Masentuneen elämänhallinnan tukeminen perusterveydenhuollossa

Anneli Kuusinen-Laukkala

Esitetään Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Biomedicumin luentosali 1:ssä pe 25.1.2019 klo 13 alkaen

Academic dissertation to be presented with the assent of the Faculty of Medicine, University of Helsinki, for public discussion at Biomedicum, auditorium 1, January 25 th, 2019 at 1 pm

Ohjaajat:

Dosentti Pekka Larivaara, Oulun yliopisto ja

Dosentti Timo Partonen, THL ja Helsingin yliopisto

Esitarkastajat:

Professori Pekka Honkanen, Oulun yliopisto ja

Dosentti Aarno Laitila, Jyväskylän yliopisto

Vastaväittäjä:

Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Oulun yliopisto

ISBN 978-951-51-4789-9 (nid.)

ISBN 978-951-51-4790-5 (PDF)

http://ethesis.helsinki.fi

Grano, Jyväskylä, 2019

Käytetyt lyhenteet

ADHD Attention-deficit Hyperactivity Disorder

APA American Psychitric Association

AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test

BDI Beck´s Depression Inventory Scale

BSCI Brief Stress and Coping Inventory

CADRA Chigago Adolescent Risk Assessment

CEGRM The Coloured, Eco-Genetic Relationship Map

CISS Coping Inventory for Stressful Situations

DASS Depression Anxiety Stress Scale DASS

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoders

DSI Daily Stress Inventory

EE Expressed Emotion

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EU Euroopan Unioni

FDM Family Dynamics Measure

GHQ General Health Questionnaire

HPA Hypothalamus-Pituitary-Adrenal-Cortex-Axis

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICF International Classification of Functioning

IVA Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi

KASTE Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma

KELA Kansaneläkelaitos

KiVa Koulu Kiusaamisen vastainen koulu

LaPe-hanke Lapsi- ja perhepalveluiden kehittämishanke

MADRS Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

MAESTRO The Adolescent Coping With Stress Course

MASQ Mood and Anxiety Symptom Questionnaire

MBI Maslach Burnout Inventory

MIVA Työolojen mielenterveysvaikutusten arviointi

MLL Mannerheimin Lastensuojeluliitto

MRI Magnetic Resonance Imaging

NNT Number Needed to Treat

OECD The Organisation for Economic Co-Operation and Development

PET Positron Emission Tomography

RAND Reseach and Development

RCT Randomized Controlled Trial

SOFAS Social and Occupational Fuctioning Assessment Scale

SDQ The Strengths and Difficulties Questionnaire

SOC Sense of Coherence

SPECT Single-Photon Emission Computed Tomography

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

TEKES Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus

THL Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos

TIKKA Työn integroitu kokonaiskuormituksen arviointi

TOIMIA Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto

TTL Työterveyslaitos

VarTu Varhainen tunnistaminen

VaVa Vahvuudet ja vaikeudet

WHA World Health Action Plan

WHO World Health Organization

WHODAS WHO Diasability Assessment Scale

4DSQ The Four-Dimensional Symptom Questionnaire

Tiivistelmä

Masennus on yhä suuri kansanterveydellinen haaste kaikissa läntisissä teollisuusmaissa. Viime vuosina Suomessa on pystytty puuttumaan sekä ennaltaehkäisevin toimin että jo sairastuneen hoitoa tehostamalla ja työssä selviytymistä tukemalla sairaudesta johtuviin työstä poissaoloihin ja eläköitymiseen, vaikka tilastoluvut ovat edelleen korkeita. Edelleen lähes 5000 työikäistä joutuu vuosittain sairauden vuoksi ennenaikaiselle eläkkeelle ja yli 400 000 syö masennuslääkettä päivittäin jaksaakseen paremmin.

Masennus on monitahoinen sairaus sekä taustatekijöiltään että myös tuen, hoidon ja kuntoutuksen suhteen ja siksi tarvitaan monipuolisia keinoja koko elinkaaren ajaksi tunnistaa sille altistavia tekijöitä ja räätälöidä yksilöllinen tapa hoitaa ja tukea sairastunutta ja hänen läheisiään.

Tässä tutkimuksessa oli mukana sekä masennukseen sairastuneita puolisoineen että sairastumattomia 30-64-vuotiaita. Heiltä kerättiin tietoa sekä lomakekyselyillä että suullisesti haastatellen heidän käsityksistään masennuksen ja elämänhallinnan haasteiden taustalla olevista tekijöistä että niihin puuttumiskeinoista niin lapsena kuin aikuisena. Masennuspotilaat olivat parisuhteessa eläneitä terveyskeskuksessa depressiohoitajan vastaanotolle ohjautuneita vapaaehtoisia. Riskiryhmäläiset (stressiryhmä) ja selviytyjät (coping- ryhmäläiset) muodostuivat väestöotoksen pohjalta (n=300) kyselylomakevastauksien (BSCI) perusteella ääripäihin päätyneistä joko korkeita stressipisteitä saaneista tai hyvillä selviytymisominaisuuksilla varustetuista vastaajista. Yhteensä haastatteluihin kutsuttiin 41 henkilöä, joille tehtiin vielä vuoden kohdalla uusintakysely ja puhelinhaastattelu ja riski-l. stressiryhmälle vielä 5 vuoden kuluttua vastaavat tiedonkeruut.

Tuloksena saatiin runsas määrä sekä numeerisia että sanallisia tuloksia, joita tässä tutkimuksessa käsiteltiin rinnakkain eri tulosluvuissa kohdentuen perheen ja läheisverkoston, stressin ja työn ja masennuksen välisiin yhteyksiin. Lapsuudenperheen merkitys kiintymyssuhteen ja vahvan itsetunnon luojana näkyi molemmilla menetelmillä saaduissa tuloksissa ja puutteet siinä heijastuivat aikuisiän vuorovaikutussuhteisiin sekä perheessä että työssä. Puutteelliseksi jääneiden selviytymistaitojen vuoksi aikuisiän parisuhteet saattoivat kariutua ja työsuhteiden äkillinen päättyminen johtaa lopulta masennuksen puhkeamiseen. Ylisukupolvinen jatkumo oli tunnistettavissa erityisesti elämän kulkua kuvaavissa haastatteluissa. Stressaavat elämäntapahtumat, puutteelliset selviytymiskeinot ja ympäristötekijät kertautuivat sukupolvelta toiselle ja kierteen katkaisu oli vaikeaa. Vastaajat jäivät lapsena monesti vaille tukea ja ymmärrystä puutteellisen hoitojärjestelmän ja heikkojen muiden tukiverkostojen vuoksi. Hoito- ja palvelujärjestelmä on viime vuosikymmenen aikana kehittynyt, mutta etenkin lapsiperheisiin kohdistuvat haasteet myös monimutkaistuneet ja siksi avun tarvetta on edelleen runsaasti ja masennukseen sairastutaan yhä varsin nuorella iällä.

Vastaajilla oli paljon konkreettisia ehdotuksia ja koettuja keinoja elämänhallinnan tunteen säilyttämiseksi ja masennuksen ennaltaehkäisyyn ja masentuneen kanssa elämiseen liittyen. Tulosten pohjalta on koottu olemassa olevia, mutta osin vielä niukasti ammattilaisten käyttämiä keinoja puuttua tehokkaammin ja varhaisemmin masennusta aiheuttaviin tekijöihin eri ikäkausina. Lapsuus ja nuoruusikä ovat otollisinta aikaa saada aikaan pysyviä tuloksia, joten voimavarat pitäisi kohdistaa näihin ikäryhmiin systemaattisesti ja sen jälkeen riskiyksilöihin erilaisissa elämän stressitilanteissa ja siirtymävaiheissa. Perhe, läheiset ja työ pitäisi kytkeä tiiviisti tukemaan selviytymistä masennukseen sairastumisen välttämiseksi.

Asiasanat: masennus, stressi, coping, elämänhallinnan tunne, koherenssi, itsetunto, ennaltaehkäisy, altistavat tekijät, perhe, työ, sosiaalinen tuki, kiintymyssuhde, sosiaali- ja terveyspalvelut

Abstract

Depression is still a big challenge in public health in all the western industrialized countries. In the past few years we have learned how to better both prevent it and promote treatment services and support working conditions so that numbers of retirement and sick leaves have reduced even though they are still high. In Finland, some 5000 individuals at working age retire each year due to depression and 400 000 take daily antidepressants to control the symptoms.

Depression is a multi-faceted syndrome both in view of the background and support, treatment and rehabilitation. Thus we need multiple ways to recognize determinants and risk factors and thus tailor an individual way to support and treat the patient and her/his nearests.

In this study there were both depressed and their spouses and undepressed 30-64 aged included. To collect the data about backgrounds of depression and challenges in sense of coherence and coping strategies as a child and as an adult, they filled questionnaires and were interviewed. The depressed were married volunteers recruited by the psychiatric nurses treating them in the health centres of Jyväskylä. The risk-group (the stressed) and the coping-group were recruited by the random sampling (n=300) from the population register so that the terminal ends of points in distribution scale of filled BSCI questionnaire were included in the study. Altogether 41 individuals were recruited. They were interviewed on the phone a year after and they also filled the same questionnaires as at the beginning, and the risk group (the stressed) repeated the same program again 5 years from the start.

As a result I received a wide range of quantitative and qualitative material, which was analyzed parallely in all the main chapters including topics of the family and the nearest, stress, work and their connections with depression. The role of childhood family in creating attachment relation and strong self-esteem was seen in analyses by both methods, and failures in them will be repeated in relationships both in the family and at work as an adult.

Lack of sufficient coping-strategies can lead to breaking the intimate relationships as an adult, and finishing of work commitments to the outburst of depression. Continuum of mental health problems across the generations could be detected especially in walk of life interviews. Stressful life events, lack of sufficient coping strategies and environmental conditions were repeated generation after generation and breaking down the chain was challenging. Participants had been left without support and understanding because of minimal service system and other ineffective supportive networks in childhood. Treatment and service systems have developed in the past ten years, but challenges especially in families with small children have become even more complicated and falling in depression occurs in a very early stage. That´s why families still need a lot of help.

The respondents had several concrete suggestions and experiences related to good practices in maintaining sense of coherence and coping and in preventing depression and living with it. There has been a wide collection of means of interfering more effectively and earlier to the causes of depression for professionals, however, they have been underused. This study aims at focusing on more frequent use of them within various ages. Early years of childhood and adolescence are the most fruitful in getting good and permanent results in prevention and the resources should be directed to these agegroups systematically, and thereafter to the risk individuals in certain stressful life events and transition periods. The family, the nearests and the work should be connected more closely to support the personal coping strategies to avoid depression.

Key words: depression, stress, coping, sense of coherence, self-esteem, prevention, determinants, family, work, social support, attachment relation, health and social services

Esipuhe

Työni on vihdoin tullut päätökseensä kestettyään kaikkiaan reilut kymmenen vuotta. Idea työhön syntyi Jyväskylän yliopistolla järjestetystä perhelääkärikoulutuksesta vuosina 2000-2002, jolloin tapasin toisen ohjaajistani, professori Pekka Larivaaran, joka toimi koulutuksen vastuuopettajana. Koulutus rohkaisi meitä yleislääkäreitä katsomaan syvemmälle potilaidemme sairauksien ja oireiden taustalle ja ympäröivään yhteisöön, erityisesti perheeseen, mitä kaikkea tietoa ne voivatkaan tuoda lääketieteellisen tietomme rinnalle hyvän hoidon ja ymmärryksen takaamiseksi potilastyössämme. Perhe fokuksena lähdin selvittämään masennuksen taustatekijöitä ja elämänhallinnan säilyttämisessä tarvittavia voimavaroja niin lapsuudesta kuin aikuisuudesta. Alkuun työnimenäni olikin Varjoja paratiisissa.

Sain toiseksi ohjaajakseni alkuvuosiksi professori Jouko Lönnqvistin. Hänen kanssaan kävimme mielenkiintoisia keskusteluja aiheesta ja sain rohkaisua työni jatkamiseen. Vuodesta 2010 lähtien hänen työtään jatkoi dosentti Timo Partonen THL:sta. Työ sai hänen myötään jämäkkyyttä ja lopputulos hahmottui pala palalta sitkeästi puurtaen monografiamuotoon. Ohjaajani professori Pekka Larivaaran lisäksi sain arvokasta palautetta myös professori Anja Taanilalta, joka vielä eläkkeelle jäätyään jaksoi lukea pitkiä tekstejäni. Kiitokset kaikille ohjaajalleni kärsivällisyydestä tässä pitkänsitkeässä projektissa, joka lopultakin valmistui.

Tutkimustyöni tapahtui oman työn ohella pääosin. Se ei olisi ollut mahdollista ilman Akateemisen terveyskeskuksen tutkijakoulun tukea. Suuret kiitokset LT, dosentti Outi Elonheimolle ja LT, dosentti Timo Kauppilalle sekä LT Tuula Karhulalle saamastani opastuksesta ja ohjauksesta niin ihmisenä kuin tutkijana, kuten myös koko perusterveydenhuollon moniammatilliselle tutkijaryhmälle palautteista ja henkisestä tuesta.

Kiitokset myöskin Jyväskylän avoimelle yliopistolle johdatuksesta tutkimusaiheeseen ja sen syventämiseen perhettä ja työelämän muutosta käsitelleiden approbatur- kurssieni aikana. Kiitokset myös PsT Ulla Kinnuselle ja YTT Kimmo Jokiselle Jyväskylän yliopiston Perhetutkimuskeskuksesta perhetutkimuksen seminaareissa perehdytyksestä ihmistieteellisen, laadullisen tutkimuksen menetelmiin, josta minulla ei ollut mitään käsitystä aiemman koulutukseni perusteella.

Kiitokset myös Sosiaali- ja terveysministeriölle, jonka puolen vuoden perusterveydenhuollon kehittämisapurahalla sain litteroitua huomattavan osan tutkimushaastatteluistani ja osallistuttua myös perhelääketieteen oppikirjan tekoon.

Kiitän myös Kanerva- Kaste-, Rampe- ja Arjen mieli-, Läheisväkivallan kansallinen osaamiskeskus- ja TYÖKE- hankkeita, joissa sain työskennellä tutkimustyöni aikana. Ne auttoivat minua uskaltautumaan vielä rohkeammin työhön tavallisten ihmisten, potilaiden ja heidän läheistensä, oman elämänsä sankareiden ja oman alani ulkopuolisten ammattilaisten pariin jalkautumalla ulos työhuoneestani ilman valkoista takkia. Pääsin näkemään sinne, missä ennaltaehkäisevä työ kentällä tehdään: työpaikoilla, kouluissa, perheissä ja läheisverkostoissa, vapaa-ajan harrastusten ja järjestöjen työn parissa. Syntyi verkostoja ja toimintatapoja, joiden avulla tulevaisuudessa, toivon mukaan, voidaan lisätä ihmisten hyvinvointia ja heidän elämänhallintaansa. Myös te hanketyössä mukana olleet, te olitte rohkeita uranuurtajia alallanne ja loistavia työtovereita ja esikuvia, teille myöskin suuret kiitokset!

Kiitos myös työnantajilleni Jyväskylän kaupungille ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirille kärsivällisyydestä niinä monina vuosina, jolloin olin vain puolittain työssä ja sain silti hankittua elantoni ja pystyin siten nipistämään aikaa tutkimukseni tekemiseen. Kiitos myös lukuisille työtovereilleni ja esimiehilleni näiden vuosien aikana. Olette sietäneet minua, kun olen kulkenut työpaikoillani omissa ajatuksissani harhaillen vähäisten yöunien jälkeisinä päivinä ja palauttaneet minut ajan tasalle. Olette ymmärtäneet myös ei- kenenkään maalla liikkunutta tutkimusaihettani siihen odottavalla mielellä suhtautuen.

Kiitos tutkimukseen osallistuneille vastaajille, joita ilman työni ei olisi koskaan valmistunut. Autoitte minua ymmärtämään sen elämän monenkirjavuuden, jonka kertomuksissanne toitte esiin ja sen sitkeyden, joka ihmisessä voi olla kun hän taistelee selviytyäkseen mahdottomannäköisissä tilanteissa niin lapsena kuin aikuisena useimmiten tilanteista kuitenkin kunnialla selviten. Kiitos niille depressiohoitajille, joiden kautta sain masentuneet tutkimuspotilaani ja joiden kanssa saatoin vaihtaa ajatuksia siitä maailmasta, jossa terveyskeskusten masennuspotilaat elivät ja elävät yhä edelleen. Heistä löysin läheisimmät ymmärtäjät koko tutkimustyölleni.

Kiitos myös terveyskeskuslääkärin työssäni kohtaamilleni masentuneille potilailleni, jotka oman sairautensa parhaina kokemusasiantuntijoina opettivat mistä kaikesta sairastumisessa ja toipumisessa voikaan olla kyse. Ilman heitä olisin ollut hyvin suppeasti asioita katsova kirjanoppinut ja kykyni heidän auttamisekseen olisi jäänyt kovin puutteelliseksi.

Kiitos myös ystävilleni, jotka ovat yhä ystäviäni, vähäisestä yhteydenpidostani huolimatta. Te olette olleet uskollisia ja jaksaneet aina kysyä, miten itse jaksan masentavaa aihetta tutkiessani. Olette tuottaneet minulle mielihyvää ja iloa monin eri tavoin ja auttaneet selviytymään arjen haasteista.

Erityiskiitos vanhemmilleni, jotka mahdollistivat elämäni vaatimattomista lähtökohdista eteenpäin. He tarjosivat kauniin mökkipaikan, jossa suurin osa tutkimustyöstäni lopulta toteutui. Valitettavasti he eivät ole enää täällä näkemässä kirjani valmistumista. Kiitos myös puolisoilleni, jotka ovat kasvattaneet ja tukeneet minua monin eri tavoin vuosien varrella. Lapselleni Merlelle kiitos kärsivällisyydestä äidin ollessa joko henkisesti tai fyysisesti poissa hänen ulottuviltaan kaikkien näiden vuosien aikana. Siitä huolimatta hän on kasvanut työni aikana vauvasta itseni kokoiseksi ja aikuisen näköiseksi, omasta elämästään huolehtivaksi upeaksi nuoreksi.

Kiitän myös elämisen mahdollisuudesta että näin tämän kirjan valmistumisen kaikista riskitekijöistä huolimatta. Se oli melkoinen Ihme!

Sisällys

1. Johdanto ... 17
2. Kirjallisuuskatsaus ... 19
2.1. Yleistä masennuksesta ja sen taustatekijöistä ... 19
2.2. Masennusta koskevia määrittelyjä ... 20
2.2.1. Masennusta koskevia selitysmalleja, käsitteitä, teorioita, diagnostisia kriteerejä ja asenteita ... 21
2.2.1.1. Masennukseen liittyviä selitysmalleja ... 21
2.2.1.2. Muita masennukseen liittyviä käsitteitä ... 22
2.2.1.3. Masennus kokemuksena ... 23
2.2.1.4. Masennuksen taustatekijöitä eri aikakausina ... 24
2.2.2. Ympäristön, kulttuurin ja kielen vaikutus sairauskokemukseen ... 26
2.2.3. Masennukselle alttiita väestöryhmiä ja komorbiditeetteja ... 27
2.2.3.1. Masentuneisuus ja sukupuoli ... 28
2.2.3.2. Kognitiiviset, käyttäytymiseen, tarkkaavaisuuteen ja tunteiden ilmaisuun liittyvät häiriöt altistavina tekijöinä ... 30
2.2.4. Masennus ja elämänhallinta ... 31
2.2.4.1. Coping ... 31
2.2.4.2. Koherenssin tunne (Sense of coherence, SOC) ... 33
2.3. Perhe ja masennus ... 35
2.3.1. Lapsuusiän perhe masennuksen taustatekijänä ... 37
2.3.1.1. Kiintymyssuhteen merkitys ... 37
2.3.1.2. Hyvä itsetunto ja coping-keinot tukena perheessä ... 41
2.3.1.3. Kasvatuksen merkitys ... 43
2.3.1.4. Temperamentin merkitys ... 44
2.3.1.5. Vanhemman psyykkinen sairaus tai päihdeongelma ... 45
2.3.1.6. Perheen rakenteen merkitys ... 46
2.3.1.7. Ongelmat parisuhteessa ... 48
2.3.1.8. Isovanhempien rooli ... 50
2.3.1.9. Nuoren masennus ... 50
2.3.2. Aikuisiän parisuhde, perhe, läheisverkostot ja masennus ... 52
2.3.2.1. Parisuhde ... 52
2.3.2.2. Perhe ... 57
2.3.2.3. Suku ja läheisverkostot ... 59
2.4. Stressaavat elämäntapahtumat, selviytymiskeinot ja masennus ... 62
2.4.1. Stressi ja siitä selviytymiskeinot ... 63
2.4.2. Traumat ja niiden seuraukset masennuksen tautatekijöinä ... 67

2.5. Työn ja masennuksen yhteydet ... 70
2.5.1. Historiallista taustaa ... 70
2.5.2. Työstressi ... 72
2.5.3. Työuupumus ... 74
2.5.4. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky ... 76
2.5.5. Coping- keinot työssä ... 77
2.5.6. Sosiaalinen tuki työssä ... 78
2.5.7. Työkyvyn tukeminen ... 79
2.5.8. Työ ja perhe ... 80
2.5.9. Työttömyys ... 81
2.6. Masentuneen elämänhallinnan tukemisen ja hoidon haasteet perusterveydenhuollossa ... 82
2.6.1. Masennuksen ehkäisy ja varhaistunnistaminen ... 84
2.6.1.1. Preventiotoiminnan kansainväliset suositukset ... 86
2.6.1.2. Masennusriskin ennustaminen ... 87
2.6.2. Masennuksesta toipumisen haasteita perusterveydenhuollossa ... 91
2.6.2.1. Masennuksen komorbiditeetit hoidon haasteina ... 92
2.6.2.2. Persoonallisuudenpiirteiden ja persoonallisuushäiriön huomiointi ... 94
2.6.2.3. Suisidiriskin arviointi ... 94
2.6.3. Keinoja elämänhallinnan tukemiseen ja hoidon kehittämiseen perusterveydenhuollossa ... 95
2.6.3.1. Sukupuu ja ekologinen kartta tukiverkostojen hahmottamisessa ... 95
2.6.3.2. Sosiaalinen tukiverkosto avuksi ... 96
2.6.3.3. Kulttuurin huomioiminen tilanteen arvioinnissa ... 97
2.6.3.4. Psykoterapia ... 97
2.6.3.5. Lapsen tukeminen ... 98
2.6.4. Masennuksesta kuntoutuminen ja sen haasteet ... 99
2.6.5. Masentuneiden käsityksiä sairautensa syistä ja läheisten tuesta ... 103
2.6.5.1. Masennuksen syyt ... 103
2.6.5.2. Läheisten tuki ... 104
2.7. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta ... 105
3. Tutkimusongelman esittely ... 107
3.1. Oman taustan vaikutus tutkimuskysymyksiin ... 107
3.2. Tutkimuksen teoreettinen tausta ... 108
3.3. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet ... 109
4. Tutkimuksen kulku, aineiston kuvaus ja tutkimusmenetelmät ... 110
4.1. Tutkimuksen kulku ... 110
4.2. Aineiston kuvaus ... 112
4.3. Tutkimusmenetelmät ... 112

4.4. Analyysimenetelmät ... 117
4.4.1. Laadullinen analyysi ... 117
4.4.2. Tilastollinen analyysi ... 117
4.5. Tutkimusluvat ... 119
5. Tulokset ... 120
5.1. Perheen merkitys masentuneelle ... 121
5.1.1. Tutkimusasetelma ... 121
5.1.2. Taustatietoja masentuneista ja heidän puolisoistaan ... 121
5.1.3. Lapsuudenaikaiset olosuhteet ja tapahtumat masennuksen taustalla ... 122
5.1.3.1. Negatiiviset kokemukset ... 122
5.1.3.2. Selviytymistä tukeneet asiat lapsuudessa ... 123
5.1.4. Nykyperhe masennuksen syynä tai myötävaikuttajana aikuisiällä ... 124
5.1.5. Nykyperhe masennukselta suojaavana tekijänä ... 127
5.1.6. Masennuksen kielteiset seuraukset nykyperheessä ... 128
5.1.7. Masennuksen myönteiset seuraukset nykyperheessä ... 130
5.1.8. Mahdollisia tekijöitä masennuksen ehkäisemiseksi lapsuusiällä ja niistä johdettuja tarpeita ... 131
5.1.9. Masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä aikuisiällä ja niihin liittyviä tarpeita ... 133
5.1.10. Masennuksen seuraukset perheessä ... 134
5.2. Perheen, suvun ja läheisverkoston merkityksestä elämänhallinnassa ja itsetunnon kehityksessä hyvin selviytyvillä terveillä (=coping-ryhmä) ja masentuneilla ... 137
5.2.1. Tutkimusasetelma ... 137
5.2.2. Mitä eroa ja yhtäläisyyttä masentuneilla ja coping-ryhmäläisillä oli kyselylomaketietojen perusteella? ... 137
5.2.2.1. Lapsuusikä ... 137
5.2.2.2. Aikuisikä ... 138
5.2.2.3. Tilanne vuoden kuluttua ... 141
5.2.3. Mitä eroa ja yhtäläisyyttä haastattelutietojen perusteella masennus- ja coping-ryhmäläisillä oli elämänhallinnassa? ... 144
5.2.3.1. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä lapsena ... 144
5.2.3.2. Elämänhallintaa tukeneita seikkoja lapsena ... 147
5.2.3.3. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä aikuisiällä ... 149
5.2.3.4. Elämähallintaa tukeneet seikat aikuisiällä ... 154
5.2.4. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden esittämiä toimenpide-ehdotuksia elämänhallinnan parantamiseksi ... 158
5.2.5. Tilanne vuoden kuluttua masentuneilla ... 162
5.3. Stressaavat elämäntapahtumat, elämänhallinta ja masennus ... 164
5.3.1. Tutkimusasetelma ... 164
5.3.2. Miten stressiryhmä erosi seurannan aikana suhteessa muihin? ... 165

5.3.3. Masentuneiden kvantitatiiviset tulokset 170
5.3.4. Stressiryhmän ja masentuneiden elämänhallinta laadullisesti arvioiden 171
5.3.4.1. Elämänhallintaa heikentäneet tekijät lapsena stressiryhmäläisillä ja masentuneilla 172
5.3.4.2. Elämänhallintaa tukeneita tekijöitä lapsuudessa stressiryhmällä ja masentuneilla 174
5.3.4.3. Elämänhallintaa heikentäneitä tekijöitä aikuisiällä 177
5.3.4.4. Elämänhallintaa helpottaneita tekijöitä aikuisena stressiryhmällä ja masentuneilla 189
5.3.5. Mitä hyvää masennuksessa oli? 199
5.3.6. Tilanne 5 vuoden kuluttua 199
5.4. Työn merkitys stressin, uupumuksen ja masennuksen synnyssä ja elämänhallinnassa 200
5.4.1. Tutkimusasetelma 200
5.4.2. Tulokset 201
5.4.2.1. Määrällisten tulosten vertailu masentuneiden ja stressiryhmän välillä työtä koskien 201
5.4.2.2. Stressin ja masennuksen syntyyn vaikuttaneita tekijöitä haastatteluissa työhön liittyen 203
5.4.2.3. Stressiltä ja masennukselta suojanneita tekijöitä työtä koskien 213
5.4.2.4. Vastaajien toimenpide-ehdotuksia työssä jaksamisen parantamiseksi 216
6. Pohdinta 221
6.1. Perheen, suvun ja läheisverkoston merkitys masennuksessa ja elämänhallinnassa 221
6.1.1. Määrällisten tulosten pohdintaa lapsuudessa ja aikuisikäisenä 221
6.1.2. Laadullisten tulosten pohdintaa koskien lapsuutta ja aikuisikää 223
6.1.2.1. Lapsuuden taustatekijät ja ylisukupolvisuus 223
6.1.2.2. Selviytymistä auttaneet tekijät vastaajien lapsuudessa 227
6.1.2.3. Mitä apua nykyisin on tarjolla lapsiperheille elämänhallinnan tukemiseen? 228
6.1.2.4. Työmenetelmiä lapsiperheiden tueksi 230
6.1.2.5. Selviytymistä haitanneet tekijät aikuisiällä ennen ja jälkeen masennuksen toteamisen 233
6.1.2.6. Mistä apua aikuisille? 240
6.1.2.7. Vastaajien ehdotuksia toimenpiteiksi aikuisena 243
6.2. Stressaavat elämäntapahtumat ja masennus 244
6.2.1. Määrällisten tulosten pohdinta 244
6.2.2. Laadullisten tulosten pohdinta 248
6.2.2.1. Stressin- ja elämänhallintaa haitanneet ja tukeneet tekijät lapsena 248
6.2.2.2. Mitä ehdotuksia vastaajilla oli stressin- ja elämänhallinnan helpottamiseksi lapsena ja nuorena? 250
6.2.2.3. Mistä käytännön keinoja stressin ja elämänhallintaan on nuorille palvelujärjestelmässä? 251
6.2.2.4. Stressin- ja elämänhallintaa haitanneet ja tukeneet tekijät aikuisena 252
6.2.2.5. Mikä vastaajien mielestä voisi auttaa aikuisena välttymään stressiltä ja masennukselta? 256
6.2.2.6. Mistä käytännön keinoja stressin vähentämiseen ja elämänhallintaan aikuisille on tarjolla palvelujärjestelmässä? 258
6.3. Työelämän muutokset ja masennuksen synty 259

6.3.1. Työn ja masennuksen yhteydet 260
6.3.2. Työ ja muut sairaudet 262
6.3.3. Perheen ja työn yhteensovittaminen 263
6.3.4. Työn subjektiivinen merkitys 264
6.3.5. Työttömyys ja masennus 264
6.3.6. Opiskelu ja masennus 265
6.3.7. Taloudellisten vaikeuksien ja masennuksen yhteys 265
6.3.8. Millaisia keinoja on tarjolla työstä esiin nousseisiin haasteisiin? 266
6.4. Näkökulmia hoitoon ja kuntoutukseen tulosten pohjalta 271
6.4.1. Mitä hoitoa ja kuntoutusta masennukseen palvelujärjestelmässä on tarjolla ja mitä pitäisi vielä olla? 274
6.4.2. Millainen tuki, hoito ja kuntoutus tutkittujen mielestä voisi/olisi voinut auttaa työhön paluussa? 277
6.5. Tulosten merkitys ja anti käytännön työhön 279
6.5.1. Mielenterveyden edistäminen 279
6.5.2. Masennuksen ehkäisy ja riskitekijöiden tunnistaminen 281
6.5.3. Ennaltaehkäisy eri ikäkausina 281
6.5.4. Ennaltaehkäisyn valtakunnalliset suositukset 284
6.5.5. Tutkimuksen anti käytännön hoitoon ja kuntoutukseen 285
6.5.6. Tutkimusaineiston ja –menetelmien arviointi ja pohdinta sekä tutkimuksen luotettavuus 291
6.5.6.1. Tutkimusaineiston arviointi 291
6.5.6.2. Tutkimusmenetelmien arviointi 291
6.5.6.3. Ilmenneet ongelmat ja heikkoudet 297
6.5.6.4. Tutkimustulosten luotettavuus, yleistettävyys ja siirrettävyys 298
7. Haasteet jatkotutkimukselle 303
8. Suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia 304

Lähteet 307
Liitteet 339

Taulukot

Taulukko 1. Tutkittavien valinta ja aineiston keräyksen kulku……...111

Taulukko 2. Kaikkien tutkimuksessa mukana olleiden taustatietojen esittely ryhmittäin tutkimuksen alussa……113

Taulukko 3. Käytetyt tutkimusmenetelmät ……117

Taulukko 4. Esimerkki käytetyn sisällönanalyysin toteutusprosessista induktiivisesti etsittäessä elämänhallintaa heikentäneitä tekijöitä lapsuudessa ……...118

Taulukko 5. Käytetyt aineistonkeruumenetelmät ja niiden analysointitavat tutkimuksen eri vaiheissa (0,1,5 v) ……120

Taulukko 6. Taustatietoja masentuneista ja heidän puolisoistaan ……..121

Taulukko 7. Taustatietoja masentuneiden ja puolisoiden lapsuudenperheistä ……...122

Taulukko 8. Masennuksen syntyyn mahdollisesti vaikuttaneita negatiivisiä tekijöitä lapsuudessa ……122

Taulukko 9. Lapsuudenaikaisia suojaavia tekijöitä kotona ja lähipiirissä …….124

Taulukko 10. Nykyperhettä kuvaavia tekijöitä tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden aikana …..125

Taulukko 11. Masentuneiden ja heidän puolisoidensa näkemyksiä nykyperheen ja omien vanhempien vaikutuksista masennuksen syntyyn aikuisiällä ……..126

Taulukko 12. Nykyperhe ja omat vanhemmat masennukselta suojaavina tekijöinä ……...127

Taulukko 13. Masennuksen kielteisiä seurauksia nykyperheessä ……...129

Taulukko 14. Masennuksen myönteisiä seurauksia perheessä masentuneiden ja puolisoiden kokemana …….130

Taulukko 15. Lapsuudenaikaisia masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä ja niistä johdettuja tarpeita …….131

Taulukko 16. Masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä aikuisiässä ja niistä johdettuja tarpeita …….133

Taulukko 17. Puolisoiden lomakepisteiden muutoksia vuoden seurannan aikana ……135

Taulukko 18. Keinoja masennuksesta aiheutuvien haittojen minimoimiseksi perheissä ja niistä johdettuja tarpeita ……135

Taulukko 19. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden ryhmien välisiä eroja alle 18-vuotiaana ...138

Taulukko 20. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden välisisä eroja tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden ajalta ……138

Taulukko 21. Coping-ryhmän, masentuneiden välisiä eroja kyselylomakepisteiden osalta tutkimuksen alussa ……...139

Taulukko 22. Itsetuntoa kuvaavia väittämiä masentuneiden ja coping-ryhmäläisten kesken tutkimuksen alussa ……...140

Taulukko 23. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden kyselylomaketuloksia

1 vuoden kuluttua ……142

Taulukko 24. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä lapsena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla ……..146

Taulukko 25. Elämänhallintaa edistäneet tekijöitä lapsena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla …….....148

Taulukko 26. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä aikuisena coping-ryhmäläisillä

ja masentuneilla ……...151

Taulukko 27. Elämänhallintaa edistäneitä tekijöitä aikuisena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla …….....156

Taulukko 28. Toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin vastaajien mielestä mahdollisesti parantaa elämänhallintaa lapsuudessa …….158

Taulukko 29. Toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin vastaajien mielestä mahdollisesti parantaa elämänhallintaa aikuisuudessa ……..160

Taulukko 30. Masennuksesta toipumista ja sitä haitanneita tekijöitä vuoden kuluttua masentuneiden ilmaisemana …….162

Taulukko 31. Koko aineistoa kuvaavat lomakekyselyjen tulokset ryhmittäin tutkimuksen alussa ……..165

Taulukko 32. Koko aineiston kyselylomaketulosten vertailu ryhmittäin tutkimuksen alussa

ja 1 v kohdalla ……....166

Taulukko 33. Stressiryhmän lomakekyselyjen tulokset 0,1 ja

5 vuoden kohdalla ……...167

Taulukko 34. Stressiryhmän BSCI:n eri osa-alueiden vertailu 5-vuotisseurannassa …….....167

Taulukko 35. Stressiryhmän SOC-13:n osa-alueiden vertailu 5-vuotisseurannassa …….....168

Taulukko 36. Väittämiä, jotka kuvaavat stressi- ja masennusryhmäläisten tapaa

reagoida asioihin …….169

Taulukko 37. Masentuneiden elämänhallinnan tunteen (SOC) seurantatiedot 0 ja 1 vuoden kohdalla osa-alueittain…….. …….170

Taulukko 38. BSCI-kyselyn osa-alueet eriteltyinä alkutilanteessa ja 1 vuoden kohdalla masentuneiden osalta ……...171

Taulukko 39. Työhön ja opiskeluun liittyneet seikat tutkimuksen alkua edeltäneen

vuoden aikana ……..202

Taulukko 40. Stressin ja masennuksen syntyyn liittyneitä haitallisia tekijöitä työssä ja opiskelussa ……..212

Taulukko 41. Masennuksen puhkeamiseen vaikuttaneet viimevaiheen tekijät……212

Taulukko 42. Vastaajien näkemyksiä stressiä ja masennusta ehkäisevistä tekijöistä työssä ja opiskelussa…… ……...216

1. Johdanto

WHO:n (2001) määritelmän mukaan mielenterveys on omien kykyjen tunnistamista, kykyä vastata elämän normaaleihin haasteisiin, kykyä tehdä tuottavaa työtä ja osallistua oman yhteisönsä toimintoihin. Mielenterveydellä on myös tärkeä yhteisöllinen arvo tuottavuuden resurssina yksilö-, perhe-, yhteisö- ja kansallisella tasolla vaikuttaen inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan koko yhteiskunnassa (Jenkins 2013).

Yleisellä hyvällä terveydellä ymmärretään WHO:n (2001) mukaan kykyä sopeutua ja pärjätä elämän sosiaalisten, fyysisten ja emotionaalisten haasteiden kanssa.”The ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges”. Sen saavuttamiseksi on koetettava joko yksin, yhdessä läheisten, lähiyhteisöjen tai ammattilaisten kanssa poistaa haittaavia stressitekijöitä ja lisätä voimavaroja ja coping- keinoja sopeutua ja pärjätä jäljellejäävien kanssa. Hyvää terveyttä ei voida saavuttaa ilman kunnossa olevaa mielenterveyttä (Prince 2007). (Huber 2011)

Masennus on kohonnut yhdeksi johtavista kansansairauksista teollistuneissa maissa. Siitä aiheutuu suuria kansantaloudellisia kustannuksia esim. sairauspäivärahojen, ennenaikaisten eläkkeiden, hoidon ja kuntoutuksen sekä lääkkeiden osalta. Masennus aiheuttaa enemmän ja pidempiaikaisempia toimintakyvyn häiriöitä kuin useimmat muut kansansairaudet. (Andrews 2005, Wittchen 2005, Scott 2003)

Ahdistus ja depressiiviset häiriöt heikensivät väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua toiseksi eniten heti tule- sairauksien jälkeen ja laatupainotteisten elinvuosien menetys oli suurinta juuri masentuneilla (Saarni 2008).

Työterveyslaitoksen Työ ja terveys Suomessa- (2012) tietojen mukaan masennuksen vuoksi Suomessa oli työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2011 37 467 työikäistä ja näistä eläkkeistä aiheutuneet menot olivat noin puoli miljardia euroa. Masennuksen vuoksi alkaneita sairauspäivärahakausia oli hiukan vajaat 27 000. Masennuslääkkeiden käyttäjiä oli KELA:n tilastojen mukaan vuonna 2013 yli 400 000. Masennus on myös yleisin itsemurhien taustalla oleva sairaus.

Sairauden hoito ja seuranta on sovittu Käypä hoito- suosituksessa (2016) tapahtuvaksi pääosin perusterveydenhuollossa. Ongelmana on ollut sairauden heikko tunnistettavuus ja erikoisosaamisen puute. Psyykkisiin sairauksiin liittyvä stigma on vaikeuttanut niiden hoidon järjestämistä ja hoitoon hakeutumista (Sartorius 2007). Depressiohoitajajärjestelmä on madaltanut hoitoonhakeutumiskynnystä ja helpottanut perusterveydenhuollon työtä masennuksen hoidossa ja siitä on saatu myös asiakkailta myönteistä palautetta (Vuorilehto 2008a, 2014).

Masennuksen syyt juontavat monesti juurensa lapsuudenperheissä koettuihin haavoittaneisiin kokemuksiin mm. vanhempien päihde- tai mielenterveysongelmiin (Salokangas 2006a, Fröjd 2009, Miller 2000, Sadowski 1999) tai lähisuhdeväkivaltaan (Suokas-Cunliffe 2006a, Söderholm 2012) eri muodoissaan. Lapsena koettu stressi, puutteellinen hoito ja kasvatus, virikkeetön elinympäristö, heikot lähiverkostot voivat vaikuttaa pitkälle aikuisikään sekä fyysiseen että psyykkiseen sairausalttiuteen (Laitinen 2001). Mukana seuraa yleensä heikko itsetunto, puutteelliset elämänhallintakeinot ja tunne ettei voi vaikuttaa toiminnallaan epäsuotuisiin elinolosuhteisiin aikuisenakaan. Opitaan alistumaan ja joustamaan liiankin pitkälle eikä ongelmiin etsitä apua. Monet terveyden riskitekijät kasautuvat samoille yksilöille. Psyykkiset oireet jäävät monesti somaattisten oireiden taakse eivätkä potilaat tunnista niitä aina itsekään. Osalla häpeä estää psyykkisistä ongelmista puhumisen ja ne naamioidaan ruumiin kielelle ja siten tarvittava oikeanlainen apu jää kenties saamatta.

Perhe on lähin sosiaalinen yhteisö niin lapsena kuin aikuisenakin, jossa masennuksen kulkuun voidaan vaikuttaa myös myönteisellä tavalla. Yksikin turvallinen aikuinen riittää lapselle takaamaan suotuisan kehityksen puutteellisissakin elämänolosuhteissa (Mäntymaa 1999, Sinkkonen 2004). Masennuksen kehittyminen ja oireiden tunnistaminen tapahtuu ensimmäisenä perheessä ja lähisuhteissa sekä koulu- ja työyhteisössä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Läheiset, erityisesti puoliso, ovat ratkaisevassa roolissa varhaisessa taudin kulkuun puuttumisessa ja heillä on myös merkittävä tuen antamisen mahdollisuus hoidon aikana. Monet yhteiskunnalliset muutokset ovat kuitenkin murtaneet yksilöiden sosiaalisia siteitä lapsuuden perheisiin, sukuun ja läheisverkostoihin ja jättäneet ihmiset oman aktiivisuuden varaan turvaverkostojen luomisessa. Myös perheiden pirstaloituminen on tuonut omat vaikeutensa tuen saamisessa ja luonut uusia ongelmia kohdattavaksi.

Työelämän lisääntyvät haasteet tehokkuuden ja taloudellisen tuloksen nimissä luovat paineita stressiherkille tai jo sairastuneille työntekijöille, joiden on vaikea löytää paikkaansa. Sairastuminen voi johtaa pahimmillaan työuran katkeamiseen taloudellisine ahdinkoineen, josta kärsii koko perhe. Terveydenhuollon kykyä reagoida psykososiaalisen kuormituksen varhaisiin merkkeihin on lisätty (Honkonen 2011, Kähärä 2008), mutta silti edelleen jää suuri joukko nuoria ja aikuisikäisiä tunnistamatta ajoissa ja menetetään suotuisin aika tilanteeseen puuttumiseen. Myös työttömien kohdalla tarvittaisiin tehokkaampia tukitoimia tässä suhteessa ennen kuin masennus puhkeaa.

Hoitojärjestelmien kasvavat työpaineet jonoineen, vaihtuvine työntekijöineen ja lyhyine vastaanottoaikoineen muodostavat haasteen mielen sairauksien hoitoon, jossa tarvitaan jatkuvuutta, luottamusta ja aikaa selvitellä ongelmien taustoja ja etsiä tukea antavia tekijöitä potilaiden elämästä. Perusterveydenhuolto tuntee monesti jo ennestään masentuneen perheen ja läheiset ja yhteistyö heidän kanssaan on luontevaa. Tukea antavat myös muut alueen ammattilaiset ja kolmannen sektorin palvelut sekä vertaistoimijat kunhan niitä osataan käyttää.

Tässä tutkimuksessa on ollut tavoitteena löytää uusia lähestymistapoja masennusoireista kärsivien tunnistamiseen mm. itsetunnon, stressin ja elämänhallinnan avulla ja myös hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Fokus kohdistuu sekä lapsuuden perheen että aikuisiän perheen ja lähiverkostojen sekä stressaavien elämäntapahtumien ja työelämän yhteyteen masennuksen synnyssä ja sen hoidossa. Tutkimuksessa on käytetty sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä syväluotaamaan masennusta ja siihen liittyviä taustatekijöitä erilaisilla fokusryhmillä. Esitys on rakennettu monografiamuotoon, koska etenkin laadullisen aineiston käsittely olisi muutoin ollut hyvinkin haasteellista.

Tulosten toivotaan olevan hyödyksi laaja-alaisesti sekä mielenterveyden promootio- että preventiotyötä että sairastumisen jälkeen tapahtuvaa hoitotyötä tekeville perusterveydenhuollon ammattilaisille terveyskeskuksissa ja työterveyshuolloissa sekä muille eri sektoreilla masentuneita tai masennusriskissä olevia kohtaaville toimijoille ja heidän asioistaan päättäville henkilöille. Tiedoista toivotaan olevan hyötyä myös masennusriskissä oleville sekä jo masentuneille itselleen sekä heidän läheisilleen niin kotona kuin työpaikoilla, jonka vuoksi tämä kirja haluttiin kirjoittaa suomeksi.

2. Kirjallisuuskatsaus

Masennusta on tutkittu varsin runsaasti eri tieteenaloilla. Uusia tieteellisiä tutkimuksia valmistuu vuosittain tuhansia. Tähän kirjallisuuskatsaukseen on poimittu tietoisesti valikoiden tutkimuskysymyksiin liittyviä sekä laadullisia että määrällisiä lähteitä eri tieteenaloilta, pääosin psykologiasta. Suuri osa lääketieteellisistä masennustutkimuksista on tehty erikoissairaanhoidon potilailla ja ne ovat keskittyneet lääkehoitoihin, joka ei vastaa perusterveydenhuollon tarpeita (Lam 2004). Myös ennaltaehkäisy ja ylisukupolvinen näkökulma jäävät niissä heikolle huomiolle. Koska masennuksen synty ja siitä toipumiskeinot kytkeytyvät alueella vallitsevaan kulttuuriin, kieleen, asenteisiin, arvoihin ja palvelujärjestelmiin, pääosa viitteistä on länsimaisia ja vieläpä suomalaisia alkuperältään.

2.1. Yleistä masennuksesta ja sen taustatekijöistä

Masennus on eräs kasvavista ja haastavimmista kansansairauksista kaikkialla maailmassa (Wittchen 2005). Mielialahäiriöiden kansainvälinen esiintyvyys väestössä on vaihdellut tutkimuksesta riippuen seitsemästä lähes 20 prosenttiin elinaikana (Joukamaa 2002). Sen on arvioitu aiheuttavan toiseksi eniten haittaa kaikista kansansairauksista maailmanlaajuisesti. Mielenterveyden häiriöiden on laskettu koskettavan joka 4. EU- kansalaista elämän aikana. 10 % kaikista terveysongelmista johtuu mielenterveysongelmista. Kustannukset mielenterveysongelmista ovat n. 136 biljoonaa euroa vuosittain EU-tasolla. 40 % Britannian pitkäkestoisista työstä poissaoloista johtui mielenterveydellisistä syistä. (Wittchen 2005)

Mielenterveyden häiriöiden epidemiologiaa on kartoitettu tarkemmin kolmessa laajassa väestötutkimuksessa Suomessa, UKKI- tutkimuksessa (Lehtinen 2003) 20 vuoden seuranta-aikana, Mini-Suomi- tutkimuksessa (Aromaa 1989) poikkileikkauksenomaisesti 70-80- luvun vaihteessa ja Terveys 2000- tutkimuksessa (Aromaa 2002) samalla tavalla 20 vuotta myöhemmin. Terveys 2011 seurantatutkimuksen mukaan tilanne oli edelleen lähes ennallaan (Koskinen 2012). Pohjois-Suomen 1966- syntymäkohorttitutkimuksessa on seurattu pitkäkestoisesti mielenterveyshäiriöiden taustatekijöitä lapsuudesta lähtien (Isohanni 2006). Masennuksen esiintyvyys oli näissä kaikissa 5 % luokkaa aikuisväestössä.

Erityistä huolta on herättänyt nuorten tilanne. Alle 30-vuotiaiden naisten osuus masennukseen sairastumisessa on lisääntynyt 2000-luvulla. Esim. vuosina 2004-2008 kasvu oli 49 % ja saman ikäisillä miehillä 40 %. Eniten lisäystä oli 16-19 v miesten kohdalla sairauspäivärahoissa. Taustalla on arvioitu olevan mm. tunnistamattomia kognitiivisia häiriöitä, joihin olisi kouluaikana pitänyt löytää aiemmin apua ja tukea ja edistää myös sosiaalisten taitojen kehitystä. Myöhemmin aikuisena ongelmiin on vaikea saada apua ja työllistyä ilman vahvaa koulutuspohjaa. Perhe, työ/koulu, palvelut ja koko yhteisöllinen tukiverkosto on samaan aikaan haurastunut, jolloin ongelmien kanssa jää helposti yksin. (Raitasalo 2009)

Mielialahäiriöistä johtuva työkyvyttömyys alkoi näkyä vasta 90-luvun laman jälkeisissä tilastoissa. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden absoluuttinen ja suhteellinen määrä kasvoi vuoteen 2007 saakka, jonka jälkeen se on kääntynyt laskuun erilaisten kehittämistoimien ansiosta. Ahdistus, masennus, stressireaktiot ja psykosomaattiset häiriöt ovat olleet tavallisimmat päivärahakausien myöntämisen syyt. Työttömyys kaksinkertaistaa masennuksen esiintymisen. Terveys 2000- tutkimuksessa todettiin työikäisillä masennusta 6 %:lla, työttömillä 12 %:lla. (Sinokki 2010)

Wahlbeckin (2011) mukaan Suomessa 45 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä on myönnetty masennuksen takia. Uusista työkyvyttömyyseläkkeistä 60 % johtuu mielialahäiriöistä. Vuonna 2014 joutui mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle yli 5000 suomalaista eli 28 % kaikista tuona vuonna eläkkeelle jääneistä. Heistä noin puolet oli alle 44-vuotiaita. (Eläketurvakeskus)

Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden häiriöiden vuoksi on yhteensä viime vuosina ollut noin 70 000 työikäistä, joista n. puolet masennuksen vuoksi. Sairauspäivien kustannukset mielialahäiriöiden osalta olivat vuonna 2013 108 miljoonaa euroa (KELA 2013). Työkyvyttömyyseläkkeiden osalta kustannukset ovat olleet 900 miljoonaa euroa vuodessa kaikkien psykiatristen sairauksien osalta, joka on kolme kertaa enemmän kuin sydän- ja verisuonitautien kustannukset (Pohjalainen 2004). Masennuksen osuus tästä on n. 500 miljoonaa.

Vaikka masennukseen sairastuneiden määrä on kääntynyt laskuun ja masennuksen vuoksi eläkkeelle jääneiden osuus on pienentynyt neljänneksellä vuodesta 2008 ja sen osuus eläkkeelle jäämisen syistä on 40 % luokkaa, sen aiheuttamat taloudelliset rasitteet yhteiskunnalle ovat edelleen merkittäviä. Masennuksesta aiheutuneet sairauspoissaolo- ja eläkekustannukset ovat kasvaneet voimakkaasti viimeisen 25 vuoden aikana. Vaikka KELA:n rahoittamaan kuntoutukseen päässeiden määrää on lisätty, on mielenterveyskuntoutuksen keinoja silti pidetty riittämättöminä.

Masennuksen on todettu olevan monietiologinen, toistuva ja monesti sen riskitekijät on todettavissa jo varhain lapsuudessa. Biologiset, geneettiset ja raskaus- ja lapsuusaikaisten voimakkaiden stressitekijöiden haavoittuvuutta aiheuttavat seikat luovat alttiuden sairastua. Monesti altistavilla tekijöillä on taipumus kasautua samoille yksilöille ja altistavat tekijät vaikuttavat useampaan yksilöön lähipiirissä masennukseen sairastumassa olevan lisäksi. Krooniset stressitekijät tai useiden tekijöiden samanaikainen vaikutus masennuksen taustalla ovat todennäköisesti ihmisillä yleisempiä kuin yksittäiset raskaat elämäntapahtumat, mutta niitä on vaikea tavoittaa varsinkin kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Asioilla on taipumus myös ”periytyä” ylisukupolvisesti, koska myös elinympäristöt, sosioekonomiset olosuhteet ja vuorovaikutustavat monesti ”periytyvät” stressitekijöineen. Henkinen kypsymättömyys, vihamielinen riippuvuussuhde, manipulatiivisuus, impulsiivisuus ja matala alkoholin ja muiden päihteiden käyttämiskynnys ovat mm. tekijöitä, jotka välittävät alttiutta ylisukupolvisuuteen. Samantyyppisiä asioita kokeneiden on taipumus hakeutua toistensa seuraan, myös puolisoiksi, joten ongelmat kasautuvat sitäkin kautta myös seuraavaan sukupolveen. Masennus ”tarttuu” myös läheisiin vuorovaikutussuhteissa. Koska masennus aiheuttaa enemmän toimintakyvyn laskua kuin useimmat muut kansansairaudet erityisesti työikäisessä väestössä, tarvittaisiin sen tunnistamiseen ja hoitoon nykyistä monipuolisempia keinoja. (Coyne 1991, Joiner 1994, Brown 1998, Reiss 2008, Ytti 2016)

2.2. Masennusta koskevia määrittelyjä

Teoreettiset käsitteet, selitysmallit ja viitekehykset auttavat jäsentämään ja analysoimaan tutkimuksessa tarkasteltavia ilmiöitä. Teoriat ovat järjestelmä, joiden avulla tietoa selitetään, ymmärretään, omaksutaan, tulkitaan tai rajataan (systemaattisuus, rationaalisuus, objektiivisuus). Teorian ottaminen mukaan tutkimuksen lähtökohdaksi on aktiivista todellisuuden luomista, ikään kuin kameran erilaisten linssien läpi katsomista. Tutkimuksessa tarvitaan käsitteiden määrittelyä, jotta tiedetään mistä puhutaan. Toisaalta toiminta edeltää teoriaa ja etenkin laadullinen tutkimus tähtää uuden teorian muodostukseen tai uusien käsitteiden luomiseen kuvaamaan tarkemmin käsiteltävää asiaa, ilmiötä tai toimintaa. (Janhonen 2001, Kyngäs 1999)

2.2.1. Masennusta koskevia selitysmalleja, käsitteitä, teorioita, diagnostisia kriteerejä ja asenteita

Masennuksesta puhuttaessa ei voida olla varmoja mitä kukin sillä tarkoittaa. Tämän vuoksi on syytä tarkastella termiä laajemmin lähikäsitteineen, jotta voitaisiin ymmärtää tarkemmin sen taustoja ja sen kokemuksellista puolta ja siten tukea myös siitä selviytymistä eri keinoin.

2.2.1.1. Masennukseen liittyviä selitysmalleja

Masennuksella käsitteenä voidaan ymmärtää lyhytkestoista tunnetilaa, pidempikestoista mielialan laskua tai diagnostiset kriteerit täyttävää sairautta. (Henriksson 1994, Vuorilehto 2008b, Tontti 2000, Masennuksen Käypä hoito-suositus, ICD-10 tautiluokitus, liite 1)

Masennuksen synnyn teoreettisia selitysmalleja on useita. Masennuksessa voidaan nähdä mm. biologinen (aivojen välittäjäaineista, fysiologisista ja geneettisistä tekijöistä johtuva), psykodynaaminen (varhaisvaiheen tiedostamattomista tunteista, tarpeista tai vaistoista kumpuava reaktio menetyksen tai sen uhkan kokemukselle), kognitiivinen (virheellisistä nykyhetken sosiaalis-konstruktivistisista tulkinnoista, ajatusmalleista tai aistihavainnoista johtuva), sosiaalikonstruktivistinen (ympäristöstä johtuva) ja fenomenologis-eksistentiaalinen (kokemuksellinen) ulottuvuus tai synteesi kaikista edellä mainituista (holistinen näkökulma) (Kangas 2001, Romakkaniemi 2011, Enäkoski 2002, Engel 1977).

Tontin kirjassa (2000) mainittu Cumminsin 1957 laatima masennuksen syyluokitus vaikuttaa edelleen ajankohtaiselta eli jako biologisiin, persoonallisuuteen, vuorovaikutukseen, taloudellisiin oloihin ja kulttuuristen arvojen murentumiseen liittyviin tekijöihin. Vuorovaikutuksen sisään mahtuvat mm. varhaislapsuuden perheolosuhteet, parisuhdekysymykset, koulukiusaaminen, ongelmat muiden läheisten sekä ympäristön kanssa. Näiden selitysmallien luoma kuva masennuksesta on huomattavasti laajempi kuin mihin lääketieteellisessä hoidossa on totuttu.

Biopsykososiaalisen mallin ja ihmiskäsityksen (Engel 1977) mukaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus ovat ihmisessä samanaikaisesti läsnä. Sairaus muodostuu elimellisestä, aineenvaihdunnallisesta tai vuorovaikutuksellisesta häiriöstä, siihen reagoinnista ja siitä seuranneesta kärsimyksestä, haitasta tai toimintakyvyn rajoituksesta. Häiriö ulottuu solutasolta aina yhteiskunnalliselle tasolle saakka (McDaniel 1990). Biopsykososiaalinen malli voi toimia hoidossa potilasta voimaannuttavana tekijänä, joissa arjen pärjäämisen tukeminen on lähtökohtana kokonaisvaltaiselle hoidolle, jota biologiset hoidot tukevat (Borrell-Carrió (2004). Jaettu tieto ja ymmärrys sairaudesta ja sen syistä ja siten myös hoidosta muodostuu dialogisessa vuorovaikutuksessa potilaan ja ammattilaisen kesken (Seikkula 2004). Viime vuosien funktionaalisissa aivotutkimuksissa (Karlsson 2012) on voitu nähdä muutoksia aivojen välittäjäaneiden vapautumisessa, tiettyjen sähköisten aivoratojen vilkastumista tai heikkenemistä tai tiettyjen aivojen osien koon kasvua tai surkastumista riippuen vuorovaikutuksen laadusta (esim. psykoterapia tai deprivaatio), joka vahvistaa käsitystä ihmisen biopsykososiaalisesta kokonaisuudesta.

Masennuksen diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan (Tautiluokitus ICD-10) ottavat huomioon hyvin rajoitetussa määrin potilaan ympäristöä ja ulkoisia sairauden puhkeamiseen tai vaikeutumiseen vaikuttaneita vuorovaikutuksellisia tekijöitä, vaikka niiden merkitys sairauden hoidossa ja kuntoutuksessa olisikin huomattava (Upshur 2000, Riikonen 1994, Borrell-Carrió 2004). Amerikkalainen DSM –luokitus (APA) on tässä suhteessa moniulotteisempi (nyt käytössä DSM-5 versio, THL). Vähäiset aikaresurssit perusterveydenhuollon vastaanottotilanteessa ja yhden ammattilaisen kapea-alainen arvio johtavat helposti vaillinaiseen diagnoosikriteerien käsittelyyn tai pelkkien somaattisten oireiden hoitoon (Vuorilehto 2008b, Salokangas 1996, Poutanen 1996). Jos

oireiden kartoitus tapahtuu pelkästän oireilevan potilaan kanssa, niistä osa voi jäädä ilmaisematta tai toisia liioitellaan johtuen sairauden vaikutuksesta näkemyksiin. Masennuksesta aiheutuvat ongelmat näkyvät kuitenkin selkeimmin vuorovaikutuksessa kotona, lähipiirissä ja työyhteisössä (Beach 2001, Larivaara 2000). Tämä merkittävä resurssi jää käyttämättä niin sairauden taustojen ymmärtämisessä kuin sen hoidossakin, jos tilanne nähdään liian yksilökeskeisesti ja redusoidusti.

2.2.1.2. Muita masennukseen liittyviä käsitteitä

Positiivinen mielenterveys tarkoittaa Lehtisen (2008) mukaan positiivista hyvinvoinnin tunnetta, hyvää itsetuntoa (self esteem), optimismia, hallinnan ja koherenssin tunnetta, kykyä luoda, kehittää, sopeutua ja pitää yllä molemminpuolin tyydyttäviä ihmissuhteita, kykyä tulla toimeen ja pärjätä vastoinkäymisten kanssa, resilienssiä. Nämä edistävät yksilön kykyä toimia perheen parissa ja laajemmissa sosiaalisissa verkostoissa paikallisesti ja laajemmaltikin. Mielenterveys on uusiutuva voimavara, joka kehittyy jatkuvana dynaamisena prosessina. Aiemmat kokemukset vaikuttavat myöhempiin ja se voi lisääntyä tai vähentyä olosuhteista riippuen.

Mielenterveyden determinantit ryhmitellään yksilökeskeisiin, yhteiskunnallisiin, vuorovaikutussuhteisiin liittyviin ja kulttuurisiin tekijöihin. Kulttuurisiin determinantteihin kuuluvat yhteiskunnalliset arvot, kuten tasa-arvo ja ihmisoikeudet, mielenterveydelle ja mielen sairauksille annettu yhteiskunnallinen kriteeristö ja arvo, sosiaalista vuorovaikutusta koskevat säännöt, mielen sairauksiin liittyvä stigma ja poikkeavuuksien sietokyky. Yksilöiden mahdollisuuksia hyvään mielenterveyteen lisäävät hyvä tunteiden, tietojen ja kokemusten hallinta, aktiivinen toiminta, identiteetin eheys, hyvä itsetunto (self-concept ja self-esteem), autonomia, hyvä sopeutumiskyky, coping-taidot, stressin hallintakeinot, hyvä koulutus, elämän tarkoituksellisuuden kokeminen ja hyvä fyysinen terveys. Murheiden ja vastoinkäymisten märehtiminen (ruminating) on yksi neuroottisuuden masennukseen ja stressiin yhdistävä tekijä, joka pidentää masennusta ja on sen riskitekijä. (Nolen – Hoeksema 1994, Lehtinen 2008)

Itsetunto kehittyy ja vakiintuu jo varhaislapsuudessa pitkälle sille tasolle, mitä se aikuisena tulee olemaan (Keltikangas-Järvinen 2008b). Itsetunto (Rosenberg 1965/1989) riippuu osittain ympäristön asettamista normeista, miten hyvin niihin pystyy sopeutumaan ja muodostamaan oman ihanneminäkuvan. Itsearvio ja psyykkinen hyvinvointi ovat sitä parempia mitä paremmin omat odotukset ihanneminästä ja todellinen minä vastaavat toisiaan. Itsetunto voi jäädä heikosti kehittyneeksi heikon tuen, palautteen ja kannustuksen puuttuessa jo lapsuudessa. Yksilö, jolla on heikko itsetunto, on myös taipuvainen aliarvioimaan itseään ja alisuoriutumaan tehtävistään. Se luo pohjaa mm. työuupumukselle ja masennuksen synnylle, odotukset toteuttavat itsensä. Tuolloin yksilö vertaa itseään muihin, etsii jatkuvaa hyväksyntää, tukeutuu toisten mielipiteisiin ja on herkkä kritiikille. Ylikorostuneesta itsetunnosta taas seuraa vähäinen mielen plastisiteetti. Tavoitteiden oikealla asettelulla resursseihin nähden saavutetaan onnistumisen kokemuksia ja päädytään hyvän kierteeseen, joka edistää itsetunnon kohentumista ja voimavaraistumista esimerkiksi kuntoutumisessa. (Jaari 2004, Keltikangas- Järvinen 2008b)

Minäpystyvyys (self-efficacy) heikkenee masennuksen myötä niin että vastaantulevat negatiiviset elämäntapahtumat haavoittavat masentuneita herkemmin kuin ei-masentuneita. Sen selitysosuus on n. 40% ennestään masennukseen sairastuneiden oireiden syistä. (Maciejewski 2000)

Enäkosken (2002) mukaan masennus muuntaa minäkäsitystä (self concept). Minäkäsitys (= ajatuksia, käsityksiä, haluja, toiveita, tunteita ja ihmissuhteita ja uskoa itseensä) muodostuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja siitä saadusta palautteesta. Minäkäsitys on dynaaminen, esim. ulkoisten olosuhteiden muuttuessa koko elämän ajan. Se auttaa tulkitsemaan uusia kokemuksia ja uutta informaatiota. Ristiriitatilanne voi aiheuttaa ahdistusta ja jännitystiloja. Liian suurta ristiriitaa voidaan välttää minän puolustuskeinoilla, kieltämällä, vääristämällä tai väistämällä uhkaavaksi

koettu asia tai tilanne. Arvot, asenteet, roolit ja käyttäytymismallit vaikuttavat myös siihen, miten muutoksiin suhtaudutaan.

Positiivisella emotionaalisuudella tarkoitetaan ulospäin suuntautuneisuutta aktiivisuutta, rohkeutta, kiinnostusta uusiin asioihin, energisyyttä, kykyä sietää rajoittamista ja ohjausta. Se voi toimia suojaavana tekijänä masennuksen suhteen ja auttaa tuen saamisessa. Negatiivisella emotionaalisuudella taasen ymmärretään estyneisyyttä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja uusissa tilanteissa, taipumusta tulkita asiat negatiivisessa valossa, itsekriittisyyttä, vaikeutta sietää rajojen asettamista, impulssien kontrollointia ja kyetä säätelemään tunteita. Masennusriskin kannalta huono yhdistelmä on voimakas negatiivinen ja vähäinen positiivinen emotionaalisuus ja heikko kontrollikyky. (Martin 2011)

2.2.1.3. Masennus kokemuksena

Siltala (2002) kuvaa tunteiden syntyä ja merkitystä itsekokemuksen kehittymisessä. Lapsi kokee sisäisen ja ulkoisen maailman tunteiden kautta. Tunteet kehittyvät affekteista, jotka ovat tiedostamattomia mielen ja ruumiin välillä olevia ilmiöitä välittäen viestejä ruumiin ja mielen välillä molempiin suuntiin. Emootiot paikantuvat puolestaan tunteiden ja affektien välimaastoon. Ihminen tekee havaintoja ympäristöstään ja vetää johtopäätöksiä siitä myös tunnetasolla. Muistin avulla näin syntyneet tunnetilat, ei-toivotutkin, ovat palautettavissa pitkänkin ajan päästä vielä mieleen. Tunteiden avulla ihminen muodostaa kuvan itsestään subjektina ja myös muista ihmisistä. Ne ovat tietoisuuden tavoitettavissa olevia tiloja, joiden kanssa voi työskennellä.

Asenteet ovat tahdon ilmentymiä ja muokkaavat tunteita, asenteiden taustalla on kognitioita eli oppimiseen perustuvia seikkoja, affekteja ja toimintaa. Ympäristö ja tarpeet vaikuttavat asenteisiin ja ne ovat muokattavissa. Asenteet ovat valmiustila tulevia tapahtumia ajatellen, ne auttavat sopeutumaan muutoksiin (coping) tai jopa muuttamaan niiden kulkua ja säilyttämään oman identiteettinsä. (Enäkoski 2002)

Sosiaalinen konstruktivismi (Putnam 1995, Vygotskyn oppimisteoria (1995) ja fenomenologia (Husserl 1995, Giorgi 1994) näkevät asiat ja tapahtumat kontekstisidonnaisina, jossa kukin luo itse oman todellisuutensa vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteisön kanssa. Puhutaan myös situaatiosta, sijainnista, jossa ihminen elää yksilönkehitykseen vaikuttavana tekijänä (Rauhala 2002). Negatiiviset elämänkokemukset, kuten sairauskokemus, muokkaavat ihmisen ilmiasua, näkyvällä tai alitajuisella tavalla (Antonovsky 1988).

Lauri Rauhalan holistisessa ihmiskäsityksessä (2002) elämän nähdään muodostuvan ihmisen vuorovaikutuksellisesta situaatiosta (ympäristöstä, elämäntilanteesta, ihmissuhteista, asumisesta, toimeentulosta, kulttuurista, arvoista ja uskonnosta jne.), tajunnallisuudesta (mielen, tunteiden ja kognitioiden olemassaolosta) ja kehollisuudesta (biologisista mekanismeista). Situaatio on sekä konkreettisen vuorovaikutuksen että myös henkisen, arvojen ja asenteiden kautta syntyvä, mutta myös kulttuuriin sidoksissa oleva vuorovaikutussuhde ympäristön kanssa. Se on hyvin yksilöllinen niin että saman perheen eri jäsenten situaatiot ovat erilaisia, vaikka asutaan yhdessä. Tajunnallisuus kuvaa kokemusmaailmaa, joka on aina suhteessa johonkin sen mukaan minkä merkityksen sille kulloinkin antaa. Se sisältää mm. tietoa, tunteita, uskomuksia ja intuitiota. Sairaudessa, kuten masennuksessa tai psykoosissa merkityssuhteet voivat vääristyä ja muuttua jopa epätodelliseksi. Kulttuuri ja muutkin yhteisölliset ja yhteiskunnalliset seikat vaikuttavat merkityksenantoon ja se voi olla pitkälti opittua toimintaa, joka muovaa valintojen tekoa. (Perttula 1994)

Sairauden käsite, tautiluokitus ja diagnoosit ovat fenomenologisessa näkemyksessä toisarvoisia. Lauri Rauhalan (2002) mukaan diagnoosin asettaminen epäsuotuisille tiloille on liian kapea-alainen tarkastelunäkökulma, joka ei ota huomioon ihmisen situaation vaikutusta sairauden taustalla.

Häiriötilanteessa itsesäätely ei toimi kun vallitseva situaatio ei riitä pitämään kokemismaailmaa tasapainossa ja siksi ihminen sairastuu. Masennuksessa sisäinen ja ulkoinen elämänhallinnan tunne katoaa ja yhteys omaan minään heikkenee. Asennoituminen masennuksen hoitoon määrittyy sen mukaan minkä selitysmallin sairaudelle antaa. Merkityksenantoon vaikuttaa esim. sosiaaliset vuorovaikutussuhteet, uskonto ja kulttuuri. Todellisuus on sitä miten sen hahmottaa riippumatta siinä mahdollisesti ilmenevistä vääristymistä tai tulkintaviheistä. Yhteiskunnallisista olosuhteista, normeista, sietokyvystä ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksista riippuu milloin tilanne määrittyy psyykkiseksi häiriöksi, johon tarvitaan ja tarjotaan hoitoa. Yksilön oma kyky tasapainottaa epäsuotuisia tilanteita vaikuttaa myös avun tarpeeseen. Masentuneen kokemismaailmassa tapahtuneet muutokset muuttavat hänen tapaansa kokea merkityssuhteita, todellisuutta ja ympäröivää maailmaa. Maailmankuva siis muuttuu masennuksen myötä. (Riikonen 1994, Henriksson 1994, Perttula 1994)

Fenomenologisen näkemyksen mukaan yksilö on elämänsä paras asiantuntija (Giorgi 1994). Lähtökohta on päinvastainen kuin mihin esim. lääketieteessä on totuttu. Sairaus voi näyttää potilaan kokemuksena hyvinkin erilaiselta kuin mihin ammattilainen on tottunut diagnostiikassaan. Masentuneen elämä ja minuus koetaan ikään kuin jämähtäneen paikalleen. Masennus ja ahdistus kulkevat myös käsi kädessä. Masennus on ikään kuin ilman näkyvää syytä koettua ahdistunutta surumielisyyttä, joka halvaannuttaa ihmisen sisältä päin. Tunteet kaikkoavat ja tulevaisuuden perspektiivi katoaa, elämä menettää tarkoituksensa. Tilanteeseen turtuu vähitellen ja siitä tulee tapa elää. Masennus voi olla myös torjuntayritys uhkaaville muutoksille, joita pelätään. Kokemusasiantuntijuudessa lähestytään sairautta juuri kokemusmaailman kautta (Rissanen 2015). (Enäkoski 2002)

Syvällinen potilaslähtöinen ymmärtäminen lähtee auttajan oman mielen ennakkoluulojen ja –asenteiden sulkeistamisesta pois kohtaamistilanteessa ja eläytymisestä potilaan kokemusmaailmaan. Professionaalista tietoa sovelletaan luovasti potilaan auttamisprosessissa yksilöllinen situaatio, tajunnallisuus ja kehollisuus huomioiden. Painoarvoa pitäisi olla enemmän situaation epäkohtien korjaamisessa oireiden sijaan erityisesti masentuneilla, joka estäisi myös relapsien syntyä. Potilasta voidaan tukea näkemään masennus myös voimavarana ja oppimiskokemuksena elämässä. (Enäkoski 2002, Rauhala 2002, Mattila 1997, Antikainen 1998)

2.2.1.4. Masennuksen taustatekijöitä eri aikakausina

Masennuksen synty ja sen ilmenemismuodot ovat globaalisti vallitsevasta yhteiskunnasta, historiallisesta ajasta ja ympäröivästä sosiaalisesta verkostosta riippuvaisia (Bhugra 2004, Weich 2002). Myös puhuttu kieli ja uskonnolliset säännöt vaikuttavat siihen, miten masennusta ilmaistaan kussakin kulttuurissa (Bäärhielm 2010, Bass 2007). Aiemmin Suomessa vallitsi hyvin yhtenäinen käyttäytymiskulttuuri, jossa omillaan pärjääminen eli vahvana eikä avun tarvetta myönnetty herkästi. Vaikka elämme Suomessa edelleen melko homogeenisessa yhteiskunnassa, erilaisilla alakulttuurilla ja sosioekonomisilla ryhmillä on erilaisia tapoja oireiden ilmaisemisessa, sairauskäsitteissä, -käyttäytymisessä, avun hakemisherkkyydessä ja –mahdollisuuksissa. (Pakaslahti 2010, Halla 2010, Schubert 2010)

Ihmisen elinympäristö ja siellä vallitsevat olosuhteet ja ihmissuhteet muokkaavat olennaisella tavalla sitä, millaisen ilmiasun (fenotyyppi) genotyyppi elämän aikana saa. (Caspi 2006, Engel 1977, McDaniel 1990, Tuulio-Henriksson 2008). Mielenterveys kehittyy geenien ja ympäristön yhteisvaikutuksena epigeneettisesti (Caspi 2006).

Moniarvoinen kulttuuri luo myös paineita ja vaihtoehtoja, joihin reagointi vaatii huomiota. Sosiaalinen media, hyvät tietoliikenneyhteydet, matkailu ja globalisaatio monipuolistavat kulttuurisia

käsityksiä. Elämäntavat ja –tyylit erilaistuvat. Vapaus toimia lisääntyy toisaalta, mutta se samalla lisää vaikeutta itsesäätelyyn ja lisää jännitteitä. Se merkitsee myös valinnan pakkoa ja vastuunottoa valinnoista yksilötasolla, jolloin epäonnistuminen voi johtaa myös masennukseen kun unelmat eivät toteudukaan. (Nurmela 2011)

Postmodernissa ajassa identiteettien (sukupuoli-, ammatti- ja sosiaalinen-) säilyttäminen on Nurmelan (2011) mukaan haasteellista. Muutokset ympäröivässä yhteiskunnassa vaativat ja pakottavat muutoksiin. Yhteisöllisyyden puuttuminen vaikeuttaa identiteettityön tekemistä, josta seuraa kuormitusta, ahdistusta ja masennusta. Uudet mahdollisuudet voivat olla hyväksi, mutta tietty pysyvyys on ihmisen hyvinvoinnille tarpeen. Moniarvoisuus voi vaikeuttaa asioiden arviointia, identiteettien luomista ja tuen saamista muilta.

Sosiaalinen media 2000-luvulla on ollut luomassa uudenlaisia virtuaalisia yhteisöjä ja verkostoja. Se mahdollistaa myös uudenlaisen yhteydenpidon kaukana olevien perheenjäsenten ja sukulaisten kesken ja tuen saamisen heiltä. Sosiaalisella medialla voi olla kuitenkin myös päinvastaisia, ahdistusta, masennusta ja eriarvoisuutta lisääviä vaikutuksia (Koivuniemi 2001, Nurmela 2011).

