

The Diak logo consists of the word "Diak" in a bold, sans-serif font. The letter "i" has a small white crossbar, and the letter "k" has a small white crossbar. The background of the logo is a solid pink color.

Kiia Koponen
Emilia Tuominen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö, 2022

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJIIEN PUOLISOIDEN JAKSAMINEN

TIIVISTELMÄ

Kiia Koponen, Emilia Tuominen

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksaminen

63 sivua, 2 liitettä

Syksy 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksamista arjessa sekä heidän tuen tarpeitaan. Opinnäytetyössä haluttiin tutkia, mitkä asiat vaikuttavat puolisoiden arjessa jaksamiseen, millaisista tuen muodoista on hyötyä puolisoille sekä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tavoitettavuutta. Lisäksi tutkimuksessa nostettiin esille puolisoiden omia kokemuksia tukimuodoista ja kehittämisideoita puolisoille kohdistettuihin palveluihin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksamisesta ja kokemasta tuen tarpeista sekä tuoda esille puolisoiden kokemuksia ja kehittämisideoita palveluista. Opinnäytetyö oli osa MIPA 2.0- tutkimusohjelmaa, jota koordinoi A-klinikkasäätiö.

Opinnäytetyö oli pääosin määrällinen tutkimus täydennettynä laadullisella tutkimuksella, joka toteutettiin yhteistyössä työelämäkumppanin A-klinikkasäätiön kanssa. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, joka toteutettiin MIPA 2.0 toimesta kyselylomakkeella vuonna 2019. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeella saatu aineisto analysoitiin strukturoitujen kysymysten osalta tilastollisin menetelmin ja avoin kysymys laadullisella sisällön analyysillä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 79 vastaajaa.

Aineistosta keskeisimpiä esille tulleita teemoja olivat kuntoutujan tilanteen vaikutus puolisoiden terveyteen, tunteisiin, ihmissuhteisiin ja arjessa selviytymiseen. Avoimen kysymyksen osalta keskeisimpiä esille tulleita teemoja olivat ammatti- ja vertaisapu, konkreettinen apu, lähipiirin tuki ja apua kuntoutujan kohtaamiseen ja tukemiseen. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan tilanteen koettiin vaikuttavan puolison terveyteen, tunteisiin, sosiaalisiin suhteisiin ja arjesta selviytymiseen. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tavoitettavuudessa ja tiedonsaannissa koettiin olevan puutteita.

Jatkotutkimusidea tutkimukselle on mielenterveys- ja päihdekuntoutujien mies- ja muiden sukupuolien puolisoiden jaksamisen ja tuen tarpeen selvittäminen, koska valtaosa vastaajista oli tässä tutkimuksessa sukupuoli-identiteetiltään naisia.

Asiasanat: Jaksaminen arjessa, mielenterveyskuntoutujan puoliso, päihdekuntoutujan puoliso, tuen tarpeet

ABSTRACT

Kiia Koponen, Emilia Tuominen

Coping of spouses of mental health and substance abuse rehabilitees

63 pages, 2 appendices

Autumn 2022

Diaconia University of Applied Sciences, Helsinki

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

The purpose of this thesis was to find out mental health and substance abuse rehabilitees' spouses daily coping as well as need for support. The aim of the thesis was to study which issues affect spouses' ability to cope in everyday life and which forms of support are useful for spouses. Moreover, to study the reachability of social and health care workers. In addition, the study highlighted spouses' own experiences of support forms and development ideas for services targeted at spouses.

The thesis increases information about mental health and substance abuse rehabilitator's spouses coping, support needs, points out spouses' experiences and development ideas for services. The Thesis was part of the MIPA 2.0 research program coordinated by the A-Clinic Foundation.

The thesis was mainly quantitative research supplemented with qualitative research, which was implemented in cooperation with working life partner A-Clinic Foundation. Data collection method was a survey, which was conducted by MIPA 2.0 using a survey form in 2019. The survey form included both structured and open-ended questions. Survey data was analysed with statistical methods regarding of structured questions and qualitative content analysis regarding of open-ended questions. A total of 79 respondents participated in the study.

The most important themes that emerged from the data were the impact of the rehabilitator's situation on the spouse's health, emotions, relationships and coping in everyday life. Regarding the open question, the most important themes that emerged were professional and peer help, concrete help, support from inner circle and help to meet and support the rehabilitated person. Mental health and substance abuse rehabilitator's state was felt to have an impact on spouse's health, emotions, social relationships and coping with everyday life. Reachability of social and health care workers and access to information were felt to be lacking.

A follow-up research idea for the study is to find out the coping and support needs of male spouses of mental health and substance abuse rehabilitators, since most respondents in this study were women.

Keywords: Coping in everyday life, mental health rehabilitee's spouse, substance abuse rehabilitee's spouse, needs for support

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MIELENTERVEYS	6
2.1 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät	6
2.2 Positiivinen mielenterveys	7
2.3 Mielenterveyshäiriöt ja -ongelmat	8
2.4 Stressi ja traumaattinen tilanne	8
3 PÄIHTEET	10
3.1 Päihde- ja riippuvuusongelma	10
3.2 Alkoholien käyttö ja haitat	10
3.3 Huumeiden käyttö ja haitat	13
3.4 Kaksoisdiagnoosi	16
4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJIIEN PUOLISOT	16
4.1 Tunteet ja terveys	17
4.2 Ongelmat ihmissuhteissa	19
4.3 Avun tarpeet	20
5 TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
6 TYÖELÄMÄKUMPPANI	22
6.1 MIPA 2.0 -tutkimusohjelma	22
6.2 A-klinikkasäätiö	23
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
7.1 Tiedonhaku	24
7.2 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät	25
7.3 Kyselylomake	27
7.4 Aineiston analysointi	28
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
8.1 Vastaajien ja kuntoutujien taustatiedot	32
8.2 Vaikutukset terveyteen ja tunteisiin	34

8.3 Vaikutukset ihmissuhteisiin	36
8.4 Arjesta selviytyminen	38
8.5 Ammatti- ja vertaisapu	40
9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	43
9.1 Validiteetti ja reliabiliteetti	43
9.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus.....	46
9.3 Eettisyys.....	47
10 POHDINTA	48
10.1 Tulosten tarkastelu.....	48
10.2 Ammatillinen kasvu	53
10.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset	55
LÄHTEET.....	58
LIITE 1. Saatekirje	64
LIITE 2. Kyselylomake 2	65

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat lisääntyneet Suomessa vuosien kuluessa. Palvelujärjestelmässämme keskitytään usein hoitamaan vain mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja samalla omaisten tarvitsema tuki ja apu jää toissijaiseksi. Läheisen ihmisen mielenterveys- ja päihdehäiriöt vaikuttavat omaisten hyvinvointiin, taloudelliseen tilanteeseen sekä arjessa jaksamiseen, minkä vuoksi omaisten tarvitsemaan tukeen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013).

Koronaviruksen (SARS-CoV-2) aiheuttama yhteiskuntamme poikkeustila on vaikuttanut ihmisten päihteidenkäyttöön. A-klinikkasäätiön MIPA-tutkimusohjelman kyselytutkimuksessa tutkittiin päihteiden käytön muutoksia koronapandemian aikana. Päihteiden käytön lisääntyminen aiheutti käyttäjille yksinäisyyden tuntemuksia, mielenterveysongelmia, alhaista mielen hyvinvointia, alkoholin riskikäyttöä ja taloudellisia ongelmia. Terveystila ja hyvinvointi oli huonontunut pandemian aikana niillä yksilöillä, joiden päihteiden käyttö oli lisääntynyt. Mielenterveyspalvelujen saamisen hankaloituminen poikkeustilan vuoksi todettiin vaikuttaneen päihteiden käytön lisääntymiseen. (Jurvansuu, ym., 2020.)

Yhteistyökumppanimme toimi A-klinikkasäätiö ja opinnäytetyömme on osa A-klinikkasäätiön koordinoimaa MIPA 2.0 tutkimusohjelmaa (2019–2023). Tutkimusohjelma on yhdentoista eri järjestön, Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteiden tiedekunnan sosiaalityön yhteinen hanke (Tietopuu, 2022c). Tutkimusohjelman tavoitteena on kehittää päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimustoiminnan yhteistyötä (Tietopuu, 2022a). Opinnäytetyössämme käytettävän kyselyaineiston on kerännyt MIPA tutkimusohjelma laajalla kyselylomakkeella (Liite.2 Kyselylomake) vuonna 2019. Käytimme opinnäytetyössämme sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksamista arjessa ja tuen

tarpeita. Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä tietoa puolisoiden kokemista tuen tarpeista ja jaksamisesta. MIPA 2.0 kyselyaineiston pohjalta tehdystä tutkimuksesta kävi ilmi että päihde- ja mielenterveysongelmaisten omaiset saavat vain vähän tukea lähipiiriltään ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta (Jurvansuu & Ringbom, 2020a). Tutkimustuloksiamme voitaisiin hyödyntää esimerkiksi puolisoille suunnattujen palvelujen kehittämisen yhteydessä.

2 MIELENTERVEYS

2.1 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät

Mielenterveyden määritelmä on Maailman terveysjärjestön (World Health Organization) mukaan hyvinvoinnin tila, jossa ihminen käsittää itse omat kykynsä. Ihminen kykenee käsittelemään elämään liittyvät vastoinkäymiset, työskentelemään ja olemaan osa yhteiskuntaa. (WHO, 2018.)

Mielenterveys on tärkeää sekä yhteiskunnalle että yksittäiselle ihmiselle. Mielenterveys korreloi ajattelun, tuntemisen, kommunikoinnin, elannon ansaitsemisen ja elämästä nauttimisen kanssa. Monet sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät vaikuttavat ihmisen mielenterveyteen. Näiden tekijöiden avulla pystytään määrittämään millä tasolla ihmisen mielenterveys on missä tahansa elämäntilanteessa. Heikkoon mielenterveyteen on yhdistetty stressi, sukupuolisyriintä ja epäterveelliset elämäntavat. Tietyt psykologiset ja persoonallisuuden piirteet voivat tehdä ihmisen herkemmäksi mielenterveyden ongelmille. Biologiset riskit, kuten perinnölliset tekijät voivat vaikuttaa mielenterveyteen. (WHO, 2018.)

Mielenterveyttä pystyy suojaamaan ulkoisilla ja sisäisillä tekijöillä. Ulkoiset tekijät liittyvät ympäristöön ja sisäiset tekijät yksilön omiin ominaisuuksiin. Ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi koulutus, työt, kuulluksi tuleminen ja elinympäristö. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaaliset suhteet, hyvä fyysinen terveys, hyvä itsetunto ja hyvät vuorovaikutustaidot. (Mieli ry, i.a.) Mielenterveys ei ole koko aikaa samana pysyvä tila, vaan se on aina vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Elämän vastoinkäymiset eivät kuitenkaan automaattisesti aiheuta mielenterveydenhäiriöitä. (Hämäläinen ym., 2017, s. 20–21.)

2.2 Positiivinen mielenterveys

Positiivinen mielenterveys on voimavara ja olennainen osa terveyttä ja hyvinvointia. Positiivisen mielenterveyden käsitteissä korostetaan yksilön voimavaroja, vaikuttamismahdollisuuksia elämään, toiveikkuutta, elämänhallinnan tunnetta, sosiaalisten suhteiden olemassaoloa, myönteistä käsitystä itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021a.)

Positiivinen mielenterveys käsitteenä, pyrkii poistamaan ajattelua sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä. Väestön terveyttä koskevissa tutkimuksissa on keskitytty yleensä mielenterveyden häiriöihin, sairauksiin ja ongelmiin, positiivisen ulottuvuuden jäädessä vähemmälle huomiolle. Positiivista mielenterveyttä on vaikeaa tutkia, koska sille ei ole yhtä tarkkaa määritelmää. (Appelqvist-Shcmidlechner ym. 2016, s. 1764.) Positiivinen mielenterveys voidaan nähdä eriasteisina emotionaalisina, psykologisena, sosiaalisena, fyysisenä ja hengellisenä hyvinvointina. Positiivisella mielenterveydellä on todettu olevan yhteyksiä esimerkiksi parempaan fyysiseen terveyteen, parempaan elämänlaatuun, korkeampiin saavutuksiin ja positiiviseen terveystyöskäytymiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021a.)

Positiivinen mielenterveys on tärkeä voimavara ihmisen elämässä. Tutkimuksen mukaan, positiivinen mielenterveys on todettu auttavan ihmisten toipumisprosessia erilaisista mielenterveydenhäiriöistä, kuten ahdistuksesta, masennuksesta ja paniikkihäiriöstä. Yksilöt, kenellä positiivinen mielenterveys oli parempi, parani todennäköisemmin mielenterveyshäiriöistä, kuin yksilöt, joilla positiivinen mielenterveys oli heikompi. (Lasiello ym., 2019.)

Positiivisen mielenterveyden mittari on kehitetty mittaamaan positiivista hyvinvointia. Mittari kehitettiin Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa ja siitä on olemassa kaksi versiota: pitkä 14-osiainen (WEMWBS) ja lyhyt 7-osiainen versio (SWEMWBS). Molemmat mittarit on kaksoiskäännetty suomen kielelle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021a.)

2.3 Mielenterveyshäiriöt ja -ongelmat

Mielenterveyshäiriö on yleisnimitys kaikille psykiatrisille häiriöille. Psykiatrisia häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, syömishäiriöt sekä päihderiippuvuudet. Mielenterveyshäiriöt sisältävät haastavia psyykkisiä oireita, jotka haittaavat elämää. Mielenterveyshäiriöille ominaista on tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen ongelmat. Vakavimmat häiriöt vaikuttavat toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Häiriöiden taustalla on usein erilaisia tunnetiloja, joita on vaikeaa sietää kuten esimerkiksi pelko, ahdistus, suru, viha, häpeä, syyllisyys sekä avuttomuus. (Huttunen, 2017a.)

Mielenterveys voi kuormittua eri elämänvaiheissa ja tilapäinen mielen pahoinvointi on normaalia. Mielenterveyden järkkyyessä on kuitenkin tärkeää, että häiriö tunnistetaan ajoissa ja siihen saadaan sopivaa hoitoa. Mielenterveyden heikentymiseen vaikuttaa yleensä useampi asia yhtä aikaa. Stressi voi aiheuttaa häiriön puhkeamisen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2021a.)

Mielenterveysongelma ei tarkoita automaattisesti mielenterveyshäiriötä. Ongelmat mielenterveydessä näyttäytyvät monin eri tavoin, yhteistä oiretta ei ole. Mielenterveyden häiriöihin sairastuu joka vuosi 1,5 %:a suomalaisista ja noin joka viides suomalaisista sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Psykoottista ihmistä voi olla vaikeaa ymmärtää, sairauteen liittyvän ajattelun vaikeuksien vuoksi. Mielenterveysongelmia myös pelätään ja mielenterveysongelmaisiin voi olla vaikeaa suhtautua. (Huttunen, 2017a.)

2.4 Stressi ja traumaattinen tilanne

Stressin kokemukset ovat aina yksilöllisiä. Stressissä yksilöön kohdistuu runsaasti haasteita ja vaatimuksia, jolloin yksilön käytössä olevat voimavarat ovat tiukoilla tai ylittyvät. Vastustus- ja sietokyky stressiä kohtaan, kuten näkökulmat

ja asenteet vaikuttavat yksilöllisesti stressin kokemuksiin. Sekä myönteiset että kielteiset elämän kokemukset voivat aiheuttaa stressiä ja sen kestolla on vaikutusta hyvinvointiin. Lyhytaikainen stressi voi olla hyödyllistä, kun taas pitkäaikainen stressi voi aiheuttaa erilaisia fyysisiä tai psyykkisiä oireita. Stressistä aiheutuvia fyysisiä oireita ovat mm. päänsärky, vatsavaivat, toistuvat nuhakuumeet, sydämen tykytys, selkävaivat ja hikoilu. Psyykkisiä oireita ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus, unihäiriöt, aggressiot, jännittyneisyys, ärtymys ja kyvyttömyys päätösten tekoon. Vakavaan stressitilaan liittyy masennusta, työuupumusta, itsetuhoisia ajatuksia ja päihteiden väärinkäyttöä. Sosiaalisessa elämässä stressi voi aiheuttaa ihmissuhdeongelmia ja eristäytymistä. (Mattila, 2022.)

Elämässä koettu traumaattinen tilanne voi aiheuttaa voimakasta pelkoa, kauhua ja avuttomuuden tunnetta. Autonominen hermosto aktivoituu traumaattisen tilanteen yhteydessä ja tilanteen jälkeen. Traumaperäisessä stressireaktiossa yksilö kohtaa tapahtuman, johon liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen, oman tai toisen henkilön fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen tai edellä mainittujen uhka. Traumaattisen tilanteen aiheuttamien oireiden kestäessä yli kuukauden ajan, on kyseessä traumaperäisestä stressihäiriöstä. Oireiden kestäessä alle kuukauden, on kyseessä akuutista stressihäiriöstä. Traumaattinen kokemus voi myös aiheuttaa erilaisia dissosiativisia häiriöitä. (Huttunen, 2018c.)

Elämäntilanteeseen liittyvä reaktiivinen häiriö on psyykinen tila, jonka oireiden keskeinen syy löytyy ajankohtaisesta elämäntapahtumasta. Oireet ovat monimuotoisia ja vaihtelevia. Masentuneisuus, ahdistuneisuus, käytöshäiriöt, impulsiivisuus ja erilaiset tunnereaktiot kuuluvat reaktiivisen häiriön oirekuvaan. Hoidossa tärkeintä on pyrkiä korjaamaan oireita aiheuttava elämäntilanne tai sopeutumaan elämäntilanteeseen. Riittävästä unesta, levosta, liikunnasta, rentoutumisesta ja harrastuksista on hyötyä. Alkoholin käyttö voi pahentaa psyykkisiä oireita tai laukaista alkoholiongelman. (Huttunen, 2018a.)

3 PÄIHTEET

3.1 Päihde- ja riippuvuusongelma

Päihdeongelma tarkoittaa päihteiden ongelmakäyttöä. Päihdeongelmainen käyttää alkoholia ja/tai muita keskushermostoon vaikuttavia aineita, kuten huumausaineita tai reseptilääkkeitä väärin. Päihteiden ongelmakäyttö voi olla tapa yrittää selviytyä muista elämän ongelma-alueista ja/tai mielenterveysongelmista tai se voi olla oma riippuvuusongelma. Päihteiden käyttöön liittyy usein myös mieliala- ja ahdistusoireita ja niiden käyttö voi tuoda ongelmia sosiaalsiin suhteisiin ja heikentää työ- ja toimintakykyä. Pitkäaikainen päihteiden käyttö lisää myös vaaraa sairastua vakavaan somaattiseen eli ruumiilliseen sairauteen. (Mielenterveystalo, i.a.)

