliä käytettiin koko oppaassa. Kirjaintyyliä korostettiin lihavoinnin ja kirjainkoon avulla.

Painotuotteessa olevan varsinaisen tekstin eli leipätekstin yleisimmin käytetyt kirjainkoot ovat 8-12 (Koskinen 2001, 74; Itkonen 2012, 91). Otsikot ovat usein julkaisuissa kirjoitettu isommalla kirjainkoolta kuin muu teksti, jolloin lukijan huomio kiinnittyy ensimmäisenä niihin. Otsikot voivat olla keskenään erikokoisia. Otsikon kirjainkokojen vaihtelu antaa otsikoille järjestyksen, jolloin suurempi kirjainkoko otsikossa on tärkeämpi verrattuna pienempien kirjainkokojen otsikoihin. Se luo julkaisuun selkeyttä, rauhallisuutta ja julkaisu on helpommin hahmoteltavissa. (Huovila 2006, 98, 106.) Väliotsikot jäsentävät tekstiä ja auttavat lukijaa hahmottamaan paremmin julkaisun kokonaisuuden ja siinä olevat aihealueet (Huovila 2006, 113; Koskinen 2001, 78). Väliotsikot voivat olla samankokoisia kuin varsinainen teksti, mutta se voidaan lihavoida tai se voi olla kirjainkooltaan muutaman kirjainkoon suurempi kuin varsinainen teksti eli 11-13 (Huovila 2006, 113). Oppaan varsinainen teksti on kooltaan 12, väliotsikot ovat hieman tätä suurempia ja pääotsikot ovat kirjainkooltaan suurimpia.

Julkaisuissa käytettävät sivukoot ovat parhaimpia silloin, kun ne ovat paperin standardikokojen mukaiset. Julkaisuihin käytetyimpiä kokoja ovat A4, A5, B4 ja B5. Julkaisun kokoa valittaessa tulee miettiä sen käyttötarkoitusta, helppokäyttöisyyttä, taloudellisuutta ja julkaisun jakamiseen liittyviä tekijöitä. (Koskinen 2001, 62.) Julkaisun sivulla olevat palstat tuovat järjestystä ja helpottavat lukemista. Sivusta tulee mielenkiintoinen ja suunnitelmallisen näköinen. Sopivana palstaleveytenä pidetään 40-60 merkkiä yhdellä

palstan rivillä. Tämä pitää julkaisun luettavuuden ja rakenteen hyvänä. (Huovila 2006, 102; Itkonen 2012, 92.) Luettavuutta ja rakennetta sekä rauhallisuutta ja tyylikkyyttä julkaisuun tuo myös se, että palstateksti tasataan niin, että vasen ja oikea reuna ovat suorassa linjassa ylhäältä alas. Palstaleveyttä tulee pyrkiä pitämään julkaisussa samankokoisena. Jos palstoja on sivulla useampia, palstaväli erottaa ne toisistaan. (Huovila 2006, 102, 104.) Julkaisua suunniteltaessa tulee huomioida myös rivinvälit ja marginaalit. Mitä suurempi riviväli on, sitä suurempi marginaalinkin tulee olla. Se luo julkaisusta yhtenäisen vaikutelman. (Itkonen 2012, 93.) Oppaan sivukoko, A5, valittiin paperin standardikokojen mukaan. Tekemässämme oppaassa ei ole palstoja. Sivutekstit tasattiin sivujen molemmille reunoille.

Julkaisun sivuilla voidaan myös käyttää erilaisia tehostekeitä, joilla saadaan halutut asiat paremmin korostettua ja joilla lisätään lukijoiden mielenkiintoa. Yleisimmät tehostekeitä julkaisujen sivuilla ovat laatikot, linjat ja palkit sekä erilaiset värিতেhosteet. Selkeintä on pitää julkaisu mustavalkoisena. Sen avulla julkaisuun saadaan järjestys ja rytmi, joka pitää yllä mielenkiintoa sekä julkaisun omaa identiteettiä. Tekstin luettavuus mustavalkoisessa julkaisussa on paras mahdollinen. (Huovila 2006, 115, 122-123.) Paras luettavuus mustavalkoisessa julkaisussa saavutetaan, kun julkaisun teksti on musta ja alusta on valkoinen. Jos julkaisussa kuitenkin käytetään värejä, on huomioitava, että tekstin ja taustavärin sävyt ovat riittävän eroavat toisistaan, jolloin luettavuus on helppoa. (Koskinen 2001, 77.) Jos kuitenkin halutaan mustavalkoisuuden lisäksi käyttää väriä, kannattaa julkaisussa käyttää yhtä väriä ja sen eri tummuusasteita sekä sävyjä ja niiden vaihteluja. Tällöin julkaisusta tulee silti rauhallinen, hillitty, aikaa kestävä ja kuluutukseen soveltuva. (Huovila 2006, 118-119.) Oppaan tehostekeinoina käytimme laatikoita ja väriä. Käytimme yhtä väriä ja sen eri tummuusasteita. Värejä käytettäessä huomioimme tekstin luettavuuden säilymisen.