Masennus voidaan nähdä yhteiskunnallisena, kulttuurisena, sosiaalisena ja psyykkisenä reaktiona epätyydyttäviin olosuhteisiin modernissa yhteiskunnassa. Yksilöllistyvän työn ja elämäntavan voidaan kenties nähdä ruokkivan masennuksen syntyä etenkin länsimaissa. Masennus on siis eräänlainen indikaattori sille, mitä yksilötasolla tai yhteiskunnassa kulloinkin siedetään. (Julkunen 2009)

Aikalaisdiagnoosilla tarkoitetaan visiota kulloisestakin ajasta, ajankuvaa, ikään kuin kontekstia, näyttämöä, situaatiota, jossa asiat tapahtuvat ja ihmiset elävät. Kunakin aikana vallitseva yhteiskunnallinen tilanne vaikuttaa kunkin sukupolven elämään, yksilöiden ratkaisuihin ja toimintamahdollisuuksiin, myös palvelujärjestelmiin ja niiden resursseihin auttaa vaikeuksiin joutuneita. (Jokinen 2002)

Tässä tutkimuksessa tutkitut henkilöt olivat eläneet sodanjälkeisen ajan Suomessa pääasiassa samaa historiallista sukupolvea edustaen. Vanhimmat heistä olivat sotaveteraanien lapsia, nuorimpien isoisät olivat olleet sodassa. Osa oli evakkojen lapsia, jotka olivat päätyneet sukuineen Karjalasta nyky-Suomeen perinteilleen, kielelleen ja uskonnolleen vieraaseen ympäristöön kaiken tai lähes kaiken aineellisen omaisuutensa menettäneinä, osa myöskin varsin suuren henkisen menetyksen kokeneina. Osalla perhe hajosi ja osa lapsista lähetettin Ruotsiin sotalapsiksi. Sota löi leimansa heidän sukupolvensa perheiden elämään. Monet erossa olon vuodet sota-aikana olivat vaikuttaneet perhesuhteisiin, vieraannuttaneet lapset isistään ja puolisot toisistaan. Kotiin palasi erilainen mies ja isä kuin sotaan lähtiessään. Monista menneisyyden asioista niin perheissä kuin julkisessa keskustelussakin piti vaieta. Sodassa opitut kovat otteet heijastuivat lasten kasvatukseen ja erityisesti alkoholin runsas käyttö oli yleistä ja perheen silmin pelottavaa sodan jälkeisinä vuosina. (Wendisch 2009, Kivimäki 2013, Kokko 2009, Kuorsalo 2010)

Osa miehistä ja pojista oli vielä henkisesti keskenkasvuisia sotaan joutuessaan eivätkä he sieltä palattuaan kyenneet enää omaksumaan emotionaalisesti lämpimiä vuorovaikutustapoja. Kiintymyssuhteet etenkin isiin jäivät monilta heidän lapsiltaan rakentumatta ja omillaan pärjääminen oli omaksuttava jo varhain. Erityisesti pojille tunteeton ja ruumiilliseen kuritukseen turvautuva isä ei ollut kovin käyttökelpoinen oman isyyden malli myöhempinä vuosikymmeninä. Talouden tiukkuus ja elinolojen ankaruus löivät leimansa myös lapsiin, tosin melko tasapuolisesti kaikkiin. Lasten kurinpitoa arvostettiin ja se oli sallittu kasvatusmenetelmänä. Opittiin olemaan lapsena ilmaisematta itseä ja omia tunteita, pyytämättä apua ja pystymättä saavuttamaan itselle hyvää omilla vaikutusmahdollisuuksilla. Lapset eivät voineet hallita omaa elämäänsä. Siitä pitivät huolen vanhemmat ja muut auktoriteetit. Aleksitymiset piirteet ja yleinen alakulo syöpyivät osaksi

kansankulttuuria sodanjälkeisinä vuosikymmeninä ja niistä on ollut vaikea päästä eroon (Slotte 2007, Honkalampi 2000, Wendisch 2009, Kokko 2009, Kuorsalo 2010, Kivimäki 2013)

Lasten asema perheessä ja yhteiskunnassa on ollut eri aikakausina hyvin erilainen (Utrio 2013, Kalland 2013). Vielä muutama vuosikymmen sitten lapset teitittelivät vanhempiaan ja vanhempia piti kunnioittaa tiukasti. Toisaalta lapsia myytiin huutolaisiksi halvimmalla hoitoa tarjoavalle perheelle 1930-luvulle saakka, jos vanhemmat eivät kyenneet huolehtimaan heistä (Halmekoski 2011). Sosiaalihuolto pyrki auttamaan taloudellisessa kurjuudessa eläviä lapsiperheitä aineellisesti, joka saattoi leimata lapsia muihin nähden. Lastensuojelun tukitoimiin ryhdyttiin vasta kun perhe oli jo ajautunut vaikeaan kriisiin tai vanhempien kuoltua. (Väänänen 2013)

Nykyajan haasteena on väestön sosiaekonomisen polarisaation kiihtyminen ja sen myötä myös mielenterveyden häiriöiden kasautuminen. Syrjäytymistä on kuvattu joutumiseksi ulos sosiaalisesti ja kulttuurisesti arvostetun elämäntavan valtavirrasta, johon kuuluu työ, kuluttaminen, vallankäytön mahdollisuus ja sosiaalinen yhteenkuuluvuus. Koulutus on yleisin sosiaalisen aseman osoitin, myös voimakkaasti terveyteen liittyvä tekijä, joka korreloi useimmiten myös tulotason kanssa. Sosiaaliryhmien ja sukupuolten välisiä terveyseroja ei ole kyetty ponnisteluista huolimatta kaventamaan, päinvastoin. Syrjäytymistä ennakoivia tekijöitä ovat heikko koulutustaso, matalapalkkaisuus, työttömyys ja yksineläminen. Myös asuinalueella valtakunnallisesti on merkitystä esim. työllisyyden, varallisuuden ja koulutustason suhteen (segregaatio). Itä- ja Pohjois-Suomi ja pääkaupunkiseudun eräät kaupunginosat ovat erottautuneet erityisesti huono-osaisimmiksi. (Sinikumpu 1998)

Syrjäytyneillä on usein pitkäaikaisia psyykkisiä ja somaattisia sairauksia, kuten päihteiden käyttöä, neurologisia sairauksia, kognitiivisten toimintojen vajauksia (kehitysvammaisuutta, heikkolahjaisuutta, oppimishäiriöitä, tarkkaavaisuushäiriöitä tai ADHD) tai mielenterveyden häiriöitä. Työhistoria jää monilla niukaksi ja sosiaali- ja eläketurva heikoksi sairauksien vuoksi. (Juntunen 2002)

2.2.2. Ympäristön, kulttuurin ja kielen vaikutus sairauskokemukseen

Elinolosuhteet, kieli, ikävaihe ja kulttuuri vaikuttavat tapaan, jolla tunteita ilmaistaan ja miten myös sairaus koetaan (Nurmela 2011). Jaettu ympäristö on lapsuudessa vanhempien kanssa yhteisesti koettua, kuten yhteiskunta, kieli, kulttuuri, elinolosuhteet, usein myös sama uskonto ja arvot. Ei-jaettu ympäristö on sitä, mitä voi kokea elämässä erillisesti jopa toisista perheenjäsenistä ja suvusta, kuten syntymäjärjestys, sosioekonominen tilanne kunkin lapsen syntyessä, sukupuolten väliset erot ja kokemus vanhempien kasvatustyylistä. (Fröjd 2007)

Kulttuurilla Carla Schubertin (2010) mukaan tarkoitetaan yhteiskunnan tai tietyn ryhmän jäsenten kesken jaettuja näkemyksiä arjen toiminnoista, tapahtumista ja rutiineista ja tavoista olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Yhteiset arvot, uskomukset, symbolit, käyttäytymistavat, tottumukset ja kieli erottavat oman kulttuurin muista. Kulttuuriset toimintamallit omaksutaan jo varhaislapsuudessa. Kulttuurin tunteminen ja huomioon ottaminen auttaa ymmärtämään potilaiden arvoja, tarpeita ja räätälöimään hoitoa heille hyväksyttävällä tavalla. Kulttuuriseen identiteettiin, sairausselityksiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin arvoihin, stressi- ja coping- tekijöihin pitäisi perehtyä erityisesti psykiatrisilla potilailla ja maahanmuuttajilla, joille on olemassa erillinen haastattelumalli (Bäärnhiem 2010).

Identiteettiyhteisöt, kuten harrastusryhmät, voivat helpottaa yksilön identiteettien rakentamista. Perhe-,suku-, kaveri-, harrastus- ja työyhteisöt tukevat eri tavoilla identiteettejä. Työelämässä ja työyhteisöissä nykyisin tapahtuvat nopeat muutokset vaativat identiteettien muuttamista ja kuluttavat

voimavaroja. Yhteisöjen ja ryhmäidentiteetin puuttuminen voivat vähentää motivaatiota yhteisvastuullisuuteen ja yhteisöllisen tekemiseen esim. talkoisiin tai järjestötoimintaan. Tuolloin myös moraalikäsitykset muuttuvat yksilöllisesti tulkittaviksi ja ennalta ennustamattomiksi. Yhteiskunnan rakentumisen ja toimintakykyisyyden kannalta tämä voi muodostaa jopa uhkakuvia tulevaisuudessa, jos yksilöt vieraantuvat yhteisistä normeista. Yhteisöllisyydessä hyväksytään riippuvuus ja vastavuoroisuus. Yhteisöjen pitää olla riittävän pieniä, jotta niiden sisäinen dynamiikka toimisi. Yhteisöt tarjoavat turvaa yksilöille, jota mikään viranomaisorganisaatio ei voi korvata. Yhteisö voi auttaa avun hakemista ja saamista masennukseen ja tukea yleistä hyvinvointia. Luonto ja lemmikit voivat luoda turvaa ja johonkin kuulumisen tunnetta. Yhdessä toimimisen taito on ollut välttämätöntä ihmislajin kehityksessä. (Nurmela 2011)

Kulttuurinen identiteetti määrittää tavan, jolla yksilö kokee itsensä, lähiyhteisönsä ja muut ympäröivät ihmiset. Perherakenteet, perinteet, normit, kieli ja kielenkäyttö, tunteiden ilmaisutavat ja suhtautuminen työhön kuuluvat myös kulttuurisen identiteetin piiriin. Kulttuuriset sairausselitykset (biologinen häiriö, rangaistus, epäonni, pahojen henkien aiheuttama) vaikuttavat myös miten sairaudesta puhutaan, miten ja millaiseen hoitoon hakeudutaan ja miten ja millaista hoitoa ollaan valmiita toteuttamaan ja ottamaan vastaan. (Bäärnhielm 2010 a,b)

Kieli toimii välittäjänä vanhempien ja lasten välillä. Psyykkisesti sairastuneiden vanhempien lapsien on vaikea seurata heidän kielellistä ilmaisuaan ja sen puutteita ja ymmärtää, mistä hän puhuu ja mitä hän tarkoittaa. Se on lapsen kehitykselle haasteellista ja altistaa osaltaan sairauden periytymiselle. (Roisko 2003, Tamminen 2003, Jähi 2004)

Kieli toimii kulttuurisen tiedon välittäjänä. Kielen avulla ihminen jäsentää maailmankuvaansa ja ihmissuhteitaan ja luo mentaalisia mallejaan. Sillä lienee vaikutusta myös terveyskäyttäytymiseen, sairauden kokemiseen ja sitä kautta myös työssä jaksamiseen pidempään. (Hyyppä 1997, Honkasalo 2000, Suominen 2014, Helakorpi 2009)

Kaikissa kielissä ei ole edes sanaa masennukselle eikä länsimaisen tautiluokituksen diagnostiset kriteerit sovellu kaikkialla käytettäväksi, koska niissä esiintyviä yksilötason käsitteitä ei ole kaikissa kielissä ja kulttuureissa tai ne liittyvät kokonaan eri asiayhteyteen, kuten esim. häpeä uskontoon. (Pakaslahti 2010, Halla 2010, Schubert 2010, Bäärhielm 2010)

Osa kokee esim. masennuksen hyvin ruumiillisin oirein ja puhuu siitä ruumiin kielellä. On väitetty että alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla masennuksen kokeminen ja ilmaisutapa olisi fyysisempää, koulutetummilla keskiluokkaisilla henkisempää johtuen myös kielellisistä ja kognitiivisista ilmaisukeinoista. Ymmärtävätkö siis erilaista kieltä käyttävät ammattilaiset näitä erilaisin käsittein puhuvia masentuneita riittävällä tavalla? Onko alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla enemmän stressiä ja vaikeuksia selviytyä jo puutteellisten kognitiivisten ja kielellisten taitojen vuoksi asioidessaan palvelujärjestelmissä? Onko adekvaattia määrätä masennuslääkkeitä tukemaan ja vahvistamaan jaksamista, jos masennusdiagnoosi tuntuu potilaasta vieraalta ja ahdistavalta kuvaamaan tilannetta? (Pietikäinen 2007)

2.2.3. Masennukselle alttiita väestöryhmiä ja komorbiditeetteja

Masennustilojen esiintyvyys tilastollisesti on yleisempää naisilla, yksin asuvilla, eronneilla, leskillä, matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla, vähän koulutetuilla, työttömillä, pienten lasten äideillä, kroonisesti somaattisesti sairailla, tupakoivilla, päihdeongelmaisilla ja muista mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä. Masennuksen on nähty syntyvän myös perinnöllisten, neurobiologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksen seurauksena. (Toivio 2009)

Andrewsin (2005) katsauksessa paljastui että alle 26-vuotiailla ja toisaalta yli 70-vuotiailla esiintyi huomattavan korkeita masennuslukuja prospektiivisissa väestötutkimuksissa eri puolilla maailmaa. Myös Coynen (1991) mukaan nuorena ensi kertaa sairastuneet sairastuvat toistuvasti ja vakavammin jatkossa. Äidin heikot vanhemmuustaidot, perheen hajoaminen, taloudelliset haasteet sen myötä ja sosiaalisten verkostojen heikkeneminen varhaislapsuudessa altistavat sairastumiselle (Gilman 2003a,b, Sadowski 1999).

Globaalisti tarkasteltuna nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa etenkin alhaiseen sosiaaliekonomiseen ryhmään kuuluvat joutuvat alttiiksi masennukselle (Kopp 2008), samoin kuin ahtaissa asuinoloissa, tiiviisti asutetussa urbaanissa ympäristössä, sodan tai muiden konfliktien alueilla elävät, pakolaiset, väkivaltaa ja onnettomuuksia kokeneet, aliravitut, joilla myös avun saantimahdollisuudet mielenterveyspalveluista ovat rajalliset (Sundquist 2004, Bhugra 2004, Weich 2002). Eriarvoisuus ja syrjintä yhteiskunnassa kaikkiaan altistavat masennukselle (Burns 2009, Thornicroft 2007).

2.2.3.1. Masentuneisuus ja sukupuoli

Naisten osuus miehiin nähden masennukseen sairastuneista on kaksinkertainen. Naiset kokevat herkemmin stressiä, ovat taipuvaisia märehtimään asioita, heiltä puuttuu hallintakeinoja ja –mahdollisuuksia ja tukea, heillä on enemmän hoitovelvotteita lapsia ja vanhempiaan kohtaan ja ovat seksuaalisesti haavoittuvampia (Nolen-Hoeksema 1999). Brommelhofin (2004) mukaan naiset ovat alttiimpia masennukselle kuin miehet, koska he elävät tiiviimmin sosiaalisissa verkostoissa kuin miehet ja altistuvat siten stressaaville elämäntilanteille ja traumoille. Naisten itsearvostus on vähäisempää, joka altistaa emotionaaliselle haavoittuvuudelle. Myös hormonaaliset ja lisääntymiseen liittyvät muutokset kuormittavat naisia, kuten kuukautiskierto, e-pillerit, synnytyksenjälkeinen masennus ja menopaussi. Naiset ovat alttiimpia läheisväkivallalle myös. Voi olla myös että lääkärit diagnosoivat naispotilailta masennuksen helpommin kuin miespotilailta, joka voi johtua sairauskäyttäytymisen eroista sukupuolten välillä enemmän kuin eroista itse sairauden esiintyvyydessä (Wilhelm 2002, Prince 2007).

Naisten herkempi hoitoon hakeutuminen erilaisten oireiden vuoksi, kuten sisäisten paineiden tai somaattisten oireiden vuoksi voi johtaa niiden väärintulkintaan ja siten ylidiagnostiikkaan. Naiset näkevät miehiä useammin syyn negatiivisille tapahtumille itsessään, joka altistaa masennukselle. Naiset syyllistävät itseään sellaisestakin, johon eivät ole olleet syypäitä, kuten läheisten käyttäytymisestä ja jopa itse masennuksestaankin. Miehet taas syyttävät niistä ulkoisia tekijöitä: alkoholia, lääkkeitä, eläkkeelle jääntiä, työttömyyttä, eroa tai työstressiä. Jos masennuksen syy on todella ollut ulkoinen, olisi se pitänyt diagnosoida sopeutumishäiriöksi masennuksen sijaan. (Brommelhof 2004)

Terrimäen (2012) mukaan masennus voi juontua varsinkin naisilla itsen arvioimisesta ulkoisten vaatimusten mukaan, toisten tarpeiden asettamisesta omien edelle, todellisen minän ja omien tarpeiden peittämisestä ja laiminlyönnistä eli otetaan sellainen rooli, joka herkistää masennukselle.

Naiset ovat herkempiä erilaisille elämänmuutoksille kuin miehet. Heille muutto, fyysinen uhka tai koskemattomuuden loukkaaminen, henkeä uhkaava vamma tai sairaus lisäävät sairastumisriskiä miehiin verrattuna jopa kolminkertaiseksi. Naisia kuormitti miehiä enemmän kauimmaisissa verkostoissa (ystävät, sukulaiset) tapahtuneet raskaat kokemukset. Naisten laajasta sosiaalisesta verkostosta on siten sekä hyötyä että haittaa mielenterveydelle. (Maciejewski 2000)

Naisilla masennusta oli edeltänyt Harlowin (2002) mukaan työpaikan vaihto, ero tai huomattava painonnousu aikuisiällä, joka saattoi kuvastaa itsetunnon heikkenemistä tai sosiaalisen ja fyysisen aktiviteetin vähenemistä ennen sairastumista.

90-luvun laman aikana ja sen jälkeen jatkunut naisvaltaisten alojen hoito- ja pankkiala) työelämän muutos Suomessa myötävaikutti naisten massiiviseen sairastumiseen masennukseen. Vuosien 1991-2000 välillä naisten mielenterveyshäiriöistä, pääosin masennuksesta, johtuneet sairauspäivärahakaudet lisääntyivät 106 %, miehillä vain 20 %. Suurin masentuneiden ikäluokka oli 45-54 –vuotiaat. (Salminen 2003)

Naisia stressaa työelämässä myös tunnollisuus, vastuuntunto, perheen ja työn yhteensovittamisristiriidat, pätkätyöt, palautteen ja arvostuksen puute ja omanarvontunnon heikkous. Sukupuoleton yhteiskunta vaatii naisia ja miehiä kilpailemaan samassa sarjassa, vaikka kilpailuehdot useimmiten on määritelty miesnäkökulmasta. Naisia auttaisi työssä saatu tuki ja myös puolisolta ja muilta läheisiltä saatu tuki ja työn ja onnistunut perheen yhteensovittaminen. (Nurmela 2011, Polasky 1998)

Itsensä syyllistäminen vaikeuksistaan ja vihan kääntäminen itseään kohti ovat naisille tyypillisiä piirteitä. Miehet kääntävät vihan ulospäin ja käyttäytyvät aggressiivisesti ja epäsosiaalisesti, vaikka ovatkin itse asiassa masentuneita. Heidän hoitonsa kohdistuu monesti masennuksen seurausten hoitoon, jos he ylipäätään hakevat apua. (Nurmela 2011)

Kaupungissa asuvien naisten on todettu olevan alttiimpia masennukselle kuin maalla asuvien. Naisten yliedustusta masentuneissa voi olla lisäämässä alistuneisuutta, passiivisuutta ja riippuvuutta korostava tyttöjen kasvatus ja epäsuotuisat tyttöjen ja naisten huonommuutta korostavat kognitiiviset mallit eli skeemat, joita kulttuuri vahvistaa. Globaalisti naisten yhteiskunnallinen tilanne on edelleen miehiä heikompi huomioiden koulutustaso, työllisyystilanne, palkkataso, raskauteen ja synnytykseen liittyvät palvelut, turvallisuus, heikot asunto-olosuhteet, jotka heijastuvat myös lapsiin. Naisten sosiaaliset roolit ovat usein myös enemmän antavia kuin saavia, jolloin syntyy negatiivista tunnekuormaa ja stressiä, joita naisten on vaikea purkaa. Masennukseen sairastumisessa ei ole sukupuolten välillä eroa hyvin koulutettujen keskuudessa eikä niillä alueilla, joissa naiset tekevät fyysistä työtä samaan tapaan kuin miehet. (Nurmela 2011)

Sosiaaliset sukupuolierot ovat edelleen suuret, vaikka tasa-arvo lain mukaan olisikin taattu. Merkitys-, asenne-, käsitys-, uskomuserot sukupuolten välillä vaikuttavat tapaan jäsentää maailmaa, itseä, tapaa olla, toimia ja ajatella ja elää arkea. Kulttuuri ja aikakausi vaikuttavat myös millaista sosiaalista sukupuolta naiset ja miehet kulloinkin edustavat ja millaisia valtasuhteet heidän välillään ovat. Miehinen toimintakulttuuri työpaikoilla ja lastenhoito- ongelmat sekä perheen ja työn yhteensovittaminen, ura- ja perhevaatimusten ristiriita voivat aiheuttaa naisille ristiriitoja työelämässä ja muutoinkin, vaikka naisilla olisi hyvä koulutus ja ammattitaito. (Nurmela 2011)

Whisman (2001) on arvellut ettei nainen ei saa riittävästi läheisyyttä parisuhteessa ja vaatii muutosta sen vuoksi suhteeseen ja mies alkaa vetäytyä tai kieltää sen saamisen, jolloin parisuhde kriisiytyy (Christensen 1990). Parisuhde on parhaimmillaan primäärinen voiman, tuen ja omanarvontunnon (sense of self) lähde. Masennuksen keskimääräinen alkamisikä USA:ssa oli 26,5 v naisilla ja 28,7 v miehillä, joten se osuu juuri lähelle parinmuodostus- ja perheenperustamisikää, jolla on heijastusvaikutuksensa koko perheeseen.

Kaikki naiset eivät hae apua masennusoireisiinsa ammattilaisilta, koska kokevat että oireet eivät olet sairautta, vaan epäsuhtaisista elämänolosuhteista, kuten köyhyydestä, yksinhuoltajuudesta tai ristiriitaisista rooleista johtuvia. He eivät usko että tilanteet olisivat korjattavissa lääketieteellisin keinoin, vaan pyrkivät normalisoimaan tuntemuksensa itse. Lääketieteelliset sairausselitykset eroavat naisten selityksistä niin paljon etteivät he koe niitä omikseen. He uskovat elämänolosuhteiden muutoksen myötä oireidensa helpottavan myös. Tukea naiset kokevat saavansa samaa kokeneilta vertaisilta parhaiten. (Scattolon 1999)

Naisilla esiintyy myös muita psyykkisiä oireita enemmän kuin miehillä, joista ahdistuneisuus ja neuroottisuus altistavat myös masennukselle (Piccinelli 2000). Miehillä on todettu masennukseen liittyen enemmän persoonallisuushäiriöitä, vihan ja aggressiivisuuden tunteita, rigidejä ajatuksia, päihteiden käyttöä ja sosiaalista vetäytymistä. (Wilhelm 2002).

2.2.3.2. Kognitiiviset, käyttäytymiseen, tarkkaavaisuuteen ja tunteiden ilmaisuun liittyvät häiriöt altistavina tekijöinä

Käyttäytymiseen liittyvät häiriöt ovat pojilla jopa neljä kertaa yleisempiä kuin tytöillä lapsuusiässä. Varhainen alkamisikä on erityisen huonoennusteinen masennukseen sairastumisen ja myös päihdehäiriöiden ja rikollisuuden kannalta. Oireiluun liittyy usein myös tarkkavaisuuden ja tunne-elämän häiriöitä. (Suvisaari 2009)

Etenkin äidin masennus haittaa poikien tunne-elämän kehitystä. Masennuksen lisäksi sairastumisherkkyyteen vaikuttavat temperamentti, vuorovaikutustaidot, kognitiiviset kyvyt, fyysinen terveys ja ongelmanratkaisutaidot. (Luoma 2002)

Ostrander (1998) väittää että lapset, joilla on kognitiivisia puutteita, ovat alttiimpia sairastumaan depressioon varsinkin jos vanhempien antama tuki on puutteellista stressitilanteissa. Kognitiivisten virheiden vuoksi lapsi tai nuori tulkitsee ympäristöään virheellisellä tavalla kohdatessaan elämässään menetyksiä tai negatiivisia elämäntapahtumia. Masennuksen syntyä edesauttaa puutteellinen sosiaalinen vuorovaikutus menetyksen tapahduttua. Sosiaalinen tuki voi tulla omasta perheestä tai sen ulkopuolelta, kuten harrastuksista, viihteestä, kulttuurista tai yhteiskunnallisesta osallistumisesta myös iästä riippuen. Sosiaalisesti aktiivinen perhe järjestää lapsilleen mahdollisuuksia verkostoitua muidenkin tukea antavien ihmisten kanssa helpommin kuin hyvin sulkeutunut perhe. Toisaalta masentuneiden vanhempien lapset ovat alttiimpia stressaantumaan ja oireilemaan käytöshäiriöillä terveiden vanhempien lapsiin verrattuina (Jaser 2005).

Käyttäytymisen ja tarkkaavaisuuden häiriöt ovat merkittäviä masennukselle altistavia tekijöitä etenkin varhaisnuoruudessa. Aivot väsyvät helposti informaatiota tulvillaan olevassa elinympäristössä eikä muistiin painaminen onnistu ja oppiminen vaikeutuu. Tästä voi seurata lisääntyviä kognitiivisia ja käyttäytymisen häiriöitä. Synapsiyhteyksien epätäydellinen kytkeytyminen haittaa taitojen ja tietojen sujuvaa käyttöä. Aikuisen ohjaamana erilaiset tietoisuus- ja tunneataidot voivat vahvistua ja sitä kautta harjaannuttaa ja aktivoida aivoja toimimaan tarkoituksenmukaisella tavalla ympäristön ärsykkeistä huolimatta. (Sajaniemi 2015)

Myös asianmukainen käyttäytymisen ja tarkkaavaisuuden häiriöiden hoito jopa lääkkeillä, kuten ADHD- oireisilla, voi vähentää ongelmien vyyhteytymistä. Hormonaaliset sekä aivojen välittäjäaineissa tapahtuvat muutokset paikantuvat nuoruusikään, jolloin toimintaympäristö laajenee ja itsenäisyyden mukanaan tuomat haasteet lisääntyvät, mikä lisää masennus- ja ahdistusherkkyyttä. (Sajaniemi 2015)

Neuroottisuus persoonallisuuden piirteenä altistaa heikolle itsetunnolle ja tunne-elämän säätelylle, jotka altistavat stressille ja masennukselle kun kohdataan elämän vastoinkäymisiä. Neuroottinen henkilö on taipuvainen murehtimaan asioita, tavoittelee täydellisyyttä ja tulkitsee pienemmätkin tapahtumat voimakkaasti ja negatiivisesti. Elämänhallinta on usein heikkoa. Ominaisuus on lisäksi vahvasti periytyvä. (Jacobs 2006, Feldt 2007b, Jylhä 2008)

Aleksitymia on kuulunut suomalaiseen kommunikaatiotapaan varsinkin pula-aikana, sodan kokeneilla ja sen jälkeen suurten ikäluokkien lapsuudenperheissä eläneillä. Maaseudun ihmiset ovat olleet aleksitymisempiä kuin kaupunkilaiset, samoin suurilapsisessa perheessä eläneet. Myös iän myötä yleistyvät sairaudet ja yksinäisyys voivat altistaa aleksitymialle. Vanhempien ikäpolvien vähäisempi koulutus, heikompi tulotaso, suuret menetykset esim. sodan seurauksena voivat myös

vaikuttaa asiaan. Rakkauden, hellyyden ja kiintymyksen puutteella lapsuudessa on nähty yhteys aleksitymian syntyyn, joka näkyy aikuisikään saakka. Joka kymmenes työikäinen on edelleen aleksityminen maassamme. (Slotte 2007)

Terveys 2000- aineiston mukaan aleksitymia on yhteydessä miessukupuoleen, koulutusasteeseen, todettuun mielenterveyden häiriöön, koettuun terveydentilaan ja depressioon. Väitetään että somaattiset ja mielen sairaudet olisivat aleksitymiaa laukaisevia tekijöitä. Aleksitymialla saattaa olla vaikutuksensa sille, miten hyvin potilasta ymmärretään ja miten oikein hänen niukat ilmaisunsa osataan tulkita (Slotte 2007, Honkalampi 2000)

Lääkäri tai terapeutti voi auttaa aleksitymistä tai masentunutta vapautumaan sosiaalisesta eristäytyneisyydestään kertomalla esimerkkejä omista tunteistaan muita ihmisiä kohtaan (Saarijärvi 2002).

2.2.4. Masennus ja elämänhallinta

Elämänhallinta määritellään eri tieteenaloilla eri tavoin (Raitasalo 2000). Tässä tutkimuksessa sen synonyymeinä on käytetty copingia ja koherenssin tunnetta. Masennukseen kokemuksena liittyy tunne ettei hallitse omaa elämäänsä, ikään kuin joku toinen olisi asettautunut kuljettajan paikalle. Myös selviytymiskeinot ovat vähissä, joko absoluuttisesti tai kokemuksellisesti. Usein masennusta on edeltänyt menetys, jonka seurauksena tasapaino, homeostaasi, on häiriintynyt ja entiset resurssit eivät tunnu riittävän ratkaisemaan uusia haasteita. Tunne omillaan pärjäämisestä on uhattuna tai menetetty.

On löydettävä uusia keinoja selviytymiseen ja kyettävä ottamaan ne käyttöön. Siihen tarvitaan usein joko perheen, läheisten, työyhteisön tai ammattilaisten apua. Elämänhallintaan tarvitaan yksilötasolla kokemusta siitä että pärjää, henkisiä ja biologisia selviytymiskeinoja, käytännön taitoja ja aineellisia voimavaroja. Myös ympäristö on voitava kokea hallittavana, mielekkäänä ja ymmärrettävänä, jotta elämänhallinnan tunne voisi vahvistua. Lapsuudenaikaiset selviytymiskokemukset kertautuvat aikuisena vastaantulevissa haastavissa elämäntilanteissa. Toisaalta jo lapsuudessa ja nuoruudessa hankitut hyvät selviytymistaidot auttavat selviytymään stressiä aiheuttavista tilanteista myöhemmissä elämänvaiheissa.

2.2.4.1. Coping

Copingilla ymmärretään yksilön yritystä hallita tilannetta, joka koetaan rasittavana ja stressaavana. Coping-kyky on tärkeä ominaisuus fyysisen ja psykologisen hyvinvoinnin saavuttamisessa. Coping-taidot toimivat välittäjinä psyyken ja sooman välillä ja toimivat siten tärkeässä osassa puskurina sairauksia vastaan (Kern 1996).

Copingilla tarkoitetaan myös selviytymistä, sopeutumista, mukautumista, kaikkiaan ihmisen pyrkimystä käsitellä ulkoisia paineita ja sisäisiä ristiriitoja itseä koossapitävillä, selviytymiskeinoja kehittävillä ja eteenpäin toiveikkaasti suuntaavilla tavoilla. Se heijastaa psyykkisten puolustusmekanismien toimivuutta enemmän kuin sairauden oireita. (Raitasalo 2004)

Lazaruksen ja Folkmanin (1984) alkuperäisen määritelmän mukaan coping on jatkuvasti muutoksessa olevaa tiedollista tai käyttäytymiseen liittyvää kykyä selviytyä ulkoisten tai sisäisten vaatimusten kanssa, jotka koetaan palkitsevina (onnistunut coping) tai jotka ylittävät sietokyvyn (epäonnistunut coping). Stressin voimakkuuden, toistuvuuden ja siitä selviytymiskyvyn välinen suhde ratkaisee, miten kukin yksilö elämänsä haasteista selviytyy (Rafnsson 2006).

Coping-taidot kehittyvät vähitellen lapsuudessa ja nuoruudessa vastaamaan stressoreihin ja siten sopeutumaan muuttuviin olosuhteisiin elämässä. Prevention tarkoituksena on tukea ja lisätä käyttökelpoisia sopeutumisstategioita ja vähentää non- adaptiivisia. Masentuneilla toimintakykyyn vaikuttavat sairauden diagnostisten oireiden lisäksi myös fyysiset oireet. Lapsuudenaikaiset käsitykset itsestä muokkaavat personallisuutta, joka puolestaan vaikuttaa myöhemmin coping-keinojen käyttömahdollisuuksiin (Kern 1996).

Positiivisia coping-keinoja ovat hyväksyminen (acceptance), positiivinen uudelleenarviointi (positive reappraisal), oikeisiin mittasuhteisiin asettaminen (putting into perspective), suunnitelmien uudelleensuuntaaminen (refocus on planning) ja myönteinen uudelleensuuntaaminen (positive refocusing). Myös vastuun hyväksyminen, sosiaalisen tuen etsiminen ja joskus myös etäisyydenotto tilanteeseen voi auttaa selviytymään. Negatiivisista coping-keinoista esimerkkeinä ovat katastrofointi (catastophizing), negatiivinen uudelleenarviointi (negative reappraisal), märehtiminen (rumination), vastakkaisasettelu (confrontation), pako, välttäminen ja itsemoite (self-blame). Positiivinen uudelleenarviointi (positive reappraisal) liittyy optimismiin ja hyvään itsetuntoon ja auttaa selviytymään haasteista. Negatiivinen uudelleenarviointi (negative reappraisal) liittyy ahdistukseen. Vähäinen minäpystyvyys (self-efficacy) ja voimakas itsemoite (self-blame) ovat vahvassa yhteydessä masennukseen ja ahdistukseen. (Kraaj 2003, Garnefski 2002, Gotlib 1991, Moos 1998b))

Elämän varrella kohdattavat stressitilanteet aktivoivat aiemmat coping-keinot käyttöön. Coping-strategiat jaetaan emotionaliseen, kognitiiviseen ja behavioraaliseen osaan. Kognitiivisilla coping-keinoilla tarkoitetaan tapaa ajatella ja toimia tavoitteena hallita tai säädellä stressistä aiheutuvia otaksuttuja seurauksia. Emotionaalinen coping tarkoittaa tunnereaktioita, joita ärsyke herättää ja behavioraalinen toiminta- ja käyttäytymistapoja, joilla koetetaan sopeutua tai hallita tilannetta. Onnistuneen copingin tavoitteena on hyvinvoinnin lisääminen tai sopeutuminen, homeostaasin saavuttaminen. Pärjäämisen edellytyksenä ovat myöskin riittävät ulkoiset, kuten taloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset, historialliset ja yhteiskunnalliset, jopa ekologisetkin resurssit. Persoonallisuustekijät, ympäröivät olosuhteet ja erilaisten stressitekijöiden yhtäaikainen esiintyminen vaikuttavat coping-keinojen valintaan ja niitä on ollut vaikea tavoittaa tutkimuksellisesti. Stressitekijän vaikutusajalla on myös merkitystä sille, miten sen kanssa on järkevintä toimia. (Lazarus 1984)

Oma näkökulmansa on myös se, miten jo olemassa oleva masennus vaikuttaa copingiin. Tiedetään että masennukseen sairastuneilla on selviytymiskeinoina enemmän toiveajattelua, pakoa, rajoittamista ja välttämiskäyttäytymistä vaikeissa tilanteissa sekä lisääntynyttä tuen hakemista eli he käyttävät emotionaalista ja välttämiscopingia. Kaiken kaikkiaan masentuneilla on vähemmän sosiaalista vuorovaikutusta ja he kykenevät hyödyntämään heikommin ympäristöään selviytymisessään. Coping-tutkimuksissa tutkitaan usein sitä, millaisia coping-keinoja yksilö kunkinlaisessa tilanteessa käyttää. Sen sijaan tutkimatta jää monesti se, miten coping-keinot tehoavat stressitekijöihin tai edeltääkö stressin ilmaantumista jo ennestään heikot coping-keinot tai –taidot. Coping-keinot joutuvat joka tapauksessa koetukselle kun stressi alkaa lisääntyä. Erityisesti ihmissuhdefokusoidut coping-keinot ovat tärkeässä roolissa masennusriskissä olevilla ja niitä voidaan vahvistaa. Myös haitalliset menneisyyden tapahtumat, lapsuuden kokemukset, traumatisoituminen, aiempi psykopatologia ja puolison epäonnistunut valinta ja puuttuva sosiaalinen tuki voivat muodostua tärkeiksi masennuksen taustatekijöiksi ja heikentää copingin onnistumista stressitilanteissa. (Lazarus 1984, Rahe 2002)

Tehokkaat coping-keinot (kognitiiviset ja käyttäytymiseen vaikuttavat) pyrkivät minimoimaan potentiaaleja haittoja ja uhkatekijöitä ympäristössä (Lazarus 1984). Ne, jotka pyrkivät tietoisesti ongelmanratkaisukeskeiseen copingiin, sairastuivat harvemmin masennukseen ja heillä oli myös vähemmän somaattisia oireita kuin niillä, joilla oli käytössä tunnekeskeiset sopeutumiskeinot. Laaja

coping-keinojen repertuaari auttaa paremmin kuin hyvä yksittäinen selviytymiskeino. On osattava valita kuhunkin tilanteeseen sopiva coping-strategia. (Mitchell 1983)

Ongelmakeskeisellä copingilla pyritään vaikuttamaan ongelman syyhyn ja ratkaisemaan se. Tunnesuuntautuneella copingilla otetaan etäisyyttä stressitekijöihin ja yritetään tulla toimeen stressintunteiden kanssa ja ajatella toiveikkaasti tekemättä mitään asialle eli sopeutua ärsyttäviin ja haittaaviin tekijöihin, jolloin psykologinen stressi voi lisääntyä. Main effects modelin mukaan copingin vaikutus ei ole yhteydessä stressitasoon ja toisessa mallissa coping on riippuvainen stressin laadusta ja vakavuudesta ja voi suojata stressitekjöiltä. Välttämiscoping voidaan joutua ottamaan käyttöön myös kun ongelmakeskeinen coping ei ole onnistunut ja silloin se on järkevää. Etäisyyden otto ja keskittyminen toimivampiin tehtäviin on järkevin, jos stressori ei ole hallittavissa. Luovuttaminen tai itseä suojelevien selitysten luominen ovat esimerkkejä välttämiscopingista. Kieltäminen ja toiveajattelu ovat välttämisen äärimuotoja, jotka lisäävät masennusta ja vieraannuttavat sosiaalisista vuorovaikutussuhteista. Joskus negatiivisia elämäntapahtumia tulee niin runsaasti ja olosuhteet ovat sellaiset että adaptiiviset coping-mekanismit eivät enää toimi ja joudutaan käyttämään tuki- ja tunnesuuntautuneita mekanismeja, kuten masentuneet tekevät, eikä siten pystytä suojautumaan stressiltä tehokkaasti (Fondacaro 1989, Folkman 1986). (Pinquart 2008)

2.2.4.2. Koherenssin tunne (Sense of coherence, SOC)

Antonovsky (1979) käsittelee elämänhallintaa (Sense of Coherence, SOC) staattisena lujana uskona ja sisäisenä luottamuksena siihen että elämää voi hallita jollakin tavalla vaikeissakin olosuhteissa. Stressitekijöiden hallintaa helpottaa, jos ne voidaan yksilötasolla mieltää merkityksellisiksi, hallittaviksi ja ymmärrettäviksi, ikään kuin voitettaviksi haasteiksi. Elämänhallinnan tavoitteena on eräänlaisen homeostaasin saavuttaminen käytettävissä olevin keinoin. Elämänhallinnan tunne vahvistaa motivaatiota toimia aktiivisesti oman ja toisten hyvinvoinnin eteen. Antonovskyn mukaan elämänhallinnan tunne (SOC) kehittyy pääsääntöisesti 30 ikävuoteen mennessä, sen jälkeen siihen voi tulla suuria muutoksia vain jonkun suuren elämänmuutoksen, esim. sairastumisen, suuren menetyksen tai sairaudesta toipumisen kautta. On viitteitä kyllä siitäkin että elämänhallinnan tunne vakiintuu jo nuoruusiässä (Honkinen 2009a) ja säilyy sitä todennäköisemmin korkeana mitä parempi se alun perin on (Feldt 2011). Perheen rooli SOC:in kehittymisessä lapsena ja nuorena on hyvin merkittävä (Garcìa-Moya 2010).

Elämänhallinta (SOC) on määritelty myös kyvyksi sopeutua ja mukautua ulkoisten häiriötekijöiden, menetysten ja psyykkisten ja somaattisten sairauksien aiheuttamiin paineisiin ja rajoituksiin. Kokonaisuutena koherenssin tunne on siten yhdistelmä oman elämän hallinnan tunnetta, itsetuntoa, pystyvyyden tunnetta ja elämään toiveikkaasti suhtautumista. (Raitasalo 2004)

McAdamsin mallin mukaan (Metsäpelto 2009, McAdams 1995) SOC luo ikään kuin pohjan muiden selviytymistaitojen kehittymiselle lapsuudessa ja on osittain synnynnäinen ominaisuus, joka voi liittyä esim. temperamenttiin ja kasvatukseen. Koherenssin tunne siirtyy yksilötasolta perhetasolle ja sitä voidaan mitata ja arvioida myös kollektiivisesti. Perhetasolla se vaikuttaa mm. siihen, millaisia sopeutumiskeinoja perhe ottaa käyttöön. Family Sense of Coherence (Family SOC) on Antonovskyn luoma käsite perheen selviytymisresursseista (Antonovsky 1988)

Koherenssin tunteesta osa on sisäsyntyistä, osa lapsuuden ja nuoruusiän aikana muokkautuvaa. Hyvä ja turvallinen hoiva, realistiset tavoitteet ja odotukset kouluiässä sekä asteittain kasvavat vaikutusmahdollisuudet itseä koskeviin asioihin lisäävät hallinnan tunnetta lapsella. Vain suuret elämänmuutokset, kuten sairastuminen, katastrofit, vakavat henkiset traumat, voivat muuttaa niitä aikuisiällä. Coping-keinot (BSCI:ssä terveystottumukset, sosiaalinen tuki, reagointi stressiin, tyydytystä tuottaneet asiat ja elämän tarkoituksellisuuden kokemukset) ovat esimerkkeinä niistä tekijöistä, joihin voidaan omilla ponnisteluilla ja hoidolla vaikuttaa. Tärkeintä elämänhallinnan

tunteen säilyttämisessä on usko omiin kykyihin, elämän tarkoituksellisena ja mielekkäänä kokeminen ja aktiivinen toiminta vastaan tulevissa vaikeissakin haasteissa. Yhteisöllisyydellä, sosiaalisella tuella, kokemusten jakamisella ja konkreettisella avun tarjoamisella voidaan tukea yksilöä elämänhallinnan säilyttämisessä ja eheän elämäntarinan muodostamisessa. (McAdams 1995, Rahe 2002, Antonovsky 1979, Keltikangas-Järvinen 2008b, Honkinen 2009a,b)

Vahva koherenssin tunne (SOC) sekä yleiset voimavarat (general resistance resources, kuten varallisuus, älykkyys, sosiaalinen tuki, uskonto, kulttuuri) lisäävät salutogeneesiä, edellytyksiä lisätä terveyttä ja hyvinvointia. Vahva koherenssin tunne johtaa parempaan copingiin eli joustavampiin, luovempiin ongelmanratkaisukeinoihin. Jos jolla kulla on heikko SOC, ulkoinen ärsyke koetaan ongelmaksi ja uhkaksi, sitä koetetaan välttää, toimitaan kaavamaisesti, on vaikeuksia arvioida ongelmaa eikä kyetä ottamaan käyttöön olemassa olevia voimavaroja ongelman ratkaisemiseksi. SOC vahvistuu myönteisten elämänkokemusten, onnistumisten ja hyvän hoidon kautta. Sosiaalinen tukiverkosto myönteisine vuorovaikutusmahdollisuuksineen on ratkaisevan tärkeä sen synnylle ja säilymiselle lapsena. (Antonovsky 1979, Feldt 1999)

Depressiopotilaiden SOC ja coping-keinot ovat muuta väestöä heikommat (Carstens 1997, Enäkoski 2002, Eriksson 2006). SOC on yhteydessä myös itsetuntoon, uskoon omiin kykyihin ja avun saamiseen tarvittaessa, jotka ovat masentuneilla alentuneet. Sekä itsetunto että SOC korjaantuvat hitaasti sairaudesta toivuttaessa (Keltikangas-Järvinen 2008b, Skärsäter 2005 ja 2009, Enäkoski 2002, Eriksson 2006). Itsetunnon suorituskeskeisyys tekee siitä haavoittuvan esimerkiksi parisuhteen, työ- tai taloustilanteen muuttuessa sekä sairastuttaessa (Keltikangas-Järvinen 2008b). SOC:in on havaittu voivan ennustaa masennukseen sairastumista ja siten sitä voidaan käyttää varhaisena keinona tunnistaa masennusriskissä olevia (Sairenchi 2011). Erityisesti elämän tarkoituksettomuuden kokemukset SOC:ssa ovat tyypillisiä masentuneille (Carstens 1997).

Koherenssin tunne (SOC) ja sosiaalinen tuki olivat Skärsäterin mukaan (2005) merkittäviä tekijöitä masennuksesta toivuttaessa. Sosiaalisen tuen vahvistamisella voidaan tietoisesti lisätä elämän hallittavuutta, ymmärrettävyyttä ja merkitykselliseksi kokemista. Sekä koherenssin tunne että sosiaalinen tuki toimivat coping-keinoina masennusta ja stressiä vastaan. Joilla on vahva koherenssin tunne käsittävät stressitekijät ennustettavissa ja selitettävissä oleviksi ja ymmärtävät ne merkitykselliseksi vastata niihin haasteina.

On havaittu että pitkäkestoinen terapia voi lisätä koherenssin tunnetta, mutta lyhytkestoisessa terapiassa se on usein tilapäistä. Somaattisista sairauksista toipumisen yhteydessä koherenssin tunteen muutos ei näkynyt yhtä selvästi, vaikka niihin olisi liittynyt masennustakin. Koherenssin tunteen havaittiin ennustavan subjektiivista terveyttä ja sairastumisherkkyyttä varsinkin naisilla, mutta ei päinvastoin. Masennuksesta toivuttaessa koheni sosiaalisen vuorovaikutuksen laatu. Vuoden seuranta-aikana koherenssin tunne lisääntyi merkittävästi, mutta jäi masennuksesta toipuneilla silti matalammaksi kuin terveillä. (Skärsäter 2005)

Raitasalo (2004) selvitti vakavasti masentuneiden koherenssin tunteen, itsetunnon, pystyvyyden tunteen ja toiveikkuuden yhteyksiä sairaudesta toipumiseen ja työkyvyn palautumiseen vuoden seurantatutkimuksessa. Lievimmin masentuneet, toiveikkaimmat, nuoret ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat (yrittäjät, ylemmät toimihenkilöt) toipuivat työkykyisiksi muita todennäköisemmin. Toiveikkuuden lisäämiseen oli mahdollisuus vaikuttaa ulkoapäin hoidon ja kuntoutuksen aikana. Työkyky ei palautunut samassa tahdissa sairauden paranemisen kanssa, joka on syytä ottaa huomioon työ- ja toimintakykyä arvioitaessa. Tunne-elämän korjaantuminen, itseluottamuksen palautuminen vievät aikaa, sitä enemmän, mitä useammin masennus uusiutuu. Heikko itsetunto heikentää elämänhallintaa.

Raitasalon (2004) masentuneiden otoksesta vain joka kolmas toipui kokonaan vuoden aikana. Puolella palautui työkyky, vaikka he olivat edelleen lievästi tai keskivaikeasti masentuneita.

Elämänhallinnan tunne palautui masennuksesta toivuttaessa, myös itsetunto, pystyvyys ja toivottomuus kohenivat. Työn luonne, sosiaaliturvan taso ja häiriön laaja-alaisuus vaikuttivat toipumiseen. Koherenssin tunne ei itsenäisesti kyennyt ennustamaan toipumista eikä työkyvyn palautumista alussa mitattuna. Toiveikkuus ennusti toipumista masennuksesta, mutta ei työkyvyn palautumista. Kaikki mitatut tekijät korreloivat keskenään odotetusti. SOC:in eri osa-alueiden kykyä arvioida masentuneiden käyttäytymistä toivuttaessa haittasi se, että osa kysymyksistä koski masennusoireita ja sille altistavia tekijöitä, kuten opittua avuttomuutta ja negatiivista ajattelua. Toiveikkuuden on katsottu lisäävän itsesäätelyä, pystyvyyttä, selviytymisen tunnetta ja aktiivista sitoutumista elämän tavoitteisiin. Toivottomuus taas edistää itsemurha-ajatuksia, -yrityksiä ja -kuolleisuutta.

Koherenssin tunteen ja copingin kanssa saman tyyppisiä lähikäsitteitä on useita, kuten minäpystyvyys, käsitys omista taidoista ja kyvyistä, (self-efficacy, Bandura 1977), optimismi (Carver 1989, Brissette 2002), kova ydin (hardiness, Kobasa 1979), kukoistaminen (flourishing, Keyes 2005), itsearviointi, itsetunto (self-esteem, Rosenberg 1965/1989), itsearvostus, self-evaluation (Spinoza 1977), locus of control (Rotter 1966), jotka voivat toimia masennusta ehkäisevinä tekijöinä tasapainossa ollessaan.

2.3. Perhe ja masennus

Perheen käsite ei ole enää yksiselitteinen. Aiemmin perheen muodosti aviopari lapsineen. Nykyisin perheet ovat monimuotoistuneet: on uusperheitä, sateenkaariperheitä ja jälkiperheitä. Huomattava osa, n. 40 % lapsista asuu yksivanhempaisissa perheissä tai avosuhteisessa perheessä (Tilastokeskus 2014). 11 % alle 3-vuotiaista lapsista elää pelkästään yhden vanhemman kanssa (Tilastokeskus 2016). Uusperheissä elää 110 000 alaikäistä lasta (Tilastokeskus 2016). Niissä eri perheenjäsenillä voi olla erilaiset perheet ja eri viikonpäivinä perheen koostumus voi vaihdella riippuen kulloinkin huollettavana olevien lasten sijoittelusta. (Jokinen 2002)

Ydinperhekin muuttuu rakenteeltaan ja toiminnoiltaan ajan funktiona. Parisuhteessa elävistä keski-ikäisistä vähän yli puolet eli avioliitossa. Yli puolet lapsista syntyy avioliiton ulkopuolella nykyisin. Yhteensä Suomessa oli vuonna 2016 noin 1,5 miljoonaa perhettä, joista lapsiperheitä n. 574 000 (Tilastokeskus 2016). (Kontula 2009, Kontula 2013)

Perhe myös yhteiskunnallisena instituutiona on muuttunut viimeisten vuosikymmenien aikana entistä enemmän puolisoiden tunteiden varaan rakentuvaksi ja siksi myös alttiiksi nopeillekin häiriötekijöille. Aiemmin turvallisuuteen, elinkeinoon, talouteen tai sukujen välisiin sopimuksiin nojautuneet liitot tarjosivat laajempaa tukea yhteisöjen tahoilta. Ennen perhe takasi toimeentulon ja turvan jäsenilleen, nykyisin se on enemmänkin kulutusyksikkö ja yksityinen suvunjatkamisen, intimiteetin ja tunnetarpeiden tyydytyksen paikka. Perhekoko on myös pienentynyt ja moni (lähes puolet) lapsi kasvaa ilman sisarusten tukea ja seuraa. Yksinäisten lapsien on etsittävä seuransa kodin ulkopuolelta eivätkä äidit ole enää kotona odottamassa koulusta tulevia lapsia. Yhdessäoloaikaa saattaa jäädä hyvinkin vähän kun kukin jäsen viettää päivänsä omilla tahoillaan. Perhe on kuitenkin edelleen merkittävä lapsen kasvamisen ja psyykkisen ja sosiaalisen kehittymisen tukija ja sen merkitys on jopa korostunut perustarpeiden tyydyttäjänä ja terveyttä ylläpitävänä rakenteena. (Forsberg 2002, Utrio 2001, Juntunen 1997)

Traditiot, kuten perhe, uskonto, arvot, kulttuuri, tuttu elinympäristö voivat auttaa ymmärtämään ympäröivää maailmaa, vaikka ne eivät enää normita elämää samalla tavalla kuin aiemmin. Traditioiden puuttuminen voi vähentää sopeutumiseen ja selviytymiseen tarvittavia voimavaroja. Yhteiskunnan rakennemuutos viime vuosikymmeninä on vieraannuttanut monet juuristaan,

suvustaan ja jopa lapsuudenperheestään. Luonnolliset sosiaaliset verkostot ovat löyhtyneet aikaansaaden turvattomuutta ja haavoittuvuutta, jota palvelujärjestelmät ovat sittemmin joutuneet paikkailemaan. Sosiaaliset turvaverkostot on jokaisen luotava itse. Kaikki eivät ole onnistuneet siinä ideaalilla tavalla. Perhe-elämä ja työ eivät ole tuntuneet enää olevan hallittavissa kuten ennen. Vähitellen on muotoutunut uusi, dynaaminen ja konstruktivistinen perhekäsitys, joka on yhdistynyt 80-luvun kulttuuriseen murrokseen ja markkinatalouden esiinmarssiin, joiden aikana masennusbuumi lähti kasvuun. Mukaan tulivat samaan aikaan myös uuden polven masennuslääkkeet ja muutokset diagnostisissa kriteereissä. (Julkunen 2004, Siltala J 2004, Hoikkala 2000, Parikka 1999, Feldt 2005, Rifkin 1997, Heikkinen 2001, Nurmela 2011, Tautiluokitus ICD-10)

Systeeminen perheteoria (McDaniel 2005) näkee perheen vuorovaikutteisena systeeminä, jossa muutos yhdessä jäsenessä aikaansaa muutoksia sen muissakin osissa. Ilmiö tapahtuu sekä sairastuttaessa että siitä toivuttaessa. Sitä voidaan käyttää esim. perheterapiassa hyödyksi. Erityistä huomioita kiinnitetään vuorovaikutukseen, muutoksen johtamiseen hallitusti, sopimusten ja sääntöjen rakentamiseen ja toimimattoman homeostaasin muuttamiseen toimivammaksi. Jokaisella jäsenellä on vastuu systeemin toimivuudesta. Tavat toimia vuorovaikutuksessa parisuhteessa ”periytyvät” monesti omasta lapsuudenperheestä, mutta niistä voidaan oppia myös pois.

Brofenbrennerin ekologisen teorian (1977) mukaan lapsen kehitys on vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Senhetkinen ympäristö, perhe ja yhteiskunta ovat olennaisia, mutta myös vanhemmat ympäristöt vaikuttavat esim. vanhempien kautta lapsen elämään. Kasvusta ja kehityksestä huolehtimiseen kuuluu lapsen hoiva ja hoito, tunne-elämän kehityksen tukeminen, sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen opettaminen, moraalinen ja hengellinen kasvatus ja ympäröivään kulttuuriin ja yhteisöön perehdyttäminen. Peruspilareina ovat yhteiset säännöt ja periaatteet, jotka voivat ”periytyä” sukupolvelta toiselle. Ne auttavat perhettä organisoitumaan ja tulkitsemaan jäsentensä käyttäytymistä. Perheen tarinoilla, narraatioilla, on merkitystä em. seikkojen ymmärtämisessä, koska ne valottavat yksilöiden subjektiivisia kokemuksia ja asioille annettuja merkityksiä.

Sosiaalinen pääoma (Bourdieu 1986) kasvaa vuorovaikutuksen kautta lapsen kasvun ja kehittymisen myötä. Mikäli sosiaaliset verkostot ovat kovin ohuita, ei pääomaa pääse kertymään. Sosiaalisten suhteiden laadulla on enemmän merkitystä kuin niiden määrällä (Fiori 2006). Perhesuhteilla on erityisen suuri merkitys niiden pitkäkestoisuuden ja kiinteyden vuoksi sosiaalisen ja emotionaalisen pääoman ja yleisen minäpystyvyyden saavuttamisessa. Naisilla on yleensä laajemmat sosiaaliset verkostot kuin miehillä ja heillä on enemmän negatiivisia perhesuhteita, kun taas ystävyyssuhteet naiset kokevat positiivisiksi. Lapselle on katsottu riittävän yksi luottamuksellinen suhde aikuiseen, jos enempää ei ole saatavissa.

Perhe on keskeinen kognitiivisten ja emotionaalisten elämänhallintatietojen ja -taitojen omaksumispaikka sekä lapsuudessa (Gilman 2003b) että aikuisiällä (Beach 2001). Perheellä voi olla sekä masennukselta suojaavaa (Moos 1998a,b) että sille altistavaa (Gilman 2003a, Kraaij 2003) merkitystä. Puutteellisten lapsuudenolosuhteiden (Bowlby 1973, Sadowski 1999) ja kielteisten myöhempien elämäntapahtumien merkitystä on käsitelty kirjallisuudessa paljon (Rahe 2002, Antonovsky 1979, Lazarus 1984, Salminen 1998, Paykel 2001, Brown 1998). Perheen vaihe (Duvall 1977) vaikuttaa siihen, miten herkästi se reagoi kuormittaviin elämäntilanteisiin ja millaisina perheenjäsenet ne kokevat.

Perimä lisää psyykkisiin sairauksiin sairastumisalttiutta ja sairastuneen vanhemman heikentynyt kyky toimia vanhempana ja kasvattajana heikentää myös lapsen mahdollisuutta säilyä henkisesti terveenä. Mikäli perheessä esiintyy useita ongelmia, kuten erilaisia mielenterveyden häiriöitä, väkivaltaa ja päihteiden väärinkäyttöä, lisää se lasten sairastumisriskiä enemmän kuin yksi ainoa riskitekijä. Häiriöillä on vaikutusta vanhempien kasvatustyyliin ja perheen ilmapiiriin. Päihde- ja mielenterveysongelmaisilla vanhemmilla tuki ja valvonta heikkenevät, he eivät kuuntele lasten ja

nuorten mielipiteitä eivätkä perustele sääntöjä. Nuori alkaa kokea itsensä arvottomaksi eikä kykene vaikuttamaan omalla käytöksellään itseään koskeviin asioihin, jolloin masennusriski kasvaa. (Fröjd 2009, Bredbacka 1994)

2.3.1. Lapsuusiän perhe masennuksen taustatekijänä

Lapsen mielenterveyteen kuuluu WHO:n (2001) mukaan kyky oppia ja käydä koulua, tulla toimeen kaverisuhteissa ja muissa ihmissuhteissa ja itsensä tyytyväiseksi tunteminen. Uhkana ovat riittämättömät kasvun ja kehittymisen puitteet, köyhyys, vanhempien kasvatuskyvyttömyys, kaltoinkohtelu ja negatiivinen vuorovaikutus sekä läheisväkivalta ja identiteetin rakentumisen ongelmat. Yhteiskunnallisesti polarisaatio, lama, köyhyys ja hyvinvointiyhteiskunnan rapautuminen nähdään myös uhkakuvina. Arvot määrittelevät arjen käytäntöjä, jotka luovat rakennetta ja toimivuutta perheeseen.

2.3.1.1. Kiintymyssuhteen merkitys

Kiintymyssuhdeteorian (Bowlby 1973) mukaan ihmislapsen kehityksessä on samoja lainalaisuuksia kuin eläinten. Poikanen kiintyy siksi emoon tunnesitein, jotka edelleen vahvistavat tunnesuhdetta ja edesauttavat keskushermoston kypsymistä ja vahvistumista kestämään myöhemmin itsenäistä elämää. Turvalliseen suhteeseen voi palata vieraasta ympäristöstä, joka kannustaa tutustumaan uusiin ja alkuun pelottaviinkin asioihin, mikä edistää oppimista. Oppimisella on suuri merkitys myös tunnetilojen syy-seuraussuhteiden hahmottamisessa. Vauvan omien tunnetilojen hallintaan tarvitaan aikuista mukaan tyynnyttelijäksi ja lohduttajaksi. Jos lapsi saa myönteistä vastakaikua tunteidensa ja tarpeidensa käsittelyyn, rohkaistuu hän esittämään niitä jatkossakin vuorovaikutuksessa ollessaan (Sinkkonen 2004, Mäntymaa 1999 ja 2003, Sajaniemi 2015, Solantaus 2010, Martin 2011).

Mikäli lapsen tunteisiin ja tarpeisiin ei vastata, hän jää yksin niiden kanssa ja oppii tukahduttamaan ne. Lapsi oppii ennakoimaan tapahtumia ja siirtämään kerran oppimansa niin kognitiivinen kuin emotionaalinenkin kokemus uusiin olosuhteisiin. Epävakaa kiintymyssuhde ja siihen liittyvä stressi altistaa kehittyvien lasten aivot korkeille kortisolipitoisuuksille ja sen myötä mahdollisesti myös rakenteellisille muutoksille aivoissa (tiettyjen alueiden koko pienenee), mikäli stressitilanne jatkuvat pitkään. Stressatut lapset tulkitsevat myös virheellisesti ympäröivien ihmisten tunnesignaaleja, mikä haittaa suotuisan vuorovaikutuksen syntyä. (Mäntymaa 1999)

Puuttuva kiintymyssuhde voi johtaa estyneeseen käytökseen, jolloin myöhemmin aikuisenakaan yksilö ei pysty ilmaisemaan tunteitaan kovin herkästi. Luottamuksen puute voi haitata yhteistyön tekemistä ja osallistumista sosiaaliseen elämään, mikä voi haitata sopeutumista ympäröivään yhteisöön ja lisätä haavoittuvuutta. Myös tuen, avun ja hoidon hakemisherkkyyteen tällä voi olla merkitystä. Toisena ääripäänä käytöksessä on valikoimaton estottomuus kaikkia kohtaan. Joskus lapsi käyttää varsin voimakkaita sanallisia ja motorisia keinoja huomion ja turvallisuuden hakemisessaan vanhemmalta, joka ei siihen tunnu kykenevän. Kehittymätön kiintymyssuhde voi johtaa mm. dissosiaatiohäiriön, epävakaan persoonallisuuden tai jopa psykopatian syntyyn. (Kraaij 2003)

Kraaijin mukaan (2003) tunnesuhteiden käsittelytapa jatkuu ylisukupolvisesti. Jo varhaislapsuudessa suhteessa vanhempiin luodaan sisäinen työskentelymalli, jonka avulla tietoa ja kokemuksia käsitellään. Lapsi pyrkii käyttäytymään tavalla, joka johtaa maksimaalisen kiintymyksen syntyyn. Vanhemman ja lapsen hyvä kiintymyssuhde muodostuu kun vanhempi on saatavilla, rakastaa, auttaa ja toimii vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Kun olosuhteet ovat turvalliset, lapsi uskaltaa tutkia rohkeasti ympäristöään ja kehittää riittävät sosiaaliset taidot selviytyäkseen niillä myöhemmässä

elämässä. Hyvän perheen ominaisuuksiin Barnhillin (1979) mukaan kuuluvat yhteenkuuluvuus, selkeä kommunikaatio, selkeä roolijako, yksilöityminen (autonomia), joustavuus ja vakaus.

Päinvastainen tilanne johtaa heikkoon itseluottamukseen ja epäluottamukseen muita kohtaan, jolloin lapsi joutuu hankkimaan huomiota esim. kiusaamalla muita tai saamalla raivokohtauksia tai vetäytymällä regressioon. Hyvin kaoottisissa olosuhteissa kasvanut lapsi ei osaa reagoida turvallisuutta uhkaavassa tilanteessa apua hakien, vaan lamaantuu ja altistuu passiiviseksi väärinkäytöksen kohteeksi. Joustavuus ja psyykkinen liikkuma-ala kapeutuvat ja elämänlaatu kärsii. Epävakaa tunneilmapiiri vaikeuttaa asioiden ja tapahtumien ennakointia ja lisää turvattomuutta etenkin isoissa lapsiryhmissä. (Sinkkonen 2004)

Turvallisissa olosuhteissa kasvaessaan lapsi kykenee hankkimaan lisää positiivisia kokemuksia kun taas turvattomissa olosuhteissa lapsen energia kuluu tunnetilojen tasapainotukseen. Kiintymyssuhde voi muodostua myös muihin aikuisiin kuin omiin vanhempiin, kuten opettajaan koulussa, jopa ensimmäistä kertaa elämässä. Suuret ryhmät päiväkodissa ja koulussa voivat vaikeuttaa kiintymyssuhteen syntyä. (Sinkkonen 2004)

Hyvällä kiintymyssuhteella ja aktiivisella kognitiivisella copingilla on todettu olevan sekä suora, välitön estävä vaikutus torjua masennusta ja ahdistusta että puskuroiva vaikutus vastaisuudessa psyykkisiä oireita vastaan. Kiintymyssuhde voi olla myöskin liian sitova, jolloin se muodostaa esteen autonomian ja kompetenssin kehittymiselle ja hidastaa itsenäistymiskehitystä. Lapsi ei opi tuolloin ymmärtämään että omilla toimillaan voi vaikuttaa ympäristöönsä ja passivoituu vain odottamaan, mitä muilla on hänelle tarjottavana, niin hyvää kuin pahaa. Turvallinen kiintymyssuhde luo kyvykkyyden tunteen (self-efficacy) koko elämän ajaksi. Lapsi uskoo voivansa toimia adekvaatilla tavalla vaikeissakin elämäntilanteissa. Mielenterveysongelmista kärsivät nuoret ovat raportoineet että heidän vanhempansa ovat olleet vähemmän rakastavia ja kontrolloivampia ja suojelevampia kuin terveiden kontrollien. (Kraaij 2003)

Martin (2011) kuvaa kiintymyssuhdetta sisäisenä työskentelymallina, joka vaikuttaa siihen, miten informaatiota havainnoidaan, prosessoidaan ja tulkitaan. Heikko kiintymyssuhde voi johtaa heikkoon itsetuntoon ja negatiivisiin tulkintoihin itsestä, jolloin myös vuorovaikutus ympäristön kanssa saa kielteisen sävyn. Ääri-ilmiöt, kuten lapsen kaltoinkohtelu tai hylkääminen vaikuttavat aivojen fysiologisiin vasteisiin ja rakenteisiin ja voivat olla altistamassa biologisesti masennukselle. Uudet stressitekijät aikuisiällä laukaisevat samanlaisia stressireaktioita kuin lapsena erityisesti vasteiltaan herkistyneillä yksilöillä. Alttius jää kytemään pinnan alle. Masennuksen yksilöllisten riski- ja suojaavien tekijöiden tunnistamisella voidaan tuottaa täsmähoitoa varsinkin nuoruusiässä masennukseen sairastuneille.

Kiintymyssuhde muokkaa lapsen tulkintoja maailmasta, päätöksentekoa, ongelmanratkaisutaitoja ja oman toiminnan suunnittelua ja vähentää siten koettua stressiä. Hyvä kiintymyssuhde lisää turvallisuudentunnetta ja tunteiden säätelykykyä ja edistää sosiaalista oppimista ja muistin kehittymistä. Jos lapsi luottaa saavansa apua haastaviin tilanteisiinsa, hän oppii suhtautumaan ympäristöönsä ja ihmisiin ja omiin taitoihinsa luottavaisesti. Hän oppii hyödyntämään muiden ihmisten osaamista ja kulttuurista tietoa hyväkseen eli ottamaan muiden resurssit omaan käyttöönsä tarvittaessa. Launonen 2006, Wei 2003)

Lapsuusajan kiintymyssuhdemalli välittyy aikuisiän ihmissuhteisiin parisuhde mukaan lukien. Aikaisemmat vuorovaikutuskokemukset ovat pohjana seuraaville (continuous construction-malli). Biologisella kasvamisella ja kehittymisellä on oma roolinsa myös vuorovaikutuksen ja kiintymyksen ilmaisun edistymisessä. Suojaavia tekijöitä voidaan vahvistaa, vaikka lapsi olisikin kohdannut menetyksiä läheisissä aikuissuhteissaan. (Sinkkonen 2004, Lajunen 2015)

Hyvässä terapiasuhteessa turvallinen ilmapiiri rakennettaan uudelleen ja kiintymyksen syntymistä terapeuttiin tuetaan, joskin määräajaksi. Tunteita opitaan tunnistamaan ja nimeämään. Lapsi oppii vähitellen ymmärtämään myös toisten tunteita ja kokemaan empatiaa. Vanhempien ja lasten temperamentit vaikuttavat myös vuorovaikutuksen laatuun. Vanhemman tehtävä on oppia tulkitsemaan pienen lapsen tunnetiloja ja virittäytymään hänen kanssaan samalle aaltopituudelle jakamaan lapsen kokemusmaailma. Vuorovaikutus kasvattaa ja kehittää myös vanhempia, luo pohjan elinikäiselle ihmissuhteelle. (Sinkkonen 2004, Lajunen 2015)

Sekä vanhemman biologiset että psyykkiset sairaudet vähentävät katsekontaktien määrää ja keskusteluaktiivisuutta lapsen kanssa ja heikentävät myös perheen sosiaalista verkostoa. Muita vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä voi olla esim. perheen sisällä tapahtuva lähisuhdeväkivalta ja köyhyys, jotka voivat olla estämässä tai haittaamassa vanhemmuuden toteuttamista niin henkisesti kuin käytännössä. (Sinkkonen 2004, Lajunen 2015, Mäntymaa 1999, Cummings 2001)

Laitisen (2001) katsausartikkelissa valotetaan lapsen kehityksen deprivaatiota aiheuttavia tekijöitä. Deprivaatiolla on ymmärretty riittämätöntä fyysistä, sosiaalista tai emotionaalista tukea ja hoivaa etenkin pienten lasten kohdalla. Erityisesti ero äidistä on katsottu perinteisesti deprivaation aiheuttajaksi pikkulapsivaiheessa. Myös henkinen laiminlyönti, vanhempien runsas päihteiden käyttö, masentuneisuus, virikkeiden ja vuorovaikutuksen vähäisyys ja äärimmillään lapsen tai nuoren toistuva pahoinpitely voivat altistaa deprivaatiolle ja sen seurauksena jopa tiettyjen aivoalueiden, kuten hippocampuksen kehityksen viivästymälle. Se altistaa edelleen mm. stressiherkkyydelle ja masennuksen kehittymiselle myöhemmällä iällä. Sosiaaliset virikkeet stimuloivat hermosolujen toimintakykyä ja sitä kautta yhdistävät biologisen ja sosiaalisen aspektin lapsen kehityksessä. Koska lapsen aivot ovat myös hyvin plastiset, korjaavat toimenpiteet tehoavat ja elvyttävät deprivaation kokeneiden aivoja tuloksellisesti. Toisaalta taas deprivoitunut lapsi ei kykene itsekseen ideaalisella tavalla hyödyntämään ympäristössään olevia virikkeitä tai sosiaalista verkostoa ja tarvitsee siihen aikuisen tukea.

Myös deprivaatio voi kulkea suvussa vähentyneiden virikkeiden kautta. Taantuneet vanhemmat eivät kykene suojelemaan lasta muiden henkilöiden aiheuttamalta fyysiseltä ja emotionaaliselta väärinkäytöltä. Kognitiivinen taantuma vääristää ympäristön ärsykkeiden tulkintaa ja lisää patologisten kokemusten määrää. Myös kielellinen ja motorinen kehitys saattavat häiriintyä samoilla yksilöillä. Deprivaation tunnistaminen ei ole helppoa, koska siihen liittyvä oirekirjo on laaja ja käyntisyyt kirjautuvat ensisijaisen oireen mukaan ja sen taustatekijät jäävät monesti kuvaamatta ja sen myötä myöskin hoitamatta. (Laitinen 2001)

Lapsen perustarpeisiin kuuluu kiintymys, turva, hoiva, tunteiden jakaminen, oppiminen, leikki ja kontrolli. Lapsen kehitykselle olisi tärkeää stabiilin kiintymyssuhteen lisäksi oppia mm. kontrollin ja itsesäätelyn kehittymistä, sosiaalista ja kulttuurista sopeutumista l. copingia. Kaoottiseksi muodostunut kiintymyssuhde esim. lapsen pahoinpitelyn seurauksena ilmenee vaikeutena säädellä suhdetta vanhempiin. Toisaalta lapsi haluaa miellyttää vanhempaansa, toisaalta välttelee läheisyyttä ja on vihamielinen ja vaativa. (Laitinen 2001)

Tunne siitä, millaista on olla kiintymyssuhteessa vanhempaan jää emotionaaliseen muistiin ja muodostaa pohjan aikuisiän parisuhteelle. Mikäli kiintymyssuhde on jäänyt kehittymättä lapsena, ei aikuisena ole helppoa luoda pitkäkestoista emotionaalisesti tyydyttävää parisuhdetta eikä myöskään tunnesuhdetta omaan lapseen, josta voi seurata esimerkiksi lapsen kaltoinkohtelua. Kiintymyssuhdemalli ikään kuin ”periytyy” sukupolvelta toiselle. Olennaista on epäsuotuisien riskitekijöiden yhteismäärä, ei niinkään laatu. Runsas stressi häiritsee vuorovaikutussuhdetta tehden siitä turvattoman. Myös vanhempien omat pelot ja negatiiviset tunteet ja parisuhdekonfliktit heijastuvat välittömästi lapsen kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen laatuun. Turvaton lapsi oireilee

impulsiivisesti, ajautuu konflikteihin toisten lasten ja aikuisten kanssa ja potee huonoa itsetuntoa, joka altistaa psyykkisille sairauksille. (Sinkkonen 2004, Mäntymaa 1999, Shelton 2008)

Luonnonkatastrofit ja onnettomuudet traumatisoivat lasta vähemmän kuin perheen sisäiset tapahtumat, joilla on syvempi vaikutus lapsen psyykkiseen kehitykseen vaurioittaen kiintymyssuhdetta ja jotka ovat usein luonteeltaan pidempikestoisia. Lapsen on vaikeampi saada apua, jos aiheuttajat tulevat perheen sisältä ja traumat tällöin ovat useimmiten niin laaja-alaisia että niitä on lapsen vaikea edes erottaa normaalista elämästä, esim. päivittäinen hoidon laiminlyönti, henkinen väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Se, jonka pitäisi toimia terveen ja normaalin kehityksen mallina ja turvana lapselle aiheuttaakin pahaa, laiminlyö tehtävänsä ja estää kiintymyssuhteen muodostumisen. Tällöin lapsi ei voi kiinnittyä mihinkään. Hän joutuu elämään jatkuvasti valveilla ja valppaana sympaattisen hermoston toimesta ylivirittyneenä reagoimaan uusiin ja yllätyksellisiin impulsseihin. Lapsi menettää luottamuksensa aikuiseen ja maailmankuva vääristyy, jolloin käsitys siitä, mikä on normaali tapa elää perheessä ja toimia yhteiskunnassa jää muodostumatta. Lapsi ei voi oppia loogista käyttäytymistä, jos vanhempi alinomaa estää toiminnallaan sen. Lajin säilymisen kannalta olennaiset asiat, kuten kiintyminen, leikkiminen, ympäristön tutkiminen, energian säätely ja huolenpito muista eivät pääse toteutumaan, kun lapsi joutuu keskeyttämään toimintonsa toistuvasti ja valmistautumaan taisteluun, puolustautumiseen ja kenties pakoon myös. Mikäli edellä mainittu ei ole mahdollista, suostua täydelliseen alistumiseen, kuten pienten lasten kohdalla usein asian laita on. (Suokas-Cunliffe 2006a, Söderholm 2012)

Mikäli ihminen menettää jotain itselleen syvästi merkityksellistä erityisesti pikkulapsena, jolloin mielellä ei ole kykyä käsitellä menetystä, voi se laukaista esim. masennusaffektin, jonka ilmiasu voi olla hyvinkin ruumiillinen, syömis- tai unihäiriö, itkuisuus, toimintojen lamaantuminen, ilmeettömyys jne. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa lapsen mielenmaailma kehittyy melko pitkälle jo kolmeen ikävuoteen mennessä. (Siltala 2002)

Mikäli kokemus itsestä epäonnistuneiden vuorovaikutusyritysten kautta vääristyy, kadottaa lapsi kosketuksen itseensä ja alkaa käyttäytyä muiden odotusten ja tarpeiden mukaisesti tai korostuneiden kognitioiden varassa. Epäonnistuminen omien rajojen asettamisessa voi johtaa moraalisääntöjen epäjohdonmukaiseen tulkintaan ja vaikeuteen sääntöjen noudattamisessa. Esim. päihdeongelmaisten puolisoilla ja lähisuhdeväkivallan uhreilla on nähtävissä tämän kaltaista problematiikkaa aikuisiällä. Vuorovaikutus voi epäonnistua, jos vanhemmalla ei ole kykyä vastata lapsen affektiivisiin viesteihin oman puutteellisten tunteiden käsittelytaitojensa vuoksi. Ruumiillinen muisti voi laukaista muistoja oman lapsuuden traumoista vanhemmissa omaa lasta hoitaessaan (takaumat). Ruumiilliset oireet, eleet, ilmeet ja käyttäytyminen muodostuvat johtolangoiksi sisäisiin tunnetiloihin, jos vain osaamme tulkita niitä oikein. (Siltala 2002)

Äitien masennus vaikuttaa lapseen jo raskausaikana ja siksi sen tunnistaminen jo tuolloin olisi tärkeää. Äitien raskausaikaiset masennusoireet vaikuttavat vuorovaikutukseen syntymän jälkeen ja masentuneiden lapsilla on 2-5 kertainen riski saada psyykkinen häiriö elinaikanaan. 60 % masentuneiden äitien lapsista sairastuu masennukseen 25 ikävuoteen mennessä. Masentunut äiti näkee lapsensa tilanteen negatiivisempana kuin se onkaan. Hänen kykynsä havainnoida lapsen tarpeita ja vastata niihin on heikentynyt. Riskitekijät vaikuttavat siten sekä suorasti että epäsuorasti.. Äidin oireilla on enemmän merkitystä kuin tarkalla diagnoosilla. Jos oireet ovat vakavia, se vaikuttaa enemmän, mutta toisaalta lapsen voi olla helpompaa ymmärtää poikkeavat toiminnot silloin masennukseksi. Pitkä kesto ja toistuvuus ovat haitaksi ja riskiin vaikuttaa myös se, minkä ikäinen lapsi on äidin sairastaessa. (Luoma 2002, Herzberg 2000)

Erityisesti äidin masennuksella on todettu olevan haitallista vaikutusta lapsiin ja siksi heitä on tutkittu enemmän. Masentunut äiti ei kykene käyttäytymään loogisesti, erityisesti tunteiden ilmaisussa, mielialat vaihtelevat ennustamattomasti tai sitten pysyttelevät alavireisinä eikä lapsi saa

kaipaamaansa positiivista palautetta, jolloin heille muodostuu negatiivinen kuva itsestään ja hänen kykynsä kestää vastoinkäymisiä aikuisiällä jää heikoksi. Masennus voi uusiutua aikuisena tällöin. Äitien tukeminen ja heidän masennuksensa ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat paras tae estää hänen lapsiaan sairastumasta masennukseen. Joukossa on kuitenkin lapsia, jotka selviytyvät hyvin hyvien sosiaalisten ja kognitiivisten taitojensa ansiosta ja oppivat ymmärtämään vanhempiensa puutteita sairaudesta johtuvina. (Silverstein 2006, Herzberg 2000)

Raskaudenaikaisen masennuksen on todettu olevan luultua yleisempää (Mäkelä 2010). Syynä voi olla sosiaalisen tuen puute ja korkea stressitaso. Seurauksena voi olla terveydelliset laiminlyönnit, jotka välittyvät sikiöön, kuten päihteiden käyttö ja tupakointi, joiden haitalliset vaikutukset sikiön hermostolliseen ja hormonaaliseen kehitykseen näkyvät vasta lapsen syntymän jälkeen. Masentuneet raskaana olijat eivät hakeudu terveyspalvelujen piiriin yhtä herkästi kuin ei-masentuneet. Masentuneiden äitien lapsilla on todettu korkeita noradrenaliini- ja kortisoliarvoja, ärtyneisyyttä ja poikkeavuuksia eeg:ssä. (Gotlib 1991, Luoma 2002)

Suomalaistutkimuksessa (Uljas 1999) äitien raskaudenaikainen terveydentila oli yhteydessä lapsen käytöksen ja tunne-elämän oireisiin vielä 3-vuotiaana. Masentuneet äidit eivät jaksa imettää yhtä kauan kuin ei-masentuneet ja kiintymyssuhde jää puutteelliseksi. Se voi olla puolustuskeinona ja suojana lapselle estämällä häntä kietoutumasta ja sitoutumasta tunkeilevaan, kovakouraiseen, vetäytyvään tai passiiviseen äitiin. Huonosti äitiinsä kiinnittynyt lapsi käyttäytyy maladaptiivisesti päiväkodissa ja koulussa kun hän etsii siellä huomiota ja muita kiintymyksen kohteita. Jos äiti on masentunut lapsen varhaisvaiheessa, tulee lapselle enemmän internalioisivia oireita (ahdistus, syrjäänvetäytyminen). Jos taasen masennus on ilmaantunut myöhemmässä vaiheessa, seurauksena on enemmän eksternalisoivia oireita (käyttäytymishäiriöt). (Luoma 2002)

Varhainen vuorovaikutus edistää myös lapsen kielellistä kehitystä. Kielellinen kehitys takaa myös muun kognitiivisen oppimisen edistymisen. Positiivinen tunneilmasto muokkaa vuorovaikutusta ja stimuloi aivojen kehitystä. Sosiaalinen ympäristö ja yhteisön jäsenyys edesauttavat oppimista. Erilaiset temperamentit lapsen ja vanhemman välillä voivat haitata yhteisten tunnekokemusten syntyä ja siten lapsen oppimista ja kehitystä. Aikuisen tehtävänä on olla lapsen käytettävissä, luoda ja muokata lapsen ympäristöä ja ärsykemaailmaa sellaiseksi että hänen on helppo havainnoida, jäsentää sitä ja harjoitella uusia taitojaan siellä. Erilaisten roolien omaksuminen edistää myös oppimista, samoin toistot ja rutiinit. Eleet ja toiminnat vahvistavat puhuttua kieltä ja ne voidaan oppia jo ennen kuin niihin liittyvä kieli omaksutaan. Jos lapsella on jokin vuorovaikutukseen vaikuttava kehityshäiriö, voi vanhempien olla vaikea tulkita hänen viestejään ja vastata niihin kehitystä tukevalla tavalla. (Launonen 2006, Mäntymaa 1999, Isoaho 2012)

Liiallinen rigidiys, liittoutuminen, kietoutuneisuus, ylihuolehtivaisuus ja suojelevuus perhesuhteissa lapsena ja nuorena voivat haitata itsenäistymistä ja omien rajojen tunnistamista. Myös perheen hajanaisuus ja vanhempien kykenemättömyys huolehtia tehtävistään voi johtaa auktoriteettisuhteiden ja roolien vääristymisiin perheessä. Lapsuusiän masennus voi lisätä masennusriskiä aikuisiällä jopa nelinkertaiseksi ja vain pieni osa oireilevista lapsista saa oireisiinsa apua (Puura 1997). (Kiuttu 1994)

2.3.1.2. Hyvä itsetunto ja coping-keinot tukena perheessä

Vanhempien puutteellinen coping-kyky johtaa stressitilanteita kohdattaessa korkeampaan stressitasoon ja kaoottiseen ja epävakaaseen ilmapiiriin perheessä. Lapset reagoivat stressiin joko sisäänpäin kääntyneesti somaattisilla oireilla, emotionaalisesti syrjään vetäytymisellä, ahdistuksella ja masennuksella tai ulospäin käytöshäiriöillä, aggressiivisella käyttäytymisellä, tarkkaavaisuushäiriöillä ja sopeutumisongelmilla. Vanhempien neuroottisuus on vahvempi lasten

masennukseen sairastumista ennakoiva tekijä kuin heidän mielialaongelmansa. (Ellenbogen 2004, Farmer 2002, Shelton 2008)

Psyykkisesti sairastuneet vanhemmat saattavat lisätä sekä lyhyt- että pitkäkestoista stressiä perheessä geneettisten syiden lisäksi ja vaikuttaa siten lapsen minäkuvaan ja coping-taitoihin ja lapset jäävät heikompien adaptaatiotaitojen varaan, joka voi altistaa heidät itsensä sairastumiselle jo nuorena (diathesis-stressimalli) (Hammen 1992).