Päihdeongelmallisille kohdennettujen palvelujen järjestämisestä vastaa kunnat. Kunnat järjestävät palvelut joko itse tai hankkivat palvelut yksityiseltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Päihdehuoltolaissa (41/1986) 7 §:ssa päihdepalveluita tulee antaa henkilöille, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja myös perheelle sekä muille läheisille. Päihdeongelmallisille kohdennettuja palveluita ovat mm. katkaisu- ja vieroitushoito, pidempiaikainen päihdekuntoutus, avomuotoinen kuntoutus ja jälkikuntoutus. Päihdeongelman hoito on keskittynyt avohoitoa tarjoavien yksiköihin, perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden ja erikoissairaanhoidon psykiatrian yksiköihin. Avomuotoista hoitoa ja kuntoutusta tarjoaa monet päihdehuollon yksiköt, kuten A-klinikat ja nuorisoasemat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021b.)

3.2 Alkoholin käyttö ja haitat

Alkoholin kohtuullinen käyttö miehillä on enintään 14 annosta viikossa ja naisilla enintään yhdeksän annosta viikossa. Yksi annos on noin 12 grammaa 100 %:sta

alkoholia. Humalatilaan liittyvien välittömien haittojen riski kasvaa terveillä työikäisillä, kun kerralla juotu määrä ylittää 5–6 annosta juomiskertaa kohti. (Alkoholinkäytön terveyshaitat ja -riskit, 2021.)

Alkoholilla on moninaisia haittavaikutuksia terveyteen. Masennusta sairastavista 10–30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma ja alkoholiriippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä masennus. Itsemurhariski on huomattavasti suurentunut alkoholiongelmaisilla muuhun väestöön verrattuna. (Taulukko 1.) Liiallinen alkoholin käyttö nostaa veren triglyseridipitoisuutta, lisää riskiä sairastua maksa-, syöpä ja aivosairauksiin sekä altistaa lihomiselle. Liiallinen alkoholin kertakäyttö aiheuttaa humalatilan, joka heikentää suorituskkyä, vaikuttaa mielentilaan ja käyttäytymiseen. Alkoholien vaikutuksen alaisena, ihminen on alttiimpi tapaturmille ja pahoinpitelyille. Pitkään jatkunut runsas juominen aiheuttaa myös sosiaalisia ongelmia perhe-elämässä, ihmisuhteissa, työelämässä sekä taloudellisia ongelmia. (Alkoholinkäytön terveyshaitat ja -riskit, 2021.)

Taulukko 1. Tärkeimmät sairaudet ja terveysongelmat, joiden yhteydessä alkoholiongelma on syytä muistaa. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018)

Alkoholimyrkytys	Vuosittain alkoholimyrkytykseen kuolee Suomessa lähes 600 ihmistä.
Ylipaino	Kaksi tuopillista olutta päivässä lisää painoa 1,5–2 kg kuukaudessa. Alkoholien osuus energian saannista tulee olla korkeintaan 5 E%.
Metaboliset vaikutukset	Vaikutuksina ovat hypoglykemia (paaston yhteydessä), hypertriglyseridemia, suurentunut virtsahappopitoisuus ja kihti.
Haimatulehdus	Tapauksista 60–80 % aiheutuu alkoholista.
Alkoholimaksasairaus	Alkoholimaksasairaus on Suomen tärkein maksasairausryhmä (kuolleita noin 1 000 vuodessa).
Syöpäsairaudet	Ruoansulatuskanavan syöpien riski suurenee suorassa suhteessa alkoholinkäyttöön, ja tupakointi

	suurentaa riskiä edelleen. Alkoholi suurentaa merkitsevästi rintasyövän riskiä.
Ripuli	Ongelmakäyttäjillä ripuli on yleinen oire.
Alkoholiepilepsia	Alkoholista riippuvaisen epilepsiariski on kymmenkertainen normaaliväestöön verrattuna.
Aivovammat	Alkoholista riippuvaisilla aivovammat ovat kolme kertaa yleisempiä kuin väestöllä keskimäärin.
Aivoverenvuoto	Riski on kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna.
Dementia	Joka toisella alkoholista riippuvaisella on lievähkö dementia. Wernicken enkefalopatian riski on alkoholista riippuvaisilla 50-kertainen (tiamiinin puute) muuhun väestöön verrattuna
Pikkuaivoatrofia (ataksia) ja polyneuropatia	Esiintyvyys alkoholista riippuvaisilla on suuri.
Hormonihäiriöt	Impotenssi, kivesten surkastuminen, hedelmättömyys ja gynekomastia ovat yleisiä löydöksiä alkoholista riippuvaisilla. Alkoholia runsaasti käyttävät miehet feminisoituvat ja naiset maskulinisoituvat.
Unihäiriöt	Alkoholiriippuvuuteen liittyy 60 %:lla jokin unihäiriö: <ul style="list-style-type: none"> • lyhyt unijakso • unen heikentynyt laatu • katkonainen aamu-uni • alkoholin käyttö pahentaa uniapneaa • alkoholi lisää yöllisiä jalkojen liikkeitä. Jos käytetty määrä on yli kaksi annosta päivässä, ilmaantuvuus on naisilla kaksin- ja miehillä kolminkertainen.
Iho-ongelmat	Iho-oireina ilmenee punoitusta, teleangiektasioita ja "flushingia". Ekseemat ovat yleisempiä kun muulla väestöllä.

Kardiomyopatia	Riski on satakertainen. Kardiomyopatian esiintyvyys alkoholista riippuvaisilla on 1–3 %.
Eteisvärinä	2–4 päivittäistä annosta lisää takyarytmioita. Eteisvärinä on 3–5 kertaa keskimääräistä yleisempi ongelmakäyttäjillä. Myös runsas kertakäyttö voi aiheuttaa eteisvärinää.
Kohonnut verenpaine	Ongelmakäyttäjillä esiintyvyys on 1,6–4 kertaa keskimääräistä suurempi. Ongelmakäyttö selittää länsimaissa 5–10 % miesten verenpainetaudista.
Mielenterveysongelmat	Masennuspotilaista 10–30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma. Alkoholista riippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio. Alkoholiongelmaisen itsemurhariski on huomattavasti suurentunut.
Sikiön kehityshäiriö	Humalahakuinen alkoholi-altistus on suurin estettävissä oleva sikiön epämuodostumien aiheuttaja. Riski voi toistua ja suurentua tulevissa raskauksissa, minkä vuoksi äidin alkoholinkäyttö raskauden aikana on aina tarpeellista selvittää.

3.3 Huumeiden käyttö ja haitat

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan, huumeella eli huumausaineella tarkoitetaan laitonta päihdettä. Lainsäädännöllä määritellään päihteiden laittomuutta ja huumausaineiden määrittelyyn vaikuttavat kansalliset lainsäädännöt sekä Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimukset. (Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet, 2020.) Psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttunen kertoo yleisimpien Suomessa käytössä olevien huumausaineiden olevan erilaiset kannabistuotteet, heroini ja muut opiaatit, kokaiini, amfetamiini, metamfetamiini ja muut psykostimulantit, hallusinogeenit, erilaiset synteettiset päihteet ja erilaiset

hengitettävät tai impattavat inhalantit. (Huttunen, 2018b, s. 1.) Huumausaineiden vaikutukset ovat yksilöllisiä, koska niihin vaikuttaa käyttäjän elimistön toiminta, mielentila, asenteet, odotukset, käyttö- ja sosiaalinen ympäristö. Huumausaineen vaikutukseen vaikuttaa huumausaineen kemiallinen koostumus, puhtaus, toksisuus, annostus ja annostelutapa. (Partanen ym. 2015, s. 70.)

Huumausaineiden käyttö aiheuttaa moninaisia terveydellisiä haittoja. Suomessa yleisimmin käytetty huumausaine, eli kannabis on yhdistetty hengitysteiden ja sydämen toiminnan sairauksiin. (Partanen, ym. 2015, s. 71.) Kannabiksen käyttö voi aiheuttaa kroonisia psyykkisiä vaikutuksia, kuten oppimiskyvyn heikentymistä, persoonallisuuden muutoksia ja amotivaatio-oireyhtymän. Kannabiksen pitkäaikainen käyttö lisää riskiä syöpäsairauksille, heikentää seksuaalista halua ja hedelmällisyyttä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.)

Opioidien pitkäaikainen ja runsas käyttö aiheuttaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta ja suonensisäinen käyttö voi vaurioittaa verisuonia. Laskimotulehdus, sydämen sisäkalvon tulehdus ja virusinfektiot ovat opioidien käytön haittoja. Käytön lopetus aiheuttaa voimakkaita vieroitusoireita ja yliannostus on hoitamattomana hengenvaarallinen. (Partanen, ym. 2015, s. 76–77.) Opioidien suonensisäinen käyttö kasvattaa maksatulehdukseen sairastumisen riskiä (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022).

Kokaiinin pitkäaikaiskäytössä elimistön dopamiiniherkkyys vähenee ja dopamiinireseptoreissa voi tapahtua tuhoutumista, nuuskattuna kokaiini voi aiheuttaa nenän väliseinän tuhoutumista. Amfetamiinilla on hengenvaarallisia terveydellisiä haittoja, kuten hypertermia, sydämen rytmihäiriöt ja aivoverenvuoto. Erilaiset onnettomuudet, itsensä vahingoittaminen ja samanaikaiset vakavat mielenterveydenhäiriöt ovat yhteydessä amfetamiinin käyttöön. Amfetamiinin pitkäaikainen ja runsas käyttö voi aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta, vajaaravitsemusta, lihasrappemaa ja psykoottisen mielenterveyden häiriön, mitkä yleensä korjaantuvat käytön lopettamisen jälkeen. Ekstaasin käytöllä on runsaasti terveyteen kohdistuvia haittoja. Ekstaasin

hajoamisprosessissa vapautuvat sivutuotteet voivat vahingoittaa aivojen viejähaarakkeita ja serotoniinineuroneihin voi kulkeutua muita välittäjäaineita, jotka voivat rikkoa viejähaarakkeiden rakenteita. Pitkäaikaiskäytössä ekstaasi aiheuttaa masennusta, unettomuutta ja oppimis- sekä muistihäiriöitä, myös erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ja psykoottiset oireet ovat mahdollisia. Säännöllisessä käytössä maksaan ja munuaisiin voi tulla toiminnan muutoksia sekä aivovaurioita. Tieteellinen näyttö puuttuu edellä mainittujen pysyvyydestä ja millaisilla käyttömäärillä haittavaikutukset ilmenevät. (Partanen, ym. 2015, s. 2015, 72–74.)

Erilaiset hallusinogeenit aiheuttavat harvoin fyysistä tai psyykkistä riippuvuutta ja käytön haittoina ovat toimintakyvyn heikkeneminen, ympäristön vääristyminen sekä psykoosiin sairastuminen. Liuottimien pitkäaikainen imppaaminen voi aiheuttaa käyttäjälle fyysisiä vaikutuksia, kuten passiivisuutta, ruokahalun heikkenemistä, nuhaa, yskää ja nenäverenvuotoja. Psyykkisinä vaikutuksina imppaaminen voi aiheuttaa väsymystä, alentunutta mielialaa, ärtyneisyyttä, vihaisuutta, vainoharhaisuutta sekä joskus mielenterveyshäiriötä. Bentsodiatsepiinien suuret annokset voi aiheuttaa verenpaineen laskua, sydämen syketaajuuden muutoksia, pahoinvointia, suun kuivumista ja ruokahaluttomuutta. Keskushermostoa lamaavan vaikutuksen vuoksi, bentsodiatsepiinit alentavat tajunnan tasoa, nostavat kouristuskyynnystä ja aiheuttavat muistin häiriöitä. Keskittymis-, käsitys-, arviointi- ja ajokyky heikentyy bentsodiatsepiinien käytöstä. Väärinkäytön vieroitusoireet ovat voimakkaita ja mahdollisesti hengenvaarallisia, jos bentsodiatsepiiniä on käytetty suurina annoksina ja käyttö on lopetettu äkillisesti. Bentsodiatsepiinin ja muiden keskushermostoa lamaavan aineen yhteiskäyttö voi aiheuttaa hengityslamaa tai myrkytystilan. Sedatoivat unilääkkeet aiheuttavat liiallisesti käytettynä tokkuraisuutta, joka voi johtaa tajuttomuuteen. Päihdehakuksessa käytössä unilääkkeitä käytetään yhdessä toisen huumausaineen tai alkoholin kanssa, mikä voi johtaa arvaamattomiin yhteisvaikutuksiin. Useimmat käytössä olevat unilääkkeet aiheuttavat sekä fyysistä- että psyykkistä riippuvuutta. (Partanen ym. 2015, s. 78–85.)

3.4 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa päihdehäiriön ja vähintään yhden mielenterveyshäiriön samanaikaista ilmenemistä. Kaksoisdiagnoosissa ilmenevä mielenterveyshäiriö ei johdu päihteiden välittömistä vaikutuksista, eikä päihteidenkäytön pitkäaikainenkaan lopetus poista henkilön psyykkistä oireilua. (Aalto, 2018.)

Vaikeata mielenterveyshäiriötä sairastavalla ilmenee samanaikainen päihdehäiriö elämässään noin 40–60 %:n varmuudella. Ajankohtaista päihdehäiriötä ilmenee noin 25–35 %:lla, vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavalla. (Aalto, 2018.) Kaksoisdiagnoosissa päihteiden sekakäyttö on yleistä ja väärinkäytettyjä aineita ovat yleensä alkoholi, lääkkeet, kannabis, opiaatit ja amfetamiini (Kylmänen, 2021). Kaksoisdiagnoosissa psyykkiset oireet esiintyvät ainakin neljä viikkoa kestäneen raittiuden jälkeen tai oireet ovat alkaneet ennen päihteen käyttöä, eli päihdyttävä aine ei ole syynä psyykkiseen oireiluun. Kaksoisdiagnoosin hoidossa on oleellista hoitaa sekä päihdehäiriötä että mielenterveyshäiriötä samanaikaisesti. Vaikeissa kaksoisdiagnooseissa paras hoitotulos saadaan, jos päihdehäiriötä ja mielenterveyden häiriötä hoidetaan samassa hoitotahossa. (Aalto, 2018.)

4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJIEN PUOLISOT

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jonka mielenterveys- tai päihdeongelma on hallinnassa ja hän on toipumassa. Käytämme opinnäytetyössämme mielenterveys- ja päihdekuntoutujasta termiä kuntoutuja. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan puolisollla tarkoitamme opinnäytetyössämme henkilöä, joka on seurustelusuhteessa mielenterveys-

ja/tai päihdekuntoutujan kanssa. Puoliso ei välttämättä asu samassa taloudessa kuntoutujan kanssa

4.1 Tunteet ja terveys

Perheenjäsenen psyykinen sairastuminen vaikuttaa omaisten vointiin monimuotoisesti, erilaiset tunteet ja epätietoisuus ovat yleisiä. Perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa omaisten terveyteen, minkä vuoksi koko perheen huomioiminen hoidossa on tärkeää. Suuri osa omaisista masentuu tai uupuu perheenjäsenen psyykkisen sairastumisen johdosta ja huomioon ottamattomuus hoidossa voi entisestään heikentää heidän elämänlaatuaan tai pahentaa masennusta. (Hämäläinen ym. 2017, s. 190–191; Huttunen, 2017b.) Matti Huttusen mukaan psyykkisesti sairastunut usein pelkää läheisyyttä, koskettamista ja vetäytyy ihmissuhteista, mitä omaisten voi olla vaikeaa hyväksyä. Omaisista etenkin puoliset voivat kokea yksinäisyyden tunteita vetäytymisestä ja läheisyyden muutoksista. (Huttunen, 2017b.) Myös perheenjäsenen päihdeongelma vaikuttaa omaisten hyvinvointiin. Avuttomuuden ja pettymyksen kokemukset aiemmista päihteiden käytön puuttumisrytyksistä voivat vaikeuttaa omaisten elämää. Päihdeongelmaisen puolisolle jää usein vastuu perheen talouden ja ihmissuhteiden hoitamisesta, mikä vaikuttaa arjessa jaksamiseen ja terveyteen. Puoliso voi tuntea päihdeongelmaisen tilanteesta johtuen yksinäisyyden ja voimattomuuden tunteita sekä kokea tuen tai avun tarvetta, mutta niiden hakeminen voi olla hankalaa. Avun hakemattomuuden taustalla voi olla vihan, katkeruuden ja häpeän tunteita tai vallitsevaan tilanteeseen on mukauduttu. (Partanen ym. 2015, s. 391–393.)

MIPA 2.0 tutkimusohjelman kyselyaineistosta (Liite 2. Kyselylomake) kirjoitetuissa artikkeleissa on tarkasteltu omaisten tunteita mielenterveys- ja päihdeongelmaa omaavaa läheistään kohtaan (1. osa), miten läheisen saamat palvelut mielenterveys- ja päihdeongelmaan tukevat omaisen hyvinvointia (2. osa) ja millaista tukea omaiset saavat vaikeissa elämäntilanteissaan lähipiiriltä, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta ja järjestöiltä (3. osa) (Tietopuu, 2022d.) MIPA 2.0 kyselyaineiston 1. osan tuloksissa Ringbomin ja Jurvansuun mukaan

omaisten kokemat tunteet mielenterveys- ja päihdeongelmaista kohtaan ovat moninaisia, ristiriitaisia ja vaihtelevia. Yhteistä on jatkuva huoli, pelko ja epävarmuus omasta ja läheisen tulevaisuudesta. Tunneside läheiseen vaikeuttaa omasta hyvinvoinnista huolehtimisesta, oman kuormittumisen havaitsemista ja rajojen asettamista läheisen tukemiselle. Omaisten tilannetta helpottaa usein, kun läheinen saa tarvitsemaansa apua. Myös erilaiset häpeän ja syyllisyyden tuntemukset kuntoutujan tilanteen takia ovat yleisiä ja ne nostavat kynnystä avun piiriin hakeutumisessa. (Ringbom & Jurvansuu, 2019, s. 1.)

Häpeän ja syyllisyyden tuntemukset kuitenkin poikkeavat toisistaan. Häpeän tunne sisältää kelpaamattomuuden ja riittämättömyyden kokemuksia, kun taas syyllisyyden tunne sisältää vastuun ottamista omista teoista. Nykypäivänä ihminen tuntee useammin häpeän tunteita kuin syyllisyyden tunteita. (Kettunen, 2013, s. 52–53.) Ólafsdóttir:n väitöstutkimuksessa puoliset ja sisarukset tunsivat enemmän negatiivisia tunteita päihderiippuvaisen omaisen tilanteen takia kuin muut perheenjäsenet. Puolisoiden negatiivisia tuntemuksia olivat kiintymyksen menetys, voimattomuus, viha, sääli, epäluottamus, häpeä/suru ja pettymys/toivottomuus. Puolisot kokivat myös positiivisia tunteita, kuten rakkautta, empatiaa, toivoa, luottamusta ja kunnioitusta päihderiippuvaista kohtaan. Päihderiippuvaisen kanssa asuvat läheiset kokivat huolta perheen sisäisestä kommunikaatiosta ja yhteenkuuluvaisuudesta. Päihderiippuvaisen tilanne aiheutti omaisille myös itsetunnon ongelmia. Perheenjäsenet kokivat, että päihderiippuvainen ei kunnioittanut asetettuja rajoja. Henkisen ja fyysisen väkivallan käyttö oli yleistä. (Ólafsdóttir, 2020 s.49–79.) MIPA 2.0 kyselyaineiston 2. osan tuloksissa Jurvansuun ja Tourusen mukaan omaisen mielen hyvinvointi oli parempi, jos päihde- tai mielenterveysongelmainen oli avunpiirissä. Mitä positiivisemmin omaisen arvioi läheisen saamia palveluita, sitä parempi oli heidän mielensä hyvinvointi ja arjesta selviytyminen. Alhaisimmiksi jäi hyvinvointi niillä vastaajilla, joiden läheinen oli avunpiirissä, mutta apu jäi riittämättömäksi. Riittäväksi koetut palvelut tukivat omaisten tulevaisuuden toivoa ja kykyä käsitellä ongelmia. (Jurvansuu & Tourunen, 2019.)