## **4.2 Julkaisun sisältö**

Sairastuminen on useimmiten outo ja uusi tilanne sairastuneelle ja hänen puolisolleen. Sairastuminen aiheuttaa turvattomuutta, epävarmuutta ja avuttomuutta. Tämän vuoksi on ensisijaisen tärkeää, että niin sairastunut kuin puolisoikin saavat tietoa, jonka he ymmärtävät. On tärkeää, että julkaisussa oleva teksti puhuttelee lukijaa. (Torkkola, Heikki-

nen & Tiainen 2005, 23-24, 37.) Tämän vuoksi passiivimuodon käyttöä tulee välttää (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 127; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2005, 23-24, 37), sillä se ei kohdistu lukijaan ja lukijalle voi tulla tunne, ettei teksti ole tarkoitettu hänelle (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2005, 23-24, 37). Julkaisussa olevia ohjeita, jotka on tarkoitettu lukijalle, tulee perustella. Sen avulla saadaan lukijat parhaiten noudattamaan annettuja ohjeita. Tärkein perustelu on lukijalle koitua hyöty ohjeen noudattamisesta. (Hyvärinen 2005, 1770.) Tekemässämme oppaassa käytettiin passiivimuotoa, sillä käyttäjien esilukiessa opasta he kokivat, ettei lukijaa puhutteleva muoto kuulostanut sopivalta, koska myös omaisten kanssa työskentelevät työntekijät ovat oppaan käyttäjiä.

Tekstin on oltava lukijan kannalta ymmärrettävää (Hyvärinen 2005, 1771-1772; Kyngäs ym. 2007, 125). Tämän vuoksi teksti tulee olla yleiskieltä, sillä useimmiten julkaisun lukijat ovat maallikoita. Lukijaa etäännyttää ja vieraannuttaa aiheesta, jos tekstissä on paljon erilaisia termejä ja termimäisiä lyhenteitä sekä erilaisia byrokraattisia ja tieteellissävytteisiä ilmaisuja. Näiden karsiminen tekstistä on suositeltavaa. (Hyvärinen 2005, 1771-1772.) Myös vierasperäisten sanojen käyttöä tekstissä kannattaa välttää, sillä ne saattavat aiheuttaa väärinymmärrystä ja sekoittaa lukijaa. Jos erilaisten termien, lyhenteiden ja vierasperäisten, byrokraattisten sekä tieteellissävytteisten sanojen käyttö on välttämätöntä, ne täytyy selittää lukijalle tekstissä. (Hyvärinen 2005, 1771-1772; Kyngäs ym. 2007, 127.) Käytimme oppaassa mahdollisimman helposti ymmärrettävää ja helppolukuista tekstiä.

Julkaisussa olevien lauseiden tulee olla selkeitä ja helposti hahmoteltavia. Lukijan on ymmärrettävä ne ensilukemalla. Julkaisun pääotsikossa tulee kertoa, mitä julkaisu käsittelee. Väliotsikoiden avulla autetaan lukijaa hahmottamaan millaisista asioista julkaisu koostuu. Väliotsikot toimivat tekstissä opasteina, jolloin lukijan on helppo löytää haluamansa asiakokonaisuus. Otsikoiden avulla julkaisuun tuodaan keveyttä, selkeyttä ja rakennetta. Otsikosta saadaan kertovampi, jos se asetetaan toteamuksen tai kysymyksen muotoon. (Hyvärinen 2005, 1770-1771.) Tekemässämme oppaassa olevat pää- ja väliotsikot auttavat oppaan kokonaisuuden hahmottamisessa ja niiden avulla lukijan on helppo valita mitä haluaa oppaasta lukea.

Yksi tärkeimmistä asioista tekstissä on sen järjestelmällisyys ja asioiden esittämisjärjestys. Se saadaan aikaan miettimällä tekstin juoni, jota lukijan on helppo seurata. Esittämisjärjestys voidaan suunnitella tärkeyden, ajallisuuden tai aiheiden mukaan. Järjestys valitaan sen mukaan mitä tekstillä halutaan saada aikaiseksi ja mikä on tilanne, kun tekstiä luetaan. Toimivaksi järjestykseksi on huomattu olevan tärkeyden mukaan jaoteltu teksti. (Hyvärinen 2005, 1769.) Oppaassa olemme järjestäneet aihealueet loogiseen järjestykseen, jonka tarkoituksena on olla selkeästi etenevä.

Selkeässä tekstissä kappaleet ovat melko lyhyitä. Kappalejaolla saadaan jaettua tekstit omiin aihealueisiinsa. (Hyvärinen 2005, 1769-1770.) Kappaleessa oleva teksti tulee sisältää vain yhteen kuuluvia asioita (Hyvärinen 2005, 1769-1770; Kyngäs ym. 2007, 127). Tekstin sisällä voi olla myös luetteloita. Luettelot jaksottavat tekstiä hyvin ja niiden avulla saadaan pitkiä lauseita ja virkkeitä lyhyemmiksi ja tärkeimpiä asioita näkyvämmäksi. Liian pitkät luettelot ovat raskasta luettavaa lukijalle. (Hyvärinen 2005, 1769-1770.) Tekemässämme oppaassa kappaleet ovat lyhyitä ja jokainen kappale sisältää oman aihealueensa. Olemme myös koonneet tekstistä luetteloita erillisiin taulukkoihin, mikä lisää luettelomaisen tekstin luettavuutta.

Hyvä teksti on viimeistelty ja se noudattaa oikeinkirjoitusta. Viimeistelemätön ja kirjoitusvirheitä sisältävä teksti vaikeuttaa ymmärtämistä. Myös välimerkkien käyttö tulee olla tekstissä oikein, sillä väärin käytettynä se saattaa aiheuttaa merkityseroja ja tekstin tulkittamisen vaikeutta. Myös huolimattomasti kirjoitettu teksti aiheuttaa lukijassa ärtymystä, se saattaa jopa saada lukijan epäilemään tuotoksen tekijän ammattitaitoa. (Hyvärinen 2005, 1769, 1772.) Oppaassa olevan tekstin oikeinkirjoitus tarkistettiin valmista opasta varten.