Hyvä perhe toimii yhtenäisenä coping-yksikkönä. Tietyt lainalaisuudet auttavat selviytymään eteenpäin ja palauttamaan homeostaasin tulipa vastaan millaisia haasteita tahansa. Stressitekijän ilmaantumisen jälkeisen sokkivaiheen jälkeen sopeutujat osaavat hankkia käyttöönsä uusia keinoja ja auttajaverkostoja selviytyäkseen ja sopeutuakseen tilanteeseen. Esimerkiksi sairastumisen jälkeen annettavalla ensitiedolla on vaikutusta perheen coping-strategian valintaan. Tietoa sairaudesta pitäisi antaa myös sairastuneen puolisolle, jolloin syntyisi yhteinen ymmärrys sairauden suhteen. Korostunutta perheen avun tarpeen arviointia varten on luotu mm. Family Coping Index. Lomakkeistoa ei ole käännetty suomeksi. Se tuo esiin vanhemmuustaitoja ja stressi-coping-tasapainotilannetta perheessä. Tavoitteena on sitkeyden (resilienssi) edistäminen, uusien selviytymiskeinojen löytäminen sekä ammattilaisten että läheisten avulla. (Taanila 1997)

Family´s adjustment and adaptation model (Patterson ja McCubbin 1983) auttaa hahmottamaan perheen voimavaroja esim. lapsen sairastuessa. Taanilan (1997) mukaan tärkeinä coping-keinoina nähtiin siinä kognitiiviset taidot käsitellä asiaa (realistinen käsitys, riittävä tietomäärä, optimistinen asenne), emotionaaliset toimet (tunteiden ilmaisu, irrottautuminen päivärutiineista, ahdistusta tuottavien asioiden välttäminen), perhesuhteiden ylläpito (perheen läheisyyden säilyttäminen, joustavuus, hyvä yhteistyökyky), avoimuus kommunikaatiossa, yhteisöllisyyden kokemukset (avun ja tuen vastaanottaminen ammattilaisilta ja läheisiltä) ja itsensä (itseluottamuksen, self-confidence) kehittäminen sekä harrastukset.

Ne, joilla coping ei onnistunut, oli päinvastaisia kokemuksia. Sairautta oli ollut vaikea hyväksyä, he olivat pelokkaita lapsen tulevaisuuden suhteen ja torjuivat ajatuksen asiasta. Arvot eivät olleet muuttuneet sairauden myötä ja perheet kokivat että heidän piti luopua työstään tai harrastuksistaan sairauden vuoksi. Perheiden isät eivät osallistuneet kotitöihin, eivät hyväksyneet lapsen sairautta eivätkä osallistuneet lapsen hoitoon. Suhtautuminen oli joustamatonta eikä kognitiiviset taidot riittäneet asian käsittelyyn. Perheenjäsenillä ei ollut yhteistä arvopohjaa eikä tekemistä toistensa kanssa. (Taanila 1997)

Meyersin tutkimuksessa (2002) äitien psykososiaalinen toimintakyky, ongelmien määrä äitien lapsuusperheissä, heidän tulonsa ja koulutuksensa ennustivat perheen terveyttä. Perheen toimivuuteen vaikuttavat toki myös erilaiset perherakenteet (yksinhuoltajuus, uusperheet), perheen kehitysvaihe, jos perheissä oli rotueroja tai vanhemmilla kovin erilaiset sosioekonomiset taustat. Vanhempien psykologinen toimivuus, sosiaaliset suhteet ja perheen yhteiskunnallinen asema ovat yhteydessä perheen toimivuuteen käytännössä. Huonosti toimivissa perheissä on enemmän kielteisiä tunteita, järjestäytymättömyyttä, heikkoa sanallista ilmaisukykyä ja vähemmän positiivisia tunteita sekä fyysistä, tunteisiin liittyvää, hoidon tai koulutuksen laiminlyöntiä. (Meyers 2002)

Varhaislapsuuden vaikeat kokemukset voivat heikentää itsetuntoa ja minäkäsitystä. Kotoa lapsena saatu palaute on tärkeää ja lapsuudenkokemukset värittävät sitä millaisena lapsi itsensä näkee. Itsearvostus säätelee puolestaan taas sosiaalista vuorovaikutusta, jonka onnistuessa ei tarvitse koko ajan tarkkailla itseään ja omaa toimintaansa. (Enäkoski 2002)

Coping-taidot kehittyvät muun kehityksen myötä. Vähitellen nuori oppii ajattelemaan asioita toisten näkökulmasta, suunnittelemaan asioita etukäteen, arvioimaan toiminnan seurauksia ja käyttämään vaihtoehtoisia selityksiä tapahtumille osoituksena tunteiden ja ajattelun kehittymisestä

sopeutumiskeinoina. Kognitiivisten taitojen osalta märehtiminen, katastrofointi sekä itsemoite ja negatiivinen uudelleenarviointi ovat nuorilla voimakkaammin edustettuina kuin aikuisilla ja niiden esiintyminen pitäisi tunnistaa sekä nuorilla että aikuisina non-adaptiivisina coping-keinoina ja etsiä interventiokeinoja tilanteisiin. (Garnefski 2002)

Pitkittäistutkimuksilla on voitu osoittaa lukuisten perheeseen, sosiaalisiin verkostoihin ja kouluun kohdistettujen primääripreventio-ohjelmien teho lasten ja nuorten keskuudessa. Itsetunnon vahvistaminen, tunteiden käsittelytaidot, stressin hallinta ja rentoutusmenetelmät ovat olleet mm. tehokkaita keinoja. (Hall 2002)

2.3.1.3. Kasvatuksen merkitys

Kasvatuksen on arvioitu olevan jopa merkittävämpi kuin kiintymyssuhde lapsen kehityksessä. Perhe on tärkein sosiaalisen tuen muoto pienelle lapselle ja luonteeltaan melko stabiili. Myöhemmin koulun ja ystävien roolit vahvistuvat. Stressi-haavoittuvuusmallin mukaisesti perheen tuen, kiintymyksen ja hyväksynnän puute ovat yhteydessä masennuksen syntyyn. Perheeseen liittyvät negatiiviset elämäntapahtumat herkistävät etenkin nuoret masennukselle, varsinkin kun niitä tulee useampia. Ne vaikuttavat vanhempien kasvatustapaan tehden heistä ankaria lapsilleen ja epäloogisia käyttäytymiseltään, jonka seurauksena lapsi ja nuori tuntee itsensä arvottomaksi ja kykenemättömäksi vaikuttamaan omiin asioihinsa. (Fröjd 2007)

Erilaiset stressaavat elämäntapahtumat ja myös pidempikestoinen esim. työstressi vaikuttaa kasvatustyylin kautta lapseen ja nuoreen perheessä. Tyyli muuttuu ankarammaksi ja vähemmän sallivaksi ja vähemmän vuorovaikutteiseksi. Vanhempien keskinäiset konfliktit ja vanhempien koheesion puute lisäävät nuorten masennusriskiä, käytöshäiriöitä ja päihteiden käyttöä (Fröjd 2007).

Mikäli vanhemmilla on monta psyykkistä ja sosiaalista häiriötä, lisää se lasten häiriöriskiä entisestään. Vanhempien häiriöt vaikuttavat lämmön, tuen antamiseen, kurin ja valvonnan määrään. Liika kuri, heikko valvonta ja tunnekylmyys eivät tue lapsen kehitystä. Myös lapsen oma käytös vaikuttaa, miten vuorovaikutus vanhempien kanssa toimii. Lapsen masennus voi herättää vanhemmissa myötätuntoa ja lapsi voi ymmärtää sen palkitsevaksi, jolloin sairaus pitkittyy. (Fröjd 2007)

Oireileva lapsi vaikuttaa vanhempiinsa myös haastavasti. Lasten ja nuorten yksilölliset ominaisuudet saavat aikaan samassakin perheessä samojen vanhempien kasvatuksella erilaiset lopputulokset. Riskitekijöiden ympäröimä nuori tarvitsee tukevaa ohjausta ja valvontaa. Turvallisessa ympäristössä elävä nuori saattaa selvitä vähemmälläkin valvonnalla. Lapselle ja nuorelle kaverituki ei yleensä pysty kokonaan kompensoimaan puuttuvaa perheen tukea. Tuen, kiintymyksen ja hyväksynnän puute ovat masennuksen riskitekijöitä niin normaaliväestössä, riskiryhmillä kuin jo sairastuneilla nuorilla. (Fröjd 2007)

Nurmela (2011) esittää että liian tiukat kasvatusmenetelmät ja perfektionistiset tavoitteet, vastuunannon puute oikea-aikaisesti, pelon, välinpitämättömyyden ja syyttelyn ilmapiirissä eläminen sekä huolenpidon, turvallisuuden ja läheisyyden laiminlyönti ovat masennukselle altistavia tekijöitä lapsuusperheessä. 5/6:lla Nurmelan tutkimuksessa haastatelluista oli taustalla rankat lapsuudenkokemukset. Äitisuhteen ongelmat heijastuvat helposti tyttöihin ja altistavat psyykkisille ongelmille. Sairastuneilla tytöillä oli isäsuhde parempi kuin äitisuhde. Äitien päihde- ja mielenterveysongelmat ja väkivaltaisuus ovat uhka tyttöjen mielenterveydelle. Jos lapsuudenperhe eristää, tukahduttaa lapsen kasvua tai ei pysty pitämään turvallisia rajoja, voi kehitys häiriintyä. Itsenäistyminen joko liian varhain tai liian myöhään on riski. Silloin ei myöskään kehity kognitiivisia taitoja käsitellä negatiivisia tunteita ja ongelmakysymyksiä tai ihmissuhteisiin liittyviä ristiriitoja. Naisille tunnusomainen itsen kieltäminen ja vaimentaminen (tunnollisen tytön syndrooma)

muistuttaa passiivista copingia, joka on todettu tehottomaksi ongelmanratkaisukeinoksi (Lazarus 1984).

Sheeber (2001) selvitti, mitkä tekijät ja millä mekanismilla perheessä lisäsivät nuorten haavoittuvuutta ja depressioriskiä ja mikä auttoi toipumaan. Tarkastelun alla oli stressi/tukimalli, sosiaalisen interaktion malli, kognitiivinen ja tunteidensäätelymalli. Perheen pitäisi muuntua ja joustaa lasten kasvun myötä. Etenkin tyttöjä saatetaan suojella liiaksi, jolloin heidän itseluottamuksensa ja usko omiin taitoihin kärsii. Negatiivisten asioiden kohtaamiseen täytyisi kehittää taitoja ja kykyjä. Lapselle pitäisi opettaa tunteiden ylläpitoa, muuttamista ja säätelyä kokemuksellisesti ja ilmaisullisesti, joka on ainakin masentuneille vaikeaa. Masentuneena positiivisia tunteita ei pystytä pitämään yllä ja negatiivisia ei saada pois mielestä, vaan jäädään märehtimään niitä eli adaptaatiokyky ei ole riittävä tai tarkoituksenmukainen. Ongelmanratkaisukeinona käytetään välttämistä, joka ei johda tyydytystä tuottavaan tulokseen.

Ennaltaehkäisyksi masennukseen esitetään vanhemmuustaitojen opettamista, ongelmanratkaisukyvyn parantamista ja tehokkaampien coping- keinojen käyttöönottoa. Näillä keinoin perheen stressitasoa voitaisiin alentaa ja taata lapsille vakaammat olot perheessä. Isien huolehtiva ja positiivinen käyttäytymismalli on eduksi ja hylkivä, osallistumaton, riitaisa suhtautuminen on haitaksi mielenterveydelle nuorella (Phares 1992). Monesti se on yhteydessä perheen hajoamiseen, joka puolestaan vaikeuttaa masennuksesta toipumista. Parisuhteen koossapysyminen näytti suojaavan lasta masennukselta (Mitchell 1989). Interventiotutkimuksia on tehty vähän em. kasvatuksellisten toimenpiteiden osalta etenkin nuorilla. (Sheeber 2001)

Lea Pulkkisen johtamassa Lapsesta aikuiseksi tutkimushankkeessa Jyväskylän yliopistossa (Lapsesta aikuiseksi- tutkimus) on lapsuusiän aggressioiden todettu ennustavan kouluun sopeutumattomuutta, heikkoa koulumenestystä, työuran pätkittäisyyttä, pitkäaikaistyöttömyyttä, ongelmajuomista aikuisena, parisuhteen rikkonaisuutta, aggressiivisuutta aikuisena ja rikollisuutta. Vahva käyttäytymisen ja tunteiden itsehallinta puolestaan ennustaa positiivista kehityskulkua, menestystä työ- ja perhe-elämässä aikuisikäisenä. Kouluikäisenä opittu ja omaksuttu sosioemotionaalinen käyttäytyminen vakiintuu osaksi aikuisiän persoonallisuutta. Siksi katsotaan että lapsuusikäinen seulontamenettely on perusteltua ja merkityksellistä ennaltaehkäisevää toimintaa neuvoloissa ja kouluissa ja huolen aiheisiin varhain puuttuminen kannattavaa toimintaa yhteiskunnallisesti.

2.3.1.4. Temperamentin merkitys

Komsin (2006) mukaan temperamentti vaikuttaa yksilön subjektiivisiin kokemuksiin, motivaatioon ja kykyihin ja siksi eri lapset voivat kokea samankin asian hyvin erilaisilla tavoilla. Temperamenttia pikkulapsilla arvioidaan käytännössä havainnoimalla ärtyvyyttä, aktiivisuutta ja tarkkaavaisuutta. Pelkkä negatiivinen emotionaalisuus on ennustava tekijä suhteessa myöhempien vuosien masennusalttiuteen.

Temperamenttipiirteet kehittyvät lapsessa kasvun ja kehityksen myötä. 3- vuotiaana esim. itsesäätelytaidot voivat olla jo pitkälle kehittyneet. Esim. vetäytyminen pelottavasta tilanteesta omiin oloihin voi olla lapselle suojamekanismi, mutta pitkään jatkuttuaan se voi eristää hänet kenties tukea tarjoavista sosiaalisista vuorovaikutussuhteista. (Komsi 2006, Keltikangas-Järvinen 2008a)

Nuoruusiässä puhjenneen masennuksen riskitekijöinä mainittiin Martinin (2011) mukaan kiintymyssuhteen häiriintyminen ja temperamenttikysymykset. Temperamentti on riskitekijöistä varhaisimmin havaittavien joukossa jo pikkulapsi-iällä ja sen pohjalta syntyvä masennus puhkeaa aikaisemmin kuin muihin syytekijöihin painottuva ja on sikäli ennusteeltaan muita heikompi. Haasteellisen temperamentin tunnistaminen jo pikkulapsi-iällä olisi siten tarpeen, jotta suojaavia tekijöitä voitaisiin vahvistaa ja ohjeistaa negatiivisten piirteiden kanssa toimimisessa.

Temperamentista osa on geneettisesti määräytynyttä tunteiden ilmaisuun ja säätelyyn liittyvää, tiedon käsittelyyn, käyttäytymiseen ja yksilöllisiin neurobiologisiin ja neuroanatomisiin rakenteisiin paikantuvaa ominaisuutta, joka on melko pysyvää. Persoonallisuus muokkautuu temperamentin ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksessa oppien ja kypsyen. Temperamentti vaikuttaa siihen, miten yksilö reagoi stressiin ja miten sitä käsittelee.

Perheessä merkittävää on, miten eri perheenjäsenten temperamenttipiirteet sopivat yhteen. Lapsen haasteellinen temperamentti vaikeuttaa vanhemman mahdollisuutta toimia ohjaavana vanhempana ideaalisti. Vanhempia olisi autettava ymmärtämään lapsen käyttäytymisen biologinen perusta ja tuomaan esiin lasta suojaavia yksilöllisiä selviytymiskeinoja, kuten vuorovaikutustaitoja ja impulssien hallintaa. Nuoruusiällä avun tarjoaminen voi olla hankalaa, jos lapsuuden kiintymyssuhteen muodostuminen on epäonnistunut eikä nuorella ole kokemusta turvallisesta aikuisesta. Temperamentti voi toimia ympäristötekijöiden ja masennuksen välisenä modulaattorina tai mediaattorina. (Martin 2011, Keltikangas- Järvinen 2008a)

2.3.1.5. Vanhemman psyykkinen sairaus tai päihdeongelma

Psyykkisesti sairaan aikuisen lapset jäävät monesti huomioimatta ja näkymättömiksi perheissä. He joutuvat varomaan sairaan vanhempansa kuormittamista omilla tunneilmaisuillaan ja tarpeiden esilletuomisillaan ja olla siten ylikilttejä. He eivät opi tunnistamaan tunteitaan eivätkä ilmaisemaan niitä. Vasta kun vanhemmalla tai perheen ulkopuolisella ihmisellä on voimia ja tilaa rakastaa ja pitää huolta lapsesta, alkaa lapsi ilmaista itseään ja omia tarpeitaan terveellä tavalla. Lapsen ja nuoren pelkoja sairasta vanhempaa kohtaan ja irrallisuuden ja osattomuuden tunteita pitäisi päästä käsittelemään turvallisesti. Lapsesta huolehtiminen vanhemman sairauden aikana keventää myös sairaan vanhemman taakkaa. Lapselle voidaan jo melko varhain kertoa vanhemman sairauden luonteesta ja sen pahenemisen ensioireista ja laatia toimintasuunnitelma, kuinka toimia ja kehen ottaa yhteyttä. Turvaverkosto lapsen ympärillä pitäisi kartoittaa ja saattaa lapselle tiedoksi, kuka auttaa ja huolehtii, jos vanhempi ei siihen kykene. Isommat lapset varsinkin voivat hyötyä vertaisryhmästä, jossa voi ilmaista vapaasti tunteitaan ja tarpeitaan. (Miller 2000, Skerfving 2015)

Perheessä, jossa on masentunut vanhempi, on usein vähemmän sosiaalista tukea ja verkostoja, jolloin lapselle ei löydy helposti ulkopuolista tukea. Lapset saattavat myös tuntea syyllisyyttä vanhempansa sairastumisesta ja kantaa siitä huolta. Sairaus on myös häpeä perheessä, joka rajoittaa perheen sosiaalista elämää ulospäin, myös avun hakemista. Parhaimmillaan äidin masennus voi kuitenkin kehittää lapselle lisää selviytymistaitoja tai sensitiivisyyttä aistia erilaisia mielialoja muissa ihmisissä. (Miller 2000, Solantaus 2010, Jähi 2004, Salokangas 2006a, Luoma 2002)

Masennuksesta voi seurata parisuhteeseen riitoja, jotka haavoittavat lasta edelleen. Äidit ovat herkempiä reagoimaan heikolle parisuhteelle masennusoirein kuin isät ja altistaa heidät masennuksen uusiutumiselle myös (Herr 2007). Ylisukupolvisuus masennuksen suhteen välittyy myös opittujen riitojen ratkaisumallien kautta. Ristiriidat luovat lapseen ahdistusta, stressiä ja HPA-akselin yliärtyvyystilan. Lapsi alkaa käyttäytyä häiriintyneesti saadakseen huomiota osakseen ja lopettaakseen vanhempien riitelyn, jolloin vanhemmat ärtyvät tilanteesta lisää ja riidat pahenevat. (Luoma 2002)

Äidin masennus heikentää hänen itsetuntoaan, kontrollin tunnetta asioihin ja aiheuttaa suhteuttamisvaikeuksia (Meyers 2002). Äidiltä voi puuttua masennuksen seurauksena myös lämpöä, kärsivällisyyttä ja kykyä asettaa rajoja lapsille. Äidin persoonan kypsyysaste (miten äiti sietiää lastenkasvatuksesta aiheutuvaa epämukavuutta, onko hänellä riittävästi kärsivällisyyttä, sensitiivisyyttä lasten tarpeille, empatiakykyä) vaikuttaa lasten sairastumisriskiin, samoin perheen dynamiikka. Sisarusten välinen kilpailu lapsuudessa voi lisätä sairastumisalttiutta niin että sisarussarjan keskellä olevat sairastuvat herkemmin masennukseen kun taas toisessa tutkimuksessa

(Hällström 1987) ei sisarussarjan koolla tai järjestyksellä sisarussarjassa ollut merkitystä. (Horlow 2002)

Adoptiotutkimusten perusteella äidin masennus välittyy myös ei- biologisiin lapsiin. Masentuneen vanhemman hoito suojaa myös lasta sairastumiselta ja on siten erittäin kannatettavaa ja tehokasta ennaltaehkäisyä ylisukupolvisesti. Jo pienetkin puheeksi ottamiset ja puuttumiset voidaan arvioida merkittäviksi lasten kannalta. (Pemberton 2010)

Myös äitien ahdistus, päihteiden väärinkäyttö ja suisidaalisuus voivat toimia lasten masennuksen taustatekijöinä. Äidin masennuksen, heikon kommunikaatiokyvyn ja heikon kiintymyksen lapseensa on todettu olevan yhteydessä lapsen masennuksen syntyyn, samoin isien päihteiden käytön ja epäsosiaalisen persoonallisuuden. Jos perheen äiti on masentunut, isän kyky keskustella lasten kanssa, kuunnella heitä, osallistua lasten harrastuksiin ja olla lähellä auttavat lasta. Hyvä suhde isään voi auttaa lasta pärjäämään, mikäli äidillä on ongelmia jaksamisessa. ”Isä on psyykkisesti edustettuna jokaisen äidin mielessä ja vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu lapseensa” (Sinkkonen 2004). (Phares 1992)

Neuroottisista oireista kärsivien vanhempien lapsilla on lisääntynyt masennusriski, joka syntyy osittain lapsuusajan opittujen vuorovaikutus- ja ympäristötekijöiden kautta. Vanhempien neuroottisuus vaikuttaa perheen ilmapiiriin ja tapoihin toimia vanhempana. Neuroottiset vanhemmat eivät kykene riittävän sensitiiviseen vuorovaikutukseen lastensa kanssa. He käyttävät tunteisiin keskittyviä ja vähemmän tehtäväorientoituneita coping-keinoja, kokevat enemmän stressaavia elämäntapahtumia ja heidän psykososiaaliset taitonsa ovat usein muita heikommat. (Ellenbogen 2004, Miller 2000).

Neuroottisen luonteenlaadun periytymisessä geneettisillä tekijöillä on arvioitu olevan noin 50 % osuus. Geneettisillä tekijöillä voi olla vaikutuksensa myös siihen, miten negatiiviset elämänkokemukset koetaan (Jacobs 2006). Selvästi neuroottisilla vanhemmilla on myös usein heikompi tulo- ja koulutustaso ja vähemmän sosiaalista tukea käytössään. Heillä on muita useammin parisuhdeongelmia ja puheessa on yleisesti käytössä negatiivinen sävy. Neuroottisilla yksilöillä emotionaalinen stabiliteettti vaihtelee, he ovat alttiita kielteisille tunteille, kuten pelolle, ahdistukselle, surulle, hämmennykselle, syyllisyydelle ja vastenmielisyydelle. Se johtaa monenlaisiin sopeutumisongelmiin, kuten impulssikontrollin heikkouteen, irrationaalisten ajatusten syntyyn ja riittämättömään copingiin stressiä vastaan. (Ellenbogen 2004)

2.3.1.6. Perheen rakenteen merkitys

Perheiden rakenteissa on tapahtunut Suomessa suuria muutoksia parin viimeisen vuosikymmenen aikana. Fröjdin (2007) mukaan perherakenteella on yhteyttä lasten ja nuorten emotionaalisiin ja käytösongelmiin. Yksinhuoltajaperheiden ja uusperheiden lapsilla riskit ovat kahden biologisen vanhemman perheisiin verrattuna suuremmat. Kiintymyssuhteet jäävät niissä heikommiksi kuin kahden biologisen vanhemman perheissä. Perherakenteen muutokset voivat vaikuttaa vanhempien kasvatustyyliin, mielialaan, jättää jälkeensä riitoja, jotka jo sinänsä lisäävät stressiä myös lapsissa. Käyttäytymiseen liittyvät ongelmat voivat johtua kummasta tahansa vanhemmasta. Emotionaaliset ongelmat ilmenevät herkemmin tunne-elämältään epävakaiden äitien lapsilla. Isien merkitys kasvaa iän myötä. Sisaruskateus saattaa lisätä nuoren aggressiivisuutta ja rikekäytöstä. Sisarusten mielenterveysongelmiin sairastuminen ja käytöshäiriöt voivat vaikuttaa toisiin sisaruksiin sairastuttavasti. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset vaikuttavat paitsi perheeseen, myös itsenäisinä tekijöinä lasten ja nuorten elämään.

Vanhempien rooli ympäristötekijänä on suurimmillaan lasten ollessa pieniä. Kasvatusympäristö muokkaa lasten geneettisten ominaisuuksien esiintuloa ja toisaalta lasten geneettiset ominaisuudet

ovat yhteydessä siihen, miten he kussakin ympäristössä käyttäytyvät ja millaista heidän vuorovaikutuksensa vahempien ja sisarusten kanssa on. Vanhempien negatiivinen vuorovaikutus heijastuu lapsiin ja edelleen heistä takaisin vanhempiin. Äidit ovat herkempiä emotionaalisille häiriöille kuin isät ja siksi heidän kauttaan tunnetilat siirtyvät lapsiin. Uusperheissä ja adoptiolapsilla lasten erilaiset geneettiset taustat luovat lisää kirjavuutta vuorovaikutussuhteisiin. (Ulbricht 2010)

Yhteenkuuluvuus, joustavuus, tapa kommunikoida, roolit, yksilöitymisen mahdollistuminen sekä vakaus ja ennustettavuus vuorovaikutuksen alueella ovat perhedynamiikan osa-alueita FDM (Family Dynamics Measure)- mittarin mukaan. Näissä tapahtuu merkittäviä muutoksia erotilanteissa ja uusperheiden muodostuessa. Hyvin toimivissa ydinperheissäkin tapahtuu perheen eri kehitysvaiheissa perhedynamiikan muutoksia. Myös sillä on merkitystä, mihin vaiheeseen yksilönkehityksessä perheen muutokset osuvat. Perhedynamiikan vaikea häiriintyminen tuottaa kaltoinkohtelua, mielenterveys- ja käytösongelmia lapsille, mutta asiat voivat tapahtua myös toisin päin. (Väänänen 2013)

Ilman kahta biologista vanhempaa eläneillä savolaislapsilla todettiin enemmän masennusta kuin eheissä perheissä eläneillä. Uusperheiden lapsista oli ollut lähes puolet lastenpsykiatrisessa hoidossa ja nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit olivat 10-kertaistuneet vuosien 1998- 2008 välillä. Lasten masennus on lisääntynyt Suomessa ja sen on todettu olevan yhteydessä vanhempien masennukseen, sen julkisempaan ilmaisemiseen ja palvelujen parempaan saatavuuteen. Noin 30 % perheistä oli v. 2012 joko yksinhuoltaja- tai uusperheitä. Yksinhuoltajaäideillä on enemmän masennusta kuin muilla äideillä, joten heidän lapsena ovat riskissä altistua alakulolle ja masennukselle. Yksinhuoltajat hakevat hoidosta tukea vanhemmuudelleen, koska monesti eroavat tapaamatta ketään viranomaista ja saamatta systemaattista tukea tilanteeseensa. Etävanhemmat jäävät myös tilanteessa yksin. (Väänänen 2013)

Myös Paanasen (2012) selvitys lama-ajan lapsista kertoo masennuksen, ahdistuksen ja käytöshäiriöiden olleen runsaampaa eroperheiden, mielenterveyden häiriöitä poteneiden vanhempien ja alun perin yksinhuoltajien lapsilla. Lapset joutuivat tasapainoilemaan sairastuneen tai ainoan vanhemman oireiden mukaan ja olemaan hänen armoillaan (Jähi 2004).

Fergussonin (2007) mukaan yksinhuoltajaperheissä ilmeni enemmän ahdistuneisuutta ja rikollisuutta kuin eheissä perheissä. Myös koulutus ja toimeentulo kärsivät toisen vanhemman puuttumisesta. Sekoittavina tekijöinä havaittiin mm. lapsuuden aikainen väkivalta, perheen taloustilanteen heikkous, vanhempien heikompi koulutus, rikollisuus ja äidin ikä. Näiden vakioinnin jälkeen eroja ei enää ollut yksi- ja kaksivanhempaisten perheiden välillä.

Kahden biologisen vanhemman perhe vähensi lapsien emotionaalista häiriöherkkyyttä ja käytöshäiriöitä. Yksivanhempaisuus perhessä vaikutti poikiin enemmän kuin tyttöihin, koska suurin osa, 85,5 % yksihuoltajaisista lapsista asuu äidin luona (THL yksinhuoltajuus) ja pojat joutuvat eroon isistään. Äidin masennus lisäsi lasten masennusriskiä, isän epäsosiaalinen käytös lisäsi sekä lasten masennusta että käytöshäiriöitä. Isän alkoholiongelma lisäsi pojan alkoholisoitumisriskiä ja tyttären masennusriskiä. Sisaruksilla oli vaikutuksia toisiinsa siten että, sisaruksen masennus lisäsi toisen sisaruksen masennusriskiä ja he vahvistivat edelleen toistensa ongelmakäyttäytymistä. Yhteydet eivät usienkaan ole kuitenkaan niin suoraviivaisia kuin miltä tutkimustulokset näyttävät. (Fröjd 2007, Jähi 2004)

Uusperheiden lapsilla on todettu olleen (Ritala-Koskinen 1993) enemmän mielialahäiriöitä, häiriökäyttäytymistä ja ei-biologisen vanhemman diskriminaatiota. Eronneilla aikuisilla on havaittu enemmän psykologisia ja käytöshäiriöitä, alkoholismia ja persoonallisuushäiriöitä. Lapsuudenperheen tehtävänä on sosiaalistaa lapsi ympäröivään kulttuuriin ja yhteiskuntaan sopeutuvaksi erilaisine normeineen. Näitä tehtäviä on vaikea delegoida vanhemmilta kenellekään.

Lapsen psyykkisen hyvinvoinnin kanssa olivat yhteydessä perheen toimiva dynamiikka, perherakenne ja yhteiset arvot. Arvoista taloudelliset, emotionaaliset, sosiaaliset, intellektuaaliset ja jatkuvuusarvot olivat merkityksellisimpiä. Lapsen riski sairastua psyykkisesti oli 4,5- kertainen ei-biologisten vanhempien perheen lapsilla verrattuna biologisten vanhempien perheeseen ja 4,2-kertainen, jos perhedynamiikka ei toiminut. Myös alhaiset emotionaaliset ja sosiaaliset arvot perheessä lisäsivät sairastumisriskiä. Yksinhuoltajaperheissä oli lapsilla psyykkisiä ongelmia 21 %:lla, uusperheiden lapsista 31 %:lla ja biologisessa ydinperheessä 13 %:lla. Yksinhuoltajaperheissä oli masennusta ja alakuloisuutta ja uusperheissä toverisuhteiden ja käyttäytymisen ongelmia. (Väänänen 2013)

Lefkowitzin mukaan (1984) jos isä jättää lapsensa eron yhteydessä eikä pidä heihin yhteyttä, muodostaa se riskin lapsen masennukselle vielä aikuisiän kynnyksellä. Myös isien ylihuolehtivaisuus ja heikko tunneilmaisu voivat olla riskitekijöinä lapsen masennukselle. Välittävinä tekijöinä ovat lapsen sukupuoli, vuorovaikutuksen laatu isien kanssa, lapsen kehitysvaihe, isän persoonallisuus, tapa toimia vanhempana, isän sairastumisikä ja ympäristötekijät.

2.3.1.7. Ongelmat parisuhteessa

Vanhempien masennuksen suora emotionaalinen ja kognitiivinen vaikutus lapseen näkyy mm. vihan purkauksina, ärtyisyytenä, vähentyneenä aktiviteettina, mielialan laskuna ja sosiaalisena vetäytymisenä. Masentunut vanhempi kommunikoi poikkeavasti lapsensa kanssa: puhetyyli on poikkeava, vastaamislatenssi on normaalia pidempi, se sisältää epäröintiä, hiljaisuutta, heikon katsekontaktin ja negatiivisen kuvan luomista itsestä. Koeolosuhteissa masentuneen kanssa keskustellessa 3-5 minuutin kuluttua terve vastapuoli alkoi tuntea itsensä ahdistuneeksi, huonotuuliseksi ja hyljeksiä masentunutta. Samoin käy vuorovaikutuksessa puolison ja lastenkin kanssa, josta seuraa lasten emotionaalinen epävarmuus ja turvattomuus. Lapsi altistuu paitsi vanhemman vähättelylle, myös masentuneen varmistuksen hakemiseen muilta ja negatiivisen palautteen vahvistumiselle itsestään. Kulttuuriset, historialliset ja etniset seikat vaikuttavat myös siihen miten lapset tulkitsevat vanhempiaan ja millaisen vasteen heidän käyttäytymisensä saa aikaan. Lyhytkestoinenkin vakava konflikti voi aiheuttaa pitkäkestoisia vaurioita. Perheen sanaton viestintä, positiivisten tunneilmausten puute, ratkaisemattomat konfliktit ja vihan käsittelemättömyys vaurioittavat lasta. Vanhempien pitäisi kyetä omaksumaan konstruktiivinen konfliktien käsittelytyyli destruktiivisen sijasta. Hyvin hallittu riita vahvistaa sosiaalista kompetenssia lisäten ennustettavuutta, stabiiliutta, positiivisuutta elämässä (lähellä SOCia) eikä siten haittaa lasta. (Solantaus 2010)

Lapset kokevat vanhempien väliset riidat uhkana heidän emotionaaliselle turvallisuudelleen, jos perheissä ei kyetä säätelemään tunnetiloja eikä ilmaisemaan niitä eikä myöskään ratkaisemaan ongelmia. Vanhemmat tulkitsevat negatiiviset tunteet musertaviksi, sietämättömiksi ja pelottaviksi eivätkä he kykene opettamaan lapsilleen miten käsitellä niitä. Masentuneet äidit estävät lapsiaan omaksumasta normaaleja tunteiden ilmaisutapoja häilymällä tunnistamattoman, selittelevän, kieltävän, vihjailevan ja rankaisevan suhtautumismallin välillä. Masentava elinympäristö aiheuttaa stressiä lapsille, josta seuraa emotionaalinen turvattomuus. (Solantaus 2010)

Vanhempien työstressillä on havaittu olevan samanlaisia vaikutuksia lapsiin ja nuoriin kuin heidän masennuksellaan ja se altistaa nuoret masennukselle. Vanhempien kesken syntyy tällöin myös enemmän konflikteja ja heidän välinen koheesionsa ja myös koherenssin tunteensa heikkenee, jolloin perheen toimivuus kärsii. Vanhempien sosioekonomisella asemalla, koulutuksella, ammatilla tai työmarkkina-asemalla ei ole yhteyttä nuoren masennukseen ainakaan sellaisissa maissa, joissa tuloerot eivät ole suuria, kuten Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Nuoren köyhyyskokemus voi kuitenkin vaikuttaa hänen tunne-elämäänsä ja käyttäytymiseensä. Köyhyys vaikuttaa myös

vanhempien mielialaan ja kasvatustyyleihin. Nuoren kannalta köyhyys on tekijä, johon hän ei voi itse vaikuttaa ja siksi se lamaannuttaa herkemmin. (Fröjd 2007)

Lama vaikutti vanhempien mielenterveyteen, parisuhteeseen ja vanhemmuuden laatuun Suomessa 1990-luvun alkupuolella. Em. tekijät toimivat mediaattoreina talouslaman ja lasten mielenterveydenhäiriöiden välillä. Lama sotki tavanomaiset perheen rutiinit kun toinen tai molemmat vanhemmat menettivät työnsä tai ainakin entisen suuruisen palkan eikä entisiin toimintoihin ei ollut enää varaa. (Solantaus 2004, Leinonen 2004)

Osoituksena mielenterveyden heikkenemisestä vanhemmilla oli unettomuutta, ahdistusta, psykosomaattisia oireita ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä varsinaisten masennusoireiden lisäksi. Päätöksentekokyky vaikeutui, itsetunto kärsi, fyysiset sairauden oireet lisääntyivät ja yleinen epäonnistumisen tunne valtasi vanhemmat. Masentunut vanhempi oli ärtyisä, kärsimätön, pystyi vähemmän pitämään huolta lapsistaan, näyttämään tunteitaan, tukemaan ja oli vihamielisempi puolisoaan kohtaan kuin terve. Vanhempien ristiriidat vuotivat yli lapsiin ja lasten ongelmat heijastuivat takaisin vanhempiin, olipa sitten kyse parisuhdeongelmasta tai ei. Myös vanhempien välillä tapahtui vastavuoroista reagointia toisen ongelmiin. Vanhempien energian puute teki heistä ärtyisiä, kontrolloivia ja rankaisevia lapsiaan kohtaan. Masentunut vanhempi ei pystynyt lapsilähtöiseen kasvatukseen. Pojat näyttivät reagoivan enemmän ulkoisesti ja työt sisäisesti vanhempien huonoon jaksamiseen vanhempina. Pelkän ydinperheen varassa olevat lapset olivat haavoittuvampia kuin ne, joilla oli esim. isovanhemmat tai muita sukulaisia apuna. Lama puri myös päivähoitoon ja kouluun ja sitä kautta laman vaikutukset lapsiin potentoituvat. Erityisen tärkeäksi selviytymiselle muodostuvat tukea antavat ja suojelevat yhteisölliset elementit silloin kun yhteiskunnan olosuhteet muuttuvat merkittävästi. (Solantaus 2004, Leinonen 2004)

Vanhempien käyttäytyminen on päämekanismi, jolla vanhempien psykopatologia, parisuhdeongelmat, suuret elämäntapahtumat, taloudelliset vaikeudet vaikuttavat lasten ja nuorten psykopatologiaan. Tilanteeseen liittyy myös monesti ruumiillista väkivaltaa. Ympäristö ja sosiaaliset suhteet säätelevät masennuksen oireilua. Masennus vanhemmilla luo mallia lapsen käytökselle. Miespuolisot joutuvat hillitsemään aggressioitaan, samoin lapset äidin ollessa masentunut. Lapset oppivat tietynlaisen vuorovaikutustavan (kognitiivisen tyylin) masentuneiden vanhempiensa kanssa. Autoritääristen vanhempien lapset eivät opi tehokkaita ongelmanratkaisukeinoja kun siihen ei ole mahdollisuutta, autonomiaa. Olisi luotettava lapseen eikä suojeltava häntä liikaa. Iän myötä voi kasvattaa lapsen valtaa, samalla itsetunto ja taidot lisääntyvät. Vanhempien vakavalla psyykkisellä sairaudella on vaikutusta perheen tunneilmapiiriin (EE, expressed emotion) ja se voi myötävaikuttaa myös lapsen sairauden puhkeamiseen ja uusiutumisherkkyyteen etenkin jos tunteita ilmaistaan negatiivisesti tai lapsen elinympäristö on virikeköyhä. Psykoedukaatio voi parantaa lapsen kykyä ymmärtää perheen kommunikaatiotapaa ja siten vähentää alttiutta sairastua itse. (Sheeber 2001)

Yli puolella psyykkisesti sairastuneiden lapsista on negatiivisia tunteita, masennusta ja ahdistusta sekä hyperaktiivisuutta, aggressiivisuutta ja käytöshäiriöitä. Koska masentuneiden ja ahdistuneiden lapsilla päihderiippuvuusriski on kolminkertainen normaaleihin vanhempiin verrattuna ja päihderiippuvaisten vanhempien lapsilla se on myös merkittävää, on lasten psyykkisen evaluaation liittäminen vanhempien hoitoon katsottu tarkoituksenmukaiseksi. Mekanismeina lasten sairastumiselle on esitetty geneettisiä tekijöitä, mutta myös jaettuun ympäristöön liittyviä, kuten altistumista avioeron tai köyhyyden aiheuttamille seurauksille. Sairauden sukupolvelta toiselle siirtymistä voidaan estää kognitiivisia, käyttäytymiseen liittyviä ja psykoedukaatiota sisältäviä menetelmiä käyttäen. (Siegenthaler 2012)

Psyykkinen sairaus voi aiheuttaa perheessä turvatonta kiintymistä, parisuhdeongelmia ja lapsen sitkeyden (resilienssi) heikkenemistä ja haavoittuvuuden lisääntymistä. Äidin masennus voi nostaa lapsen masennusriskiä, olipa hän sitten lapsen biologinen äiti tahi ei. Sairauden vaikutukset ovat

kaksisuuntaisia vanhemmista lapsiin ja lapsista vanhempiin. Psyykkisesti sairaiden lasten vanhemmilla oli myös enemmän masennusta, ahdistusta ja somatisointia kuin terveillä vanhemmilla. Interventiokeinoiksi on esitetty vanhemman oman sairauden hoidon oheen vanhemmuustaitojen ohjausta, pariterapiaa ja lasten voimavarojen lisäämistä resilienssiä parantamalla ja tietoa ja ymmärrystä lisäämällä vanhempien sairaudesta. Onnistunut interventio merkitsi 40 % riskin laskua lapsella sairastua itse psyykkisesti. Sisäiset oireet vähenivät n. 20 %:lla. Pelkästään vanhempiin kohdistuvat menetelmät olivat lähes yhtä tehokkaita kuin ne, joihin lapset ja nuoret osallistuivat itse. Pelkästään masentuneiden vanhempien lapsien NNT-luku oli 10 eli heihin kohdistuneet interventiotoimet olivat erityisen tehokkaita. Todennäköisesti huomion ja empatian saanti sinänsä interventiomenetelmästä riippumatta auttoi vanhempia ja lapsia, kuten on asian laita myös itse sairastuneisiin lapsiin ja aikuisiin kohdistuneissa psykoterapioissakin. (Siegenthaler 2012)

2.3.1.8. Isovanhempien rooli

Pikkulapsiperheessä etenkin isovanhemmat muodostavat tärkeän sosiaalisen tuen lähteen. Heiltä saatu henkinen ja tarvittaessa myös käytännöllinen ja taloudellinen apu koettiin tärkeänä. Suomessa -90-l. alkupuolella kuitenkin joka neljänneltä lapsiperheeltä puuttuivat isovanhemmat. Nuoremmilla vanhemmilla oli suuremmalla todennäköisyydellä tukea-antavat isovanhemmat kuin vanhemmilla vanhemmilla. (Juntunen 1997)

Silverstein (2006) pitää isovanhempien roolia merkittävänä varsinkin tilanteessa, jossa lapsen vanhemmilla on masennus. Isovanhemmat voivat lievittää sairauden aiheuttamia haittoja lastenlastensa elämässä, lisätä heidän hyvinvointiaan, kompensoida sairastuneen vanhemman puutteellista roolia ja vähentää siten lastenlasten sairastumisriskiään masennukseen.

Primääriperheen rakenne voi vaikuttaa lastenlasten mahdollisuuksiin pitää yhteyttä isovanhempiinsa joko vahvistaen tai heikentäen. Yksinhuoltajaperheen lapsilla saattaa olla yhteydet vain yksiin isovanhempiin kun taas uusperheen lapsilla voi olla useammat kuin kahdet isovanhemmat tukena. Traumaattiset erot isovanhemmista parisuhteen purkautuessa voivat aiheuttaa lastenlapsille pitkäkestoisen psyykkisen stressin. On myös mahdollista että masentunut lapsi välittää masennuksensa myös vanhempiinsa ja isovanhempiinsa (upstream transmission). Parhaimmillaan laajennettu perhe toimii adaptiivisena resurssina lapselle yhteiskunnan jäseneksi kasvamisessa. Heikoimmillaan taas masennus periytyy sukupolvesta toiseen, koska lapsille ei ole kiinnekohtaa terveeseen elämään ja kasvuympäristöön kotona. Ylisukupolvisesti välittyvinä mekanismeina kuvataan mallioppimista, vanhemmuustaitojen ja sosiaalisten taitojen periytymistä, geneettistä perimää sekä jaettua elinympäristöä sosioekonomisine vaikutteineen. Geenien ja ympäristön osuuden erottaminen toisistaan on vaikeaa, koska geenien vaikutusta erillään muusta on mahdotonta tutkia. Nykyaikana perheen ja suvun ulkopuoliset tahot voivat olla luultua suurempina vaikuttimina lasten ihmissuhdeverkostoissa. Vaikuttaminen on kaksisuuntaista dialogia ja myös aineellista resurssien siirtymistä ihmiseltä toiselle. (Silverstein 2006, Reiss 2008, Ytti 2016)

2.3.1.9. Nuoren masennus

25 % nuorista sairastuu masennukseen alle 18-vuotiaana. Nuoruusiässä puhjenneessa masennuksessa on todettu olevan jopa 70 % relapsiriski ja juuri ratkaisevina vuosina tapahtunut sairastuminen heijastuu pitkälle aikuisuuteen, koska osalla koulumenestys kärsii ja sosiaaliset suhteet jäävät jälkeen ikätasoisesta kehityksestä. Runsaan komorbiditeetin ansiosta mukaan tulee herkästi päihteiden väärinkäyttö, itsetuhoisuus, muita psyykkisiä oireita sekä somaattista sairastamista. (Martin 2011)

Sheeberin (2001) mukaan nuorista 20 % sairastaa ainakin yhden masennusepisodin ennen aikuisikää. Monet jäävät lisäksi vaille diagnoosia, vaikka potevat masennusta. Tuen puute, negatiivinen vuorovaikutus, positiivisen palautteen puute, pienet, jatkuvat stressitekijät vaikuttavat mm.

haavoittuvuuteen nuoruudessa. Vaikka nuoret viettävät yhä enemmän aikaa muualla kuin perheen parissa, on perheellä silti hyvin suuri ennustava vaikutus oireiden kehittymiseen. Masennus on käänteisessä suhteessa kiintymyssuhteeseen, tukeen ja hyväksymiseen perheen taholta. Masentuneiden vanhemmilla oli verrokkeja enemmän negatiivisuutta ja vähemmän palkitsevaa, vuorovaikutteisuutta ja tukea antavaa keskusteluapua. Masentuneiden perheissä oli enemmän vihamielisyyttä, kovaa kuria ja konflikteja. Perheen vuorovaikutus voi vaikuttaa nuoren tilanteeseen sekä ennen masennusta että sen jälkeen. Prospektiivisissa tutkimuksia voidaan seurata kumpi seuraa kumpaa. Jonkin asian syy-seuraussuhde masennukseen ei tarkoita kuitenkaan sen poissaolon päinvastaista vaikutusta automaattisesti.

Perhe jakaa masennuksen seuraukset masentuneen kanssa. Masentuneen vanhemman lapsen masennusriski on 40 % luokkaa aikuisikään mennessä. Masennukseen sairastumista lapsella edeltää usein tarkkaavaisuus- tai käytöshäiriö, ahdistuneisuus tai oppimishäiriöt. Ne ilmaantuvat usein jo heti koulun alussa ja johtavat yhä paheneviin ongelmiin ellei niihin puututa jo kouluaikana. Uhkana on lopulta nuoren syrjäytyminen sosiaalisista suhteista, koulutuksesta ja työelämästä päätyen pitkäaikaistyöttömäksi ilman ammattikoulutusta ja usein myös ajautuminen päihdeongelmiin ja rikollisuuden pariin. Kouluaikana sekä koulukiusaajat että –kiusatut ovat usein mielenterveyden suhteen riskiryhmiin kuuluvia. (Karlsson 2005, Räsänen 1999)

Lapsena ja nuorena alkanut jopa subkliininenkin depressio voi johtaa merkittävään psykososiaaliseen toimintahäiriöön ja altistaa elinikäiseen masennukseen sairastumiseen. Lapsena ja nuorena sairastettu masennus voi liittyä sekä lapsuudenperheeseen että häiriöihin toverisuhteissa. Haastavissa perheissä on monesti huomattavaa psykopatologiaa, konflikteja ja heikko koheesio. Vanhemmat ovat kontrolloivia ja dominoivia, vahvistavat masentunutta käytöstä, heiltä puuttuu emotionaalista sitoutumista. Äiti-lapsi- suhteesta puuttuu ongelmanratkaisukykyä, suhde on kriittinen ja negatiivinen molemmin puolin. Masennukseen taipuvaiset lapset eristäytyvät, eivät kykene ratkaisemaan ihmissuhdepulmiaan, viettävät paljon aikaa yksin, tuntevat itsensä epävarmoiksi vertaissuhteissaan, osoittavat huonoa tunteidensäätelykykyä ja huonoa neuvottelukykyä konflikteissa. Käytös ei ole adaptiivista ja heidän kaverinsa käyttäytyvät myös negatiivisesti ja hyljeksivät heitä. Nuorilla on vastaavasti turvattomat kiintymyssuhteet, he ajattelevat perheestään negatiivisesti, suhde vanhempiin on problemaattinen, se sisältää vähän ystävyyttä ja sitoutumista. Nuorena masentuminen lisää aikaisen parisuhteen muodostumisriskiä ja heikkoa menestystä siinä. Heikon parisuhteen takana on usein jo pitkä sarja negatiivisia asioita. (Davila 2001)

Luoman (2002) kuvauksen mukaan nuoruusiällä itsenäistyminen voi viivästyä äidin/vanhempien masennuksen seurauksena. Erityisesti tytöt pyrkivät ottamaan perheessä äidin roolia, jos oma äiti on sairastunut masennukseen, pojat taas kärsivät käytöshäiriöistä ja kognitiivisista puutteista.

Monesti perheessä vallitseva vuorovaikutustyyppi on luonteeltaan melko pysyvä. Tutkimuksissa on osoitettu myöskin että nuoren käsitys perheympäristöstään on melko stabiili riippumatta elämäntapahtumista. Vanhempi-lapsi- suhteeseen ja perheen tunneilmastoon kuuluu mm. äidin kurinpito, isäsuhteen laatu ja tunteiden ilmaisukyky. Äitien masennus ja heikko sosiaalinen tuki stressaavat tyttöjä enemmän kuin poikia. Tytöt myös hyötyvät enemmän sosiaalisesta tuesta hoitosuhteessa. (Sheeber 2001)

Nuoret oppivat tunteiden käsittely- ja säätelytaitoja omasta suhteestaan vanhempiensa kanssa. Äidin minimoiva ja rankaiseva suhtautuminen kielteisiin ärsykkeisiin ennakoi lapsella välttämiskäyttäytymistä, joka puolestaan vaikuttaa myös masennuksesta toipumiseen. Kun lapsi tai nuori elää masentuneen vanhemman kanssa, on merkityksellistä se, miten nopeasti hän pystyy palauttamaan positiivisen mielenvireen sairaan vanhemman kanssa tapahtuneen negatiivisen vuorovaikutuksen jälkeen. Negatiiviset tapahtumat vaikuttavat additiivisesti ja kumulatiivisesti. Jos ympäristössä on tasapainottavia tekijöitä riittävästi, stressi- tuki suhde kohenee. Kodista

irrottautumisvaiheessa nuorille pitäisi löytyä korvaava tai korvaavia yhteisöjä lievittämään ahdistusta ja yksinäisyyttä ja tukemaan aikuisen identiteetin rakentumista (Nurmela 2011). (Sheeber 2001)

Marttusen artikkelissa (1996) kuvataan nuoren ja aikuisen masennuksen eroja, jotka voivat vaikeuttaa masennuksen tunnistamista nuorilla. Nuoren vakava masennus voi johtaa koulun ja opiskelun keskeytymiseen, vieraantumiseen omasta perheestä ja entisestä sosiaalisesta yhteisöstä. Tytöillä voi korostua seksuaalisten kokemusten etsiminen. Molemmilla sukupuolilla päihteiden käyttö yleistyy (noin neljäsosalla) samanaikaisesti mielenterveyden häiriöiden kanssa, tytöillä tavallisimmin masennus edeltää päihteiden käyttöä, pojilla taasen päinvastoin, kuten aikuisikäisilläkin. Ahdistuneisuus ja käytöshäiriöt nuorilla ovat tavallisimpia (30-80 %:lla) komorbiditeetteja masennuksen kanssa. Koska nuoren oma kyky tunnistaa ja kuvata oireitaan ei ole useinkaan riittävä, pitäisi anamnestisia tietoja kerätä perheenjäseniltä, opettajilta sekä tovereilta. Interventiokeinotkin pitäisi olla hyvin toiminnallisia, kognitiiviseen tai interpersonaaliseen teoriaan tukeutuvia siten (Marttunen 2015).

Lasten masennukseen sairastuminen on aikaistunut mahdollisesti varhaistuneesta puberteetista johtuen (Karlsson 2005). Nuoruusikä on pidentynyt sosiaalisesti ja lapsuus lyhentynyt. Perheen vaikutus ulottuu entistä pidemmälle aikuistuvan nuoren elämässä, vaikka näennäisesti onkin itsenäistytty ja muutettu pois kotoa (Fröjd 2007). On nähtävissä jopa aikuisuuden eräänlaista katoamista ikuisen nuoruuden ihannoinnin kustannuksella.

Solantaus kumppaneineen on (2010) on myös pohtinut ratkaisua mielenterveysongelmien ylisukupolviseen jatkumiseen. Vanhempien sairastuessa vakavasti niin somaattisesti kuin psyykkisesti lasten tilanteen puheeksi otto on lapsen kannalta tarpeen. Tieto vanhemman sairauden luonteesta ja vaikutuksesta hänen kykyynsä toimia vanhempana auttaa lasta sopeutumaan tilanteeseen ja välttämään siten riskit psyykkisten oireiden kehittymiselle ja ottamaan käyttöön lasta suojaavia tekijöitä esim. kodin ulkopuolelta. Lapsen tarpeet tulisi tuoda esiin, vaikka vanhempien voimavarat menevät omasta sairaudesta ja yleisistä arkirutiineista selviytymiseen. 2010 vuoden alusta on terveydenhuoltolaissa (8.luku § 70) edellytetty lasten huomiointia aikuisia hoitavissa palveluissa.

2.3.2. Aikuisiän parisuhde, perhe, läheisverkostot ja masennus

2.3.2.1. Parisuhde

Millerin artikkelissa (2000) arvioitiin masentuneen tunnollisuudella, vähäisellä persoonallisuuden patologialla ja vähäisemmällä terveen puolison psykososiaalisella stressillä olevan suotuisa vaikutus perheen toimivuuteen (seksuaalinen- ja tunnevuorovaikutus). Toimimattomissa perheissä toisen vanhemman neuroottisuus oli altistava tekijä. Se korreloi eroihin, epätyydyttävään parisuhteeseen ja heikkoon sopeutumiseen parisuhteessa elämiseen eli muodosti riskin perheen epäsovulle ja eroamisherkkyydelle. Mitä kauemmin perheessä oli vanhemmalla ollut masennus, sitä suurempi riski eroon oli. Vuorovaikutuksen häiriöt olivat kuitenkin suurempi riski parisuhteelle kuin masennus sinänsä. Terveiden puolisoiden sairastumisriski oli korkea, 30 %:lla oli jonkinlaisia psyykkisiä oireita, joka vaikuttaa edelleen perheen toimivuuteen. Eroriski kasvaa entisestään kun ei ole tervettä suojapuskuria konfliktitilanteissa. Alun perinkin saattaa olla että masennukseen taipuvainen tietyn tyyppinen persoonallisuus etsii samanlaisen puolison ja molempien sairastumisriski kasvaa sen vuoksi. Vuorovaikutuksen häiriintyminen näkyy perheenjäsenten roolien hämärtymisenä tai muuttumisena, kommunikaatiotapojen muutoksena ja tunneilmapiirin heikkenemisenä, jotka lisäävät koettua stressiä sekä vanhemmilla että lapsilla. Nämä riskiperheet tarvitsisivat ylimääräistä tukea.

Tunneilmapiirillä perheessä on havaittu olevan selkeä vaikutus sekä somaattisten että psyykkisten sairauksien syntyyn. Yleinen vihamielisyys ja kriittiset kommentit ja kietoutunut ilmapiiri ovat

esimerkkejä negatiivisesta tunneilmapiiristä ja lämpö ja positiiviset huomiot esimerkkeinä positiivisesta tunneilmapiiristä (expressed emotion, EE). Epäsuotuisa tunneilmapiiri vaikuttaa pitkäkestoisesti autonomiseen hermostoon yliaktivoimalla sitä. Liika kriittisyys ja kietoutuneisuus heikentävät psyykkistä autonomiaa ja itsetuntoa ja voivat lamata toimintakykyä. Jos tähän liittyy vielä vanhempien välinen kommunikaatiohäiriö, kasvaa lasten riski sairastua psyykkisesti entisestään. Ilmiön tutkiminen vaatii subjektiivisiin kokemuksiin ja niiden yksilöllisiin merkityksiin perehtymistä. Tunneilmapiirin kartoitus ja siihen vaikuttaminen auttaa myös muita perheenjäseniä, mikäli he osallistuvat hoitoon. (Heikkilä 2006)

Terveen puolison coping-keinot joutuvat koetukselle kun vastuu perheen taloudellisesta tilanteesta ja lapsista jää hänelle. Nämä voivat muodostaa stressitekijän, joka johtaa myös hänen sairastumiseensa. Terveet puolisot kuormittuvat henkisesti ja kokevat voimakkaita turhautumisen, vihan ja katkeruuden tunteita masentunutta puolisoaan kohtaan. Tilannetta pahentaa vielä se että perheet eristäytyvät ja joutuvat sosiaalisesti rajoittamaan elämäänsä sairauden vuoksi. Perheen ulkopuolelta saama tuki siten heikkenee ja parisuhde kuormittuu entisestään. (Spangenberg 1999)

Whismanin (2000) mukaan huono parisuhde aiheuttaa psyykkisiä ongelmia fysiologisten, kognitiivisten, interpersonaalisten, käyttäytymiseen liittyvien muutosten sekä stressikokemusten kautta. Epäsuotuisien vaikutusten negatiivinen rooli skitsofreniapotilaille todettiin yhtä voimakkaaksi kuin vaste psyykenlääkkeille päinvastaisessa tapauksessa. Masennuksessa ja ahdistuksessa negatiivisten ilmaisujen haitallinen vaikutus on vielä voimakkaampi. Myös perheenjäsenten kietoutuneisuudella voi olla merkittävä rooli. Äidin liika kietoutuneisuus on ollut yhteydessä lapsien depressioon.

Fincham (1993) selvitti parisuhteen ja masennuksen yhteyttä. Oletuksena oli että masentuneet näkevät itsensä syynä parisuhdeongelmiin, riitaiset pariskunnat toisensa. Se vaikuttaa oletetun aiheuttajan käyttäytymiseen sitä huonontavasti. Jos tilanne nähtäisiin ensisijaisesti molemmista riippuvaisena tilanteena, he voisivat miettiä miten voisivat muuttaa käyttäytymistään. Masennus ja ongelmat parisuhteessa ovat vastavuoroisia toistensa kanssa. Itsetunto vahvistuu tai heikkenee riippuen parisuhteen laadusta. Heikko itsetunto johtaa usein masennukseen tai on masennuksen yksi oire. Sukupuolilla on eroa. Naiset ovat itsekriittisempiä, mutta myös herkempiä reagoimaan parisuhteen ongelmille ja arvostavat läheisiä suhteita enemmän kuin miehet. He kokevat puolisoitaan useammin tyytymättömyyttä parisuhteeseen. Parisuhdeongelmilla on taipumus kumuloitua ajan kuluessa ja ne ovat usein pitkäkestoisia ja masennus komplisoi tilannetta entisestään.

Masennuksen relapsin suurimpia riskitekijöitä ovat Millerin (2000) mukaan huono parisuhde, masentuneen huono käsitys puolisostaan ja heikentynyt tunneilmaisu. Sen lisäksi perheen toimivuuden kannalta on merkitystä, miten ongelmia ratkaistaan perheessä, miten huoltotoimet (ravinto, vaatetus, turvallisuus) järjestetään, miten henkinen tuki ja hoiva toimivat, miten elämisen taidot ovat kehittyneet, kuka johtaa ja päättää perheessä, ja miten käyttäytymistä kontrolloidaan. Aina eivät potilaat ja heidän perheensä edes itse tunnista käsillä olevan tilanteen syntyyn johtaneita tekijöitä.

Puolison hyvät coping-keinot taasen parantavat masentuneen toipumismahdollisuuksia ja estävät tai ainakin rajoittavat hänen masennustaan. Terveen puolison ahdistus tilanteessa heikentää hänen kykyään tukea sairastunutta puolisoaan. Masentuneen torjunta ja riittämättömyyden tunteet tilanteiden käsittelyssä johtavat masentuneisuuden tunteisiin ennestään terveillä puolisoilla. Hankalien asioiden ja tunteiden käsittelyn välttäminen perheessä johtaa taas parisuhteen laadun heikkenemiseen. Puolisot tarvitsevat terapeuttista tukea ja harjoitusta tehokkaiden selviytymiskeinojen oppimiseksi, samoin kuin masentuneetkin. Parhaiksi ovat osoittautuneet

kognitiivis-behavioraaliset selviytymiskeinot, jotka auttavat aktiivisesti hallitsemaan ja rajaamaan emotionaalisia ja käytännön ongelmia. (Spangenberg 1999)

Gotlibin mukaan (1989) epäsuotuisa parisuhde edelsi masennukseen sairastumista. Jos parisuhde ei elpynyt masennuksen hellittäessä, enteili se masennuksen relapsia. Luottamuksellisen ja intiimin suhteen puuttuminen parisuhteesta lisää yksilön haavoittuvuutta ja altistaa masennukselle. Terveen puolison käyttäytymisestä johtuu paljolti, tukeeko vai pahentaako suhde jo syntynyttä masennusta. Kriittinen suhtautuminen puolisoon ja vihamielisyyden ilmaukset ennustivat masennuksen uusiutumista jo masentuneilla. Stressitekijöiden pakeneminen ja välttely, vastakkainasettelu ja moitteiden hyväksyminen liittyivät tunneperäiseen stressiin, joka kuormitti parisuhdetta.

Herr (2007) totesi että naisilla yhteys masennuksen ja heikon parisuhteen välillä oli voimakkaampi kuin miehillä. Naisilla masennus sekä heikentää parisuhteen laatua että heikko parisuhde masentaa. Miehillä masennus heikentää parisuhdetta, mutta ei päinvastoin ainakaan yhtä lyhyellä viiveellä kuin naisilla. Mitä vakavampi masennus on, sitä suuremmat ongelmat ovat parisuhteessa. Sen vaikutusta puolison parisuhteen laatuun ei ole huomioitu tarpeeksi. Masennus heikentää myös vanhemmuustaitoja. Nykyinen yksilöllinen hoito ei riitä kenties tukemaan masentuneen parisuhdetta eikä turvaamaan lasten selviytymistä masentuneiden perheissä. Psykososiaaliset ongelmat jatkuvat usein perheissä ja lähisuhteissa, vaikka kliininen masennus olisi remissiossa. Sosiaalisten suhteiden toimimattomuus muodostaa uhkan taudin relapsille. Nuorena sairastettu depressio ennustaa huonoa parisuhdetta jopa kuuden vuoden päähän eteenpäin.

Aiemmin havaittiin (Whisman 2001) että parisuhteen ongelmista seurasi masennusta miehille, naisilla päinvastoin eli masennuksesta seurasi ongelmia parisuhteessa. Toisessa tutkimuksessa (Dehle ja Weiss) niin kävi molemmille sukupuolille. Tutkimukset tehtiin vastanaimisiin menneille pareille, jolloin parisuhteen vaikutus voitiin nähdä selkeämmin. Parisuhteen ongelmat olivat osoittautuneet monissa tutkimuksissa pahimmiksi elämän stressitekijöiksi. Pidempään naimissa olleet raportoivat retrospektiivisesti parisuhteen ongelmat selkeinä masennusta edeltävinä tekijöinä. Asiaa on selvitetty myös prospektiivisilla tutkimuksilla. Noin 30 %:ssa masennuksen takana ilmaistiin olevan epätyydyttävän parisuhteen. Toisaalta puolison käsitys suhteen laadusta ennusti jopa paremmin masennuksesta toipumista kuin masentuneen itsensä käsitys.

Masennus ja perhe vaikuttavat myös toinen toisiinsa prosessinomaisesti. Huonossa parisuhteessa elävällä on vähemmän sosiaalista tukea, koheesio heikkenee, kielteisten tunteiden ilmaisu vaikeutuu, copingiin ei tule apua, itsetunto heikkenee, terve riippuvuus ja intiimiys heikkenee, stressitaso yleisesti nousee ja yleinen vihamielisyys lisääntyy. Masentuneen läheiset yrittävät vältellä kielteisiä ilmauksia masentuneelle, mutta asiassa käy useimmiten päinvastoin, masentunut vaistoaa sen ja masentuu siitä lisää. Masennukselle altistaa tietynlaiset persoonallisuustyypit, kuten riippuvaiset persoonat ja ne, jotka ovat herkkiä vuorovaikutuksen ongelmille. (Whisman 2001)

Useimmat tutkimukset masennuspotilaista ovat uusiutuneilla tehtyjä, joten sillä on vaikutuksensa myös tuloksiin. Toistuva stressi vaikuttaa aivo-orgaanisesti niin että haavoittuvuus lisääntyy ja masennus laukeaa pienemmästäkin ärsykkeestä ajan kuluessa. Näin ollen pienempikin parisuhdeongelma voi laukaista masennuksen uusiutumisen. (Whisman 2001)

Naiset ovat neuroottisempia kuin miehet, riski sairastua on tämän vuoksi n. kaksinkertainen. Davilan (2001) mukaan epäsuotuisa parisuhde ja ero kumpikin lisäävät masennusriskiä kymmenkertaiseksi kun perimä on huomioitu. Väitetään että masentuneet käyttäytyvät tavalla, joka laittaa muut hyljeksimään heitä. Masentuneet käyttäytyvät ja ajattelevat masentavasti puolisoaan kohtaan, eivätkä pysty tukemaan terveempää puolisoaan eikä ottamaan tukea vastaan häneltä. Masentuneet oireilevat somaattisesti, mustamaalaavat itseään ja valittavat, aikaansaavat konflikteja, vihamielisyyttä ja

kritiikkiä ympärilleen. He pystyvät ratkaisemaan huonosti ongelmiaan, säätelemään huonosti tunteitaan ja pitävät yllä negatiivista keskustelua. He ikään kuin luovat itselleen masennukselle otolliset olosuhteet reagoimalla stressiin tietyllä tavalla. Masennus tässä mielessä on sekä huonon parisuhteen syy että seuraus. Masentunut ei kykene etsimään eikä ylläpitämään sosiaalista tukea parisuhteessa ja se johtaa siten noidankehään. Adaptiiviset korjausmekanismit eivät toimi.

Myös sairastuneen puolison tukeminen on vaikeaa joskus, koska kyseessä on emotionaalisesti läheinen ihminen. Sopivan etäisyyden löytäminen sairastuneeseen ja hänen sairauteensa vie aikaa. (Miller 2000)

Taustalla on usein kiintymyssuhteen ongelmat lapsuudessa sekä persoonallisuushäiriö (30-70 %:lla), jotka johtavat ihmissuhdehäiriöihin, sosiaalisen tuen puutteeseen, lisäävät stressiä ja heikentävät sosiaalista sopeutumista, heikentävät vastetta hoitoon ja lisäävät relapsiriskiä. Relapsia ennustivat dysfunktionaaliset suhtautumistavat, aiempi masennus, dystymia, depression vakavuus ja jäljellejääneet residuaalioireet. Persoonallisuushäiriöistä epävakaa, narsistinen, antisosiaalinen, teatraalinen ja välttelevä, riippuvainen ja pakko-oireinen lisäsivät relapsiriskiä eniten. Ne johtavat masennukseen usein jo aikaisessa elämänvaiheessa. (Davila 2001)

Moos (1998a,b) toteaa että hyvät perhesuhteet korreloivat myös perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden määrään. Paremmin koulutetuilla oli vähemmän parisuhderistiriitoja, heillä oli enemmän riippumattomuutta toisistaan ja vähemmän masennusta. Naisilla oli enemmän luotettavia ja auttavia ystäviä ja enemmän tukea työyhteisössä. Vähempi riippuvuus puolisosta tekee mahdolliseksi suojautua perheenjäsenten kritiikiltä ja viettää aikaa kodin ulkopuolella työssä tai ystävien tai vertaisten kanssa. Iän myötä perheristiriidat vähenivät, mutta masennus ei. Lopulta 10 vuoden seurannassa sosiaalisen tuen määrä ennen sairastumista korreloi masennuksen ennusteeseen, mutta masennus ei muuttanut sosiaalisia suhteita pitkällä aikavälillä. Tuore masennus vähensi perheen avointa ristiriitojen ilmaisua tarkoituksena suojella masentunutta konflikteilta. Holahanin (1991) mukaan perheen tuki vähensi sairatumisriskiä 4 vuoden seurannassa olipa sitten kyse uudesta tai uusiutuvasta masennuksesta.

Parisuhteessa olevilla on neljänlaisia kiintymyssuhdetyyppejä: turvallinen, löyhä, riippuvainen ja pelokas. Riippuvaiset ja pakko-oireiset persoonallisuudet ovat taipuvaisia masennukseen, stressiin, koska tarvitsevat paljon huomiota ja ihmissuhteita. Heillä on korkea emotionaalinen ja interpersonaalinen riippuvuus, herkkyys hylätyksitulemisen pelolle ja pelko mitätöimisestä. He vaativat uudelleenvakuuttelua persoonallisuutensa arvosta, joka luo stressiä ihmissuhteisiin ja voi olla tapa, jolla masentuneet luovat stressiä ympärilleen, kun eivät koskaan vakuutu arvostaan täysin. Persoonallisuus ja kiintymyssuhteen laatu pitävät siten yllä haavoittuvuutta ihmissuhteissa. (Davila 2001)

Vanhempien käsitys itsestään vaikuttaa heidän parisuhteeseensa, työskentelytapoihinsa, tapaansa tulkita asioita ja käyttäytyä parisuhteessa. Vanhempien negatiivisille tunteille altistuminen lisää lasten huolta vanhemmista. He haluavat säännöstellä, vähentää tai lopettaa negatiiviset tunnetilat vanhemmiltaan puuttumalla asioihin. (Davila 2001)

Oma käsitys itsestä toteuttaa itseänsä ajan myötä (self-verification theory). Ihmiset uskovat, muistavat ja lisäävät sellaisia positiivisia ja negatiivisia asioita, joihin itse uskovat, olivat ne sitten totta tahi ei. Käsitys itsestä pyritään pitämään eheänä, jotta voisi pitää yllä turvallisuutta, ennustettavuutta ja kontrollia itsensä suhteen sosiaalisissa tilanteissa. Muutosta uskalletaan yrittää vain silloin kun epäonnistumisen riski on pieni. Positiivista palautetta on vaikea ottaa vastaan, jos käsitys itsestä kovin negatiivinen. (Katz 2001)

Parisuhteessa partneriksi valitaan sellainen, joka näkee toisessa itsensä kaltaisia piirteitä. Positiiviseksi idealisoituna toisen näkeminen tekee parisuhteen onnelliseksi. Jatkuva negatiivinen palaute saa tuntemaan puolison hylätyksi ja aliarvioiduksi. Negatiivinen palaute heikentää yksilön kykyä hallita ja ennustaa ympäristönsä tapahtumia. Kielteinen palaute lisää masentuneen stressiä ja aiheuttaa edelleen sosiaalisen toiminnan häiriöitä. Masentuneen hyljeksintä lisääntyy, kun masentunut tarrautuu terveempään puolisoon, joka ahdistuu siitä lisää ja suhtautuu puolisoonsa negatiivisesti. (Davila 2001, Katz 2001)

Myös ystävyyssuhteissa hakeudutaan kaltaistensa seuraan. Negatiivisesti itsestään ajattelevat antavat myös toiselle herkästi negatiivista palautetta ja ovat haavoittuvia toisen kritiikkiä kohtaan. Masentuneena on vaikea ottaa asiallisesti vastaan enempää positiivista kuin negatiivistakaan palautetta ja on usein tyytymätön kaikkeen, joka lisää negatiivisuutta perheen tunneilmapiirissä. Puolison värvääminen mukaan muutosprosessiin on tärkeää. Hän saattaa pystyä tunnistamaan toipumisen esteitä, joita masentunut ei itse tuo esiin, kuten välttelyä ja etäisyydenottoa. Puoliso voi auttaa positiivisen palautteen vastaanottamisessa masentunutta ja myös tietoisesti antaa sitä. Myös ympäristön turvallisuus ja ennustettavuus vaikuttaa miten palautetta otetaan vastaan. Negatiivinen odotettu palaute vahvistaa suhteen vakautta, joka on yksi selitys esim. väkivallan jatkumiselle suhteessa. Masentuneilta puuttuu valheellisen positiivinen kuva itsestään, joka toimisi puskurina negatiivista palautetta vastaan. (Davila 2001)

Birtchnell (1991) arvioi masennuksen ja riippuvuuden välistä suhdetta parisuhteessa elävillä joko niin että riippuvuus altistaa masennukselle tai että masennus aiheuttaa riippuvuutta. Molempiin suuntiin tapahtuvista muutoksista on näyttöä tutkimuksissa. Riippuvuus käsitetään joko horisontaalisena tunnesuhteena, jolloin on kysymys enemmänkin parisuhteessa sitoutumisen asteesta kun taas vertikaalisessa riippuvuudessa masentunut on heikommassa valta-asemassa terveempään puolisoonsa nähden. Tilanne muistuttaa parisuhteen epätasapainoa, jossa mies dominoi liitossa ja nainen on riippuvainen miehestä. Negatiivinen moodi (käsitystapa) toisesta vahvistaa negatiivista riippuvuutta. Toipuminen muuttaa riippuvuussuhdetta.

Tutkittaessa miesten ja naisten käsityseroja itsestään ja toisistaan parisuhteessa havaittiin että naisten käsitys itsestään korreloi hyvin miesten käsityksen kanssa heistä, mutta miesten käsitykset itsestään poikkesivat naisten käsityksestä heistä. Päätelmänä oli että joko miehet kieltävät itsessään olevia puutteita tai sitten naiset projisoivat oman pahan olonsa miehiin ja näkevät heidät huonompina kuin he oikeastaan ovat. Kyseessä olisi eräänlainen sosiaalinen kilpailu puolisoiden kesken, jonka masentunut häviää. Korjausehdotuksena oli luoda naiselle tyydytystä antavia suhteita kodin ulkopuolelle, jolloin riippuvuus vähenee ja käsitys itsestä paranee, jolloin myös parisuhde korjaantuu ja masennusalttius vähenee. (Birtchnell 1991)

Heene (2005) kumppaneineen tutki mekanismia, jolla depressiiviset oireet ja epätyydyttävä parisuhde liittyvät toisiinsa. Parisuhteessa elävien naisten ja miesten vastaukset poikkesivat jonkin verran toisistaan. Miehillä välittävinä tekijöinä (mediaattorit) toimivat kommunikoinnin laatu, syy-seuraussuhteiden tulkintaan ja vastuisiin liittyvät kysymykset. Naisilla vastaavasti läheisyyden-etäisyyden säätely (demand-withdrawal), syy-seuraussuhteiden arviointi (causal attributions), kiintymyssuhteen laatu (turvallinen/ambivalentti, välttelevä/läheinen) toimivat mediaattoreina. Kiintymyssuhteen epävakaus on tunnusomaista masentuneelle. Suhtautuminen puolisoon vaihtelee vihamielisen ja riippuvuushakuisen välillä. Pelätään toisaalta läheisyyttä ja vältellään sitä, toisaalta toivotaan läheisyyttä ja turvallisuutta. Miehille tavallisinta oli vetäytyminen konfliktitilanteissa, naisille vaatimusten esittäminen. Kiintymyssuhteen ylläpito liittynee naissukupuoleen ja siksi naiset ovat alttiimpia myös siinä tapahtuville konflikteille.