Päihdeongelmaisten omaiset altistuvat voimakkaalle stressille, joka voi aiheuttaa sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. Läheisen oireilun taustalla oleva syy eli

omaisen päihdeongelma jää usein terveydenhuollon ammattilaisten osalta huomioimatta. (Capello, 2000.) Ólafsdóttir:n väitöstutkimuksen kuudestatoista päihderiippuvaisen henkilön perheenjäsenestä 12 sairastui stressin aiheuttamiin somaattisiin sairauksiin, kuten esimerkiksi fibromyalgiaan, myalgiaan, jatkuviin päänsärkyihin, uniongelmiin ja vatsahaavoihin. Päihderiippuvaisen kanssa asuvat perheenjäsenet olivat myös useammin masentuneita, ahdistuneita ja stressaantuneita kuin ne perheenjäsenet, jotka eivät asuneet päihderiippuvaisen kanssa. Perheenjäsenistä kahdeksan koki päihderiippuvaisen tilanteen aiheuttavan runsasta stressiä arkielämäänsä, kun taas 6 perheenjäsentä ei kokenut stressin johtuvan päihderiippuvaisen tilanteesta. (Ólafsdóttir, 2020 s.49–79.)

4.2 Ongelmat ihmissuhteissa

Perheenjäsenen päihdeongelma vaikuttaa kaikkiin perheenjäseniin ja heidän välisiinsä suhteisiin. Kommunikaation ristiriitaisuus ja epätasapainossa olevat ihmissuhteet voivat aiheuttaa erilaisia ongelmia perheen sisällä ja puolisoiden voimavarat voivat kulua päihdeongelmaisesta huolehtimiseen. (Partanen ym. 2015, s. 391–392.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen avohoitopainotteisuus, kuntoutusjaksojen lyhentäminen ja aikainen kotiuttaminen ovat lisänneet omaisten vastuuta kuntoutujan tukemisesta (Jurvansuu & Ringbom, 2020 s. 2). Ihmissuhteiden ongelmat voivat ilmetä parisuhteessa tai muissa ihmissuhteissa. Eristäytymistä muista ihmisistä tapahtuu kuntoutujan tilanteen takia. Puoliso ei välttämättä koe saavansa lähipiiriltään tarpeeksi tukea tai ei halua keskustella kuntoutujan tilanteesta lähipiirin kanssa. (Partanen ym. 2015, s. 392.) Perheenjäsenen alkoholin liikakäytön vaikutuksista lähimaiseen on tutkittu neljän vuoden ajan Birminghamissa. Orfordin ja Daltonin tutkimuksessa selvitettiin lähimaisen kokemuksia alkoholin suurkulutuksen haitoista. Omaiset kertoivat alkoholin suurkulutuksen haitoiksi terveysongelmat ja huolen tulevista terveysongelmista, väkivaltaisuuden ja rikollisuuden, persoonallisuuden muutokset, talousongelmat ja läheissuhteen muutokset. (Orfold & Dalton, 2005 s. 163.)

4.3 Avun tarpeet

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten omaisten tarjoama apu ulottuu monelle elämän alueelle. Suomessa teetettyjen omaiskyselyiden keskeisten tulosten mukaan omaiset kokivat auttavansa sairastavaa läheistään monimuotoisesti. Omaisten tarjoama apu, ulottui erittäin paljon sosiaaliin suhteisiin, rahankäyttöön ja ostoksiin. Ruokailuun, lääkitykseen ja kotitöihin omaisten tarjoama apu ulottui melko paljon. Henkilökohtaiseen siisteyteen omaisten tarjoama apu ulottui jonkin verran. Omaisten tarjoama tuki ulottui vain vähän tai ei ollenkaan uniryhtiin, työhön ja opiskeluun. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2015 s. 21–22.) Ólafsdóttir:n väitöstutkimuksessa päihderiippuvainen omaisen aiheutti taloudellisia ongelmia perheeseen, omaisuutta tuhoamalla ja rikoksia tehden. Puolisoilla ilmeni myös taloudellisia ongelmia, koska väkivaltaisen päihderiippuvaisen oli vaikea pitää työpaikkaa. (Ólafsdóttir, 2020 s.49–79.)

MIPA 2.0 kyselyaineiston 3. osan tutkimuksen tuloksissa mielenterveys- ja päihdeomaiset saavat vain vähän tukea lähipiiriltään ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Avun ulkopuolelle jäävät usein omaiset, keiden läheinen ei saa ongelmaansa apua. Lähipiirin leimaava ja kielteinen asenne heikentää omaisten psyykkistä hyvinvointia, kun taas erityisesti lähipiiriltä saatu tuki ja kokemus kuulluksi tulemisesta kohentaa omaisten positiivista mielenterveyttä. (Jurvansuu & Ringbom, 2020, s. 1.) Suomessa omaisille tarjoaa apua julkinen sektori, kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat (Itäpelto & Selin, 2013, s. 140). Omaisia kohtaavissa palveluissa tarvitaan yhteisiä työkaluja omaisten hädän tunnistamiseksi ja huomioimiseksi. Omaisten uupumista pystytään ehkäisemään aikaisella avuntarpeen tunnistamisella ja palvelujen sekä tukimuotojen piiriin ohjaamisella. (Ringbom & Jurvansuu 2019, s. 11.)

5 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksamista arjessa ja tuen tarpeita. Tavoitteena oli lisätä tietoa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden kokemasta tuen tarpeista ja jaksamisesta. Tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi puolisoille suunnattujen palvelujen kehittämisen yhteydessä.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millä tavoin mielenterveys- ja päihdekuntoutujan tilanne on vaikuttanut puolison jaksamiseen ja elämään?
2. Miten puoliset kokevat oman jaksamisensa arjessa?
3. Millaista tukea tai apua puoliset kaipaavat jaksamisensa tueksi?

6 TYÖELÄMÄKUMPPANI

6.1 MIPA 2.0 -tutkimusohjelma

Opinnäytetyömme teimme yhteistyössä A-klinikkasäätiön koordinoiman MIPA 2.0 -tutkimusohjelman kanssa. MIPA 2.0 on päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (2019–2023). Tutkimusohjelman tavoitteena on päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimustoiminnan yhteistyön kehitys ja tutkimustulosten hyödynnettävyys. Useita tutkimushankkeita, työpajoja, kansallisia tutkimusseminaareja ja yhteistä viestintää toteutetaan tutkimusohjelmassa. (Tietopuu, 2022c.)

Tutkimusohjelma koostuu eri tutkimuksista, jotka liittyvät järjestöjen toimintaan ja osallisuuteen, läheisten hyvinvointiin, ehkäisevään päihdetyöhön sekä mielenterveyttä edistävään työhön (Tietopuu, 2022a). Tutkimusohjelma on 11:sta eri järjestön, Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteiden tiedekunnan sosiaalityön yhteinen hanke. Mukana olevat järjestöt ovat A-klinikkasäätiö, A-kiltojen liitto, EHYT ry, Finnfami, Irti Huumeista ry, Kriminaalihuollon tukisäätiö, Kuntoutussäätiö, Mielenterveyden keskusliitto, Sininauhaliitto, Suomen Klubitalot ry ja Tukikohta ry. Tutkimusohjelmalla on oma Facebook-sivu nimellä MIPaverkosto, jossa tiedotetaan ajankohtaisista tapahtumista ja tutkimusjulkaisuista. (Tietopuu, 2022c.) MIPA julkaisee uutiskirjeen kaksi kertaa vuodessa (Tietopuu, 2022a).

A-klinikkasäätiö tuottaa Tietopuu-internetsivuston palvelun, joka tarjoaa ajankohtais- ja tutkimustietoa päihde-, mielenterveys-, ja riippuvuustyöhön. Tietopuun tavoitteena on päihde- ja riippuvuustyön kehittäminen ja laadun parantaminen. Tietopuun toimintaa ylläpidetään Veikkauksen voittorahojen avulla. (Tietopuu, 2022b.) Tietopuussa julkaistaan tietoa tutkimusohjelman etenemisestä, tapahtumista ja julkaisuista (Tietopuu, 2022c). Valmis opinnäytetyömme julkaistaan MIPA-hankesivustolla.

Opinnäytetyöllemme nimettiin yhteyshenkilöksi A-klinikkasäätiön tutkija. Yhteyshenkilön kanssa rajasimme tutkimuksemme mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden jaksamiseen arjessa sekä avun ja tuen tarpeisiin. Häneltä saimme vuonna 2019 teetetyin kyselylomakkeen (Liite 2. Kyselylomake) ja puolisoiden vastaukset SPSS- tiedostoina Diakonia-ammattikorkeakoulun sähköpostiin. Puolisot valikoituivat tutkittaviksi, koska puolisoiden avun tarvetta ja arjessa jaksamista ei huomioida tarpeeksi terveydenhuollossa, eikä puolisoiden vastauksia ollut aiemmin tarkasteltu erikseen kyselyaineistosta. Saimme valita vapaasti kyselyaineistosta ne strukturoidut kysymykset, joita halusimme opinnäytetyömme määrällisessä tutkimuksessa käyttää. Pyrimme valitsemaan sellaiset kysymykset, jotka antaisivat vastauksia tutkimuskysymyksiimme mahdollisimman kattavasti. Strukturoiduista kysymyksistä valitsimme yhteensä 10 kysymystä ja kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä (Kysymys 31.) ”Millaista apua ja tukea kaipaisit erityisesti elämäntilanteessasi?” täydensimme määrällistä tutkimusta.

6.2 A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on voittoa tavoittelematon yleishyödyllinen päihdealan järjestö, joka tuottaa turvaverkkoja päihde- ja mielenterveysongelmallisille ja heidän läheisilleen. Säätiössä tuotetaan luotettavaa tietoa päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämistä varten. (A-klinikkasäätiö, i.a.)

A-klinikkasäätiön toimintaa rahoittaa pääasiassa Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA). Säätiö ehkäisee ja vähentää päihde- ja mielenterveyshaittoja, rakentaa palveluillaan turvaverkkoja yhteiskuntamme haavoittuvimmissa asemissa oleville ihmisille, pyrkii parantamaan päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä asemaa, tuottaa luotettavaa tietoa päihdetyön, Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, sekä tekee valtakunnallista vaikuttamis- ja asiantuntijatyötä. (A-klinikkasäätiö, i.a.)

Saimme opinnäytetyötämme varten tutkimusluvan Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden hyvinvointi, avun tarpeet ja palvelut-tutkimukseen 30.3.2020, A-klinikkasäätiön Tietopuun kautta. Tutkimuksen tarkasteltavina teemoina olivat palvelujärjestelmät ja organisaatiot, alkoholi, huumeet, monipäihteisyys/moniriippuvuus, hoito ja kuntoutus.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tiedonhaku

Keväällä 2020 perehdyimme tutkittavaan aiheeseen ja saatuun kyselyaineistoon. Keskustelimme tiedonhaussa käytettävistä hakutermeistä ja aloitimme tiedonhaun käyttäen eri tietokantoja, kuten Diak FINNA, EBSCO Academic Search Premier:ia, PROQUEST:ia, Terveysporttia, Medic-tietokantaa, PubMed:iä ja Ellibs:iä. Kiinnitimme erityistä huomiota opinnäytetyössämme käytettävien lähteiden luotettavuuteen, ajantasaisuuteen ja alkuperäisyyteen. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien omaisten hyvinvointia koskevia tutkimusartikkeleita löysimme käyttämällä englanninkielisiä ja suomenkielisiä hakutermejä. Hakutermejä olivat päihdeongelman omainen, mielenterveysongelman omainen, mielenterveyshäiriö, kaksoisdiagnoosi, mielenterveyspalvelut, huume, alkoholi, trauma, stressi ja häpeä. Käytimme teoreettisen viitekehyksen luomisessa myös Helmet-kirjastoa. Teoreettista viitekehystä tarkennettiin opinnäytetyön edetessä. Perehdyimme myös kyselylomakkeesta (Liite 2. Kyselylomake) tehtyihin tutkimuksiin, joiden keskeiset tulokset sisällytimme opinnäytetyöhömmme.

7.2 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessamme käytettävä kyselyaineisto on kerätty MIPA 2.0 tutkimusohjelman toimesta, kyselyllä (Liite 2. Kyselylomake) vuoden 2019 kevään ja kesän aikana (Jurvansuu & Tourunen, 2019.) Kyselyllä tavoitettiin vastaajia, joiden läheinen oli hoitosuhteessa tai palvelujen piirissä sekä vastaajia, joiden läheinen oli palvelujen ulkopuolella (Jurvansuu & Ringbom, 2020, s. 5). Kyselyaineisto kerättiin seitsemältä MIPA 2.0 tutkimusohjelmassa mukana olevalta järjestöltä ja omaisten vastaukset kyselyyn saatiin järjestöjen ryhmätoimintojen, verkkosivujen sekä sosiaalisessa mediassa jaetun linkin kautta (Jurvansuu & Ringbom, 2020, s. 3). Kyselyyn saatiin vastauksia eri puolelta Suomea, etenkin pääkaupunkiseudulta ja Etelä-Pohjanmaalta. Kyselylomake (Liite 2. Kyselylomake) sisälsi yhteensä 30 strukturoitua kysymystä ja kaksi avointa kysymystä.

Kyselylomakkeen (Liite 2. Kyselylomake) strukturoitujen kysymysten avulla selvitettiin omaisten sekä läheisten taustatietoja, hyvinvointia ja arjessa selviytymistä. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin omaisen kaipaamaa apua ja tukea sekä tunteita läheistä kohtaan. Kyselyyn vastasi yhteensä 363 omaista. Päihde- ja mielenterveysongelmaisen vanhempia oli 55 %:a, puolisoja 21 %:a ja lapsia 8 %:a. (Jurvansuu & Tourunen, 2019.) Vastaajissa oli myös vähäinen määrä sisaruksia, entisiä puolisoja ja isovanhempia (Jurvansuu & Ringbom, 2020, s.3). Rajasimme kyselyaineiston puolisoihin. Puolisoita tutkimuksessamme on yhteensä 79, joista 65 on sukupuoli-identiteetiltään naisia ja 12 miehiä.

Kyselylomakkeen kysymyksistä suurin osa oli strukturoituja, joten valitsimme tutkimusmenetelmäksi määrällisen tutkimuksen, jota täydensimme laadullisella tutkimuksella yhden avoimen kysymyksen osalta. Luimme strukturoidut kysymykset useaan otteeseen ja päädyimme valitsemaan yhteensä 10 kysymystä, joista saisimme mahdollisesti vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Kyselyn strukturoidut kysymykset oli analysoitu yhteyshenkilömme toimesta SPSS-tilasto-ohjelmistolla ja saimme puolisoiden vastaukset SPSS-tiedostoina Diakonia-ammattikorkeakoulun sähköpostiin. Strukturoiduissa kysymyksissä

vastaajat olivat valinneet joko vastausvaihtoehdoista parhaiten kuvaavan vaihtoehdon tai parhaiten sopivan numeron asteikolla 4–10. Osassa strukturoiduista kysymyksissä oli vaihtoehtona myös avoin kohta, jos mikään vastausvaihtoehdoista ei ollut sopiva. Teimme strukturoitujen kysymysten vastauksista kaaviot Microsoft Excel-laskentataulukko-ohjelmistolla, joista ilmenee vastausprosentit. Kaavioiden teon jälkeen avasimme sanallisesti strukturoitujen kysymysten tuloksia ja pyrimme tekemään johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Valitsimme strukturoiduista kysymyksistä analysoitavaksi vastaajan taustatiedot, jotta pystyimme selvittämään vastanneiden sukupuolen ja siten pohtimaan tutkimuksemme luotettavuutta. Loput strukturoiduista kysymyksistä valitsimme tutkimuskysymystemme ja valitun avoimen kysymyksen perusteella. Valitsimme analysoitavaksemme seuraavat strukturoidut kysymykset:

- Omat taustatietosi (kysymys 2.)
- Asuuko läheisesi kanssasi samassa taloudessa? (kysymys 8.)
- Onko läheiselläsi (Voit valita useita vaihtoehtoja) päihde- tai mielenterveysongelma? (kysymys 14.)
- Kuinka kauan läheiselläsi on tietääksesi ollut kyseinen ongelma? (kysymys 16.)
- Saako läheisesi tällä hetkellä ongelmaansa hoitoa tai palveluja? (kysymys 17.)
- Kuinka helppoa tai vaikeaa sinun on selviytyä tällä hetkellä päivittäisistä toimistasi (esim. itsestä ja muista huolehtiminen, työ, opiskelu, kotityöt, harrastukset)? (kysymys 24.)
- Koetko saavasi hoitotaholta riittävästi tietoa läheisesi tilanteesta? (kysymys 18.)
- Missä määrin läheisesi tilanne aiheuttaa elämässäsi seuraavaa? (kysymys 28.)
- Onko joitakin seuraavista asioista tapahtunut viimeisen kolmen kuukauden aikana liittyen läheisesi ongelmaan? (kysymys 29.)

Määrällinen tutkimus ei välttämättä anna tarpeeksi tarkkaa tulosta tutkittavasta ilmiöstä, joten päädyimme valitsemaan kyselylomakkeesta analysoitavaksi avoimen kysymyksen ”Millaista apua ja tukea kaipaisit erityisesti elämäntilanteessasi?” (Kysymys 31.). Avoimen kysymyksen vastaukset käsitelimme laadullisella sisällön analyysillä ja määrällisen aineiston analysoimme tilastollisin menetelmin, tekemällä puolisoiden vastauksista kaaviot Microsoft Excel -laskentataulukko-ohjelmistolla. Avoimen kysymyksen analysoimisella, tutkimukseen saadaan tuotua puolisoiden kokemuksia esille ja täydennetään määrällisen aineiston tuloksia.

7.3 Kyselylomake

Kyselylomake (Liite 2. Kyselylomake) sisälsi pääosin strukturoituja kysymyksiä. Kvantitatiiviselle eli määrälliselle tutkimukselle on ominaista selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tämä edellyttää tarpeeksi suurta otosta. Aineisto kerätään yleensä standardoitujen kyselylomakkeiden avulla, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Tulokset kuvataan yleensä taulukoin tai kuvioin. (Heikkilä, 2014, s. 15.) Tutkimuksessamme analysoimme 10 strukturoitua kysymystä määrällisen tutkimuksen avulla ja yhtä avointa kysymystä laadullisen tutkimuksen avulla.