### **4.3 Opinnäytetyön toteuttamisprosessi**

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen aihevalintaseminaarissa syyskuussa 2012. Aiheemme oli lähtöisin Kirkas mieli -hankkeen toiveesta saada opas masennuksesta parisuhteessa. Pian aihevalintaseminaarin jälkeen pidimme työelämäpalaverin yhdessä Kirkas mieli- hankkeen yhdyshenkilöiden ja opinnäytetyömme ohjaajan kanssa. Työelämäpalaverissa kävimme läpi aihealueita, joita he olivat ajatelleet opinnäytteeseen



tulevan ja samalla puhuimme myös opinnäytetyön aikataulusta (taulukko 1) ja muista yleisistä sovittavista asioista. Työelämäpalaverin jälkeen aloimme hakea tietoa tiedonhakukselaimista ja kirjallisuudesta. Vähitellen aloimme kirjoittaa myös raporttiosuutta. Lokakuussa pidimme ideaseminaarin, jossa esittelimme opinnäytetyömme aiheen, tehtävän, tarkoituksen ja tavoitteen sekä muutamia olennaisia lähteitä, joita olimme löytäneet. Joulukuussa 2012 pidimme suunnitelmaseminaarin, jossa esittelimme siihen mennessä löytämämme tiedon. Suunnitelmaseminaarin jälkeen lähetimme opinnäytetyömme suunnitelman ja lupahakemuksen työelämäyhteyshenkilöille.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma

SYYSKUU 2012 – JOULUKUU 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aiheenvalintaseminaari 03.09.2012</li> <li>- Työelämäpalaveri 16.09.2012</li> <li>- Ideaseminaari 02.10.2012.</li> <li>- Suunnitelmaseminaari 17.12.2012</li> <li>- Opinnäytetyön lupahakemus</li> <li>- Perehtyminen opinnäytetyömme aihetta koskevaan kirjallisuuteen</li> <li>- Opinnäytetyön aiheen rajausta</li> <li>- Tiedon kerääminen ja kokoaminen kirjallisuudesta</li> </ul>
TAMMIKUU 2013 – HEINÄKUU 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Käsikirjoitusseminaari 07.05.2013</li> <li>- Raportti- ja teoriaosuuden kokoaminen ja viimeistely</li> <li>- Tuotoksen kokoaminen</li> </ul>
ELOKUU 2013 – MARRASKUU 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuotoksen viimeistely</li> <li>- Posterin tekeminen</li> <li>- Valmiin opinnäytetyön esittäminen TAMK tutkii ja kehittää –päivässä 28.11.2013</li> <li>- Esitysseminaari 18.11.2013/19.11.2013</li> </ul>

Saimme allekirjoitetun lupahakemuksen takaisin työelämäyhteydeltä tammikuussa 2013. Tapasimme työelämän yhteyshenkilöt ja keskustelimme opinnäytetyöstä, sen etenemisestä ja sisällöstä. Helmikuussa 2013 olimme tapaamassa Omaiset mielenterveys-työn tukena ry:n kahta työntekijää, joiden kanssa keskustelimme aihealueista, joita op- paaseen olisi hyvä laittaa. Tiedonhaku ja raporttiosuuden kirjoittaminen jatkui kevään

2013 aikana. Toukokuussa 2013 oli käsikirjoitusseminaari, jossa esittelimme opinnäytetyömme sellaisena kuin se siinä vaiheessa oli. Kesällä 2013 aloimme koota opasta.

Syksyn 2013 aikana teimme tarvittavia muutoksia ja parannuksia opinnäytetyömme raporttiosuuteen sekä oppaaseen. Opas oli esiluettavana Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n työntekijöillä ja heidän asiakkailaan sekä Muotialan perhetyössä ennen oppaan taittoa. Teimme oppaaseen muutoksia heiltä tulleiden kommentteiden pohjalta. Valmis opas taitettiin lokakuussa 2013. Opas julkaistiin Kirkas mieli –hankkeen internetsivuilla ja sitä on mahdollista tilata myös painettuna versiona. Syksyllä suunnitelimme ja toteutimme myös opinnäytetyöhön liittyvän posterin. Opinnäytetyön palautuspäivä oli lokakuussa 2013. Esitimme valmiin opinnäytetyömme esitysseminaarissa sekä TAMK tutkii ja kehittää –päivässä marraskuussa.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys

Kaikissa tieteellisissä tutkimuksissa toiminnan ytimenä on tutkimuksen eettisyys. Puhuttaessa tutkimuksen etiikasta se käsitetään yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Normatiivisessa etiikassa on tarkoituksena vastata kysymykseen siitä mitkä ovat säännöt, joita tutkimuksessa täytyy noudattaa. (Kuula 2006, 21-22.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) sekä Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 23) mukaan tutkimus on eettisesti hyvä noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on asettanut ohjeet hyvälle tieteelliselle käytännölle, joita noudattamalla tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Näiden ohjeiden avulla tutkimuksen tulokset ovat uskottavia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta on asettanut ohjeita myös hyvän tieteellisen käytännön loukkauksista, joita ovat tieteellisessä toiminnassa tapahtuva vilppi ja piittaamattomuus (Mäkinen 2006, 26; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Nämä loukkaukset ovat epäeettistä ja epärehellistä toimintaa, mikä loukkaa tieteellistä tutkimusta, sen luotettavuutta ja pahimmillaan voi mitätöidä koko tutkimuksen ja siitä saadut tulokset. Tutkimuksen tekijät tekevät oman tutkimustyönsä eettiset ratkaisut ja valinnat ja jokainen kantaa niistä itse vastuun. (Kuula 2006, 26.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksella on tutkimuslupa. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimusryhmän tulee sopia kaikkien tutkimuksen osapuolten kanssa kaikkia miellyttävät oikeudet, periaatteet, velvollisuudet, vastuut sekä aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat asiat. Tutkimuksen edetessä sääntöjä voi tarkentaa. Tutkimuksen rahoituslähteet ja tutkimuksen kannalta muut oleelliset asiat täytyy ilmoittaa asianosaisille, tutkimukseen osallistuville ja niistä tulee raportoida tutkimuksessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Hankimme opinnäytetyöllemme työelämäyhteydeltä tutkimusluvan, jonka opinnäytetyömme ohjaaja sekä työelämäyhteyden yhteyshenkilöt hyväksyivät. Työelämäpalaverissa työelämäyhteyshenkilöiden kanssa sovimme käytännön asioista koskien opinnäytetyön julkisuutta, rahoitusta, sisältöä sekä oppaan käyttöoikeuksia. Työelämäyhteys antoi luvan julkaista opinnäytetyön Theseuksessa eli ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa. Myös työelämäyhteytem-