Masentuneet ilmaisevat Heenen (2005) mukaan ristiriitatilanteissa mielipiteitään vähemmän konkreettisella tavalla, kykenevät heikommin ongelmien ratkaisuun johtavaan kommunikaatioon ja käyttävät negatiivisempaa ilmaisutyyliä (nalkuttavat, pitävät mykkäkoulua, valittavat kaikesta) ja syyttelevämpää kommunikaatiota kuin terveet. Masentuneilla on taipumus myös syyttää itseään sellaisistakin asioista, joiden kanssa eivät ole olleet edes tekemisissä. Kognitiiviset vääristymät ja heikko itsetunto johtavat asioiden negatiiviseen kokemiseen ja vaikeuttavat asioiden oikeaa tulkintaa.

Pidempikestoisessa suhteessa ja iäkkäillä avioriidat eivät olleet yhtä vakavia eivätkä johtaneet yhtä vakaviin seurauksiin kuin nuorilla pareilla. Masennus ja huono parisuhde ovat kaksisuuntaisesti toisiaan ruokkivia asioita. Yksilöllisistä tekijöistä itsetunto, neuroottisuus, tyytyväisyys itseen ja sairauden oireet voivat toimia moderaattoreina. Pitkissä suhteissa elävät ovat alttiita masennukselle, mikäli parisuhteessa ilmenee ongelmia, koska heillä tunnesuhde puolisoon on voimakkaampi kuin lyhytkestoisessa suhteessa olevilla. On pidetty parempana suhteen kannalta että vihamielisetkin tunteet puolisoa kohtaan ilmaistaan kuin että kommunikaatio loppuu kokonaan. Kyseessä oli depression synnyn kuvaaminen interaktionaalisen mallin avulla. (Kouros 2008)

2.3.2.2. Perhe

Perheeseen liittyvät stressitekijät ja menetykset koetaan voimakkaimpina kuormitustekijöinä elämässä. Puolison tai lapsen kuolema ja avioero ovat niistä vaikeimpia (Rahe 2002). Myös terveyden menetys ja taloudelliset menetykset koetaan vahvasti perheiden sisällä, vaikka niiden alkuperä olisikin muualla. Perheiden sisäiset ristiriidat (esim. parisuhdevaikeudet, sisarkateus) ja lähisuhdeväkivalta vaikuttavat lapsen kehitykseen erityisen voimakkaasti. Perheellä on tarjottavana myös voimavaroja tasoittamaan stressitekijöiden ja vaikeiden elämänkokemusten aiheuttamia haittoja, kuten mm. tietopääoma, perheenjäsenten omat selviytymisstrategiat, yhteiset arvot, hyvä itsetunto, luottamus, energiavarat, motivaatiotekijät, uskonnollinen tuki sekä hallinnan ja pystyvyyden tunne. (Juntunen 2005)

Mitchellin arvion mukaan (1983) stressitason määrä perheissä riippui suoraan saatavilla olevan tuen määrästä. Stressaavilla tekijöillä ja tapahtumilla oli sekä suora että epäsuora vaikutus masennusalttiuteen. Epäsuorat vaikutukset välittyivät heikentyneiden coping-keinojen ja vähäisemmän sosiaalisen tuen kautta. Puolison kokemat negatiiviset elämäntapahtumat ja stressitekijät heikensivät perheen ilmapiirin laatua, mutta eivät selkeästi suoraan masentuneiden tilaa. Masentuneet sekä kokivat että heillä oli enemmän negatiivisia tapahtumia ja vähemmän käytettävissä olevia selviytymiskeinoja ja perheen tukea kuin terveillä. He myös liioittelivat arvioidessaan stressin määrää ja vähättelivät saamansa tuen määrää.

Masentuneille sairaus aiheuttaa negatiivisia elämäntapahtumia ja vieraannuttaa tukea antavista elementeistä. Samat tekijät saattavat stressata molempia puolisoita yhtä aikaa. Toisiin stressitekijöihin sosiaalinen tuki auttoi enemmän kuin toisiin, kuten eläkkeelle jäämisen ja leskeytymisen aiheuttamiin muutoksiin. Vakavaan sairauteen sosiaalisella tuella ei ollut suurta merkitystä. Ympäröivä sosiaalinen verkosto, kuten työtoverit, voivat vaikuttaa työstressistä selviytymiseen. Mikäli masennukseen sairastuneella on alun perin hyvä sosiaalinen verkosto, se säilyy jopa 10 vuoden seurannan aikana edelleen sairastumisesta huolimatta (Moos 1998a,b). (Mitchell 1983)

Coping-strategioiden laatu pariskunnilla vaikutti koetun stressin tasoon. Terveet puolisot kykenivät käyttämään tehokkaampia coping-keinoja, kuten ongelman ratkaisua (problem-focused coping). Terveet verrokit kykenivät käyttämään edelleen enemmän ongelmanratkaisuun keskittyneitä coping-keinoja kuin masentuneiden puolisot. Masennuksen diagnosoiminen loi oireille kasvot ja stabiloi parisuhdetta ja lievitti terveen puolison emotionaalista stressiä. Oireiden vakavuus masentuneella

riippui paljolti terveen puolison kokeman stressin määrästä ja hänen coping-keinoistaan. (Mitchell 1983)

Naisille erityisesti tärkeä puskuri stressiä vastaan oli luotettava, läheinen tunneside puolisoon. Erotilanteen jälkeen molemmat puolisot menettävät tuen saamisen mahdollisuuden. Masentuneiden puolisot kärsivät useammin masennuksesta kuin terveet verrokit ja heillä oli myös enemmän somaattisia oireita ja vähemmän sosiaalista tukea perheeltä. Masentuneisiin verrattuina heillä oli kuitenkin vähemmän depressio-oireita ja tunnekeskeisiä sopeutumiskeinoja sekä paremmat ongelmanratkaisutaidot. Puolisoiden stressitasot ja käytettävissä olevat resurssit ongelmien ratkaisemiseen olivat terveiden verrokkien ja masentuneiden väliltä. (Mitchell 1983)

Spangenbergin mukaan (1999) puolet masentuneiden puolisoista kärsi itsekin masennuksesta, samoin puolella oli parisuhdevaikeuksia, ja ahdistus oli myös yleinen oire. Masentuneen puolisona eläminen vaatii huomattavaa stressinsietokykyä, jotta parisuhde ja elämänlaatu voisi säilyä edes kohtuullisella tasolla.

Haven (2000) kuvaa omaishoitajan/omaisen kuormittumisen olevan yhteyksissä hoidettavan sairauden vakavuuteen, omien voimavarojen määrään, kognitiivisiin kykyihin, sosiaalisen tuen määrään ja laatuun sekä koherenssin tunteeseen. Jopa 45 %:lla omaishoitajista, joiden hoidettavana oli pitkäaikaista psyykkistä sairautta sairastava potilas oli riskissä sairastua itse masennukseen (Song 2006). Tietopaketteja kaivattiin omaisille sairastumisen yhteydessä vähentämään omaisen sairastumista ja sairastuneen huonoa kohtelua (Hill 1998).

Lynch (2003) vertasi artikkelissaan autonomisen ja sosiotrooppisen persoonan alttiutta sairastua masennukseen. Sosiotrooppinen persoona perheessä vaatii toisten seuraa, on riippuvaisempi ja vaativampi toisia kohtaan, autonominen taasen on riippumattomampi ja sietää kritiikkiä itseään kohtaan. Tietyt persoonallisuudenpiirteet johtavat konflikteihin vaikuttamalla esim. kommunikaatiotapoihin, mutta toisaalta persoonallisuudenpiirteet vaikuttavat myös stressitekijöihin reagointitapoihin. Sosiotrooppiset ovat yleensä tyytymättömämpiä parisuhteeseen kuin autonomiset. Autonomiset persoonat ovat vaativia itseä ja muita kohtaan ja kriittisiä, jolloin tyytymättömyys parisuhteessa lisääntyy.

Perheen tarinoissa (narraatiot) puhe toimii ikkunana yksilön kognitiivisten prosessien ymmärtämiseen. Kertomukset auttavat perheenjäsenten välisessä tiedonvaihdossa ja ihmissuhteiden säätelyssä. Ne kertovat myös siitä, miten perhe tulkitsee maailmaa ympärillään, millaisia käsityksiä sillä on vuorovaikutussuhteista ja millaisia sääntöjä siihen liittyy. Perheen kertomukset antavat kuvan siitä, minkä merkityksen perhe kullekin asialle antaa. Kullakin perheenjäsenellä on oma henkilökohtainen tarinansa ja vaatii taitoa muodostaa niistä koherentti perheen yhteinen tarina. Se kertoo perheen arvoista ja tarjoaa foorumin perheen vuorovaikutukselle ja erityisesti luottamukselle siinä. Se, miten puolisot hyväksyvät toistensa tarinat verbaalisesti ja non-verbaalisesti vaikuttaa siihen, miten perhe pysyy koossa ja miten tyytyväisiä puolisot ovat suhteeseensa. Tuki, arvostus, tiedon vaihto ja yhteistyö puolisoiden välillä näkyvät kertomuksissa. Käytetään me- ilmaisua, jos tarinat sopivat yhteen. (Fiese 1999)

Tapa, jolla perhe suhtautuu sen ulkopuolella oleviin näkyy tarinoissa, joko luottavaisesti tai kokee ne uhkaavana ja vaarallisena. Koherenssin tunteen komponentit tulevat esiin suhtautumisessa sekä perheenjäseniin että ulkopuolisiin ihmissuhteisiin ja ympäristöön, ovatko suhteet hallittavia, ymmärrettäviä tai mielekkäitä ja sisältävätkö suhteet oletuksen siitä että ne tuottavat tyydytystä ja menestystä elämässä. Jos ennakko-oletus vuorovaikutuksesta on positiivinen ja palkitseva, antaudutaan herkemmin siihen ja saadaan vahvistusta omille mielipiteille ja tunteille sitä kautta ja asiat sujuvat siten eteenpäin. Toisen mielipidettä kysytään myös herkemmin, jos vastaajaan luotetaan, niin perheenjäseniin kuin perheen ulkopuolisiin tahoihinkin. Yleensä koherentti perheilmapiiri

tuottaa myös luottavaisen suhteen muihin ympäröiviin ihmisiin ja koko maailmaan. Epäkoherentti ilmapiiri kotona synnyttää jännitteitä ja epäluottamusta kodin ja ulkopuolisen maailman välille. Asia näkyy myös tutkimuksen teossa, jolloin luottavaiset henkilöt pystyvät kertomaan tarinansa aidosti, epäluuloiset eivät, josta syntyy tutkimusharhaa. (Fiese 1999)

Miehillä masennusta ennustaa heidän omat sekä vaimon heikot coping-strategiat. Coping tapahtuu useimmiten yhdessä toisten kanssa, silti sitä tarkastellaan usein yksilöominaisuutena. Terve puoliso saattaa käyttäytyä aggressiivisesti, vastata stressiin negatiivisella suhtautumisella ja kontrolloivalla käyttäytymisellä. Terveet puolisot tarvitsivat itse ja antoivat masentuneille puolisolleen enemmän tukea kuin terveissä perheissä. Jos miehet olivat masentuneita ja vaimo käytti välttelevää coping-strategiaa, miesten masennus lisääntyi. Naisilla se taas vähensi masennusta. (Prucno 1997, Holahan 1986*)*

2.3.2.3. Suku ja läheisverkostot

Sosiaalisiset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina käsittävät niiden sisällön, laadun ja saatavuuden, sosiaalisen verkoston rakenteen ja sosiaalisen liittymisen tavan. Sosiaalisen tuen merkitystä on tutkittu -70- luvulta lähtien ja epidemiologista näyttöä saatu sen hyödyistä sekä Suomesta että muualta maailmalta (mm. Holahan 1986 ja 1999). Sosiaalisten suhteiden laadun mittareina on käytetty mm. puolison olemassaoloa, sukulaisten ja ystävien määrää, järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumista ja läheisten ihmisten tapaamisten taajuutta. Sosiaalisesta tuesta on todettu olevan hyötyä myös somaattisten sairauksien ennusteeseen. (Vahtera 1994)

Interpersonaalinen tuki on välttämätöntä hyvinvoinnille ja sopeutumiselle. Sosiaalinen tuki helpottaa terveiden elämäntapojen ylläpitoa ja muuttaa käyttäytymistyyliä positiivisemmaksi. Toisaalta masennus ”tarttuu” puolisoon negatiivisten asenteiden ja käyttäytymistyylien kautta. Käyttäytymistyylit ja asenteet syntyvät pitkälti vuorovaikutuksessa toisen kanssa. Yhteiset kokemukset vaikuttavat molempien osapuolten tunteisiin ja luovat samantyyppisiä käyttäytymistyylejä. Se voi masentaa molempia yhtä aikaa tai peräjälkeen. Toivotonta ihmistä pidetään katkeroituneena, paikalleen jämähtäneenä ja siksi häntä hyljeksitään. Toivottomuus luo interpersonaalista stressiä, joka lisää masennusta. Toisaalta masennus lisää stressiä, joka voimistaa negatiivisia coping-keinoja. Mitä kauemmin masennus kestää ja mitä useammin se relapsoituu, sitä enemmän läheiset kärsivät siitä ja hyljeksivät masentunutta. (Vahtera 1994)

Sosiaaliset suhteet muuttuvat voimavaraksi tiedollisella, aineellisella ja henkisellä sekä arvostuksella tukemisen kautta. Sosiaaliseen tukeen kuuluvat tunnesuhteiden olemassaolo ja määrä, suhteiden vastavuoroisuus, verkoston tiheys, koostumus, koostumuksen monipuolisuus, maantieteellinen sijoittuminen, jäsenten tapaamistaajuus ja ystävyyssuhteiden määrä. Kovin tiheä sosiaalinen verkosto voi koitua myös haitaksi liiallisen kontrollin muodossa. (Vahtera 1994)

Väänäsen tutkimuksessa (2013) hyvinvointia mitattiin elämänlaatuna, jossa elintason ohella mukana olivat myös sosiaaliset resurssit. Masentuneen puolison ja muiden perheenjäsenten elämänlaatu olisi otettava myös huomioon hoidon kokonaisuutta tarkasteltaessa sosiaalisine seurauksineen (Saarni 2010). Erik Allardt aikoinaan (1961) otti mukaan myös yksilöllisen being- ulottuvuuden eli itsensä toteuttamisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun yhtenä osa-alueena. Erityisesti lasten hyvinvointia kuvaamaan sopii edelleen having, loving ja being- jako hyvin. (Hyyppä 2008).

Sairauden ja stressin lisääntyminen vaikeuttaa sosiaalisen tuen saamista ja vievät voimavaroja osallistumiselta. Naisten verkostot ovat läheisempiä ja laajempia kuin miehillä ulottuen myös perheen ulkopuolelle. Miehille suhde naiseen (vaimoon) on vahvempi kuin suhde toiseen mieheen, toisaalta myös naiset tukeutuvat naiseen apua tarvitessaan. Pelkkä mahdollisuus luottaa siihen että apua ja

tukea on saatavissa kun sitä tarvitsee, riittää tuottamaan tuen tunnetta ja säilyttämään sen olosuhteiden muuttuessakin. (Vahtera 1994)

Sosiaalista tukea annetaan, koska välitetään toisesta, koetaan vastuuta hänestä, rooli velvoittaa pitämään huolta toisesta ja se tuottaa hyötyä. Useimmiten tuki on vastavuoroista, jolloin tukea antaessaan myös saa sitä. On myös tilanteita, jolloin vastavuoroisuus on uhattuna, kuten lasten tai nuorten huolto ja hoito, vammaisten ja vanhusten tai vaikeasti sairaiden auttaminen, jolloin auttaja, myös puoliso, on vaarassa uupua tehtävässään (Reifman 1991). Alhaisessa sosioekonomisessa asemassa olijat saavat vähemmän ja harvemmilta ihmisiltä tukea kuin muut. (Silverstein 2002, Vahtera 1994)

Sosiaalinen tuki vaikuttaa ihmisen tulkintaan kuormitustekijästä, joka vähentää puolestaan stressiä ja ahdistusta, jolloin stressistä johtuva epäterveellinen käyttäytyminen vähenee ja myös stressin suorat biologiset haitat vähenevät. Sosiaalisen tuen kautta välittyy myös tietoa. Tuki vahvistaa minäkuvaa, identiteettiä, omanarvontunnetta, uskoa omiin kykyihin ja hallinnan mahdollisuuksiin, jolla edelleen on terveyttä edistävää vaikutusta. Sosiaalinen tuki voi olla myös aineellista ja toiminnan tasolla annettua apua. Myös tiedot ja taidot ja kyky arvioida ongelmatilanteita siirtyvät sosiaalisissa verkostoissa, joka vahvistaa omaa identiteettiä ja omanarvontunnetta ja siten selviytymistä. Eri sairauksissa voivat erilaiset sosiaalisen tuen muodot olla tarpeen. (Vahtera 1994, Penninx 1998)

Enäkosken mukaan (2002) (psyko)sosiaalinen tuki on vuorovaikutusta, joka vaikuttaa positiivisesti ihmisen fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen hyvinvointiin. Psykososiaalinen tuki jaetaan puolison ja perheen tukeen (lähituki), lääkärit ja hoitajat (ammatillinen tuki) ja sukulaisten, ystävien ja tuttavien tuki (valinnainen tuki). Sosiaalisten suhdeverkostojen rakenne vaikuttaa sen sisältöön. Psykososiaalinen tuki lisää elämän vakautta ja ennustettavuutta, vaikuttaa suoraan terveyteen ja hyvinvointiin ja saa tuntemaan yksilön tarpeelliseksi elämässä. Sosiaalisen tuen riittävyyden ja tarpeita vastaavuuden kokemus on merkityksellistä, ei sen absoluuttinen määrä. Myös se on merkitsevää, onko apu ja tuki oikea-aikaista. Toisten tarpeiden näkeminen vuorovaikutuksessa luo tarkoitusta elämään, mikä motivoi avun antamiseen. Yksilö haluaa kokea itsensä rakastetuksi, pidetyksi ja arvostetuksi, mihin tarvitaan vuorovaikutusta ja palautetta. Selviytyminen on yhteistä ponnistelua. Jo tietoisuus sosiaalisen tuen saamisesta tarvittaessa rohkaisee aktiivisten coping-keinojen käyttöön ja edistää siten masentuneen toimintakykyä ja elämänlaatua (Sherbourne 1995).

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: instrumentaaliseen, emotionaaliseen ja tukeen tyytyväisyyteen. Instrumentaalisena tukena kuvataan mm. avun saamista sairaana ollessa, apua kotiaskareissa, saatuja toimenpide-ehdotuksia tärkeissä asioissa, taloudellisen tuen saamista, lapsenhoitoapua ja apua liikeasioiden hoitamisessa. Emotionaalisen tuen vastaanottamiseen vaikuttaa se, miten paljon luottaa muihin ihmisiin. Esimerkkinä henkisestä tuesta on pyytäminen mukaan sosiaalisiin tapahtumiin. Tukeen tyytyväisyyteen vaikuttaa se, miten ja kuinka usein tukea saa. Tutkimuksessa iäkkäät yksinasuvat stressaantuneet olivat suurin riskiryhmä masennuksen sairastumisessa. Heillä sosiaalinen tuki oli vähäistä. (Song 2006)

Masentuneilla sosiaalisen tuen todettiin olevan ainut uusiutumista ehkäisevä tekijä 6 kk seurannassa. Sillä ei ollut vain puskuroiva vaikutus stressitekijöihin nähden, vaan myös itsenäinen positiivinen vaikutus terveyteen. Tuen puutteeksi katsottiin, jos henkilöllä oli vähemmän kuin kaksi perheen ulkopuolista kontaktia kuukauden aikana. Primääristä sairautta ja sosiaalista tukea on tutkittu enemmän kuin toipumista ja sosiaalista tukea. Naisilla toipumiseen vaikutti senhetkisen parisuhteen laatu, miehillä sairautta edeltävä parisuhde. Puolison tuki käsittää mm. tunneilmaisun, sympatian, hyväksynnän ja arvostuksen ja parisuhteen toimivuus myös päätöksenteon, ongelmanratkaisun ja vallanjaosta sopimisen. Naisen kritiikki sairastunutta miestään kohtaan ennusti huonoa toipumista masennuksesta. Kroonisessa masennuksessa vuorovaikutus kärsii käytännössä aina. Koettu sosiaalinen tuki ennusti toipumista paremmin kuin sairauden oireet. (Goering 1992)

Skärsäterin tutkimuksessa (2005) verrattiin terveitä ja masentuneita toisiinsa sosiaalisen tuen ja negatiivisten elämäntapahtumien suhteen. Masentuneilla todettiin olevan enemmän itsestä johtuvia tai itseen liittyviä negatiivisia elämäntapahtumia, kuten konflikteja puolison ja perheenjäsenten kanssa, enemmän sairauksia, he eivät kokeneet saavansa sosiaalista tukea riittävästi, heillä oli vähemmän läheisiä, vähemmän yhteydenpitoa heihin ja vähemmän luottohenkilöitä. Eroa ei ollut itsestä riippumattomilla seikoilla, perheenjäsenten lukumäärällä, partnerin olemassaololla, sillä tarjoaako perheenjäsen sosiaalista tukea eikä verkostossa olevien ihmisten riittäväksi koetulla määrällä (=perceived sufficient persons in the networks). Sosiaalista tukea oli instrumentaalinen (tavaroiden, palveluiden välittäminen, konkreettinen apua), taloudellinen, emotionaalinen (huolenpito, empatia, rakkaus, luottamus), informatiivinen (tieto, joka on käytettävissä kun stressitilanne syntyy) ja arviointiapu (appraisal, stressitilanteessa itsearviointiin tarvittava tieto).

Sosiaalista tukea voidaan kokea sekä työssä että vapaa-aikana perheen ja muiden läheisten taholta. Perheeltä saatu sosiaalinen tuki suojasi masennukselta, työpaikalla saatu tuki taas auttoi välttämään työuupumusta. Muilta läheisiltä ja sukulaisilta saatua apua voitiin hyödyntää parhaiten, jos he asuivat enintään tunnin ajomatkan päässä. Työssä saadussa sosiaalisessa tuessa oli pääpaino informaatiotuessa ja emotionaalisessa tuessa. Joskus liiallinen tuki ja holhoaminen voivat lisätä sairauden oireita. (Reifman 1991)

Myös ystävillä ja tuttavilla oli tärkeä ja merkittävä rooli. Yli 80 % oli kokenut että heillä oli riittävästi ystäviä ja tuttavia. Terveet vanhemmat kokivat että he saavat enemmän tukea kuin ne, joiden perheessä jollakin oli sairautta. Myös niillä, joilla oli hyvä parisuhde, oli myös enemmän muuta tukea. (Juntunen 2007)

Erotilanteissa Kincaidin (1991) mukaan sosiaalinen tuki toimi moderaattorina eron ja masennuksen välillä eli koetusta sosiaalisen tuen riittävyydestä riippui, millaisia vaikutuksia mielialaan erolla oli. Sosiaalisen verkoston tiheyttä korostettiin, mutta mikäli se koostuu vain perheen ja suvun jäsenistä, voi se muodostaa riskin tuen antamiselle, mikäli negatiivinen elämäntapahtuma koettelee myös heitä tuen antajina. Siksi olisi eduksi, mikäli verkostossa olisi jäseniä eri puolilta. Erityisesti erotilanteissa perheenjäseniltä ja suvulta voi olla vaikea saada tukea. Erotilanteissa eropäätöksen tekijän on ollut helpompi sopeutua tilanteeseen ja hänen masennusriskinsä oli alhaisempi kuin jätetyn osapuolen. Eristyksiin joutuminen sairastuttaa lisäämällä kielteisiä tunteita, vieraantumisen tunnetta ja siten vähentää elämänhallinnan tunnetta. Eri rooleissa eläneet eronneet tarvitsevat siten erilaista tukea. Sosiaalisen tuen laatu koettiin vaikeammaksi mitata kuin sosiaalisen verkoston rakenne.

Masentunut käyttäytyy tavalla, joka heikentää hänen sosiaalisia resurssejaan ja perheenjäsenet tai ystävät reagoivat masentuneeseen negatiivisesti ja kritisoimalla häntä. On esitetty myös että masentunut etsii ylimääräistä tukea perheeltään, ystäviltään ja työtovereiltaan sairauden vuoksi ainakin alkuvaiheessa, joka haastaa heidän voimavarojaan. Hyvä perheen sisäinen ja ulkopuolinen tuki parantaa masennuksen ennustetta. Perheen tuki koettiin kuitenkin tärkeämmäksi kuin sen ulkopuolinen tuki. (Moos 1998a,b)

Optimismi edesauttaa sosiaalisen verkoston kehittymistä ja sosiaalinen tuki vaikuttaa puolestaan coping-strategioihin (Brissette 2002). Sosiaalisen tuen puutteeseen liittyy monesti alhaisempi koulutustaso ja sosioekonominen asema sekä ikä ja sukupuoli. Sosiaaliset verkostot toimivat puskurina stressiä vastaan. Hyvät sosiaaliset resurssit kannustavat aktiivisempaan ongelmanratkaisutapaan stressitilanteissa ja luovat tunnetta elämänhallinnasta. Perhe ja läheiset pitävät myös yllä toivoa paranemisesta ja mahdollistavat aktiivisemman toiminnan masentuneenakin. (Moos 1998a,b)

On esitetty että yhteisö tarvitsee stigmatisoituja vahvistamaan omaa normaaliuttaan. Mielisairaus, kuten myös masennus sopii stigmatisoitavaksi siksi että se ilmenee käyttäytymisen, kokemuksen ja tunne-elämän alueilla niin että niitä ei voida erottaa persoonallisuudesta. Koko ihminen on siis sairas,

ei vain osa hänestä. Toisaalta stigma on koettu hyväksi, jotta potilaat saavat lääketieteellistä apua eikä esimerkiksi rangaistusta synnistä tai rikoksesta, joiden on uskottu aiheuttaneen sairauden. Stigma koetaan häpeällisenä. Se lamauttaa ja pysähdyttää, tekee olon hylätyksi, jolloin ei ole voimia toimia eikä pitää itseä kasassa. Stigman kohteena olevaa voi olla vaikea kohdata omana itsenään. Vastavuoroinen kommunikaatio loppuu, stigmatisoidulle ei uskalleta puhua, hymyillä eikä koskettaa. Masentuneella stigman kokeminen voi eristää häntä sosiaalien tuen saamiselta. (Miettola 2011, Kaltiala-Heino 2001)

Häpeä l. stigma liittyy lajinkehitykseen. Sen tehtävä on pitää lauman käyttäytyminen yhtenäisenä. Kulttuuri määrittelee mikä on häpeällistä. Kohtuullisuus, sosiaalisuus ja harkitsevaisuus ovat häpeän hyödyllisiä vaikutuksia. Häpeä on kokonaisvaltainen tunne, jolle ei ole yksittäistä syytä päinvastoin kuin syyllisyydellä, josta on siksi helpompi vapautua. Osa psyykkisistä oireista voi olla myös häpeästä johtuvaa, kuten jähmeys, paniikkitilat ja fobiat. Häpeäntunnetta voidaan yrittää eliminoida välttämällä tai ylikorostamalla asioita. Stigman kautta pelätään joutumista yhteisön ulkopuolelle. Häpeän tunne voi syntyä myös sisältä päin ilman että kukaan tietää edes sen taustalla olevista seikoista. Stigman välttely ja paljastumisen pelko voivat kuluttaa paljon energiaa ja estää myös avun ja kuntoutuksen hankkimisen. (Miettola 2011, Kaltiala-Heino 2001)

2.4. Stressaavat elämäntapahtumat, selviytymiskeinot ja masennus

Stressaavien elämäntapahtumien on todettu lisäävän masennusriskiä 6-10- kertaiseksi. Samalla elämänhallinnan tunne heikkenee. Persoonallisuudenpiirteet ja –häiriöt, itsetunto, ympäristötekijät ja psykososiaalinen haavoittuvuus vaikuttavat siihen, miten koetut tapahtumat tulkitaan eli millä tavalla niihin fysiologisesti reagoidaan. Taipumus reagoida korkeilla kortisolipitoisuuksilla stressaaviin, äskettäisiin elämäntilanteisiin altistaa masennukselle (Goodyer 2000, Salokangas 2001). Negtiivisten seurausten välttämiseksi niihin pitäisi reagoida riittävän ajoissa (Lazarus 1984). Kaikille stressiä kohtaaville ei puhkea kuitenkaan psyykkistä sairautta lainkaan. Psykiatritutkijat puolestaan mieltävät stressin seuraavan ahdistusta ja masennusta. Stressin oireina Terluinin (2004) mukaan ovat ärtyneisyys, keskittymiskyvyttömyys, unettomuus, uupuminen ja välinpitämättömyys.

Selyen (1956) biologiset stressitutkimukset loivat pohjan koko sodanjälkeisen ajan stressitutkimukselle. Ne eivät kuitenkaan kyenneet osoittamaan yhteyttä stressin ja masennuksen välille. Lazaruksen mukaan (1984) stressi on tulosta yksilön käsityksestä potentiaalisesti vaikeista tilanteista. Se on kognitiivista päättelyä siitä, onko yksilöllä sisäisiä resursseja ratkaista ongelmia uudessa tilanteessa, onko kyseessä hallittava haaste vai hallitsematon uhka.

Terluin (2004) erottelee psyykkisen sairauden ja stressin toisistaan. Stressorit ovat hänen mukaansa tekijöitä tai tilanteita, jotka uhkaavat yksilön hyvinvointia ja tavanomaisia toimintoja. Stressoreiden suorat vaikutukset yksilöissä ovat straineja, psykobiologisia rasitustekijöitä, joista osa voi olla tiedostamattomia. Biologisia ovat mm. kohonnut verenpaine, muuttunut immuunivaste, vähentynyt energisyys, lisääntynyt lihasjännitys, väsymys, sydämentykytys, lihassäryt ja heikko keskittymiskyky. Rasituksen psykologinen seuraus on stressikokemus (distress). Se sisältää tietoisen rasituksen kokemuksen ja sen aikaansaaman stressorin minimointivaikutuksen (copingin).

Stressinhallinta voi tarkoittaa ongelman minimoimista, sietämistä, asenteen muuttamista sitä kohtaan tai kykyä rentoutua siitä huolimatta. Koherentit ja tunnolliset yksilöt käyttävät ongelma-/tehtäväsuuntautunutta copingia ja neuroottiset, ahdistuneet ja masentuneet enemmän välttämis- ja tunnesuuntautunutta copingia stressin käsittelyssä. Konkreettiset tavoitteet on helpompi saavuttaa kuin abstraktit ja aiheuttavat vähemmän stressinmuodostusta. (Lazarus 1984)

Sekä vakavalla kertaluontoisella tapahtumalla (major stressor) että toistuvilla pienemmillä stressitekijöillä (minor stressors) on masennukselle altistavaa vaikutusta (Terluin 2004, Felsten 2002, Korkeila 2005). Masennus seuraa tilanteita, joissa oma stressinsietokyky ylittyy, kun ei voi olla sitä, mitä haluaisi olla ja odotukset ja vaatimukset ovat suurempia kuin mihin pystyy. Tuolloin kosketus omaan minään heikkenee, masentunut ei tunnista enää omia tarpeitaan, vieraantuu itsestään ja ympäristöstään. Hän tuntee itsensä arvottomaksi ja ulkopuoliseksi eikä elä enää omaa elämäänsä. Uhkana on minän hajoaminen ja subjektiviteetin häviäminen. (Enäkoski 2002)

2.4.1. Stressi ja siitä selviytymiskeinot

Haavoittuvuus-stressimallin mukaan ihminen sairastuu henkisesti, jos hänen varhaiset tai äskettäiset negatiiviset sosiaaliset, psykologiset, kulttuuriset ja fysiologiset stressikokemuksensa ylittävät hänen sietokykynsä ja suojaavat tekijänsä (coping-keinot/-taidot). Myös elämään kuuluvat myönteiset muutokset ja kehitys- ja siirtymävaiheet voidaan lukea stressitekijöihin, vaikka niitä ei aina sellaisiksi mielletä, kuten esim. muutto kotoa, avioituminen tai lapsen syntymä. (de Bruijn 2006, Rahe 2002)

Stressi-haavoittuvuusteorian (Zubin 1977) mukaan traumaattisten varhaislapsuuden kokemusten ja yksilöllisen tunneherkkyyden myötä osa ihmisistä jää haavoittuviksi puutteellisilla coping-keinoilla ja koherenssin tunteella (SOC) varustettuina ja voivat sairastua psyykkisesti jo varhaisella aikuisiällä. Haavoittuvuuteen liittyy myös aivojen rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka voivat syntyä jo sikiökauden aikana (Lehtola 2016, Mäkelä 2010, Reiss 2008) ja muokkautuvat edelleen syntymän jälkeen vuorovaikutuksellisten kokemusten myötä (Pesonen 2010, Luoma 2002, Mäkelä 2005, Mäntymaa 2003, Salokangas 2006a). Jatkuva tai pitkäkestoisesti toistuva stressi voi johtaa poikkeavaan kortisoliaineenvaihduntaan ja sitä kautta poikkeavuuksiin myös aivojen serotoniini- ja dopamiiniaineenvaihdunnassa (Goodyear 2000, Sandberg 2000, Karlsson 2012, Izutsu 2004). Suurten elämänmuutosten, jatkuvien huolien, sosiaalisen ja perheen tuen puutteen, heikon itsetunnon ja fyysisten sairauksien on mm. kuvattu liittyvän tilanteisiin nähden puutteelliseen copingiin ja sitä kautta voivan altistaa masennukselle (Coyne 1991, Hammen 1992, Matheson 2005, Bale 2006, Rahe 2000). Puutteelliseen copingiin ja koherenssin tunteeseen on havaittu stressitilanteissa liittyvän toimintakyvyn rajoittumista, lisääntynyttä psykososiaalisen tuen tarvetta, jotka ovat lisänneet perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä (Herrman 2002, Suominen 2002).

Rosenthal (1970) sovelsi ensi kerran stressi-haavoittuvuusmallia psykoosisairauksiin ja Zubin (1977) ja Spring julkaisivat sen niitä selittävänä mallina. Sekä psykoosipotilaiden että masentuneiden taustoissa on havaittu samanlaista synnynnäistä alttiutta, joka voi olla multigeneettistä tai raskauden ja varhaislapsuudenaikaista ympäristölähtöistä keskushermoston herkistymistä. Skitsofreniassa uskotaan aivojen kuorikerroksen synapsiyhteyksien kadon aiheuttavan psykoottisia oireita, mutta kyse voi olla myös viallisista ja epäkypsistä yhteyksistä, joiden vuoksi yksilö tulkitsee ympäristön ärsykkeitä poikkeavalla tavalla. Samoin on tilanne masennuksen suhteen. (de Bruijn 2006)

Suurin osa vakavista masennustiloista alkaa jonkin merkittävän yksittäisen tai useamman negatiivisen elämänmuutoksen jälkeen. Tyypillisiä muutoksia ovat esimerkiksi avioero tai muu parisuhteen päättyminen, työpaikan menettäminen, taloudelliset vaikeudet, oma tai lähiomaisen vakava sairastuminen, läheisen kuolema tai vakavat ongelmat läheisissä ihmissuhteissa. Altistavina tekijöinä voivat olla myös erilaiset menetykset ja syvät pettymykset tärkeissä sosiaalisissa rooleissa, jolloin henkilö kokee menettäneensä jotakin korvaamatonta, joutuneensa umpikujaan, tulleensa nöyryytetyksi tai saatetuksi häpeään. (Salminen 1998, Korkeila 2005, Leskelä 2008)

Negatiivisten elämäntapahtumien kasaantuminen lisää masennusriskiä. Vähintään 3-4 erilaista lähekkäin tapahtunutta hankalaa elämäntapahtumaa lisää riskiä huomattavasti enemmän kuin yksi

yksittäinen tapahtuma. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus masennuksen riskitekijänä on kulttuurisidonnainen. (Fröjd 2007)

Mitchellin mukaan (1983) negatiiviset elämäntapahtumat, puutteelliset coping-keinot ja heikko perheen tuki olivat suorassa yhteydessä masennukseen kun taas pienemmillä stressitekijöillä oli epäsuora vaikutus tai merkittävää oli se, miten ne koettiin ja olivatko ne lyhyt- vai pitkäkestoisia. Erityisesti jokapäiväiset pienet konfliktit ja turhautumiset (minor stressors), jotka liittyivät parisuhteeseen, vanhemmuuteen, taloudenhoitoon ja työllisyyteen stressasivat enemmän kuin yksittäiset dramaattisetkin elämäntapahtumat. Arvioitiin että stressi kumuloituisi. On olemassa myös toisenlaisia mielipiteitä, joiden mukaan useamman stressitekijän yhtäaikainen tapahtuminen ei stressaisi enempää kuin yksittäisen tekijöiden stressaava vaikutus erikseen eli että additiivista vaikutusta ei olisi. Jotkut stressitekijät, kuten perheestä johtuvat, heikentävät erityisesti sosiaalisen tuen saamista.

Stressitekijän kestolla on myös vaikutusta sen seurauksiin (Miller 1997). Lyhytkestoisiksi elämäntapahtumiksi katsottiin vuoden sisällä tapahtuneet asiat, kuten BSCI (Brief Stress and Coping Inventory):ssä olevat Holmesin ja Rahen kysymykset (Rahe 2002). Pitkäkestoisina pidetiin esim. omia tai lasten pitkäaikaissairauksia, ahtautta mukavuuksien puutetta asuinolosuhteissa, työperäisiä seikkoja, kuten kovaa työpainetta, voimakasta työn kontrollointia esimiehen taholta, autonomian puutetta tai työn tekemiseen liittyviä epäselvyyksiä. (Mitchell 1983)

Stressireaktion voimakkuuteen vaikuttaa myös se, millaiseksi ärsykkeet tulkitaan, johon elinympäristöllä ja kulttuurisilla toimintamalleilla on yhteyttä (Felsten 2002). Koska isoja stressaavia elämäntapahtumia sattuu ihmiselämän aikana melko harvoin ja silti masennukseen sairastutaan toistuvasti, on arvioitu että pienemmätkin stressitekijät voisivat laukaista masennuksen uudelleen. Stressitilanteessa myös fyysisten häiriöiden riski on kohonnut (immuunivaste, metaboliset seikat, infektioherkkyys). Kyseessä tällöin on nimenomaan koettu, itsearvioitu stressin kokonaismäärä, ei pelkkä standardinomaisesti nimetty tapahtuma. Reaktiivisuuden mittarina käytettiin koetun keskimääräisen stressin määrää per stressori. Asioiden kognitiivinen tulkinta ja koettujen hallintakeinojen määrä vaikuttavat koetun stressin määrään ja niihin molempiin voi vaikuttaa. Coping-taitoihin vaikuttamalla voidaan jossakin määrin säädellä stressin ja masennuksen välistä suhdetta. Ympäristö koetaan uhkaavana, jos ei ole riittäviä hallintakeinoja. Tuolloin käytetään enemmän välttämiscopingia, joka on käytöksellistä, henkistä ja interpersonaalista toimintaa, kuten ulkoistaminen, torjunta tai projektionmuodostus, joka estää stressitekijän menestyksellisen kohtaamisen ja käsittelyn (Keski-Luopa 2011). Päivittäisten stressitapahtumien määrän ja koetun vaikutuksen mittaamiseen on olemassa mm. DSI (Daily Stress Inventory)- mittari (Brantley 1985).

Herkimpiä stressaantumaan ovat perfektionistit, joilla on heikko sosiaalinen tuki, jotka käyttävät välttämis-copingia (Holahan 2005) ja altistuvat päivittäin stressinlähteille (daily hassles, minor stressors) (Felsten 2002). Perfektionistinen negatiivinen suhtautuminen ympäristöön lisäsi stressiä ja vaikeutti vuorovaikutusta ympäristön kanssa (Dunkley 2000). Pienistä syistä stressaantuvilla oli muita enemmän persoonallisuushäiriöitä, henkilökohtaisten ja sosiaalisten voimavarojen puutetta. He olivat temperamentiltään reaktiivisempia kuin muut eli neuroottisuuteen l. negatiiviseen emotionaalisuuteen taipuvaisia (Feldt 2005, Felsten 2002).

Masentuneiden stressin hallinnan tunne on heikkoa ja he kokevat stressiä aiheuttavat tilanteet vastenmielisinä. Banduran (1977) mukaan heikko pystyvyysusko voi johtaa masennukseen, jolloin yksilö ei edes ryhdy tekemään asioille mitään. Jos asettaa taas itselleen liian korkeita päämääriä, ei voi saavuttaa niitä ja siitä seuraa masennus. Usko itseen, taloudelliset ja sosiaaliset resurssit auttavat selviytymään ja hallitsemaan elämää. Elämänhallinnan tunne vaikuttaa tyytyväisyyden ja hyvinvoinnin tunteeseen, myös itsearvostukseen ja minäkokemukseen. Stressin hallinnan keinoja ja tapoja kuvataan coping-käsitteellä ja hallinnan tunnetta ja siihen liittyviä voimavaroja koherenssi-

käsitteellä. Elämän ennustettavuus lisää koherenssin tunnetta, samoin sopiva määrä hallittavissa olevia ärsykkeitä (strains) ja mahdollisuus olla autonomisesti vaikuttamassa omaa elämäänsä koskeviin asioihin. Koherentti yksilö pystyy selviytymään muuttuvassa maailmassa stressaantumatta ylettömästi. (Antonovsky 1988, Enäkoski 2002)

Aranda (2001) ja Billings (1983 ja 1984) kuvaavat copingia moderaattorina negatiivisten elämäntapahtumien ja masennuksen välillä. Coping-taidot ja -tyylit vaikuttavat stressin tulkintaan ja reagointitapaan siihen. Sosiokulttuuriset tekijät ja myös sukupuoli vaikuttavat coping-keinoihin. Stressin hallinnassa otetaan käyttöön tarvittavat coping-keinot. Copingin onnistumisesta riippuu, väheneekö vai lisääntyykö stressi. Paha stressi estää tuloksekasta copingia toteutumista. Voimakkaasti stressaantuneet ihmiset esim. eivät kykene ylläpitämään sosiaalisen toiminnan tasoaan. Mielialahäiriöistä ja ahdistushäiriöistä kärsivillä on oireissa mukana stressiä ja mahdollisesti myös somatisaatio-oireita. Tällaiset potilaat tarvitsevat ymmärrystä, tilanteen uudelleentulkintaa (reassurance) ja neuvontaa, mistä kyse. (Terluin 2004)

Kontekstuaalisuus on merkittävä henkilökohtaisten voimavarojen käyttömahdollisuuksiin vaikuttava tekijä (Song 2006). Moos (1993) ja Schaefer kehittivät Stressin ja copingin prosessimallin, jossa ympäristö- ja persoonallisuustekijät vaikuttavat kognitiivisiin tulkintoihin ja coping-vasteisiin elämän kriisi- ja transitiovaiheissa. Sairastunut henkilö perheessä voi heikentää terveen puolison kykyä ottaa käyttöön riittäviä coping-keinoja, käyttää kaikkia omia olemassa olevia voimavaroja ja kykyjä ja mahdollisuutta sosiaalisen tuen vastaanottamiseen. Ympäristövoimavaroihin luetaan esimerkiksi positiiviset elämäntapahtumat, sosiaaliset voimavarat, fyysinen terveys, riittävät taloudelliset resurssit ja hyvä parisuhde. Henkilökohtaisiin voimavaroihin luetaan egon kehittyneisyys, itsetunto, optimismi, koherenssin tunne, hyvät coping-taidot, terveet puolustusmekanismit ja ongelmanratkaisutaidot. Masentuneilla on havaittu olevan taipumus mm. emotionaalisiin virhetulkintoihin vuorovaikutussuhteissa jo ennen masentumista, joka muodostua haasteeksi heidän parisuhteilleen (Leppänen 2007).

Itsemoite, katastrofointi ja märehtiminen ovat esimerkkejä tehottomista kognitiivisista coping-keinoista, jotka yleensä vähenevät iän myötä ja siten taipumus masentua ja ahdistua vähenee (Garnefski 2002). Toisessa tutkimuksessa (Kessing 2003) ikä ei taas vaikuttanut masennusherkkyyteen. Naisilla on enemmän taipumusta jäädä passiivisesti märehtimään asioita kuin miehillä ja niillä, joilla on hyvä sosiaalinen tukiverkosto. Märehtimään jääminen vaikeuttaa sopeutumista stressiin. Iän myötä joutuu toisaalta luopumaan asioista ja syntyneeseen suruun voi jäädä kiinni. Joillakin märehtiminen on enemmänkin elämänasenne, vaikka mitään menetyksiä ei olisi tapahtunutkaan. (Nolen-Hoeksema 1994)

Passiivinen coping voi johtaa Maon (2003) mukaan vihamielisyyden kasvuun ja sitä kautta masennuksen lisääntymiseen. Masennuksessa sanotaan vihan kääntyneen sisään päin, josta pitäisi päästä pois. Onnistunut emotionaalinen coping vähentää stressiä enemmän kuin ulkoinen. Jopa huumoristakin voisi olla apua stressin laukaisussa (Nezu 1988). Yksin jääminen pahentaa stressiä (Larson 1996).

Wang (2002) totesi että tunnesuuntautunut coping voi auttaa naisia välttymään perhestressin aiheuttamalta masennukselta. Pienet arkipäiväiset harmit voivat hoitua parhaiten em. tavalla kun taas isoihin ongelmiin pitäisi suhtautua ongelmakeskeisesti. Ongelmalähtöiseen copingiin voi etsiä ulkopuolista tukea ja yrittää säilyttää motivaationsa asian hoitamiseen aktiivisesti. Ihminen käyttää samoja coping- keinoja työssä ja vapaa-aikanaan ja siirtää siten taitojaan eri tilanteisiin. Masennus aiheuttaa kokemuksia muutoksesta sosiaalisessa ympäristössään, joka vaikuttaa coping-keinojen valintaan. Merkityksen antoon kytkeytyvä coping voi olla käyttökelpoinen esim. terapiassa, jolloin voidaan etsiä uusia merkityksiä ja arvoja koetuille asioille, joita ei voi enää muuttaa.

Giunta ja Compas esittivät (Mitchell 1983) välttämis- copingin korreloivan masennusoireiden määrää lisäävästi. Naisten oireita lisäsi miesten välttämis- coping, miesten oireita sekä oma että puolison välttämis- coping. Naiset ovat enemmän riippuvaisia läheisten emotionaalisesta tuesta kuin miehet. Mahdollisimman monipuolinen, kenties sosiaalisen verkoston vahvistama repertuaari coping-keinoja auttaa parhaiten ongelmien ratkaisussa. Joskus ongelmat vaikuttavat laajalle alueelle ympäröivään yhteisöön, jolloin tuen saaminen on vaikeaa, kuten ison yrityksen lopettaessa toimintansa paikkakunnalla (Ranki 2000). Perheen tukeen luetaan sen koheesio, jossa tarkastellaan, miten paljon perhe tarjoaa apua ja tukea, ilmaisevuus eli missä määrin perheen jäsenet ilmaisevat avoimesti tunteita toisilleen ja konfliktien käsittelytapa, joka sisältää sen, miten avoimesti vihan ja aggression tunteita ilmaistaan perheissä. Puolison negatiiviset elämäntapahtumat ja stressitekijät eivät suoraan lisänneet masentuneen masennusta, mutta saattoivat vaikuttaa epäsuorasti perheen olosuhteiden muutoksen kautta kuitenkin. Coping-keinot ja sosiaalinen tuki olivat siinä mediaattoreita elämäntapahtumien ja stressin ja masennuksen välillä. (Mitchell 1983)

Masennuksella ja stressillä on taipumus helpottua luonnostaan ajan myötä. Koska stressin on todettu olevan kuitenkin yhtenä riskitekijänä masennuksen synnyssä (Ismail 2002, Strickland 2002, Korkeila 2005), stressaantuneiden joukosta pitäisi tunnistaa ne, jotka eivät näytä selviytyvän ilman apua. Korkean stressitason potilaat ovat masentuneiden yksi spesifi alaryhmä (Ismail 2002). Hyvien käytännön coping-keinojen, opittujen tai luonteeseen liittyvien tekijöiden, suotuisien perittyjen ominaisuuksien, ja ulkopuolisen tuen avulla voidaan kuitenkin sopeutua ja selviytyä elämässä vastaan tulevista haasteellisista tilanteista. Osalle stressitekijöitä tuntuu kasautuvan enemmän kuin toisille. Selviytyminen riippuu paljon siitä, millaisena aikakautena, millaisessa yhteiskunnassa ja kulttuurissa ja minkälaisten ihmisten ympäröimänä yksilö elää ja millaista apua ja tukea hänelle on tarjolla.

Stressi-haavoittuvuusmallia voidaan käyttää parantamaan hoitomyöntyvyyttä, kun potilaan biologista siarastumialttiutta voidaan vähentää lääkehoidon avulla ja korjata viallisia yhteyksiä, jolloin hän pystyy paremmin käyttämään erilaisia muita coping-keinoja hyödykseen (de Bruijn 2006). Malli tarjoaa perustan myös ennaltaehkäisevälle työlle, jonka avulla haavoittuvuutta ja stressitekijöitä voidaan vähentää, niihin suhtautumista muuttaa ja stressihallintakykyä ja –taitoja vahvistaa, jotta sairastumista ei tapahtuisi. Ja jo sairastuneidenkin kohdalla voidaan etsiä jäljellä olevia voimavaroja ja vahvistaa niitä kuntoutumisen avulla (salutogeneesi vs. patogeneesi, Antonovsky 1988, person centered care, Borg 2009). Rauhoittava fyysinen ympäristö, sosiaaliset verkostot ja turvallisuuden tunne sekä oppimis- että käyttäytymisterapeuttisten menetelmien käyttö hoidossa voivat vaikuttaa myös suotuisasti stressin kokemiseen (Lindholm 2000).

Kraaijin (2003) selvityksessä sekä hyvällä kiintymyssuhteella että aktiivisella kognitiivisella copingilla oli sekä suora välitön että puskuroiva vaikutus negatiivisten elämäntapahtumien sattuessa masennusta vastaan. Positiivinen asioiden tulkinta ja uudelleen fokusointi auttoivat selviytymään. Lapsena luotu hyvä kiintymyssuhde kantoi koko elämän ajan luoden itseluottamusta ja kykyä luottaa muihin ihmisiin. Nuoruusiässä mm. koulun vaihto, läheisten menetys, onnettomuudet ja lähisuhdeväkivalta aiheuttivat emotionaalisia oireita. Ne olivat sitä voimakkaampia, mitä heikommin nuori oli varustettu käsittelemään niitä. Suojaavina tekijöinä nuorten masennukselle Haravuoren (2009) selvityksissä kuvataan turvallinen, stabiili elinympäristö, omat voimavarat, läheisten ymmärtävä tuki ja sitkeys (resilienssi) ja kyky uudistua vaikean kokemuksen jälkeen. Perheen tuki on hyvin merkittävä pitkälle nuoruusikään saakka, samoin riittävän tiedon saannin mahdollisuus.

Mäkelän (2005) mukaan kosketus parantaa stressinhallintaa ja kehittää sosiaalisuutta ja älykkyyttä ja parantaa kykyä hoitaa aktiivisesti omia jälkeläisiä aikanaan. Keskosilla koskettaminen stimuloi fyysistä ja neurologista kehitystä. Kosketuksella on myös positiivista vaikutusta ylivilkkauteen, aggressiivisuuteen, impulssikontrolliin ja sosiaalistumiseen. Elämillä poikasten koskettelu sukimalla tai nuolemalla vähentää stressihormonivasteita pysyvästi. Paljon kosketetut pennut hoivasivat omia

pentujaan enemmän nuolemalla ja sukimalla kuin vähän kosketetut. Ilman kosketusta jääneistä apinan poikasista tuli lyhytjännitteisiä, impulsiivisia ja aggressiivisia. Ihmislapsilla kenguruhoito keskosilla ja vauvahieronta myöhemmässä vaiheessa ovat tapa mahdollistaa varhainen ihokontakti, jonka tuloksena on parempi painonkehitys, kiinnostus vuorovaikutukseen ja uni-valverytmin löytyminen. Masentuneille äideille vauvahieronnan opettaminen lapsilleen voi kompensoida muun vuorovaikutuksen heikkouden aiheuttamia puutteita lapsen kehityksessä.

Ihmisen stressinhallintakeskus kehittyy 1,5 vuoden ikään mennessä, joten kosketuksen merkitys on suurimmillaan ennen sitä. Oksitosiini toimii välittäjäaineena kosketuksen ja kortisolin välillä. Stressihormonitason väheneminen edistää lasten oppimista ja keskushermoston kehitystä. Parasympaattisen ja vagaalisen stimulaation kautta tapahtuva stressiin reagointi on pidemmän päälle edullisempaa kuin sympaattisen taistele tai pakene- tyyppisen reagointitavan käyttö. Pelkkä koskettavan aikuisen näkeminen voi auttaa rauhoittumaan, jos hän on onnistunut rauhoittamaan lasta aiemmin. Vähitellen lapsi oppii säätelemään stressiä kokonaan ilman aikuisen läsnäoloa. (Mäkelä 2005)

2.4.2. Traumat ja niiden seuraukset masennuksen tautatekijöinä

Traumalla tarkoitetaan vakavaa elämäntapahtumaa, johon liittyy kuolema, henkeä uhkaava tekijä tai fyysisen koskemattomuuden uhka. Seurauksena voi olla sopeutumishäiriö, ahdistus, masennus tai päihdeongelma. Traumatisoitumista edistää mm. aiemmin koettu trauma tai lapsen pitkäkestoinen kaltoinkohtelu, heikko sosiaalinen tuki, trauman vakavuus, perheen tuen puute, heikko koulutus ja tiedon puute, heikko kognitiivinen selviytymiskyky, alhainen sosioekonominen status, aiempi psykiatrinen sairaus, naissukupuoli ja tietyt persoonallisuudenpiirteet. (Haravuori 2009)

Viheriälä (2010) nimeää lapsen psyykkisten traumojen syiksi mm. erilaiset onnettomuudet, omaisen kuoleman, henkeä uhkaavat sairaudet ja fyysisen ja seksuaalisen väkivallan. Myös sodat, terrorismi, pakolaisuus ja luonnonkatastrofit vaurioittavat lasten normaalia kehitystä. Vakavan trauman kohtaa n. joka neljäs lapsi jossakin lapsuuden tai nuoruuden vaiheessa. Seurauksena voi olla immuniteetin säätelyn häiriöt, kommunikaatiokyvyn heikentyminen, tunteiden ilmaisuun ja säätelyyn liittyvät ongelmat, itsetunto-ongelmat, itseilmaisun heikentyminen, itsesäätelymekanismien häiriintyminen, kuten hormonituotannon ja lämmönsäätelyn ongelmat. Näitä tekijöitä voidaan pitää globaalilla tasolla lasten mielenterveyttä uhkaavina tekijöinä. Pharesin (1992) mukaan stressaavan tapahtuman ja sairastumisen välinen aika olisi otollista interventioille, jos sairastumisalttiit tapaukset osattaisiin tunnistaa ja käynnistää työskentely ajoissa.

Psyykkisten oireiden lisäksi traumojen seuraukset näkyvät myös persoonallisuushäiriöinä, erityisesti epävakaana persoonallisuutena. Masennus aikuisena on tavallisin seuraus lapsuuden ajan traumoista, erityisesti seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Naisilla traumoja tapahtuu lapsena enemmän kuin miehillä ja siksi myös aikuisiän oireita heillä on miehiä enemmän. Myös yllättävän moni mies raportoi tapahtuneesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Monilla esiintyy kaikki traumatyypit lapsuusiän kokemusrepertuaarissa. Lapsuudessa omaksutut virheelliset kognitiiviset käsitykset omasta itsestä voimistuvat vastoinkäymisten myötä, lisäävät haavoittuvuutta ja sairastuttavat. (Salokangas 2006a)

Jopa yli 60 % amerikkalaislapsista ilmaisi kokeneensa stressiä jo 1980- luvulla (Miller 1986). Aikuinen ei aina tunnista lasta stressaavia tekijöitä eikä siten pysty lievittämään niitä. Fysiologisesti jatkuvasti toistuva stressihormonien eritystulva vaikuttaa lapsen kehittyviin aivoihin jättäen niihin pysyvät jälkensä. Aivojen toiminnallinen ja rakenteellinen muokkautuminen jatkuvat koko eliniän, vaikkakin lapsena ja nuorena aivot ovat altteimmillaan muutoksille. Stressitekijät virittävät tiettyjä aivojen osia (amygdala, aivokuoren etuosa) ja kasvattavat niiden kokoa, toiset alueet (hippocampus) taas surkastuvat aktivaation puuttuessa. Terapialla ja positiivisella vuorovaikutuksella voidaan

aktivoida suotuisia aivoratoja ja saada niissä myös rakenteellista elpymistä aikaan, joka on kuvannettavissa funktionaalisissa MRI-kuvissa. (Karlsson L 2007, Leppänen 2007)

Salokangas (2006a) vertasi terveyskeskuspotilaiden ja psykiatristen avohoidon potilaiden lapsuuden traumakokemuksia toisiinsa. Odotetusti psykiatrisilla avohoitopotilailla oli enemmän lapsuusaikaisia traumakokemuksia, joihin luettiin laiminlyönti, fyysinen ja seksuaalinen väkivalta. Myös terveyskeskuspotilailla prosenttiosuudet olivat korkeita. Heillä lapsuusajan anamneesi tulee todennäköisesti otettua harvemmin kuin psykiatrialla hoidossa olevilta. Oleellista potilaan kuuntelussa on hänen oma kokemuksensa, ei niinkään absoluuttinen totuus tapahtumien täsmällisestä kulusta. Lapsuusajan tapahtumista tulisi kysyä erityisesti masennuksen pitkittyessä, koska sillä voi olla vaikutusta hoitomenetelmän valintaan. Vaikeiden kokemusten seurauksena traumatisoituneet yrittävät käyttää selviytymiskeinoina esim. henkistä torjuntaa, fyysisistä eristäytymistä tai päihteiden käyttöä. Monesti traumamuistot aktivoituvat iltaisin ja öisin kun normaalin elämän rutiinit vähenevät ja aiheuttavat mm. unihäiriöitä. (Suokas-Cunliffe 2006a)

Haravuoren (2009) mukaan kognitiivisilla hoitomuodoilla on saatu parhaita tuloksia traumaperäisten oireiden hoidossa. Hoitamaton posttraumaattinen tilanne kroonistuu noin kolmanneksella ja aiheuttaa erilaisia kehitystä jarruttavia ja toimintakykyä haittaavia oireita vuosien ajan. Hoidon tarve pitäisi arvioida viimeistään 3 kk kohdalla trauman jälkeen. Nuoren kohdalla koko perhettä pitäisi auttaa tukemaan häntä selviytymisessä. Vanhempien varaan hoidon tarpeen arviota ei kuitenkaan pitäisi jättää, vaan nuoren on saatava itse kertoa kokemuksistaan. Vanhemmat aliarvoivat usein tilanteen vakavuuden. Tunnistusta lapsen tai nuoren kohdalla vaikeuttaa se, että oirekuvaan kuuluu että puhuminen traumasta muistuttavista ajatuksista ja tilanteista tuntuu vaikealta ja vastenmieliseltä. Pelko ja häpeä estävät myös monesti nuorta itseään ottamasta asiaa puheeksi ja hakemasta apua. Sama pätee pitkälle aikuisikäisten kohdallakin. Pharesin (1992) mukaan stressaavan tapahtuman ja sairastumisen välinen aika olisi otollista interventioille, jos sairastumisalttiit tapaukset osattaisiin tunnistaa ja käynnistää työskentely ajoissa.

Posttraumaattisen stressihäiriön biologinen tausta liittynee kortisoliaineenvaihduntaan siten että aiemmin pitkäkestoisia traumakokemuksia kokeneilla kortisolitasot ovat akuutin vasteen sammumisen myötä alhaiset eikä kortisoli pysty suojaamaan elimistöä trauman aiheuttamalta sympaattiselta yliaktivaatiolta. Kortisolipitoisuuden häiriöt lapsella voivat juontaa juurensa jo sikiövaiheeseen, jos äiti on kokenut pitkäkestoista tai toistuvaa stressiä raskausaikana. Säätelyhäiriöllä voi olla myös puhtaasti geneettisiä taustatekijöitä, joita tunnetaan vielä huonosti ja niiden erottaminen muista syistä on vaikeaa. HPA-akselin häiriöt johtavat hippokampuksen surkastumiseen ja sen myötä kyky tulkita uhkaavia tekijöitä oikein heikkenee ja traumatisoitunut kokee takautumia traumatapahtumaan vähäisistäkin triggereistä. (Haravuori 2009)

Yksilölliset temperamenttipiirteet säätelevät reaktioherkkyyttä stressoreita kohtaan (Keltikangas-Järvinen 2008a). Sitkeys, optimismi, itsesäätelykyky, kulttuuri ja hyvä lapsuusajan kiintymyssuhde tasapainottavat reaktioherkän yksilön stressinsäätelykykyä. Impulsiivisuus, neuroottisuus ja tarkkaavaisuuden häiriöt taasen lisäävät stressiherkkyyttä seuraamuksineen. Hyvä elämänlaatu kertoo riittävästä reagointi- ja sopeutumiskyvystä ja siihen on olemassa spesifejä mittareita, kuten esim. 15-D tai Rand-35. (Korkeila 2008)

Voimakkaan trauman seurauksena psyyken rakenteessa voi tapahtua kahtiajako, dissosiaatio, jossa lapsi erottelee normaaliksi arvioimansa maailman siitä poikkeavasta. Poikkeavalle puolelle jäävät sekä mielen että kehon traumaattiset muistot, jotka ikään kuin elävät eri emotionaalisessa persoonassa normaalin rinnalla samassa lapsen kehossa. Osa niistä kaikkoaa muistin ulottumattomiin vaikuttaen kuitenkin aktiivisesti niin sosiaalisesti, psyykkisesti kuin fyysisesti kun lapsi tai nuori joutuu myöhemmin elämässään vastaavantyyppisen uhan alaiseksi. Muistojen häivyttäminen on tiedostamaton tapa suojella itseään täydelliseltä hajoamiselta. Kokemukset voivat vierailla

normaalissa persoonassa esim. unien tai takautumien muodossa tai fyysisellä tasolla aiheuttaen esim. paniikkihäiriöitä uhan alaisena oltaessa. Toisaalta vaikeitakin asioita kohdattaessa vielä aikuisenakin ne saatetaan ohittaa vailla mitään tunnekontaktia ikään kuin sen toisen osan kokemina, joka ei ole aktiivinen osa itseä. Vastaanottotilanteessa tämä saattaa hämätä hoitavaa henkilöä niin että hän arvelee ettei potilas tarvitse apua, kun asiat eivät tunnu koskevan häntä mitenkään. Oireita ei välttämättä myöskään osata yhdistää traumaperäisiksi, jos potilaalla ei ole edes muistikuvaa siitä, mitä menneisyydessä on tapahtunut. (Lipsanen 2005, Suokas-Cunliffe 2006a,b, Söderholm 2012, Lajunen 2015)

Mikäli kohteena on pieni lapsi eikä hän pysty puolustautumaan uhkatilanteessa, hänen elimistönsä reagoi siihen parasympaattisen hermoston aktivoitumisella, joka valmistaa häntä jähmettymään paikoilleen, kadottamaan mielestä tapahtumat, olemaan reagoimatta tilanteeseen, ulkoistamaan sen tietoisuuden ulkopuolelle ja lopulta kuolemaan ääritilanteessa. Alistumiseen pakotetut lapset kantavat toimintamallin aikuisuuteen saakka eivätkä he pysty puolustamaan itseään silloinkaan traumaattisissa uhkatilanteissa, koska lapsuuden toimintamalli aktivoituu. Tällä tavalla lapsena traumatisoituneesta tulee helposti myös aikuisena parisuhteessa esim. lähisuhdeväkivallan uhri, vaikka hän tietää ettei siihen pitäisi suostua. (Söderholm 2012, Kirkengen 2005, Mäntymaa 2003, Fellitti 1998)

Uhrit saattavat kuulla myös ääniä, jotka liittyvät lapsuuden traumakokemuksiin. Samoin kipu, tietyt kehon liikkeet, jopa kouristukset voivat ilmaantua vähäisenkin ärsykkeen laukaisemina vielä aikuisiälläkin ilman elimellistä sairautta. Kehon muistot elävät mukana jokapäiväisessä elämässä ilman laukaisevaa uhkaakin. Tilaa kutsutaan somatoformiseksi häiriöksi. Uhri saattaa olla muiden elämän osa-alueiden suhteen täysin toimintakykyinen ja ulospäin normaalilta vaikuttava (Kirkengen 2005, Fellitti 1998, Mäntymaa 2003)

Dissosiatiiviset häiriötilat rajoittavat traumatisoituneen ihmisen elämää, koska hän joutuu välttelemään traumamekanismia laukaisevia tilanteita niin ihmissuhteissa kuin liikkumisessa erilaisissa ympäristöissä. Tulkinnat ärsykkeistä arkisissa tilanteissa voivat poiketa siinä määrin normaalista että hänen on vaikea elää toisen ihmisen kanssa esim. parisuhteessa. Tunnetilat vaihtelevat äkisti, aggressiot laukeavat mitättömistä ärsykkeitä, tulee väärinymmärryksiä eikä normaali osapuoli pysty ennakoimaan reaktioita eikä ymmärtämään niiden logiikkaa eikä jakamaan kokemuksia. Traumatisoitunut ei saa siten myöskään läheisiltään tukea. Odotukset saada turvaa ja huolenpitoa ovat suuret, mutta läheisyyden kohtaaminen ja vastaanottaminen saattaa olla silti vaikeaa. Normaali sosiaalinen elämä ja vuorovaikutus kärsivät ja pitkäkestoinen parisuhde, opiskelu ja työssä käynti saattavat muodostua haasteellisiksi. Seksuaalinen läheisyys voi aktivoida lapsena tapahtuneet ahdistavat kokemukset, samoin oman lapsen syntymä ja läheisyys. Toimintakyky vaihtelee ennustamattomasti. Myös terapiasuhteelle traumatisoitunut potilas muodostaa haasteen tarvitsevuuden ja vihan vuorotellessa äkkiarvaamatta kohtaamistilanteissa. (Lajunen 2015, Kirkengen 2005, Mäntymaa 2003)

Lapsuudessa traumatisoitunut vanhempi voi käyttäytyä hyvin ennustamattomasti ja epäloogisesti vanhempana, jolloin hän käyttäytymisellään traumatisoi edelleen omaa lastansa. Lapsi luontaisesti ajattelee kohtelun johtuvan hänestä itsestään ja hän yrittää miellyttää omaa vanhempaansa yrittäen ansaita parempaa ja oikeudenmukaista kohtelua onnistumatta siinä ja alkaa tuntea itsensä sen vuoksi huonoksi ja mitättömäksi. Keski-iässä kyky pitää erillään dissosioituneen persoonan eri osia heikkenee ja yhteys trauman kokeneeseen emotionaaliseen persoonaan lisääntyy ja ihminen masentuu ja menettää toimintakykyään. Traumat voivat aktivoitua myös hoidon myötä esim. suljetulla osastolla tai leposide-eristykseen joutuessa tai fyysisen vammautumisen yhteydessä kun yhteys terveeseen ympäristöön ja sosiaaliseen verkostoon menetetään. Toisaalta potilas tai lapsi voivat kyetä selviytymään vaikeista tilanteistaan kapeuttamalla tietoisuuttaan keskittymällä tekemään miltei pakonomaisesti jotain itselleen mielenkiintoista asiaa sulkien muun todellisuuden ulkopuolelleen,

joka puolestaan voi haitata muiden sosiaalisten ja käytännön taitojen oppimista. (Mäntymaa 2003, Kirkengen 2005)

Traumaperäisten stressihäiriöiden tunnistaminen masennuksen taustalla parantaisi hoidon tuloksellisuutta (Suokas-Cunliffe 2006c, Haravuori 2009). Jos masennukselle löytyy selkeä laukaiseva tekijä, pitäisi sitä nimittää sopeutumishäiriöksi (ICD-10- tautiluokitus). Ensimmäisen masennuksen yhteydessä laukaisevana tekijänä on usein henkilökohtainen menetys tai uhka, joihin ei ole voinut itse vaikuttaa. Relapseissa laukeaminen tapahtuu herkemmin eli pienemmistäkin syistä, kuten sairastumisen, roolin muutoksen ja sosiaalisissa suhteissa tapahtuneen menetyksen vuoksi. (Coyne 1991, Korkeila 2005)

2.5. Työn ja masennuksen yhteydet

2.5.1. Historiallista taustaa

Kova työ ihmisarvon mittana leimasi sodanjälkeisiä vuosikymmeniä etenkin vähän koulutetuilla. Ennen 90-luvun lamaa työurat etenivät vakaasti, jolloin oli mahdollista sosiaalistua työhönsä ja ammattirooliinsa koko työelämän ajaksi. Yksilö oli ikään kuin yhtä sen kanssa, mitä teki. Itsearvostus oli vahvasti sidoksissa työstä saatuun myönteiseen palautteeseen. Sosiaalietuuksien puuttuessa oli myös pakko selvitä omillaan. Kova työnteko motivoi, kun se takasi mahdollisuuden nousuun sosiaaliluokasta toiseen. Jälleenrakennuksen ja rintamamiestilojen perustamisen aika sekä perinteisen maa- ja metsätalouden alasajo 60- ja 70- luvuilla muuttivat perheiden elämäntapoja ja –olosuhteita erittäin paljon. Sota-aikana alkutuotannossa eli kotona työtä teki vielä puolet väestöstä, 70-luvulla enää 15 %. Teollisuudessa automaatio söi perinteisiä työtehtäviä ja aiheutti tarvetta siirtyä muihin tehtäviin ja osittain loi pohjaa rakenteelliselle työttömyydelle. Myös koulutusmahdollisuuksien paraneminen edisti lasten eriytymistä vanhempiensa ja sukujensa ammateista ja asuinympäristöstä ja edisti muuttoliikettä kasvukeskuksiin. Lapsuudessa omaksutut arvot ja toimintamallit joutuivat koetukselle yhteiskunnan murroksessa. (Kerätär 1997, Julkunen 2009, Siltala J 2004, Kortteinen 1992, Tuomainen 2002, Jokinen 2002)

Työssäolo nykyisin vaatii yhä enemmän joustavuutta, dynaamisuutta, luovuutta ja yhteistyötaitoja. Monien pitkän työuran tehneiden työntekijöiden näkemys työssä olemisesta ja sen suorittamistavoista koki törmäyskurssin 90-luvun laman seurauksena ja sopeutuminen uudenlaisiin työtehtäviin kävi osalle mahdottomaksi. Työn arvo koki inflaation ja osalla koulutuksen puute, asuminen eri alueella kuin missä työpaikat olivat, kulkuyhteyksien puuttuminen ja vuorovaikutustaitojen puute heikensivät mahdollisuuksia osallistua muuttuneeseen työelämään. Kun vielä mukaan tuli sairauksia, selviytyminen kävi vaikeaksi. Nuoret työntekijät tulivat työelämään uudenlaisine arvoineen ja vanhat työntekijät tunsivat itsensä ulkopuolisiksi ja arvottomiksi entisillä työpaikoillaan. (Kerätär 1997)

Edelleen vanhoja ammatteja häviää ja uusia tulee tilalle. Yksi koulutus ja ammatti ei riitä koko työuran ajaksi. Työ hallitsee enemmän ihmistä kuin ihminen työtä. Työtehtävät on mitoitettu 100 % työkykyisille monitaitoisille ja tehokkaille, sosiaalisesti taitaville, hyvin koulutetuille itseohjautuville ihmisille. Työn hyvin tekemisestä ei enää palkita ja hyväkin työntekijä voidaan siirtää syrjään. Aikuisuus ei voi toteutua työelämän kautta ansaitulla arvovallalla ja vakaudella. Ikääntyvät työntekijät eivät täytä enää työn vaatimuksia ja uhkana on työuupumus ja lopulta psyykkinen sairastuminen. Loppuun asti yrittäminen kaikista sairauksista huolimatta on koettu kuitenkin kunnia-asiana. Työelämän muuttuminen on heikentänyt myös elämänhallintaa. Muutos ei ole ollut aina hallittua, ymmärrettävää eikä mielekkääksi koettua. Levottomuus on levinnyt työstä myös perhe-

elämään, josta on tullut myös pätkittäistä ja ennustamatonta, joka on haastanut varsinkin lapsiperheitä. (Tuomainen 2002, Siltala J 2004, Julkunen 2009, Ehrenreich 2006, Kinnunen 2005b)

Työelämässä on siirrytty 90-luvun alusta lähtien markkinaohjaukseen. Sosiaaliturvaa on rapautettu, myös julkishallinto on alistettu kilpailutukselle, toimintaa on karsittu, määräaikaiset työsuhteet ovat lisääntyneet, joiden seurauksena työntekijöihin kohdistuneet paineet ovat lisääntyneet. Työntekijä on menettänyt työstä saadun turvansa. Ihmisten tarpeiden tyydyttämisestä on siirrytty enemmän talouden tarpeiden tyydyttämiseen työnteossa. Seurauksena on ollut stressin ja uupumisriskin lisääntyminen työssä olevilla ja syrjäytymisen uhka työttömillä ja työttömyysuhan alla elävillä. Pitkäaikaistyöttömyys on jäänyt pysyväksi ilmiöksi etenkin nuorilla. 60-luvulla syntyneistä oli 60 % tyypillisissä työsuhteissa, -70- luvulla syntyneistä vain 30 %. (Salminen 2004, Rifkin 1997, Sennett 2002, Mauno 2005, Julkunen 2009)

Työelämän muutoksella uskotaan olevan merkitystä mielenterveysongelmien vuoksi lisääntyneisiin sairauspäivärahakausiin ja ennenaikaisiin eläkkeisiin. Uskotaan että muutokset heikentävät yksilön autonomian ja elämänhallinnan tunnetta. Ne vaativat uusien arvojen ja asenteiden omaksumista työtä kohtaan sekä valtavasti uusien asioiden jatkuvaa omaksumista. Muutos ulottuu myös niille aloille, joihin sen ei ole uskottu pystyvän puuttumaan, kuten opetus ja terveydenhuolto. Työ vaatii lisää joustoja, usein yksityiselämän kustannuksella epämukavien työaikojen, ylitöiden ja kotiin menevien töiden osalta. Muutoksissa selviytyminen vaatii sitkeyden (resilienssin) lisäämisestä, kykyä palautua kuormitustilanteiden jälkeen ja välillä, dynaamisuutta ja mukautumista muuttuviin olosuhteisiin ilman katkeamista. (Julkunen 2009)

Työntekijät ja työpaikat joutuvat kilpailemaan jatkuvasti keskenään, sopeutumaan muutoksiin, kokevat epävarmuutta tulevaisuudesta, edellyttävät jatkuvaa uuden oppimista, laajojen kokonaisuuksien hallintaa, vastuun ottoa ja kykyä sietää ristiriitoja. Tulosjohtaminen etäännyttää johdon suorittajatasosta. Työstä tulee kilpailun areena. Kilpailun kovetessa oikeudenmukaisuus kohtelussa ja päätöksenteossa saattaa kärsiä ja yksilötason pelot tulevaisuuden suhteen lisääntyvät, työntekijän arvostus yksilönä heikkenee, hän on vain osa koneistoa. Mielenterveyden häiriöt heikentävät niin kykyä olla vuorovaikutuksessa työtovereiden, esimiesten ja asiakkaiden kanssa kuin keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta työssä, oppimiskykyä ja muistitoimintoja, vaikeuttavat päätöksentekoa, työn tuloksen positiivista arvioimista, käsitystä itsestä ja hidastavat työn psykomotorista suorittamista. (Sinokki 2010)

Depressioon sairastumisen aiheuttaman työkyvyttömyyden lisääntymisen taustalla on arvioitu olevan mm. työn ja koko yhteiskunnan vaatimusten lisääntyminen, huonot mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä, huonot ihmissuhteet työpaikalla, johtamisongelmat, ammattitaidon riittämättömyys työhön nähden ja kiireinen työtahti sekä muut kuormittavat elämäntapahtumat ja naissukupuoli em. liittyen. (Pohjolainen 2005)

Kopp (2008) on tutkinut unkarilaisia, joilla nopeasti muuttuva yhteiskunta on lisännyt selvästi psykososiaalisia ongelmia työkyvyttömyyden syynä. Työn epävakaus, alhainen kontrolli, alhainen sosiaalinen tuki työssä, työskentely myös viikonloppuisin, tyytymättömyys työhön ja esimieheen, työperäiset negatiiviset elämäntapahtumat toimivat riippumattomina masennusta aiheuttavina tekijöinä. Unkarissa masennus, toivottomuuden tunne ja kontrollin menetys ovat riskitekijöitä ennenaikaiselle sairastumiselle ja kuolemalle. Monet tekevät 2-3 matalapalkkaista työtä eläkkeen. Työn psykososiaaliset tekijät olivat itsenäinen masennuksen riskitekijä ilman persoonallisuuden osuuttakin. Stressin ja mielenterveyden välisenä mediaattorina toimivat koulutus, tulot ja sosiaalinen tuki.

Psykososiaalinen työkuormitus ilmenee Honkosen (2003) mukaan mm. työn sisältöön liittyvinä kielteisinä näkemyksinä, työn huonona organisointina, työpaikan ongelmallisina sosiaalisina suhteina ja johtamiseen liittyvinä ongelmina. Näiden seikkojen on havaittu lisäävän mielenterveyden

häiriöiden esiintymisen todennäköisyyttä. Työ oli ennen ihmistä ja hänen elämäänsä varten. Nyt koetaan että ihminen on olemassa työtä varten. Tilanteeseen toki vaikuttavat oman elämän kuormitustekijät myös, kuten perheen/perheettömyyden ja läheisten aiheuttama kuormitus, taloudellinen tilanne, lapsuudenkokemukset ja somaattiset sairaudet. Myös työssä koetuilla traumaattisilla tilanteilla voi olla sairastuttava vaikutus, mutta ne ovat kuitenkin yleensä lukumääräisesti vähäisiä. Luottamuksellinen ja hyväksyvä työilmapiiri, yhteishenki ja sosiaalinen pääoma voivat ehkäistä masennusta, ero oli 20-50 % huonoon ilmapiiriin nähden masennusriskissä (Kouvonen 2008).

STM:n työsuojelustrategiaraportista (2008) ilmenee että työolot, kuten työn järjestäminen, sen sisällöt ja sosiaalinen vuorovaikutus ovat muuttuneet vain vähän huolimatta työeläkkeiden määrän kasvusta. Työ koetaan edelleen henkisesti kuormittavaksi ja ruumiillisesti rasittavaksi osassa työpaikkoja. Henkinen väkivalta, kiusaaminen ja kiire vaivaavat. Myös kohtuuton vastuu, työn yksitoikkoisuus, sirpaleisuus, heikko tiedonkulku, epätyypilliset työajat, yksintyöskentely ja heikko tuki työyhteisössä ja esimiestasolla kuormittavat.