MIPA 2.0 tutkimusohjelman kyselylomakkeella (Liite 2. Kyselylomake) on haettu vastauksia muun muassa seuraaviin kysymyksiin (Jari Helminen, yliopettaja, henkilökohtainen tiedonanto 5.2.2020.) :

1. Millaisia omaisten kokemukset mielen hyvinvoinnistaan ovat?
2. Mitä ovat keskeiset hyvinvointia vahvistavat ja heikentävät tekijät? (taustatekijät, läheisen elämäntilanne, suhde läheiseen, huolenpitotaakka, kuormittavat ja palkitsevat tekijät)
3. Miten päihde- ja mielenterveysomaiset eroavat toisistaan tarkasteltujen muuttujien suhteen?
4. Millaisin keinoin omaisten hyvinvointia voidaan tukea?

Kyselylomakkeessa (Liite 2. Kyselylomake) selvitettiin vastaajan sukupuolta vaihtoehdoilla nainen/mies/muu. Kyselyssä kartoitettiin sosiaalista tukea SSCS-selviytymismallin ja hyvinvointia positiivisen mielen hyvinvoinnin mittarin (The Short Warwick Edinburgh Mentall Well-Being Scale) lyhennetyin version avulla, jossa huomioidaan subjektiivinen hyvinvointi ja psykologinen toimintakyky. (Sari Jurvansuu & Heli Ringbom, 2020, s.1–4.) Omaisten arjen toimintakykyä selvitettiin kysymyksellä “Kuinka helppoa tai vaikeaa sinun on selviytyä tällä hetkellä päivittäisistä toimistasi (esim. itsestä ja muista huolehtiminen, työ, opiskelu, kotityöt, harrastukset)?”. Kysymyksen vastausvaihtoehdoissa 1=erittäin vaikeaa, 2=melko vaikeaa, 3=ei vaikeaa eikä helppoa, 4=melko helppoa ja 5=erittäin helppoa. (Jurvansuu & Tourunen, 2019.) Omaisten hyvinvointikyselyyn osallistuneille annettiin kyselyn yhteydessä saatekirje (Liite 1. Saatekirje). Kyselyyn vastaaminen tapahtui sähköisesti, saatekirjeessä olleen linkin kautta.

7.4 Aineiston analysointi

Aineisto oli valmiiksi kerättyä ja perehdyimme siihen SPSS tilasto-ohjelmiston avulla. Jaoimme aineiston analyysin, siten että Emilia Tuominen perehtyi määrällisten tutkimustulosten analysointiin, keskittyen tutkimuskysymyksiin “Millä tavoin mielenterveys- ja päihdekuntoutujan tilanne on vaikuttanut puolison jaksamiseen ja elämään?” ja “Miten puoliset kokevat oman jaksamisensa arjessa?”. Kiia Koponen perehtyi laadulliseen aineiston analysointiin, keskittyen tutkimuskysymykseemme “Millaista tukea tai apua puoliset kaipaavat jaksamisensa tueksi?”.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käyttäytymisen ja päätösten syitä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimuksessa pyritään hyödyntämään psykologiaa ja muita käyttäytymistieteiden oppeja ja tämä sopii hyvin esimerkiksi sosiaalisten ongelmien kuvaamiseen. Avointen kysymysten käsittely on laadullista tutkimusta. (Heikkilä, 2014, s. 15.) Kyselylomakkeen (Liite 2.

Kyselylomake) kahdesta avoimesta kysymyksestä analysoimme laadullisen tutkimuksen avulla kysymystä (Kysymys 31.), ”Millaista apua ja tukea kaipaisit erityisesti elämäntilanteessasi?”. Tämän kysymyksen valitsimme, koska se vastaa hyvin opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin, eikä sitä ollut analysoitu MIPA 2.0 tutkimusohjelman aiemmissa tutkimuksissa.

Laadullinen sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä kuvattavasta tutkimuskohteesta. Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on pelkistää aineisto ja karsia kaikki ylimääräinen pois. Pelkistäminen voidaan tehdä siten, että aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiä vastaavia ilmauksia. Erilaiset ilmiöt pystytään helposti erottelamaan toisistaan. Vastausten pelkistämisen jälkeen ilmaukset voidaan ryhmitellä eli etsiä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä käsittelevät käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi, joista muodostuu alaluokat. Luokittelua jatketaan, kunnes saadaan pääluokkia. Aineiston ryhmittelyn jälkeen siirrytään käsitteiden muodostamiseen. Käsitteellistämässä alkuperäisen aineiston kielellisistä ilmauksista siirrytään teoreettisiin ilmauksiin ja johtopäätöksiin. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 92–94.)

Avoimen kysymyksen vastaukset luettiin useaan kertaan ja etsittiin yhteneväisiä ilmiöitä. Vastauksista alleviivattiin värikoodein samankaltaisia lauseita ja ilmaisuja. Taulukon 2 analyysiyksikön vastaukset ovat otettu kyselyn vastauksista. Vastausten ryhmittelyn jälkeen muodostui alaluokat. Alaluokkiin jakamisen jälkeen muodostui neljä erilaista pääluokkaa. Pääluokkia ovat ammatti- ja vertaisapu, konkreettinen apu, lähipiirin tuki ja apua kuntoutujan kohtaamiseen ja tukemiseen. Nämä neljä pääluokkaa erottui selvästi vastauksista. Tulosten raportoimisen ja tarkastelun jälkeen teimme johtopäätöksiä määrällisten ja avoimen aineiston osalta. Vertasimme saatuja tuloksia aiemmin kerättyyn teorian tietoon.

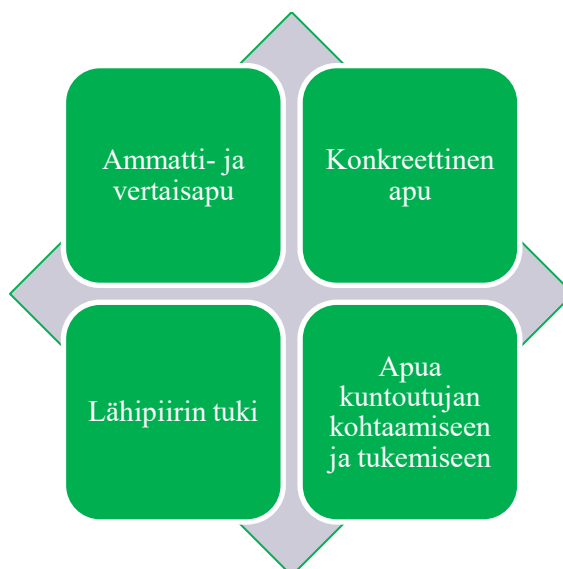
Taulukko 2. Avoimen kysymyksen analysointi.

PÄÄLUOKKA	ALALUOKKA	ANALYYSIYKSIKKÖ
Ammatti- ja vertaisapu	Vertaistuki	Moderoitu keskustelupalsta
		Ohjattu vertaistuki
		Tukea, ymmärrystä ja kuuntelua
		Puolisoryhmiä
		Läheisryhmiä
	Keskusteluapu	Parisuhdeterapia
		Terapia
		Joku, jolle voisi puhua
		Keinoja jaksaa arjessa
		Apua tunteiden käsittelyyn
	Sosiaali- ja terveysalan työntekijät	Läheisten huomioiminen
		Jos kuntoutuja ei halua apua, läheiset eivät saa myöskään
		Kanava, josta saa nopeasti apua tarvittaessa
		Ymmärretään avun tarve
Tietoa kuntoutujan tilaa auttavista palveluista		
Kuntoutuja saisi tarvitsemansa tuen ja avun		
Konkreettinen apu, erityisesti perheellisillä	Raha/tuet	Rahoitusta terapiaan
		Lisää tukia esim. omaishoidontuki
		Tietoa rahallisista tukiasioista
	Apua arkeen	Lastenhoitoapu
		Ruuanlaittoapu
		Siivousapu
		Perhetyöntekijä

Lähipiirin tuki	Tukea	Yhteistä tekemistä ystävän kanssa
		Kysyä neuvoa ja saada tukea
	Ymmärrystä	Hyvät ihmissuhteet
		Puhuminen luotettavan ihmisen kanssa
Apua kuntoutujan kohtaamiseen ja tukemiseen	Neuvoja kohtaamiseen	Kuntoutujan neuvominen tarvittaessa
		Miten voi tukea kuntoutujaa
	Kuntoutujan motivointi	Miten voi saada kuntoutujan irti riippuvuudesta

Avoimen kysymyksen analysoinnista muodostuneet pääluokat ovat kuvattuna alla olevassa kuviossa (Kuva 1.). Pääluokkia ovat ammatti- ja vertaisapu, konkreettinen apu, lähipiirin tuki ja apua kuntoutujan kohtaamiseen ja tukemiseen.

Kuva 1. Neljä pääluokkaa.

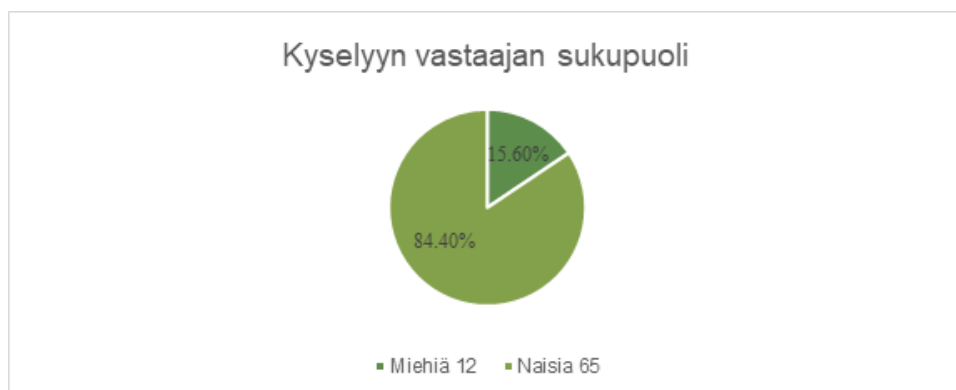


8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 79 mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoa. Strukturoituihin kysymyksiin vastasi 77 puolisoa ja avoimeen kysymykseen vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet puoliset.

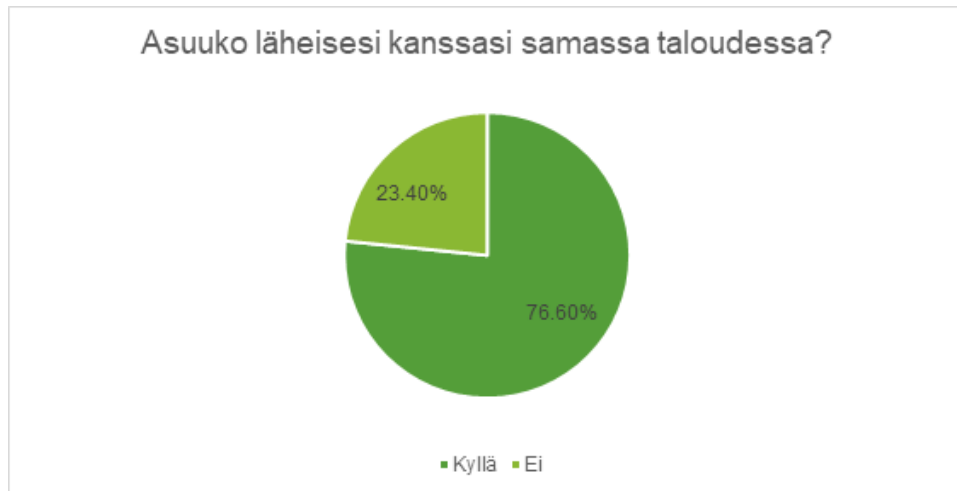
8.1 Vastaajien ja kuntoutujien taustatiedot

Suurin osa eli 84,4 %:a vastanneista oli sukupuoli-identiteetiltään naisia ja miehiä 15,6 %:a. (Kaavio 1.)



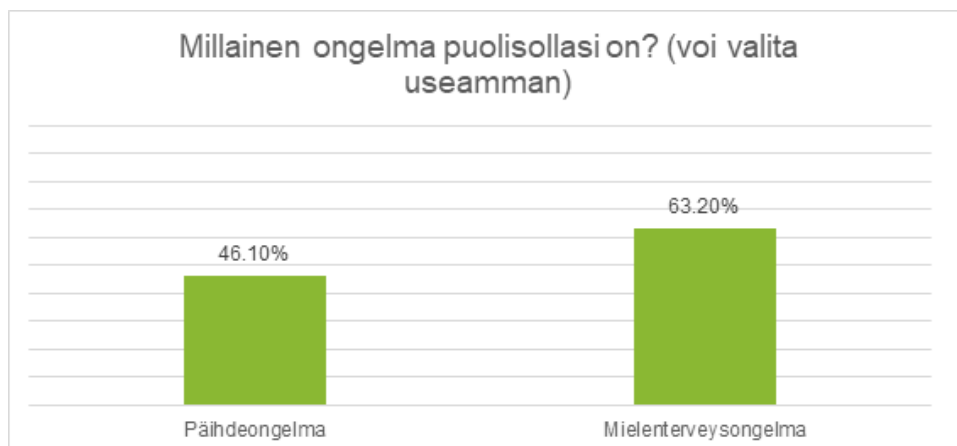
Kaavio 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli (%). N=77

Kyselyyn vastanneista suurin osa eli 76,6 %:a asuu kuntoutujan kanssa samassa taloudessa. Loput vastanneista eli 23,4 %:a ei asu kuntoutujan kanssa. (Kaavio 2.)



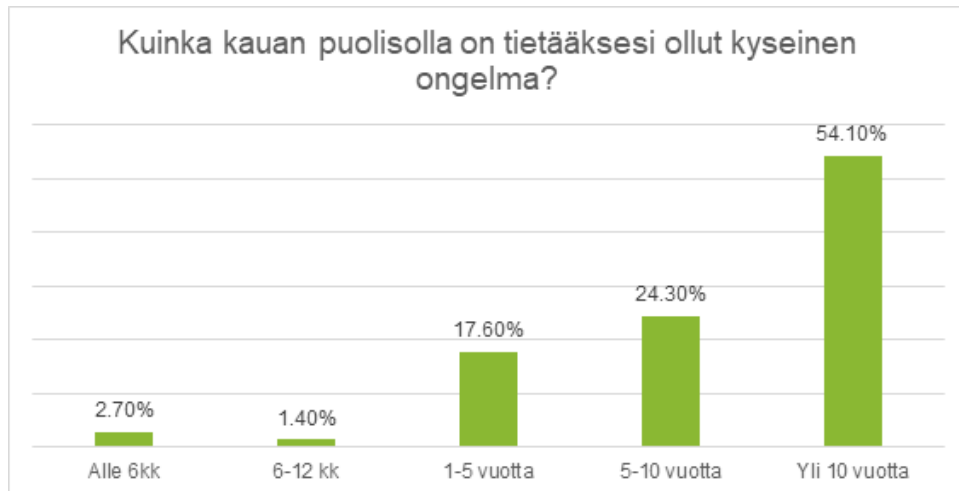
Kaavio 2. Samassa taloudessa asuvat (%). N=77

Suurimmalla osalla eli 63,2 %:lla kuntoutujista on mielenterveysongelma ja päihdeongelma 46,1 %:lla. Kysymyksessä pystyi vastaamaan useampaan vaihtoehtoon, joten useammalla kuntoutujalla voi olla kaksoisdiagnoosi eli mielenterveysongelma sekä päihdeongelma. (Kaavio 3.)



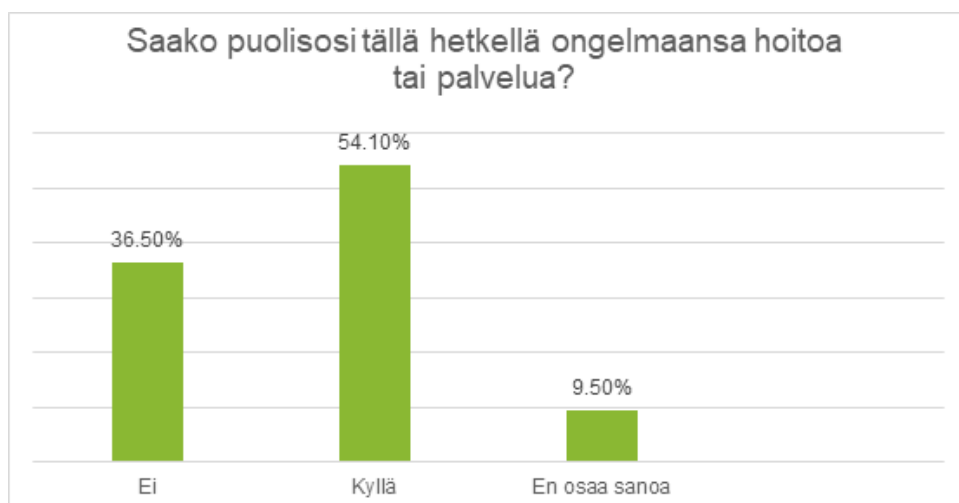
Kaavio 3. Kuntoutujan päihde- ja/tai mielenterveysongelma (%). N=77

Yli 54 %:lla kuntoutujista on ollut mielenterveys- ja/tai päihdeongelma yli 10 vuotta. Noin 24 %:lla kuntoutujista on ollut mielenterveys- ja/tai päihdeongelma 5–10 vuotta. Noin 18 %:lla kuntoutujista ongelma on ollut 1–5 vuotta. Lopuilla kuntoutujista eli noin 4 %:lla ongelma on ollut alle vuoden. (Kaavio 4.)



Kaavio 4. Kuinka kauan puolisoilla on ollut kyseinen ongelma (%). N=77

Noin 54 %:a kuntoutujista saa hoitoa tai palvelua ongelmaansa. Noin 37 %:a kuntoutujista eivät saa hoitoa tai palvelua ongelmiinsa. Loput puolisoista eli noin 10 %:a ei osaa sanoa saako kuntoutuja apua ongelmaansa. (Kaavio 5.)