me, Kirkas mieli –hankkeen, nimi sai tulla esiin opinnäytetyön raporttiosuudessa ja oppaassa. Opinnäytetyöprojektin edetessä sovimme työelämäyhteyden kanssa oppaan tekemisestä sekä oppaasta koituvien kustannusten maksamisesta. Suunnittelimme ja toteutimme oppaan yhdessä työelämäyhteyden kanssa. Työelämäyhteys vastasi oppaan taitosta ja siitä koituvista kustannuksista. Noudatimme yhteisesti sovittuja asioita koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Hyvä tieteellinen käytäntö neuvoo toimimaan tutkimuksen teossa rehellisesti, huolellisesti ja tarkkaavaisesti niin varsinaisessa tutkimuksen teossa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä kuin tutkimuksen tulosten arvioinnissakin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Noudatimme tätä ohjetta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Rehellisyys ilmenee opinnäytetyössämme käytettyjen lähteiden oikeanlaisena käyttönä ja opinnäytetyön tarkkana raportointina. Teimme opinnäytetyön parityönä, mikä edesauttoi opinnäytetyön huolellista toteutusta. Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa kuitenkin se, että teimme opinnäytetyötä ensimmäistä kertaa. Huolellisuutta lisäsi myös opinnäytetyömme läpikäyminen useaan otteeseen opinnäytetyöprosessin aikana, minkä mahdollisti se, että aloitimme opinnäytetyöprosessin ajoissa. Tarkkaavaisuus opinnäytetyön teossa ilmeni kirjallisen raportoinnin ohjeiden noudattamisena sekä opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden valintana.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) asettamat ohjeet hyvään tieteelliseen käytäntöön ohjaavat huomioimaan ja kunnioittamaan asianmukaisesti aiempia tutkimuksia ja muiden tutkijoiden työtä sekä heidän saavutuksiaan omassa tutkimuksessaan ja tuloksia julkistaessaan. Hyvää tieteellistä käytäntöä voi loukata tutkijan piittaamattomuus, mikä ilmenee tutkimuksessa merkittävinä laiminlyönteinä ja holtittomuutena. Laiminlyöntiä ja holtittomuutta on muiden tutkijoiden vähättely omassa julkaisussa siten, ettei mainitse muiden tutkijoiden nimiä tai viittaa puutteellisesti tai ei lainkaan aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 9.) Tätä hyvää tieteellistä käytäntöä loukkaa myös tutkijan tekemä plagiointi, mikä voi ilmetä toisen tutkijan tutkimussuunnitelman, käsikirjoituksen, artikkelin, muun tekstin tai sen osan, kuvallisen ilmaisun tai käännöksen esittämisenä omanaan. Myös anastaminen on hyvän tieteellisen käytännön loukkaamista. Anastamisella tarkoitetaan toisen henkilön tutkimustulosten, -idean, -suunnitelman, -havaintojen tai –aineiston oikeudetonta esittämistä tai käyttämistä omissa nimissä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 122; Mäkinen 2006, 27; Tutki-

museettinen neuvottelukunta 2012, 8.) Olemme huomioineet asianmukaisesti lähdeviitteiden ja lähdeluettelon tekemisen ja tarkistaneet niiden oikeellisuutta useaan kertaan. Noudatimme lähdeviitteiden ja –luettelon tekemisessä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen työn raportointiohjeita, mikä kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimuksen suunnittelu ja toteutus tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyöprosessissamme olemme edenneet Tampereen ammattikorkeakoulun asettamien vaatimusten mukaisesti, joita meiltä opinnäytetyössämme edellytetään.

## 5.2 Luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuuden arvioinnissa tärkeimmäksi asiaksi nousi lähdekritiikki, sillä kaikki tieto raportissamme ja oppaassa on luotu teoreettisen tiedon pohjalta. Mäkisen (2006, 128-129, 166) sekä Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 113) mukaan lähdemateriaalin luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla lähteen ajallista ulottuvuutta, tekijän auktoriteettia ja lähdemateriaalin alkuperäisyyttä. Lähdemateriaalin ajallinen ulottuvuus on merkittävää, sillä mitä vanhempi lähde on, sitä kriittisemmin siihen tulee suhtautua (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Mäkinen 2006, 128-129, 166). Käytimme opinnäytetyössämme pääasiassa enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä.