Kognitiivisia taitoja painottava työelämä on Pulliaisen (2006) mukaan haasteellinen masentuneelle, jonka vuoksi työkyvyttömyys uhkaa herkästi. Myös normaali ikääntyminen heikentää kognitiivisia taitoja. Nopeasti muuttuva tietotekniikka sekä työssä että palveluissa on haasteellista ikääntyneille ja mielialahäiriöistä kärsivälle. Työssä vaaditaan joustavuutta ja nopeutta, on siedettävä painetta ja kyettävä vuorovaikutussuhteisiin. Ylikuormitus aivoissa, unen puute, uupumus, mielialan lasku, kivut, aistien toimintahäiriöt, jännittäminen ja eräät lääkkeet, liiallinen alkoholin käyttö ja motivaatiotekijät vaikuttavat kognitiiviseen suoriutumiseen kaiken ikäisillä.

Työn epävarmuus lisää ahdistuneisuutta, syyllisyyttä, masennusta, keskittymisongelmia, vihamielisyyttä, unihäiriöitä ja muitakin psykososiaalisia oireita. Se aiheuttaa myös niska-hartiaoireita, vatsakipuja, sydän- ja verisuonitauteja, työstä poissaoloja ja työväsymystä. Epävarmuus tuottaa haittaa työpaikan sosiaalisiin suhteisiin, esimies-alaissuhteisiin ja työntekijöiden välisiin suhteisiin sekä aiheuttaa prososiaalista käyttäytymistä eli työskennellään enemmän kuin työssä vaaditaan paikan säilyttämiseksi. Työsuoritukset kuitenkin heikkenevät, asenteet kyynistyvät työtä kohtaan ja organisaation tehokkuus kärsii. Tämä lisää tarvetta lisätä irtisanomisia yksikössä. Työn epävarmuustekijöiden on arvioitu olevan työntekijöille yhtä haitallisia kuin puolen vuoden työttömyys. (Sverke 2002)

2.5.2. Työstressi

Aiemmin stressi ymmärrettiin lajin säilymisen kannalta hyödyllisenä varoitusmerkkinä, jolla oli tarkoituksensa. Nykyisin se koetaan pääosin haitallisena, terveyttä uhkaavana ulkoa päin tulevana tekijänä, pääosin henkisenä. Työstressillä tarkoitetaan mm. kiireen ja paineen kokemusta työssä, ylikuormituksen seurausta tai elimistön reagointia kuormitustekijöille, tunnetta ettei kykene selviytymään asetetuista vaatimuksista. Stressi ilmenee fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina oireina ja toimintahäiriöinä, kuten unohteluna, virheiden tekemisenä, tiedon käsittelyn vaikeutena, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriintymisenä, työtahdin hidastumisena, laadun heikkenemisenä ja univaikeuksina. Työyhteisössä se ilmenee ristiriitoina, työilmapiiriongelmina, välinpitämättömyytenä, syrjään vetäytymisenä, eristäytymisenä ja vaikeutena hallita tunteitaan. (Sinokki 2010)

Työ ja terveys Suomessa- selvityksen mukaan (2012) melko tai erittäin paljon stressiä oli kokenut työssä olevista viimeisen kuukauden aikana 8 %. 28 % koki työnsä melko tai erittäin rasittavaksi henkisesti. Väsymystä, voimattomuutta, alakuloisuutta tai masentuneisuutta poti 53 % työssä käyvistä viimeisen kuukauden aikana. Noin 30 % ilmoitti työpaikallaan esiintyvän

työpaikkakiusaamista ainakin joskus. Toisaalta 88 % oli kuitenkin melko tai erittäin tyytyväisiä elämäänsä. Pärjäämisen, itsenäisyyden ja yhteenkuulumisen tarpeita tunsi työssään onnistuvan tyydyttämään n. 70 % työntekijöistä. Parhaimmat mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä olivat yrittäjillä ja hyvin koulutetuilla. 3/5 työnantajista oli erittäin tai melko kiinnostunut alaistensa terveydestä ja hyvinvoinnista. Tulevaisuuden työ on entistä enemmän tietotyötä ja asiakaspalvelua, jossa henkisen pärjäämisen merkitys tulee yhä tärkeämmäksi.

Wang (2001) havaitsi että työssä miehiä stressasi psykologiset ja naisia fyysiset vaatimukset. Tupakointi lisäsi yhteyttä masennuksen ja työstressin välillä stressaavissa töissä, joissa se saattoi toimia myös coping-keinona. Stressiteoria sopii kuvaamaan tilanteen epätasapainoa työn vaatimusten (laatu ja määrä) ja työn hallinnan (vaikutus- ja kehittymismahdollisuudet, decision latitude) sekä sosiaalisen tuen (laatu, määrä) välillä (Karasekin malli 1979). Siegristin mallin (1986) mukaan epäsuhta syntyy työssä ponnistelun (vaatimukset, velvoitteet) ja palkitsemisen (palkka, arvostus, asema, työuran kehitys) välille (Kinnunen 2005a).

Työn tehokkuus, taitovaatimukset ja kiire ovat reaalisesti myös lisääntyneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Tehokkaassa työssä ihminen ei voi toteuttaa joutilaisuuden eikä läheisyyden tarpeitaan, vaan joutuu suoriutumaan pakonomaisesti osana koneistoa vähällä tuella. Niiden aiheuttamia ongelmia työyhteisöissä ja työntekijöissä joudutaan ratkaisemaan lääketieteen keinoin. Psyykkiset resurssit toimivat puskureina psykososiaalisia stressoreita vastaan. (Terluin 2004)

Hallintakäsite (mastery) viittaa persoonallisuuden piirteeseen, tunteeseen siitä, miten hyvin muuttuvien asioiden koetaan olevan omassa hallinnassa. Hallinnan tunteen ja psyykkisen sairauden välisenä mediattorina on stressi. Stressikokemusten subjektiivisuudella, laadulla ja vakavuudella on merkitystä ja sillä, miten kokemuksensa ilmaisee, ei vain tapahtumilla sinänsä. Emotionaalinen ekshaustio tarkoittaa liiallisen työstessin aiheuttamaa tunne-elämän kapeutumista kun tunnevoimavarat häviävät. Rasituksen seurausta ovat myös uupuneisuus, heikko päätöksentekokyky, tarve elpymiseen ja vihamielisyys asiakkaita kohtaan, kun etääntyy itsestään. Em. tekijät ovat myös työuupumuksen merkkejä. Rasittuneisuus on stressin ja psykiatristen sairauksien välisenä välittäjänä, yhtenä hälytysmerkkinä. (Terluin 2004)

Depressio ja stressi menevät siten lähtökohdiltaan päällekkäin diagnostiikassa. Kyselylomakkeet eivät pysty kovinkaan hyvin erottelemaan stressiä ahdistuksesta ja masennuksesta. Terluin (2004) käytti 4DSQ- kyselylomaketta erottelemaan stressiperäisiä ja psykiatrisia oireita toisistaan. Se mittaa stressiä sekä stressin aiheuttamia seurauksia ja ponnistuksia (coping-tyylejä, joita tarvitaan stressin voittamiseksi tai pitämään yllä riittävä psykososiaalisen toimintakyvyn taso), masennusta, ahdistusta ja somatisaatiota. Matala stressitaso sulkee 4DSQ:ssa pois ahdistuksen ja masennuksen. Lomake sopisi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käyttöön, mutta sitä ei ole käännetty suomeksi. Myös masennusta ja ahdistusta on yritetty erottaa toiststaan mm. MASQ eli Mood and Anxiety Symptom Questionnairea ja DASS eli Depression Anxiety Stress Scalesia käyttäen. Näissä kuitenkaan psyykkistä ahdistusta ja somatisaatiota ei voi erottaa toisistaan. (Terluin 2004)

Bennet (2001) arvioi että työstressi riippuu siitä, miten tehokkaasti pystyy sopeutumaan/tulemaan toimeen työn stressitekijöiden kanssa (cope). Jos ympäristötekijät koetaan uhkaavina, aiheutuu siitä stressiä ja sitä kontrolloimaan tarvitaan strategioita, jotka vähentävät uhkasta aiheutuvia tunnepuolen seurauksia (Lazarus 1991). Tiedon puute liittyi ahdistukseen, sosiaaliset konfliktit ja aikapaineet masennukseen. Johdon tuen puute, tyytymättömyys työhön ja tunteiden kieltäminen liittyi molempiin, päihteiden käyttö ahdistukseen ja ihmisten välisiin konflikteihin työssä työtovereiden ja potilaiden välillä ja vapaa-aikana. Kovat työpaineet, töiden vieminen kotiin, ylityöt ja lisääntyneet työn vaatimukset kuvasivat stressaavia työolosuhteita hoitoalalla. Potilaiden kanssa työskentely yleensä ei stressannut, vain hankalat potilaat. Työtyytyväisyys ja mieliala olivat vahvasti kytköksissä toisiinsa. Masentunut näkee asiat kielteisemmin kuin muut. Naisilla ja naimattomilla, joilla oli

ruumiillisesti tai henkisesti raskas työ todettiin eniten työstressiä ja masennusta (Mausner-Dorsch 2000).

Työn psykologisiin stressitekijöihin kuuluvat mm. työssä ilmenevät odottamattomat tehtävät ja henkilökohtaiset konfliktit. Työn vaativuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien puutteen ja psyykkisen sairauden välisenä tekijänä on koettu stressi. Vaikutusmahdollisuuksilla omaa työtä koskien (job decision latitude) tarkoitetaan keinoja kontrolloida omaa tekemistään ja hallita sitä ja siten valita sopivimmat coping-keinot kussakin tilanteessa, kuten sosiaalinen tuki tai työaikajärjestelyt. (Terluin 2004, Paso 2001)

Ne, joilla oli paljon stressitekijöitä kyselyissä, olivat taipuvaisempia sairastumaan masennukseen. Stressiä aiheuttavat tekijät aiheuttavat aivoissa adaptaatiohäiriön ylittäessään aivojen neuroendokrinologisen adaptaatiokyvyn. Aiempi masennus voi pitkäänkin vaikuttaa suorituskykyyn ja jaksamiseen myös työssä, joka voi aiheuttaa stressiä ja sitä kautta altistaa uudelle masennukselle. (Wang 2001)

Työelämässä stressitekijöitä voi jakaa esim. fyysisiin työoloihin, työtehtävien vaatimuksiin, rooliepäselvyyksiin ja –ristiriitoihin, työtoveri-, esimies- ja asiakaserimielisyyksiin, työaikaa koskeviin ongelmiin, työuralla etenemisen vaikeuksiin, traumaattisiin tapahtumiin (fyysiset, henkiset) ja organisaatiomuutoksista johtuviin. Yksilötasolla lyhytkestoiset stressireaktiot näkyvät mm. fysiologisina reaktioina, mielialan muutoksina, kognitiivisina häiriöinä (muisti, keskittyminen), työsuorituksien heikkenemisenä ja tapaturmina, työyksikkötasolla työntekijöiden välisinä ristiriitoina, työn ulkopuolella hitaana palautumisena työstä, kielteisten mielialojen ja tunteiden siirtymisenä työn ulkopuolelle. Pitkään kestettyään ne aiheuttavat fyysisestä tai psyykkistä työ- ja toimintakyvyn laskua, heikentynyttä työhyvinvointia, työpaikan vaihdoksia ja sairauspoissaoloja. Työperäisen stressin arvioitiin aiheuttaneen 20 biljoonan euron kustannukset Euroopassa vuonna 2002. (Kinnunen 2005a)

Työstressi lisäsi kaikentasoista mielialan laskua (Mausner-Dorsh 2000). Mielialaan vaikuttivat eniten johdon tuen puute, työstressi, aikapaineen alainen työ, riidat työssä ja työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeus. Sosiaalinen tuki vähentää stressiä, mutta alakuloiset eivät jaksa etsiä sosiaalista tukea. Pitäisi vaikuttaa stressin syihin organisaatiossa, esim. tehtävien uudelleenjärjestelyllä, työympäristön muutoksilla, työaikajoustoilla, osallistavalla johtamisella, henkilökohtaista urasuunnittelua tekemällä, työrooleja selkiyttämällä, tavoitteita asettamalla, sosiaalista tukea ja palautetta antamalla, rakentamalla kohesiivisia tiimejä ja ylläpitämällä reilua työvoimapolitiikkaa. (Bennett 2001)

2.5.3. Työuupumus

On arvioitu että nykyisessä työelämässä olevista 25-30 % kärsii vähintään lieväasteisesta työuupumuksesta (Ahola 2010). Keinona työstressin ja uupumuksen ehkäisyyn olisi työolosuhteiden säännöllinen seuraaminen ja työkuormituksen säätäminen sopivaksi. Työturvallisuuslain (Työturvallisuuslaki) mukaan työnantajan on ryhdyttävä selvittämään asiaa, jos työntekijä alkaa kärsiä työperäisistä poissaoloista. Työsuojelullisilla toimenpiteillä koetetaan suojella yksilöitä liialliselta stressiltä. Kollektiivisten työolojen sijaan ongelmat nimetään monesti emotionaalisiksi ja terveydellisiksi yksilötasolla, kuten uupumus ja masennus, ei yhteiskunnallisiksi tai poliittisiksi. Työstressin hallinta jää pitkälti omaan varaan, jopa vain laitteiden, kuten stressimittarin avulla seuraamiseen. Työnjohdollinen stressinhallinta jää heikoille, vaikka puhutaan paljon työhyvinvoinnin kehittämisestä ja tyhy- toiminnasta. Masennusta on ajateltu ruumiin vastareaktiona epätyydyttäville olosuhteille muiden keinojen puuttuessa. (Julkunen 2009)

Työstressissä ihminen ponnistelee selviytyäkseen tilanteesta, uupumuksessa ponnistelu ei enää onnistu. Masennus seuraa työuupumusta ja levittäytyy lamaannuttaen kaikille elämänaloille. Työssä yritetään jaksaa viimeiseen asti, kotiasiat kärsivät ensin. Työn imu on vastakohta työuupumukselle (Hakanen 2005). Työuupumuksen aiheuttajina on kuvattu mm. liian suuri työmäärä, uudet työtehtävät, uusien työvälineiden käyttöönotto, ristiriidat työpaikalla ja esimiesten kanssa ja organisaatiomuutokset. Myös yksityiselämän asiat verottivat voimavaroja työstä, kuten avioero, läheisen kuolema, taloudelliset huolet sekä persoonaan liittyvät tekijät, kuten työn asettaminen keskeiseen rooliin, velvollisuudentunne, tunnollisuus ja liiallinen vaativuus itseä kohtaan. (Kinnunen 2005b)

Työuupumusta ei ole kelpuutettu sairauspäivärahan perusteeksi. Kuitenkin se edeltää usein masennusta ja pitkäaikaista työstä poissaoloa, jonka vuoksi se pitäisi tunnistaa (Toppinen-Tanner 2011). Työuupumuksen taustalla on havaittu korkeaa työmoraalia tai totuttuihin työrooleihin liittyviä ristiriitoja. Työuupumus on Julkusen (2009) mukaan masennuksen esiaste, joka syntyy pääosin ihmissuhdeammateissa riittämättömillä resursseilla varustetussa työssä, jossa joutuu kokemaan koko ajan riittämättömyyttä auttaa ihmisiä, epäsuhtana työn vaatimusten ja resurssien välillä.

Ylisitoutumisen ja liiallisen ponnistelun on todettu johtavan työuupumukseen. Myös käyttäytymismalli (A-tyyppisyys) saattaa altistaa uupumukselle, samoin puuttuvat tai tehottomat coping-keinot ja temperamentti. Työssä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaatimukset ovat kasvaneet ja masennus haittaa siinä enemmän kuin fyysisen suorituskyvyn rajoitukset. Työuupumus näkyi usein kotona ennen kuin työssä. (Kinnunen 2005b)

Työuupumuksen synnyn ymmärtämiseksi pitäisi tavoittaa paremmin sen sosiaalisia, psyykkisiä ja kulttuurisia vaikuttimia, joiden perusteella voitaisiin päättää miten hoito ja kuntoutus olisi syytä järjestää. Työkykyisyyteen vaikuttavat esim. työmarkkinatilanne, työkulttuuri, yhteiskunnan ja taloudellinen tilanne sekä kriisit. Lisäksi yksilölliset ominaisuudet, kulttuuriympäristö, luonto ja ihmissuhteet vapaa-aikana vaikuttavat työssä jaksamiseen. Yksilön arvot määrittelevät, miten hän näkee em. seikkojen merkityksen omassa elämässään. Myös minäkuva ja työ- ja perheroolit määräytyvät arvovalintojen kautta. (Kerätär 1997)

Työuupumuksen ja kyynisyyden katsottiin (Ahola 2008) ennustavan työkyvyttömyyseläkettä. Myöntämisperusteena lopulta oli mielenterveyden häiriö tai tuki- ja liikuntaelinvaiva. Vakavasti uupuneista joutui työkyvyttömyyseläkkeelle 22 %, uupumattomista 2 %. Merikannon (2002) mukaan työkyvyttömyyttä ennakoiviksi tekijöiksi arvoitiin yleisesti heikko psykososiaalinen toimintakyky, koettu heikko terveydentila ja korkea ikä. Masennusoireiden vaikeusaste ei korreloinut työkyvyttömyyteen.

Glassin (1993) mukaan työn hallinnan puute voi johtaa masennukseen ja työuupumukseen. Työuupumus on siis työperäisen depression prekursori. Oireina ovat emotionaalinen uupuminen, depersonalisaatio, heikentynyt suoritustaso, heikentyneet voimavarat, kontrollin puutteen tunne, avuttomuus, alentunut työhön sitoutuminen, negatiiviset asenteet itseä, työtä ja muita kohtaan. Työuupumus uhkaa eniten ihmissuhdetyöläisiä, kuten mielenterveystyössä olevia, lääkäreitä, hoitajia, opettajia jne. (Ahola 2010). Sen diagnostiset kriteerit (Ahola 2005) ovat epäselvät ja sen myötä myös erotusdiagnostiikka. Erityisesti ero masennukseen voi olla epäselvä. Ne sisältävät molemmat negatiivisia tunnetiloja ja siksi ne esiintyvät päällekkäin mitattaessa (overlap) (Glass 1993). Uupumus aiheuttaa työstä poissaoloja ja altistaa päihteiden käytölle. Työuupumuksen mittarina käytetään Maslachin Burnout Inventoryä (MBI), joka mittaa emotionaalista uupumusta, depersonalisaatiota ja henkilökohtaisia saavutuksia (Wang 2001). Hallinnan puute omassa työssä johtaa krooniseen stressiin, tunne-elämän kapeutumiseen ja negatiiviseen käsitykseen itsestä, josta seuraa ahdistus ja lopulta masennus. Toisaalta myöskin olemassa oleva masennus saa aikaan hallitsemattomuuden tunteita.

Hallinnan tunteen, työuupumuksen ja depressio-oireiden välisiä yhteyksiä tutkittaessa 2 vuoden seurannassa ei pystytty osoittamaan ajallista järjestystä oireille, mikä edeltää mitäkin. Hallinnan tunnetta horjuttavien tekijöiden tärkeydellä ja merkityksellä ja esiintymistiheydellä on osuutta koettuun hallinnan tunteeseen. (McKnight 1995)

Tselebis (2001) osoitti SOC:in, depression ja työuupumuksen korreloivan keskenään. Koherenssin tunne tekee vastustuskykyiseksi stressiä, masennusta ja työuupumusta vastaan. SOC on evolutionaarisesti syntynyt, osittain synnynnäinen luonteenpiirre. Ahdistus ja perheen tuki pitäisi ottaa mukaan myös työstressin ja työuupumuksen synnyn arvioinnissa.

Sekä Suominen (2002) että Feldt (1999 ja 2003) esittävät että suuret elämäntapahtumat ja merkityksenanto niille sekä työhön ja työympäristöön liittyvät muutokset voivat muuttaa SOC:ia vielä aikuisena. Korkea SOC on yhteydessä korkeaan työtyytyväisyyteen ja vähäisiin psykosomaattisiin oireisiin sekä toimiviin sosiaalisiin suhteisiin. Elämänhallinnan parantuessa myös työpaikan ilmapiiri koettiin paremmaksi, työkyky koheni, elämänlaatu, perhesuhteet ja muut läheiset suhteet, kuten myös puolison jaksaminen parani. Stressioireet vähenivät ja sitä kautta yleinen terveydentila kohentui.

Masennukseen ja työuupumukseen sairastuneilla on taipumus arvioida tarkkaan työtään ja he ovat kenties perfektionistisempia ja vaativat itseltään suurempaa työn hallintaa kuin terveet. Hoitoalan ihmisillä on suurempi herkkyys ja tarve hallita työtään kuin muilla, joka voi altistaa uupumukselle ja masennukselle. Hoitoalalla asetetaan myös epärealistisia tulevaisuudentavoitteita. Kognitiivinen tulkintatapa ja coping-tyyli voivat olla lähtökohtaisesti erilaisia niillä, jotka sairastuvat kuin niillä, jotka eivät sairastu. Ne, jotka käyttävät kieltoa ja torjuntaa puolustusmekanismina, voivat suojautua stressiltä, uupumiselta ja masennukselta. On siis parempi joskus tunnustaa työn hallitsematon luonne ja olla suurpiirteisempi kuin yrittää hallita sitä. (Glass 1993)

Erityisesti tietotyöhön liittyviä haasteita ovat kognitiivisen kuormituksen kasvu, suurien tietomäärien seulonta ja käsittely, aivojen väsyminen siinä sekä epätyypilliset työajat ja työajan vyöryminen kotiin ja vapaa-ajalle. (Müller 2006)

2.5.4. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky

Salmisen (1997) artikkelissa työkykyyn vaikuttavista tekijöistä masennukseen liittyy usein persoonallisuushäiriö ja ahdistuneisuus, jotka vaikuttavat kokonaisuuden hoitoon ja kuntoutukseen. Työllistymisen esteenä masentuneilla on monesti heikko psyykkinen suorituskyky, vähäinen motivaatio ja vaikeus löytää sopiva työtä. Kaikista masentuneista Mini- Suomi- tutkimuksessa 28 %:n työkyky oli huomattavasti alentunut ja 7 % oli täysin työkyvyttömiä. Vakavassa masennuksessa osuudet ovat vieläkin suurempia, 2/3:lla työkyky oli merkittävästi alentunut ja 40 % oli täysin työkyvyttömiä. Alentuneeseen työkykyyn liittyy riski jäädä työttömäksi. Akuutin masennuksen vaatima työkyvyttömyys oli kestänyt keskimäärin puoli vuotta, vaikka masennusoireet hellittävät jo aiemmin.

Itsetunto- ongelmat, häpeä, huonommuuden ja riittämättömyyden tunteet vaikeuttavat työhön paluuta. Usein masennusta arvioidaan oiremittareilla, joka ei ota näitä tekijöitä huomioon. Persoonallisuuden rakenteen arviointiin ei myöskään paneuduta riittävästi, vaikka persoonallisuushäiriöt pitkittävät toipumista ja altistavat uudelleen sairastumiselle. Vähintään yksi lisädiagnoosi oli 61 %:lla, joista tavallisin oli persoonallisuushäiriö (Merikanto 2002). Salmisen tutkimuksessa (1997) vakavasti masentuneilla oli 79 %:lla myös persoonallisuushäiriö. Sen kategorioita olivat sekamuotoinen (32 %), vaativa (21 %), estynyt (20 %), epävakaa (12 %) ja riippuvainen (11 %). Raiskilan (2016) mukaan vaativa persoonallisuus oli vieläkin yleisempää.

Naisilla riippuvainen persoona on yleisempi kuin miehillä ja miehillä taas vaativa persoona, muut olivat yhtä yleisiä molemmilla. 21 %:lla oli enemmän kuin yksi persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriö vähentää joustavuutta ja uusiin olosuhteisiin ja tilanteisiin sopeutumista erityisesti työssä. Monet vaativat liikaa itseltään eivätkä pysty myöntämään jaksamattomuuttaan. Estyneet persoonat eivät pysty kommunikoimaan riittävästi työyhteisössä työstä selviytyäkseen ja he hakeutuvat pitkällä viiveellä hoitoon.

Masennuksen alkamisesta hoitoon hakeutumiseen oli kestänyt keskimäärin vuosi. Viive johtui omasta arviosta selvitä ilman hoitoa, ei hoidon puutteesta. Riippuvaiset persoonat, etenkin naiset, kokevat herkästi ahdistusta ja menettävät toivonsa menetyksiä kokiessaan tai jos joutuvat tekemään itsenäisiä ratkaisuja. He tekevät hyvin tunnollisesti työtään ja ovat ahkeria, mutta uupuvat tai sairastuvat masennukseen kun työssä tulee muutoksia. Epävakaa persoona on impulsiivinen, harkitsematon, lyhytjännitteinen ja altistuu ihmissuhdeongelmille. Noin kolmanneksella oli kognitiivisia häiriöitä, jotka voivat vaikuttaa siihen, millaista työtä pystyy tekemään. Noin kolmannes arvioitiin pysyvästi työkyvyttömiksi vakavasti masentuneista, jotka olivat olleet sairauslomalla keskimäärin 6 kk. Vielä vuoden kuluttuakin puolella oli ainakin lieväasteisia oireita. Huomioon pitäisi ottaa myös kaksoisdiagnoosin mahdollisuus. Vaikka masennus paranisikin, jää sivudiagnoosi edelleen vaikuttamaan työkykyyn. 15-20 % masennuksista kroonistuu hyvästä hoidosta huolimatta (Vuorilehto 2008b). (Salminen 1997)

2.5.5. Coping- keinot työssä

Coping-taidot helpottavat selviytymistä fyysisesti ja henkisesti stressitilanteissa. Olennaista on eri coping-tyylien hallinta stressorien ja yksilöllisten käyttäytymis- ja toimintamallien mukaan. Esimerkkeinä emotionaalinen coping (tunteiden poissulkeminen, ilmaisu ja acting out), välttämiscoping (rajoitetaan pois, konfrontoidaan ongelmat), palliatiivinen coping (negatiivisten tunteiden distraktio tai psykoaktiivisten aineiden käyttö), ongelmakeskeinen coping (stressitekijöiden rajoittaminen, aktiivinen ratkaisujen etsintä) ja sosiaalinen coping (avun ja mielihyvän hakemista muista ihmisistä). Tunnesuuntautunut coping on heikoin strategia, tehtäväsuuntautunut ja joskus myös välttämiscoping toimivat paremmin työstressin ollessa kyseessä, vaikka välttämisreaktioilla voi olla myös kielteisiä seurauksia työyhteisössä. (Sears 2000, Terluin 2004)

Tunnesuuntautuneesta copingista seuraa lisääntynyt masennus ja työuupumusriski, johon liittyy emotionaalinen uupumus, depersonalisaatio ja aloitekyvyttömyys. Tehtäväsuuntautuneesti orientoituneilla ei ollut riskiä samassa määrin. He kykenevät hyödyntämään sosiaalista tukea paremmin. Liiallinen työkuorma, vuorovaikutus asiakkaiden kanssa ja johdon tuen puute mm. vaikeuttavat tavoitteiden saavuttamista työssä, ylittävät työntekijän voimavarat, aiheuttavat ahdistusta, stressiä ja negatiivisia tunteita, josta seuraa työstä poissaoloja, joiden on jopa puolessa tapauksista arveltu olevan yhteydessä stressiin. Se lisää vaihtuvuutta työntekijöissä ja aiheuttaa haittaa työnantajalle, työntekijöille ja asiakkaille. Työteho laskee samalla, työmoraali heikkenee ja sosiaalinen vuorovaikutus työssä, kotona, parisuhteessa ja vapaa-aikana vähenee. (Sears 2000, Cooper 2003)

Persoonallisuus ja coping-strategiat vaikuttavat siihen, miten työstressi koetaan. Tunnesuuntautunut coping ja neuroottinen persoonallisuudenpiirre johtavat negatiivisiin tulkintoihin esim. organisaatiomuutoksissa. Yksilöllisiin coping-keinoihin turvautuminen ei riitä em. tilanteissa, vaan vaaditaan systemaattisempaa apua muutostilanteisiin. Coping-tyylillä on suora vaikutus masennusriskiin ja epäsuora persoonallisuuden ja koetun sosiaalisen tuen, työn vaatimusten ja hallinnan tunteen kautta. (Cooper 2003)

Coping-tyylit vaikuttivat siihen, miten työntekijä kokee työn hallinnan ja vaatimukset. Vaikuttaminen coping-tyyleihin auttaa enemmän ja pysyvämmin kuin tilannekohtainen tuki työtovereilta tai esimieheltä. (Kitaoka-Higashiguchi 2003)

Työstressin hallintaongelmiin apua hakevilla oli yllättävän usein kyse mielenterveyden häiriöstä, enimmäkseen ahdistuksesta, mutta myös masennuksesta, jopa 85-86 %:lla. Myös työuupumusta, konversio-oireita ja työn ja perheen välisiä ongelmia oli stressin syynä. General Health Questionnaire -28- lomakkeella voidaan erotella psyykkinen sairaus stressistä**.** Se löytää masennuksen, ahdistuksen, unettomuuden, somaattiset oireet ja sosiaalisen kanssakäymisen häiriöt. Monilla on varsinkin masennusta ja ahdistusta päällekkäin ja sellaisilla on useimmiten pidempiä sairauslomia. Masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä, koska masentunut mieliala, heikko motivaatio, keskittymiskyvyttömyys, alhainen itsetunto, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet haittaavat juuri nykymallisen työn tekemistä. Työstressiä valittavilla on siis todennäköisesti psykiatrinen häiriö, ainakin ahdistus, joka voi johtaa fyysisiin sairauksiin myös. GHQ-28- asteikkoa voidaan käyttää myös kliinisessä työssä ja siitä on eri versioita myös Suomessa (GHQ-kysely). (Arthur 2005)

Suojaaviksi tekijöiksi työstressiä vastaan on todettu esim. hyvä itsearvostus, koherenssin tunne ja optimistinen asenne. Itsensä arvostaminen muokkaa aivotoimintoja vastustuskykyisemmäksi ulkoisille tapahtumille välittäjäaineiden kautta. Työtovereiden ja esimiehen tuki vahvistavat suojaavia tekijöitä ja edistävät työhyvinvointia. (Julkunen 2009)

CISS- kysely (Coping Inventory for Stressful Situations) erottelee, mitä coping-keinoja käyttää pääasiallisesti stressinhallinnassa. Luokittelu tapahtuu Likertin 5- portaisella asteikolla ja sillä on hyvä reliabiliteetti ja validiteetti. Kysely on suomennettu lyhennettynä. (Endler 1990)

2.5.6. Sosiaalinen tuki työssä

Sosiaalinen tuki työssä auttaa selviytymään työn paineista ja vaatimuksista. Osa ihmisistä on kyvyttömiä luomaan ja ylläpitämään sosiaalisia verkostoja. Syynä voivat olla esim. haitalliset persoonallisuuden piirteet (Vahtera 1994)**.**

Kouvosen (2008) mukaan masennukseen sairastumisriski suureni 20-50 %:lla jos työilmapiiri oli huono. Osa olisi tarvinnut sosiaalista tukea jo ennen sairastumista, osa sen jälkeen. Viinamäen (2002) mukaan vakavasti masentuneista työikäisistä naisista 38 % ja miehistä 29 % koki tuen riittämättömäksi. Yhä useampi aikuisikäinen asuu yksin, jolloin tuen löytämiseen vaaditaan erityisponnisteluja ja rohkeutta myöntää ulkopuolisen avun tarve. Työyhteisöstä ja työtovereista voi muodostua lähes ainut sosiaalisen vuorovaikutuksen ja tuen paikka heille. Työtoverit tarjosivat pääasiassa emotionaalista ja informaatiotukea toisilleen. (Vahtera 1994, Honkonen 2003, Sinokki 2010, Reifman 1991)

Psyykkisiin oireisiin ja mielenterveyden häiriöihin olivat yhteyksissä em. lisäksi oikeudenmukaisuuden puute ja työpaikkakiusaaminen (Honkonen 2003). Työpaikan vaihdokset ennustivat masennuksen puhkeamista, samoin kuormittavissa ihmissuhdeammateissa työskenteleminen, kuten opettajilla ja lakimiehillä (Harlow 2002). Reifmanin (1991) mukaan myös esim. autonomian, tuen, palautteen ja vaikutusvallan puute, sukupuolinen syrjintä ja perheen vaatimukset ajankäytöllisesti sekä rooliristiriitoja aiheuttaen lisäsivät sairastumisriskiä. Työpaikan ongelmat levittäytyvät kotiin vapaa-ajalle ja perheen sisällä puolisosta toiseen.

Heikko itsetunto ja puutteelliset sosiaaliset taidot lapsuudessa vaikuttivat myöhempiin psykologisiin voimavaroihin. Varhaiset heikot vanhempi-lapsi- auktoriteettisuhteet ennustivat vääristyneitä työasenteita ja vaikeuksia esimiestä kohtaan. Asenteet luodaan jo nuorena ja näyttävät säilyvän

suhteellisen vakaina työuran ajan. Ahdistunut ja surullinen työntekijä vetäytyy työyhteisössä, joka lisää työn kuormittavuutta ja heikkoa tyydyttävyyttä. Työn arvokkaana näkeminen, pätevyyden tunne, käsitys vaikutusmahdollisuuksista ja taitojen käytöstä ovat yhteydessä itsetuntoon ja käänteisesti verrannollisia oireisiin. Psykoterapian avulla vähentyneet psyykkiset oireet paransivat asennoitumista työhön. Firth-Cozens (1992)

Työn huono organisointi, ongelmat työpaikan sosiaalisissa suhteissa ja huono johtaminen ovat olleet mm. taustatekijöinä mielenterveyden häiriöiden synnyssä. Työyhteisö voi kuitenkin myös tukea ja motivoida sitoutumaan ja jaksamaan työssä, parantamaan suorituskykyä, halua jatkaa työssä häiriöistä huolimatta ja siten myös tuottaa parempaa mielenterveyttä. Hyvän mielenterveyden omaavat ovat onnellisempia, itsenäisempiä, heillä on parempi itsetunto ja toimintakyky niin että voivat huolehtia paremmin itsestään ja myös toisista. (Sinokki 2010)

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä oli kaksi kertaa enemmän sellaisissa työyhteisöissä, joissa työntekijät saivat vain vähän tukea esimiehiltään, miehillä oireita oli vielä useammin kuin naisilla. Vähäinen tuki johti myös päihteiden käytön lisääntymiseen, unihäiriöihin ja mielialalääkkeiden käyttöön. Lievä työuupumus lisäsi masennusriskiä kolminkertaiseksi, vakava 15-kertaiseksi. Työpaikkakiusaaminen nelinkertaisti masennusriskin yli 2 vuotta kestettyään ja lisäsi sairauslomien määrää 26 %. Myös kielteinen työilmapiiri, vähäinen sosiaalinen pääoma, ongelmat työpaikan sosiaalisissa suhteissa ja johtamisessa sekä työn organisoinnissa johtivat mielenterveyden häiriöihin. Toisaalta masennusoireista kärsivien näkemys asioista värittyy masennuksen myötä ja työoloja pitäisi tutkia ulkopuolisen tarkkailijan toimesta tai käyttää muita tilastollisia tiedonkeruutapoja, esim. työn kuormittavuutta kuvaavia määrällisiä mittareita. (Sinokki 2010, Honkonen 2003)

Johtajuuden ja työyhteisöjen ongelmat helposti vieritetään yksilön ongelmiksi, koska niitä ei kyetä tai haluta lähteä ratkomaan. Työterveyshuolto ei aina kykene lukemaan tilannetta rivien välistä, jos sitä ei oteta puheeksi esimiesten kanssa. (Laitinen 2005)

Irtisanomisuhka, koulutusta vastaamattoman työn tekeminen, heikot työolot ja lisääntyneet eroluvut kuvaavat heikentynyttä subjektiivista hyvinvointia ja heikentynyttä kontrollia oman elämän suhteen. Lazaruksen transaktionaalinen stressiteoria (1984) ja Caspin ja Elderin kontrolli-sykli- malli kehottavat yksilöitä toimimaan aktiivisesti näiden hyvinvoinnin uhkien edessä. Subjektiivinen tunne vaatimusten voimakkaasta lisääntymisestä heikentää yksilön hallinnan tunnetta ja uhkaa johtaa masennukseen. (Pinquart 2008)

2.5.7. Työkyvyn tukeminen

Työhön liittyvän työkyvyttömyyden syyksi arveltiin työn kuormitustekijät, vuorovaikutusongelmat ja johtamisongelmat sekä myös hoitojärjestelmän toimimattomuudesta johtuvat ongelmat. Myös työn suuret vaatimukset, puutteelliset vaikuttamismahdollisuudet, huonot ihmissuhteet työssä, ammattitaidon ja työn kohtaamattomuus ennakoivat masennuksen ilmaantumista, myös kiire työssä. Kielteinen näkemys työn sisällöstä, organisoinnista, työpaikan sosiaalisista suhteista ja johtamisesta lisäsivät työn psykososiaalista kuormitusta. Kaikkineen yhteiskunnallinen murros aiheuttaa yhteiskunnallista stressiä, joka lisää mielialahäiriöitä**. (**Pohjolainen 2005)

Toimivat vuorovaikutussuhteet auttavat työstressin hallinnassa, vahvistavat identiteettiä ja positiivista itsearviointia, joten niitä pitäisi tukea. Vahva koherenssi vähentää työuupumukseen sairastumisriskiä, lisää työtyytyväisyyttä ja vähentää psykosomaattisia oireita. Työterveyshuollossa on ongelmana ettei perhettä voida huomioida siinä määrin kuin saattaisi olla tarpeen kokonaisvaltaisen tuen järjestämiseksi sairastuneelle. Masennuksen ja uupumisen tunnistamisessa ja tukemisessa työyhteisö voisi olla apuna myös. (Kauhanen 2002)

Masto- hanke (2011) tavoitteli työhyvinvoinnin lisääntymistä, masennuksen ennaltaehkäistä, varhaista hoitoa ja ajoissa käynnistettyä kuntoutusta työterveyshuollon keinoin. Vuonna 2012 voimaan tullut työterveysasetus (Työterveysasetus 2012) pyrkii ennaltaehkäisemään masennuksen velvoittamalla hoitavaa tahoa lähettämään B-lausunnon työterveyshuoltoon ennen kuin sairausloma on kestänyt 90 päivää, jotta työpaikan ja työterveyshuollon keinot voidaan ottaa käyttöön sairausloman pitkittymisen ja eläkkeelle siirtymisen ehkäisemiseksi. Työnantajan kuuluisi ilmoittaa sairauspoissaolosta jo kuukauden kohdalla työterveyshuoltoon. Viitteitä eläkkeelle päätymisen ennaltaehkäisykeinojen toimivuudesta on ollut nähtävissä jo tilastoissa (Eläketurvakeskus 2015). Lisää työkykyä tukevia keinoja on kuvattu luvussa 2.8.

2.5.8. Työ ja perhe

Perhe on joutunut sopeutumaan työelämän muutoksiin ja liikkumaan työn perässä suhdanteiden määräämällä tavalla. Sosiaaliluokka, asuinpaikka tai naapurusto eivät ole enää pysyviä kiinnekohtia elämässä, ei myöskään ydinperhe. Oma paikkansa pitää ansaita niin parisuhteessa kuin työelämässä jatkuvasti pätemällä. Perheiden liikkuessa ja hajotessa myös muut sukulaisuussuhteet kärsivät useimmiten. Ajankäytön hallinta ja työn ja perheen tasapainon löytäminen ovat haasteita. Kiireinen elämä syö henkisiä voimavaroja ja lapsille jää yhä vähemmän rauhallista laatuaikaa. Selviytymiseen tarvitaan entistä enemmän elämänhallintataitoja ja –keinoja ja luottamusta että omilla toimillaan voi vaikuttaa asioiden kulkuun. (Törrönen 2005, Julkunen 2009)

Parisuhde, perhe ja lapset suojaavat työuupumukselta. Ne tarjoavat sosiaalista tukea ja ehkäisevät liiallista työsidonnaisuutta. Työuupumus heikentää kykyä huolehtia perheestä jo ennen kuin se näkyy työssä. Moniroolisuus enimmäkseen vahvistaa: itsearvostus lisääntyy, sosiaaliset suhteet monipuolistuvat, voi kokea menestystä ja myös työtulot kasvavat. Työasiat tulevat herkemmin kotiin kuin päinvastoin. Työstä on enemmän hyötyä kuin haittaa perheille, työ tasoittaa perheen aiheuttamaa stressiä ja päinvastoin. (Rantanen 2005, Piensoho 2006)

Parisuhteet kärsivät työstressin, työväsymyksen ja psykosomaattisten oireiden vuoksi (Sverke 2002). Stressi vaikuttaa lasten kasvatuskäytäntöihin autoritääristä suhtautumista lisäten lapsikeskeisyyden kustannuksella.

Työ ja perhe voivat häiritä myös toisiaan, mutta myös vahvistaa ja lisätä voimavaroja, auttaa yksilön henkilökohtaista kasvua eteenpäin ja lisätä toimintakykyä toistensa alueella. Erilaisissa rooleissa (talous, itsearvostus, sosiaaliset suhteet ja menestys) onnistuminen on parhaimmillaan palkitsevaa, myös iskuilta suojaavaa siten että menestys toisessa asiassa suojaa toisessa syntyneeltä kolhulta. Positiivista vuotamista alueelta toiselle voi tapahtua. Toisella puolella hankitut taidot, tiedot ja voimavarat voivat auttaa selviytymään toisella alueella. Roolit voivat helpottaa toisiaan tai niiden yhdistymisestä voi saada synergiaetua. Työssä käyvien naisten psyykkinen terveys on jopa parempi kuin kotona olevien eikä sillä ole havaittu olevan haittaa lapsen kehitykseen. Työ kuormittaa sekä naisia että miehiä yhtä lailla. (Rantanen 2005, Piensoho 2006)

Tulevaisuuden haasteita aiheuttavat globalisaatio, väestön vanheneminen, yksilöllistyminen ja yksilöllisten elämänurien monimutkaistuminen. Myös yleisemmin taloudellinen ja poliittinen epävarmuus ja perhe-elämässä tapahtuneet muutokset aiheuttavat hallinnan tunteen heikkenemistä. Koettu vaatimusten kasvu työssä ja perhe-elämässä liitettiin masennuksen syntyyn. Välttämiskäyttäytyminen lisäsi masennuksen riskiä, etäisyyden otto helpotti perhestressiä, mutta pahensi työstressiä. (Pinquart 2008)

Parisuhteen syntyyn on voinut vaikuttaa persoonien samankaltaisuus, jolloin ongelmista seuraavat oireetkin ovat samankaltaisia. Puolisot homogenisoituvat keskenään ajan myötä. Myös ikääntyneistä

vanhemmista huolehtiminen voi kasaantua lapsien kotonaoloaikaan, jolloin ns. ruuhkavuosien kuormitus kasvaa entisestään työssäolevilla. (Rantanen 2005)

2.5.9. Työttömyys

Työ luo taloudellista hyvinvointia, luo aikarakennetta arkeen, auttaa elämään nykyhetkessä, tarjoaa sosiaalisia suhteita, väylän kodin ulkopuoliseen maailmaan, auttaa saavuttamaan henkilökohtaisen aseman, identiteetin ja pakottaa olemaan aktiivinen. Työttömyys taasen riistää yksilöltä mahdollisuuden päästä niistä osalliseksi. Erityisesti taloudellisen aseman lasku työttömänä ollessa heikentää hyvinvointia. Myös sosiaalisen aseman menetys koettiin suureksi kun yhteisiä kokemuksia ei syntynyt enää eikä arvostusta työyhteisössä. (Kokko 2005)

Osa menettää toimintakykyään ja masentuu työttömäksi jäätyään, osalla työttömyyden syynä on jo heikko toimintakyky ja terveys, myöskin masentuneisuus. Työttömyydestä voi seurata sosiaalinen eristäytyminen, päihteiden käytön ja kenties rikollisuuteen syyllistymisen uhka. Elämä kapeutuu ja ihminen menettää keskeisen elämän sisällön ja tarkoituksen. Pitkä työttömyys heikentää itsetuntoa ja ammattitaitoa ja siten mahdollisuutta palata työhön. Työ ja terveys- tutkimuksen mukaan (1997) yli puoli vuotta työttömänä olleilla oli yli kaksinkertainen määrä masennusta ja alakuloa sekä muistin ja keskittymiskyvyn heikkenemistä. Nukahtamisvaikeudet ja unettomuus olivat myös yleisempiä. Työssä olevat ja pitkäaikaistyöttömät kokivat yhtä paljon stressiä, tosin eri syistä. Terveimmät työllistyvät sairaita helpommin. (Kokko 2005, Mak 2001, Vuori 1998)

Jopa kolmanneksella pitkäaikaistyöttömistä havaittiin mielenterveyden ongelmia, joiden vuoksi työkyky oli rajoittunut (Kerätär 2016). Naiset kärsivät enemmän pitkäaikaistyöttömyydestä. Keski-iässä työttömyys tuntui vaikeammalta velkaantumisen ja jo saavutetusta ammattiasemasta putoamisen vuoksi kuin nuorilla, joilla ei ole vielä saavutettua asemaa ollenkaan. Psyykkiset ongelmat olivat suurimpia nuorilla ja pitkäaikaistyöttömillä. (Kokko 2005)

Fergussonin (2007) mukaan varhainen työttömyys 16-18- vuotiaana lisäsi syrjäytymisen riskiä. Työttömyys lisäsi edelleen masennuksen, ahdistushäiriön, käyttäytymishäiriön ja päihteiden väärinkäytön todennäköisyyttä. Varhaiset sopeutumishäiriöt, kuten vaikea temperamentti (negatiivinen affektiivisuus, heikko keskittymiskyky), käytöshäiriöt ensimmäisinä kouluvuosina, heikko koulutodistus, vähäinen koulutus, rikollisuuteen syyllistyminen alle 15- vuotiaana, heikot kognitiiviset kyvyt, perheen matala sosioekonominen asema lasten ollessa pieniä ennakoivat pitkäaikaistyöttömyyttä varhaisaikuisuudessa. Nämä samat tekijät vaikuttavat myös mieliala- ja muiden psyykkisten häiriöiden syntyyn.

Köyhyys on muutakin kuin tulojen pienuutta, se on usein myös julkisten palvelujen ja koulutuksen saavuttamattomuutta. Erot eri maiden välillä ja niiden sisällä resurssien jakautumisessa ovat suurentuneet viimeisen 20 vuoden aikana OECD- raportin (2008) mukaan. Yksivanhempaiset perheet ja vanhukset ovat köyhtymässä lisää ja työssäkäyvien köyhien osuus lisääntyy koko ajan. Sosiaalinen liikkuvuus isä-poikasukupolvien välillä Suomessa on heikentynyt.

Aggressiivisuus lapsena voi jatkua aikuisikään saakka ja aiheuttaa ongelmia työyhteisössä, josta seuraa työttömyyden uhkaa. Lea Pulkkisen Lapsesta aikuiseksi- tutkimuksessa (2003) aggressiivinen käyttäytyminen osoittautui miesten kehityksen riskitekijäksi ja naisilla ahdistunut käyttäytyminen. Miehillä käyttäytymisen hallinta ja naisilla tunteiden hallinta olivat ratkaisevia. Koulusopeutumattomuus kieli myös pitkäaikaistyöttömyyttä.

Vilma Hännisen väitöskirjassa (1999) työttömien kokemuksena oli myös myönteisiä asioita arvojen, asenteiden ja uuden merkityksen löytämisessä elämälle.

2.6. Masentuneen elämänhallinnan tukemisen ja hoidon haasteet perusterveydenhuollossa

Masennuksen hoito on pääosin perusterveydenhuollon vastuulla (Käypä hoito-suositus). Noin 80 % mielenterveysongelmista kärsivistä hakeutuu hoidettavaksi perusterveydenhuoltoon (Lönnqvist 2007). Terveyskeskuslääkäreiden kyvystä tunnistaa masennus on esitetty kritiikkiä (Karlsson 2000, Salokangas 1996, Richards 2004). Esteeksi on mainittu mm. aikaresurssin puute vastaanotolla, konsultaation ja jatkohoidon järjestämisen ongelmat, potilaan vastustus hoidolle, sopivien hoitokeinojen puute, tiedon puute ja asenneongelmat (Richads 2004). Myös lääkärit itse kokevat tiedoissansa puutteita (Ojala 2001). Tunnistamista vaikeuttaa se, että potilaat tulevat varsin harvoin vastaanotolle masennuksen vuoksi. Tunnistamisen pitäisi tapahtua potilaan esitellessä somaattisia sairauden oireita, toimintakyvyn laskua, riittämättömän hoitovasteen tai päihdeongelman yhteydessä, runsaasti palveluja käyttäneiden kohdalla (Winblad 1994, Poutanen 1998, Salokangas 1999, Karvonen 2008, Saloheimo 2008) tai vaillinaiseen elämänhallintaan liittyviä ongelmia kohdattaessa (Herrman 2002, Suominen 2002). Käynneistä puolessa on katsottu olevan lääketieteellinen syy ja kolmanneksessa oman tilanteenhallinnan tarve (Kiuttu 1994). Puhtaita masennuksia on myöskin vain n. kolmannes kaikista masennuksista, joka vaikeuttaa tunnistamista ja kokonaisuuden hahmottamista. Työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja psykiatrien yhteistyötä pitäisi tiivistää sairauden varhaisvaiheessa (Suominen 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskunta on muuttunut moniongelmaisemmaksi. Osa heistä käyttää ylimitoitetusti terveyspalveluja (Larivaara 1987, Karlsson 1996, Jyväsjärvi 2001, Leskelä 2013). Kuitenkaan asiakkaat eivät koe tulleensa autetuiksi oikealla, riittävän monipuolisella tavalla (Enäkoski 2002, Tuominen 1998). Tämä rasittaa huomattavalla tavalla kansantalouttamme sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Psykiatripula on vaikeuttanut depressiopotilaiden hoitoa varsinkin perustasolla. Myöskään terveyskeskuksissa ei ole koettu olevan riittävästi resursseja eikä taitoa sairauden ensioireiden tunnistamiseen ja tuen tarjoamiseen (Salokangas 1996). Psyykkisen komorbiditeetin hallinta on osoittautunut myös vaikeaksi. Pelkästään lääkehoitoa on tarjottu monesti auttamiskeinoksi eikä kaikkia mahdollisia muita hoito- tai kuntoutusvaihtoehtoja ole tunnettu eikä osattu ottaa käyttöön etenkään komorbideissa taudinkuvissa (Suominen 2013). Koska masentuneen puoliso ja lapset ovat vaarassa sairastua myös masennukseen, pitäisi heidän tukemiseensa kiinnittää riittävästi huomiota (Larivaara 2009, Solantaus 2009 ja 2010).

Salmisen (2004) mukaan masennuksesta johtuva työkyvyttömyys oli lisääntynyt ikääntyneillä somaattisesti sairailla ja niillä, jotka olivat oireilleet jo pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Suurin osa masentuneista ei ole sairauslomalla, vaan sinnittelee vajaakuntoisina työssä. Vain 25-30 % vakavaa masennusta sairastaneista hakeutui hoitoon ja vain 13 % vakavaa masennusta sairastaneista oli käyttänyt lääkkeitä. Masennuspotilaat olivat oireilleet keskimäärin vuoden ennen hoitoon hakeutumista 90-luvun puolivälissä. Lyhyellä aikavälillä masentuneista toipuu 70 %, mutta pitkäkestoisesti vain 30-40 %.

Ammatillisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomiointi jää monesti hoidossa ja kuntoutuksessa vähäiseksi. Hoito loppuu monesti kun mieliala lähtee kohenemaan ja lääkehoito lopetetaan (Romakkaniemi 2011, Enäkoski 2002). Työhön paluuta masennukseen sairastumisen jälkeen ennakoivat nuori ikä, hyvä sosioekonominen asema, sairausloman lyhyys ja masennuksen lieväasteisuus (Merikanto 2002, Salminen 2000).

Noin puolella vuonna 2012 eläkevakuutusyhtiö Etera:lta eläkettä hakeneista oli ollut vain yksi masennuslääke käytössä, 17 %:lla ei lääkehoitoa oltu käytetty lainkaan. Kaksi kolmasosaa oli saanut psykoterapeuttista tukea ja kuntoutuspsykoterapiaa oli haettu 10 %:lle. Vain 10 % oli ollut yhteydessä

ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakua työterveyshuoltoon masennuksen vuoksi niistä, joilla oli työpaikka. (Suominen 2013)

Kantojärven (2002) mukaan masentuneista pitkäaikaistyöttömistä vain 1/3 oli käyttänyt psyykenlääkkeitä ohjeen mukaan ja muutoinkin psykiatrinen hoitosuhde puuttui yli puolelta, vaikka suurimmalla osalla oli lääkitys käytössä. Sairaudentunnottomuus voi olla esteenä hoitosuhteen toteutumiselle, samoin hoitomahdollisuuksien puute kun työterveyshuoltoa ei ollut enää käytössä. Myös eläkkeelle pääsy osalla vähensi hoidon tarvetta.

Seuri (2006) toteaa työkyvyn arvioinnin johtavan helposti medikalisaatioon. Hoito ja työkyvyn arviointi voitaisiin pitää erillään. Työn ulkopuolisilla, ei-lääketieteellisillä asioilla, kuten perheellä, harrastuksilla, toiseen työhön tai muihin tehtäviin liittyvillä tekijöillä voi olla kuitenkin suuri merkitys työkyvylle. Myös osaaminen, motivaatiotekijät, ammatillinen riittämättömyys, työympäristön rajoitteet, työn johtamisen ongelmat ja puutteet, sopimattomat työajat, lähiomaisen sairaus, kuolema, voivat vaikuttaa työkykyyn, vaikka eivät ole lääketieteellisesti arvioitavia asioita ja yleislääkärille on haastavaa arvioida niiden osuutta työkyvyttömyydessä ja tarjota niihin parannuskeinoja yksinään. Työterveyshuollolla olisi paremmat mahdollisuudet tähän, jos yhteistyö olisi sujuvaa ja jos potilas on työssä.

Jopa 40 %:lla kuntoutukseen hakeneista masentuneista on ollut joku toinenkin sairaus samanaikaisesti (Lind 2011). Sairaana ollessa selviytymiskeinot käyvät riittämättömiksi työn vaatimustasoon nähden (Sinokki 2010, Taiminen 2011). Muutokset koetussa elämänhallinnassa ja fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä ennustivat jo vuosia etukäteen ennenaikaista eläköitymistä. (Harkonmäki 2006, Tuomi 1995, Ilmarinen 2006, Volanen 2010, Sipponen 2011)

18-34- vuotiailla työkyvyttömyyseläkettä hakeneilla oli masennuksen ohella somaattisia sairauksia, muita mielenterveyden häiriöitä, vähän koulutusta, työttömyyttä, vaikeita lapsuusajan kokemuksia, päihteiden käyttöä ja itsemurhayrityksiä. Oireita oli ollut puolella jo peruskouluaikana. (Ahola 2014) Keskimääräinen mielialahäiriöihin sairastumisikä Suomessa on 26 vuotta eli siitä aiheutuvat rasitukset kohdistuvat parhaisiin työvuosiin ja perheen perustamisikään ja heijastuvat herkästi myös perheen lapsiin (Joukamaa 2002).

Käypä hoito-suositukset pyrkivät tuomaan tieteelliset tutkimustulokset kliiniseen käyttöön. Paikalliset resurssit ja käytännöt vaikuttavat kuitenkin siihen, miten ne toteutuvat. Kaikkiin tilanteisiin suosituksia ei ole, jolloin joudutaan käyttämään kokemusperäistä tietoa (practice based medicine, treatment as usual, person-centered care, Tondora 2012). Hoidon tehoa mittaavissa RCT-tutkimuksissa mitataan usein vain biologisia hoidon vasteita huomioon ottamatta esim. tutkittavien motiiveja, tunteita, arvoja, asenteita, elämäntilannetta, tukiverkostoja ja olosuhteita, joka johtaa mekaaniseen hoitomalliin, jossa kaikkia hoidetaan saman kaavan mukaisesti. Potilas-lääkärisuhteelle ei jää sijaa ja tutkitusti hyvinkin tehokas hoitosuhteen placebo- efekti jää hyödyntämättä ja noteeraamatta hoitotuloksia arvioitaessa. Hoidon eri vaihtoehdot jäävät myös helposti huomioimatta biologisen hoidon rinnalla tai sijaan, jolloin potilaslähtöisyys ei toteudu hoidossa. Myös stressiperäisen masennuksen taustatekijät jäävät kenties selvittämättä ja huomiotta hoidossa. (Enäkoski 2002) Elämänhallinnan tukeminen muilla kuin lääketieteellisillä keinoilla jää puutteelliseksi perusterveydenhuollossa. Sosiaalityön kanssa tehtävä yhteistyö on usein vähäistä. Potilaiden palautetta kokemastaan hoidosta saadaan esim. palautejärjestelmien, kokemusasiantuntijatoiminnan tai potilasjärjestöjen kautta.

2.6.1. Masennuksen ehkäisy ja varhaistunnistaminen

Hyvä mielenterveys on muovautuva tila, johon voidaan vaikuttaa aktiivisilla toimilla koko elämän ajan (Appelqvist-Schmidlechner 2016). Hyvällä, positiivisella mielenterveydellä luodaan resursseja yksilölliselle ja yhteiskunnalliselle hyvinvoinnille: elämänlaatua, henkisiä voimavaroja, fyysistä terveyttä, parempia ihmissuhteita, sosiaalisia verkostoja ja koheesiota ja edelleen luodaan lisää sosiaalista pääomaa vastaisuuden varalle. (Leppo 2013)

Mielenterveystyö on muutakin kuin hoidon ja palvelujen järjestämistä, kuten ennaltaehkäisevää ja edistävää työtä sekä vaikuttamista päättäjiin ja lainsäätäjiin. Siihen kuuluu myös asenteisiin vaikuttaminen ja stigman vähentämistoimet, palveluiden kehittäminen paremmin tarpeita vastaaviksi, mielenterveyspotilaiden ihmisoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteuttamisen edistäminen, mielenterveyspotilaiden osallisuuden parantaminen ja omaisten huomiointi. Jokainen voi olla mukana tässä omalla panoksellaan. (Lavikainen 2004)

Masennuksen syy-seuraussuhteet eivät ole useinkaan kovin suoraviivaisia käytännössä. Masennuksen syitä tutkittaessa mediaattoriksi nimitetään tekijää, jonka vaikutuksesta riippumaton riskitekijä (esim. vanhempien masennus) vaikuttaa lopputulokseen (lapsen sopeutumiseen), vastaa kysymykseen miten ja miksi riskitekijä johtaa lopputulokseen. Moderaattori määrittelee suunnan ja voiman millä riippumaton muuttuja saa aikaan lopputuloksen, esimerkkeinä eri perheiden riskitekijöiden kumuloituminen, kuten sosioekonomiset seikat. Moderaattorit voivat selventää myös kuka on sairastumisriskissä ja tekijöitä, jotka välittävät parisuhdeongelmien ja masennuksen välistä yhteyttä esim. itsetunto. Moderaattoreiden ja mediaattoreiden tunnistaminen on vaikeaa, mutta se olisi hyödyksi masennuksen prevention ja hoidon kannalta. (Whisman 2000)

Salutogeneesi vastakohtana patogeneesille, sairauksien synnylle, tarkoittaa Antonovskyn (1979) mukaan terveyden ja hyvinvoinnin aktiivista tuottamista, joka onnistuu parhaiten kun ihminen tuntee että elämä on hallinnassa ja hänellä on siihen riittävät selviytymiskeinot, taidot ja olosuhteet. Tähän tarvitaan yksilöiden, yhteisöjen ja koko yhteiskunnan osallistumista ja toimivaa vuorovaikutusta. Salutogeneesi on mahdollista sairauksista huolimatta. Pyrkimyksenä on saavuttaa eräänlainen tasapaino, jännitteetön tila (Homeostaasi). Häiriö tasapainossa voi toimia parhaimmillaan aktivaattorina muutokseen, joka stimuloi kasvu- ja oppimisprosessia.

Mielenterveyden edistämisessä vaikuttaviksi keinoiksi on havaittu Lepon (2013) selvityksen mukaan sosioekonomisiin tekijöihin puuttuminen, sosiaaliseen pääomaan ja yksilöä vahvistaviin ominaisuuksiin tähtäävät toimet, kuten tasapuoliset mahdollisuudet koulutuksen hankkimiseen, asumisolojen parantaminen, oikeudenmukainen palkkaus ja työolot, köyhyyden poistamiseen tähtäävät toimet (meillä yleinen sosiaaliturva), sukupuolten tasa-arvoa edistävä lainsäädäntö, alkoholin käyttöön puuttuminen sekä syrjimisen ja syrjäytymisen ennaltaehkäisy. Sosiaalisen pääoman vahvistamiseen tarvitaan mm. monialaista yhteistyötä esim. lapsiperheille neuvoloissa tai perhekeskuksissa, luomalla koulusta ja harrastustoiminnasta lapsien kehitystä tukeva ympäristö, työpaikan terveyttä edistävillä toimilla, avun ja tuen tarjoamisella vanhuksille haasteellisissa elämäntilanteissa ja vahvistamalla heidän sosiaalisia verkostojaan. Yksilön sitkeyttä (resilienssiä) voidaan lisätä mm. vahvistamalla sosiaalisia ja tunnetaitoja, itsetuntoa, optimismia, ongelmanratkaisutaitoja ja stressinhallintakeinoja, lisäämällä fyysistä aktiviteettia, järjestämällä työttömien neuvontaa, ohjausta ja valmennusta, alkoholin käytön seulonnalla ja mini-interventiolla peruspalveluissa. Myös Cattan (2006) ja McDaid (2011) ovat kuvanneet samantyyppisiä toimia.

Masennuksista on arvioitu voitavan estää 1/3 (Andrews 2002). 1/3 masentuneista oli sairastunut ensi kerran alle 21-vuotiaana, joten preventiotoimet pitäisi kohdistaa nuoreen ikäluokkaan. Masennuksen ennaltaehkäisystä lapsena ja nuorena väestötasolla ei ole näyttöä, vaan fokus pitää kohdentaa

riskiryhmiin. Kohdennettu skreenaus olisi järkevin tapa, vaikka se voi stigmatisoida ja jättää löytämättä osan. (Merry 2013, Siegenthaler 2012)

Psyykkisesti oireilevia lapsia ei ole ymmärretty eikä hoitoa osattu etsiä kovinkaan aktiivisesti menneinä vuosikymmeninä (Väänänen 2013). Neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat aktivoituneet ajan myötä seulontatyössään. Kasvatus- ja perheneuvolat ovat tukeneet apua tarvitsevia lapsiperheitä kyllä jo pitkään. Lastenpsykiatria on ollut erikoisalana v:sta 1960 alkaen Suomessa. Se on tarjonnut lapsille terapeuttista yksilöhoitoa, lääkehoitoa ja tukea perheille. Myös kotikäynnit ovat kuuluneet ainakin lähellä poliklinikoita asuvien perheiden auttamismuotoihin, jolloin on ollut mahdollisuus saada kuvaa koko perheen toimintaympäristöstä, kommunikaatiotavoista ja kenties myös läheisverkoston voimavaroista. Myös lainsäädännön keinoin on tuettu lasten turvallista lapsuutta traumaattisten kokemusten välttämiseksi (Lastensuojelulaki). Tarve lastenpsykiatrisiin palveluihin on viime vuosina lisääntynyt ja siksi perustason ehkäiseviä toimia olisi lisättävä (Huikko 2017).

Nykyisin on käytössä kohdennettuja tunnistamista ja puheeksi ottamista helpottavia kyselylomakkeita ja työkaluja eri ikäryhmille (Huoli puheeksi, Lapset puheeksi, läheisväkivaltaseula, mieliala- ja päihdekyselyt) perusterveydenhuollon käyttöön neuvola- ja koulutarkastuksiin. Niiden käyttöä voidaan laajentaa myös varhaiskasvatukseen, kouluun, perhekeskuksiin, sosiaali- ja nuorisotoimeen, työterveyshuoltoon ja työttömien terveystarkastuksiin. Myös lasten tilanteen puheeksi otto osana vanhempien hoitoa auttaa huomioimaan lasten tarpeet jo ennen kuin heille tulee oireita (Solantaus 2010).

Lasta ja nuorta haavoittavien tekijöiden tunteminen on hyödyksi mielenterveyden preventio-ohjelmille. Eräänlainen varhaislapsuuden stressimallin rakentaminen olisi tarpeen. Stressiä aiheuttavia tekijöitä lapsuudessa ovat mm. päiväkoti, koulu, ihmissuhteet, ilmasto, tungos, pitkästyminen, yksinäisyys, vapauden rajoitus, muutot, kaupungistuminen, katastrofit ja ahdistus (Miller 1986). Myös vanhempien erilaiset vanhemmuustyylit kasvatuksessa, kuten vahva kontrolli ja heikko huolenpito voivat aikaansaada konflikteja lasten ja vanhempien välille (Terluin 2004).

Masennuksen Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan kannattaisi seuloa masennuksen riskiryhmiä, kuten masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta kärsiviä, aiemmin depression sairastaneita, hiljattain synnyttäneitä naisia, somaattisista pitkäaikaissairauksista, kiputiloista tai unihäiriöistä sekä epäselvistä somaattisista oireista kärsiviä, terveyspalveluja paljon käyttäviä, työstressistä tai työuupumuksesta kärsiviä, alkoholin riskikäyttäjiä, syömishäiriöisiä, muista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä, pitkäaikaistyöttömiä ja sosiaalisesti moniongelmaisia.

Potilasta ei ole aina nähty osallisena sairauteensa tai sen taustoihin. Yksilö on kuitenkin väistämättä kietoutunut sosiaaalisiin vuorovaikutussysteemeihin psykodynaamisen, interpersonaalisen, systeemiteoreettisen, narratiivisen tai perhekeskeisen teorian pohjalta. Vuorovaikutustilanteet tuottavat sekä terveyden että sairauden kokemuksia, olipa syy-yhteyttä masennukseen tieteellisesti osoitettavissa tahi ei. Hoito tai terapia ei voi onnistua ilman niiden huomiointia. Potilaan omien näkemyksien ja selitysmallien huolellinen kuuntelu ja huomiointi hoitoprosessissa auttaa potilasta integroimaan sairautensa osaksi omaa elämäntarinaansa ja identiteettiään ja sitoutumaan hoitoon. Toisaalta syytekijöiden ulkoistaminen itsen ulkopuolelle voi helpottaa niiden tarkastelua ja vähentää syyllisyyttä ja leimautumista. (Seikkula 2004, Robinson 1994, Kirkengen 2010, Morgan 2000)

Selviytymisvoimavarojen lisääminen (promootio), riskitekijöiden välttäminen (primääripreventio) ja hyvä hoito ja komplikaatioiden välttäminen (sekundääri- ja tertiääripreventio) vaativat laajapohjaista ymmärtämistä siitä, mistä kaikesta mielen hyvinvointi eri ikäkausina koostuu. Kyse on paljosta muustakin kuin oikean diagnoosin teosta ja sairauden hoidosta viimeisimpien näyttöön perustuvien hoitosuositusten mukaan. Mielen hyvinvointia tukevia rakenteita ja tekijöitä pitäisi luoda ja ylläpitää

yhteiskunnassa makrotasolta mikrotasolle saakka. Masennuksen sairastumisriskiä pitäisi käsitellä monipuolisesti, ei pelkästään altistavia tekijöitä, vaan tarkemmin miksi, miten ja kenelle masennus tulee ja mikä on sen ennuste eli koko prosessia. Salutogeneesiajattelu (Antonovsky 1996) sisältää nämä kaikki eritasoiset promootio- ja preventiomuodot. (McDaniel 1990, Lehtinen 2008, Cattan 2006, Lindström 2005)

Yhteistyökumppaneiden ja heidän osaamisalueiden tuntemisen puute ja tiedon kulun haasteet ovat olleet moniammatillisen tiimityön tekemiseen esteenä elämänhallinnan tukemisessa ja hoidossa (Romakkaniemi 2011, Enäkoski 2002). Depressio- ja päihdehoitajatoiminnan käynnistäminen terveysasemilla on osaltaan helpottanut tätä puutetta aikuisten palveluissa (Vuorilehto 2008a,b ja 2014). Sosiaaliohjaajien ja -työntekijöiden tulo mukaan hoitotiimiin on laajentanut osaamisvalikoimaa peruspalveluissa myös preventiota ajatellen (esim. Helsinki). Myös psykiatrisia sairaanhoitajia on monin paikoin terveysasemien vastaanotoilla. Osassa kuntia kunta on tuottanut kaikki avohoidon psykitriset palvelut itse, osa ulkoistanut ne erikoissairaanhoidon tuottamiksi.

2.6.1.1. Preventiotoiminnan kansainväliset suositukset

EU- tasolla on asetettu tavoitteeksi luoda paikalliset mielenterveysstrategiat tukemaan alueen päihde- ja mielenterveystyötä vähintään 80 % kattavuudella. Tavoitteena on tunnistaa ja levittää työkaluja, joilla voidaan tukea mielenterveyden huomioonottamista poliittisessa päätöksenteossa ja terveydenhuollon ulkopuolisilla sektoreilla, kuten sosiaalitoimi, kulttuuri, ympäristösuunnittelu, asuminen, koulutus ja työvoimapalvelut. Ammattilaisten mielenterveysosaamista pitäisi vahvistaa sekä terveydenhuollossa että sen ulkopuolella, kuten työpaikoilla ja sosiaalitoimessa ja edistää näiden sektorien välistä yhteistyötä. (WHA 2013)

McDaid (2011) on koonnut yhteen EU- alueelta vaikuttavia ennaltaehkäiseviä toimia, joiden joukossa ovat mm. lapsiin kohdistuneet ennaltaehkäisytoimet, synnytyksenjälkeisen masennuksen tunnistaminen, työpaikkojen mielenterveyden edistämisohjelmat, vanhuksiin kohdennetut ennaltaehkäisytoimet, työttömiin kohdistuneet toimet, talousneuvonta, psykoosien varhainen tunnistaminen ja hoito, kroonisia fyysisiä sairauksien sairastavien henkinen tukeminen, itsemurhien ehkäisyhankkeet ja epämääräisten terveysoireiden haltuunotto hoitojärjestelmissä. Näiden toimien vaikutus maksaa niihin kuluneet kustannukset takaisin jo yleensä alle 5 vuodessa ja toimet ovat siten erityisen kannatettavia.

Kansainvälisessä mielenterveyden toimintasuunnitelman mukaan (WHA 2013) yksilöllisten tekijöiden, kuten ajatusten, tunteiden, käyttäytymisen säätelykyvyn ja vuorovaikutustaitojen lisäksi myös yhteisölliset tekijät, esim. sosiaaliset, kulttuuriset, taloudelliset, poliittiset, ympäristöön liittyvät (elintaso, työolosuhteet, yhteisöllinen tuki, turvallisuustekijät) pitäisi ottaa huomioon kuormitusta ja häiriöitä arvioitaessa. Yksilöllisinä riskitekijöinä em. suunnitelmassa mainitaan esim. perheen köyhyys, krooniset sairaudet, lasten kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö, lähisuhdeväkivalta, erityisesti nuorten päihteiden käyttö, liiallinen työnteko ja stressi, vähemmistöryhmään kuuluminen, vanhuus, syrjintä, syrjäytyminen, ihmisoikeuksien loukkaaminen, seksuaalinen poikkeavuus, nuorisotyöttömyys, vankilassa olo, sotilaalliset konfliktit ja luonnonkatastrofit. Näitä olisi pystyttävä tunnistamaan varhaisen tuen turvaamiseksi.

Health in All Policies (Jenkins 2013) -ohjelman mukaan mielenterveyden edistämisessä tärkeänä nähdään erityisesti sosioekonomisten olosuhteiden huomiointi (koulutus, työolot, taloudellinen turva, tasa-arvo, päihteiden käytön vähentäminen), sosiaalisen pääoman kasvattaminen (lasten kasvatus, työolot, vanhusten sosiaaliset verkostot) ja yksilöllisen sitkeyden lisääminen (opetusohjelmat koulussa, stressinhallintaohjelmat, liikunnan lisääminen kaikissa ikäryhmissä, työttömyyden aiheuttamien haittojen minimointi, päihteiden käyttöön puuttuminen). Nämä edellyttävät onnistuakseen paikallisia ja valtakunnallisia linjauksia ja päätöksiä ja pitkäaikaisvaikutusten

ennakointia sekä eri sektorien välistä yhteistyötä eivätkä ole toteutettavissa pelkästään terveydenhuollon keinoin.

Talouden tilan heikkeneminen, työttömyyden lisääntyminen, talouksien tulotason lasku ja ikääntyneiden määrän nopea lisääntyminen haastavat sote- palvelut. Tavoitteena EU-tasolla on mielenterveyspalvelujen avohoitopainotteisuuteen siirtyminen, niiden saavutettavuuden parantaminen, stigman ja syrjinnän poistaminen mielenterveyspotilailta, heidän fyysiseen terveydentilaansa huomion kiinnittäminen, mielenterveyskysymyksiin puuttuminen yhteiskunnan kaikilla sektoreilla ja mielenterveystyön koordinoinnista sopiminen promootio ja primääripreventio mukaan lukien eri toimijatahojen yhteistyönä. Tavoitteena suunnitelmassa on tasapuolisuus palvelujen saatavuudessa, avun tarvitsijoiden voimaantuminen toimimaan ja päättämään omista asioistaan ja potilaisiin kohdistettavien toimien turvallisuus ja tehokkuus. Huomio kiinnitetään haavoittumisherkkiin ryhmiin ja yksilöihin. Tavoitteena on resilienssin lisääminen, tulevaisuudenuskon vahvistaminen, muutoksiin sopeutumiskapasiteetin ja vastoinkäymisten sietokyvyn lisääminen. Tärkeää on elämänhallinnantunteen lisääntyminen, yksilöiden autonomian ja sosiaalisen tuen ja integraation vahvistaminen yksilöiden ja yhteisöjen välillä. Ihmisten aiheuttamien ja luonnonkatastrofien ehkäisy ja negatiivisten jälkiseuraamusten minimointi kuuluvat myös EU-tason tavoitteisiin. Huolestuttavaa on ammattikoulutusta vaille jääneiden tilanne, työttömyyden lisääntyminen ja henkinen pahoinvointi työssä. (The European Mental Health Action Plan, 2013)

2.6.1.2. Masennusriskin ennustaminen

Elämänaikainen masennukseen sairastumisprevalenssi oli Gilmanin (2003) tutkimuksessa 25 %. Tuloksiin ei vaikuttaneet demografiset tekijät, kuten ikä, rotu tai sukupuoli. Matalan sosioekonomisen aseman vaikutus hävisi aikuisikään mennessä. Tytöillä oli 75 % suurempi sairastumisriski kuin pojilla. 59,1 %:lla oli ainakin yksi relapsi ja 10 tai yli niitä oli 15,6 %:lla, keskimäärin sairastuneilla oli ollut 5,7 sairausepisodia 39 ikävuoteen mennessä. Uusiutumiset eivät liittyneet eroihin eikä muuttoihin, mutta kylläkin matalaan sosioekonomiseen asemaan, valkoihoisuuteen ja matalampaan koulutustasoon. Myös alhainen sairastumisikä lisäsi relapsiriskiä. Sukupuoli ei vaikuttanut lapsena alkaneeseen, mutta kylläkin aikuisempana alkaneeseen masennukseen, jossa naisten relapsiriski oli pienempi kuin miesten. 64 % toipui sairaudesta niin että oli yli 6 kk remissiossa. Mitä useampi relapsi oli, sitä pidemmän aikaa toipuminen siitä kesti.

Masennusriskiin vaikuttaa lapsena perhe ja muu läheisverkosto, myöhemmin yhä enemmän myös perheen ulkopuoliset seikat. Suvun kautta tuleva masennusalttius on sitä voimakkaampaa, mitä useammin toistuvia masennuksia lähisukulaisilla on ollut, mitä vakavampia masennukset ovat olleet, mitä pidempään ne ovat kestäneet, mitä aikaisemmin alkaneet, mitä enemmän masentuneiden toimintakyky on laskenut ja jos masennukseen on liittynyt itsetuhoisia piirteitä. Ylisukupolvisten jatkumojen tunnistaminen olisi tärkeää. Kleinin (2002) seurantatutkimuksessa tavattiin masentuneiden sukulaisilla enemmän masennusta kuin terveiden sukulaisilla. Riskit kumuloituvat ja niitä yhdistämällä periytyvän masennuksen puhkeamisen ennustettavuutta voidaan parantaa.

Masennusriski paikantuu monesti transitio- eli siirtymävaiheisiin elämän aikana. Ne vaativat tilanteiden uudelleenarviointia, tarjoavat uusia valinnan mahdollisuuksia ja myös uusia resursseja monesti ratkaisuihin haasteiden ohella. Selviytymismahdollisuuksiin vaikuttavat myös yhteiskunnalliset toimintaedellytykset kulloisenakin aikana. Myös naissukupuoli voidaan nähdä riskitekijänä, vaikka tasa-arvoa on pyritty edistämään sukupuolten välillä eri tavoin. (Nurmela 2011)

Negatiivisten tunnetilojen tiedetään rajoittavan oppimiskykyä ja uusien coping-keinojen omaksumista. Nuorten coping-keinot joutuvat koetukselle kun esim. uusien psykososiaalisten ja ympäristössä olevien kuormitustekijöiden olemassaolo lisääntyy itsenäistyessä. Sosiaalinen tuki

heikkenee, taloudelliset huolet astuvat mukaan, paine seurustelusuhteisiin kasvaa ja opiskelu- ja työpaineet alkavat tuolloin painaa mieltä. Tässä vaiheessa monesti tuen ja hoidon saanti on vähäisimmillään. Hyvät, kiinteät suhteet vanhempiin ovat edelleen tarpeen tukemaan nuoren itsenäistymistä. (Matheson 2005)

Dugganin (1998) mukaan em. lisäksi myös persoonallisuustekijät, kuten neuroottisuus ja melankolisuus vaikuttivat sairastumisriskiin haavoittuvuutta lisäävinä itsenäisinä tekijöinä. Hän muodosti em. tekijöistä yhteisriski-indeksin, jonka hän havaitsi korreloivan hyvin myös masennuksesta toipumisennusteeseen. Korrelaatio oli selvempi, jos kyseessä oli vaikea masennus. Perhehistoriaa voidaan kartoittaa kyselylomakkeella esim. Family History-Research Diagnostic Criteria. Persoonallisuushäiriö lisää riskin masennukseen sairastumiseen kaksinkertaiseksi.