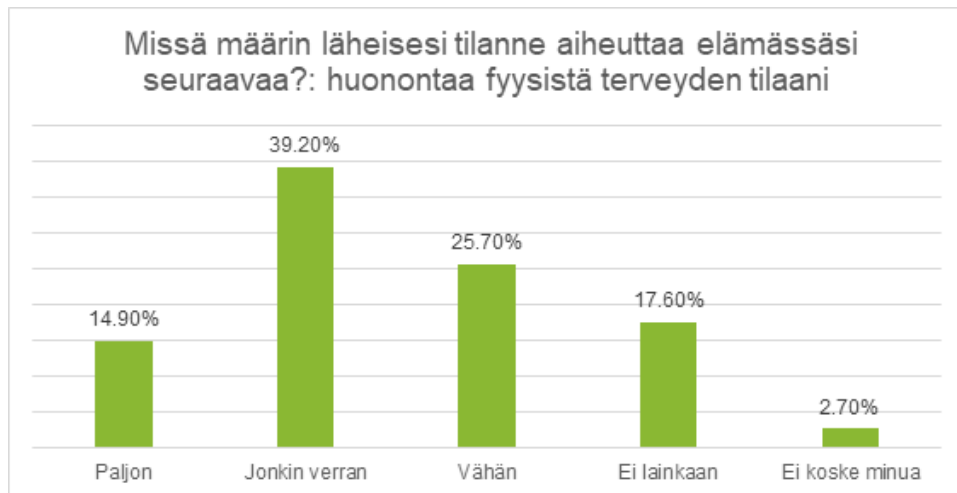


Kaavio 5. Kuntoutujan hoito- tai palvelusaanti (%). N=77

8.2 Vaikutukset terveyteen ja tunteisiin

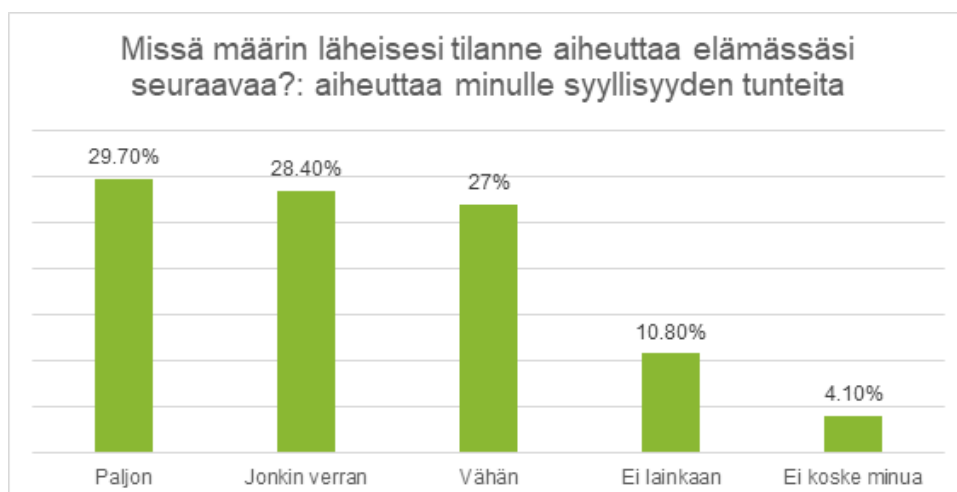
Puolisoista 39,2 %:lle kuntoutujan tilanne huonontaa jonkin verran fyysistä terveyden tilaa. Tilanne huonontaa vähän fyysistä terveyden tilaa 25,7 %:lle ja

paljon 14.9 %:lle puolisoista. Puolisoista 17,6 %:lle tilanne ei huononna fyysistä terveyden tilaa. Kysymys ei koskenut 2.7 %:a vastanneista. (Kaavio 6.)



Kaavio 6. Puolison fyysisen terveyden tilan huononeminen (%). N=77

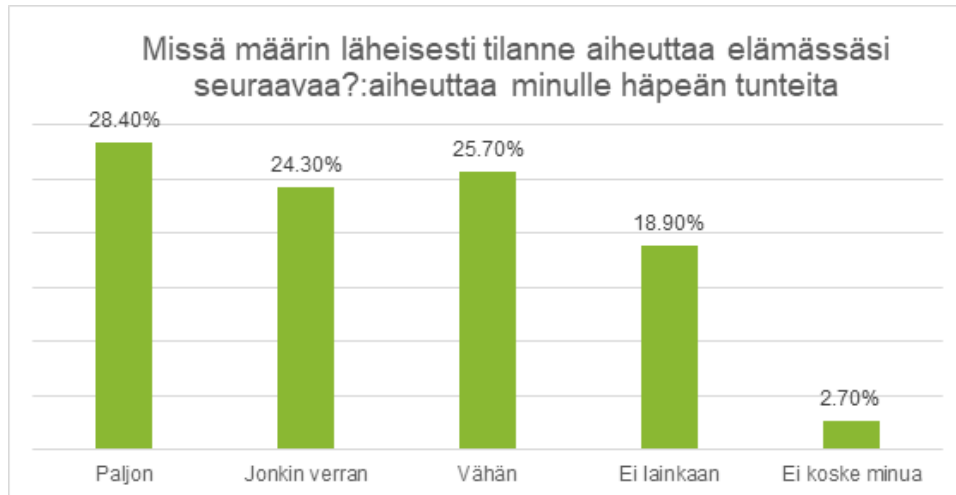
Puolisoista 29,7 %:a tuntee paljon syyllisyyden tunteita kuntoutujan tilanteesta. Vastanneista 28,4 %:a tuntee jonkin verran syyllisyyden tunteita ja 27 %:a tuntee vähän syyllisyyden tunteita kuntoutujan tilanteesta. Vastanneista 10,8 %:a ei tunne lainkaan syyllisyyden tunteita. Kysymys ei koskenut 4,1 %:a vastanneista. (Kaavio 7.)



Kaavio 7. Syyllisyyden tunteet (%). N=77

Puolisoista 28,4 %:a tuntee paljon häpeän tunteita kuntoutujan tilanteesta johtuen. Puolisoista 25,7 %:a tuntee vähän häpeän tunteita kuntoutujan

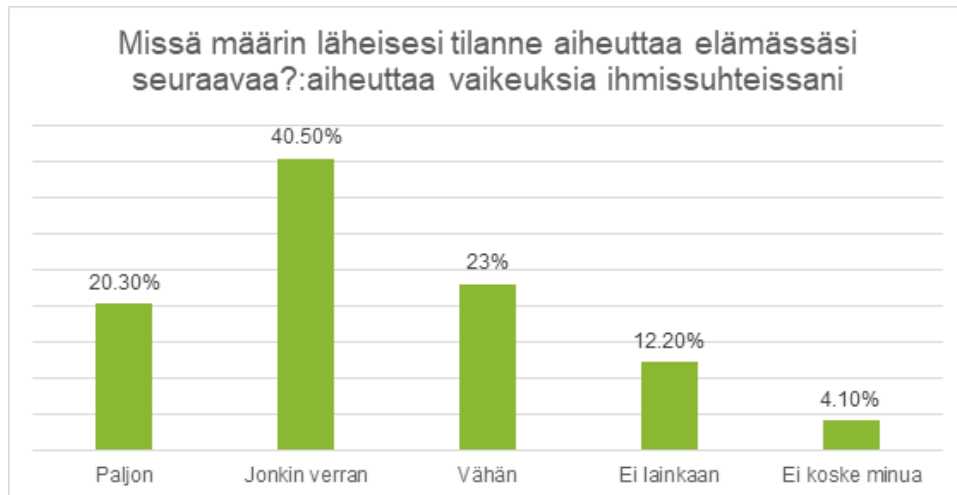
tilanteesta. Puolisoista 24,3 %:a tuntee jonkin verran häpeän tunteita ja 18,9 %:a ei tunne lainkaan häpeän tunteita kuntoutujan tilanteesta johtuen. Kysymys ei koskenut 2,7 %:a vastanneista. (Kaavio 8.)



Kaavio 8. Häpeän tunteet (%). N=77

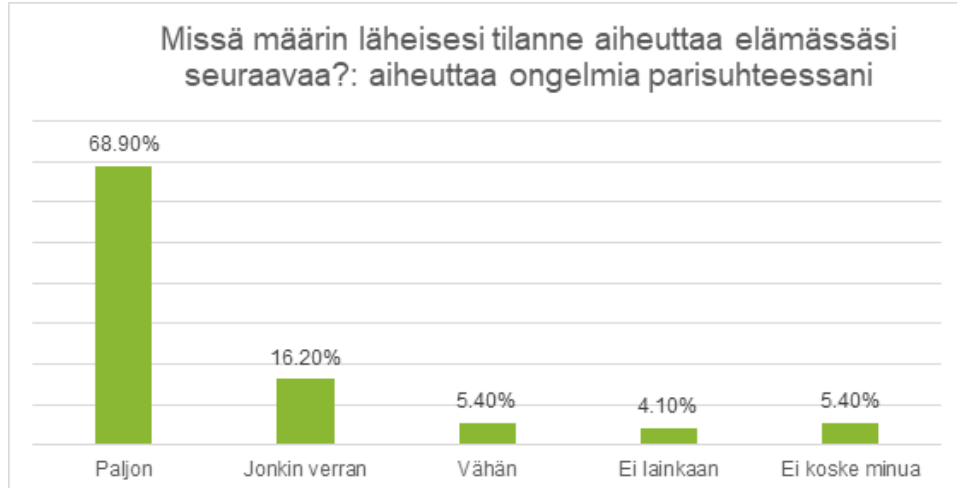
8.3 Vaikutukset ihmissuhteisiin

Enemmistö eli 40.5 %:a puolisoista vastasi kuntoutujan tilanteen aiheuttavan jonkin verran vaikeuksia ihmissuhteisiin. Tilanne aiheuttaa vähän vaikeuksia ihmissuhteisiin 23 %:lle puolisoista. Ihmissuhteisiin aiheutuu paljon vaikeuksia 20.3 %:lle puolisoista ja ei lainkaan 12.2 %:lle puolisoista. Kysymys ei koskenut 4.1 %:a vastanneista. (Kaavio 9.)



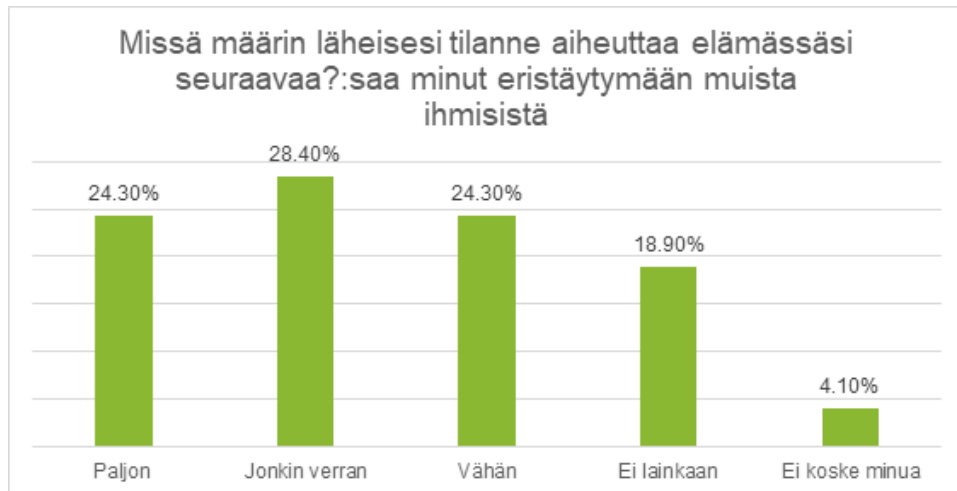
Kaavio 9. Vaikeudet ihmissuhteissa (%). N=77

Valtaosalle eli 68.9 %:lle puolisoista kuntoutujan tilanne aiheuttaa paljon ongelmia parisuhteeseen. Puolisoista 16.2 %:lle tilanne aiheuttaa jonkin verran ongelmia parisuhteeseen. Vähän parisuhdeongelmia aiheutuu 5.4 %:lle ja ei lainkaan 4.1 %:lle puolisoista. Kysymys ei koskenut 5.4 %:a vastanneista. (Kaavio 10.)



Kaavio 10. Ongelmia parisuhteissa (%). N=77

Puolisoista 28.4 %:lle tilanne aiheuttaa jonkin verran eristäytymistä muista ihmisistä. Paljon eristäytymistä aiheutuu 24.3 %:lle ja vähän 24.3 %:lle puolisoista. Eristäytymistä ei aiheudu lainkaan 18.9 %:lle puolisoista. Kysymys ei koskenut 4.1 %:a vastanneista. (Kaavio 11.)



Kaavio 11. Eristäytyminen muista ihmisistä (%). N=77

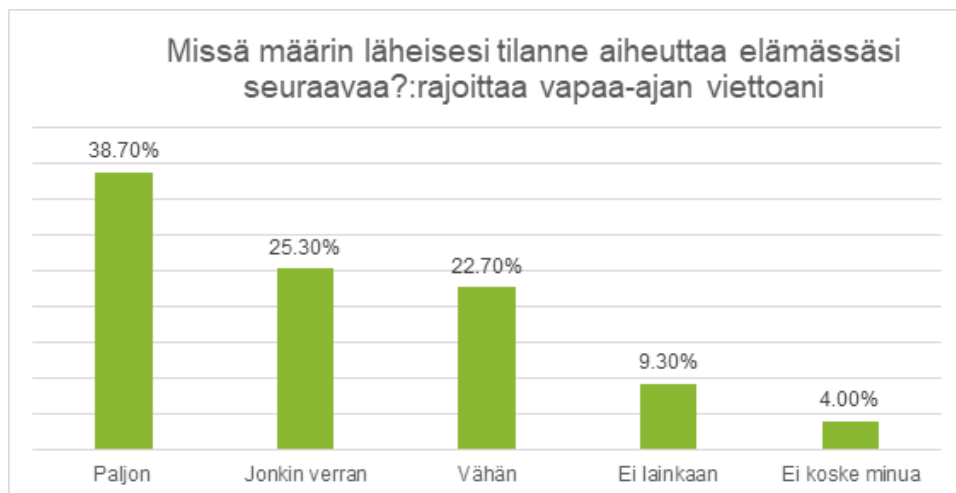
8.4 Arjesta selviytyminen

32.5 %:a puolisoista selviytyy päivittäisistä toimista melko helposti. Puolisoista 28.6 %:a selviytyy päivittäisistä toiminnoista melko vaikeasti. Puolisoista 23.4 %:a selviytyy neutraalisti. 9.1 %:a selviytyy päivittäisistä toimista erittäin vaikeasti ja erittäin helposti 6.5 %:a. (Kaavio 12.)



Kaavio 12. Päivittäisistä toimista selviytyminen (%). N=77

Kuntoutujan tilanne rajoittaa paljon puolison vapaa-ajan viettoä 38.7 %:lla vastaajista. Tilanne rajoittaa jonkin verran vapaa-ajan viettoä 25.3 %:lla puolisoista. 22.7 %:lla puolisoista tilanne rajoittaa vähän vapaa-ajan viettoä ja 9.3 %:lla ei lainkaan. Kysymys ei koskenut 4 %:a vastanneista. (Kaavio 13.)



Kaavio 13. Vapaa-ajan vieton rajoittaminen (%). N=77

Kuntoutujan tilanne ei rajoita lainkaan puolisoiden työssäkäyntiä tai opiskelua 31.1 % vastaajista. Puolisoista 29.7 %:lle tilanne rajoittaa vähän työssäkäyntiin tai opiskeluun. Tilanne rajoittaa jonkin verran työssäkäyntiä ja opiskelua 16.2 %:lle puolisoista ja paljon 6.8 %:lle. Kysymys ei koskenut noin 16.2 %:a vastanneista. (Kaavio 14.)



Kaavio 14. Työssäkäynnin tai opiskelujen rajoittaminen (%). N=77

Avoimen kysymyksen vastauksissa, millaista apua ja tukea kaipaisit erityisesti elämäntilanteessasi? Konkreettinen apu nousi esiin erityisesti perheellisillä. Raha-asioista ja tuista tarvittaisiin enemmän tietoa. Kuntoutuja ei välttämättä tiedä mitä tukia voi saada. Puolisot tarvitsevat myös apua tukien kanssa. Puolisot toivoivat rahallista apua, jotta saisivat mahdollisuuden käydä terapiassa. Puolisot toivoivat apua arkeen, sillä vastauksista nousi esiin lastenhoidon tarve, ruuanlaittoon apua, siivoukseen apua ja myös perhetyöntekijä koettiin tarpeelliseksi. Arjen pyörittäminen yksin on haastavaa ja kuluttaa voimavaroja, joten lähipiirin tuki on tärkeä osa jaksamista. Puolisot toivovat lähipiiriltä tukea ja ymmärrystä, vaikka lähipiirin voi olla vaikeaa hyväksyä vaikeaa elämäntilannetta. Puolisot kokevat tärkeänä ystävät, jotka kuuntelevat ja tukevat sekä ovat luotettavia.

”Vertaistuki on tärkeää, vaikka paras tilanne olisi, että lähelläni olisi ystävä tai perheenjäsen, jolle voisin puhua.”

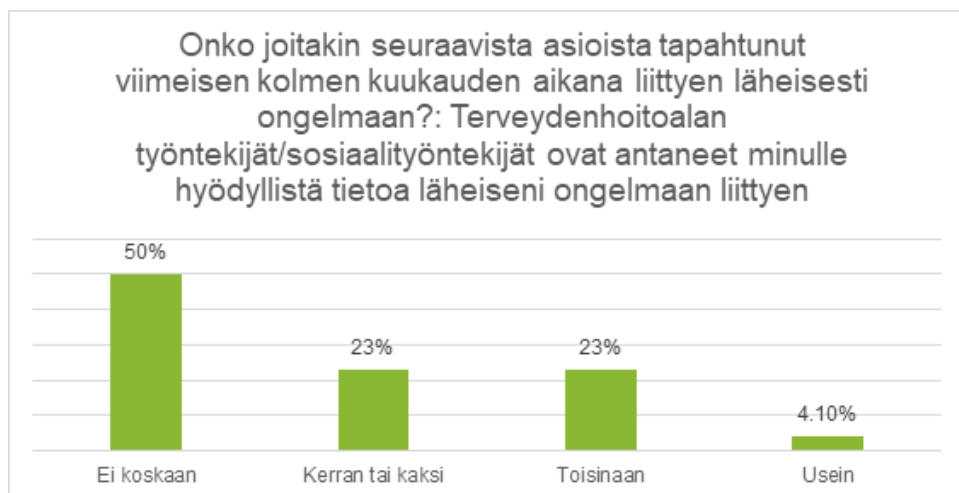
8.5 Ammatti- ja vertaisapu

Kyselyyn vastanneista puolisoista valtaosa eli 41.5 %:a ei saa hoitotalolta tietoa kuntoutujan tilanteesta. Puolisoista 29.3 %:a saa tietoa kuntoutujan tilanteesta, mutta ei riittävästi. Samaten noin 29.3 %:a saa riittävästi tietoa hoitotalolta kuntoutujan tilanteesta. (Kaavio 15.)



Kaavio 15. Riittävä tiedon saanti hoitotalolta (%). N=77

Valtaosa puolisoista eli 50 %:a ei ole saanut Sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöiltä ollenkaan hyödyllistä tietoa kuntoutujan ongelmaan liittyen, viimeisen kolmen kuukauden aikana. Puolisoista 23 %:a on saanut kerran tai kaksi kertaa hyödyllistä tietoa kuntoutujan ongelmaan liittyen. Puolisoista 23 %:a on saanut toisinaan hyödyllistä tietoa. Puolisoista 4,1 %:a on saanut usein hyödyllistä tietoa kuntoutujan ongelmasta Sosiaali- ja terveystieteen työntekijöiltä. (Kaavio 16.)



Kaavio 16. Sosiaali- ja Terveystieteen työntekijöiden antama hyödyllinen tieto kuntoutujan ongelmaan liittyen, viimeisen kolmen kuukauden aikana (%). N=77

Sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijät eivät ole olleet tavoitettavissa 35.1 %:lle puolisoista, viimeisen kolmen kuukauden aikana. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijät ovat olleet 1–2 kertaa tavoitettavissa 25.7 %:lle puolisoista. Työntekijät ovat olleet toisinaan tavoitettavissa 27 %:lle puolisoista. Työntekijät ovat olleet usein tavoitettavissa 12.2 %:lle puolisoista. (Kaavio 17.)