Lähdekritiikkiin sisältyy myös lähteen kirjoittajan taustojen selvittäminen ja hänen ammattitaitonsa punnitseminen. Jos tutkija on arvostettu tiedepiireissä, hänen työnsä on esillä alansa huippujulkaisuissa ja hänen teksteihinsä viitataan paljon. Tällöin voidaan ajatella, että tutkija on arvostettu ja vaikutusvaltainen. (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Mäkinen 2006, 128-129, 166.) Tutkijan arvostettavuutta määritettäessä on myös tarkasteltava hänen käyttämiään lähteitä, jotka kertovat tutkimuksen tasosta (Mäkinen 2006, 128-129, 166). Käytimme opinnäytetyössämme lähteitä, joihin on useaan otteeseen viitattu kirjallisuudessa. Käytimme mahdollisuuksien mukaan niiden tekijöiden kirjallisuutta, jotka ovat julkaisseet monia opinnäytetyömme aiheeseen liittyviä julkaisuja. Kansainvälisten lähteiden pätevyyden ja tekijöiden auktoriteettien tarkastelu oli haastavaa, sillä niiden selvittäminen oli suuritoisempää kuin suomalaisten lähteiden. Mäkisen (2006, 128-129, 166) mukaan on myös tärkeää käyttää lähdemateriaalina primaarilähteitä, jotka ovat

aidompia ja alkuperäisempiä kuin sekundaarilähteet. Sekundaarilähteissä tieto on kulkeutunut monen tutkijan tai kirjoittajan kautta, mikä on altistanut tiedon muuttumiselle (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Mäkinen 2006, 128-129, 166). Käytimme opinnäytetyössämme ainoastaan primaarilähteitä. Lähteiden suhteen tulee olla kriittinen myös silloin, kun tieto on haettu internetistä. Erityistä huomiota tulee tällöin kiinnittää tiedon oikeellisuuteen ja tuoreuteen sekä tekijän aitouteen. (Mäkinen 2006, 128-129, 166.) Olemme käyttäneet internetiä lähteenä varoen ja harkinneet tarkasti lähteen luotettavuutta.

### **5.3 Kehittämisehdotukset**

Masennusta sairautena on tutkittu paljon ja siitä löytyy paljon kirjallisuutta. Sen sijaan sairastuneen omaisten huomioimiseen mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa on alettu vasta kiinnittämään enemmän huomiota. Tämän vuoksi omaisista ja varsinkin puolisoista tehtyjä tutkimuksia aiheesta löytyy niukasti. Kehittämisehdotuksemme on, että aihetta tutkitaan lisää puolison kannalta eri näkökulmista, esimerkiksi puolisoiden avun saatavuudesta sekä sopeutumisesta sairastuneen kanssa elämiseen. Kehittämisehdotuksemme on myös, että opastamme laajennetaan tai tehdään kokonaan uusi opas, joka käsittelee vanhemman masennuksen vaikutuksia lapsiin. Myös masennuksen vaikutuksista parisuhteen seksuaalisuuteen liittyvää tutkimusta ja kirjallisuutta löytyy todella vähän, minkä vuoksi aihetta olisi hyvä tutkia enemmän, sillä seksuaalisuus on tärkeä osa parisuhdetta.

## LÄHTEET

- Airikka, S. 2003. Parisuhteen roolikartta – käyttäjän opas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ella, K., Huhtala, O., Koponen, T. & Lampinen, S. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2011. Arjenhallinnan opas omaisille. Turku: Lääketehdas Oy H. Lundbeck Ab.
- Furman, B. & Valtonen, J. 2005. Jossakin on ilo - tietoa ja toivoa masennuksesta kärsiville ja heidän läheisilleen. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti Oy.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. 2. painos. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huovila, T. 2006. ”Look” - visuaalista viestisi. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Huttunen, M. 2011a. Masennustilat eli depressiot. Päivitetty 30.11.2011. Luettu 27.01.2013. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Huttunen, M. 2011b. Pakko-oireinen häiriö. Päivitetty 05.11.2011. Luettu 05.08.2013. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Huttunen, M. 2011c. Sairauden pelko, hypokondria (”luulosairaus”). Julkaistu 03.11.2011. Luettu 22.05.2013. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Huttunen, M. 2013. Määräkohteinen pelko (Fobia). Päivitetty 28.06.2013. Luettu 05.08.2013. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Isometsä, E. 2011. Masentunut tunnetila, mieliala ja masennusoireyhtymä. Kirjassa Heiskanen, T., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim. 19.
- Isomäki, E. 2011. Masennushäiriöt. Kirjassa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 154-193.
- Itkonen, M. 2012. Typografian käsikirja. 4. tarkistettu ja laajennettu painos. Helsinki: RPS Markkinointi Oy.
- Jähi, R., Koponen, T & Männikkö, M. 2011. Masennuspotilaan omaisen jaksaminen ja hyvinvointi. Kirjassa Heiskanen, T., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim. 185-186.

- Kirkas mieli –hanke. 2013. Loppuraportti. Luettu 24.08.2013. [www.kirkasmieli.fi](http://www.kirkasmieli.fi).
- Kontula, O. 2009. Parisuhdeonnen avaimet ja esteet. Helsinki: VL-markkinointi Oy.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: Bookwell Oy.
- Koskinen, P. 2001. Hyvä painotuote. Helsinki: Inforviestintä Oy.
- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä, yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.
- Kumpulainen, M. Kuinka tuet masentunutta itse uupumatta? Luettu 03.06.2013. <http://www.kuntoutussaatio.fi/tutkimustoiminta/insp04>.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito. 2010. Depressio. Päivitetty 21.10.2010. Luettu 26.01.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks>.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Logan, B. 2011. Living With a Depressed Partner. University of Massachusetts. Väitöskirja. Amherst. [http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1339&context=open\\_access\\_dissertations](http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1339&context=open_access_dissertations).
- Luhtasaari, S. Mitä masennus on? Päivitetty 26.06.2010. Luettu 05.06.2013. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nyman, M. & Stengård E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2005. Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001-2004. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry. 2008. Kotiin asti – perheohjausprojekti 2004-2007. ”Sää ja mää aallokossa”. Puolison mielenterveysongelmat, parisuhde ja perhe. Turku: Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry.
- Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2012. Perheohjausopas. Tampere: Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.



Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. Helsinki: Edita.

Piikkilä, E. 2012. Masennus parisuhteessa puolison kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Tampere.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa – kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Saharinen, T. 2003. Vakavasti masentuneen potilaan puolison kuvaus voimavaraisuudesta ja omahoitajan voimavaroja vahvistavasta toiminnasta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. HJ4. Pro gradu -tutkielma. Kuopio.

Stankard, B. & Viets, A. 2008. Let Me Sow Light: Living with a Depressed Spouse. Chicago: Acta Publications.

Stengård, E. 2007. Yhteistyö asiakkaan omaisen kanssa. Kirjassa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R & Annala, T. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 153-167.

Suomen Mielenterveysseura & SOS-kriisikeskuksen työryhmä. 2010. Esitteessä Liikamaa, P. (toim.) Suru. 4. painos. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa – Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Julkaistu 14.11.2012. Luettu 28.04.2013. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi).

Viitala, M-T. 2007. Psykykinen sairaus perheessä – perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

## LIITTEET

## Liite 1. Tutkimustaulukko

1 (7)

TAULUKKO 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Logan (2011) Living With a Depressed Partner  Väitöskirja	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tarjota sellaista tietoa masentuneen puolison kanssa elämisestä, jollaista ei ole saatu aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Tarkoituksena on sitä kautta lisätä ymmärrystä ja hoitotyöntekijöiden mahdollisuuksia auttaa ihmisiä, joiden puoliso on masentunut.</p> <p>Tukemalla masennukseen sairastuneiden puolisoita voidaan vaikuttaa positiivisesti myös sairastuneisiin ja heidän perheisiinsä.</p> <p>Toiveena on myös, että haastattelujen avulla saadaan uusia näkökulmia puolisoitten kokemuksista, kun toinen puoliso on sairastunut masennukseen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Pitkässä parisuhteessa masentuneen ihmisen kanssa eläneet</p> <p>Haastattelu</p> <p>N= 7</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masentuneiden puoliset kärsivät voimakkaasta stressistä, pelosta ja huolesta liittyen sairastuneen masennukseen. Monilla puolisoilla on havaittavissa myös masennuksen oireita.</li> <li>- Hellyyden osoitukset vähenevät ja konfliktitilanteet lisääntyvät toisen puolison sairastuttua masennukseen.</li> <li>- Puolisot kokevat tärkeänä oman osallistumisensa sairastuneen hoitoon, esimerkiksi psykiatrin/ terapeutin tapaamisiin.</li> <li>- Esioireiden tunnistamista helpottaa, kun puolisoilla on henkilökohtaista asiantuntemusta sairastuneen masennuksesta.</li> <li>- Puolisoilla on vaikeuksia ylläpitää tai saada takaisin oikeanlaista näkökulmaa esioireisiin ja sairauteen, kun ennen masentunut sairastuu uudelleen.</li> <li>- Puolisot kokevat pelkoa liittyen masennuksen seurauksiin.</li> <li>- Puolisot kärsivät oman ja sairastuneen yksityisyyden säilyttämisen ongelmasta suhteessa terveen puolison keskustelun tarpeeseen.</li> <li>- Puolisot turhautuvat suhteessa sairastuneeseen.</li> <li>- Puolisot keskustelevat va-</li> </ul>

(jatkuu)

			<p>rovaisesti lääkkeiden käyttämisestä sairastuneen kanssa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puolisot kokevat rakkautta ja empatiaa yrittäessään auttaa sairastunutta.</li> <li>- Sairastuneiden puolisot kokevat epämukavuutta suhteessa käsitteeseen ”omahoitajan taakka”.</li> <li>- Sairastuneesta huolehtiminen aiheuttaa häiriötä parisuhteeseen.</li> <li>- Puolisot kokevat vaikeutta saada masentunut puoliso hakeutumaan hoitoon.</li> <li>- Puolisoiden leimautumisen pelko.</li> <li>- Selviytyminen ilman keskusteluapua, eristäytymällä sosiaalisesti.</li> <li>- Elämän jatkuminen toisen puolison sairastumisesta huolimatta.</li> </ul>
<p>Nyman &amp; Stengård (2001) Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi  Tutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millainen on mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi ja mitkä tekijät liittyvät omaisten selviytymiseen läheisen psyykkisen sairastumisen aiheuttamassa kuormitustilanteessa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Millainen on mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi?</li> <li>2. Mitkä tekijät liittyvät omaisten selviytymiseen?</li> <li>3. Miten suuri osa mielenterveyspotilaiden omaisista on masentuneita?</li> <li>4. Miten omaisen ja potilaan tausta, sosiaalinen asema ja muut tekijät liit-</li> </ol>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Omaiset mielenterveysystyönä keskusliitto ry:n paikallisjärjestöjen jäsenet</p> <p>Kysely, haastattelu</p> <p>N= 1565 N= 310 N= 23</p> <p>Kuvaileva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huolenpidon ulottuvuudet: käytännön arkiaskareista huolehtiminen sairastuneen puolesta tai tämän tukena ja apua, omaisen yleinen huolestuneisuus mm. läheisensä terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta, sairastuneen ja omaisen tai lähipiirin vuorovaikutuksen jännittyneisyys ja ristiriidat, sairastuneen valvominen itselleen tai muille vahingollisen toiminnan varalta.</li> <li>- Huolenpitotehtävän vaikutukset omaisen elämään: läheisen sairastumisen vaikutukset omaisen taloudelliseen tilanteeseen, omaisen luopuu työssäkäynnistä ja</li> </ul>