Neljä tai enemmän kuin neljä sisarusta lapsuudenperheessä vähensi lievästi masennukseen sairastumisriskiä. Muutto toiselle paikkakunnalle kauas lapsuudenmaisemista lisäsi masennukseen sairastumista ainakin Yhdysvalloissa. Muutoissa sosiaaliset verkostot katkeavat ja tukea saa vähemmän ja siksi elämänlaatu heikkenee. Avioliiton solmiminen nuorella iällä lisäsi sairastumisriskiä. Syyksi on arveltu että parisuhteesta haetaan ratkaisua ihmissuhdeongelmiin tai kaltoinkohteluun kotona ja lopulta päädytään ojasta allikkoon. (Harlow 2002)

Meyersin (2002) mukaan stressaavat elämäntapahtumat heikentävät perheen sisäistä vuorovaikutusta ja rikkovat perheen rutiineja. Usein stressaavat tapahtumat kasaantuvat vielä perheissä, mikä lisää niiden kuormittavuutta, esim. eron jälkeiset taloudelliset seuraukset, muutot ja työpaikan vaihdot. Varsinkin äidit hyötyvät sosiaalisesta tuesta. Se parantaa heidän itsetuntoaan, herkkyyttään ja kärsivällisyyttään. Tämä puolestaan lisää perheen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja edistää perheen yhteistoimintaa.

Sadowski (1999) kuvaa klassista Newcastle Thousand Family Studyä esimerkkinä lapsuudenajan vastoinkäymisten vaikutuksista myöhempään kehitykseen 28 vuotta jatkuneessa pitkittäistutkimuksessa. Riski masennukseen sairastumiselle oli liki nelinkertainen vertailuryhmään nähden niillä, joiden lapsuudenperheissä oli rikkonaisuutta, vanhempien sairautta, taloudellisia vaikeuksia tai äitien puutteellista kykyä lapsen hoivaan. Sairastuneita oli enemmän niiden joukossa, joilla taloudellinen tilanne oli ollut heikko ja kotona ahdasta lapsuudenperheessä. Perheen epävakaisuus tai hajoaminen lisäsi riskiä masennukseen sairastumiselle liki kolminkertaiseksi verrokkeihin nähden. Perhesyyt lisäsivät etenkin naisten sairastumisriskiä. Riskitekijät kasautuivat pienelle joukolle, mutta aiheuttivat suurelle osalle heistä kliinisen taudinkuvan jo ennen keski-ikää.

Riskitekijät olivat uinuvia, kunnes joku tekijä laukaisi ne esiin. Tytöillä heikko äitisuhde poiki heikon itsetunnon ja heikot sosiaaliset taidot, heidän kiinnostuksensa opiskeluun olivat heikot ja heillä oli taipumus muodostaa parisuhde jo varhain. Pojilla köyhyys lapsena merkitsi isän roolin muutosta ja vallan menetystä, jolloin he samaistuivat helpommin vertaisiinsa kadulla. Ongelmanratkaisutaidot jäivät heillä puutteellisiksi niin talousasioissa, ihmissuhdeasioissa kuin henkilökohtaisissa asioissa ja siten siitä muodostui ketjureaktio, joka voi johtaa rikollisuuteen, ei niinkään emotionaalisiin ongelmiin, kuten tytöillä. (Sadowski 1999)

Gilman (2003b) tutki lapsuusperheen hajoamisen ja matalan sosioekonomisen aseman yhteyttä aikuisiän masennukseen yli 4000 lapsen ikäkohortilla 39 ikävuoteen asti raskausajasta lähtien. Ennen masennuksen puhkeamista oli jo havaittavissa kognitiivisten coping-taitojen viivästymistä eroperheiden lapsilla. Yksinhuoltajaperheissä, joita on jo liki neljännes lapsiperheistä, ei ollut tässä suhteessa eroa sillä, oliko isäpuoli perheessä vai ei. Osittain tulokseen voi vaikuttaa biologisten vanhempien väliset konfliktit, joskin vanhemman puuttumisella oli myös merkityksensä. Erosta seurasi myös se että puolet tutkituista yhdysvaltalaisista yksinhuoltajaäideistä oli myös matalaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvia. Fyysistä väkivaltaa vanhempien kesken oli kokenut 22 %

lapsista. Heillä oli 57 % masennukseen sairastumisriski. Tutkimuksessa ei eroteltu, milloin väkivalta tapahtui (ennen eroa vai johtuiko erosta) eikä väkivallan eri muotoja. Kyse oli kuitenkin vakavasta väkivallasta. Olennaisempaa eron suhteen oli millaista aika eron jälkeen oli kuin ennen sitä.

Työttömillä ja ruumiillisen työn tekijöillä yksinhuoltajuus oli yleisempää. Lapsena sairastuneilla oli hiukan eri riskiprofiili kuin vasta aikuisena sairastuneilla. Vanhempien ero lapsen ollessa alle 7-vuotias kaksinkertaisti masennusriskin aikuisena riippumatta sosioekonomisesta tilanteesta. Remission saavuttaminen oli heillä heikointa ja relapseja taudissa tuli muita useammin. Suurimmassa riskissä olevat sairastuivat masennukseen myös nuorempina, alle 14- vuotiaina.. Esimerkiksi parisuhteen ongelmat ja runsas alkoholin käyttö perheessä lisäsi lasten sairastumisriskiä koko elämän ajan ja lähisuhdeväkivalta ja vanhempien ero erityisesti nuorena sairastumista (alle 14 v). Nuorena sairastuneiden relapsiriski oli myös suurempi. Sairastumisriski muihin psykiatrisiin sairauksiin, päihteiden käyttöriski ja vakavien psykososiaalisten ongelmien riski oli kohonnut vielä aikuisiälläkin. Nuorempana sairastuneilla oli myös enemmän psykopatologiaa vanhemmissa, sisaruksissa ja sukulaisilla. (Gilman 2003b)

Em. tutkimuksessa joka kolmas perhe erosi varhaislapsuuden aikana, 38 % muutti kolme kertaa tai enemmän alle 7-vuotiaana. Muutot lisäsivät lasten ja nuorten päihteiden käyttöä ja käyttäytymishäiriöitä. Päinvastoin kuin muutamissa muissa tutkimuksissa, lapsuuden muutot ennustivat lyhyempää sairastamisaikaa. Selityksenä voi olla että erojen ja muuttojen seurauksena lapsi löytää paremmat resurssit elämää varten. Esimerkiksi riidat ja väkivalta kotoa saattavat loppua. Arveltiin että eron merkitys on vähenemässä politiikassa tapahtuneiden muutosten ja sosiaalisten normien muuttumisen myötä. Ero ei ole enää yhtä traumatisoiva eikä leimaava kuin aiemmin.

Sheltonin (2008) pitkittäistutkimuksessa tarkasteltiin vanhempien masennuksen välittymistä lapsiin. Välittävinä tekijöinä olivat vanhempien väliset ja lasten ja vanhempien väliset vuorovaikutussuhteet. Masennus aiheuttaa turvattomuutta sairastuneessa vanhemmassa. Myös vihamielisyys, jännittyneisyys ja epäsopu parisuhteessa lisääntyvät ja sen myötä masentunut vetäytyy sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja osallistuu vähemmän lasten elämään myös käytännössä, jonka lapset puolestaan tulkitsevat vihamielisyydeksi ja hyljeksimiseksi itseään kohtaan. Lapsille seuraa esim. vaikeuksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kouluttautumisessa, käytös- ja mielialahäiriöitä. Puoliso tulkitsee negatiiviset tunteet tuen puutteeksi ja kärsii emotionaalisen saatavuuden puutteesta, jonka myös lapset kokevat. Puolisoiden välille seuraa riitaa ja lapset kokevat olevansa perheen ulkopuolella helposti. Lapsien persoonallisuuden rakenne vaikuttaa millaiseksi hänen oireensa muodostuvat.

Sheltonin (2008) mukaan masentuneet, vihamieliset vanhemmat kohtelevat lapsiaan myös vihamielisemmin ja väkivaltaisemmin ja lapset altistuvat negatiivisille tunnetiloille: masennuksella ja ahdistukselle. Tällaista kokeneet lapset arvioivat vanhempiaan myös negatiivisemmin kuin sitä kokemattomat, joka vaikuttaa tutkimustuloksiin, samoin kuin masentuneiden vanhempien näkemykset. Tyttöihin vanhempien, etenkin äitien, negatiiviset tunnesuhteet vaikuttavat voimakkaammin kuin poikiin, isien suhtautumisella on taas enemmän vaikutusta poikiin (the same sex-effect). Äitien vetäytyminen vuorovaikutuksesta aiheutti tässä yhteydessä enemmän käytöshäiriöitä, kun taas isien henkinen poissaolo kotona tunnepuolen ongelmia: ahdistusta, toivottomuutta ja alakuloa. Muissa tutkimuksissa on saatu päinvastaisia tuloksia.

Vanhemmuustaitojen riittämättömyys yhdessä koettujen stressitekijöiden kanssa altistaa lapsen vanhempana mm. depressiolle, päihteiden väärinkäytölle, syömis- ja persoonallisuushäiriölle, mikäli lapsella on heikot coping-taidot, voimavarat ja itsetunto. Vanhemmuuden pitkäkestoinen huono laatu oli merkityksellisempi kuin yksittäiset elämäntapahtumat lapsena. Riittävien coping-keinojen ja taitojen sekä itsetunnon syntyminen hyvässä kiintymyssuhteessa vanhempiin taasen lisää sitkeyttä (resilience) ja itseluottamusta ja auttaa kestämään aikuisena kohdattavia stressitilanteita. Hyvä

itsetunto auttaa tehokkaiden coping-keinojen omaksumisessa mm. sosiaalisen verkoston rakentamisessa ja parisuhteen muodostuksessa ja ongelmanratkaisussa. (Matheson 2005)

Lea Pulkkisen Lapsesta aikuiseksi- pitkittäistutkimuksessa (2002) varhaisnuoren kehitystaustan on katsottu selittävän 75 % aikuisikäisen miehen ja 52 % aikuisikäisen naisen sosiaalisesta toimintakyvystä. Kehitystaustaan luettiin kuuluvaksi kasvuolosuhteet, tiettyjen kehitysetappien tavoittaminen, sosiaalisten taitojen omaksuminen, joka auttaa koulu- ja ystäväpiireissä menestymisessä. Aggressiivisuus ja sopeutumisvaikeudet johtavat nuoruusiällä usein normien rikkomiseen, kouluhaluttomuuteen, koulumenestymisen heikkenemiseen ja koulupoissaoloihin, josta seuraa syrjäytyminen jatkokoulutuksesta ja työmarkkinoilta ja se edelleen altistaa usein päihdeongelman synnylle ja muulle epäsosiaaliselle elämäntavalle. Perheiden osuus toimintakyvyn tukemisessa käsittää enimmäkseen ihmissuhteiden merkityksen, lasta kohtaan osoitetun tuen ja kannustuksen ja lapsilähtöisen kasvatuksen. Nuoren psyykkinen hyvinvointi ja itsetunto puolestaan muodostivat psyykkisen toimintakyvyn taustan. Näillä molemmilla on suuri merkitys elämässä selviytymisen kannalta aikuisiän koulutus- ja tulotasosta riippumatta.

Alhainen koulutustaso ja sosioekonominen asema heikensivät mahdollisuutta sosiaaliseen integraatioon ja perheeltä saatuun tukeen. Mikäli perhettä ei ole, työyhteisö tai ystävät voivat korvata sen roolia. Masennusriski oli pienempi niillä, joiden sosiaaliset verkostot ovat laajat, joilla on luotettavia ystäviä ja jotka kokevat kuuluvansa johonkin ja jotka kokevat saavansa tukea ystäviltä. (Moos 1998a,b)

Harlowin (2002) mukaan keski-ikäisten naisten masennukseen sairastumista edelsi painonnousu, ero puolisosta ja työpaikan vaihdos. Painonnousun arveltiin johtuneen alentuneesta itsetunnosta ja vähentyneestä liikkumisesta, jotka dietääristen muutosten (runsashiilihydraattinen ruokavalio) lisäksi vaikuttivat epäsuotuisasti mielialaan.

Endofenotyypit eli anatomiset, fysiologiset ja psykologiset periytyvät ominaisuudet, jotka altistavat suvuittain sairaudelle liikkuvat geenien ja sairauden välimaastossa, luovat kirjavuutta sairauksien oirekuvaan, luovat saman tyyppisiä sairaudenkuvia saman suvun sisällä eivätkä ole spesifisiä millekään tietylle sairaudelle. Ne laajentavat periytyvyyden käsitettä. Niitä voitaisiin hyödyntää paremmin myös sairauden varhaistunnistamisessa ja hoidossa, jos sukuun tutustuttaisin tarkemmin. (Tuulio- Henriksson 2008)

Epigenetiikka pyrkii löytämään tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen geenien toiminnan aktiviteetin säätelyyn ja siten perinnölliseen sairastumisriskiin (Vuoria 2011, Caspi 2006). Wynne (2006) pohti geneettisten tekijöiden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksia käyttäytymisgeneettisten tutkimuksien ja systeemisen perheteorian valossa. Ensin mainittu tutkii missä määrin ja kuinka geenit vaikuttavat käyttäytymiseen ja jälkimmäinen sitä, miten ympäristö vaikuttaa yksilönkehitykseen ympäröivien systeemien kautta, joista perhe on yksi. Joskus em. tekijät on nähty jopa toistensa vastaisina, joskus kilpailevina selitysmalleina ja viime aikoina enemmänkin rinnakkaisina. Geneettinen näkökulma on yksilökeskeinen kun taas systeemiteoria tarkastelee laajempia vuorovaikutussuhteita, jolloin niihin voidaan vaikuttaa myös useilla eri keinolla. Perheessä triangulaatiot ja allianssit tulee täten huomioitua. Kaksostutkimukset paljastavat geneettisiä eroja ja samankaltaisuuksia.

Geno- ja fenotyypin lisäksi puhutaan envirotyypin (ympärillä oleva sosiaalinen verkosto) merkityksestä yksikön kehityskulussa (Duggan 1998). Geenit altistavat tietyille ominaisuuksille, jotka puhkeavat otollisissa olosuhteissa oireiksi. Toisaalta suotuisa ympäristö vuorovaikutussuhteineen voi suojata epäsuotuisien geenien vaikutuksilta. Erilaiset ulkoiset roolimallit tuottavat myös esikuvia käyttäytymiselle, kuten perinteet, kulttuuri, uskonto tai perhemallit. Toistetuista käyttäytymismalleista piirtyy neurofysiologiseen ja emotionaaliseen

muistiin muistijälkiä (representaatioita), joiden avulla lapsi tai nuori pystyy käyttäytymään odotetusti uusissakin tilanteissa ja sopeutumaan ympäröivään yhteisöön. On arveltu voimakkaiden traumojen voivan aiheuttaa suoraan jopa geenimuutoksia (Epel 2004). Niillä on merkitystä kun kohdataan uudelleen vastaavanlaisia tilanteita elämässä, joko sopeutumista edistävässä tai oireenmuodostusmielessä. (Duggan 1998)

2.6.2. Masennuksesta toipumisen haasteita perusterveydenhuollossa

Masennuksen suhteellisen heikot hoitotulokset ovat monen tekijän summa. Lääkkeiden tehon tutkiminen tapahtuu puhtailla masennuspotilailla, jonka vuoksi komorbidien tapausten (2/3 eläkettä hakeneista) hoitotulokset jäävät huomattavasti heikommiksi. Mukana on sekä somaattisia sairauksia että muita mielenterveyden häiriöitä, joiden huomiointi ja molempien yhtäaikainen hoito on erittäin tärkeää. Samanaikainen persoonallisuushäiriö oli kolmanneksella masennuksen vuoksi eläkettä hakeneista, joka usein jää hoidossa huomioimatta. Persoonallisuushäriön on arvoioitu kaksinkertaistavan mahdollisuuden heikkoon toipumiseen (Newton-Howes 2006). (Suominen 2013)

Sosiaaliset roolit, sukupuoli, ikä, statusasema, sosiaaliluokka, autonomia ja taloudelliset resurssit voivat vaikuttaa mahdollisuuteen hakeutua itsenäisesti hoitoon. Myös köyhyys sairauden seurauksena vaikeuttaa hoidon toteutusta. (Prince 2007)

Thomicoft (2007) ihmetteli, miten heikosti eritasoisten mielenterveyspalveluiden kehittäminen on onnistunut vähentämään sairastumista ja työstä poissaoloja kaikissa länsimaisissa teollisuusvaltioissa. Maailmanlaajuisesti vain puolet depressiopotilaista saa hoitoa sairauteensa. Huono kohtelu terveys- ym. palveluissa ja hyväksikäytön kohteeksi joutuminen ovat arkipäivää masentuneelle globaalisti. Myöskään psyyken lääkkeitä ei ole kaikkien saatavilla vapaasti ja ne voivat olla kalliita toimeentuloon nähden. Scattolonin (1999) mukaan jopa vain 20 % psyykkisiä ongelmia potevista hakeutuu hoitoon. Sairaudesta johtuva lamaantuminen heikentää heidän mahdollisuuksiaan saavuttaa tarvittavaa hoitoa. Osa ei miellä itseään sairaaksi tai ei usko saavansa siihen apua ammattilaisilta. Masentuneet tarvitsevat kannustusta siten jo hoitoon hakutumisessa.

Masennuksesta toipuminen on usein sosiaalisesti hidasta. Vielä 10 vuoden jälkeenkin (Moos 1998a) sosiaalisten suhteiden hoidossa oli puutteita, vaikka edistymistä oli tapahtunut. Pysyvään remissioon auttoivat pääsemään riippumattomuus ja vähäiset riidat perheessä, ystävien ja työtovereiden apu ja tuki ja yhteiset aktiviteetit ystävien kanssa. Koulutuksella ja hyvätuloisuudella oli vaikutusta sosiaalisina resursseina toipumisessa. Riippumattomuus perheessä edisti itsenäistä ongelmanratkaisukykyä, tuen saamista ulkopuolisilta ja auttoi siten elämänhallinnassa. Toimiva sosiaalinen verkosto auttoi käyttämään aktiivisia coping-keinoja sopeutumisessa tai ongelmanratkaisussa. Sillä oli myös negatiivinen puolensa: se lisäsi emotionaalista ylikuormittuneisuutta ja läheisten vaatimuksien määrää ja vähensi riippumattomuuden tunnetta ja passivoi, jolloin stressi lisääntyi. Iän myötä perheriidat vähenivät ja masentunut ja ympäristö akkomodoituivat toisiinsa sopivalla tavalla ja homeostaasi saavutettiin, vaikka sairaus oireili edelleen. Jonkinasteista sosiaalista selektiota masennus näytti kuitenkin aiheuttavan. (Moos 1998a,b)

Ongelmina toipumisessa nimettiin esim. puutteellinen kommunikaatio- ja ongelmanratkaisukyky sekä yleinen perheen toimimattomuus. Toipumattomat eivät saaneet perheiltään tarpeeksi tukea, perheistä puuttui koheesio, yhteenkuuluvuuden tunne ja ne olivat huonosti järjestäytyneitä, niissä oli paljon konflikteja ja perheenjäsenten kritiikkiä sairastunutta kohtaan. Myös muiden perheenjäsenten ja ystävien liialliset vaatimukset ennustivat huonoa toipumista. Perhe sopeutui vajaaseen tunneilmaisuun ajan kuluessa ja myös suuntautuminen perheen ulkopuolelle vähensi paineita perheen sisältä ja konflikteja perheessä. Huonoa ennustetta lisäsi huomattava määrä negatiivisia elämäntapahtumia. Masennuksen kuvattiin leviävän myös perheeseen ja läheisverkostoon niin että ne

adaptoituivat muuttuneeseen tilanteeseen muuttaen toimintatapoja yhteydenpidossa etäisemmiksi. Toisaalta oli lohdullista että 10 vuoden jälkeen remission saavuttaneet elivät yhtä vilkasta sosiaalista elämää kuin terveenä alun perin. (Moos 1998a,b)

Pysyvään remissioon päässeet toipuivat hyvin jo ensimmäisen vuoden aikana ja huonompiennusteiset eivät 10 vuodessakaan. Hitaasti toipuneilla perheen koherenssi ei lisääntynyt, suhde puolisoon ja ystäväpiiriin ei parantunut eikä perhekonfliktien määrä vähentynyt. Masentuneen oireet muodostavat taakan perheenjäsenille ja ystäville, jonka vuoksi heiltä on vaikea saada apua ja tukea. Kontrollin tunne ja aktiivinen ongelmien ratkaisu vähensivät depressiota. Hyvillä sosiaalisilla resursseilla varustetut saattoivat toipua paremmin lääkkeiden avulla ja huonompien resurssien kanssa elävät tarvitsivat enemmän psykososiaalista tukea hoitojärjestelmästä toipuakseen. Ystävät ja työyhteisö tarvittaisiin tueksi korvaamaan puuttuvaa perhettä. (Moos 1998a,b)

Robinson (1994) väittää että masennuksesta toipuminen on helpompaa jos perheessä masennuksen syy voidaan projisoida perheen ulkopuolelle. Silloin syytekijät eivät aiheuta perheen sisäisiä ristiriitoja. Pessimistinen asenne perhettä ja itseä kohtaan ruokkii masennusta.

Masennuksen syy- seuraussuhteet näyttäytyvät usein vasta kun sairaus alkaa olla ohi, mikä merkitys milläkin asialla on ollut sairauden kulussa. Ne jäävät usein käsittelemättä hoitosuhteessa, joita pyritään lyhentämään koko ajan. Masennus saa mielen ja merkityksen vähitellen. Pienikin muutos jollakin osa-alueella voi käynnistää prosessin, joka auttaa uskomaan isompaankin muutokseen. (Romakkaniemi 2011)

Negatiivisesti vaikuttavat ja vain muodollista tukea antavat läheiset voivat heikentää masennuksesta toipumista ja altistaa relapseille. Liian tiiviit tukirakenteet perheessä kuormittavat emotionaalisesti ja vaikeuttavat terapiassa esitettyjä käyttäytymisen ja coping-keinojen muutoksia. Erityisesti kotona olevat äidit kokevat liiallista tiiviyttä suhteessa perheeseensä. Hyvän tuen pitäisi olla symmetristä ja vastavuoroista, ei alistavaa, erityisesti naispotilailla. Sen minimoimiseksi säännöllinen työ, taloudellinen riippumattomuus ja runsas sosiaalinen verkosto ovat tarpeen. Masennuksesta toipumisen ja oireiden vähenemisen kanssa korreloivat hyvä parisuhde ja perheen tuki, toimiva perhe, hyvät, tukea-antavat ja luottamukselliset suhteet sukulaisien, ystävien ja työtovereiden kanssa. Myös hallinnan tunne, hyvä itsetunto ja vahvat pystyvyysodotukset itsestä korreloivat hyvän toipumisen kanssa. Tilanne voi vaihdella iän myötä (perheen tuki kasvaa) ja myös sukupuolieroja esiintyy (naisilla enemmän tukea ystävistä ja työstä) asiassa. (Veilel 1993, Pennix 1998)

Sairastuneiden perheille tarjottavaa tukea on tarjolla melko niukalti julkisissa palveluissa ja perheettömät yksinasuvat esimerkiksi voivat jäädä vaille sosiaalista tukea, jos luonnollisia verkostoja ei ole syntynyt.

2.6.2.1. Masennuksen komorbiditeetit hoidon haasteina

Masennuksen ja muiden sairauksien yhtäaikainen esiintyminen lisäsivät masennusriskiä (Pennix 1998). Avenevoli (2001) kartoitti masennuksen komorbiditeettia lapsilla ja nuorilla, kuten mm. käytöshäiriöt, syömishäiriöt, päihteiden väärinkäyttö pojilla, ahdistus, paniikkihäiriöt, eroahdistus, dystymia ja sosiaaliset fobiat. Myös aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt ovat nousemassa merkittäväksi taustatekijäksi mielenterveyden häiriöissä lapsilla ja nuorilla (Huikko 2017). Näiden taustalla todettiin olleen samoja riskitekijöitä, sekä biologisia, sosiaalisia, kontekstuaalisia että psykologisia. Toinen riskitekijä voi altistaa tai madaltaa kynnystä toisen esiin tulolle tai puhkeamiselle tai riskitekijät yhdessä lisäävät riskiä sairastua molempiin. Masennuksen yhteydessä erityisesti elämäntapatekijöillä voi olla somaattisten sairauksien riskiä lisäävää vaikutusta. Komorbiditeetti on yleistä sekä lapsilla että aikuisilla, 80 % luokkaa. Eri ikäkausina sairaudet ja oirekuvat ovat erilaisia. On tärkeää erottaa ajoissa masennuksen eri komorbiditeetit täsmähoitojen

käynnistämiseksi. Tilanne vaatii pitkäaikaista seurantaa ja integroitua hoitojärjestelmää. Psykiatristen ja somatiikkaa hoitavien sekä sosiaalityön ammattilaisten ja vieläpä työterveyshuollonkin pitäisi tiivistää yhteistyötä tässä suhteessa.

Päihteet on yleinen komorbiditeetti nuorten ja aikuisten masennuksessa (Wilhelm 2002), kuten myös toinen psykiatrinen, jopa psykoottinen sairaus (Salminen 1997). Myös unipolaarin masennuksen erottaminen alkuvaiheessa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä voi olla myös haastavaa, mutta olisi tarpeen täsmähoidon valitsemiseksi. Myös persoonallisuushäiriön mukanaolo depression lisänä olisi huomioitava (Raiskila 2016).

Masennus vaikuttaa serotoniinimetabolian kautta myös sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn. Se vaikuttaa itsenäisesti myös tulehdusprosesseihin. Sekundääristä masennusta tavataan somaattisten sairauksien seurauksena ja niiden hoitona käytettyihin lääkkeisiin liittyen. Hyöty onnistuneesta masennuksen hoidosta ulottuu siten muihin liitännäissairauksiinkin. (Prince 2007, Heiskanen 2011)

Masennuksen komorbiditeetti muiden sairauksien ja sosiaalisten ongelmien kanssa on yleistä ja monesti mielialaa koskevat asiat jäävät hoidossa somaattisten oireiden varjoon eikä niihin haeta tietoisesti apua. Jopa puolella perusterveydenhuollon potilaista on epämääräisiä somaattisia oireita, joiden taustat ovat paljolti psykososiaalisia, kuten masennus, ahdistus, heikko itsetunto tai ihmissuhdevaikeudet. Ne joko koetaan oikeasti ruumiillisina oireina tai puhumisen aloittaminen niistä ruumiillisten tuntemusten kautta on ollut potilaille helpompi lähestymistapa. Näiden joskus palvelujen suurkäyttäjiksikin mahdollisesti siirtyneiden potilaiden hoidossa olisi tärkeää juuri huolellinen tilanteeseen perehtyminen, hyvä potilas-lääkärisuhde ja hoidon jatkuvuus mahdollisesti muita ammattilaisia konsultoiden psykososiaalisen tuen ja holistisen hoitokokonaisuuden aikaansaamiseksi. (Larivaara 2000, Saloheimo 2008)

Komorbidin masennuksen tunnistaminen somaattisten sairauksien yhteydessä on vaikeaa (Dantz 2003, Saloheimo 2008). Jos potilaalla on kolme tai useampia somaattisia sairauksia, masennus on hyvin todennäköinen. Pitäisi ajatella mielialaa yhtenä yhtä tärkeänä elintoiminnan merkkinä kuin pulssia, verenpainetta tai hapetusta. Mielialasta pitäisi kysyä aina ja säännöllisesti, ei vain silloin kun paha olo näkyy jo päälle päin. Pitkäaikainen hoitosuhde saman tahon kanssa mahdollistaa tarkemman seurannan ja huomiot muutoksista mielialassa.

Psyykkinen sietokyky voi ylittyä somaattisesta sairaudesta itsestään, reaktiosta siihen tai hoitomenetelmistä johtuen ja tilanne voi muuttua psykiatriseksi sairaudeksi ajan myötä. Lyhyestä sairaalahoidosta voi seurata että psyykkisiä oireita ei ehditä havaita vielä sairaalahoidossa ollessa, vaan ne puhkeavat vasta kotona ja hankaloittavat arjessa selviytymistä. Masennus voi haitata myös somaattisen sairauden hoitoa, siitä kuntoutumista, siihen sopeutumista ja kommunikointia ammattilaisten kanssa ja siten heikentää sairauden ennustetta ja potilaan elämänlaatua. Hoitomenetelmät voivat olla pelottavia ja raskaita, lääkkeet voivat aiheuttaa masennusta sekä muita psyykkisiä ja fyysisiä sivuvaiktuksia. Myös ahdistuneisuutta, posttraumaattista stressiä, somatoformisia oireita, sekavuutta ja kognitio-ongelmia esiintyy somaattisten sairauksien yhteydessä. Vakava somaattinen sairaus heikentää myös koherenssin tunnetta lisää toivottomuuden tunteita. Täytyisi pystyä sopeutumaan, ymmärtämään, luopumaan ja orientoitumaan uudelleen muuttuneeseen tilanteeseen sairastumisen jälkeen ja löytää tilanteeseen uusia ratkaisukeinoja. Siihen tarvitaan näitä sairauksia hoitavien ammattilaisten, vertaisten ja perheenjäsenten tukea. Komorbiditeetilla on vaikutusta myös elinikään. (Pesonen 2011, Korkeila 2012, Huttunen 2011, Saloheimo 2008)

Hyvä empaattinen huolenpito ja hoito, psyykkisen tilan seuranta, yksilöllinen, suunniteltu hoito, sairaudesta informointi ja omaisten huomiointi voivat auttaa selviytymään. Psykologi tai psykiatrinen sairaanhoitaja voivat olla tukena vakavan somaattisen sairauden kohdatessa. He auttavat potilasta löytämään tilanteen vaatimat uudet selviytymiskeinot ja ottamaan ne käyttöön. Rentoutus,

mielikuvien muuttaminen, tunteiden ilmaisu, auttaminen konkreettisten päätösten tekemisessä, ristiriitojen tunnistaminen ja ratkaisu voi olla apuna. Myös puhelin- ja nettipalveluja ja kotitehtäviä käytetään nykyisin potilasohjauksessa käyntien välillä. Myös ryhmämuotoisia terapioita on järjestetty samanlaiseen vakavaan sairauteen sairastuneille. Vertaistukea voidaan myös käyttää apuna komorbidien sairastumisten ehkäisemiseksi. Palveluohjaus on tulossa myös opastamaan potilaita avun piiriin. Perheenjäsenten mukaan ottaminen myös somaattisten sairauksien hoidossa on myöskin vielä puutteellista (Pesonen 2011, Huttunen 2011)

2.6.2.2. Persoonallisuudenpiirteiden ja persoonallisuushäiriön huomiointi

Raitasalon (2004) mukaan tietyt persoonallisuudenpiirteet, kuten neuroottisuus, introversio ja heikko itsetunto vaikuttavat masennukseen sairastumiseen. Jopa 50 %:lla ensi kertaa masennukseen sairastuneista miehistä ja 28 %:lla naisista oli todettavissa vaativa persoonallisuus (Raiskila 2016). Nuori ikä, ektroversio, avoimuus, toiveikkuus ja vähäinen neuroottisuus helpottavat depressiosta toipumista. Optimismi edesauttaa sosiaalisen verkoston kehittymistä ja sosiaalinen tuki vaikuttaa edelleen coping-strategioihin. Neurootikot tarvitsisivat ennaltaehkäisyä, varhaista puuttumista ja psykososiaalista tukea ja rohkaisua muita enemmän. (Feldt 2007b)

Työssä jaksamattomuutta Kauhasen (2002) mukaan selittivät mm. persoonallisuuteen ja varhaislapsuuteen liittyvät seikat: lapsuuden rikkinäisyys, alkoholismi ja ongelmalliset perhesuhteet, lisänä aikuisiän perheen alkoholiongelma tai muita kuormittavia tekijöitä. Kuntoutuslähetteissä ongelmien syyksi oli usein nimetty työperäiset syyt, vaikka taustalla usein oli diagnosoimattomia psyykkisiä sairauksia.

Persoonallisuushäiriö voi haitata myös hoitoon hakeutumista ja siihen sitoutumista, hoito-ohjeiden noudattamista sekä hoitosuhteen ylläpitoa. Ahdistuneisuus, lyhytjännitteisyys, impulsiivisuus, aggressiivisuus, estyneisyys, epäluuloisuus, keskittymiskyvyttömyys, muistamattomuus ja toiminnanohjauksen heikentyminen sen oireina heikentävät työkykyä. Tavallisimpia liitännäissairauksia ovat masennus, ahdistus ja päihdehäiriö. Persoonallisuushäiriö voi auttaa myös työssä menestymisessä esim. huomionhakuisella tai vaativalla persoonallisuudella. (Taiminen 2011)

Pelkkä persoonallisuushäiriö ei riitä sairauspäivärahan perusteeksi. Sellaiseksi käy esim. sopeutumishäiriö ja siihen lisätietona persoonallisuushäiriö, päihderiippuvuus tms. Hoito on haasteellista, koska parantavaa lääkehoitoa ei ole ja motiivi terapiaan sitoutumiseen voi olla heikko. (Taiminen 2011)

2.6.2.3. Suisidiriskin arviointi

Kaslow (2001) arvioi että suisidille altistavissa tekijöissä on paljon analogioita depression ja muiden psyykkisten sairauksien synnyn kanssa. Suisidia yrittäneillä on usein masennus taustalla. Lapsuudenperheissä tavallisimpia syitä ovat olleet fyysinen, seksuaalinen tai emotionaalinen hyväksikäyttö ja fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti. Seksuaalinen hyväksikäyttö oli kaikista voimakkain ennustaja lapsuusiän perheessä (kaksinkertainen riski). Seksuaalisesta hyväksikäytöstä lapsena seuraa masennusta, avuttomuuden tunnetta, eristäytymistä, luottamuksen puutetta ihmissuhteissa, seksuaalielämän häiriöitä, itseluottamuksen ja omanarvontunteen puutetta sekä voimattomuutta. Emotionaalinen väkivalta lisää suisidiriskiä 3,7- kertaiseksi. Väkivallasta seuraa kykenemättömyys kokea luottamusta ja emotionaalista tyydytystä myöhemmissä ihmissuhteissa, jonka seurauksena syntyy pelkoa ja luottamuksen puutetta uusissa lähisuhteissa. Lapsuuden traumat lisäävät läpi elämän suisidiriskiä. Aikuisilla heikko parisuhde kolminkertaistaa suisidiriskin ja päihteiden käyttö lisää riskiä myös.

Meretoja (2002) esittää toivottomuuden, negatiivisen minäkäsityksen ja kognitiivisen jäykkyyden altistavan itsetuhoisuudelle, ei niinkään masennuksen sinänsä. Miessukupuoli kaksinkertaistaa suisidiriskin kaikkiaan. Itsemurhariskin arviointiin on olemassa erilaisia lomakkeita ja riskin arviointi kuuluu osaksi hoitoa. Itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen, itsemurhista uutisoiminen avunsaantimahdollisuuksiin kytkettynä, matalan kynnyksen lähipäivystyksen saatavilla olo ympäri vuorokauden ja omaisten jälkihoito suisidin jälkeen voivat toimia preventiivisinä keinoina. (McDaid 2011, Pirkola 2009).

2.6.3. Keinoja elämänhallinnan tukemiseen ja hoidon kehittämiseen perusterveydenhuollossa

2.6.3.1. Sukupuu ja ekologinen kartta tukiverkostojen hahmottamisessa

Sukupuita voidaan käyttää apuna perhekeskeisessä masennuksen taustojen tutkimisessa ja hoidossa. Sukupuut sisältävät tietoa suvun jäsenistä ja niiden avulla voi tunnistaa suvun jäsenten välisiä positiivisia ja negatiivisia suhteita, niin menneitä kuin nykyisiäkin. Niiden avulla voidaan visualisoida suvussa esiintyviä lainalaisuuksia, havaita siinä toistuvia elementtejä ja myös voimavaratekijöitä, joka voi auttaa säätelemään ahdistusta vaikeitakin asioita käsiteltäessä ja luo etäisyyttä niihin sopivasti. Se auttaa myös eriytymään omaksi itsekseen emotionaalisesti ja kognitiivisella tasolla ja käsittelemään suhteita muihin. Sukupuun tarkastelu opettaa katsomaan asioita systemaattisesti, lisää muutosvalmiutta ja tyydytystä omiin ihmissuhteisiin. Sukupuuta voi käyttää neuvonnan, terapian, ohjauksen ja opetuksen välineenä kliinisessä työssä. Pääpaino on potilaan sukupuussa, mutta puolison sukupuukin voidaan ottaa tarkasteluun. Jo seurusteluaikana voisi sukupuita tarkastella ennaltaehkäisevässä mielessä, mitä sudenkuoppia suhteelle saattaa olla tarjolla. (Foster 2002)

Parisuhdeneuvonnassa ja -terapiassa voi kumpikin tarkastella omaa sukupuutaan, luoda perspektiiviä suhteeseen ja myös erillisyyttä molemmille osapuolille. Sukupuun avulla voi esittää kysymyksiä suvulleen, käsitellä ylisukupolvisesti jatkuvia asioita, suvun uskomuksia ja nähdä ajallista perspektiiviä asioihin. Tätä tehdessään näkee oman asemansa sukupuun osana ja sukutaustan vaikutuksen parin valintaan. Konfliktien syitä ja ratkaisumalleja voidaan löytää myös sukupuista. Monesti roolit siirtyvät lapasuudenperheestä nykyperheeseen. (Foster 2002) Sukupuiden tallentamiseen on olemassa monenlaisia sähköisiä ohjelmia, kuten GenogramPro (McGoldrick 1999) ja Suomessa SukuJutut (SukuJutut-ohjelma). Kliiniseen käyttöön ne eivät kuitenkaan sovellu.

Sosiaalisen verkoston piirtämiseen on olemassa systemaattisia analysointimenetelmiä, kuten CEGRM eli The Coloured, Eco-Genetic Relationship Map (Kenen 2001), jossa huomioidaan sekä biologiset että muut sosiaaliset verkostot ja niiden subjektiivinen merkitys. Sitä voidaan käyttää myös tietojen keräämiseen ja keskusteluun perinnöllisistä sairauksista. Siinä voidaan arvioida myös arvoja asenteita, uskomuksia, koherenssia, sopeutuvuutta, kommunikaatiota ja suhteiden laatua, taitoja ja toiminnallisuutta, ongelmanratkaisukykyä, coping-keinoja, sosiaalista tukea, resurssien vaihtoa, tunteisiin vastaamista ja niiden käsittelyä. Biologiset ja ei- biologiset suhteet asetetaan samalle tasolle arvioinnissa. Nykyisin muulla sosiaalisella verkostolla voi olla jopa suurempi merkitys kuin biologisella perheellä ja suvulla, kuten ystävillä, työ- ja koulukavereilla, harrastuskavereilla, naapureilla ja jopa hoitoon osallistuvilla henkilöillä jne. Myös kulttuuriset laajennettujen perheiden ja kenties heimo- ja kyläyhteisöjen merkitykset tulevat tässä parhaiten huomioitua. Karttaa voidaan käyttää myös seurantavälineenä. Merkitysten kuvaamisessa voidaan käyttää värejä ja kuviosymboleja hiukan samaan tapaan kuin sukupuiden piirtämisessä (McGoldrick 1999).

Ekologinen kartta kuvaa kompleksista ekologista systeemiä, jossa itse kukin elämme. Vuorovaikutuksen suunta ja vastavuoroisuus tulevat huomioiduksi, suhteiden voimakkuus ja vuorovaikutuksen tiheys sekä välitettyjen resurssien määrä, joka liikkuu verkostoissa. Verkostoissa

näkyvät myös sillanrakentajat ja ylläpitäjät eri alaryhmien välillä, kuten isovanhemmat tai muut suvun tai ystäväpiirin keskushenkilöt. Vähintään kolmen sukupolven tapahtumat tarvitaan ylisukupolvisten ketjujen hahmottamiseksi. Tunteet, tieto ja materia ovat pääasiallisia tarkasteltavia asioita verkostoissa. Kommunikaatiotapoja voidaan myös tarkastella. Kartan piirtäminen on voimaannuttava kokemus ja osa terapeuttista prosessia jo sinänsä. Tekovaihe voidaan nauhoittaa myös asiaan palaamiseksi. (Kenen 2001, McGoldrick 1999)

2.6.3.2. Sosiaalinen tukiverkosto avuksi

Läheiset luottamukselliset ihmissuhteet, sosiaalinen tuki, vertaistuki ja oikea-aikainen asiantuntija-apu voivat lisätä yksilön voimavaroja selvitä pitkäaikaissairauksien, kuten myös masennuksen kanssa (Miettola 2011). Sosiaalinen tuki voi olla toiminnallista tai rakenteellista. Se voi auttaa lisäämään elämän ymmärrettävyyttä ja mielekkyyttä. Sekä hoitoa että kuntoutusta voidaan nimittää ammattilaisten tarjoamaksi sosiaaliseksi tueksi. Se voi olla myös perheen ulkopuolisen läheisverkoston tarjoamaa rohkaisua hoitoon hakeutumisessa, se voi auttaa sairaudesta keskustelussa, arjesta irrottautumisessa, palautteen antamisessa ja tilanteiden arvioinnissa. Vastavuoroisuus sairastumisen jälkeen vuorovaikutuksessa voi olla rajoittunutta.

Vaikeaan masennukseen sairastuneet tarvitsisivat myös instrumentaalista tukea, mutta sitä ei palvelujärjestelmässä ole juurikaan tarjolla, kuten lastenhoidossa tai kotitöissä auttamista tai perhetyötä. Taloudellista ja materiaalista apua voidaan tarjota esim. toimeentulotuen muodossa. Kulttuuriset ja sosiaaliset käyttäytymismallit säätelevät osittain millaista apua ollaa valmiita ottamaan vastaan. Koska masennus koetaan usein kehollisena kokemuksena, voi fyysinen tekeminen, kenties yhdessä muiden kanssa, tuottaa mielihyvää ja hallinnan tunteita. Tekeminen voi auttaa myös irrottautumaan masennuksen jatkuvasta ajattelusta ja rytmittää elämää. (Romakkaniemi 2011)

Psykoterapia, vertaistuki ja sosiaalinen tuki auttavat itseymmärryksen lisääntymisessä ja siten helpottavat sairaudesta selviytymistä. Puutteet asumisessa ja työolosuhteissa eivät korjaannu kuitenkaan lääkkeillä eivätkä psykoterapialla. Siksi tarvittaisiin laajempaa valikoimaa keinoja hoidon tueksi. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöillä olisi kuntoutusta ja yhteisöllisyyttä tukevaa ammatillista osaamista. Tavoitteena hoidossa ja kuntoutuksessa on säilyttää aktiivinen ote elämään vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa koko elämän ajan sairauksista riippumatta. (Enäkoski 2002)

Vertaistuki liittyy kuntoutumiseen, terapia sairauden hoitoon. Vertaistuki on omanarvon tunteen ja toimintakyvyn vahvistamiseen tähtäävää, uusien coping-taitojen oppimista, tiedon saamista ja yhteisen ymmärryksen jakamista, joka on vapauttavaa, koska toinen on kokenut samaa ja toisen puheen ymmärtää usein puolesta sanasta. Vertaistuessa pystytään normalisoimaan asioita ja sairautta ja syntyy kokemus ettei ole sairauden kanssa yksin. Syntyy yhteinen sävel kuulijan ja puhujan välillä. (Enäkoski 2002, Terrimäki 2012)

Masennuksesta tulee helposti potilaille ensisijainen identiteetti ja osa persoonaa, joka voi olla hyvinkin leimaava ja passivoiva. Tasavertaisuus voimaannuttaa. Vertaisena on enemmän valittavissa olevia rooleja kuin potilaana, enemmän tilaa luovuudelle ja voi käyttää enemmän huumoria. Vertaisilta saa tietoa ja tunteiden jakamisen mahdollisuuksia. Terapiassa pohditaan situaatioiden merkityksiä ja yhteyttä mielialaan. Ryhmäkuntoutuksessa olisi hyvä olla mukana eri vaiheessa sairautta olevia, jolloin voisi nähdä kokonaisuutta enemmän. Toisten kertomusten lukeminen ja kuuleminen voi auttaa oman kertomuksen uudelleen sanoittamisessa. Uusien roolien harjoittelumahdollisuus toistoineen vahvistaa myös muutosta. (Terrimäki 2012)

Potilasohjaus on keino vahvistaa autonomiaa, omanarvontuntoa ja voimaannuttaa potilasta ja lisätä hänen selviytymisvoimavarojaan sairautensa kanssa. Fenomenologiseen ajatteluun perustuvassa ohjauksessa pyritään sulkeistamaan pois sekä ammattilaisen että esim. kulttuurin muodostamat ennakkoasenteet potilasta kohtaan ja lähtemään kommunikaatiossa ikään kuin puhtaalta pöydältä hänen tarpeistaan lähtien. Terapeutin ei pitäisi kuitenkaan naamioitua nimettömiksi, epäpersoonaksi eikä passiivisiksi puhujaksi ammattilaisena vaan olla inhimillinen olento. Kohtaamisessa on siedettävä myös autettavan heikkoja puolia, haavoittuvuutta ja erilaisia moraalisia valintoja. Masennus sairautena voi myös lisätä ammattilaisen halukkuutta passivoida potilasta hoitosuhteessa. Ohjaus koetaan kuitenkin merkittävänä keinona sairauteen sopeutumisessa ja siitä toipumisessa. (Enäkoski 2002, Lipponen 2008, Vänskä 2012)

Eri ihmisillä masennuksen syysuhteiden hahmottaminen on erilaista, jolloin se vaikuttaa suhtautumiseen masennuksen hoitoon. Jos potilas suhtautuu sairauteensa biologisesta näkökulmasta katsoen, lääkehoitoon suhtaudutaan positiivisesti, mutta jos hän näkee syyn esimerkiksi ympäristöstä tai yhteiskunnasta johtuvaksi, ei lääkehoitoa mielletä parantavaksi hoidoksi yhtä helposti. Yksilökohtaista psykoterapiaa ei kannata yrittää hoidoksi, jos syy nähdään yhteiskunnallisena. (Enäkoski 2002)

2.6.3.3. Kulttuurin huomioiminen tilanteen arvioinnissa

Kulttuuriset mallit toimivat käyttäytymisen ja itsensä hahmottamisen keinoina suhteessa elämään yleensä, ympäristöön ja sosiaaliseen todellisuuteen, kuten myös sairauksiin. Ne ovat sukupolvesta toiseen siirtyvää hiljaista tietoa, joka vaikuttaa myös terveyskäsityksiin ja –käyttäytymiseen, tapaan selittää sairauksien syitä ja nähdä oma kehonkuva. Sosiaalinen pääoma välittyy kulttuuristen toimintamallien kautta. Myös media muokkaa nykyisin myös vahvasti ihmisten kulttuurisia malleja. Kriittisyys ja objektiivinen kyky itsearviointiin välittyvät myös kulttuurin ja opittujen ominaisuuksien kautta, joten tällä voi olla vaikutusta myös hoitoa koskevien tutkimustulosten vertailtavuuteen ja luotettavuuteen. (Miettola 2011, Hyyppä 1997 ja 2008)

Kulttuuristen olosuhteiden huomioiminen mielenterveyden ilmiöiden tutkimisessa on erityisen tärkeää (Bass 2007). Kulttuuri vaikuttaa kokemusten syntyyn, merkityksenantoon ja tulkintoihin sairaudesta. Myös tunteiden ilmaiseminen verbaalisesti ja ei- verbaalisesti ja sairauskäyttäytyminen ovat sosiaaliryhmä- ja kulttuurisidonnaisia. Tämä tulee huomioida myös vieraasta kulttuurista tulevilla potilailla. Myöskin rutiinikyselylomakkeiden kieli voi olla vierasta ilmaisuiltaan heille. Psyykkisten ilmiöiden ymmärtämiseen tyhjentävimmän kuvan saa yhdistämällä lomakekysely suulliseen haastatteluun. Tällöin vastaajan arkielämän ja sen ulkopuolisen toimintaympäristön konteksti ja käsitemaailma tulee paremmin ymmärretyksi. Suomeksi on saatavilla käännetty opas vieraasta kulttuurista tulevan psykiatrisen haastattelun tueksi (Bäärnhielm 2010a, Honkasalo 2000).

2.6.3.4. Psykoterapia

Pylkkäsen mukaan (1998) yli 80 % psykoterapiaa saaneista koki siitä olleen apua. Kuitenkaan kaikkiin terapiatarpeisiin ei ole pystytty vastaamaan vaikka kuntoutusta onkin lisätty psyykkisiin sairauksiin. Syynä on ollut mm. ennaltaehkäisevän näkökulman puuttuminen kuntoutuksesta (ei voi saada terapiaa ennen sairastumista). Osalla voi olla vaikea hakeutua kuntoutukseen kun auttajat ja autettavat tuntevat toisensa samalla paikkakunnalla tai välimatkat ovat pitkät. Kuntoutukseen pääsyyn on ollut subjektiivinen oikeus vuodesta 2011 alkaen, mutta sen toteutuksessa on ollut haasteita. Laadittujen kuntoutussuunnitelmien noudattaminen on hankalaa lukuisten toimijoiden ja tiedonkulun ongelmien vuoksi. Kuntoutuksen koordinaatio on puuttunut. Vajaatyökykyisille ei löydy kykyjä vastaavaa työtä helposti kun työtä pitäisi pystyä tekemään itsenäisesti, vaikka kyvyt eivät siihen riitä.

Psykoterapia on osoittautunut vaikuttavaksi hoito- ja kuntoutusmuodoksi lähes kaikissa psykiatrisissa sairausryhmissä lääkehoidon rinnalla tai joskus ilman sitäkin. Potilaan sairauskokemus on noussut tämän myötä tärkeäksi arviointikohteeksi niin psykoterpiatarvetta kuin sen tuloksellisuutta arvioitaessa. Terapian tuloksena syntyy uudenlainen näkemys menneisyydessä tapahtuneista vaikeista elämänkokemuksista. Muutos voidaan todentaa tarvittaessa myös tarkoissa aivokuvauksissa (SPECT, PET, fMRI) esim. verenvirtauksen, metabolian tai molekyylitason muutoksina. On saatu viitteitä myös geenieksprессion muutoksista terapiassa, jolloin aivohermosolujen morfologia on muuttunut myös. (Paunio 2012, Tolmunen 2003, Karlsson 2012)

Pari- ja perheterapia sopii hoitomuodoksi silloin kun molemmat puolisot ovat valmiita hankkimaan apua perheessä tai perheenjäsenissä ilmenneisiin haasteisiin**.** Mukana perheterapiassa voivat olla myös perheen lapset, jos heidän katsotaan siitä hyötyvän. Pari- ja perheterapia on tarpeiden mukaan muotoutuvaa ja tarjoaa aineksia käsittelyyn useilta eri tieteenaloilta. Se kuuluu myös KELA-korvauksen piiriin, mikäli potilaalla on sairausdiagnoosi taustalla (KELA:n kuntoutuspsykoterapiat). Psykoterapioilla voi olla myös oireita lisäävää vaikutusta, jos terapia ei kohdennu oikein (Tisljarec 2013, Laaksonen 2014)

Psykoterapiatarpeen arviointiin tulisi kiinnittää entistä tarkempaa huomiota peruspalveluissa heti sairauden alkuvaiheessa. Osa selviytyy muutamalla käyntikerralla, osa tarvitsee lyhytterapiaa ja osa hyötyisi jopa useamman vuoden kuntouttavasta psykoterapiasta (Laaksonen 2014). Irina Holman (2013) mukaan depressiopotilaat hyötyivät enemmän pitkästä kolmen vuoden kuntoutuspsykoterapiasta kuin lyhyemmästä, puolen vuoden hoidosta. Kriittiset relapsivaiheet tulevat usein vasta puolen vuoden jälkeen. Vuorilehdon (2011) mukaan taas alle 25 tapaamiskerran lyhytterapia riittäisi useimmille ensikertalaisille tai lievemmille tapauksille. Depressiohoitajien alle 6 kerran tapaamiset ovat liian lyhyitä eivätkä täytä terapian kriteereitä. Maksutonta lyhytterapiaa (yli 6 käyntikertaa) ei ole saatavilla kattavasti (vain 25-30 %:ssa terveyskeskuksista) peruspalveluissa.

Eri lyhytterapiamuodoilla ei ollut eroa vaikuttavuudessa (Knekt 2012). Ongelmana on arvioida, kuka selviäisi lyhytterapialla ja kuka tarvitsisi toipuakseen pidempää kuntoutusterapiaa (Laaksonen 2014). Näytti siltä että persoonallisuushäiriöiset ja ne, joilla oli heikot ihmissuhdetaidot hyötyisivät pitkästä terapiasta. KELA on luonut ohjeet ja kriteerit psykoterapiaharkintaan lähettämiselle ohjeeksi perustason yleis- ja työterveyslääkäreille. Soveltuvuutta terapiaan arvioidaan 3 kuukauden koeajalla perustasolla, jonka jälkeen voidaan tehdä lähetete psykiatrin arvioon ja kuntoutuslausunnon tekoon. Tuona aikana potilaat voivat olla depressiohoitajan seurannassa. Jatkoarviot tehdään vuosittain, jolloin lausuntoon kerätään tietoa terapian edistymisestä ja vaikutuksista. (KELA kuntoutupsykoterapia)

2.6.3.5. Lapsen tukeminen

Psyykkisistä häiriöistä kärsivä lapsi ei useinkaan kykene suoriutumaan koulussa muiden tahdissa. Kyse on sekä itse oppimiseen liittyvistä vaikeuksista että myös tarkkaavaisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvistä häiriöistä. Ylivilkkaus, aggressiivisuus, dissosiaatiot ja itsesäätelyn ongelmat (impulsiivisuus) voivat haitata koko luokka- ja kouluyhteisöä. Monesti koulu tarjoaa ratkaisuksi tukiopetusta ja siirtoa erityisluokalle. Oireilun vuoksi pitäisi myös lasten- tai nuorisopsykiatrian asiantuntijan arvioida tilanne. Taustalla voi olla esim. matala perusälykkyys, perheessä tapahtuneet muutokset, kuten perheriidat, ero, yksinhuoltajuus tai uusperheen rakentuminen. Heikko koulumenestys poikii aikuisiälle tultaessa monia ongelmia, kuten työttömyyttä, päihteiden käyttöä, hakeutumista toisten saman taustaisten seuraan, joka syventää syrjäytymiskehitystä ja asosiaalisen elämäntavan syntyä. Motivaation puute toimii usein vielä lisätekijänä otteen kirpoamisessa normaalista elämänrytmistä. (Haravuori 2009)

Apua lapselle voisi olla selkeistä ajoissa rakennetuista säännöistä perheessä ja koulussa, ongelmanratkaisukyvyn parantamisesta, hyvästä luokka- ja kouluhengestä, vanhempien ja koulun hyvästä yhteistyöstä, vanhempien lasta kohtaan osoitetusta tuesta ja kiinnostuksesta, jonka vuoksi myös vanhemmat tarvitsevat tietoa ja tukea tehtävässään. Varhaisvaiheen tuen ja hoidon puutteet voivat altistaa paitsi ahdistus- ja masennushäiriöille, myös itsetunnon, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkoudelle ilman psyykkistä sairauttakin. Nämä puolestaan voivat altistaa lapsen esimerkiksi koulukiusaamiselle. Toimiva kouluyhteisö voi tarjota terapeuttisen kasvun paikan etenkin niille lapsille, joilla kotoa ei ole tukea kasvuun ja kehitykseen saatavilla. Lapsi tarvitsee turvallista sosiaalista yhteisöä ja luotettavaa aikuista kuuntelemaan ja ymmärtämään kokemuksiaan ensi linjaan. Opettajat voivat saada tukea työhönsä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä oppilashuollosta sekä lisäkoulutuksesta. Psykoterapiat ja lääkehoidot ovat toissijaisia ja poikkeuksellisia viimekäden ratkaisuja. (Haravuori 2009, Solantaus 2010)

Lasten parissa tapahtuva sosiaalityö on ollut alusta saakka moniammatillista ja pyrkii huolehtimaan lapselle tarpeellisen hoidon ja tuen sekä etuisuuksien saavuttamisesta ja lapsen suojelemisesta hänen ikä- tai kehitystasoonsa sopimattomilta asioilta tai kokemuksilta. Suomi allekirjoitti 1991 Kansainvälinen lapsen oikeuksien sopimuksen, joka koski oppivelvollisuutta, lasten työsuojelua ja lastensuojelua takaamaan lapsille suotuisat mahdollisuudet hyvään lapsuuteen, jota myös lastensuojelulaki tukee. (Väänänen 2013)

2.6.4. Masennuksesta kuntoutuminen ja sen haasteet

Vuosituhannen vaihteessa Suomessa oli 80 000 vajaakuntoista työnhakijaa, joille olisi tarvittu ja tarvittaisiin aiempia monipuolisempia kuntoutustoimia kuin mitä on pystytty järjestämään (Kerätär 2003). Kuntoutuksessa ja hoidossa on hiukan eri fokus, edellisessä arjessa selviytyminen ja tulevaisuus, jälkimmäisessä sairauden paraneminen tai oireiden lieventäminen ja katse siinä on menneisyydessä. Kuntoutuksessa kuntoutuja on asiantuntija, hoidossa ammattilainen. Hoito on saamista, kuntoutus jakamista, toiminnallisempaa. Kuntoutus on usein hoidosta irrallaan olevaa ja suunnittelematonta. Haasteena on sitoa hoito ja kuntoutus loogiseksi ja katkeamattomaksi kokonaisuudeksi rinnakkaisina prosesseina. Kuntoutus tähtää tulevaisuuteen, synnyttää osallisuuden kokemuksia, joista masentuneet ovat saattaneet jäädä pitkäaikaisesti paitsi. (Terrimäki 2012)

Vuonna 1993 kuntien valtionosuusjärjestelmä loppui ja mielenterveystyön vastuu siirtyi kunnille. Hoidon ja kuntoutuksen järjestämisen tavat kirjavoituivat ja eri kuntien mahdollisuudet taata tasapuolisia palveluita kaikille kansalaisille kävivät rajallisiksi. 2011 KELA alkoi rahoittaa pitkäaikaista terapiaa ja kutsua sitä kuntoutukseksi, jonka tavoitteena on työ- ja opiskelukyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen. Arkielämästä selviytymiseen tarvitaan paljon muutakin tukea ja ohjausta. Psykoterapia ei edistä suoraan sosiaalista eikä toiminnallista kuntoutumista. Se on monesti liian yksilökeskeistä. Sosiaalista ja toiminnallista kuntoutumista voi edistää esim. vertaistoiminta, ryhmäkuntoutusmuodot, kuten depressiokoulu ja perhekuntoutus, klubitalotoiminta tai työterveyden tukitoimet työkyvyn edistämiseksi. Kuntoutuksessa on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus, hoidossa enemmän biologinen/fyysinen elementti. Kuntoutus on paljon monialaisempaa siten kuin hoito ja sen pitäisi kulkea hoidon rinnalla koko ajan. (Romakkaniemi 2011)

Kuntoutuksen tavoitteena on koherenssin tunteen lisääntyminen, joka sisältää mm. sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden luomisen, asumis-, toimeentulo- ja asiointiasioiden järjestämisen, liikkumaan rohkaistumisen, tulevaisuususkon luomisen jne. Masennus murentaa niitä tekijöitä, joita tarvitaan yleensä kuntoutumiseen: omaa ajattelua, tunteita, uskoa itseen ja omaan pystyvyyteen, itsen arvostamista, omaa aktiivisuutta ja osallisuuden tunnetta ympäröivään yhteisöön. Pitkään kestettyään

se tuottaa myös komorbiditeettejä, somaattisia sairauksia, päihdeongelmaa, yksinäisyyttä, ihmissuhdevaikeuksia ja taloudellista ahdinkoa, jotka vaikeuttavat elämänhallintaa. Usein biologinen sairaus saadaan remissioon, mutta sosiaalinen ja psykologinen kuntoutus jäävät kesken eikä ammatillisestakaan kuntoutusta muisteta ottaa huomioon. Kuntoutumisen osa-alueet etenevät eri tahtiin. Terapiassa ja kuntoutumisessa asiat ja tapahtumat saavat uusia merkityksiä, minäkäsitys muuttuu. Kuntoutus auttaa löytämään oman situaationsa uudelleen. Situaatioon puuttumalla eri tavoin voidaan vaikuttaa myös tajunnallisuuteen ja kehollisuuteen.
(Romakkaniemi 2011, Terrimäki 2012)

Kuntouttava työote hoidossa tukee kuntoutumista koko hoidon ajan, edistää subjektiuden vahvistumista ja toimijuutta, tuo esiin mitä mahdollisuuksia potilaalla on sairauksista huolimatta (salutogeneesi). Hoidossa pyritään tunnistamaan kuntoutumisen esteitä ja poistamaan ne. Vuorovaikutuksessa otetaan huomioon laajemmat sosiaaliset verkostot, joissa sairastunut kuntoutuja vaikuttaa, vaikka verkosto ei ole hoitotilanteessa läsnä. (Terrimäki 2012)

On sanottu että kuntoutuminen sairaudesta on helpompaa kuin sen seurauksista. Ongelmana on että eri kuntoutusmuodot ovat eri sektoreiden järjestämiä eivätkä keskustele keskenään. Tarvittaisiin integroidumpia palveluja. Kuntoutussuunnitelmissa pitäisi näkyä kuntoutusten eri osa-alueet ja niiden toteutumista pitäisi jonkun seurata. Työnantajat olisi otettava kuntoutumisen tukemiseen myös mukaan, välittäjänä voisi toimia työterveyshuolto. Mielenterveyskuntoutus on edelleen monille potilaille ja ammattilaisille vieras termi. Puhutaan vain hoidosta, jolloin näkökulma jää liian suppeaksi. (Romakkaniemi 2011)

Masentuneiden aseman parantamiseksi olisi vaikutettava asenteisiin, uskomuksiin, ennakkoluuloihin ja pelkoihin. Ammattilaisten tehtävänä olisi tiedottaa ja tehdä asenteenmuokkaustyötä yhdessä esim. potilasjärjestöjen, potilaiden itsensä ja omaisten kanssa vaikkapa mediaa apuna käyttäen. Myös terveydenhuollon sisällä on runsaasti ennakkoluuloja ja asenneongelmia ja stigmoja edelleen. (Kaltiala-Heino 2001)

Yhteiskunnan arvojen pitäisi olla näkyvämpiä ja aitoa potilaslähtöisyyttä ja osallisuutta olla kaikille kansalaisille tarjolla viasta tai sairaudesta riippumatta ilman stigmaa. Kohtaamisessa pitäisi selvittää potilaan oma kokemus ja käsitys sairaudestaan ja sen merkityksestä ja vaikutuksesta tunteisiin**.** **(**Leinonen 2002)

Elämäntarinan kuunteleminen tuo kokemuksellisuuden mukaan hoitoprosessiin. Se mahdollistaa yksilöllisten tarpeiden huomioinnin ja yksilöllisen hoidon toteutuksen. Myös hoidossa ilmenneisiin ongelmiin voi löytyä selitys elämäntarinasta sekä vahvuuksien ja voimavarojen löytämiseen. Elämäntarinassa voi tuoda esiin omat arvonsa, uskomuksensa, sukupuolispesifit tarpeet, sosiaaliryhmälle tyypilliset seikat, kulttuurin, oman aikakauden, oman uskonnon, elinympäristön, työhistorian, elämäntraumat, tavat, tottumukset, harrastukset, suhtautumisen kuolemaan, sairauksiin, myös haaveet ja unelmat, myös tavan puhua asioista. Läheiset voivat tuoda joskus valaisevia kohtia esiin, jos potilas ei itse muista, kykene ilmaisemaan tai ei hoksaa niistä puhua. (Mäkisalo-Ropponen 2007)

Narratiivinen terapiamalli auttaa muodostamaan sairaudesta mielekkään tarinan, jossa on alku, keskikohta ja loppu, jäsentämään sairautta kronologisesti. Traumaattisena koetuista lapsuudenkokemuksista voi rakentua aikuisena uudenlaisia tarinoita uudenlaisen ymmärryksen ja etäisyyden saamisen kautta ja luomalla uusia yhteyksiä, vapautumaan omasta syyllisyydestä asioiden suhteen. Terapian tarkoitus on muodostaa epäkoherentista tarinasta koherentti. Kyseessä on tuolloin

narratiivinen rekonstruktio (Gareth Williams), kognitiivinen uudelleenorganisoitumisprosessi, jota terapeutti tukee. (Romakkaniemi 2011, Morgan 2000)

Vilma Hänninen (1999) kuvasi elämäntapahtumien tulkintaa tarinamuodossa, kerrottuna, elettynä tai sisäisenä tarinana. Tarinan avulla ihminen käsittelee menneisyyttään ja ennakoi tulevaisuuttaan antaen asioille merkityksiä, käsittelee niihin liittyviä tunteita ja käyttäytymistä. Kokemusten sanoittaminen ja tarinaksi muokkaaminen auttavat pääsemään vuorovaikutukseen ja jakamaan niitä toisten kanssa ja saamaan sosiaalista tukea sitä kautta. Suurissa elämänmuutoksissa entinen käsikirjoitus ei päde enää ja sen sanoitus joudutaan laatimaan uudelleen ja etsimään tapahtuneille asioille uusia merkityksiä ja selityksiä ja luomaan uutta identiteettiä menetetyn tilalle. Tätä sanoitustyötä voidaan tehdä terapiassa tai vertaisohjatuissa ryhmissä tai kenen tahansa kanssa, jolla on aikaa ja sydäntä kuunnella, mitä kertojalla on sanottavanaan. Tarinan synnyttäminen auttaa ymmärtämään omaa elämää ja luo sille mielekkyyttä. Yksilöllinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, joka ottaa huomioon potilaan arvot, uskomukset, elämäntilanteen ja elämänkokemukset voisi syntyä aidon potilaslähtöisyyden kautta (Leinonen 2002).

Objektiivisina indikaattoreina kuntoutumiselle (myös sairastamiselle) ovat usein melko organisaatiolähtöiset tekijät, kuten diagnosoitujen tapausten määrä, työkykyisyys, sairaalahoitopäivät, palveluiden käyttömäärät tai myönnetyt sosiaalietuudet. Subjektiivinen kuntoutuminen, minäkuva, itsearvostus, elämänlaatu, sosiaalisten suhteiden vahvistuminen ja koettu hyvinvointi voivat kulkea eri tahtiin kuin nämä mittarit. Kuntoutumisen subjektiivista kokemusta voi tuoda esille esimerkiksi eri elämänlaatumittareiden avulla (15-D ja RAND-36) (Roine 2016).
Masennuksesta kokonaan toipuvien osuus vaihtelee eri tutkimuksissa 25-50 % välillä ja kroonistuvien osuus on noin 10-30 % sairastuneista. Uusiutumista tapahtuu 30-80 %:lla, jota edesauttaa vaikea sairaudenkuva alussa ja komorbiditeetit. (Vuorilehto 2008b)

Ennaltaehkäiseviä toimia on lisätty, kuten synnyttäneiden äitien masennusseulonta ja lapsiperheiden laajat terveystarkastukset. Myös kuntoutusta KELA:n kustantamana psykoterapiana on entistä useamman saatavilla, mutta silti hoidon laatu ja tulokset eivät ole ratkaisevasti parantuneet. Sama tilanne on esim. Ruotsissa (Tisljarec 2013). Lääkehoidon hyötyjä on myös arvioitu kriittisesti (Irving 2008).

Mikäli masennukseen sairastuminen tapahtuu jo nuorena, se voi aiheuttaa viivästymistä aikuisen roolien omaksumisessa (ammatti, perhe, työ, vanhemmuus). Toisaalta nämä seikat herkistävät myös aikuisiällä masennuksen puhkeamiselle. Hyvät läheiset, tukea-antavat ihmissuhteet, erityisesti hyvä perhe ja parisuhde, toimivat puskurina stressitekijöiden haitallisia seurauksia vastaan. Usein masennukseen liittyy myös muita psyykkisiä oireita ja persoonallisuushäiriöitä jo ennen sairastumistakin. Ne lisäävät myös stressiherkkyyttä ja rajoittavat selviytymiskeinoja. Sama seikka, kuten sosiaalinen verkosto, voi olla tukena ja altistavana tai laukaisevana tekijänä riippuen sen laadusta, tiheydestä, määrästä tai muista olosuhteista. (Coyne 1991)

Raitasalo tutki (2004a,b) ketkä selviytyivät parhaiten masennuksesta. Elämänhallinnan puute heikensi masennuksesta toipumismahdollisuuksia ja saattoi johtaa myös siihen. Hänen tutkimuksessaan elämänhallinnalla tarkoitettiin yksilön kykyä sopeutua ja selvitä elämän häiriötekijöiden, menetysten, psyykkisten ja somaattisten sairauksien aiheuttamista rajoituksista ja paineista. Se merkitsi myös kykyä käsitellä niitä itseä koossapitävällä, selviytymiskeinoja kehittävällä ja tulevaisuuteen toiveikkaasti suhtautuvalla tavalla eli niin että minän puolustusmekanismit toimivat tarkoituksenmukaisella tavalla. Psyykkisinä mekanismeina elämänhallinnassa toimivat mm. hyvä itsetunto, pystyvyyden tunne ja toiveikas suhtautuminen elämään. Yrittäjät ja toimihenkilöt toipuivat parhaiten, nuoret vanhoja paremmin. Kuntoutuksessa pitäisi tulosten mukaan kiinnittää huomiota muuhunkin kuin sairauden oireisiin eli laajemmin elämänhallinnan kohentumiseen, varsinkin toiveikkuutta ylläpitäviin tekijöihin, joka helpotti paluuta työhön takaisin. Viinamäen (2002) mukaan

masennuksesta toipuminen onnistui parhaiten lieväoireisilla, paremmin koulutetuilla, vähemmän aleksitymisillä, paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla, fyysisesti parempikuntoisilla ja paremmin työkykynsä säilyttäneillä. Aaltosen mukaan (2008) parhaiten toipuivat jo työssä olleet, miehet ja jotka käyttivät psyykenlääkettä psykoterapian ohella.

Pylkkänen (1998) korosti mielen ja elämän mielekkyyden (arvot, moraali, asioille annetut merkitykset ja subjektiivinen elämänhallinnan kokemus) merkitystä kuntoutuksessa kognitioiden rinnalla. Kokemusmaailma on kullekin yksilöllinen ja sen ymmärtäminen vaatii elämäntarinan läpikäyntiä ja siihen vaikuttaneiden sisäisten ja ulkoisten kokemusten ja tapahtumien tunnistamista ja ymmärtämistä (Perttula 2008). Subjektiivisesti arvioiden omaan persoonaan ja kokemusmaailmaan nähden liian vaativat työolosuhteet, kuten esim. haastavat ihmissuhteet, oma estyneisyys, sosiaaliset pelot, neuroottisuus tai heikko aggressioiden hallinta voivat haitata tai rajoittaa työssä selviytymistä jo ennen kuin sairastumista on edes tapahtunut.

Tuomainen (2002) pohtikin ristiriitaa luonnontieteeseen perustuvan lääketieteen ja subjektiivisiin kokemuksiin tai valintoihin perustuvan kokemusmaailman välillä. Myös hoitoa koskevat toimintatavat ja –mallit toteutuakseen tarvitsevat kosketusta omiin henkilökohtaisiin tarpeisiin. Liika medikalisoituminen mitätöi henkilökohtaisten kokemusten merkityksen sairauden kulussa ja hoidossa. Hyypän (1997) mukaan sairauskokemuksessa kyse on mentaalisista malleista, joihin vaikuttavat sosiaaliset, kulttuuriset, ihmissuhteisiin liittyvät tekijät ja elämäntavat. Myös sukupuolispesifeillä rooli- ja käyttäytymismalleilla voi olla vaikutusta niin sairastumisriskiin kuin sairauskäyttäytymiseen sairastumisen jälkeen (Viinamäki 2002). Työkykyä ajatellen pelkkä lääketieteellinen hoito ei riitä työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen ja kuntoutumiseen, vaan tarvitaan esimiehiä, työyhteisöä, työterveyshuoltoa, työvoimaviranomaisia, KELA:a tai työeläkevakuutusyhtiöitä tukemaan sitä (Honkonen 2011). Myös läheisten ja työtovereiden sosiaalisella tuella on suuri merkitys. Työhön paluun ja hyvän kuntoutumistuloksen kanssa korreloivat lyhyt sairaushistoria, vähäiset muut sairaudet, hyvä työtilanne ennen sairastumista, yleinen ja vajaakuntoisten työllistymistilanne ja se, millaista kuntoutusta on saatavilla (Lind 2011).

Motivaatiotekijät, taloudelliset seikat, terapian saatavuus, persoonallisuushäiriö masennuksen lisänä ja heikot vuorovaikutustaidot voivat olla pitkää hoitoa tukevia kriteerejä. Psykologisesti arvioiden affektien käsittely- ja hallintataidot, reflektointikyky, vuorovaikutustaidot, minäkuvan harmonisuus, häiriön syiden havaitseminen ja motivaatio terapiaan korreloivat hyvien hoitotuloksien kanssa. Hoidon vaikuttavuutta olisi syytä arvioida koko hoitojakson ajan palautteen saamiseksi. Pitkissä kuntoutuspsykoterapioissa yhteydenpito hoitavaan lääkäriin etääntyy usein eikä tietojen vaihtoa tapahdu edes B-lausunnon kirjoittamisen yhteydessä vuosittain. (Laaksonen 2014)

Erilaiset työorientaatiot ja sairauskäsitykset, kuten biolääketieteellinen, psykologinen, sosiaalinen ja biopsykososiaalinen sekä potilaan omat käsitykset vaikuttavat siihen, miten sairauteen suhtaudutaan ja millä tavalla sitä lähdetään hoitamaan (Romakkaniemi 2011). Esimerkkejä lääkäreiden työorientaatioista ovat käsityömäinen, rationalisoitu, humanisoitu ja ekspansiivinen. Muita malleja jakaa työorientaatioita on oirekeskeinen, asiakaskeskeinen, perhekeskeinen ja yhteisökeskeinen orientaatio. Eri sairausryhmiin sopii erilaiset orientaatiot. Lääkärin työssä selviytymiseen vaikuttaa hänen omaksumansa työorientaatio ja se, voiko sitä soveltaa organisaatiossa ja kohderyhmänä oleviin potilaisiin. Ristiriitoja kohdattaessa joutuu käyttämään paljon energiaa omien tunteiden hallintaan ja hillintään, joka kuluttaa voimia. Psyykkisesti oireilevan potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa laaja-alainen näkökulma on eduksi. Myös somaattiset seikat olisi huomioitava, joten yleislääkärin olisi oltava mukana kuntoutumisen seurannassa, vaikka potilas saisi hoitoa myös psykiatrilta. (Kiuttu 1994 ja 2000)

2.6.5. Masentuneiden käsityksiä sairautensa syistä ja läheisten tuesta

2.6.5.1. Masennuksen syyt

Potilaiden näkökulmia masennuksesta ja sen syistä on Suomessa tutkittu melko vähän varsinkin laadullisin menetelmin lääketieteen puolella. Sairauden kokemuksellisuutta on tarkasteltu hoitotieteen ja muiden ihmistieteiden parissa enemmän. Myös tutkimusmenetelmät ovat niissä olleet monipuolisempia. Sairauden selitys- tai ilmenemismuotojen kuvaaminen kehystää ja sijoittaa sairauden johonkin situaatioon tai konstruktioon, auttaa sen aktiivista käsittelyä ja tilanteen hallintakeinojen löytymistä. (Tontti 2000, Kangas 2001, Enäkoski 2002, Romakkaniemi 2011, Saharinen 2013, Nurmela 2011).

Tontin (2000) kuvaamien psykoterapiaan lähetettyjen 20-45- vuotiaiden masennuksen syyselitykset muodostuivat lapsuuden ja suvun historiaan liittyvistä, omiin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten fyysisiin, emotionaalisiin, temperamenttiin ja ajattelumalleihin liittyvistä, läheisiin ihmissuhteisiin liittyvistä, työolosuhteisiin, yhteiskunnasta vieraantumiseen ja masennuksen elämäntapana hyväksyvistä seikoista. Myös sosiaalisen ympäristön aiheuttama psyykkiseen pahoinvointi liian nopeasti muuttuvassa maailmassa, ydinperheiden hajoaminen, yhteiskunnallinen turvattomuus, ihmissuhteiden pinnallistuminen ja narsistisen luonteenrakenteen ja yksilöllistymisen mukanaan tuomat haasteet mainittiin. Olipa kyse absoluuttisesta masennuksen syystä tai sairauden sosiaalisen representaation kuvaamisesta, potilaan kertomus on hänen kokemusmaailmassaan totta.

Nurmelan (2011) katsauksessa masennuksen mahdollisiksi syytekijöiksi esitetään etenkin naisilla hormonien vaikutusta, elintapojen muutosta, työn ja kodin hoidon luonteen muuttumista, kulttuurista muutosta, fyysisen toiminnan puutetta, epätyydyttävää reaktiota yhteiskunnalliseen tilaan, yksinäisyyttä, matalaa sosioekonomista asemaa, eroja ja menetyksiä läheisissä ihmissuhteissa, kroonisia somaattisia sairauksia, muita mielenterveyden häiriöitä, kaupunkiasumista, naisten suurempaa ahdistus- ja stressiherkkyyttä, paineita sukupuolirooleissa, äitiyteen ja synnytykseen liittyviä stressitekijöitä sekä sosiaalisen tuen puutteetta ja itsetunnon alhaisuutta.

Nurmelan (2011) haastattelemien masentuneiden naisten oman arvion mukaan naisten yliedustus masennukseen sairastumisessa voi johtua myös vaikeista lapsuuden olosuhteista, elämänkriiseistä, ongelmallisista ihmissuhteista sekä itsenäistymiseen ja identiteetin rakentamiseen liittyvästä kamppailusta. Masentuneet naiset liittivät psyykkiseen pahoinvointiinsa tekijöitä niin lähiympäristöstään kuin yhteiskunnasta, kuten yksilöllisyyden korostaminen, tehokkuuden vaatimus, yhteisöjen puuttuminen, yhteisöjen ulkopuolelle jääminen, tulevaisuuden suunnittelemisen epävarmuus, työ– ja opiskeluelämän vaatimukset sekä naiseuteen liittyvät odotukset. Naiskauneusihanne on naisten mielestä hyvin vaativa ja ahdistava ja vaikeasti tavoitettava. Naisten toisista huolehtimisen rooli ja identiteetti tekevät heistä riippuvaisia, avuttomia, syyllisyyttä potevia ja haavoittuvia samalla kun pitäisi olla itsenäinen ja huolehtia toisista.