Kaavio 17. Sosiaali- ja Terveystyöntekijöiden tavoitettavuus, viimeisen kolmen kuukauden aikana (%). N=77

Avoimen kysymyksen vastauksissa, millaista apua ja tukea kaipaisit erityisesti elämäntilanteessasi? Ammatti- ja vertaisapu nousi kaikista eniten esille. Ammatti- ja vertaisapu jaettiin kolmeen alateemaan, jotka ovat vertaistuki, keskusteluapu ja sosiaali- ja terveysalan työntekijät. Vertaistuesta nousi esille puolisoitten tarve ohjatulle vertaistuelle sekä puoliso- ja läheisryhmille. Vertaistuen avulla puolisoit saisivat tukea, ymmärrystä ja kuunnelluksi tulemistä. Keskusteluavusta nousi esille terapia ja erityisesti parisuhdeterapia. Puolisot toivoivat apua erilaisten tunteiden käsittelyyn. Tärkeää olisi myös, että puolisoilla olisi joku, jolle voisi puhua arjen tapahtumista. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiltä puolisoit toivoisivat läheisten huomioimista. Puolisot tarvitsevat myös lisää tietoa kuntoutujan tilanteesta sekä kanavan, josta saisi nopeasti apua tarvittaessa.

”Vertaistukea ja keinoja jaksaa arjessa mielenterveysongelmista kärsivän puolison kanssa.”

Puolisot kaipaavat tukea kuntoutujan kohtaamiseen ja tukemiseen, siten ettei se ahdistaisi kuntoutujaa. Puolisot tarvitsevat lisää tietoa kohtaamisesta ja tukemisesta. Puolisot haluavat selvästi auttaa kuntoutujia, mutta puolisoiden omat voimavarat eivät riitä eikä heillä välttämättä ole tietoa tai taitoa auttaa kuntoutujia. Terveystuella puolisoiden tuki puolisoiden olisikin tärkeää, jotta puolisot pystyisivät tukemaan kuntoutujia mahdollisimman paljon myös arjessa.

”Kuinka olla neuvomatta ja tukahduttamatta toista ja silti voisit olla tukena ja apuna.”

9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

9.1 Validiteetti ja reliabiliteetti

Kvantitatiivisen tutkimukseen vaikuttaa useita eri tekijöitä, joita pitää ottaa huomioon tutkimusprosessissa. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulee tutkia sitä mitä sen on tarkoituskin selvittää. Jos tutkimukselle ei ole asetettu täsmällisiä tavoitteita, alkaa helposti keskittymään väriin asioihin. Mitattavat käsitteet ja muuttujat tulee olla tarkoin määritellyt. Validiutta on vaikeaa tarkastella jälkikäteen, joten on tärkeää tehdä huolellinen suunnittelu ja tiedon hankinta etukäteen. Perusjoukon tarkka määrittely, tarpeeksi suuri otos ja korkea vastausprosentti auttavat validin tutkimuksen toteuttamista. (Heikkilä, 2014, s. 27). Määrällisessä tutkimuksessa suositeltava havaintoyksiköiden eli vastaajien määrä on 100. Puolisoita vastasi kyselyyn 79, joten otoskoko ei ole kovin suuri. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa, jos kyselyyn vastanneista puolisoista osa on jättänyt vastaamatta johonkin kysymykseen. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että osa kyselylomakkeen kysymyksistä on jätetty pois. Se vaikuttaa luotettavuuteen siten, että jotain täydentäviä kysymyksiä voi jäädä pois. Olemme pyrkineet valitsemaan kysymykset niin, ettei kysymysten pois jättäminen vaikuttaisi luotettavuuteen.

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Aineistojen analysoinnissa täytyy olla tarkka ja kriittinen. Virheitä voi sattua helposti esimerkiksi tietoja kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tutkittaessa. Tärkeää on, että osaa tulkita tulokset oikein. Tulokset ovat sattumanvaraisia, jos otoskoko on liian pieni. (Heikkilä, 2014, s. 28). Kyselyn vastaukset on analysoinut yhteistyökumppanimme SPSS - ohjelmalla ja olemme niiden perusteella tehneet kaaviot. Jos SPSS -ohjelmalla analysoidessa on tapahtunut virheitä, emme pysty korjaamaan tai havaitsemaan virheitä. Meidän on täytynyt myös osata lukea SPSS-ohjelmalla tehtyjä tiedostoja oikein, jotta olemme osanneet tehdä oikeanlaiset kaaviot.

Objektiivisuudella eli puolueettomuudella tarkoitetaan sitä, että jokaiseen tutkimukseen liittyy subjektiivisia valintoja tutkimusmenetelmästä, kysymysten muotoilusta, analysointimenetelmistä ja raportointitavasta. Virheitä voi sattua, vaikka olisi kuinka huolellinen. Tuloksia ei kuitenkaan saa vääristää tahallisesti tai kontrolloida tutkimusta tarkoituksellisesti. Myöskään poliittiset ja moraaliset vakaumukset eivät saa sekoittaa tutkimuksen tuloksia eikä vaikuttaa tutkimusprosessiin. (Heikkilä, 2014, s. 28–29). Työelämän yhteistyökumppani löytyi Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin kampuksen OSKE-torilta vuonna 2020. Opinnäytetyömme tekijöillä ei ollut omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Kuitenkin kahden vuoden kuluessa, olemme saaneet omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Olemme molemmat olleet työsuhteessa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksikössä ja palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön raportin teon puolueettomana pysymiseen on pitänyt kiinnittää erityistä huomiota, koska olemme harjoitteluissa ja työelämässä havainnut puolisojen jäävän usein ilman tarvitsemaa tukea.

Avoimuus on tärkeää tutkimuksissa, sillä kyselyyn osallistuvilla on tärkeää kertoa tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa. Raportissa tulee esittää kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset eikä tuloksia saa rajoittaa tutkimuksen toimeksiantajan eduksi. Kaikki käytetyt menetelmät ja epätarkkuusriskit kerrotaan ja niiden vaikutus yleistettävyyteen pyritään selvittämään. (Heikkilä, 2014, s. 29). Olemme

analysoineet tulokset niiden tietojen mukaan mitä olemme saaneet yhteistyökumppaniltamme ja olemme pyrkineet tuomaan tutkimuksen tuloksia mahdollisimman avoimesti ja rehellisesti esille.

Tutkimuksen tulee olla hyödyllinen ja käyttökelpoinen ja sen on tuotava jotakin uutta esille. Tulosten hyödyllisyyteen voi vaikuttaa tutkimusmenetelmä. Erilaisilla menetelmillä voi saada erilaista tietoa samasta kohteesta. (Heikkilä, 2014, s. 30.) Tutkimuksessamme pyrimme tuomaan esille uusia näkökulmia puolisoiden kokemista tuen tarpeista ja jaksamisesta arjessa. Laadullisella tutkimusmenetelmällä saamme tuotua esille puolisoiden omia kokemuksia ja määrällisen tutkimusmenetelmän avulla havainnollistamme, kuinka monelle puolisolle aiheutuu erilaisia ongelmia kuntoutujan tilanteesta johtuen.

Opinnäytetyössämme käytettävät kysymykset ja kyselylomakkeen vastaukset saimme suoraan MIPA2.0 tutkimusohjelman yhdyshenkilöltä A-klinikkasäätiöltä Diakonia-ammattikorkeakoulun suojattuun sähköpostiin. Kysymysten muotoiluun meillä ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa, koska kyselylomake oli teetetty ennen opinnäytetyöprosessimme alkamista vuonna 2019. Hyvien kysymysten piirteitä ovat yhden asian kysyminen kerralla ja kysymys ei saa olla liian pitkä, jotta kyselyyn vastaaja jaksaa keskittyä siihen mitä kysytään. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia ja niiden tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä. Kysymysten muotoilussa ei kannata käyttää sivistyssanoja. Jos yhdellä kysymyksellä kysytään eriasioita, tulee kysymysten alaosat esittää erikseen. On tärkeää välttää taustatietojen kysymistä tarkasti, ettei niistä voi tunnistaa kyselyyn vastaajaa. Ilmoitettava selvästi ketä kysymys koskee, sillä väärin vastatut kysymykset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. (Heikkilä, 2014, s. 55–56). Kyselyn kysymykset ovat hyvin muotoiltuja, selkeitä ja helposti ymmärrettävissä. Kysymyksissä alaosat ovat kysytyt erikseen eikä kyselyssä kysytä liikaa tunnistettavia tietoja.

9.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös samoja asioita kuin määrällisessä tutkimuksessa. Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten riippumattomuutta tuloksiin vaikuttavista tekijöistä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus ei ole määriteltävissä määrällisen mittarin mukaan vaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan sen mukaan, mitä menetelmiä aineiston käsittelyssä on käytetty. (Aaltio ym., 2020, s. 169.)

Tärkeitä käsitteitä luotettavuutta arvioidessa on validiteetti ja reliabiliteetti. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on ymmärrettävä laajemmin kuin kahden käsitteen avulla. Validius tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteeksi määritellyn ilmiön eheyttä. Tärkeää on lisätä ilmiön ymmärrettävyyttä ja näkyvyyttä. Tutkimuksen luotettavuus paranee, kun perehtyy kunnolla tutkimuksen kohdeilmiöön ja ottaa huomioon erilaiset näkökulmat. Tärkeää on myös pohtia valittujen menetelmien soveltuvuutta tutkittavaan kohdeilmiöön. Mikään menetelmä ei kuitenkaan ole suoraan luotettava tai epäluotettava. (Aaltio ym., 2020, s.172.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei kuitenkaan pystytä arvioimaan, siten kuinka hyvin tutkimus kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa ilmiöille ei ole löydettävissä yhtä oikeaa tulkintaa. Laadullisen tutkimuksen uskottavuuden arviointi koostuu monesta eri tekijästä. Tutkittava ilmiö tulee tuntea monipuolisesti ja perinpohjaisesti, jotta se vahvistaa myös tutkimuksen luotettavuutta. (Julkunen ym., 2020, s.182.) Laadullisen tutkimuksen uskottavuus hahmottuu ja rakentuukin tutkimusprosessin kuvauksessa, perusteluissa ja analyysissa. Uskottavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksessa tehdyt valinnat perustellaan tarkasti. (Aaltio ym., 2020, s.170.) Olemme etsineet laajasti tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja olemme perustelleet opinnäytetyössämme esiintyvät valinnat. Käsittelemme ensimmäistä kertaa laadullista aineistoa, joten menetelmien käyttämiseen on pitänyt kiinnittää erityisesti huomiota.

9.3 Eettisyys

Tutkimuksen toteuttamiseen liittyy aina joukko eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuneiden ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia. (Kallinen ym., 2019, luku eettiset periaatteet käytännössä.)

Tietosuojasta on tärkeää huolehtia tutkimuksen aikana. Vastaajia ei saa tunnistaa tuloksista. Tuloksia julkaistaessa on muistettava, että tilastoyksikköä koskevia tietoja ei luovuteta tiedon käyttäjille tunnistettavassa muodossa. (Heikkilä, 2014, s. 29). Tietosuojaan liittyvät asiat olemme huomioineet opinnäytetyön prosessin aikana huolellisesti. Olemme käyttäneet opinnäytetyömme teossa Diakonia-ammattikorkeakoulun tarjoamia Microsoft Officeen -palveluja tiedonkulun vaihtoon. Yksilöinä olemme huolehtineet aineistojen tallentamisesta turvallisessa muodossa, joko tietokoneelle tai älypuhelimelle. Käytössämme on Diakonia-ammattikorkeakoulun Microsoft Officeen pilvipalvelu, jonne olemme tallentaneet opinnäytetyön prosessin eri vaiheet. Olemme jakaneet opinnäytetyömme toisillemme ammattikorkeakoulumme Microsoftin turvasähköpostia käyttäen.

Henkilötiedolla tarkoitetaan tunnistettavia tietoja tietyistä henkilöistä. Henkilötietoja voi olla esimerkiksi nimi, terveystiedot, puhelinnumero ja sijaintitiedot. Henkilötietoja käsiteltäessä noudatetaan tietosuojalainsäädännön mukaisia tietosuojaperiaatteita. Tietosuojaperiaatteiden mukaan henkilötietoja tulee käsitellä lainmukaisesti, asianmukaisesti ja niitä on käsiteltävä turvallisesti ja luottamuksellisesti. Tietoja saa kerätä vain laillista tarkoitusta varten ja vain tarpeellisen määrän tarkoituksen mukaan. (Tietosuojavaltuutetun toimisto, i.a.a) Tutkimuksen vastanneiden taustatiedoista ei voi tunnistaa kyselyyn vastanneita.

Henkilötietojen pseudonymisointi tarkoittaa, että henkilötietoja ei voi yhdistää tiettyyn henkilöön ilman lisätietoja. Pseudonymisointia käytetään usein tutkimuksissa ja tilastoinnissa. Anonymisointi tarkoittaa henkilötietojen käsittelyä

siten, ettei tiedoista voi enää tunnistaa tiettyä henkilöä. Pseudonymisoinnin ja anonymisoinnin käyttäminen parantaa tutkimuksen eettisyyttä. (Tietosuojavaltuutetun toimisto, i.a.b). Saatekirjeessä kyselyyn osallistuvilla on kerrottu, että vastaukset käsitellään ilman henkilötietoja luottamuksellisesti. Tutkimuksen julkaisuissa ei kerrota kyselyyn vastanneiden henkilötietoja. Tutkimustuloksia käytetään parantamaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien omaisten asemaa ja heille tarjottavia palveluita. (Liite 1, Saatekirje). Tutkimuksen aineiston lukemiseen ja käsittelyyn tarvitsee tutkimusluvan, jonka haimme vuoden 2020 keväällä.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoiden kokemasta tuen tarpeista ja jaksamisesta. Pääsimme tavoitteeseen, koska saimme tietoa molemmista osa-alueista. Koimme kyselylomakkeella kerätyn aineiston soveltuvan hyvin antamaan kattavia vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Saatuemme tutkimuksemme tulokset, etsimme vastaavanlaisia tutkimuksia ja vertailimme tuloksiamme aiempiin tutkimuksiin. Mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvointia ja tuen tarpeita koskevissa tutkimuksissa oli paljon samanlaisia löydöksiä, kuin omassa tutkimuksessamme. Yhdenmukaisuuksia löytyi puolisoiden kokemista tunteista, tilanteen vaikutuksista puolisoiden terveyteen ja sosiaalisiin suhteisiin, arjessa selviytymiseen ja tuen tarpeisiin.

Tutkimuksemme vastaajista suuriin osa eli 84.4 %:a oli sukupuoli-identiteetiltään naisia, joten tutkimuksemme tulokset kertovat enimmäkseen naisten tuen

tarpeista ja arjessa jaksamisesta. Tutkimuksen tulkintaan tulee suhtautua tämän vuoksi kriittisesti. Kuntoutujien mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat olleet pidempi aikaisia noin 54 %:lla yli 10 vuotta. Tutkimuksemme tuloksissa kartoitimme kuntoutujan mielenterveys- tai päihdeongelmaa, mutta kysymyksessä pystyi valitsemaan useamman eri vastausvaihtoehdon, eli kuntoutujilla on voinut olla kaksoisdiagnoosi, eli samanaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma. Tämä jäi tutkimuksessamme huomioimatta.

Tutkimuksessamme valtaosa puolisoista eli noin 80 %:a kokee kuntoutujan tilanteen olevan yhteydessä oman fyysisen terveydentilan huononemisen kanssa. Myös aiemmissa tutkimuksissa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten perheenjäsenien kokema stressi on yhdistetty fyysisen terveyden tilan huononemiseen. Ólafsdóttir:n väitöstutkimuksessa perheenjäsenet sairastuivat stressin aiheuttamiin somaattisiin sairauksiin ja samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet olivat muihin perheenjäseniin verrattuna useammin masentuneita, ahdistuneita ja stressaantuneita (Ólafsdóttir, 2020 s.49–79.) Rautamiehen ja Vanhakylän tutkimuksessa mielenterveysomaisten kokema kuormitus aiheutti psyykkisiä ja fyysisiä oireita, kuten unettomuutta, masennusta ja loppuun palamista (Rautamies & Vanhakylä, 2017 s. 34–35.) Tutkimuksemme vastaajista 76,6 %:a asui kuntoutujan kanssa samassa taloudessa, mikä voi lisätä puolison kokemaa kuormitusta. Suurin osa puolisoista koki häpeän ja syyllisyyden tunteita kuntoutujan tilanteesta, mikä voi entisestään heikentää hyvinvointia ja vaikuttaa parisuhteeseen. Häpeän ja syyllisyyden tuntemukset voivat myös vaikeuttaa puolison avun piiriin hakeutumisessa (Jurvansuu & Ringbom 2020.)

Kuntoutujan tilanne aiheuttaa suurelle osalle puolisoista erilaisia sosiaalisia vaikutuksia, ongelmat ihmissuhteissa ja parisuhteissa sekä eristäytyminen muista ihmisistä nousi esille tutkimuksemme tuloksissa. Kuntoutujan tilanne aiheutti jollain tavalla vaikeuksia ihmissuhteisiin 83.8 % :lle puolisoista ja paljon ongelmia parisuhteeseen 68.9 %:lle puolisoista. Eristäytymistä muista ihmisistä aiheutui 77 %:lle puolisoista. Aiemmissa tutkimuksissa mielenterveysongelmaisten puoliset ovat kokeneet eristäytymistä muista ihmisistä ja sairastuneesta puolisoista. Myös puolison mielenterveysongelman

salailu lähipiiriltä on tutkitusti yhteydessä eristäytymisen lisääntymiseen. (Lawn & McMahon, 2014.) Tutkimuksemme tulos sosiaalisista vaikutuksista on samankaltainen kuin valtakunnallisessa mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksessa, jossa 74 %:a omaisista koki läheisen mielenterveysongelman vaikuttaneen omiin sosiaalisiin suhteisiin ja vapaa-ajan viettoon rajoittavasti (Kallunki & Knaapi, 2020.) Suhteet lähimmäisiin ja perheeseen voivat kärsiä, sillä kuntoutujan käytös voi olla hallitsematonta ja arvaamatonta. Puolison lähipiiri ei välttämättä ymmärrä, miksi joku haluaa olla osana mielenterveys- ja päihdekuntoutujan elämää. Ilman lähipiirin tukea, puolisojen kokema kuormitus voi kasvaa. Mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat sekä psyykkisiä- että somaattisia oireita, jotka voivat aiheuttaa erinäisiä ongelmia parisuhteeseen. Puolisojen kokemat vaikeat tunteet ongelmista kohtaan voivat myös vaikeuttaa parisuhteen toimintaa ja parisuhteen läheisyyden muutokset voivat aiheuttaa puolisoissa yksinäisyyden tuntemuksia (Huttunen, 2017b.)