	<p>tyvät omaisten hyvinvointiin ja masentuneisuuteen?</p> <p>5. Mitä läheisen psyykinen sairaus merkitsee omaisen oman elämän kannalta?</p> <p>6. Millaiset asiat antavat omaisille voimavaroja kohdata vaikeitakin tilanteita?</p> <p>7. Millaisia ovat hyvät ammattiauttajat omaisten arvioimina?</p>	<p>tilastomenetelmä, järjestyskorrelaatio, logistinen regressio- ja loglineaarinen analyysi, lineaarinen regressioanalyysi, faktori- ja klusterianalyysi</p>	<p>opiskelusta, sairastuneen tukeminen rajoittaa omaisen mahdollisuuksia virkistymiseen ja aktiiviseen vapaaajan viettoon, ystävyyssuhteet ja muu sosiaalinen kanssakäyminen voivat vähentyä tai jäädä kokonaan, käytännön arkiaskareista huolehtiminen, vaikutukset perheen sisäisiin ja puolisoiden välisiin suhteisiin.</p> <p>- Omaisten käyttämät selviytymiskeinot: tilanteen hallintaan liittyvät selviytymiskeinot, merkityksen hallintaan liittyvät selviytymiskeinot ja stressin hallintaan liittyvät selviytymiskeinot.</p> <p>- Omaisten jaksamista ja hyvinvointia tukevat voimavarat: sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kanssakäyminen, liikunta, elämäntavat, itsen hoitaminen, työ ja opiskelu, myönteinen ajattelu ja toiminta, uskoon liittyvät asiat, maailmankuvalliset ja filosofiset pohdinnat, aikasuhteeseen liittyvät asiat, hiljentymisen, vetäytyminen, harrastukset, järjestö- ja yhteiskunnallinen toiminta, sairastuneeseen ja tämän hoitoon liittyvät asiat, oma persoonallisuus.</p> <p>- Huolenpitotehtävää määrittelevät tekijät: sairastuneen toimintakyky, sairastuneen tarvitseman tuen määrä ja luonne, omaisen sairastuneen kanssa viettämä aika, huo-</p>
--	---	--	--

			<p>lenpitohtävän vaikutukset ja omaisen selviytymiskeinot ja toiminta huolenpitohtävässä.</p> <p>- Omaisten hyvinvoinnin riskitekijät ja suojaavat tekijät: omaisen masentuneisuus, tyytymättömyys toimeentuloon, sairastuneen lapsensa tai lastensa kanssa asuminen/ yksinhuoltajuus/ yksin asuminen, sairastuneen puoliso tai vanhempi, huolenpitovastuu useammasta sairastuneesta, pitkään sairastanut läheinen, sairastuneen toimintakyky, vaikea huolenpito-tilanne, merkityksistä vahvistumisen kokemukset, voimavarojen lukumäärä.</p>
<p>Nyman &amp; Stengård (2005) Hiljaiset vastuunkantajat – Omaisten hyvinvointi 2001-2004</p> <p>Tutkimus</p>	<p>Seurantatutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi muuttunut kolmen vuoden seuranta-aikana ja mitkä tekijät liittyvät mahdollisiin hyvinvoinnin muutoksiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Omaiset mielenterveysystyön tukena keskusliitto ry:n paikallisyjärjestöjen jäsenet</p> <p>Kysely</p> <p>N=227</p> <p>Kuvaileva tilastomenetelmä, t-testi, non-parametrinen testi, korrelaatio-,</p>	<p>- Omaisten hyvinvointiin liittyvät tekijät: omaisella yksi tai useita pitkäaikaissairauksia 2001-2004, omaisen käy ansiotyössä, omaisen asuu yksin, omaisen on eronnut, omaisella on useita ystäviä, omaisen on toimintavaltaaan huolenpitäjä tai jämäkkä, sairastunut tarvitsee paljon tukea, huolenpitohtävä on yli 32 tuntia viikossa.</p> <p>- Hyvinvoinnin muutokseen yhteydessä olevat tekijät: omaisen ikä, omaisen koulutus, kuukausitulot omaisen talouden jäsentä kohden, omaisen asuu yksin, omaisella yksi tai useampi vaikea pitkäaikaissairaus 2001-2004, omaisella todettu vaikea pitkäaikaissairaus, omai-</p>