Masentuneet nimesivät myös perintötekijät, lapsuuden tai nuoruuden ikävät kokemukset, lähiomaisten menetykset tai kuolintapaukset, ihmissuhteiden katkeamiset, työpaikan menettämisen, vaikeat elinolosuhteet ja stressin syiksi masennukseensa. Työkyvyttömistä masentuneista 79 % arveli että joko toinen tai molemmat omista vanhemmista olisi ollut hoidossa masennuksen vuoksi. (Viinamäki 1998)

Romakkaniemi (2011) on luetteloinut masentunteiden käsityksiä sairautensa syistä: ihmissuhteiden ongelmat, elämänkriisit, lapsuudenolosuhteet, perimä, somaattiset sairaudet, työolosuhteiden ongelmat (työuupumus, kiusaaminen, muutokset työtehtävissä, ihmissuhteissa, työn jatkuvuus katkolla, organisaatiomuutokset, ylisuorittaminen, esimiesongelmat), itsensä vaientaminen, vähättely, muiden asettaminen etusijalle, itsen tukahduttaminen, passiivinen coping ja

yhteiskunnalliset olosuhteet. Masennus ei sopinut potilaan elämäntarinaan, oli särö. Se syntyi joskus pikkuhiljaa, joskus usean tekijän summana. Niillä, joiden masennuksen taustat olivat lapsuudessa, elämäntarina, masennustarina ja sisäinen tarina menivät kaikki päällekkäin eli masennus muokkasi siten koko elämää.

Kangas (2001) jakoi haastateltujen käsitykset masennuksen syistä lapsuuteen liittyviin, aikuisiän koettuihin menetyksiin ja vastoinkäymisiin sekä työperäisiin seikkoihin. Toinen jakoperuste on biologis-medikaalinen (geneettiset, aineenvaihdunnalliset syyt), psykologinen (psyyken rakenne, varhaislapsuuden kokemukset, elämänkriisit), yhteiskunnallinen (ongelmat vuorovaikutuksessa, yhteisöllisyydessä, rooleissa) ja holistinen, jossa yhdistyy edellä mainitut seikat.

Myös raskauden tai imetysvaiheen fyysiset olosuhteet, masentuneen herkkyys, turvattomuus ja kykenemättömyys sietää stressiä koulussa tai työssä, päiväunelmat, keskittymättömyys, mielialan lasku, lääkkeet, alkoholi ja muut päihteet, onnettomuudet ja ulkoiset stressitekijät, kuten ongelmat työssä, koulussa tai armeijassa, ystävän tai sukulaisen kuolema, tuen tai ystävien puute oli nimetty epäillyiksi masennuksen syiksi. Läheisen kyvyttömyys olla sairastuneen kanssa ja antaa tukea, masentuneen hoidon laiminlyönti lapsena, vanhemmuuden puute, vanhempien ero ja fyysisten harrastusten puute mainittiin myös. Kohtaloa ja sairauden varhaisvaiheen hoidon puutetta pidettiin myös mahdollisina selityksinä vakavammalle sairastumiselle. Myös potilaan ystävissä, heidän päihteiden käytössään tai huonossa käytöksessä (raiskaus) saatettiin nähdä syy sairastumiseen tai hoitaneessa lääkärissä, joka ei ollut hoitanut sairautta alussa ideaalilla tavalla. (Robinson 1994)

Tontin (2000) keräämien näkemysten mukaan masennus seuraa paineesta tai sen puutteesta, jostakin pitäisi päästä eroon tai jotain pitäisi saada lisää. Yksilö ja ympäristö eivät ole tällöin tasapainossa. Myös elämän tarkoitus voi olla hakusassa. Epäonnistunut surun käsittely voi johtaa myös masennukseen, kun asioista ja ihmisistä ei kyetä luopumaan. Ylipäätänsä tunteita täytyy oppia käsittelemään, jotta ihmissuhteita pystyttäisiin pitämään yllä. Kun emotionaalinen tasapaino kärsii, sosiaalinen integroituminen ympäristöön vaikeutuu. Mikäli elämään tyytyväisyys ja subjektiivinen hyvinvointi kärsivät, itsetunto vaurioituu ja haavoittuvuus lisääntyy. Vieraantuminen luonnosta ja omista tarpeista sekä sosiaalisen integraation häiriintyminen voivat johtaa myös masennukseen.

2.6.5.2. Läheisten tuki

Melkein puolella masentuneen läheisistä oli ollut tarve hakeutua lääkäriin omien oireiden vuoksi. Oireena heillä oli stressi, ahdistus ja masennus, jotka johtivat osalla jopa sairaalahoidon tarpeeseen. Puoliso tai muu läheinen oli ikään kuin unohdettu kärsijä tilanteessa. Vaikeimpina asioina he pitivät päivystysluotoisen avun saamista, tiedon puutteellista saantia sairaudesta, vähäistä mahdollisuutta oppia henkilökohtaisia selviytymiskeinoja, vaikeutta päästä säännöllisiin kontrolleihin ammattilaisten puheille ja saada lisäkoulutusta sairaudesta. Toiveena oli myös saada säännöllisesti yhteys hoidon yhdyshenkilöön, tietoa tarvittavista palveluista ja hyvä yleislääkäri käyttöön. Tuen saaminen ammattilaisilta oli läheisten mielestä vaikeaa ja avuttomuus monissa tilanteissa oli vallitseva, bipolaarihäiriössä vielä enemmän kun sairauden oireet vaihtelevat niin merkittävästi. Masennus heikensi sairastuneen kykyä saada tukea myös puolisoltaan. Itsetunto ja itseluottamus horjui etenkin naispuolisoilla ja vaihteli tilanteiden mukaan. Läheisten oletetaan osaavan toimia ja käyttäytyä ilman ohjausta ja tukea. Sosiaalista tukea läheiset voivat saada läheisten ryhmästä tai vertaisryhmästä. (Hill 1998, Spangenberg 1999, Davila 2001)

Terveen puolison vahvistamista toivottiin, etenkin omien tunteiden käsittelyä suhteessa sairauteen ja hoidettavaan läheiseen. Hoitaminen ei ole vain toimintaa, vaan vuorovaikutussuhde. Masentuneet ovat herkkiä kritiikille varsinkin kun puoliso on hoitajana, johon on tunnesuhde. Läheiset oppivat tarkkailemaan paitsi potilaan, myös omia tunteitaan ja käytöstään. Potilaan saama tuki parani kun läheisiä koulutettiin ja tuettiin ja kiinnitettiin huomiota kommunikointiin ammattilaisten kanssa.

Mielenterveyspotilaan läheisenä olo meni usein mukavuusalueen ulkopuolelle. Sairaus aiheuttaa useimmiten merkittävää stressiä ja kuormitusta, jolloin vuorovaikutus voi häiriintyä, joka puolestaan voi johtaa lisääntyneeseen kritiikkiin ja vihamielisyyteen. Sillä voi olla taas negatiivisia vaikutuksia potilaan tunnetilaan ja sairauden kulkuun. (Hill 1998, Spangenberg 1999, Davila 2001)

2.7. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Tutkimuskysymyksiin on etsittiin parhaita aiheista kertovia kotimaisia ja kansainvälisiä lähteitä, mutta ei systemaattisesti. Tietoa haettiin PsychInfosta, Social Sciencestä, Cinahlista sekä erilaisista satunnaisista kotimaisista ja ulkomaisista lähteistä vuosien varrella avainsanojen avulla. Myös löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloja ja kirjoja käytettiin tiedon tuottamiseen. Tietoa haettiin ensin tutkimussuunnitelmaa ja –kysymysten muotoilua varten, haastattelujen jälkeen ja vielä kolmannen kerran monografian tekstejä kirjoitettaessa. Aikaperspektiiviä masennukseen haettiin tietoisestikin useammalta vuosikymmeneltä ilmiön historiallisen kehityskulun ymmärtämiseksi.

Tutkimuksen tekojakso muodostui pitkäksi ja siksi luettavaa ja seulottavaa kirjallisuutta oli paljon eikä sen läpikahlaaminen olisi mitenkään ollut mahdollista systemaattisesti. Hakusanojakin oli useita ja niiden yhdistelmiä, jotka tuottivat tuhansia osumia vuosittain. Otsikoiden ja abstraktien perusteella kiinnostavimmat artikkelit luetteloitiin ja luettiin. Haluttiin käyttää myös kotimaisia lähteitä, koska tarkasteltavat asiat ovat kulttuurisidonnaisia ja siksi on tärkeää tutkia ja tuntea ilmiön ominaisuuksia ja piirteitä juuri suomalaisessa ympäristössä.

Tutkimuskysymykset syntyivät niistä kohdista, joihin ei ollut vastauksia ensimmäisen kirjallisuuteen tutustumisen perusteella. Tutkimuskysymyksiä käsitteleviä artikkeleita löytyi lopulta kohtuullisesti. Täsmällisiä aiheeseen suoraan soveltuvia artikkeleita ei niinkään löytynyt, vaan aihetta sivuavia, jolloin sopivien lähteiden valitseminen niistä ei ollut aina helppoa. Muutoinkin tutkimuksen lähtökohta oli haasteellinen rajattava ja niin myös kirjallisuuden ja tulosten käsittely.

Mikäli tutkimus olisi tehty puhtaasti kvantitatiivisella menetelmällä olisi tutkimuskysymyksiä/hypoteeseja ollut vähemmän ja kirjallisuutta voitu tarkastella systemaattisemmin, jopa taulukkomuodossa, mutta johtuen laadullisesta osiosta jouduttiin haastattelujen jälkeen laajentamaan näkökulmaa työelämään ja siksi kirjallisuuskatsauksesta muodostui myös melko laaja ja ehkä hiukan hajanainenkin. Jokaisessa tutkimuksessa oli erilaiset kysymyksenasettelut ja menetelmät, joten suoraa vertailua niiden kesken ei voinut tehdä. Kirjallisuudesta ei löytynyt kovin selkeitä vastauksia tutkimuskysymyksiin, ei ainakaan useammasta tutkimuksesta samalla asetelmalla. Eri tieteenalat katselivat masennusta hiukan eri näkökulmista, joka tuotti monipuolisen tarkastelumahdollisuuden asiaan. Lopulta masennuksen syntyyn ja siitä selviytymiseen liittyvää tietoa löytyi runsaasti ja siitä muodostui näkemys ettei kahta samanlaista masennusta ole. Herkistävät tekijät ja toipumisvoimat on nimettävä siten tapauskohtaisesti ja ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus räätälöitävä sen mukaan potilasta ja hänen läheisiään huolellisesti kuunnellen.

Perhe ja läheisverkostot muodostavat systeemin, jonka kanssa olemme vuorovaikutuksessa läpi elämän. Niiden myötä tapahtuu kielen, kulttuurin ja arvojen omaksuminen, joilla on pitkäkestoisia vaikutuksia käyttäytymisemme, niin terveenä kuin sairaanakin. Sosiaaliset suhteet muokkautuvat elämän varrella ja perhe ja suku luovat niille pohjaa jo lapsena. Monet lapsuusaikana kohdatut haasteet heijastuvat pitkälle aikuisuuteen ja toistuvat omassa parisuhteessa ja perheessä.

Masentunut ihminen perheen ja yhteisön jäsenenä haastaa ja asettaa koetukselle vuorovaikutussuhteet. Masentunut sekä kaipaa tukea läheisiltään että loukkaantuu helposti ja torjuu lähestymis- ja auttamisyritykset. Masentunut tekee myös herkästi virhetulkintoja ympäristöstään, joka vaikeuttaa yhteisymmärryksen syntymistä sekä perheen sisäisissä asioissa että myös laajemmin sosiaalisissa verkostoissa ja saattaa siten heikentää edelleen haasteellisissa elämäntilanteissa tarvittavia voimavaroja. Stressitaso kasvaa siten ja selviytymiskeinot heikkenevät. Elämänhallinta kärsii ja usko omiin kykyihin vähenee. Tunne siitä että asiat elämässä ovat hallittavia, ymmärrettäviä ja mielekkäitä ei ole enää itsestään selvä. Itsetunto kokee toistuvia kolhuja ja murentaa toipumismahdollisuuksia.

Työ ja sitä edeltänyt opiskelu voivat olla vahvistamassa voimavaroja ja kehittämässä ongelmanratkaisukykyä, joita voi soveltaa myös henkilökohtaisen elämän haasteisiin. Työtoverit ja työyhteisö saattavat korvata osittain puuttuvaa perhettä ja olla hyvinkin merkityksellisiä selviytymisvoimavarojen kannalta.

Hoitojärjestelmissä ei aina muisteta huomioida tarpeeksi sosiaalisen verkoston voimavaroja ja tukea niitä osana potilaan hoitoa. Perhe ja läheiset, jopa työtoveritkin, kaipaavat ymmärrystä, miten toimia masentuneen kanssa ja samalla apua myös omien tunteiden ja turhautumien käsittelyyn. Kiinteässä vuorovaikutuksessa eläminen masentuneen kanssa johtaa helposti terveenkin osapuolen apatiaan ja tartuttaa toivottomuuden ilmapiiriä koko perheeseen. Etenkin lasten ja nuorten kohdalla lamaannuttavan tunneilmapiirin aiheuttamien negatiivisten seurausten välttäminen vahvistamalla omia ja ympäristön voimavaroja voivat olla katkaisemassa ylisukupolvisuuden kierrettä. Myös realistinen tieto sairaudesta ja toisten samassa tilanteessa elävien tarjoama vertaistuki voivat auttaa suhteuttamaan negatiivisia tunteita ja tulkintoja asioista ja säilyttämään elämän realiteetit oikean kokoisina.

Lähes kansantaudiksi muodostuneen masennuksen ennaltaehkäisy ei ole pelkästään lääketieteen tehtävä. Sairauden yleistymiseen on liittynyt laajoja muutokia perherakenteissa, yhteisöllisyydessä ja työelämässä. Kaikkia kytköksiä ei ole edes vielä ymmärretty. Toisaalta on yritettävä nähdä kaikessa muutoksessa myös mahdollisuus parempaan, mikä synnyttää terveyttä ja hyvinvointia pahoinvoinnin sijaan ja tukea sitä. Kohdatessaan avun tarpeessa olevia ammattilaisten pitäisi pyrkiä sulkeistamaan omat ennakkoluulonsa ja –asenteensa pois ja tarkastella tilannetta puhtaalta pöydältä, kuunnella, mitä potilaalla on sanottavanaan ja mistä hän kokisi olevan kulloinkin hyötyä tilanteeseensa. Masentuneen kohdalla erityisesti yhteisen ymmärryksen luominen potilaan ja ammattilaisen kanssa ovat ensiarvoisen tärkeitä hoidon ja kuntoutumisen onnistumisen kannalta. Ihmisen mieltä ei voi väkisin ulkoapäin parantaa.

3. Tutkimusongelman esittely

3.1. Oman taustan vaikutus tutkimuskysymyksiin

Kiinnostukseni aiheeseen juontaa juurensa 90-luvun alun lama-aikaan, jolloin työskentelin terveyskeskuslääkärinä pienellä terveysasemalla Keski-Suomessa. Vastaanotolleni tuli ihmisiä, joiden elämän lama oli suistanut raiteiltaan, he olivat menettäneet työnsä ja kotinsa ja osalta perhe oli hajonnut sen myötä. Heidän mielialansa oli sen myötä muuttunut apaattiseksi eikä itsetuhoisilta ajatuksiltakaan voitu välttyä. Lääkärinä mietin, miten voin saamallani koulutuksella auttaa noita ihmisiä. Tunsin suurta avuttomuutta ja keinottomuutta. Ei ollut kieltä millä puhua, koska kieli ei ollut medisiinaa. Osasin vain kuunnella ja ihmetellä, mitä kaikkea ihminen voi elämässään joutua kokemaan. Kenen tehtävä heitä ylipäätänsä oli auttaa ja miten? Mikä heitä oikein vaivasi? Stressi vai masennus vai joku sopeutumishäiriö? Olivatko nuo laman runtelemat ihmiset lääkkeen tarpeessa vai mitä minun pitäisi heille tehdä? Olivatko he mielisairaita, joiksi olin monen kuullut masentuneita nimittävän? Minulla ei ollut ketään, kenen kanssa olisin keskustellut heidän tilanteestaan.

Oli jotenkin luonnollista tarinat kuultuaan ymmärtää että mieli oli maassa, yöunet heikoilla ja itsetunto lamaantunut. Pitikö minun hoitaa heitä kaikkia uusilla, tehokkaiksi mainostetuilla masennuslääkkeillä riippumatta siitä, miten he olivat sairastuneet? Miten yksi pilleri päivässä voisi muuttaa heidän elämänsä onnelliseksi tuon kaiken koetun jälkeen? Mikä erotti ne, jotka masentuivat ja ne, jotka eivät masentuneet? Voitiinko tosiaan kaikki masentuneet kirjata samalla diagnoosinumerolla riippumatta siitä, mistä syystä he olivat masentuneet? Osalla masentuneista oli kerrottavana taustalla jo karmaisevia lapsuudentarinoita. Ongelmat tuntuivat asettuneen monesti samoihin yksilöihin, joilla jo lapsena oli ollut vaikeaa. Voiko elämä olla todella näin epäreilua sukupolvesta toiseen?

Suhteeni potilaisiini muuttui yhä armollisemmaksi ja kunnioittavammaksi kuunneltuani heidän kokemuksiaan. He opettivat nuorta lääkäriä elämänviisauksillaan. Olisinkohan itse selvinnyt olosuhteissa, joista he kertoivat? Minulla ei ollut henkilökohtaista kosketuspintaa tuohon maailmaan. Tunsin vahvasti että osaamiseni ei riittänyt auttamaan näitä ihmisiä. Hakeuduin perhelääkärikoulutukseen saadakseni syvällisempää ymmärrystä yksilön, ympäristön ja sosiaalisten verkostojen välisestä vuorovaikutuksesta. Tutustuin alan kirjallisuuteen ja tieteen teorioihin, joiden avulla aloin saada hahmoa tutkimukseeni. Hankin tietoa myös oman alani ulkopuolelta, etenkin laadullisista menetelmistä ja tilasto-ohjelmista, joita ei perusopinnoissani juurikaan käsitelty.

Vantaan Sateenkaari- projektissa aloitetusta depressiohoitajatoiminnasta 2000-luvun alussa (Vuorilehto 2003) alkoi löytyä polkua lähestyä juuri terveyskeskuksissa asioivien masentuneiden tai sellaisiksi arveltujen tilannetta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ilmoitti vastaavanlaisen toiminnan aloittamisesta alueellamme. Depressiohoitajista muodostui ajan myötä ammattilaisia, jotka pystyivät auttamaan näitä ihmisiä varsin vähäisellä, mutta oikea-aikaisella hoidolla omilla terveysasemilla. Koko depression hoito muuttui Käypä hoito-suosituksen myötä avohoitopainotteisemmaksi valtakunnallisesti ja osa alueemme sairaalapaikoista lopetettiinkin 2000-luvun alkuvuosikymmenellä pysyvästi. Depressiohoitajatoiminnan lisäksi päivystystilanteisiin saatiin apua liikkuvista psykiatrisista työryhmistä kun tarvetta ilmeni. Masto- hanke (2011) terävöitti työterveyshuollon puuttumiskeinoja työssäkäyvien masennusoireisten hoidossa. Vähitellen sairastumislukujen nousu alkoi taittua.

3.2. Tutkimuksen teoreettinen tausta

Sekä käytännön kokemusten että kirjallisuuden perusteella voidaan havaita ettei lääketieteen omaksuma luonnontieteellinen selitysmalli riitä masennuksen synnyn ymmärtämiseen ja onnistuneen hoidon ja kuntoutumisen toteuttamiseen. Siitä voi seurata ristiriitoja työssä, kun oma osaaminen ei riitä eikä monialaisen yhteistyön traditiota ole perustasolla. Myös potilaan oma kokemusmaailma vaikuttaa siihen, millaista apua hän on valmis vastaanottamaan.

Tutkimusten mukaan salutogeeninen ajattelumalli (Antonovsky 1979) näyttäisi soveltuvan myös mielenterveyden edistämistyön pohjaksi. Sen mukaan on tärkeämpää tietää miten ihminen voi säilyttää mielenterveytensä elämän kuormitustekijöistä huolimatta kuin mikä synnyttää mielen sairautta. Ratkaisukeskeisyys, narratiivisuus ja salutogeneesi pyrkivät luomaan selviytymistarinaa vaikka lähtökohdat elämässä eivät olisikaan parhaat mahdolliset. Arvioitaessa kuormitustekijöiden suhdetta kunkin selviytymisvoimavaroihin ja samalla mahdollisuutta säilyttää elämänhallinnan tunne on olemassa mm. Stress and Coping Inventory (Rahe 2000 ja 2002), joka mittaa sekä yksilön kokemia stressitekijöitä että coping-taitoja. Kyselyssä on vaikutteita sekä Antonovskyltä että stressitutkija Richard Lazarukselta (Lazarus 1984). Salutogeneesiteorian mukaan selviytymistaitojen oppiminen ja omaksuminen sekä itsetunnon muokkautuminen kasvun ja kehityksen aikana on mahdollista ja se luo pohjan ja mielekkyyden ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön. Systeemiteoria auttaa ymmärtämään miksi eri ihmiset reagoivat eri tavoin samaankin stressitekijään ja miksi toiset masentuvat elämänsä aikana ja toiset taas eivät. Tämän pohjalta syntyi tarve tutkia erilaisten sosiaalisten verkostojen, kuten perheen ja läheisten merkitystä masennuksen synnyssä (Bertalanffy 1971). Sen pohjalle on kehitetty systeeminen perheterapia (Aaltonen 2006).

Hermeneuttisen ja holistisen lähestymistavan mukaan (Rauhala 2002) yksilö on oman elämänsä paras asiantuntija ja situaatiolla on suuri merkitys sille, mitä hänestä tulee ja miten hän asiansa kokee ja ilmaisee. Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria (Bowlby 1973, Sinkkonen 2004) on osoittanut varhaisten elinvuosien vuorovaikutuksen tärkeyden koko loppuelämälle. Maslowin tarvehierarkia (1943) ja Eriksonin kehitysvaiheteoria (1940) loivat näkemystä siihen, miten ihmisen voimavarat porrastuvat primäärisistä tarpeista henkisempiin. Ihminen ei jaksa ponnistella ulkoisen elämänsä hallitsemiseksi, jos hänen sisäinen elämänsä on hajalla. Ulkoisesti vaatimattomissakin olosuhteissa on mahdollisuus luoda sisäinen eheys, jos taustat ja taito siihen ovat olemassa. Vanhemmat ja kasvattajat ovat erityisasemassa elämänhallinnan taitojen ja keinojen luomisessa lapsuudesta lähtien esimerkillään. Myöhemmässä elämässä esiin tulevia vaikeita elämäntapahtumia arvioidaan ja toimintatavat niistä selviytymiseksi valitaan lapsuudessa opittujen mallien mukaisesti. Psyykkiset prosessit ovat välittäjäaineiden, kuten mm. adrenaliinin, kortisolin ja serotoniinin välityksellä yhteydessä ruumiintoimintoihin ja somaattisesti ilmeneviin oireisiin ja sairauksiin (Karlsson 2007).

Tutkimus nimettiin Elämänhallintatutkimukseksi, koska olettamuksena oli että masennusta edeltäisi ja siitä seuraisi vaikeuksia elämänhallinnassa (koherenssin tunteessa ja copingissa) ja koska tutkimuksessa oli mukana myös muita kuin masentuneita. Masennukseen sairastumattomilta haluttiin tietoa siitä, mikä oli auttanut heitä selviytymään elämässä. Fokus haluttiin kohdistaa niiden eri elämänvaiheissa elämänhallintaa helpottavien tekijöiden löytämiseen, joihin voitaisiin kenties vaikuttaa masennuksen preventiossa eri tahoilla, ei pelkästään hoitojärjestelmässä. Myös masennuksen riskitekijöistä ja determinanteista oltiin kiinnostuneita sairauden varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisykeinojen löytämismielessä. Masennuksen näyttäytyessä oireiltaan ja syntytavoiltaan monimuotoisena tutkimuksessa päätettiin käyttää monimenetelmällistä lähestymistapaa monipuolisempien vastausten saamiseksi tutkimuskysymyksiin.

3.3. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa ja näkemyksiä masennuksen ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja perustason hoidon kehittämiseen etsimällä uudenlaisia tunnistusmenetelmiä ja toimintatapoja masennukseen sairastuneiden ja sairastumisvaarassa olevien potilaiden tilanteiden selvittelyyn ja hoidon seurantaan.
Tavoitteena oli parantaa masennusta ennakoivien kuormitustekijöiden varhaista tunnistamista ja puheeksi ottoa ja luoda selviytymisen avuksi potilasta ja hänen läheisiään aktivoivia toimintatapoja perusterveydenhuollon käyttöön. Työtä ja työyhteisöä tarkasteltiin myös voimavaratekijöinä. Tavoitteen saavuttamiseksi selviteltiin masennuksen, itsetunnon, stressin ja elämänhallinan yhteyksiä sekä perheen, parisuhteen ja työn sekä muiden riskitekijöiden merkitystä masennuksen synnyssä ja siitä selviytymisessä.

Lopullisiksi muodostuneet tutkimuskysymykset olivat:

1. Mikä on perheen merkitys masentuneelle lapsuudessa ja aikuisiällä?
2. Mikä merkitys on perheellä, suvulla ja läheisverkostolla elämänhallinnassa ja itsetunnon kehityksessä hyvin selviytyvillä terveillä (=coping-ryhmä) ja masentuneilla?
3. Mitä yhteyttä on stressaavilla elämäntapahtumilla, elämänhallinnalla ja masennuksella?
4. Mikä on työn merkitys stressin, uupumuksen ja masennuksen synnyssä ja elämänhallinnassa?

4. Tutkimuksen kulku, aineiston kuvaus ja tutkimusmenetelmät

4.1. Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen teko alkoi vuonna 2003 käytännön tarpeesta löytää toimintamalleja perusterveydenhuoltoon kohdata masennusriskissä olevia ja siihen jo sairastuneita niin, että heidän ongelmiensa taustat tulisivat paremmin selvitettyä ja heidän omat ja läheistensä voimavarat voitaisiin ottaa paremmin käyttöön tilanteen helpottamiseksi. Kirjallisuuteen perehtymisen jälkeen syntyi tutkimussuunnitelma, jonka pohjalta aloin suunnitella kyselylomakkeita, haastattelurunkoja ja tutkimusasetelmaa.

Elämänhallinta- eli coping-keinot suhteessa lapsena ja aikuisena koettuihin stressitekijöihin (BSCI) ja elämänhallinnan eli koherenssin tunne (SOC) muodostuivat kirjallisuuteen tutustumisen perusteella keskeisiksi mittareiksi koetun masennuksen tason mittaamiseen tarkoitetun Beckin asteikon ja Rosenbergin Itsetuntomittarin lisäksi. Tutkimukseen sisältyneillä sukupuu- ja elämänkaarihaastatteluilla voitiin täydentää ja tarkentaa lomakkeiden tuottamaa strukturoitua numerotietoa niin että saatiin kokonaisvaltainen käsitys tutkittavien elämästä ja elämänhallintakeinoista. Käytetyt kyselylomakkeet muodostivat tutkimuksen määrällisen aineiston ja laadullinen aineisto muodostui tutkittavien sukupuiden sisällöstä, elämänkaarihaastattelusta ja puhelinhaastatteluista.

Ennen tutkimuksen aloitusta käännettiin BSCI- lomake suomeksi (Irma Kiikkala), takaisinkäännettiin englanniksi ja tarkistutettiin käännös sen alkuperäisellä tekijällä, koska sitä ei oltu käytetty Suomessa aikaisemmin. Muut kyselylomakkeet olivat olleet tutkimuskäytössä ennestään ja osittain myös kliinisestä työstä tuttuja. Tutkimuksen runkoa pilotoitiin ensin tutuilla terveyskeskuksen masennuspotilailla.

Tutkimusaineiston hankkimiseksi tehtiin Jyväskylän maistraatista 300 jyväskyläläisen (150 naista, 150 miestä) 30-64-vuotiaan satunnaisotanta. Heille lähetettiin postitse tiedote tutkimuksesta, kysymyslomakkeet ja suostumuslomake, jonka he allekirjoittivat lomakkeiden palauttamisen yhteydessä. BSCI-kysymyslomakkeen tulosten pohjalta valittiin tutkittavien joukosta stressi- ja coping-ryhmäläiset. Mukaan otetuille 10 coping- ryhmäläiselle ja 11 stressiryhmäläiselle tehtiin sen jälkeen haastattelut, joissa käytiin läpi heidän sukupuunsa ja elämänkulku pääpiirteissään (liite 13) vuoden 2005 lopussa ja vuoden 2006 alkupuolella. Kaikille tutkittaville tarjottiin mahdollisuutta kerätä syljen kortisolinäytteet ensimmäisen haastattelun jälkeen. Tulokset julkaistaan erikseen.

Vuonna 2007 tehtiin stressi- ja coping-ryhmäläisille vuoden seurantakysely ja puhelinhaastattelu (liite 19). Vuoden 2010 lopulla tehtiin stressiryhmäläisille vielä 5-vuotisseurantakysely puhelimitse (liite 20) kyselylomakkeiden palauttamisen jälkeen. 5-vuotisseuranta oli alkuperäisessä suunnitelmassa ehdollisena ja lopulta katsottiin tarpeelliseksi vuoden seurannassa esiin nousseiden seikkojen vuoksi. Siinä selvitettiin, sairastuivatko stressiryhmäläiset masennukseen ja miten ja millaisia ratkaisukeinoja he olivat löytäneet stressaaviin tekijöihin ilman tutkimukseen liittyvää hoidollista interventiota. Taulukossa 1 on kuvaus tutkittavien valintaprosessista ja aineiston keruusta.

Taulukko 1. Tutkittavien valinta ja aineistonkeruun kulku

<table>
<tr><td>Vuosi 2005-2006</td><td>Vuosi 2007</td><td>Vuosi 2007</td></tr>
<tr><td>Satunnaisotannalla valitut 30-64-vuotiaat jyväskyläläiset n=300
-> heistä kyselylomakkeen palauttaneet n=79

-> BSCI-kyselyn matalimmat riskipisteet saaneet->
coping-ryhmä n=10,

->BSCI-kyselyn korkeimmat riskipisteet saaneet
->stressiryhmä n=11

->Muut n=58</td><td>Avohoidon perheelliset 30-64-vuotiaat masennuspotilaat n=10</td><td>Masennuspotilaiden puolisot n=10</td></tr>
<tr><td colspan="3">Kyselylomakkeet ja puolistrukturoitu tutkimushaastattelu tutkimuksen alussa kaikille.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Kyselylomakkeet ja puhelinhaastattelu 1 vuoden kuluttua kaikille.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Kyselylomakkeet ja puhelinhaastattelu 5 vuoden kohdalla stressiryhmäläisille</td></tr>
</table>

Masentuneiden osalta teetti alkuun työtä löytää sopivia tutkittavia. Koska työni painopiste oli terveyskeskuksen avohoitotyö, yritin löytää sieltä sopivia perheellisiä masentuneita siinä onnistumatta. Vuonna 2006 alkoi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä depressiohoitajaprojekti, jossa koulutettiin psykiatrisia sairaanhoitajia työskentelemään terveyskeskustyöntekijöiden rinnalla lievien ja keskivaikeiden masennuspotilaiden parissa. Tavoitteena oli sairauden pahenemisen ehkäiseminen matalan hoitoonpääsykynnyksen ja varhaisen puuttumisen ansiosta. Toiminta alkoi vuoden 2007 alussa suurimmassa osassa maakunnan terveyskeskuksia ja heille ohjautuneiden potilaiden joukosta löytyi lopulta tutkimukseen sopivia masentuneita.

Depressiohoitajat tarjosivat tutkimukseen osallistumismahdollisuutta vastaanotollaan käyneille parisuhteessa eläville 30-64-vuotiaille potilailleen Jyväskylän eri terveysasemilla vuoden 2007 alussa. Tutkimuksesta kiinnostuneet vapaaehtoiset masentuneet saivat heiltä kyselylomakkeet, tutkimuksen esittelyn ja suostumuslomakkeen vastaanoton päätyttyä alustavine ohjeineen. Vastausten palauduttua vastaavat kyselylomakkeet lähetettiin myös mukaan kelpuutettujen masentuneiden puolisoille, joiden vastattua sovittiin kummankin haastattelemisesta erikseen. Puolisoilta kartoitettiin haastatteluissa samat asiat kuin masentuneiltakin. Lisäksi heitä pyydettiin kertomaan oma näkemyksensä masentuneen sairauden kulusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä. Seurantakyselylomakkeet lähetettiin sekä masentuneille että heidän puolisoilleen vuoden kuluttua ja heille tehtiin myös puhelinhaastattelut.

4.2. Aineiston kuvaus

Tavoitteena oli löytää riittävän heterogeeniset ryhmät vastaajiksi ja seurantaan peilaamaan masentuneiden tilannetta. Haluttiin tutkia, millaisia eroja ja/tai muutoksia tutkittavien ryhmien välillä ja sisällä seuranta-aikana tapahtui ja sekä määrällisin että laadullisin keinoin hahmottaa masennukseen liittyvien seikkojen ja siltä suojaavien tekijöiden käyttäytymistä eri ryhmissä.

Tutkittavat ryhmät muodostettiin kahdella eri tavalla. Ensimmäinen ryhmä muodostettiin satunnaisotannalla edustavasta väestöotoksesta poimituista 300:sta 30-64-vuotiaasta jyväskyläläisestä, joista puolet oli naisia ja puolet miehiä. Syksyllä 2005 heille lähetettiin postitse tutkimuksen esittely, kyselylomakkeet ja suostumuslomake. Vastauksia palautui ilman toisen kierroksen muistutusta 79 kappaletta (vastausprosentti 26,3 %). Heistä BSCI-lomakevastausten perusteella valittiin stressi- (n=11) ja coping- (n=10) ryhmä (taulukko 1).

Toisen tutkimusjoukon muodostivat Jyväskylän terveysasemien depressiohoitajien vastaanotoilta vuonna 2007 vapaaehtoisesti poimitut 30-64-vuotiaat parisuhteessa elävät kaupunkilaiset, joista mukaan pääsi 10 ensimmäistä em. mukaanottokriteerit täyttänyttä pariskuntaa. Otokseen pyrittiin löytämään mukaan tavallisia terveyskeskuksessa asioivia masennuspotilaita, joilla ei ollut hoitosuhdetta psykiatrian poliklinikalle eivätkä he olleet olleet sairaalahoidossa masennuksen vuoksi. Terveyskeskuslääkäri oli diagnosoinut potilailla masennuksen ICD-10:n mukaan ja lähettänyt heidät sen jälkeen depressiohoitajan vastaanotolle. Puolisot haluttiin mukaan tutkimukseen kuvaamaan omaa elämäntarinaansa ja jaksamistaan masentuneen rinnalla ja peilaamaan myös masentuneen elämää läheisen näkökulmasta. Puolison toivottiin tuovan keskusteluun sellaisia masentuneeseen tai perheeseen liittyviä asioita, joita masentunut itse ei jaksaisi tai huomaisi ottaa puheeksi.

Stressiryhmään BSCI-lomakepisteiden perusteella valituista kaksi jouduttiin poistamaan poissulkukriteerien vuoksi (liite14). Toisella oli sekä korkeat AUDIT-pisteet että sairaalahoitoja psykoottisten oireiden vuoksi, toisella pelkästään toistuvia psykiatrisia hoitojaksoja sairaalassa. Kyselyyn vastanneista masentuneista poistettiin yksi eroamassa ollut (puoliso ei suostunut) ja yksi alle 30-vuotias (ikäkriteeri) vastaaja tutkimukseen sopimattomina. Vain yksi alkuperäisestä haastateltujen ryhmästä jäi pois toiselta seurantakierrokselta (coping-ryhmäläinen). Hänetkin tavoitettiin puhelimitse, mutta varsinaista tutkimushaastattelua ei tehty eikä hän palauttanut kyselylomakkeita. Analyyseissä toisen kierroksen puuttuvat lomakevastaukset korvattiin hänellä ensimmäisen kierroksen tuloksilla.

4.3. Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseen valitut tiedonkeruumenetelmät sopivat kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä, osoittamaan ryhmien välisiä eroja ja ilmaisemaan masennuksen ja stressin aiheuttamia ja niiden paranemiseen liittyviä muutoksia. Vaikka tutkittavat ryhmät ovat pieniä ja valikoituneita, tarjoavat tulokset viitteitä siitä, millaisia terveyskeskuksessa hoidettavat perheelliset masentuneet ovat. Stressin osuudesta masennuksen syntyyn saadaan tietoa sekä kyselylomakkeista että tutkimushaastatteluista. Kaiken kaikkiaan haastattelut syventävät, laajentavat ja täydentävät kyselylomakkeista saatavaa käsitystä tutkittavista ilmiöistä. Taulukossa 2 on kuvattu kunkin menetelmän tuottaman tiedon sisältöä kyseisestä asiasta.

Taulukko 2. Käytetyt tutkimusmenetelmät

Kyselylomakkeisto	
Kyselylomake	Sisällön kuvaus
AUDIT (Saunders 1990)	Päihteiden käytön määrä (liite 9)
BDI-21 (Beck 1961)	Vastaajan oma arvio masentuneisuuden asteesta (liite 8)
Elämänhallintakysely (SOC) (Antonovsky 1993)	Elämänhallinnan tunteen ja sen osa-alueiden tarkastelu (liite 7)
Itsetuntokysely (Rosenbergin Self Esteem Scale) (Rosenberg 1965/1989)	Itsetunnon aste (liite 6)
Stressinhallintakysely (BSCI) (Rahe 2002)	Lapsuuden kokemukset, viimeaikaiset elämäntapahtumat, stressitekijät, fyysiset ja psyykkiset oireet, sopeutumistaidot (liite 5)
Taustatietolomake	Sosiodemografiset tekijät, sosiaaliset verkostot, terveys-palveluiden käyttö, toimintakyky, psyykkinen sairastavuus, tyytyväisyys elämään (liite 4)
Loppuarviointilomake	Palaute lomakkeiden ominaisuuksista ja täyttämiseen liittyvistä asioista (liite 10)
Tutkijan haastattelulomake	
MADRS (Montgomery 1979)	Tutkijan käyttämä masennuksen vaikeusasteen arviointi (liite 15)
Teemahaastattelut	
Sukupuut	Sukupuiden rakenne, suvun, perheenjäsenten ja tutkittavan välisten suhteiden merkityksen arviointi, suvun arvot, traditiot, mallit, sairaudet
Elämänkaari	Elämänkulku, merkittävät elämäntapahtumat ja niiden merkityksen arviointi, yksilön sisäinen kehitys, koulutus, työ, muutot, ystävät, harrastukset, arvot, talous, yhteiskunta, tulevaisuus, sairaudet, mikä merkitys elämänhallinnalle (liite 13)
Puhelinhaastattelu	1 vuoden kohdalla: viimeisen vuoden tapahtumat, niiden merkitys, tietojen täydennys, työhön paluu, hoito, kuntoutuminen masentuneilla, puolison suhtautuminen masennukseen, stressitekijöiden kanssa selviytyminen (liite 19) 5 vuoden seurantatiedot: muutokset stressitekijöissä, niiden hallintakeinoissa, suhtautumistavoissa, ympäröivissä olosuhteissa, työkyvyssä, mahdollinen apu selviytymiseen (liite 20)

Taustatielomakkeessa käytettiin pääasiassa samoja kysymyksiä kuin Terveys 2000-kyselyssä (Aromaa 2002). Tutkija lisäsi muutamia tarkentavia kysymyksiä mukaan koskien läheisten psyykkisiä sairauksia, avun saantia, toimintakykyä ja työtä. Lomakkeen tulokset antoivat yleiskuvaa tutkittavista, heidän iästään, koulutuksesta, työstä, sosioekonomisesta asemasta, omasta ja

lähisukulaisten psyykkisistä sairauksista, niiden hoidosta ja yleisestä avun tarpeesta ja sosiaalisista verkostoista.

BSCI- kyselylomake (Rahe 2002) valittiin teoreettisin perustein mukaan pilotointimielessä, koska se sisälsi parhaiten stressin ja coping-keinojen välistä tasapainoa saman kyselylomakkeen sisällä. Tutkimuslomakkeessa tiedusteltiin sekä elämänhallintaa heikentävistä stressitekijöistä lapsuus- ja aikuisiällä että myös niiden kanssa selviytymistä kuvaavia coping-keinoja viimeisen vuoden ajalta. Näistä osioista laskettiin pisteet myös erikseen. BSCI- loppupisteet muodostuivat kokonais-coping-pisteistä vähennetyistä kokonaisstressipisteistä. Absoluuttisia suositusarvoja ei tuloksissa ole, vaan ne kuvastavat stressiherkkyyden ja coping-ominaisuuksien tasapainoa ja toimivat vertailun ja seurannan välineenä yksilö- ja ryhmätasolla.

SOC-13-lomake mittaa elämänhallinnan subjektiivista tunnetta eli koherenssia (Antonovsky 1993). Se koostuu kolmesta osa-alueesta: elämän hallittavuus (manageability), mielekkyys (meaningfulness) ja ymmärrettävyys (comprehensibility). Kysymyslomake oli alun perin varustettu viidellä lisäkysymyksellä, jotka poistettiin tuloksia analysoitaessa. Poisjätetyt lisäkysymykset olivat käänteisiä alkuperäisiin nähden. 13-kohtainen kysymyslomake on validoitu Suomen olosuhteisiin (Feldt 2007a). SOC:n skaalaus oli tässä tutkimuksessa Likertin asteikolla 1-5, joten maksimipistemäärä oli 65. Täsmällisiä normaaliarvoja ei kyselylomakkeella ole, joten lukemia käytetään lähinnä seurannan ja vertailun välineenä.

Beckin 21-kohtainen kansainvälinen depressiotesti, BDI-21 (Beck 1961) on yleisesti perusterveydenhuollossa vastaanotoilla ja tutkimustyössä käytettävä, pääasiassa masennuksen hoidon seurantaan tarkoitettu apuväline, jota käytetään usein myös diagnoosin teon tukena. Sen antamat pistemäärät ovat diagnoosin suhteen vain viitteellisiä ja kyselyn sisällöstä on syytä keskustella lisäksi vastaajan kanssa, ovatko kenties muut tekijät, kuten ahdistus, suru tai somaattinen sairaus tai oireiden vähättely tai defenssit vaikuttaneet vastauksiin (Roivianen 2008). Viitteelliset pisterajat ovat lievässä 10-18, keskivaikeassa 19-29 ja vaikeassa masennuksessa 30-63 (TOIMIA BDI-21) Myös muunlaisia pisterajoja ja versioita kyselystä on käytössä Suomessakin. Kyselyä voidaan täydentää Montgomery-Åsbergin asteikolla (MADRS) (Montgomery 1979) edustamaan tutkijan objektiivisempaa näkemystä masennuksen vakavuudesta. Arviointi tehtiin masentuneille ensimmäisessä haastattelutilanteessa. Potilasasiakirjat eivät olleet tutkijan käytettävissä tutkimuksen aikana eikä vastaanotolla tehtyjen testien tulokset olleet siten tutkijan tiedossa. Masentuneiden diagnoosi oli varmistettu kuitenkin ennen hoidon aloitusta yleislääkärin ja depressiohoitajan yhteistyönä ICD-10:n mukaisesti.

Itsetuntoa mitattiin Rosenbergin jo 1960-luvulla luomalla Global Self-Esteem Scalella (Rosenberg 1965/1989). Itsetunnon katsotaan kehittyvän rinnan elämänhallinnan tunteen (SOC) kanssa kasvun ja kehityksen myötä lapsuuden ja nuoruusvuosien aikana (Keltikangas-Järvinen 2008b). Sen yhteys masennukseen sekä sitä edesauttavana että sen myötä muuttuvana on osoitettu (Raitasalo 2007). Täsmällisiä normaaliarvoja ei mittarista ole esitetty ja siksi sitä käytetään lähinnä seurannan ja vertailun välineenä.

AUDIT-kysely on kansainvälinen lomake, jolla mitataan aikuisväestön alkoholinkäyttöä (Saunders 1990). Masennus ja alkoholin liikakäyttö kytkeytyvät usein toisiinsa. Alkoholin liikakäyttö etenkin naisilla on usein masennuksen seurausta, kun taas miehillä päinvastoin. Alkoholin liiallinen käyttö heijastuu nopeasti läheisten hyvinvointiin ja haittaa työssä selviytymistä. AUDIT: in tulosta käytettiin sekä poissulkukriteerinä että seurattaessa sen yhteyttä masennuksen kulkuun ja koettuun stressiin. AUDIT-pisteiden suositusarvot löytyvät mm. TOIMIA- tietokannasta.

Haastatteluosio aloitettiin sukupuun piirtämisellä. Haastattelija piirsi keskustelun aikana haastateltavan sukupuun 3-4 nuorimman sukupolven osalta. Rungon valmistuttua läpikäytiin suvun jäsenten välisiä suhteita, periytyviä sairauksia ja taipumuksia, ristiriitoja, tärkeitä sukulaisuussuhteita, eroja ja kuolemia. Tiedot kirjoitettiin muistiin sukupuun ympärille. Myöhemmin sukupuut tallennettiin sähköiseen SukuJutut- sukupuuohjelmaan (SukuJutut) muistiin ja sitä apuna käyttäen pystyttiin palaamaan takaisin haastateltujen sukujen ominaisuuksiin. Sukupuuhaastattelun runko on liitteessä (liite 13).

Elämänkaarihaastattelu seurasi sukupuiden tekoa saman tapaamisen aikana. Yhteensä näihin kahteen osioon meni aikaa keskimäärin n. 2 tuntia. Elämänkaarta läpikäytäessä keskustelun sisältö ja runko piirrettiin aikajanalle, johon merkittiin tärkeimmät elämäntapahtumat, ja niiden vaikutuksesta nykyhetkeen keskusteltiin. Haastateltavat antoivat itse merkitykset tapahtumille. Sama tapahtuma saattoi toiselle olla elämänhallintaa parantanut, toisella sitä heikentänyt ja kenties masennuksen syntyä edesauttanut. Puolistrukturoidun lomakkeen mukaan kyseltiin tarkemmin myös koulutuksesta, työstä, ystävistä, harrastuksista, arvoista, asenteista ja tulevaisuudennäkymistä. Elämänkaarihaastattelun runko on liitteessä (liite 13).

Haastatteluissa pyrittiin alun perin kaikkia kertomaan samalla tavalla elämän kulusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä riippumatta siitä, oliko tutkittava sairastunut masennukseen vai ei. Masentuneille erikseen tehdyt kysymykset sairaudesta ja sen vaikutuksista elämään sijoitettiin haastattelun loppuvaiheeseen. Masentuneiden ja heidän puolisoidensa haastattelut tehtiin vuotta myöhemmin kuin satunnaisotokseen kuuluneiden vuonna 2007. Tutkimushaastattelujen analysointi aloitettiin vasta kun kaikki tutkittavat oli haastateltu.

Perheen merkitystä masentuneelle selvitettiin kysymyslomakkeista taustatietojen ja BSCI:n lapsuutta ja viimeisen vuoden tapahtumia käsitelleiden osien perusteella. Mukaan otettiin myös puolisoiden vastaukset kuvaamaan masennuksen aiheuttamia muutoksia perheessä viimeisen vuoden ajalta. Vertailussa olivat sekä lomakekohtaiset kokonaispistemäärät että kyselylomakkeiden väittämälauseita aihetta koskien ajatuksena katsoa, mitkä seikat perheissä eniten askarruttivat masentuneiden ja puolisoiden mieltä. Joitakin numeerisia vastauksia saatiin laskemalla haastattelutiedoista ilmenneiden seikkojen lukumääriä yhteen tai muodostamalla tuloksista mediaaneja ryhmittäin (lapsiluku, järjestys sisarussarjassa).

Haastatteluista etsittiin vastaajien käsityksiä mahdollisesti masennuksen syntyyn vaikuttaneista lapsuusajan tapahtumista ja kokemuksista lapsuudenperheessä ja myös siltä todennäköisesti suojanneista tekijöistä. Vastaavasti masentuneet ja puolisot kuvasivat omia käsityksiään nykyperheensä merkityksestä masennuksen synnyssä ja myös masennuksen seurauksista perheessä. Osalla puolisoista oli omakohtaisia kokemuksia masennuksesta, osa peilasi omia kokemuksiaan masentuneiden kokemuksiin ja pohti, mikä oli suojannut heitä itseään sairastumasta masennukseen. Puolisoiden näkemykset masennuksen vaikutuksesta perheeseen saattavat poiketa masentuneen käsityksistä, jonka vuoksi heidän näkökulmansa nähtiin tärkeänä. Puolisoiden haluttiin kertovan myös siitä, miten heidät oli huomioitu masentuneen hoidossa ja miten heidän oma roolinsa perheessä oli muuttunut toisen vanhemman ja lapsen huoltajan ja perheen elättäjän käytyä kykenemättömäksi huolehtimaan tehtävistään entiseen tapaan.

Perheen, suvun ja läheisverkoston merkitystä elämänhallinnassa ja itsetunnon kehityksessä arvioitiin vertaamalla masentuneiden lapsuusajan ja aikuisiän kokemuksia elämänhallintaan vaikuttaneista tekijöistä coping-ryhmäläisten vastauksiin. Tietoa kerättiin sekä laadullisella että määrällisellä menetelmällä. Kvantitatiivisesti verrattiin BSCI:n ja sen osien, SOC:n ja sen osa-alueiden sekä

itsetuntokyselyn pistemääriä toisiinsa ryhmien kesken lähtötilanteessa ja vuoden kuluttua nähdäksemme, miten masennus vaikutti tarkasteltaviin tekijöihin ja tapahtuiko coping-ryhmän vastauksissa mitään muutoksia seurannan aikana.

Laadullinen osio koostui tutkimuksen alussa tehdystä alkuhaastattelusta sekä vuoden kohdalla tehdystä puhelinhaastattelusta. Vastauksista etsittiin eroja masentuneiden ja coping-ryhmäläisten lapsuudenaikaisista ja aikuisiän elämänhallintaan vaikuttaneista tekijöistä. Alkuhaastattelun sukupuuosiosta poimittiin tietoja lähisuvusta henkilöittäin elämänhallintaa koskien. Elämänkulkua käsittelevästä osiosta otettiin mukaan tähän osaan pääosin muuta ympäristöä, läheisverkostoa, koulua ja hoitojärjestelmää koskevat tiedot sekä käsityksiä itsestä ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Myös vuoden kohdalla tehtyjen puhelinhaastattelujen tietoja sisällytettiin soveltuvin osin em. laadulliseen osioon. Puhelinhaastatteluissa voitiin seurata masennuksesta toipumisen näkymistä elämänhallinnassa. Lopullinen jäsennys näitä koskevista tuloksista syntyi induktiivisesti aineistosta esiinnousseiden teemojen mukaisesti.

Erityisesti stressaavien elämäntapahtumien merkitystä masennuksen synnyssä tutkittiin vertaamalla masentuneiden ja stressiryhmään kuuluneiden vastauksia toisiinsa. Molemmilla ryhmillä oli runsaasti kokemuksia stressaavista elämäntapahtumista. Analyysissä pyrittiin löytämään lapsuudesta ja aikuisuudesta seikkoja, jotka erottivat ryhmät toisistaan ja/tai mitä yhtäläisyyksiä niillä oli. Miksi joku koki itsensä masentuneeksi ja haki siihen apua ja joku ei? Oliko ryhmien välillä eroja elämänkulussa, voimavaroissa ja elämänhallinnassa? Masentuivatko stressiryhmäläiset lopulta? Mitä tapahtui masentuneille heidän parantuessaan? Oliko stressiryhmäläisten stressi pysyvää luonteeltaan vai oliko heillä tutkimuksen alussa vain sattumoisin runsaasti stressaavia elämäntapahtumia? Alun perin oli suunnitelmissa päättää tutkimus vuoden jälkeen, mutta selkeästi näytti siltä, että tutkimuskysymyksiin ei saatu selvää vastausta vielä, joten jatkettiin seuranta-aikaa stressiryhmäläisten kohdalla viiteen vuoteen saakka ja uusittiin lomakekysely ja puhelinhaastattelu silloin.

Coping-ryhmää käytettiin vertailukohteena em. ryhmien suhteen, missä määrin heidän kyselylomakevastauksensa erosivat stressiryhmäläisistä ja masentuneista ja mitä eroja masentuneiden ja coping-ryhmäläisten elämäntapahtumissa ja selviytymiskeinoissa oli keskenään. Oletuksena oli että heillä olisi erityisen hyvät selviytymiskeinot kohdatessaan haasteellisia elämäntilanteita BSCI-kyselyn mukaisesti päinvastoin kuin masentuneilla ja stressiryhmäläisillä. Kyselylomakkeiden vastaukset ryhmittäin on esitelty taulukossa 31.

Työn merkitystä stressitekijänä masennuksen synnyssä ja siitä toipumisessa käsiteltiin sekä kyselylomakkeissa että haastatteluissa. Alun perin työn osuuden oli tarkoitus kuulua edelliseen stressaavia elämäntapahtumia kartoittaneeseen osioon, mutta runsaan tietosisällön vuoksi se käsiteltiin erillisessä tulosluvussa.

Pääosa tuloksista muodostui haastattelujen perusteella. Heiltä kysyttiin työn myönteisistä ja kielteisistä vaikutuksista elämänhallintaan. Masentuneilta kysyttiin lisäksi käsitystä työn osuudesta masennuksen synnyssä ja seurattiin vuoden ajan sairaudesta toipumista työn näkökulmasta. Selvitettiin millaisia selviytymiskeinoja tutkittavat olivat löytäneet työssä ilmenneiden ongelmien käsittelyyn seuranta-aikana. Kyselylomakkeista saatiin tietoja mm. tulotasosta ja työssäoloista sekä muutoksista työssä ja työolosuhteissa viimeisen vuoden aikana sekä työkäyttäytymisestä.

4.4. Analyysimenetelmät

4.4.1. Laadullinen analyysi

Haastatteluaineistoa analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysia (Kyngäs 1999) käyttäen. Analyysiyksikkönä toimivat ne tekstiosiot, joissa vastaajat puhuivat kunkin tutkimuskysymyksen aihepiiristä. Induktiivisellä menetelmällä sisällönanalyysiä tehtäessä analyysiyksiköt lyhennettiin, koottiin aihepiireittäin ja tiivistettiin alakäsitteiksi, joista edelleen yksinkertaisimmat yläkäsitteet (taulukko 3). Vastaajien koodaukseen käytettiin vain ryhmä- ja sukupuolimerkkiä tunnistamisen estämiseksi (masentuneet M, puolisot P, coping-ryhmäläiset C, stressiryhmäläiset S, naiset N ja miehet M, yhdistettyinä esim. MN masennusryhmään kuuluva nainen, CM, coping-ryhmään kuuluva mies). Ilman sitaatteja olevat lauseet ovat muistiinpanojen tiivistelmistä kirjattuja lauseita ilman täsmällistä lainausta.

Taulukko 3. Esimerkki käytetyn sisällönanalyysin toteutusprosessista induktiivisesti etsittäessä elämänhallintaa heikentäneitä tekijöitä lapsuudessa

analyysiyksikkö	alakäsite	yläkäsite
” Äitihän kuoli jo sillon kun mää olin 10 täyttänny”(MM) ”Lukiossa olin sillon viimesellä luokalla kun isä kuoli”(MM) ”Isähän kuoli sillon kun olin neljän vanha”(MM)	vanhemman kuolema	kiintymyssuhteiden katkeaminen lapsena
” Isä ja äiti on eronneet kun mää olin 3-vuotias ”(PN).”Se (ero) oli tietysti aika hankala siinä murrosiän kohalla ”(MM)	vanhempien ero	
”Mää oon ollu aika juureton. Me ollaan muutettu hirveesti lapsuudessa”(PN)	muutto toiselle paikkakunnalle, juurettomuus	
” Oli semmonen hyvä kissa, nukku aina pienenä mun mahan päällä siinä…se yks ukko ampu sen silleen ”(MM)	lemmikkieläimen kuolema	

4.4.2. Tilastollinen analyysi

Lomakevastaukset tallennettiin ensin Exceliin, josta tiedot siirrettiin Sigmaplotiin (Sigmaplot-ohjelma), jolla lopulliset analyysit tehtiin. Analyyseissä toisen kierroksen puuttuvat lomakevastaukset korvattiin ensimmäisen kierroksen tuloksilla yhden poisjääneen coping-ryhmäläisen vastausten osalta. Taulukossa 4 on esitetty kooste eri kyselylomakkeiden tilastollisista analysointitavoista tiedonkeruuaikatauluineen.

Taulukko 4. Käytetyt aineistonkeruumenetelmät ja niiden analysointitavat tutkimuksen eri vaiheissa (0,1,5 v)

Kyselylomake	Analysointitapa	Tutkimuksen vaihe, jolloin käytössä
AUDIT	1,2,3,4	0,1,5 v
Beck	1,2,3,4	0,1,5 v
Elämänhallintakysely (SOC)	1,2,3,4, myös osapisteet	0,1,5 v
Itsetuntokysely	1,2,3,4	0,1,5 v
Stressinhallintakysely BSCI)	1,2,3,4, myös osapisteet	0,1,5 v
Taustatietolomake	2,3	0,1,5 v
Lisätietolomake	5	0 v
Loppuarviointilomake	5	0 v
Haastattelijan kyselylomake		
MADRS	1	0 v
Haastatteluaineisto		
Sukupuut	5,6	0 v
Elämänkaari	5	0 v
Puhelinhaastattelu	5	1, 5 v

1= pistesummat

2= suorat vastausjakaumat, vaihteluväli, Fisherin testi

3=ryhmien välisten erojen merkitsevyyden testaaminen samanaikaisesti, Kruskal Wallisin testi tai Mann Whitneyn testi

4= ryhmien sisällä eri aikoina tapahtuneiden muutosten vertailu, Friedmanin testi tai Wicoxonin signed rank testi

5= sisällönanalyysi teemoittain, ryhmävertailu

6= sukupuiden piirtäminen SukuJutut- ohjelmalla ja rakenteiden vertaaminen

Lomaketuloksista (BSCI, BDI, SOC, AUDIT ja Itsetunto) muodostettiin ryhmäkohtaiset keskiarvot, mediaanit, vaihteluvälit ja keskihajonnat ja verrattiin niiden eroja 0 ja 1 vuoden välillä ja stressiryhmäläisillä vielä 1 että 5 vuoden välillä. Eroja testattiin ryhmien sisällä eri aikapisteissä (0,1, ja 5 v) ja ryhmien välillä (masentuneet, puolisot, stressi- ja coping-ryhmä sekä muut otokseen tulleet). SOC:sta ja BSCI:stä tehtiin myös lomakkeen sisällä alaosioanalyysit. Väittämälauseita poimittiin kuvailemaan kutakin tutkittavaa aluetta taulukoihin tulosluvuittain. Ne ristiintaulukoitiin ja eroja ryhmien välillä testattiin Fisherin testillä. Muutamia numeerisia tietoja (parisuhteen kesto, lasten lukumäärä, erot, järjestys sisarussarjassa) saatiin sukupuuhaastatteluista poimien. Taustatietolomakkeiden tulokset esitettiin absoluuttisina lukuina ryhmäkohtaisesti.

4.5. Tutkimusluvat

Tutkittavilta saatiin kirjallinen suostumus tutkimuksen tekoon tutkimuksen esittelyn yhteydessä (liite 3) ja lupa ottaa yhteyttä seuranta-aikana tarvittavien tietojen keräämiseen. Tutkimusaineistoa säilytettiin koko tutkimuksen ajan lukitussa paikassa eikä henkilötietoja luovutettu kenellekään. Tutkimuksessa mukana olleista haettiin henkilörekisterinpitolupa tietosuojavaltuutetulta. Maistraatilta saatiin lupa tutkittavien etsimiseen satunnaisotoksella tutkimuskäyttöön ja noudatettiin heidän antamiaan ohjeita tietosuojan osalta. Tutkimuksen jälkeen aineisto sovittiin säilytettäväksi vähintään 10 vuoden ajan ja kunnes mahdolliset lisäanalyysit on tehty ja julkaistu. Tutkimusta varten saatiin lupa Jyväskylän kaupungilta tilojen ja työvälineiden käyttöön tutkimuksen teossa, samoin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuksen vastuuyksikkönä oli Keski-Suomen keskussairaalan psykiatrian klinikka. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta esitti myönteisen lausuntonsa tutkimuksesta 22.6.2005 ja lisäosista vuosina 2006 ja 2010.

BSCI-lomakkeen käyttöön on saatu lupa henkilökohtaisesti prof. Richard Rahelta ja SOC-lomakkeen käyttöön Aron Antonovskyn pojalta Avsalom Antonovskyltä.

5. Tulokset

Vastaajat olivat 30-64 vuotiaita tutkimuksen alussa ja heidän keski-ikänsä olivat lähellä toisiaan (masentuneilla 46,7, puolisoilla 46, coping- ryhmällä 49,3 ja stressiryhmällä 48 vuotta). Ryhmiin valitsematta jääneiden satunnaisotokseen vastanneiden keski-ikä oli 47,3 vuotta. Kaikkiin ryhmiin kuuluneet asuivat kaupunkimaisissa olosuhteissa. Kaikki olivat jossakin elämänsä vaiheessa asuneet parisuhteessa, coping- ryhmäläisistä 9 ja masentuneista kaikki olivat parisuhteessa tutkimuksen alussa, stressiryhmäläisistä 6. Masentuneista oli eronnut joskus aiemmin 4, puolisoista 6 ja coping-ryhmäläisistä 2. Kaikki eronneet masentuneet ja puolisot olivat pariutuneet uudelleen. Masentuneista pariskunnista puolet eli uusperheissä.

Masentuneista puolet oli sairautensa takia poissa työstä, joka vaikutti heidän tuloihinsa. Otokseen mukaan tulleista masentuneista kellään ei ollut akateemista koulutusta, stressiryhmäläisistä 9 %:lla ja coping- ryhmäläisistä 40 %:lla sellainen oli. Vastaavasti masentuneista vain 30 %:lla perheen vuositulot olivat yli 40 000 euroa, stressiryhmäläisistä 55 %:lla ja coping- ryhmäläisistä 60 %:lla (taulukko 5). Masentuneet olivat kaikki depressiohoitajan hoidossa kaupungin eri terveysasemilla tutkimuksen alussa ja heillä oli 2 vuoden ajan yhteydenottolupa hoitajaansa masennuksen oireiden mahdollisesti uusiutuessa.

AUDIT- pisteet jäivät mataliksi kaikilla ryhmillä. Runsaasti alkoholia käyttäneiden palvelut tutkimuspaikkakunnalla oli järjestetty tutkimuksen aikana muualta kuin terveyskeskuksesta ja osallistumisaktiivisuus tämän tyyppisiin tutkimuksiin on muutenkin heikkoa heillä, joten tässä tutkimuksessa heitä ei tavoitettu.

Coping- ryhmäläisten lapsuudenperheissä oli ollut keskimäärin 2,7 lasta kun taas masentuneiden lapsuudenperheissä oli ollut keskimäärin 4,1 lasta. Kaikkien coping- ryhmäläisten lapsuudenperheet olivat pysyneet eheänä aikuisikään saakka, masentuneilla vain neljällä. Kahdella toinen vanhemmista oli kuollut haastateltavan ollessa alle 18- vuotias, kolmen vanhemmat olivat eronneet ja yksi kasvoi kokonaan isovanhempiensa luona koko elämänsä. Vain kahdella masentuneella oli todellisuudessa molemmat biologiset vanhemmat 18- vuotiaaksi saakka kotona elossa huolehtimassa heistä. Taulukossa 5 kuvataan eri ryhmiin päätyneiden taustatietoja tutkimuksen alussa.

Taulukko 5. Kaikkien tutkimuksessa mukana olleiden taustatietojen esittely ryhmittäin tutkimuksen alussa

Ominaisuus	Masentuneet =1	Stressiryhmä=2	Coping-ryhmä=3	Puolisot =4	Muut=5
Lukumäärä	10	11	10	10	58
Ikä	46,7(35-58)	48,00(31-62)	49,30(31-64)	46,0(30-59)	47,3(30-63)
Koulutustaso perus/keski/korkeakouluaste	2/8 /0	1/9/1	1/5/4	1/ 6/3	9/33/16
Työstatus Työssä/työkyvytön/opiskelija/työtön	5/3/1/1	7/0/1/3	7/2/0/1	6/2/1/1	44/9/0/5
Perheen vuositulot alle 20 000/20 000-40 000/yli 40 000- euroa	3/4/3	3/2/6	2/2/6	2/6/2	8/27/23

5.1. Perheen merkitys masentuneelle

5.1.1. Tutkimusasetelma

Perheen merkitystä masentuneelle arvioitiin pääasiassa masentuneiden itsensä sekä heidän puolisoidensa antamien haastattelutietojen perusteella. BSCI- kyselylomakkeessa oli myös muutamia kysymyksiä lapsuuden- ja nykyperhettä koskien, mutta niistä saatu tieto kokonaisuudesta oli puutteellista, koska väliin jäi 18 ikävuoden ja tutkimusta edeltäneen vuoden välinen ajanjakso kokonaisuudessaan. Monet tuolla aikavälillä tapahtuneet asiat vaikuttivat edelleen jokapäiväiseen elämään. Myös taustatietolomakkeessa oli muutama perhettä ja sairastamista koskeva kysymys. Vuoden kuluttua alkukyselystä ja –haastattelusta tehtiin uusi lomakekysely sekä masentuneille että heidän puolisoilleen ja heidät haastateltiin uudelleen puhelimitse kuluneen vuoden tapahtumien osalta erityisesti masennusta koskien. Tarkempi selvitys mukaan otetuista masentuneista, heidän puolisoistaan, käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja tutkimuksen kulusta on luvussa 4.

Sukupuu- ja elämänkulkuhaastatteluissa haluttiin selvittää sekä lapsuuden että nykyperheen ja parisuhteen merkitystä masennuksen synnyssä ja mahdollisesti siitä toivuttaessa. Puolisoiden mahdollisia eriäviä ja täydentäviä näkemyksiä haluttiin kuulla erikseen. Tulokset toivat esiin runsaasti sekä selviytymistä auttaneita että sitä vaikeuttaneita tekijöitä perheissä sekä lapsuudessa että aikuisiällä, joskin jokaisen selviytymistarina on yksilöllinen. Toisen tutkimuskierroksen kvantitatiivisia tuloksia on esitetty tarkemmin luvussa 5.3.

5.1.2. Taustatietoja masentuneista ja heidän puolisoistaan

Tutkimukseen mukaan tulleiden masentuneiden sisäänottokriteerinä oli mm. eläminen parisuhteessa (liite 14). Suurimmalla osalla vastaajista oli lapsia huollettavanaan, joko omia tai puolison tai yhteisiä. Eron oli kokenut lähes joka toinen, jonka vuoksi nykyinen parisuhde oli kestänyt lyhyemmän ajan kuin esim. coping-ryhmäläisillä. Masentuneilla keskimääräinen yhdessäasumisaika nykyisen puolison kanssa oli 12,4 (0,2-37) vuotta, coping-ryhmäläisillä 23,6 (7-37) vuotta. Korkeintaan perus- tai keskiasteen tutkinto oli kaikilla masentuneilla, puolisoista kolmella korkeakoulututkinto. Masentuneista oli työssä viisi tutkimuksen alussa, puolisoista kuusi, millä oli vaikutusta perheen tulotasoon. Masennus oli puhjennut kahdelle masentuneista ennen parisuhteen muodostumista, yhdellä oli ollut muunlaisia psyykkisiä oireita ennen masentumista. Puolisoista psyykkistä sairautta oli kolmella, joista kaikilla oli kokemusta masennuksesta ja psyykenlääkkeiden käytöstä. Neljällä masentuneella ja puolisolla oli kokemusta myös läheisen psyykkisestä sairaudesta useimmiten jo lapsuudesta lähtien. Taulukossa 6 on esitetty taustatietoja masentuneista ja heidän puolisoistaan tutkimuksen alussa. Muiden tutkittujen ryhmien taustatiedot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 6. Taustatietoja masentuneista ja heidän puolisoistaan

Ominaisuus	Masentuneet n=10	Puolisot n=10
Avo-/avioliitossa nykyhetkellä	4/6	4/6
Eronnut avo-/avioliitosta joskus	4	6
On omia tai yhteisiä lapsia n:lla	8	8
Omien lapsien lukumäärä keskiarvo (vaihteluväli)	2,6 (0-4)	1,8 (0-4)
Psyykkistä sairautta lähisuvussa	4	4

5.1.3. Lapsuudenaikaiset olosuhteet ja tapahtumat masennuksen taustalla

Masentuneista monilla oli taustalla lapsuudenaikaisia haavoittavia kokemuksia, joilla saattoi olla merkitystä aikuisena tapahtuneessa sairastumisessa. Neljällä lapsuudenperhe oli hajonnut vanhempien eron tai kuoleman johdosta. Isäpuolet tai isovanhemmat eivät olleet kertomusten mukaan pystyneet täyttämään puuttuneen vanhemman jättämää aukkoa. Puolisoilla oli ollut keskimäärin yhtä monta lasta lapsuudenperheessä kuin masentuneilla eli 4,1 lasta, coping-ryhmäläisillä 2,7.

Suurilapsisissa perheissä sisarusten apu ja tuki tulivat täydentämään puuttuvaa vanhempaa ja vanhemmuutta, vaikka talous ja toimeentulo olivat monesti tiukalla. Myös yhteisöllinen asumistapa sekä maalla että kaupungissa turvasivat myös niiden lasten kanssakäymisen mahdollisuudet, joilla ei ollut sisaruksia kotona. Lapsuudessa koetut vahvistavat kokemukset niin lapsuudenperheen, isovanhempien, suvun, lähiyhteisön, harrastuspiirien kuin koulunkin osalta olivat masentuneille merkittäviä jälkikäteen ajatellen. Taulukossa 7 on kuvattu masentuneiden ja heidän puolisoidensa lapsuudenolosuhteita.

Taulukko 7. Taustatietoja masentuneiden ja puolisoiden lapsuudenperheistä

Ominaisuus	Masentuneet n=10	Puolisot n=10
Molemmat vanhemmat perheessä alle 18-vuotiaana	6	8
Äidin tai isän kuolema alle 18-vuotiaana	2	1
Vanhemmat eronneet alle 18-vuotiaana	3	2
Saanut henkistä tukea vanhemmiltaan alle 18-vuotiaana	8	5
Vanhemmat riitelivät lapsen nähden alle 18-vuotiaana	4	5
Lapsien lukumäärä lapsuudenperheessä, keskiarvo(vaihteluväli)	4,1(1-9)	4,1(1-7)

5.1.3.1. Negatiiviset kokemukset

Käsityksiä lapsuudenperheen suhteesta masennukseen haastateltavat ilmaisivat monipuolisesti sekä sukupuu- että elämänkulkuhaastattelussa. Muistot lapsuudesta olivat yhtä selkeinä mielessä vielä vuosikymmenien jälkeenkin kuin olisivat tapahtuneet aivan äskettäin. Monilla oli kokemuksia kaltoinkohtelusta, sisarusten välisestä epätasa-arvosta ja sisarkateudesta, joiden he kokivat vaikuttaneen itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin vielä vuosikymmenien päästäkin. Sekä biologisella että sosiaalisella perimällä katsottiin olevan vaikutusta siihen, mitä vastaajista oli tullut aikuisina. Myös aineellisella köyhyydellä oli taipumus jatkua ylisukupolvisesti. Näitä asioita monet kävivät läpi vielä aikuisina, ainakin sisarustensa kanssa. Vastaajat kertoivat käsityksiään masennukseen johtaneista kielteisistä seikoista perheessä haastatteluissa, joiden tuloksista on kooste taulukossa 8. Vastaajan ryhmä ja sukupuoli ilmenee sitaatin lopussa. Siteeratuilla puolisoilla oli myös omakohtaista kokemusta sairaudesta.

Taulukko 8. Masennuksen syntyyn mahdollisesti vaikuttaneita negatiivisia tekijöitä lapsuudessa

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite
” Näinkö sää oot antannu kaikki vaivat, yhellä humis korvat ja toinen kärsi mielenterveysongelmista ja verenpaineesta… Ne oli liian kilttejä ja se kiltteys on seurannu mua ja meitä muitakin lapsia”(MM)	biologinen, sosiaalinen tai psykologinen perimä	perintötekijät

Lapsena isä lähti ja jätti perheensä. Isäpuoli oli pahin, alkoholisti, löi murrosikäiseksi saakka ilman syytä. Veli oli ainut turva.(MN)	vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, läheisväkivalta, pelot niistä	perheolojen epävakaus ja turvattomuus
”Mä oon ollu aika juureton. Me ollaan muutettu hirveesti lapsuudessa”(PN)	vanhemman kuolema, avioero, muutot, juurettomuus, lemmikkieläimen kuolema	kiintymyssuhteiden katkeaminen
”No enhän mää ihmettä hoitoo oo tarvinnu, ruokaa antovat. Ei pahemmin ollu kyllä kettään(kaveria). Paikkakunnan huonoin talo siihen aikaan...ei ollu sitä kaivookaan.. olihan siellä kotieläimiä, hiiriä ja rottia ”(MM)	puutteellinen huolenpito, vaikeat elinolosuhteet, virikkeiden, osallistumismahdollisuuksien puute	aineellisen hoidon ja huolenpidon puute
”(Mummo) oli etäällä, nimenomaan, ei puhuttu mistään. En mää oo saanu noilta (isovanhemmilta) yhtään mitään, en mää ainakaan koe että mää oisin saanu mitään ”(MM)	puutteellinen tunneilmaisu, arvostus piti ansaita, sosiaalisen tuen puute, kannustuksen ja ymmärryksen puute	tunne-elämän kehityksen puutteellinen tuki

MN=masentunut nainen, PN=naispuoliso, MM=masentunut mies

Masentuneet kokivat lapsuudenaikaisten menetysten ja puutteellisen hoivan haitanneen heidän kognitiivista ja emotionaalista kehitystään ja herkistäneen heitä stressille ja masennukselle, vaikka lopullinen sairastuminen oli tapahtunut vasta aikuisiällä. Lapsuuden traumoja kokeneet kokivat jääneensä elämänhallintataidoiltaan heikoiksi ja haavoittuviksi. Monilta oli lapsuuden biologinen perhe hajonnut ennen aikuisikää. Coping-keinojen puutteet näkyivät sopeutumisvaikeuksina suurien elämänmuutosten yhteydessä aikuisiällä. Vuorovaikutuksessa se ilmeni§ mm. parisuhdevaikeuksina ja sosiaalisten verkostojen vähäisyytenä.

Psyykkistä sairautta oli neljällä masentuneella omassa lapsuudenperheessä ja myös lähisukulaisissa. Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat sekä läheisväkivalta olivat murtaneet luottamusta ja kiintymyssuhdetta heihin lapsuudessa. Vanhemman kuolema, avioero ja muutot lisäsivät juurettomuutta ja johtivat sosiaalisen tukiverkoston harvenemiseen. Eronneiden lasten isät (n=3) eivät pitäneet lapseensa mitään yhteyttä ja yhden äiti hylkäsi lapsena jättäen tämän isovanhempien hoitoon pysyvästi. Eroperheiden äidit olivat jääneet joko yksinhuoltajiksi tai solmineet uuden, lapsen kannalta epätyydyttävän suhteen, jolloin lapsille ei muodostunut uutta kiintymyssuhdetta menetetyn tilalle. Yhteydenpito kuolleen vanhemman (n=2) sukuun oli vähentynyt tai loppunut kokonaan.

Vanhimpien vastaajien lapsuudessa 40-50- luvulla maaseudulla asuinolot ja toimeentulo olivat puutteellisia. Lasten koulunkäynti kärsi maalla pitkistä koulumatkoista, vanhempien negatiivisista asenteista ja taloudellisista vaikeuksista. Lapset joutuivat osallistumaan perheen yhteisen elannon hankkimiseen jo kouluiässä. Tunteiden verbaalinen ilmaisu oli puutteellista ja lasten ruumiillinen rankaisu arkipäivää. Nuorempien vastaajien taloudelliset ja sosiaaliset mahdollisuudet olivat paremmat, mutta he kokivat arvostuksen, tuen, ymmärryksen ja kannustuksen puutetta.

5.1.3.2. Selviytymistä tukeneet asiat lapsuudessa

Vastaajat näkivät lapsuudessa myös paljon hyvää, jonka he mielsivät tukeneen jaksamista vaatimattomissa elinoloissa. Lapsuudenperheet olivat nykyisiä suurempia ja asuivat pääasiassa maalla. Isovanhemmat ja muu suku elivät läheisessä yhteydessä masentuneiden lapsuudenperheisiin. Naapureihin pidettiin yhteyttä. Kaupungissa asuneiden perheiden lapset viettivät maalla kesiään puuhastellen yhdessä isovanhempien ja sukulaisten kanssa. Koulun jälkeen lapset pelasivat ja leikkivät ulkona naapurin lasten kanssa televisioiden puuttuessa. Vanhemmat asuivat ja työskentelivät samassa paikassa jopa vuosikymmenien ajan. Elämän kulku oli ennustettavaa ja

yhtenäiset arvot ja yhteisöllisyys tukivat luontaisesti lasten kasvua ja kehitystä. Taulukossa 9 on kooste vastaajien kuvaamista suojaavista ja vahvistavista tekijöistä lapsuudessa.