Puolisot kokivat päivittäisistä toimista selviytymisen sekä vaikeaksi (37.7 %) että helpoksi (39 %). Päivittäisiä toimia ovat esimerkiksi itsestä ja muista huolehtiminen, työ, opiskelu, kotityöt ja harrastukset. Vaihtelu vastauksissa voi johtua puolisojen yksilöllisen positiivisen mielenterveyden eroista ja mielenterveyttä suojaavista tekijöistä. Toki elämäntilanne vaikuttanee vastaukseen. Suurin osa puolisoista eli 76.7 %:a asuu kuntoutujan kanssa samassa taloudessa, mikä tuo arjessa jaksamiseen haasteita, koska puolisoille jää usein vastuu perheen asioiden hoitamisesta. Arjen sujuvuuteen vaikuttaa varmasti kuntoutujan hoitotasapaino sekä puolisojen yksilölliset mielenterveyttä suojaavat tekijät.

Tutkimuksemme puolisoista 87.7 %:a kokee vapaa-ajan vieton rajoitetuksi. Myös mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksessa omaisista valtaosa (74 %) koki läheisen mielenterveysongelman vaikuttaneen vapaa-ajankäyttöön (Kallunki & Knaapi, 2020.) Mielekkääksi koettu vapaa-ajan vietto on tärkeä osa mielen hyvinvointia. Kuntoutujan tilanne voi vaikuttaa puolison hyvinvointiin ja ajankäyttöön, minkä vuoksi voimavarat tai aika ei riitä vapaa-ajan viettoon. Puoliso voi kokea myös velvollisuutta viettää vapaa-aikaansa kuntoutujan

asettamin ehdoin. Kuntoutujan tilanne vaikuttaa noin puolella vastanneista jollakin tavalla työssä käymiseen tai opiskeluun. Työt ja opiskelut nähdään tärkeänä osana elämää, joita tarvitaan elämän ylläpitämiseen. Kuntoutujan tilanne voi vaikuttaa taustalla työssä ja opiskeluissa jaksamiseen. Työt ja opiskelut voivat kuluttaa puolisoiden voimavaroja muutenkin raskaassa arjessa paljon, joten ei välttämättä ole jaksamista työ- tai opiskelupäivän jälkeen enää vapaa-ajan harrastuksille, vaikka harrastukset toisivatkin hyvää tasapainoa elämään.

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden saavutettavuudessa ja hyödyllisessä tiedon saannissa oli puutteita. Suurin osa eli 87.8 %:a puolisoista kokee, että sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijät eivät ole olleet riittävästi tavoitettavissa kuntoutujan ongelmaan liittyen. Tiedonpuute kuntoutujan tilanteesta kuormittaa puolisoita, kun 41.5 %:a ei saa ollenkaan tietoa hoitotaholta kuntoutujan tilanteesta ja 29.3 %:a ei saa riittävästi tietoa. Kuitenkin 29.3 %:a puolisoista koki saavansa riittävästi tietoa kuntoutujan tilanteesta. Puolet puolisoista ei saanut ollenkaan hyödyllistä tietoa kuntoutujan ongelmasta sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöiltä, kuten valtakunnallisessa mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksessa suurin osa omaisista (64 %) koki saaneensa huonosti tai ei lainkaan tietoa sairastuneen sairaudesta (Kallunki & Knaapi, 2020.)

Tutkimusaineistomme kuntoutujista merkittävä osuus eli 36.5 %:a ei saanut ongelmaansa hoitoa tai palvelua, mikä saattaa lisätä puolisoiden tuen tarvetta, psyykkistä sekä fyysistä kuormitusta ja perheen sisäisiä ongelmia. Toisaalta ongelmat voivat olla sellaisia, että niihin ei tarvita erityistä hoitoa tai apua. Kuntoutujalla on oikeus päättää, kenelle hoitotaho saa luovuttaa tietoja ja hoitotahoa ohjaa lait potilastietojen luovutuksesta. Hoitotahon kaikilla työntekijöillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa kuntoutujan tilanteesta. Edellä mainitut voivat vaikuttaa puolison riittävään tiedon saantiin. Hyödyllisen tiedon saanti voi auttaa puolisoa kuntoutujan ymmärtämisessä, kohtaamisessa ja auttamisessa. Hyödyllisen tiedon saaminen voi kuitenkin riippua monista eri tekijöistä, kuten hoitotahosta, potilastietojen luovutuskiellosta tai kuntoutujasta.

Hyödyllinen tieto koetaan myös yksilöllisesti, toiselle hyödyllinen tieto voi olla toiselle hyödytöntä.

Avoimen kysymyksen vastauksista nousi esiin ammatti- ja vertaistuen tarve. Puolisot toivat esille kaikista eniten vertaistuen tärkeyden, sillä puolisot kokevat vertaistuen tärkeäksi. Lisäksi puolisot toivovat jaksamisensa tueksi terapiaa ja erilaisia ryhmiä, joissa voi saada vertaistukea. Tutkimuksessa vertaistuen vaikuttavuudesta Irti Huumeista ry:n läheisille tarkoitetuissa vertaistukiryhmissä kävijät kokevat vertaistuen vaikuttaneen elämään monella eri tavalla. Vertaistukiryhmät ovat helpottaneet läheisiä ja lisänneet ymmärrystä. Lisäksi vertaistuki on helpottanut syyllisyydentunteisiin ja arvostus omaa elämää kohtaan kasvanut. (Pennanen, 2007, s. 68). Puolisot toivovat myös apua ja tukea kuntoutujan kohtaamiseen, sillä puolisot haluavat tukea kuntoutujia mahdollisimman paljon. Puolisot kokevat kuitenkin, että kuntoutujat ahdistuvat liiallisesta tukemisesta ja motivoimisesta. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset nousevat tässäkin esille, sillä heiltä toivotaan apua ja ohjeita kuntoutujien kohtaamiseen. Puolisoille olisi hyvä löytää helppo tapa saada yhteyttä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisiin avun saamiseksi. Puolisot kokivat, ettei ole oikeaa kanavaa saada nopeasti ja helposti apua.

Ólafsdóttir:n väitöstutkimuksessa päihderiippuvainen omainen aiheutti taloudellisia ongelmia perheeseen, omaisuutta tuhoamalla ja rikoksia tehden. Puolisoilla ilmeni myös taloudellisia ongelmia, koska väkivaltaisen päihderiippuvaisen oli vaikea pitää työpaikkaa. (Ólafsdóttir, 2020 s.49–79.) Avoimen kysymyksen vastauksista ilmenee, että puolisot tarvitsevat apua tukien hakemisessa ja raha-asioissa. Puolisot eivät koe tietävänsä tarpeeksi erilaisista tuista eivätkä he osaa auttaa kuntoutujia hakemaan oikeita etuuksia. Puolisot toivoivat myös rahaa terapiaan, sillä terapia on todella kallista. Raha-asiat vaikuttavat paljonkin arkeen ja arjessa jaksamiseen, varsinkin jos joutuu kannattelemaan talouden rahatilannetta yksin.

Omaisten tarjoama apu, ulottuu moninaisesti eri elämänalueille, kuten sosiaalisiin suhteisiin, talouden ylläpitoon ja terveydentilaan vaikuttaviin asioihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015 s. 21–22). Avoimen kysymyksen vastauksista

ilmenee, että erityisesti perheelliset tarvitsevat konkreettista apua arkeensa. Konkreettinen apu on rahallista tukea, siivousapua ja lastenhoitoapua. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan voi olla vaikeaa auttaa arjessa, jolloin arjen tapahtumat jäävät puolison vastuulle. Vastuu arjen pyörittämisestä on raskasta varsinkin ilman tukea. Puolisot kokevatkin läheiset ja ystävät tärkeäksi osaksi arkea ja jaksamista. Puolisot toivovat, että ystävät ja läheiset voisivat auttaa tarpeen tullen. Luotettava ystävä, jonka puoleen kääntyä on tärkeä tuki kiireisessä arjessa.

Koemme, että olemme tuoneet kyselyyn vastanneiden omia näkemyksiä kattavasti esille opinnäytetyössämme ja olemme tyytyväisiä saatuihin tuloksiin. Jälkikäteen mietittynä olisimme valinneet analysoitaviksi useampia strukturoituja kysymyksiä sekä varanneet enemmän aikaa kysymysten analysoimista varten.

10.2 Ammatillinen kasvu

Ammatillisella kasvulla tarkoitetaan työyhteisön, työntekijän ja työyhteisössä harjoittelevan opiskelijan kasvua ja kehitystä kohti asiantuntijuutta. Ammatillinen kasvu on jatkuva prosessi, joka lisääntyy tiedonhankinnan, oppimisen ja kokemuksen avulla. (Nyman & Paronen, 2021. s. 6.) Opinnäytetyömme on auttanut ammatillisen identiteetin kehityksessämme ja opettanut tutkimusprosessin hahmottamista sekä antanut lisätietoa omaisten kokemista avun tarpeista että hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä.

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset on jaettu 13 eri osa-alueeseen, jotka vastavalmistuneen sairaanhoitajan tulee tuntea ja hallita (Diak. Opiskelu. Opiskelijan polku.) Opinnäytetyössämme olemme olleet eettisten kysymysten äärellä tutkiessamme mielenterveys- ja päihdeongelmaisten puolisojen hyvinvointia. Tutkimuksemme avulla olemme löytäneet keinoja, miten pystymme ottamaan mielenterveys- ja päihdeomaiset huomioon ja toivomme muidenkin sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden saavan opinnäytetyömme avulla tietoa omaisiin vaikuttavista asioista. Olemme kiinnittäneet erityistä huomiota

opinnäytetyömme kieliasuun, jotta emme käyttäisi loukkaavia tai leimaavia sanamuotoja. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin on stigmatisoivia eli leimaavia asenteita Suomessa ja toivomme että opinnäytetyömme avulla pystymme vähentämään näitä asenteita. Toivomme, että opinnäytetyömme avulla myös muut sosiaali- ja terveysalan työntekijät pystyvät kiinnittämään huomiota asiakkaiden yhdenvertaiseen, tasa-arvoiseen ja syrjimättömään kohteluun.

Opinnäytetyömme kohdeilmion laajuus toi haastetta ja muokkasimme teoreettista viitekehystä useaan otteeseen, jotta tekstistä tulisi helppolukuisempaa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten puolisoiden hyvinvoinnista on verrattain vähän tieteellistä näyttöä, mikä vaikutti tutkimuksen etenemiseen. Jälkikäteen mietittynä olisimme rajanneet tutkittavaa aihetta tarkemmin, jotta teoreettisen viitekehyksen luominen olisi ollut helpompaa. Lisäksi olisimme ottaneet analysoitavaksi kyselylomakkeesta myös vastaajien taustatietoja, jotta olisimme voineet lisätä tutkimuksemme luotettavuutta ja tarkastella esimerkiksi sosioekonomisen taustan yhteyttä puolisoiden kokemuksiin. Haasteellisuutta lisäsi vielä opinnäytetyömme tekijöiden kokemattomuus tutkimuksen tekemisestä ja tutkimuksen tekeminen oli jatkuvaa uusien asioiden oppimista. Koemme että olemme oppineet tutkimusprosessin aikana kykyä tutkia ja arvioida tiedon luotettavuutta sekä soveltamaan luotettavaa tietoa sairaanhoitajan työhön.

Valmiin kyselyaineiston analysointi toi myös haastetta tutkimuksen tekemiseen, koska emme pystyneet itse vaikuttamaan kyselylomakkeen kysymysten muotoiluun tai aineiston keruuseen. Tutkimuskysymyksien asettelu toi haastetta samasta syystä. Koemme, että tutkimuksen tekeminen olisi mahdollisesti voinut olla helpompaa, jos olisimme laatineet kyselyn itse. Toisaalta valmiin kyselyaineiston ansiosta pystyimme keskittymään paremmin tutkimusprosessin muihin vaiheisiin. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistäminen opinnäytetyössämme toi myös mukanaan haastetta. Lisäksi työnjaon tasavertaisuutta oli vaikea arvioida, mutta kaiken kaikkiaan olemme tyytyväisiä lopulliseen opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyön tekeminen vahvisti tietämystämme erilaisista mielenterveys- ja päihdepalveluista ja omaisten tarvitsemasta avusta. Omaisille suunnattuja

palveluja on kuitenkin vähän ja suuri osa niistä on eri järjestöjen toteuttamia. Tutkimuksen tekemisen yhteydessä tutustuimme eri järjestöjen tarjoamiin mielenterveys- ja päihdeomaisille suunnattuihin palveluihin, mikä on auttanut meitä hahmottamaan järjestöjen tärkeää asemaa mielenterveys- ja päihdealalla. Opinnäytetyömme raportti julkaistaan A-klinikkasäätiön koordinoimassa MIPA-hankesivustolla ja Theseuksessa. Lisäksi opinnäytetyömme annetaan laajempaan levitykseen MIPA 2.0 tutkimusohjelmassa mukana oleville järjestöille. Toivomme opinnäytetyömme lisäävän yhteiskunnallista keskustelua mielenterveys- ja päihdeongelmaisten omaisten hyvinvoinnista sekä palvelun saannista. Erityisesti toivomme, että jatkotutkimuksia tehtäisiin miessukupuolisten ja muiden sukupuolien puolisojen hyvinvoinnista ja avuntarpeista, koska omassa tutkimuksessamme miehiä oli selvä vähemmistö.

10.3 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusehdotukset

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisojen jaksamiseen vaikuttavat monet erilaiset tunteet kuten häpeän ja syyllisyyden tunteet kuntoutujan tilanteesta. Puolisoiden kokevat myös fyysisen hyvinvoinnin heikentyneen kuntoutujan tilanteen takia. Fyysiseen hyvinvointiin vaikuttaa paljon myös henkinen jaksaminen ja hyvinvointi. Samassa taloudessa asuminen kuntoutujan kanssa voi vaikuttaa negatiivisesti puolison jaksamiseen. Vastuu arjen pyörittämisestä jää usein puolison vastuulle. Samassa taloudessa asuminen kuntoutujan kanssa voi vaikuttaa myös parisuhteen tilanteeseen, sillä kuntoutuja voi vahingoittaa läheisiään fyysisesti ja psyykkisesti. Avoimen kysymyksen vastauksissa nousi esille pariterapia, josta toivottiin apua arjen jaksamiseen. Pariterapia voisi olla hyvä keino parantaa arjessa jaksamista, sillä parisuhteen ongelmat vaikuttavat niin fyysiseen kuin henkiseen jaksamiseen.

Puolisoiden vapaa-ajan vietto on rajoitettua. Puolison vastuu arjessa voi vaikuttaa vapaa-ajan viettoon, sillä aikaa ei välttämättä jää muuhun kuin arjen pyörittämiseen. Taloudellinen vastuu on usein puolison harteilla, sillä kuntoutuja ei ole välttämättä työelämässä. Puolisot tarvitsisivatkin apua erilaisten tukien

hakemiseen sekä neuvontaa talouden hallintaa koskien, koska taloudelliset ongelmat heikentävät hyvinvointia.

Puolisoilla on tarvetta ammatti- ja vertaisavulle. Puolisot eivät saa tarpeeksi tietoa kuntoutujan hoidosta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Tiedon saantiin vaikuttaa tietysti kuntoutujan oikeus määrittää luovutetaanko tietoja lähimmäisille. Puolisot haluaisivat selvästi tietää enemmän kuntoutujan hoidosta. Usein myös puoliset jätetään huomioimatta ja varsinkin, jos kuntoutuja ei halua hoitoa, ei silloin puolisoitakaan saa tarvitsemaansa apua. Avoimen kysymyksen vastauksesta nousi esille tarve vertaistuelle. Puolisot näkevät vertaistuen tärkeänä, koska tukiryhmissä saa puhua vapaasti tuntemuksistaan, tulee kuulluksi ja muut ymmärtävät. Läheisiltä voi olla vaikeaa saada tukea ja ymmärrystä, koska läheiset eivät välttämättä ymmärrä miksi joku haluaa olla parisuhteessa mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kanssa. Läheiset eivät välttämättä myöskään ymmärrä, mitä kaikkea mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kanssa joutuu kokemaan. Vertaistukiryhmät ovat siis puolisoitten mukaan keino parantaa jaksamista.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta toivottaisiin tukea kuntoutujan kohtaamiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella puoliset tarvitsevat moninaista tukea arjessa jaksamiseen ja heille suunnattuja palveluita tulisi vielä kehittää. Puolisot tarvitsevat tukea lähes jokaisella elämän osa-alueella. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tulisi osata huomioida myös puolisoitten avun tarve sekä tarvittaessa ohjata puoliso avun piiriin. Erityisesti puolisoille tarvittaisiin enemmän vertaistukiryhmiä sekä helppo tapa tai väylä saada apua tarvittaessa. Mahdollisuus pariterapiaan tai yksilöterapiaan tulisi myös turvata. Suomessa omaisten tarvitsemaan tukeen ei tällä hetkellä kuitenkaan pystytä vastamaan tarpeeksi, koska palvelut ovat paikkakuntakohtaisia. Täten moni omainen voi jäädä ilman tarvitsemaansa tukea. Kysyntää omaisille suunnatuille palveluille olisi ja niiden saatavuus tulisi olla nykyistä tasapuolisempaa.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien puolisoitten tukeminen on myös kansanterveydellisestä näkökulmasta tärkeää. Avun tarjoaminen riittävän ajoissa voi auttaa myöhemmin ehkäisemään mielenterveys- ja päihdeongelmia.

Kansallinen mielenterveysstrategia on luotu kehittämään ja edistämään mielenterveys- ja päihdetyötä muiden sosiaali- ja terveystalvelujen tasolle, sillä tällä hetkellä mielenterveystalvelujen saatavuus on heikkoa. Mielenterveysongelmat ovat kansanterveydellinen haaste, joten niitä tulisi pystyä ehkäisemään, hoitamaan ja vähentää niihin liittyviä syrjimistä ja leimaamista. (Vorma ym. 2020, s. 3.) Päihde- ja riippuvuusstrategian päämääränä on vähentää päihteiden eli alkoholin ja huumeiden käyttöä ja rahapelaamisesta aiheutuvia haittoja ja ongelmia. Yhtenä päätavoitteena on ottaa myös läheisten oikeudet huomioon. (Viertö ym. 2020, s.13.) Omaisille tarvitaan talveluita, jotka vastaavat heidän avun tarpeisiinsa. Tällä hetkellä omaisille tarjottava apu on keskittynyt lähinnä kolmannelle ja yksityiselle sektorille, joista omaisten on vaikea saada omatoimisesti tietoa. Terveystalan ammattilaisilla ei välttämättä ole tietoa eri talveluista ja olisi hyvä, jos näistä talveluista saataisiin tietoa tietokannoista, eikä tiedon saaminen jäisi omaisen tai ammattilaisen etsittäväksi. Suurin osa omaisille kohdennetuista talveluista ovat keskittyneet kaupunkeihin ja etenkin pääkaupunkiseudulle, jolloin maaseudulla asuvat mahdollisesti jäävät ilman tarvitsemaansa apua.

Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää mies- ja muiden sukupuolien päihde- ja mielenterveyskuntoutujien puolisoitten arjessa jaksamista ja tuen tarpeita, koska omassa tutkimuksessamme ja opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa suurin osa vastaajista oli sukupuoli-identiteetiltään naisia. Tutkimuksemme myötä aloimme pohtimaan, miten sosiaali- ja terveystalan työntekijät saavat tietoa omaisille suunnatuista talveluista ja kuinka helposti näiden talveluiden pariin omaisia ohjataan. Koemme että omaisille suunnattujen talveluiden pirstaleisuus vaikeuttaa talveluiden piiriin ohjaamista ja kaikilla sosiaali- ja terveystalan työntekijöillä ei ole tietämystä saatavista talveluista. Ammattilaisten tietoisuutta omaisten kokemasta avun tarpeesta tulisi myös lisätä ja heidät tulisi nähdä yksilöllisinä avun tarvitsijoina, koska perheenjäsenen mielenterveys- ja päihdeongelma vaikuttavat monimuotoisesti koko perheen sisällä.

LÄHTEET

- Aaltio, i., Juuti, P. (toim.), Puusa, A. (toim.). (2020). *Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon?* Laadullisen tutkimuksen menetelmät ja näkökulmat. Gaudeamus.
- Aalto, M. (2018). *Kaksoisdiagnoosi*. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla 10.11.2022
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01412>
- A-klinikkasäätiö. (i.a). *Säätiön esittely*. Saatavilla 10.8.2021 <https://a-klinikkasaatio.fi/saatio/mita-teemme/saation-esittely>
- Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet*. (15.12.2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 28.6.2021 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/mita-ehkaiseva-paihdeyto-on/keskeiset-kasitteet>
- Alkoholinkäytön terveyshaitat ja -riskit*. (18.6.2021). Päihdelinkki. Saatavilla 20.3.2022
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa>
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen N., Nordling, E. & Solin P. (2016). *Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?* Suomen lääkärilehti 24/2016 VSK 71. Saatavilla 11.7.2021
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230006/SLL242016_1759.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dalton, J. & Orford, S. 2005. *A four-year follow-up of close family members of Birmingham untreated heavy drinkers. Addiction Research and Theory April 2005, 13(2): 155–170.*
- DIAK. Opiskelu. Opiskelijan polku. Opintojen suorittaminen. Arviointi. Osaamisvaatimukset. Sairaanhoidtaja (AMK). Saatavilla 15.9.2022
<https://www.diak.fi/opiskelu/opiskelijan-polku/opintojen-suorittaminen/arviointi/terveysalan-osaamiskuvaukset/>
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. Edita.
- Huttunen M. (2018a). *Elämäntilanteeseen liittyvät reaktiiviset häiriöt*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 30.11.2018.

Saatavilla 10.11.2022

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00367/elamantilanteeseen-liittyvat-reaktiiviset-hairiot?q=Stressi>

Huttunen, M. (2017a). *Mielenterveyden häiriöt*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 24.9.2017. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>

Huttunen, M. (2017b). *Omaisiet ja psyykkisesti sairastunut*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 24.9.2017. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00008/omaiset-ja-psyykkisesti-sairastunut?q=mielenterveyskuntoutuja>

Huttunen, M. (2018b). *Päihde- ja huumeriippuvuus*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 30.11.2018. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00414>

Huttunen M. (2018c). *Traumaperäinen stressihäiriö*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 30.11.2018. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressihairio?q=Stressi>

Hämäläinen, K., Sanerva, A., Kuhaner, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö* (5.uud.painos). Sanoma Pro Oy.

Julkunen, S., Juuti, P. (toim.), Puusa, A. (toim.). (2020). *Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen menetelmät ja näkökulmat*. Gaudeamus.

Jurvansuu, S. & Ringbom, H. (20.2.2020). *Läheisen sairastaessa ristiriitaisetkin tunteet ovat luonnollisia*. FinFami - Uusimaa ry. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.finfamiuusimaa.fi/ajankohtaista/laheisen-sairastaessa-ristiriitaisetkin-tunteet-ovat-luonnollisia/>

Jurvansuu, S. & Ringbom, H. (2020). *Mielenterveys- ja päihdeomaisten saama sosiaalinen tuki ja sen yhteydet mielen hyvinvointiin*. Tietopuu: katsauksia ja näkökulmia 1/2020:1–13. Saatavilla 14.3.2022 https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/tutkittua/tietopuu_katsauksia_1_2020_mielenterveys-ja-paihdeomaisten-saama-sosiaalinen-tuki-ja-sen-yhteydet-mielen-hyvinvointiin.pdf

- Jurvansuu, S. & Tourunen, J. (2019). *Myös omainen voi paremmin, kun tukea tarvitseva läheinen saa apua*. Tiimi 5/2019. Saatavilla 14.3.2022
https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/tutkittua/Tiimi_519.pdf
- Kallinen, T. & Kinnunen, T. (2019). *Etnografia. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 11.8.2021
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/>
- Kallunki, M. & Knaapi, E. (2020). *Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea*. FinFami. Saatavilla 10.11.2022
<https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaiset-eivat-saa-tarvitsemaansa-maaraa-tukea/>
- Kettunen, P. (2013). *Auttava kohtaaminen: 1 Sielunhoidon perusteet ja teologia*. Paavo Kettunen, Lasten keskus & Kirjapaja Oy.
- Kosloff, A., Larivaara, M., Rotko, T. & Vorma, H. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kylmänen P. (8.1.2021). Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. *Sairaanhoidajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla 10.11.2022
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk04050>
- Lasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. & Cochrane, E. (2019). *Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness*. Pubmed. Saatavilla 11.7.2021
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927584/>
- Lawn, S. & McMahon, J. (2014). *The Importance of Relationship in Understanding the Experiences of Spouse Mental Health Carers*. Saatavilla 10.11.2022
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.848.2471&rep=rep1&type=pdf>
- Mattila, A. (1.4.2022). *Stressi*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 01.04.2022. Saatavilla 10.11.2022
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00976>
- Mielenterveystalo. (i.a.) *Päihdeongelmat*. Saatavilla 11.7.2021
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/paihdeongelmat.aspx

- Mieli ry. (i.a.) *Mitä mielenterveys on?* Saatavilla 12.8.2021
<https://mieli.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>
- Nyman, L., & Paronen, L. (2021). *Sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen kasvu ja ammatti-identiteetti : Uutena alalle tulleiden sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia.*
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021052711820>
- Ólafsdóttir, J. M., 2020. *Addiction within Families. The impact of substance use disorder on the family system.* Saatavilla 10.11.2022
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-229-0>
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., & Salo-Chydenius, S. (2015). *Päihdehoitotyö* (1.p.). SanomaPro Oy.
- Pennanen, J. (2007). *Vertaistuen vaikuttavuus.* Vertaistuen vaikuttavuus Irti Huumeista ry:n huumeiden käyttäjien läheisille tarkoitetuissa vertaistukiryhmissä. [Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto]. Saatavilla 19.11.2022
https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/12790/1/URN_NBN_fi_jyu-2007476.pdf
- Rautamies, E. & Vanhakylä, S. ”*Et jos ois joskus joku kysynyt, et miten mä jaksan.*” *Kokemuksia mielenterveysomaisen roolista ja leimautumisesta.* Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 10.11.2022
https://www.theseus.fi/bitstream/10024/122135/1/Rautamies_Ella_Vanhakyla_Suvi_HELSINKI.pdf
- Ringbom, H. & Jurvansuu, S. (2019). *Rakkautta, vihaa, pelkoa ja toivoa – mielenterveys- ja päihdeomaisten tunteet läheistään kohtaan.* Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 7/2019:1–15. Saatavilla 10.11.2022
https://www.researchgate.net/publication/344235248_Rakkautta_vihaa_pelkoa_ja_toivoa_-mielenterveys-ja_paihdeomaisten_tunteet_laheistaan_kohtaan
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Uud. painos. Tammi.

- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (28.9.2022). *Huumeongelman hoito*. Käypä hoito - suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (21.08.2018). *Alkoholiongelman hoito*. Käypä hoito – suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla 10.11.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2013). *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Saatavilla. 10.8.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2015). *Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä – Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä-projektin (2010-2014) loppuraportti*. Saatavilla 8.8.2022 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-580-6>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021a). *Positiivinen mielenterveys*. Saatavilla 11.7.2021 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (3.9.2021b). *Päihderiippuvuuden hoito, kuntoutus ja arjen tuki*. Saatavilla 23.10.2022 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihderiippuvuuden-hoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>
- Tietopuu. (13.6.2022a). *A-klinikkasäätiö: MIPA 2.0 Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma 2019– 2023*. Saatavilla 10.11.2022 <https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/mipa>
- Tietopuu. (16.5.2022b). *Mikä on Tietopuu-sivusto?* Saatavilla 10.11.2022 https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/mika_on_tietopuu_sivusto
- Tietopuu. (10.5.2022d). *Omaisten hyvinvointi*. Saatavilla 10.11.2022 https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/jarjestotutkimusohjelma/omaisten_hyvinvointi
- Tietopuu. (8.9.2022c). *Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen yhteinen hanke*. Saatavilla 10.11.2022 https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/jarjestotutkimusohjelma/jarjestojen_hanke

Tietosuojavaltuutetun toimisto. (i.a.a) *Pseudonymisoidut ja anonymisoidut tiedot*. Saatavilla 31.8.2022 <https://tietosuoja.fi/pseudonymisointi-anonymisointi>

Tietosuojavaltuutetun toimisto. (i.a.b). *Henkilötietojen käsittely*. Saatavilla 31.8.2022 <https://tietosuoja.fi/henkilotietojen-kasittely>

WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. News Room. Saatavilla 12.8.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

LIITE 1. Saatekirje



Kysely omaisten hyvinvoinnista

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmassa (MIPA 2.0) tehdään järjestöjen toiminnassa mukana olevien omaisten hyvinvointia koskeva kyselytutkimus. **Olet tutkimuksen kohderyhmää, jos läheiselläsi on päihde- tai mielenterveysongelma, jonka vuoksi tarvitset apua ja tukea itsellesi tai läheisellesi.** On tärkeää, että omaiset mahdollisimman erilaisissa elämäntilanteissa jakavat kokemuksiaan. **Sinun vastauksesi kyselyyn on erittäin tärkeä!**

Tutkimuksessa tarkastellaan omaisten hyvinvointia, elämäntilanteita ja niiden haasteita sekä palvelujen tarpeita. Tutkimus tuottaa arvokasta tietoa tavoista, joilla järjestöt voivat tukea omaisten hyvinvointia ja arjessa selviytymistä. Tuloksia hyödynnetään myös järjestöjen vaikuttamistoiminnassa, jolla pyritään parantamaan omaisten asemaa ja heille tarjolla olevia palveluja yhteiskunnassamme.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Antamasi vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Yksittäisten vastaajien tiedot eivät paljastu tuloksista. Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa.

Voit halutessasi täyttää sähköisen kyselylomakkeen alla olevan linkin kautta:

<https://link.webpolsurveys.com/S/D87B62081FEE3C25>

Lämmin kiitos osallistumisestasi! Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Lisätietoja tutkimusohjelmasta: <https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/mipa>

LIITE 2. Kyselylomake 2



Omaisten mielen hyvinvointia koskeva kysely

Kysymykset koskevat elämäntilannettasi, hyvinvointiasi ja arjessa selviytymistäsi. **Läheisellä tarkoitetaan ihmistä, jonka ongelman vuoksi olet hakeutunut mukaan tämän järjestön toimintaan.** Mikäli olet toiminnassa mukana useamman läheisesi ongelman takia, vastaa koskien heistä sinulle läheisintä.

OMAT TAUSTATIEDOT

1. Ikäsi? _____ vuotta

2. Sukupuolesi? nainen mies muu

3. Ylin koulutuksesi?

- perus- tai kansakoulu lukio ammattikoulu opisto
 ammattikorkeakoulu yliopisto muu, mikä?
-

4. Työllisyystilanteesi? (Voit valita useita vaihtoehtoja)

- kokoaikatyössä osa-aikatyössä työtön eläkkeellä
 opiskelija omaishoitaja muu, mikä?
-

5. Kuinka tyytyväinen olet taloudelliseen tilanteeseesi?

- erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en tyytyväinen enkä tyytymätön
 melko tyytymätön erittäin tyytymätön

6. Keitä asuu kanssasi? (Voit valita useita vaihtoehtoja)

- asun yksin puoliso tai avopuoliso alaikäisiä lapsia täysi-ikäisiä lapsia
 omia/puolison vanhempia muita henkilöitä, keitä?
-

7. Mikä on suhteesi läheiseesi, jonka ongelman vuoksi olet hakeutunut mukaan tämän järjestön toimintaan? *Olen läheiseni...* puoliso/kumppani ex-puoliso/-kumppani
 vanhempi lapsi sisarus muu, mikä?

8. Asuuko läheisesi kanssasi samassa taloudessa? kyllä ei

9. Kenelle haet pääasiassa apua ja tukea järjestön toiminnasta? *(Voit valita useita vaihtoehtoja)*

itselleni edellä mainitulle läheiselleni jollekulle muulle, kenelle?

10. Kuinka kauan olet ollut mukana tämän järjestön toiminnassa?

olen tutustumassa toimintaan alle vuoden 1-5 vuotta 5-10 vuotta yli 10 vuotta

11. Kuinka usein osallistut tämän järjestön toimintaan?

joka päivä tai lähes joka päivä kerran tai kaksi viikossa kerran tai kaksi kuukaudessa
 muutaman kerran vuodessa tämä on ensimmäinen kerta

LÄHEISESI TAUSTATIEDOT

12. Läheisesi sukupuoli? nainen mies muu

_____ v.

13. Läheisesi ikä?

14. Onko läheiselläsi *(Voit valita useita vaihtoehtoja)* päihdeongelma? mielenterveysongelma?

rahapeliongelma muu ongelma, millainen?

15. Kuvaa läheisesi ongelmaa. (esim. miten hän oireilee, mahdollinen diagnoosi tai millaista hänen päihteidenkäyttönsä on)

16. Kuinka kauan läheiselläsi on tietääksesi ollut kyseinen ongelma?

alle 6 kk 6-12 kk 1-5 vuotta 5-10 vuotta yli 10 vuotta

17. Saako läheisesi tällä hetkellä ongelmaansa hoitoa tai palveluja?

- ei (siirry kysymykseen 20) en osaa sanoa (siirry kysymykseen 19)
- kyllä, millaisia palveluja?
-

18. Koetko saavasi hoitotaholta riittävästi tietoa läheisesi tilanteesta?

- kyllä saan tietoa, mutta en riittävästi en saa tietoa läheiseni tilanteesta

19. Miten arvioit läheisesi saamien palvelujen riittävyyttä?

- erittäin riittävät melko riittävät melko riittämättömät
- erittäin riittämättömät en osaa sanoa

20. Kuinka usein pidät yhteyttä läheiseesi?

- päivittäin viikoittain kuukausittain harvemmin emme ole yhteydessä

21. Kuinka usein tuet läheistäsi seuraavissa asioissa?

	päivit- täin	viikoit- tain	kuuka- u- sittain	joitain kertoja vuodess a	en kos- kaan
kotitöissä					
ostoksilla käymisessä					
käyn hänen kanssaan hänen tapaamisissaan					
kyyyditsemisessä					
lääkityksistä huolehtimisessa					
ruokailussa, ulkoilussa tms.					
käymme yhdessä näyttelyissä, museoissa, elokuvissa tms.					
tuen häntä hänen ihmissuhteissaan					
tuen häntä taloudellisesti					
käytän aikaa kuunteluun ja keskusteluun (puhelut, viestit tms.)					
autan ja tuen muussa, missä?					

22. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten läheisesi huolenpitoon käyttämäsi aikaa viikossa?

- 1-7 tuntia/viikko 8-14 tuntia/viikko 15-28 tuntia/viikko yli 28 tuntia/viikko
- en osallistu läheiseni huolenpitoon

HYVINVOINTI JA ARJESSA SELVIYTYMINEN

23. Valitse väittämien kohdalta vastausvaihtoehto, joka kuvaa parhaiten tilannettasi viimeksi kuluneen 2 viikon aikana?

	en koskaan	harvoin	joskus	usein	koko ajan
Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen.					
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi.					
Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi.					
Olen käsitellyt ongelmia hyvin.					
Olen ajatellut selkeästi.					
Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin.					
Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista.					

24. Kuinka helppoa tai vaikeaa sinun on selviytyä tällä hetkellä päivittäisistä toimistasi (esim. itsestä ja muista huolehtiminen, työ, opiskelu, kotityöt, harrastukset)?

erittäin vaikeaa melko vaikeaa ei vaikeaa eikä helppoa melko helppoa erittäin helppoa

25. Kuinka onnelliseksi koet itsesi tällä hetkellä (asteikolla 4-10)?

en lainkaan onnelliseksi erittäin onnelliseksi

4 5 6 7 8 9 10

26. Kuinka merkitykselliseksi koet elämäsi tällä hetkellä (asteikolla 4-10)?

en lainkaan merkitykselliseksi erittäin merkitykselliseksi

4 5 6 7 8 9 10

27. Onko sinulla itselläsi on tällä hetkellä on ollut aiemmin ei nyt eikä aiemmin

päihdeongelma?

mielenterveysongelma?

rahapeliongelma?

28. Missä määrin läheisesi tilanne aiheuttaa elämässäsi seuraavaa?

	paljon	jonkin verran	vähän	ei lainkaan	ei koske minua
rajoittaa vapaa-ajan viettoani					
rajoittaa työssäkäyntiäni tai opiskelujani					
aiheuttaa vaikeuksia ihmissuhteissani					
saa minut eristäytymään muista ihmisistä					
aiheuttaa ongelmia parisuhteessani					
aiheuttaa väkivallan (fyysisen, sanallisen) uhkaa					
aiheuttaa minulle syyllisyyden tunteita					
aiheuttaa minulle häpeän tunteita					
huonontaa fyysistä terveydentilaani					
antaa minulle mahdollisuuden olla avuksi ja hyödyksi					
on vahvistanut perheenjäsenteni välisiä suhteita					
tuot merkitystä elämääni					
on lähentänyt suhdettani ongelman omaavaan läheiseeni					
minua arvostetaan tavastani tukea läheistäni					

29. Onko joitakin seuraavista asioista tapahtunut viimeisen 3 kk:n aikana liittyen läheisesi ongelmaan?

	Ei koskaan	Kerran tai kaksi	Toisinaan	Usein
Ystävät/sukulaiset ovat kuunnelleet minua, kun olen puhunut tunteistani.				
Ystävät/sukulaiset ovat olleet tukenani.				
Ystävät/sukulaiset ovat keskustelleet kanssani läheisestääni ja kuunnelleet minua.				
Terveydenhoitoalan työntekijät/sosiaalityöntekijät ovat antaneet minulle hyödyllistä tietoa läheiseni ongelmaan liittyen				
Terveydenhoitoalan työntekijät/sosiaalityöntekijät ovat olleet tavoitettavissani.				
Olen uskoutunut tilanteestani terveydenhoitoalan työntekijälle/sosiaalityöntekijälle.				
Ystävät/sukulaiset ovat sanoneet läheisestääni asioita, joista EN ole heidän kanssaan samaa mieltä.				
Ystävät/sukulaiset ovat sanoneet, että läheiseni EI ansaitse apua.				
Ystävät/sukulaiset ovat sanoneet ikäviä asioita läheisestääni.				