		varianssi- ja regressio-analyysi	<p>nen jäänyt eläkkeelle, omaisen valmistunut opinnoissaan, omaisen toimintatavaltaan huolenpitäjätyyppi, sairastuneen tuen tarve vähentynyt</p> <p>- Omaisen selviytymistä tukevat voimavarat: sosiaaliset suhteet, omaehtoiset voimavarat</p>
<p>Piikkilä (2012) Masennus parisuhteessa puolison kokemana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sitä, mitä masennus on parisuhteessa puolison näkökulmasta silloin, kun toinen puoliso kärsii masennuksesta, mutta ei ole sairaalahoitossa.</p> <p>Tutkimuskysymyksenä oli, miten vaimo kokee masennuksen parisuhteessa, kun hänen miehensä on masentunut?</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda terveydenhuollon ammattilaisten tietoon niiden masennukseen sairastuneiden puolisojen kokemuksia, joita ei pidetä omaishoitajina. Tällöin on usein kyseessä lievä tai keskivaikea masennus, jonka hoito kuuluu perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena on laajentaa ennaltaehkäisyn ja varhaisen</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Erään omaisyhdistyksen jäsenet</p> <p>Haastattelu</p> <p>N= 7 puolisoa</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>- Vaimojen havainnot masentuneesta miehestä: miehen hyvät puolet, mies näyttää paremman puolensa, mies isänä, miehen paha olo, mies vetäytyy parisuhteesta ja arjen toiminnasta ja mies yksinäistyy</p> <p>- Vaimojen kokemukset omasta toiminnastaan miehen ollessa masentunut: Hoitaa ammattiauttajien taustalla, ylläpitää perheen sosiaalisia suhteita, varautuu hankaliin tilanteisiin, huolehtii arjen asiat, yllä pitää parisuhdetta, toimii miehen ehdoilla, rajaa miehen pahan olon ilmaisua, kannustaa miestä toimintaan ja hoitaa miehen mielialaa</p> <p>- Vaimon kokemukset omasta itsestä ja muuttuneesta elämäntilanteesta: elämästä oppiminen, eron pohdinta, pahan olon tarttumisen ja</p>

	puuttumisen näkökulmaa kokemaan myös perheitä ja puolisoa kansanterveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi		omien voimien rajallisuus
Saharinen (2003) Vakavasti masentuneen potilaan puolison kuvaus voimavaraisuudestaan ja omahoitajan voimavaroja vahvistavasta toiminnasta  Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vakavaa masennusta sairastavan osastohoidossa olleen potilaan puolison voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä sekä potilaan omahoitajan toimintaa puolison voimavarojen vahvistamiseksi yksilönä, parisuhteessa ja vanhempana.  1. Miten vakavaa masennusta sairastavien psykiatrisessa osastohoidossa olleiden potilaiden puoliset kuvaavat voimavarojaan ja niitä kuormittavia tekijöitä yksilönä, parisuhteessa ja vanhempana?  2. Miten potilaiden puoliset kuvaavat potilaan omahoitajan toimintaa puolison voimavarojen vahvistamiseksi yksilönä, parisuhteessa ja vanhempana?  Tavoitteena on kehittää uuden teorian avulla psykiatristen hoitotyön auttamismenetelmiä puolison ja perheen voimavaroja vahvistaviksi	Kvalitatiivinen tutkimus  Kuopion yliopistollisen sairaala  N= 7 puolisoa  Haastattelu  Grounded theory	- Masennuspotilaan puolison voimavarat: Arjessa pärjääminen, arkielämän sujuminen, ulkopuolinen tuki, oman itsensä muistaminen, eteenpäin meneminen, kumppanuuden säilyminen, myönteisten tunteiden olemassa oleminen, parisuhteen toimiminen, sitoutuminen yhdessä olemiseen, uskominen yhteiseen tulevaisuuteen. - Masennuspotilaan puolisoa kuormittavat tekijät: Liiallinen venyminen, potilaan sairastaminen, vastuun lisääntyminen, sopivan tuen puuttuminen, itsensä unohtaminen, yhteisyyden väheneminen, potilaan hoitajana toimiminen, potilaan selviytymisen ja parisuhteen toimimisen heikkeneminen, toivon menettäminen
Viitala (2007) Psykykinen sairaus perheessä – perheenjäsenten kokemuksia	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perheenjäsenten kokemuksia psykykinisestä sairaudesta perheessä sekä kuvata heidän arkielämäänsä, kun perheessä on jollain perheenjäsenellä psykykinen	Kvalitatiivinen tutkimus  Omaiset mielenterveytyön	- Psykykinen sairauden hyväksymisen kannalta tärkeää perheenjäsenten ja ympäristön suhtautuminen psykykineseen sairauteen ja sairastuneeseen, syyllisyydentunteiden käsittely, tietoinen so-

<p>arjesta ja selviytymisestä</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>sairaus. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää psykiatrisen perhehoitotyön kehittämisessä.</p> <p>1.Kuvata perheenjäsenten kokemuksia psyykkisestä sairaudesta perheessä</p> <p>2.Kuvata perheen arkielämää, kun perheessä on psyykkisesti sairas perheenjäsen</p> <p>Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan arvioida ja kehittää perheenjäsenille annettavaa tukea ja apua, kun jollain perheenjäsenellä on perheessä psyykinen sairaus.</p>	<p>tukena Etelä-Pohjanmaary:n jäsenet</p> <p>Esseekirjoitelma, teemahaastattelu, ryhmähaastattelu</p> <p>N= 20 perheenjäsentä</p> <p>Induktiivinen sisälönanalyysi</p>	<p>peutumisen sekä sairastuneen suhde perheenjäseniin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perheenjäsenten omaan suhtautumiseen vaikuttaa avoimuus suhteessa psyykkiseen sairauteen.</li> <li>- Ympäristön suhtautuminen sairauteen ja sairastuneeseen liittyi lähiympäristön suhtautumiseen sekä median antamaan kuvaan psyykkisistä sairauksista.</li> <li>- Perheenjäsenet saivat apua sosiaalisesta tukiverkostostaan.</li> <li>- Tietoa perheenjäsenet etsivät itse sekä saivat hoitojärjestelmästä ja lapsiperheille tarkoitetuista projekteista. Tiedon avulla he ymmärsivät paremmin sairautta ja sairauden vaikutusta arkipäivään.</li> <li>- Sairastuneen huolenpitoa ja etujen valvonta on selviytymistä tukeva toiminto.</li> </ul>
--	---	--	--