Taulukko 9. Lapsuudenaikaisia suojaavia tekijöitä kotona ja lähipiirissä

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite
”Mummo tuli aina meille sitä semmosta metsäpolkua pitkin ja (toi) aina niitä valkosia rintapastilleria”(MM)	isovanhemmat lähellä	yhteisöllisyys
”Meillä on sitten ollu kaiken kaikkiaan 7 mukulaa siinä perheessä”(PM)	monta sisarusta kotona	
”Hirveen paljonhan siellä kokoonnuttiin..mummo oli hirvittävän sukurakas.. on aina vietetty jotain juhlia yhessä.. .ja saatettiin tehä jotain reissuja yhessä ”(MN)	läheiset suhteet sukuun ja naapureihin	
”Eniten mieleen jääny just tämmöset yhteiset hetket kun yhdessä tehdään jotain ja siinä samalla jutellaan”(MM)	yhteinen tekeminen kotona ja mummolassa	
”Äiti oli se, joka laittoi kouluun ja otti vastaan, huolehti aina ruokahuollosta, ruoka oli hyvää ja sitä oli paljon.. äiti loi sen käytännön turvan”(PN)	toinen tai molemmat vanhemmat kotona työssä	
”Mummo oli aina siinä kotona. Ei ollu mitään semmosta huonoo eikä hyvää, se oli ihan tasasta pötköö”(MM)	vakiintunut elämänrytmi	elämän ennustettavuus
”Sitä maata viljelivät ja karjaa pitivät…oli kaiken a ja o se kova työnteko”(PM)	stabiili elinympäristö	
”Isänkin muistan hyvin vakaana kristittynä ja vaeltajana...hattu pois päästä kun naapuri tuli vastaan. Siellä sitten omassa kodissaan pitivät kokouksia ja muita”(MM)	pysyvät ja yhtenäiset arvot	

MN=masentunut nainen, MM=masentunut mies, PN=naispuoliso, PM=miespuoliso

5.1.4. Nykyperhe masennuksen syynä tai myötävaikuttajana aikuisiällä

Masennuksen laukeamista oli edeltänyt useimmilla äskettäiset elämänmuutokset kotona tai työssä. Perheen rakenteessa ja toiminnassa oli tapahtunut muutoksia, monella myös työssä, joka heijastui talouteen ja toimeentuloon koko perheessä. Moni oli joutunut muuttamaan äskettäin, solminut uuden parisuhteen tai perheeseen oli syntynyt lapsenlapsia. Läheisten kuolemat ja erot heijastuivat perheisiin vielä yli vuoden kuluttua tapahtuneesta, mikä ei tullut ilmi kyselylomakkeissa, vaan ainoastaan haastatteluissa. Mielialan heijastuminen seksuaalisuuteen ja kenties osittain päinvastoinkin tuli esiin puolella vastaajista. Masentuneiden kohdalla taloudelliset tekijät ja osallistumisen vähentyminen seuraelämään korostuivat, puolisoilla masentuneen käyttäytymisen muutos perheessä. Taulukossa 10 on kuvattu kyselylomakevastausten perusteella esiin tulleita olosuhteita nykyperheessä tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden ajalta.

Taulukko 10. Nykyperhettä kuvaavia tekijöitä tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden aikana

Ominaisuus	Masentuneet n=10	Puolisot n=10
Tulotason lasku < 1 v aikana	4	3
Ylivelkaantuminen < 1 v aikana	3	0
Muutto toiseen asuntoon <1v aikana	3	4
Suuria muutoksia elinolosuhteissa <1v aikana	2	1
Muutoksia tapahtunut perheen kokoontumistavoissa <1 v aikana	2	0
Suuria muutoksia perheenjäsenen käyttäytymisessä <1 v aikana	1	6
Avo- tai avoliitto solmittu <1 v aikana	3	1
Lapsenlapsen syntymä <1 v aikana	2	2
Muutos seuraelämään osallistumisessa <1 v aikana	5	1
Ihmissuhdevaikeuksia < 1 v aikana	4	1
Seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia < 1 v aikana	5	5

Masennukselle altistavat tekijät nähtiin olevan pääosin muualla kuin perheessä. Masennusta edelsi kuudella työuupumus ja kahdella irtisanominen työstä. Masentuneista kaksi koki puolison rasitteena. Ongelmia aiheuttivat puutteelliset ihmissuhdetaidot: kommunikaatio-ongelmat ja luottamuksen puute. Parisuhteen hoitamattomuus oli johtanut vieraantumiseen ja syrjähyppyihin. Erilaiset luonteenpiirteet, vaatimustasot ja arvot tekivät arkielämästä stressaavaa ja työlästä. Osa puolisoista ei kyennyt tukemaan masentunutta eikä halunnut osallistua heidän hoitoonsa. Masennus oli kuitenkin aiheuttanut muutoksia masentuneen käyttäytymisessä, joka heijastui puolisoon.

Lasten hoidon kuormittavuus tuli esille monien lapsiperheiden tilanteessa. Varahoitojärjestelmiä oli liian vähän tarpeisiin nähden esimerkiksi kun isovanhemmat asuivat kaukana tai lapset sairastelivat paljon. Lasten hoitoa ja huoltoa koskevat riidat olivat usein pitkäkestoisia ja veivät paljon voimia vanhemmilta ja heijastuivat siten lapsiin myös. Eron jälkeen ristiriidat ex-puolisoiden kanssa lasten asioista kuormittivat uutta suhdetta ja syntyneiden uusperheiden asioiden hoito monimutkaistui entisestään. Keski-iässä saattoi olla huolettavana yhtä aikaa omat lapset ja sairastelevat, ikääntyneet vanhemmat. Työt kaatuivat monesti perheenäitien niskaan, joka herätti kiukkua ja aiheutti uupumista työssäkäynnin lisäksi. Myös isät joutuivat tasapainoilemaan työn ja kodin välillä ajankäytön ja voimien jakamisessa. Lepoaikaa palautumiseen ja itsestä huolehtimiseen jäi kovin vähän. Parisuhdetta hoidettiin useimmiten sen jälkeen kun lapset olivat nukkumassa.

Erot aiheuttivat lasten huoltoon, tapaamissopimuksiin ja ihmissuhteiden katkeamisiin ja talouteen liittyviä ongelmia. Toisaalta talousvaikeudet ilman eroakin haittasivat koko perheen tulevaisuuden suunnittelua, asumisjärjestelyjä ja kiristivät koti-ilmapiiriä. Huoli ikääntyvistä vanhemmista, heidän sairautensa, hoitonsa ja kuolemansa aiheuttivat lisärasitetta ja veivät aikaa ja voimia omalta perheeltä. Osalla sisarusten välit katkesivat omien vanhempien kuoltua perintöriitojen seurauksena ja heiltä saatu käytännön apu ja henkinen tuki perheelle vähenivät. Nykyperheen ja omien vanhempien vaikutuksia masennuksen syntyyn haastateltavat kuvasivat taulukossa 11 kuvatulla tavalla.

Taulukko 11. Masentuneiden ja heidän puolisoidensa näkemyksiä nykyperheen ja omien vanhempien vaikutuksista masennuksen syntyyn aikuisiällä

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite
”Kyllä siinä on melkoista alamäkeekin ollu.. tyypillinen mies sillä tavalla että hyvin vaikee hänen on puhua.. tietysti se välillä harmittaa…Mä oon ollu käytännössä ihan yksinhuoltaja monta vuotta”(MN)	kommunikaatio-ongelmat, luottamuksen puute, syrjähypyt, vieraantuminen, parisuhteen hoidon puute, symbioottinen suhde, varhain solmittu suhde, puutteelliset ihmissuhdetaidot	Toimimaton parisuhde
”Kyllä siinä oltiin niin kaukana toisistaan niin kun noin inhimillisesti ajatellen…Jos meillä on riita ollu, niin ei hän jääny niihin kiinni, ei se häirinny, se rupes nukkumaan” (MM)	erilaiset luonteenpiirteet, persoonallisuushäiriö, erilaiset vaatimustasot, erilaiset arvot	
” Kun se (kriisityöntekijä) kysy että tuliskos sun vaimo mukaan, niin ei, se oli hirvee kynnys, että ei se lähe toiselle puhumaan omista asioistaan”(MM)	puoliso ei ole hoitaja, puoliso ei osallistu yhteisten ongelmien käsittelyyn	
Tytär on ollu sairaalahoidossa pitkään, harmittaa kun ei ole kysytty miten vanhemmat jaksaa eikä ole otettu mukaan hoitoon… Käy joskus kotilomilla ja huutaa, mies ei tahdo sietää sitä.(MN)	lapsen sairaus tai kuolema	Lasten hoidon rasittavuus
”On ollu kauniisti sanottuna vaativia nuo meijän lapset. Se ensimmäinen puoli vuotta.. mää en oikeesti muista siitä oikeeastaan yhtään mitään… mää olin niin väsyny”(MN)	lapsen hoidon vaativuus, yövalvomiset	
”2 v 3 kk 8 pv meni ennen kun ensimmäisen yön nukuin kokonaan, yöaikaan minä hoijin lapset kun vaimo uupu siihen hoitamiseen”(MM)	tuen ja avun puute lastenhoidossa	
”Kyllä siitä tietysti jossain vaiheessa lapsen kasvatuksessa että jos mää otin (lapsen) mukaan niin (vaimo sanoi että) sää et väkisin vie tai ota mukaan ”(MM)	erilaiset näkemykset lastenkasvatuksessa	Vanhemmuuteen liittyvät ristiriidat
”Milloin sulla on meille aikaa kun kaikki muut sanoo tulisitko tänne, tulisitko tänne. Joo, tuun mää”(PN)	vanhempien yhteisen ajan puute	
”Tuli melkein sellanen syyllinen olo jos oli yksin eikä tehny mitään”(PM)	oman ajan, levon ja rauhan puute	
”Sitä oma-alotteisuutta on puuttunnu kaikilta, mutta kyllä ne on osallistunu nyt huomattavasti enemmän”(MN)	epätasa-arvoinen työnjako kotona	
”He (lapset) on vähän välikädessä, he tietää että mää en pidä uudesta rouvasta eikä uus rouva pidä minusta, ne tietää että sen mukaan on sitten elettävä”(MN)	lasten tilanne askarruttaa	Eron seuraukset
”Voimassaolevat tapaamissopimukset ei oo toteutunnu.. tulee viesti että lapset ei halua… Ex-appivanhempiin oli todella hyvät välit, ne katkastiin kokonaan”(MM)	lasten huoltoristiriidat, ero lapsista ja puolison suvusta	
”Heillä on ollu tapana että rouva kommunikoi, jolla ei oo mitään tekemistä poikien kanssa, ex- puoliso ei tiijä mistään mitään.. tää rouva siellä niin kun päättää kaikki asiat ”(MN)	ex-puolison sekaantuminen perheen ja lasten asioihin	

”Ero meni niin ku perinteisesti puolet ja puolet että omaisuus vaimolla ja velat mulle…Että se on tässä nykyisessä suhteessa rasitteena”(MM)	talousvaikeudet rassaa uutta parisuhdetta	
”Aikasemmin vaikka on ollu taloudellisiakin huolia niin mää oon jotenkin pystynny ne ohittamaan sillai että ne ei oo unta häirinny, mutta nyt oon joutunnu ihan turvautumaan unilääkkeisiin”(MM)	velat rasittavat koko perheen elämää ja yöunta	Talousvaikeudet rajoitteena
”Meillä on pienet tilat, lapset hälisee, (isovanhemmat) alkaa väsyä siihen, vaikka lapsista tykkää ”(MN)	ahtaat asuinolot vaikeuttavat lastenhoitoavun saamista	
”Minä kävin aina välillä antamassa …,niin se oli kyllä epäluulonen ettei vaan anna vääriä pillereitä. Mää sanoin että pistä vaan naamaan”(MM)	omien vanhempien sairaudet, hoito, kuolema työllistävät, perintöriidat rikkoneet välejä	Huolet omista vanhemmista

MN=masentunut nainen, MM=masentuntu mies, PN=naispuoliso, PM=miespuoliso

5.1.5. Nykyperhe masennukselta suojaavana tekijänä

Perhe nähtiin useimmiten voimavarana masennukseen sairastuttaessa. Sen koettiin suojaavan masennukselta ja edistävän siitä toipumista. Perhe loi tarkoitusta ja tervettä suhteellisuudentajua elämään. Rutiininomaiset tehtävät auttoivat pysymään arjessa kiinni. Koti muodosti turvapaikan, jossa sai henkistä, käytännöllistä ja taloudellista apua ja tukea. Lapset nähtiin voimavarana ja yhdistivät vanhempia. Parisuhde ja perhe loivat sekä emotionaalisia että kognitiivisia kehittymismahdollisuuksia niin vanhemmille kuin lapsillekin. Vuorovaikutustaitoja opittiin kotona. Yhteiset arvot, huumori, optimismi, luovuus ja vastoinkäymiset lujittivat parisuhdetta. Perhe koettiin yksin olemista luonnollisempana tapana elää.
Omat vanhemmat olivat tärkeä resurssi vielä aikuisiälläkin. He tarjosivat henkistä tukea, kannustusta ja lohdutusta ja myös käytännön apua muutoissa, remontissa, rakentamisessa, lastenhoidossa ja asunnon sekä työpaikan järjestämisessä. Vanhempien luona ja kesämökillä oli mahdollisuus lomailla ja juhlia yhdessä, tavata lapsuudenystäviä ja sukua. Nykyperheen myönteisiä vaikutuksia elämässä haastatellut kuvaavat taulukossa 12.

Taulukko 12. Nykyperhe ja omat vanhemmat masennukselta suojaavina tekijöinä

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite
”Mukava että on pojat ja sitten töitten jälkeen se ruuanlaitto ja sitten ne kotiaskareet ja semmoset että kyllä mää nautin siitä”(MN)	perhe luo struktuuria, tarkoitusta, ryhtiä ja suhteellisuudentajua elämään	Perhe strukturoi elämää
”Ne on ollu mulle henki ja elämä. Mulle oli aina nuoresta pitäen perheen perustaminen se mun tärkein haave”(MN)	lapset voimavarana ja yhdistäjänä, lapsilla molemmat vanhemmat	Lapset voimavarana
”Kun lapset tulee koulusta niin kyllä se on niin kun päivänpaiste, se muuttuu se päivä ihan että se on äärettömän tärkeetä… Kotiin on aina ollu helppo mennä”(MN)	koti turvapaikkana, jossa saa henkistä, käytännön ja taloudellista apua tarvittaessa	Koti turvapaikkana
” Kyllä se (parisuhde) tosi tärkeeltä tuntuu että ei yksin oo hyvä olla… sitä on jotenki kasvannu niin kiinni siihen puolisoon”(PM)	parisuhde luonnollinen mahdollisuus vuorovaikutukseen, läheisyyteen ja seksiin	

”On niin kun helpottannu tätä elämää että kun on sellanen varmuus että on löytänny sellasen naisen että tuntuu että huumorit osuu kohalleen… Muutenkin niin oon huomannu että se(parisuhde) niin kun parantus koko ajan sillai… se on niin kun löydetty se yhteinen sävel”(MM)	pitkäaikainen toisen tunteminen, yhteiset arvot, luovuus, huumori, optimismi, vastoinkäymiset ja puolison omat masennuskokemukset yhdistää ja vahvistaa, puoliso terveiden puolien esillä pitäjänä, valon tuojana, tukena, apuna, kuuntelijana, tiedon lähteenä ja kasvukumppanina	Parisuhde henkilökohtaisen kasvun tukena
”Kaikin tavoin aina kun vaan voi auttaa, niin sitten ne auttaa”(MN)	vanhemmat tarjonneet henkistä tukea, kannustusta ja lohdutusta	Omat vanhemmat voimavarana aikuisenakin
”Tuo NN asu siellä X:ssä, hänen miehensä oli Y:ssä hoitajana (vanhempien työtoveri), sitä kautta pääsin kesätöihin tuonne sairaalaan… YK-reissun jälkeen asuin isän kanssa vähän aikaa. Äidin ja siskon luona on yöpaikka aina. ”(MM)	käytännön apua vanhemmilta remontissa, muutossa, lastenhoidossa, asunnon ja työpaikan järjestämisessä	
”Se on ollu se isän kotipaikka eli aika monet tulee sitten käymään aina siinä. Meillä on sellanen tapa että joka toinen joulu vietetään siellä (mummolassa) porukalla, meitä on siellä yhessä yli 20 henkeä”(MN)	vanhempien kotona ja kesämökillä mahdollisuus lomailla, juhlia ja tavata sukua ja ystäviä	

MN=masentunut nainen,MM=masentunut mies, PM=miespuoliso

5.1.6. Masennuksen kielteiset seuraukset nykyperheessä

Masennuksen seuraukset näkyivät koko perheessä ja vielä lähipiirissäkin. Masennus ja siihen liittyvä häpeä lisäsivät sekä sairastuneen että koko perheen eristäytymistä. Masentuneiden oli vaikeaa asioida esim. kaupassa, virastoissa tai terveyskeskuksessa. Julkisten kulkuneuvojen käyttö, vierailut ystävien, sukulaisten ja naapureiden luokse olivat rajoittuneita. Myöskään muu perhe ei voinut kutsua kotiin vieraita ja jäi siten vaille kaipaamaansa sosiaalista tukea. Puoliso ja lapset eivät voineet myöskään levätä, rentoutua eivätkä ilmaista negatiivisia tunteita kotona vapaasti.

Masentuneen tulotason lasku ja mahdollinen velkakierre koskettivat koko perhettä ja vaikuttivat myös puolison ja lasten toimeentuloon. Puoliso joutui ponnistelemaan työssään kyetäkseen elättämään perheensä masentuneen ollessa pitkillä sairauslomilla. Lisäksi puolisot vastasivat kodin juoksevien asioiden hoidosta, lasten ja kodin hoidosta sukupuolesta riippumatta. Masentuneet kokivat syyllisyyttä jaksamattomuudestaan ja pelkäsivät puolison hylkäävän heidät. Kireä ilmapiiri kotona lisäsi myös väkivallan uhkaa. Masentuneet kokivat olevansa huonona esimerkkinä lapsilleen ja heidän oli vaikea selittää heille, mistä oli kyse. Lasten omat ongelmat ja tarpeet jäivät huomioimatta eivätkä he saaneet tukea eikä apua niihin. Lapset alkoivat kantaa huolta masentuneesta. Tilanteen kestäessä pitkään perheenjäsenet alkoivat uupua ja osa (n=4) koki itsekin masennusoireita. Taulukossa 13 kuvataan masennuksen negatiivisia seurauksia perheessä ja parisuhteessa.

Taulukko 13. Masennuksen kielteisiä seurauksia nykyperheessä

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsiteet	Yläkäsite
”En jaksa lähtee töitten päälle yhtään mihkään ja sitä paitsi M ei tykkää että mää lähen. Olen lasten kanssa ja annan niille aikaa…Kaikki muu saa olla”(PN)	koko perheen eristäytyminen suvusta ja ystävistä, yksinäisyys, neuvottomuus, apua vaikea saada, häpeä	Sosiaalinen tuki heikkenee
” Kyllä sitä omaa alamittasuutta tuntee…Masentunu ihminen on syvästi pimeydessä… ja kantaa syyllisyyttä sellasestakin, jonka vois jo ajatella että ne on jo takana… Mä oon sivussa, mä oon kaikesta sivussa, ihan niin kuin out”(MM)	masentuneen heikko itsetunto, arvottomuuden ja hyödyttömyyden tunteet, yliherkkä reagointi vuorovaikutuksessa	Masentuneen haavoittuvuus rajoitteena
”Sano suoraan tuo ulosottonainen että vanhimmat (velat) vanhenee tossa… mieli toisaalta tekis maksaa pois kaikki, mutta .. että ei, elämiseen menee kaikki”(MM)	masentuneen tulotason lasku, velkaantuminen, luottotietojen menetys painolastina lapsille, puolisolle ja tulevaisuudelle	Taloudelliset vaikeudet
” Kyllähän se tässä vaiheessa kun lapset on pieniä, niin arkipäiväistyy se suhde. Kyllähän sitä miettii että jos toiselle sattuu jotain, vaikka vammautuu tai jotain, jopa kuolee tai muuta…”(MN)	seksielämä kärsii, pelko yksinjäämisestä ja hylkäämisestä, ei tasavertaisuutta, syyllisyys jaksamattomuudesta, ärtyneisyys, puoliso lisää masennusta, näköalattomuus tulevaisuudessa, perheväkivallan uhka, henkinen ilmapiiri kireä, suhde katkeaa	Parisuhteen kuormittuminen
”Kun oon omien lastenkin kanssa jutellu, niin ainakin tyttö kärsii hyvinkin paljon, itse asiassa ittekin masentu vähän viime syksynä… Hän koki syyllisyyttä ku piti itte hauskaa kun äiti oli nuutunnu…sellasta äitistä huolehtimista. Mää sain depressiohoitajalta sellasen (esitteen), joka on lapsille ja nuorille tarkotettu. Mää pyysin lukemaan sen ”(MN)	masentunut huono esimerkki lapselle, vaikea selittää, mistä kyse, hoito kärsii, ei kykene näkemään lapsen ongelmia eikä tukemaan ja auttamaan häntä, epävarmuus tulevasta heijastuu lapsiin, lapset kantavat huolta masentuneesta	Ongelmia vanhemmuuteen
” Lähtee kylään hänen veljensä luokse.. Tuli oikein riita siitä…musta ei oo kenellekään iloo siinä kunnossa… Loppujen lopuks kyllä se on yhteinen ongelma kuitenkin…Eilen tuli riitaa rahasta, niin sano että kun hänen täytyy huolehtia näistä että kuule kyllä se on kova pala miehelle kun ei voi tuoda perheelleen elatusta.. sitä miettii että onks toi syy eroon ”(MM)	puoliso yksin vastuussa lapsista ja koko perheestä käytännössä ja taloudellisesti, pitää jaksaa myös työssä, joutuu tinkimään omista tarpeistaan, ei voi levätä eikä rentoutua kotona, ei kutsua vieraita, yksin yhteydenpitäjänä ulospäin, ei vertaistukea, ei voi lähteä lomallekaan, eristäytyy itsekin, syyllisyys masennuksen aiheuttamisesta, negatiivisten tunteiden ilmaisu rajoitettua, ympäristön vaatimukset kuormittaa, oma masennus uhkaa	Puoliso uupuu

MN=masentunut nainen, MM=masentunut mies, PN=naispuoliso

5.1.7. Masennuksen myönteiset seuraukset nykyperheessä

Masennuksella oli yllättävän paljon myönteisiä seurauksia. Työuupumuksen seurauksena masentuneilla pitkäaikainen kunnollinen lepo ja irrottautuminen pakkotahtisesta työstä sairauslomalla mahdollisti sairauden hoitamisen monipuolisesti. Aikaa ja voimia jäi myös perheelle, lastenlapsille, vanhemmille, ystäville, harrastuksille ja jopa uudelle työ- tai koulutusuralle hakeutumiseen. Sairaus tasa-arvoisti työnjakoa kotona ja opetti rajoittamaan työntekoa. Ongelmanratkaisutaidot paranivat. Vaativat persoonat opettelivat hyväksymään omaa epätäydellisyyttään ja madaltamaan vaatimustasoansa. Masentuneet oppivat puhumaan tunteistaan ja asioistaan. Avun pyytämistä ei nähty enää heikkouden merkkinä, vaan oikeutena ja mahdollisuutena. Toipuminen vahvisti parisuhdetta. Vastavuoroisuus lisääntyi niin henkisellä kuin käytännön tasolla. Elämänarvojen uudelleen arvioinnista ja asenteiden tarkistuksesta hyötyi paitsi perhe myös muut läheiset. Masennus opetti avarakatseisuutta, humaaniutta ja suvaitsevaisuutta, oppi iloitsemaan pienistäkin asioista.

Masentuneen tilaan samaistumista helpotti puolison oma masennustausta. Vaikeuksien voittaminen lujitti suhdetta ja yhdisti puolisoita. Vastoinkäymiset nähtiin eteenpäin vievinä oppimiskokemuksina. Tukea jaksamiseensa sekä puolisot että masentuneet olivat saaneet perheen ja ammattilaisten lisäksi harrastuksista, ystävistä, työtovereista ja itse työstä sekä kirjoja lukemalla, päiväkirjaa kirjoittamalla ja internetistä. Puolisoita auttoi sopu itsensä kanssa, mietiskely ja keskittyminen asioihin, joihin he pystyivät oikeasti vaikuttamaan. Osa oli saanut toivoa ja voimia rukoilemalla apua niihin asioihin, joihin ei voinut itse vaikuttaa. Taulukossa 14 on kooste masennuksen myönteisistä seurauksista.

Taulukko 14. Masennuksen myönteisiä seurauksia perheessä masentuneiden ja puolisoiden kokemana

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite
On tyytyväinen lopulta että sai lopputilin, uusi mahdollisuus katsoa asioita uudelleen, sai sillä tavoin jäätyä kotipaikkakunnalle asumaan. Palkallista opiskelua vielä liiton kautta, ei ole tarvinnut ottaa lainaa. Ihana kun oppii uutta.(MN)	enemmän vapaa-aikaa sairauslomalla ollessa, harrastuksille ja itsestä huolehtimiseen, tilaisuus itsensä kehittämiseen koulutuksen ja uuden ammatin myötä, omien voimavarojen löytämisestä riemua	Aikaa ja mahdollisuuksia masentuneelle
”P on tehny kuitenkin sillai että kyllähän me hyvin paljon yhessä tehhään näitä, mutta sitten on semmosia asioita että hän huolehtii kokonaan sitten,…sillai on kyllä kehittynny ihan hurjan paljon ”(MN)	aikaa perheelle ja läheisille sairauden aikana ja toipuessa, tasa-arvoisempi työnjako kotona, enemmän huomiota lasten tarpeisiin, perheenjäsenten roolit selkeytyneet, ongelmanratkaisukeinot parantuneet, tunteiden ja tarpeiden ilmaisu parantunut, rohkeus elää omanlaista elämää lisääntynyt	Perhe-elämän kohentuminen
” meillä ois annettavaa ja meillä ois mahollisuudet tässä vaihessa vielä voimakkaat. Vielä kummallakin äly pelaa, ei oo kummallakaan vielä menny sillai tukkoon että me	suhde vahvistunut ja syventynyt, puolison vastuu kevenee, myös saavana osapuolena, seksin lisäksi muutakin hellyyttä ja välittämistä, rehellistä tunteiden ilmaisua,	Parisuhteen parantuminen

molemmat oltais jollakin tavalla dementoituneita, me pystytään kohtaamaan, me pystytään antamaan että musta tuntuu että se aika ois nyt ruveta panostamaan siihen ”(PN)	parisuhteen tietoista hoitamista lisää, uskaltaa myös erota tervehtyneestä masentuneesta	
”Mutta ei sekään mua lamaannuta, mää vaan yritän positiivisesti ajatella että mennään päivä kerrallaan ja jos sieltä sitten jossakin päivässä tulis se parempikin olo ”(PM)	pysähtyminen, omien rajojen tunnistaminen ja muutos ollut tarpeen, uskaltaa kieltäytyä, priorisoida asioita, surut ja vastoinkäymiset kasvattaneet, eläkkeelle pääsy tunnustus sairaudesta, taloudellinen turva, avarakatseisuus, humaanisuus ja suvaitsevaisuus lisääntyneet, osaa iloita pienistäkin asioista, henkiset ja hengelliset asiat tulleet tärkeiksi uudelleen	Arvomaailman ja asenteiden muutokset

MN=masentunut nainen, PN=naispuoliso, PM=miespuoliso

5.1.8. Mahdollisia tekijöitä masennuksen ehkäisemiseksi lapsuusiällä ja niistä johdettuja tarpeita

Vastaajat esittivät haastatteluissa näkökulmiaan siitä, miten heidän omalla kohdallaan olisi voitu parantaa lapsuusajan perheen selviytymistä ja siten kenties välttää masennukselle altistaneiden kokemusten syntyä. Myös ei-masennusryhmäläisillä oli ollut haavoittavia kokemuksia, joilta he toivoivat esim. omien lastensa välttyvän. Varsinaisia suoria ehdotuksia toimenpiteistä eivät kaikki esittäneet, mutta kertoivat seikoista, joiden olivat kokeneet heikentäneen omaa ja perheensä hyvinvointia lapsena. Sairastumiseen lopulta aikuisena vaikuttivat monet muutkin nuoruus- ja aikuisiän tapahtumat. Lasten kannalta ajatellen vakaat ja turvalliset asuin- ja elinolosuhteet, riittävä perustoimeentulo, toimiva tukiverkosto ja vanhempien riittävät voimavarat tukea lapsia olivat keskeisiksi nousseita tarpeita vastausten perusteella. Lapsiperhevaiheessa myös omaksutaan perhettä koossapitävät pelisäännöt, arvot ja toimintatavat, jotka integroivat perheen ja lapset yhteiskuntaan. Kaikkien kohdalla toiveet eivät lapsena olleet toteutuneet ja aikuisena puutteiden kompensoiminen vaati runsaasti ponnisteluja, mutta monen kohdalla ajan myötä kuitenkin onnistui. Lapsuudenaikaisia mahdollisesti masennusta ehkäiseviä tekijöitä ja niihin liittyviä tarpeita on esitetty taulukossa 15.

Taulukko 15. Lapsuudenaikaisia masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä ja niistä johdettuja tarpeita

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite-> siitä johdettu tarve
”äiti lähti illalla siivoamaan että isä oli sitten normaalissa päivätyössä.. että tää oli sellanen perustyöläislähiö.. ja koulu oli ihan siinä lähellä”MM	vakaat työolot ja toimeentulo, riittävät asuinolosuhteet, muuttojen välttäminen paikkakunnalta toiselle	vakaat asuin-, työ- ja elinolosuhteet-> elämän vakaana säilyttämisen tarve
”Kyllä sen koulussaskin huomas että silloin kun ei ollu vielä oikein kunnon pesytymispaikkoja eikä muita, niin ei se isä joutannu paljoo ..esimerkiks hampaitten hoito jäi”MM	hygienia, vaatetus, ravinto, sairauksien hoito	perustarpeiden tyydyttäminen-> perustarpeista huolehtimisen tarve

”mummo oli hirvittävän sukurakas ja sinne kokoonnuttiin vähintään pari kertaa vuodessa suurin piirtein, niin kun mun serkut kaikki… että silleen on aina vietetty jotain juhlia yhessä ja paljon viikonloppusin kyläiltiin ja saatettiin tehä pieniä reissuja”MN	toimivien yhteyksien säilyttäminen isovanhempiin, sisaruksiin, naapureihin, sukulaisiin, kavereihin, yhteistoiminta toisten lasten ja aikuisten kanssa koulussa ja vapaa-aikana	riittävä sosiaalinen verkosto, vuorovaikutus ja osallisuus-> sosiaalisen vuorovaikutuksen tarve
”Eihän se (ero) hyvältä tuntunnu, ja siinä oli aika pitkä aika että ne välitapaamiset oli vähissä..Itse asiassa muistan hirveen huonosti sitä ajasta yhtään mittään..näin miettien en saa yhtään (etävanhemman) tapaamistapahtumaa mieleen”MM	vanhempien erojen ehkäiseminen, suhteen säilyttäminen toimivana etävanhempaan eron jälkeen, uuden, toimivan suhteen luominen vanhemman uuteen puolisoon	perheen eheys ja toimivuus-> perheen koossapysymisen ja yhteydenpidon tarve
”X:n huonoin talo siihen aikaan, siellä ei ollu kaivookaan eikä.. oli siellä kotieläimiä, hiiriä ja rottia..kaks pientä lamppua ja radio, ei ollu televisiotakaan”MM ”mun isä on ollu aikalailla ankara. Ei varsinaisesti väkivaltainen, on ehkä saattannu joskus nahkavyöllä lyyä, mutta enemmänkin se on ollu sellasta tukkapöllyä”MN	virikkeellinen ympäristö, turvallinen elinympäristö, läheisväkivallan ehkäisy	turvallinen ja virikkeellinen kasvuympäristö-> mielekkäiden aktiviteettien ja turvallisuuden tarve
”Vaikee sanoa jälkeenpäin että mistä ne äidin ongelmat tuli..siihen aikaan ei varmaan terapiakeskusteluja tai ongelman käsittelyjä ollu, kenellepä niitä puhuit…Se vaan yks kaks tuli sillä tavalla että huomas että se .. ei ollu ihan kohallaan.”MM ”älä ala koskaa ryyppäämään että minä ryyppään että kun minua on elämä viskonut sillä tavalla että kun sodassa 5 vuotta ja minä en pääse siitä eroon..”PN	vanhempien ja lähisukulaisten masennuksen hyvä hoito, päihteiden käytön minimointi lapsiperheissä	vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmien hallinnassa pysyminen-> tarve selviytyä sairauksista ja ongelmista olosuhteista huolimatta
”oli leipomispäivä, pyykinpesupäivä, silittämispäivät, .. ne suursiivoukset ja kaikki piti olla aina ja silitettynä kaikki”PN ”aika paljon tekivät sellasia talkoita, niin kun viljatkin kerättiin talkoilla, oli hirvee määrä talkoissa ja sitten ne järjesti talkootanssit… Sitten ne (isän nimipäivät), meillä saatto olla 50-60 hankee, siis aivan nimipäivillä.. se oli sellanen suku- ja kansanjuhla” MM	vuosirytmi, merkkipäivät, juhlapäivät, selkeä arvopohja kasvatuksessa	elämänrytmin, kulttuurin ja arvojen omaksuminen->elinympäristöön ja kulttuuriin sopeutumisen tarve

MN=masentunut nainen, MM=masentunut mies, PN=naispuoliso

5.1.9. Masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä aikuisiällä ja niihin liittyviä tarpeita

Perheen tukeminen sekä pikkulapsivaiheessa että aikuisuudessa vaikeiden elämäntapahtumien kohdatessa näyttäisi olevan tärkeä tekijä masennuksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Lasten sairastelleessa kaivattiin erityistä tukea ja käytännön apua. Hyvä koti, puoliso, lapset ja perhe aikuisena auttoivat kestämään koviakin iskuja. Tasa-arvoinen ja joustava tapa kotiaskareiden suorittamisessa auttoivat vanhempia selviytymään arjen haasteista. Aikuisten lasten omat vanhemmat pystyivät olemaan merkittävänä tukena ja apuna lapsilleen ja lastenlapsilleen pitkälle vanhuuteen, jolloin osat vaihtuivat. Vakaat perheolosuhteet, henkinen ja käytännön apu puolisolta ja lapsilta ja taloudellinen turva auttoivat jaksamaan. Mikäli vanhemmat päätyivät eroon, oli eduksi että lapset pystyivät säilyttämään suhteensa etävanhempaan ja hänen sukuunsa. Uusperheiden selviytymistä auttoi selkeät säännöt siitä, miten perhe eri kokoonpanoissa toimii. Myös muilla kuin masentuneilla oli ajatuksia siitä, mikä saattoi auttaa heitä selviytymään masentumatta aikuisiällä. Taulukossa 16 on vastaajien esille tuomia näkemyksiä siitä, miten aikuisiällä voitaisiin parantaa perheiden jaksamista ja kenties välttää masennusta aiheuttavia tilanteita.

Taulukko 16. Masennusta mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä aikuisiässä ja niistä johdettuja tarpeita

Esimerkkejä analyysiyksiköistä	Alakäsitteet	Yläkäsite->siitä johdettu tarve
”sitä tavallaan toivookin että ei ois koko ajan sellanen peleko puserossa.. Se on helepottannu tätä elämää kun on sellanen varmuus että on löytänny sellasen naisen että huumorit osuu kohalleen eikä mitään kauheita konflikteja”MM ”Sillai sitten toivoo lapselleen sellasta hyvää lapsuutta ja onnellista lapsuutta,…nyt ei sille pariosuhteelle oo aikaa, mutta sekin varmaan muuttuu”MN	parisuhteen jatkuva aktiivinen hoito(yhteiset matkat, harrastukset, yhteinen aika), kahden vanhemman perhe ideaalisena kasvupaikkana niin lapsille kuin vanhemmillekin	hyvä parisuhde-> hyvän parisuhteen tarve
”Siellä oli kuitenkin hyvää tilaa kokoontua suvun ja on vieläkin…vanhemmat käy sitten muutamia kertoja täällä ja äiti varsinkin tulee, jos pyytää, niin mielellään.”MN ”Meillä on pienet tilat, lapset hälisee..(isoisä) alkaa väsyä siihen, vaikka lapsista tykkää, mutta ei jaksa ympäri vuorokauden sellasta”MN	riittävän tilava asunto elää ja majoittaa myös vieraita	hyvät asuinolosuhteet-> elintilan tarve
”Kyllä se varmaan varsinkin sillon sen lapsen kuoleman aikaan tavallaan… kyllähän sieltä (uskonnosta) tosi paljon löytyy sellasia asioita, mitkä sitten lohduttaa…ainakin yks ystävä(perhe) tulee mieleen, jonka kanssa tavataan ja käydään yhessä elokuvissa ja autetaan toinen toistamme huolissa ja murheissa	avun hankkiminen ongelmatilanteissa, pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien ja sisarusten jaksamisen tukeminen, lapsen kuoleman jälkeisen surun läpikäynti ja tukeminen, isovanhemmat ja sisarukset ja muut sukulaiset mukaan auttamaan mahdollisuuksiensa mukaan lastenhoidossa,	hoito- ja kasvatusapua ja tukea vanhemmille-> avun saamisen tarve lastenkasvatuksessa, -hoidossa ja muissa ongelmatilanteissa

ja suruissa ja iloitaan taas onnistumisesta ”MN	ulkopuoliset tilapäiset edulliset lastenhoitopalvelut saataville tarvittaessa, lastenkasvatukseen ohjausta ja tukea vanhemmille	
”Mää onnistuin työtkin järjestämään sillon sillai että mää olin koti-isänä monta vuotta ja niin kun kiinty ihan eri tavalla (lapsiin)”MM	tasa-arvoinen työnjako kotona, joustavuus, oma-aloitteisuus	joustava työnjako kotona-> tasa-arvon tarve
”Kun se (ero) tulee kun salama kirkkaalta taivaalta, niin kyllä se jotenkin että siinä meni systeemit sekasin ihan tyystin… Minun lapset on kuitenkin omissa asunnoissaan että ei kai se sillai että käyvät käymätieltään että ei se siinä. Jos ne ois saman katon alla, niin sitten sitä ei tiijä että oisko sitten..”PM	ulkopuolista apua ja neuvontaa lasten hoidosta sopimiseksi erossa, mahdollisuus säilyttää sukulaisuussuhteet eron jälkeen molempien vanhempien sukuun lapsen vuoksi, tutustuminen uuden puolison sukuun ja lapsiin, selkeät toimintaperiaatteet uusperheiden käytännöistä, neuvotteluvaraa, ei liiallista puuttumista, etävanhemman toimeentulon ja lasten tapaamisten mahdollistaminen eron jälkeen, yhteisen kodin säilyttäminen lapsilla	apua, tukea ja neuvontaa erotilanteissa->erosta selviytymisen tarve
”Nyt en oo millään..Ei kun se katkes..Se on se sairausloma, mutta ku se että maksetaanko sitä vielä.. takautuvasti, että maksaakohan ne jos ne saa päähänsä että se kuuluu se eläke. Kai sen joku saattaa maksaa..”MM	perheen toimeentulon takaaminen vaikeissakin tilanteissa	riittävä toimeentulo->riittävän toimeentulon tarve

MN=masentunut nainen, MM=masentunut mies, PM=miespuoliso

5.1.10. Masennuksen seuraukset perheessä

Mikäli kuitenkin masennus oli jo päässyt puhkeamaan perheenjäsenessä, erityisesti toisessa vanhemmista, olisi löydettävä keinoja tilanteen rajaamiseksi niin, ettei siitä aiheutuisi kohtuuttomia haittoja muulle perheelle ja että masentunut voisi toipua tilanteesta turvallisissa olosuhteissa kotona perheen kanssa. Masentuneen kanssa eläminen vaati puolisoilta paljon ylimääräisiä ponnistuksia ja loi onnistumisen paineita sekä kotona että työssä. Masentuneen ja koko perheen tulotaso romahti pitkän sairausloman myötä. Masentunut ei pystynyt tukemaan henkisesti puolisoaan eikä lapsiaan. Käytännön askareet kotona, taloudellinen vastuu ja kodin ulkopuolisten asioiden hoito jäivät suurimmalta osin terveen puolison varaan. Masentunut ei pystynyt osallistumaan sosiaaliseen kanssakäymiseen ja siten perhe saattoi eristäytyä ulkomaailmasta. Häpeä sairaudesta lisäsi tätä. Perheen sisäinen vuorovaikutus kärsi eikä perhe voinut elää normaalia elämäänsä. Kotiin ei voinut kutsua vieraita. Puolison uupuminen ja masennuksen tarttuminen muihin perheenjäseniin oli pelkona. Masentunut pelkäsi tulevansa jätetyksi sairautensa vuoksi. Puoliso kaipasi tietoa sairaudesta,

miten toimia masentuneen kanssa ja miten kertoa asiasta lapsille. Puolison mukaan otto vastaanotolle auttoi ymmärtämään omaa ja masentuneen tilannetta.

Masentuneen kanssa eläminen vaati myös sopeutumista ja suhtautumisen nuutosta sellaisiin asioihin, joihin ei voinut itse vaikuttaa. Puolisoiden selviytymistä masentuneen kanssa eläen vuoden aikana kuvataan taulukossa 17 lomakepisteiden muutoksia tarkastelemalla. Elämähallinta muuttui parempaan suuntaan, ymmärrettävyys SOC:n osa-alueista muuttui heillä eniten (p=0,020*). BSCI-pisteet muuttuivat myös suotuisampaan suuntaan, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ei syntynyt vuoden aikana. Mielialassa, itsetunnossa tai alkoholikäyttötavoissa ei tapahtunut muutosta. Suluissa vastauspisteiden 25-75 % :n vaihteluväli.

Taulukko 17. Puolisoiden lomakepisteiden keskiarvojen muutoksia vuoden seurannan aikana

Lomake	0 vuosi	1 vuosi	testitulos
BSCI	-4(-7- +3)	1(-8-+4)	p=0,557
BDI	4(2-15)	3(2-11)	p=0,578
SOC-13	37(30-43)	42(40-48)	p=0,037 *
Itsetunto	33,5(25-37)	32(25-35)	p=0,625
AUDIT	3,5(1-6)	3,5(1-6)	p=1,000

Masennuksessa nähtiin myös hyviä piirteitä. Se saattoi pysähdyttää jo vuosia jatkuneen syöksykierteen ja tuoda tervetulleen hengähdystauon ja tilanteen uudelleen arvioinnin mahdollisuuden käyttöön. Epätyydyttävään perhe- ja työtilanteeseen jouduttiin etsimään uusia, jopa lopulta hyvinkin onnistuneita ratkaisuja. Masennuksen paranemisen myötä perhe-elämä ja parisuhde saivat uusia muotoja. Asenteet muuttuivat, arvomaailma selkiytyi ja päätösten teko kävi helpommaksi kun persoona oli vahvistunut ja itsetunto kohentunut. Eläkkeen saanti kroonistuneessa tilanteessa kun kuntoutuminen ei ollut enää mahdollista lopetti huolet toimeentulon jatkuvuudesta. Edeltävien tutkimusten aikana myös somaattinen terveydentila ja elämänkulku tuli käytyä läpi, jota masentuneet pitivät hyvänä asiana. Parhaimmillaan masennus oli vastaajille käänteentekevä seikka. Se tarjosi mahdollisuuden muuttaa epätyydyttävää elämäntilannetta ja antoi sysäyksen perheelle uudenlaisen elämäntavan ja vuorovaikutuksen omaksumisessa. Taulukossa 18 on esitetty seikkoja, joiden avulla voitaisiin vähentää masennuksesta aiheutuvia haittoja perheessä ja niistä johdettuja tarpeita, joihin palvelujärjestelmässämme pitäisi voida vastata perheiden auttamiseksi.

Taulukko 18. Keinoja masennuksesta aiheutuvien haittojen minimoimiseksi perheissä ja niistä johdettuja tarpeita

Esimerkki analyysiyksiköstä	Alakäsitteet	Yläkäsite-> siitä johdettu tarve
”Sit jatkettiin sairauslomaa aina pätkittäin ja ensimmäinen vuos oli ihan kamalaa vaimolle, se oli ihan avuton siinä tilanteessa, ei se pystynny millään tapaa…kun puolittuu toisen tulot ja kyllähän se vaikuttaa että ei pysty enää käyttämään”MM	puolison jaksamisesta huolehtiminen henkisesti ja käytännön keinoin, lasten kasvatukseen erityistukea terveelle puolisolle, masentuneen lasten terveen kehityksen tukeminen	Perheen ja lasten tukeminen-> masentuneen perheen tukemisen tarve

”Mää näin mun omista lapsista kuinka hämmentyneitä ne oli mun käytöksestä, mää en ollu oma itteni… se vanhemman käytös saattaa hämmentää sitä nuorta ihan hirveesti”MN	tarvittaessa perheen ulkopuolisin keinoin, lapsille kerrottava heille sopivalla tavalla, mistä vanhemman masennuksessa on kysymys	
”kun yrittäjänä sitä on, niin rahaa ei tuu, varsinkin jos ei niitä paperitöitä tee että mulla on menny.. en ees likimain tiijä että minkä verran on menny työtunteja hukkaan, tavaroita menny hukkaan, jääny laskuttamatta”MM	toimeentulon takaaminen, varsinkin kuntoutustuki- ja eläkehylkyjen yhteydessä	Toimeentulon takaaminen-> toimeentulon turvaamisen tarve
”Mutta kun mulle tuli se masennuksen ja ahdistuksen hetki, niin mää en saanu.. mää olin pieni lapsi, joka itki että kukaan ei tykänny minusta, ei tykänny lapsista, ei halunnu meitä tähän maailmaan, mulla oli sellanen olotila ihan selkeesti, vaikka mää en sitä sillon niin tiedostannu…Onhan se minuun käyny käsiks kun raivostunnu..”PN	masennusta ylläpitävistä tekijöistä eroon pyrkiminen tai niihin sopeutuminen, asennemuutos ero masennusta ylläpitävästä puolisosta, alkoholin käytön minimoiminen läheisväkivallan eliminointi	Masennusta ylläpitäviin tekijöihin puuttuminen -> masennusta ylläpitävien seikkojen vähentämisen tarve
”Mää oon tässä itsekkin pikku hiljaa oppinu sitten elämään sen kanssa että on helpottannu kun (puoliso) haki apua Perheasiainneuvottelukeskuksesta ja sitten tuolta depressiohoitajalta. Sitä ennen tuntu että kaikki kaatuu mun niskaan ja mun on oltava se, mikä hoitaa ja mää en halunnu olla se.”PN	perhe mukaan hoitoon ja kuntoutukseen, hoidossa kannustetaan tervehtymistä tukevien käytännön elämänmuutosten tekoon kuntoutukseen monipuolisia keinoja, myös toiminnallista kuntoutusta	Riittävän monipuolinen ja pitkä kuntoutus perhe mukaan ottaen-> perheen ja läheisten ja muun verkoston tarjoaman tuen tarve hoidossa ja kuntoutumisessa
Ikäkin on auttanut katsomaan asioita eri tavalla, ei enää hötkyile eikä ota pulttia huomisesta, etua kun on elämänkokemusta. Tyytyväinen olo lopulta kun sai lopputilin, uusi mahdollisuus katsoa uudelleen asioita. Ei tarvinnut ottaa edes lainaa opiskeluun .PN	uudelleenkoulutuksen, ammatin tai työpaikan vaihdon toteuttaminen, uusi suhde työhön	Työolojen räätälöinti vointia seuraten, uudelleenkoulutus-> uudistumisen tarve työssä ja opinnoissa
”Ehkä tässä sairasulomalla oppii lukeman itseään uudella tavalla, mitkä on ne merkit minussa, milloin mää alan väsymään ja millon mun pitäis sitten vähän hengähtää.. mun on aina ollu vaikee olla vaan”MN	masennuskokemus opiksi elämässä, mitä pitäisi jatkossa tehdä toisin? suorituskeskeisyydestä eroon	Arvojen ja asenteiden muutokset-> sairaudesta oppimisen tarve

MN=masentuntu nainen, MM=masentunut mies, PN=naispuoliso, PM=miespuoliso

5.2. Perheen, suvun ja läheisverkoston merkityksestä elämänhallinnassa ja itsetunnon kehityksessä hyvin selviytyvillä terveillä (=coping-ryhmä) ja masentuneilla

5.2.1. Tutkimusasetelma

Tämän luvun tuloksien pohjana käytettiin väestöotoksesta BSCI-kyselylomaketulosten perusteella muodostettujen coping-ryhmäläisten ja depressiohoitajien kautta terveyskeskuksesta rekrytoitujen masentuneiden kyselylomake- ja haastatteluaineistoja. Lähtökohtaisesti oletettiin eroja olevan muidenkin kuin masennuksen oireiden suhteen. Elämänhallintaa helpottaneiden ja sitä vaikeuttaneiden tekijöiden joukkoa kartoitettiin sekä sukupuita läpikäymällä että elämänkulkua kuvanneissa haastatteluissa molemmilla ryhmillä erojen havaitsemiseksi. Sukupuiden avulla jäsentyi henkilöittäin ne, jotka olivat olleet haastateltujen elämässä merkittävässä roolissa, joko hyvässä tai pahassa. Elämänkulkuhaastatteluissa tuli esiin myös itseen kohdistuvia asioita ja ominaisuuksia sekä yleisempiä ympäristötekijöitä, joilla oli vastaajien mielestä ollut merkitystä elämänhallinnassa. Haastatteluaineistosta poimittiin näitä koskien induktiivisesti ne tekstikokonaisuudet, joissa em. aihepiirejä käsiteltiin ja tulokset koottiin ryhmittäin yhteen ja ryhmien vastauksia verrattiin toisiinsa.

Kyselylomakkeista poimittiin väittämälauseita aihepiireittäin ryhmien keskinäiseen vertailuun. Masentuneiden kohdalla käytettiin lähteenä myös 1 vuoden kohdalla tehtyjä puhelinhaastatteluja ja molemmilla ryhmillä kyseisenä ajankohtana täytettyjä kyselylomakkeita. Tarkempi kuvaus tutkimuksen kulusta on luvussa 4. Masentuneilla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan perheen, suvun ja läheisverkoston osalta paranemisvaiheen aikana. Coping-ryhmän osalta voitiin tarkastella niitä vahvuuksia, joiden avulla he olivat kenties pysyttäytyneet terveinä ja tarkastella havaittujen ilmiöiden pysyvyyttä vuoden seurannassa. Otoksen pienuuden vuoksi tilastollisiin eroihin tai samankaltaisuuksiin tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti.

5.2.2. Mitä eroa ja yhtäläisyyttä masentuneilla ja coping-ryhmäläisillä oli kyselylomaketietojen perusteella?

5.2.2.1. Lapsuusikä

Ainoa tilastollinen ero muodostui masentuneiden ja coping-ryhmän välille biologisen perheen rikkoutumisesta alle 18-vuotiaana (taulukko 19). Kyselylomakkeiden mukaan kuusi ilmoitti lapsuudenperheensä hajoamisesta. Yhdellä biologista perhettä ei ollut alussakaan. Hän oli kasvanut isovanhempiensa luona koko elämänsä. Kolmen vanhemmat olivat eronneet ja kahdella toinen vanhemmista oli kuollut vastaajan ollessa alle 18-vuotias. Perheiden hajoaminen aiheutti taloudellisia ja sosiaalisia muutoksia perheen toimintamahdollisuuksissa. Kuolleen tai eronneen vanhemman tilalle ei tullut uutta tai uusi vanhempi kohteli lapsipuoliaan epäoikeudenmukaisesti. Lapsensa jättäneet olivat yleensä isiä, mutta sekä masentuneiden ryhmässä oli myös yksi äiti, joka eivät pystynyt huolehtimaan lapsestaan. Psyykkinen sairaus oli ennestään tuttu lähisukulaisten kautta neljälle masentuneelle ja neljälle puolisolle, coping-ryhmässä vain yhdelle. Masentuneilla oli nähtävissä ylisukupolvista jatkumoa masennusoireille ja perheiden hajoamisherkkyydelle. Taulukossa 19 verrataan coping-ryhmäläisten ja masentuneiden eräitä BSCI- kyselylomaketietoja toisiinsa lapsuutta koskien.

Taulukko 19. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden ryhmien välisiä eroja alle 18-vuotiaana

Ominaisuus	Coping-ryhmä n=10	Masentuneet n=10	p-arvo
lapsia lapsuudenperheessä yhteensä ka.	2,7(2-4)	4,1(1-9)	
sijainti sisarusjärjestyksessä ka.	1,9	2,7	
molemmat vanhemmat(biologinen tai ei-biologinen) kotona	10	6	0,087
vanhemman kuolema	0	2	0,474
vanhempien ero	0	3	0,211
biologinen perhe rikkoutunut	0	6	0,011*
harrasti urheilua	9	6	0,303
seurusteli	6	2	0,170
laaja ystäväpiiri	8	5	0,350
perheen muutto toiselle paikkakunnalle	0	3	0,211
tapasi usein lähisukulaisia	7	9	0,582

Fisherin tarkka testi, nelikentät

5.2.2.2. Aikuisikä

Aikuisiällä eroja alkoi syntyä masentuneiden ja coping-ryhmän välille myös tilastollisesti. Koulutuksen suhteen coping-ryhmäläisistä neljällä oli korkeakoulututkinto, masentuneista ei kenelläkään. Ylimpään tuloryhmään kuului kuului 6 coping-ryhmäläistä, mutta vain kolme masentunutta. Masentuneista neljällä oli tapahtunut tulotason lasku sairauden myötä ja kolme oli ylivelkaantunut. Erot masentuneiden ja coping- ryhmäläisillä olivat erityisen selviä sosiaalisissa aspekteissa (taulukko 20), joka kuvastaa sairauden vuorovaikutuksellista luonnetta. Sairastumisen jälkeen masentuneet kokivat olonsa ulkopuolisiksi läheisverkostoissa ja läheisistä kuuntelijoista oli välillä puute, vaikka masentuneet elivätkin perheen kanssa yhdessä asuen. Masentuneita ei kutsuttu mukaan yhteisiin tapaamisiin. Häpeä ja syyllisyys haittasivat sosiaalista osallistumista. Ihmissuhdevaikeuksia ja sosiaalista eristyneisyyttä oli neljällä masentuneista, mutta ei kenelläkään coping-ryhmäläisistä. Masentuneita ei pyydetty tekemään mielenkiintoisia asioita siinä määrin kuin coping-ryhmäläisiä.

Masentuneilla oli enemmän perhehuolia. Heistä oli eronneita neljä, coping-ryhmäläisistä kaksi, jonka vuoksi osittain masentuneiden nykyinen parisuhteen kestoaika jäi lyhyemmäksi (12,41 v) kuin coping-ryhmäläisillä (23,55 v). Seksuaalisia ongelmia oli joka toisella masentuneella. Vain neljä masentuneista oli tyytyväisiä elämäänsä. Taulukossa 20 on esitetty coping- ja masennusryhmäläisten välisiä eroja viimeisen vuoden ajalta ennen tutkimuksen alkua koskien perhettä, sukua ja muuta läheisverkostoa. Tuolloin masentuneilla oli jo sairaudesta johtuvia oireita ja niistä seuranneita haittoja vuorovaikutuksessa. Väittämät ovat BSCI- ja taustatietolomakkeista.

Taulukko 20. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden välisisä eroja tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden ajalta

Ominaisuus	Coping- yhmä n=10	Masentuneet n=10	p-arvo
tulotason lasku	0	4	0,087
ylivelkaantuminen	0	3	0,211
sosiaalisia rajoitteita	0	4	0,087

muutoksia seuraelämään osallistumisessa	0	5	0,033*
ihmissuhdevaikeuksia	0	4	0,087
seksuaalisia ongelmia	2	5	0,350
on läheisiä ihmisiä, joiden kanssa viettää aikaansa	8	3	0,07
on tunne että on ystäväpiirinsä ulkopuolella	0	6	0,011*
on ystäviä, jotka tukevat	10	8	0,474
nimettyjä ystäviä kpl			
ei ole ketään, kenelle kertoa huoliaan	0	0	1,000
tuntee itsensä yksinäiseksi	0	1	1,000
pyydetään mukaan tekemään mielenkiintoisia asioita	9	3	0,020*
tyytyväinen läheisiin ihmissuhteisiin	10	8	0,474
on ollut perhehuolia	0	7	0,003*
tyytyväinen elämäänsä	10	4	0,011*
elää sopusoinnussa ympärillä olevien ihmisten kanssa	10	8	0,474
hyvä fyysinen kunto	10	7	0,211
psyykkisiä sairauksia suvussa	1	4	0,057

Fisherin tarkka testi, merkitsevä ero* ryhmien välillä, jos p<0,005

Sairauden oireet näkyivät lomakevastauksissa ryhmien välisissä eroissa lähes kaikkien paitsi AUDIT-pisteiden kautta alkutilanteessa (taulukko 21). Masentuneet erosivat coping-ryhmäläisistä SOC:ssa kaikkien elämän osa-alueiden (Me= merkityksellisyys, Ma=hallittavuus, Co=ymmärrettävyys) osalta tilastollisesti. BSCI- pisteissä tilanne oli lähes sama. Ainoastaan lapsuudenaikaisissa (StrA) ja viimeisen vuoden tapahtumissa (StrB) masentuneiden ja coping-ryhmän pisteet eivät erottuneet toisistaan tilastollisesti, vaikka viitteitä siihen suuntaan tuloksissa oli. BSCI:n kokonaispisteissä coping-ryhmäläisillä oli selkeästi vähemmän stressiä aiheuttaneita tekijöitä. Erot masentuneisiin nähden syntyivät tilastollisesti käyttäytymiseen ja tunteisiin sekä psyykkisiin ja fyysisiin oireisiin liittyvissä kuormitustekijöissä. Coping-ryhmäläisten coping-taidot olivat masentuneita paremmat kaikissa kategorioissa. Ne liittyivät sosiaalisiin taitoihin, fyysisiin oireisiin ja subjektiivisiin asenteisiin ja toimintatapoihin. AUDIT- päihdepisteissä ryhmien välillä ei ollut tilastollista eroa eikä alkoholin käytöllä ollut suurta merkitystä kummankaan ryhmän elämässä. Lomakepisteiden keskiarvoja/mediaaneja SOC- ja BSCI- osa-alueittain tutkimuksen alussa kuvataan taulukossa 21.

Taulukko 21. Coping-ryhmän, masentuneiden välisiä eroja eri kyselylomakepisteiden osalta tutkimuksen alussa

Kysymyslomake (maksimi vaihteluväli suluissa)	Coping-ryhmä n=10	Masentuneet n=10	testitulos
BDI(0-63)	1,50(1-5)	15,50(12-24)	H=26,658 P<0,001*
Itsetunto(0-40)	36,00(33-38)	27,50(21-29)	H=24,818 P<0,001*
SOC-13(0-52)	46,00(44-47)	33,00(31-37)	H=29,884 P<0,001*

Me(0-16)	14,50(14-16)	11,00(10-15)	H=25,300 P<0,001*
Ma(0-16)	14,50(13-15)	11,00(9-12)	H=23,479 P<0,001*
Co(0- 20)	17,00(17-18)	11,50(10-14)	H=27,419 P<0,001*
AUDIT(0-40)	2,5(1-5)	2(1-8)	H=0,370 P=0,985
BSCI tot(-15-15)	5,00(4-6)	-11,00(-12- -9)	H=53,674 P<0,001*
Strtot(0-15)	5,40(sd 1,506)	12,70(sd 1,636)	F=21,456 P<0,001*
Coptot(0-15)	11,00(9-11)	2,00(1-4)	H=38,99 P<0,001*
CopF(0-3)	3,00(3-3)	1,00(1-1)	H=33,745 P<0,001*
CopG(0-3)	2,00(1-3)	0,00(0-1)	H=29,374 P<0,001*
CopH(0-3)	1,00(1-2)	0,00(0-0)	H=18,876 P<0,001*
CopI(0-3)	2,00(2-2)	0,60(0-1)	H=23,749 P<0,001*
CopJ(0-3)	3,00(2-3)	0,50(0-1)	H=19,081 P<0,001*
StrA(0-3)	2,00(1-3)	2,00(2-3)	H=10,962 P=0,027*
StrB(0-3)	0,00(0-1)	1,50(1-3)	H=9,602 P=0,048*
StrC(0-3)	0,50(0-2)	3,00(3-3)	H=24,209 P<0,001*
StrD(0-3)	0,50(0-1)	3,00(3-3)	H=33,234 P<0,001*
StrE(0-3)	2,00(1-2)	3,00(3-3)	H=20,386 P<0,001*

Non- parametrinen ANOVA, One Way Analysis of Variance, Kruskall-Wallis testinä käytössä ei-normaalisti jakautuneissa. Str tot oli ainut normaalisti jakautunut. Siinä ryhmien välistä eroa tutkittu Bonferronin testillä. Mediaani ilmoitettu pienistä ei- jatkuvista luvuista vaihteluvälinä 25-75% pistejakauma-alueet, ryhmien välinen ero on merkitsevä*, jos p<0,05. Sd=keskihajonta.

StrA=lapsuutta (<18 v) koskevat elämäntapahtumat, StrB=äskettäiset (<1 v koskevat) elämäntapahtumat, StrC= fyysiset oireet, StrD= Psyykkiset oireet, StrE= käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvät tekijät, CopF= terveystottumuksiin liittyvät seikat, CopG= sosiaalista tukea koskevat seikat, CopH= reagointi stressiin, CopI= tyydytystä tuottaneet asiat, CopJ= elämän tarkoitusta koskevat seikat, Cop tot=coping-osioiden summa, Str tot= stressiosioiden summa, BSCI tot= Cop tot-Str tot

Itsetuntokyselyn kokonaispisteissä oli eroa masentuneiden ja coping-ryhmäläisten välillä. Itsetuntoa kuvaavia tarkempia väittämiä on listattiin erikseen. Ne on muodostettu BSCI:n, Rosenbergin Itsetuntokyselyn (Self- Esteem Scale) ja BDI:n osien pohjalta. Kunkin vastaajan tulos on saanut arvon 1, jos hän on ollut samaa tai jokseenkin samaa mieltä tai tuntenut asian kohdallaan olleen joskus tai usein väittämän mukaisesti, muussa tapauksessa se oli 0.

Itsetuntoa kuvaavissa väittämissä näkyi eroa ryhmien välillä sekä toiminnan tasolla että suhtautumisessa omaan itseen ja vuorovaikutuksessa läheisten kanssa. Masentuneilla heikko itsetunto ilmeni puolustuskyvyttömyytenä, itsearvostuksen puutteena, hyödyttömyyden ja syyllisyyden tunteena, pettymyksenä, vihana, itseinhona, itsensä arvosteluna ja moittimisena. Masentuneet eivät kyenneet sanomaan, mitä halusivat. He toivoivat voivansa kuitenkin arvostaa itseään enemmän jatkossa kuin nyt. Heillä oli myös positiivisia näkemyksiä itsestään (arvokkuus, hyviä ominaisuuksia, myönteinen asenne, tyytyväisyys itseen) sairaudesta huolimatta. Itsetuntoa koskevia väittämiä coping-ryhmäläisten ja masentuneden osalta on kuvattu taulukossa 22.

Taulukko 22. Itsetuntoa kuvaavia väittämiä masentuneiden ja coping-ryhmäläisten kesken tutkimuksen alussa

Ominaisuus	Coping-ryhmä n=10	Masentuneet n=10	p-arvo
Kykenen vain harvoin puolustamaan itseäni	0	10	<0,001*

Kykenen vain harvoin sanomaan, mitä haluan	0	7	0,003*
Minua on käytetty hyväksi	0	4	0,087
En pysty kertomaan kenellekään, jos minua on pilkattu	0	4	0,087
Tunnen itseni yhtä arvokkaaksi kuin muut	10	9	1,000
Koen että minulla on joukko hyviä ominaisuuksia	10	9	1,000
Pystyn hoitamaan asioita yhtä hyvin kuin muut	10	5	0,033*
Minulla on myönteinen asenne itseäni kohtaan	10	7	0,211
Olen suurin piirtein tyytyväinen itseäni kohtaan	10	8	0,474
Pidän itseäni kaiken kaikkiaan epäonnistuneena	0	2	0,474
En tunne olevani ylpeä itsestäni	0	1	1,000
Toivoisin voivani arvostaa itseäni enemmän	4	9	0,057
Tunnen itseni hyödyttömäksi	1	6	0,057
Ajattelen etten kelpaa kenellekään	0	3	0,211
Tunnen itseni surulliseksi, alakuloiseksi tai onnettomaksi	1	5	0,141
Tunnen itseni epäonnistuneeksi	0	7	0,033*
Minulla on syyllisyydentunteita	1	6	0,057
Minulla on rangaistuksenpelkoa tai -kokemuksia	1	1	1,000
Olen pettynyt, inhoan ja vihaan itseäni	2	9	0,005*
Arvostelen ja moitin itseäni	1	9	0,001*
Olen tyytymätön ulkonäköön	0	3	0,211

Fisherin tarkka testi, ryhien välinen ero on merkitsevä*, jos $p<0,05$

5.2.2.3. Tilanne vuoden kuluttua

Vuoden kuluttua suoritetussa uusintakyselyssä coping-ryhmän pisteissä ei ollut tapahtunut olennaista muutosta minkään tekijän osalta (taulukko 33). Masentuneiden suhteen oli tapahtunut tilastollisesti merkitsevää eroa BDI-keskiarvoissa (16,5->8,00) eli ryhmän BDI-keskiarvo oli pudonnut normaalille tasolle, vaikkakaan ei kaikkien kohdalla henkilökohtaisesti. Masentuneiden psyykkiset oireet (StrD) olivat vähentyneet merkitsevästi, terveystottumukset (CopF) olivat parantuneet, reagointi stressiin oli parantunut (CopH) ja tyydytystä tuottaneita asioita oli alkanut löytyä (CopI). Masentuneiden BSCI:n yhteispisteiden (BSCI tot -11->- 4,5) ja kokonais-coping-pisteiden (Cop tot 3,00->6,7) samanaikainen nousu BDI-pisteiden muutoksen kanssa oli nähtävissä tilastollisesti merkitsevänä erona 1 v kohdalla alkutilanteeseen nähden (taulukko 33). Muutoksen ilmenemistä vuorovaikutussuhteissa ja elämäntavoissa vastaajat kuvasivat tarkemmin laadullisessa aineistossa. SOC ei ehtinyt vuodessa muuttua tilastollisesti, vaikka nousua pisteissä oli (taulukko 32).

Vuoden kohdalla (taulukko 23) ero masentuneiden ja coping-ryhmien välillä pisteissä oli kaventunut, mutta edelleen tilastollisesti merkitsevä. Masentuneilla BDI-pisteet laskivat merkitsevästi vuoden

aikana, muutosta tuli myös lieventyneenä stressinä ja kohentuneina coping-keinoina BSCI:ssä sekä parempana itsetuntona, coping-ryhmäläisinä tilanteet pysyivät ennallaan (taulukko 32). Elämänhallintakeinot paranivat samaan aikaan kun masennus helpotti. Kyselylomakkeissa oli melko vähän lapsuutta koskevia kysymyksiä, joten valtaosa sitä koskettavista tiedoista saatiin haastattelemalla.

Masentuneet toipuivat vuoden aikana siinä määrin että heidän ja coping-ryhmäläisten välillä ei vuoden kohdalla ollut enää tilastollisesti merkitseviä eroja muiden kuin kokonais-BSCIn ja kokonaisstressípisteiden (Str tot (12,7 vs. 11,10 masentuneilla ja 5,4 vs. 5,67 coping-ryhmäläisillä) osalta. Näin ollen masentuneiden stressipisteet (Str tot) vähenivät vain vähän ja heidän stressiherkkyytensä säilyi sairauden oireiden helpottaessakin. Coping-pisteiden kokonaismäärässä (Cop tot) ei coping-ryhmäläisten (11,00) ja masentuneiden (6,7) välillä ollut enää merkitsevää eroa, ei myöskään coping-tekijöiden alaryhmissä (CopF-J) vuoden kohdalla eli masentuneiden selviytymiskeinot kokonaisuudessaan (Cop tot- pisteet) olivat nousseet tilastollisestikin merkitsevällä tavalla vuoden aikana. Itsetunto masentuneilla oli myös kohentunut siinä määrin ettei tilastollisesti ero enää ollut osoitettavissa coping-ryhmän ja masentuneiden välillä. Tilannetta kuvataan coping- ja masennusryhmien osalta tarkemmin taulukossa 23. Vertailutaulukko vastaavasta muutoksesta stressiryhmän osalta 0,1, ja 5 vuoden kohdalla on erikseen taulukossa 34.

Taulukko 23. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden kyselylomaketuloksien vertailua 1 vuoden kuluttua

Kyselylomake	Coping-ryhmä n=10	Masentuneet n=10	Testin merkitsevyys
BDI	3,00(1-6)	8,00(2-13)	H=7,556, P=0,056
Itsetunto	36,00(sd 4,243)	30,60(sd 6,501)	F=4,305, P=0,011*, ei näiden välillä
SOC-13	48,00(45,75-49,25)	39,50(29-47)	H=9,956, P=0,019*, ei näiden välillä
Me	15,00(14-16)	13,50(9-15)	H=7,178, P=0,066
Ma	15,00(12,75-16)	12,00(9-14)	H=11,231, P=0,011*, ei näiden välillä
Co	17,56(sd 1,740)	14,60(sd 4,326)	F=45,844, P=0,039*, ei näiden välillä

AUDIT	2,00(1-2,5)	1,50(1-9)	H=1,633, P=0,652
BSCItot	5,33(sd 1,936)	-4,40(sd 6,222)	F=11,052, P<0,001*
Str tot	5,67(sd 2,000)	11,10(sd 2,807)	F=10,975, P<0,001*
Cop tot	11,00(sd 1,581)	6,70(sd 3,773)	F=7,526, P<0,001*, ei näiden välillä
CopF	3,00(3-3)	2,00(2-3)	H=15,419, P=0,001*, ei näiden välillä
CopG	2,00(2-3)	1,00(0-1)	H=16,635, P<0,001*, ei näiden välillä
CopH	1,00(0,75-2)	1,00(0-2)	H=5,793, P=0,122
CopI	1,89(sd 0,782)	1,40(sd 1,075)	F=1,864, P=0,153
CopJ	2,778(sd 0,441)	1,50(sd 1,269)	F=4,357, P=0,010*, ei näiden välillä
StrA	1,00(1-2)	2,00(1-3)	H=8,593, P=0,035*, ei näiden välillä
StrB	0,00(0-1)	1,00(0-3)	H=3,723, P=0,293
StrC	1,00(0-3)	3,00(3-3)	H=18,096, P<0,001*, ei näiden välillä
StrD	0,00(0-1,25)	2,50(2-3)	H=13,256, P=0,004*, ei näiden välillä

StrE	2,00(1,75-3)	3,00(2-3)	H=8,782, P=0,032*, ei näiden välillä

Tulokset ilmoitettu mediaaneina, jos eivät normaalisti jakautuneet, pisteiden vaihteluväli 25-75 % suluissa, ryhmien välinen ero on merkitsevä*, jos p<0,05. Sd= keskihajonta.
Itsetunto ja copI, copJ, Strtot, Coptot, BSCItot, Co tulokset ovat normaalisti jakautuneet, niistä merkitty keskiarvot ja keskihajonnat ja tehty Bonferronin testi, DF=3 kaikissa.
StrA=lapsuutta (<18 v) koskevat elämäntapahtumat, StrB=äskettäiset (<1 v) koskevat elämäntapahtumat, StrC= fyysiset oireet, StrD= Psyykkiset oireet, StrE= käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvät tekijät, CopF= terveystottumuksiin liittyvät seikat, CopG= sosiaalista tukea koskevat seikat, CopH= reagointi stressiin, CopI= tyydytystä tuottaneet asiat, CopJ= elämän tarkoitusta koskevat seikat, Cop tot=coping-osioiden summa, Str tot= stressiosioiden summa, BSCI tot= Cop tot-Str tot

5.2.3. Mitä eroa ja yhtäläisyyttä haastattelutietojen perusteella masennus- ja coping-ryhmäläisillä oli elämänhallinnassa?

Sukupuu- ja elämänkulkuhaastattelujen tarkoituksena oli löytää sellaisia eroja selviytymisessä, elämänhallinnassa tai sen tunteessa sekä lapsena että aikuisena ryhmien väliltä, jotka voisivat auttaa löytämään keinoja masennuksen ehkäisyyn. Vastaajat määrittelivät itse mitä seikkoja he elämänhallintaan sisällyttivät. Kokemustensa perusteella masentuneet itse esittivät myös ehdotuksia, miten asioita voitaisiin tai olisi voitu hoitaa paremmin kuin heidän kohdallaan oli käynyt.

5.2.3.1. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä lapsena
Masentuneet olivat kokeneet varhaislapsuudessaan vaikeita negatiivisia elämäntapahtumia (vanhempien ero, vakava pitkäaikaissairaus, kuolema, hylkääminen). Vaikka coping-ryhmäläisilläkin oli esim. vanhempien päihdeongelmaa, oli heillä ollut selviytymiskeinoja ja tukea tilanteessa. Sosiaaliset kontaktit kodin ulkopuolelle olivat masentuneilla olleet lapsena vähäisiä, lähinnä omien sisarusten kanssa oloa koulun ulkopuolella. Ystäviä oli vähemmän eikä sukua tavattu usein, perhekin oli vain harvoin säilynyt biologisena kahden vanhemman perheenä aikuisikään saakka. Sekin vähensi kontakteja kun yhteydet etävanhempaan tai biologisiin vanhempiin oli katkenneet tai toteutuivat vain harvoin, samoin myös isovanhempiin. Yksin lapsistaan huolehtivien vanhempien turvaverkot olivat siten heikompia kuin kahden biologisen vanhemman.

Tunneilmaisu masentuneiden lapsuudenperheissä oli ollut niukkaa joko puuttuvan toisen aikuisen, heidän psyykkisen tai päihdesairauden tai pelottavan käytöksen tai sen aikaisen kulttuurisen mallin vuoksi. Lapsia ohjattiin olemaan ilmaisematta tunteitaan ja tarpeitaan sairaan tai päihdeongelmaisen vanhemman suojelemiseksi tai ettei lapset ärsyttäisi tai väsyttäisi vanhempiaan. Kodin aineellinen äärimmäinen köyhyys, vanhemman arvaamattomuus, vihamielinen käytös, suoranainen väkivaltaisuus tai sen pelko rajoittivat lapsen sosiaalista osallistumista niin kotona kuin kaveripiirissä ja rajoittivat tai estivät lapsen mahdollisuuksia myös emotionaaliseen kehittymiseen. Isovanhempien toimiessa huoltajina ikäero loi etäisyyttä siinä määrin ettei tunnetason yhteyttä syntynyt. Lasten tunnetaidot jäivät heikosti kehittyneiksi vanhempien tunnetaitojen ja ilmaisukyvyn rajoittuneisuuden vuoksi tai siksi että läsnä olevaa vanhempaa ei ollut lainkaan.

Hyväksyntä tuli erilaisten työsuoritusten kautta, jos silläkään. Pahimmillaan lapsi oli vuosia väkivallan ja laiminlyönnin kohteena perheessä eikä kukaan puuttunut siihen. Terveempi vanhempikaan ei aina uskaltanut puuttua asiaan eikä hakea apua tilanteeseen, jos sitä edes olisi ollut

olemassa. Osa kaltoin kohdelluista alkoi käyttää alkoholia lääkkeekseen nuoruusikäisinä tukahduttaakseen pahaa oloaan ja rohkaistakseen itseään sosiaalisessa kanssakäymisessä. Vastaajien lapsuudessa autoritäärinen kasvatustapa oli yleinen. Lasten piti olla kilttejä, kuuliaisia ja nöyriä vanhemmilleen, vaikka heidän toimintatavoissaan olisi ollut toivomisen varaa.

Sosiaalisten suhteiden köyhyys näkyy ryhmien välillä sekä lapsuudenperheessä että perheen ulkopuolella. Ystäväpiiri oli pieni niillä lapsilla, joilla perhe- ja sukuyhteydet olivat vähäiset. Masentuneiden perheiden eristäytyminen vaikeutti lasten terveiden esikuvien ja mallien löytämistä perheen ulkopuolelta. Vuorovaikutustaitoja ei voinut harjoitella riittävästi. Huterat verkostot eivät monestikaan kyenneet tukemaan turvallisen aikuisen nälässä ja vertaistuen puutteessa elävää lasta riittävästi. Osa isäpuolista oli päihdeongelmaisia ja väkivaltaisia ja kohdistivat vihansa nimenomaan lapsipuoliinsa, joilla oli jo muutenkin vaikeaa. Masentuneet vastaajat kokivat tunteista puhumisen ja niiden ilmaisun vaikeaksi vielä aikuisenakin, koska siihen ei ollut lapsena annettu mahdollisuuksia. He joutuivat opettelemaan aikuisina itsensä ilmaisua sairastuttuaan hoidon aikana ja myös oman perheensä kanssa. Joustavuuden puute ja perinteisiin kasvatusperiaatteisiin tukeutuminen lapsena tulivat masentuneilla esiin selkeästi haastatteluissa kun taasen coping-ryhmäläisten vanhemmat vaikuttivat suvaitsevaisemmilta.

Isovanhemmat eivät pystyneet kompensoimaan vanhempien puutteita, koska heillä itsellään saattoi olla jo samanlaisia sosiaalisia ja vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia eli ne muodostivat ylisukupolvisern jatkumon. Isovanhempien mahdollisuudet nähtiin riittämättömiksi toimia lastenlastensa ainoina kasvattajina niiden kohdalla, joiden vanhemmat olivat vetäytyneet lapsensa kasvatuksesta. Etenkin tunnetaitojen koettiin jäävän puutteellisiksi, koska isovanhempien sukupolven vuorovaikutustaidot ja tunneilmaisu olivat vielä puutteellisemmat kuin omien vanhempien sukupolvella. Myös toisten lasten vanhemmilta saatu tuki ja verkostot muodostuivat isovanhemmille vähäisemmiksi, koska ikäero oli suuri heihin nähden. Mieltä painavaksi asiaksi muodostui myöskin se, miksi isovanhemmat olivat ottaneet kasvatusvastuun ja oma äiti hylännyt lapsensa. Sitä ei oltu koskaan kerrottu lapselle itselleen vielä aikuisenakaan. Isovanhempia oli myös lukumääräisesti masentuneilla vähemmän, koska monilla toinen vanhemmista oli kuollut, eronnut tai puuttui kokonaan.

Tunneilmaisu molempien vastaajaryhmien lapsuudessa oli kulttuurisesti erilaista kuin nykyisissä perheissä. Sota-ajan jälkeen syntyneillä vastaajilla näkyi elämän karuus ja isien henkinen poissaolo vielä pitkään perheen tunneilmapiirissä. Lasten piti olla nöyriä ja alistua ja puhua vain, jos heiltä odotettiin vastausta vanhempien tai vieraampien ihmisten kysymyksiin. Kielteisiä tunteita ei sopinut tuoda esiin eikä tavoitella liikoja elämässä. Elämän aineellinen puutteellisuus verotti lapsille liikenevää aikaa ja voimavaroja vanhemmilta, mikä paheni edelleen toisen vanhemman sairauden, eron tai kuoleman kohdatessa.

Tunnustus ihmisenä piti ansaita suoritusten kautta, josta uhaksi tulla joidenkin kohdalla koko elämän kestävä taakka ellei uupuminen tai masentuminen olisi sitä katkaissut. Tuolloin täytyi opetella uudenlainen suhde itseensä ja rakentaa itsetuntoa ilman ulkoisia määrittelyjä. Vuorovaikutustaitoja piti harjoitella aikuisena uusissa ihmissuhteissa ja vielä omien lasten kanssakin. Puutteellisia vuorovaikutustaitoja ja tunteiden ilmaisun arkuutta yritettiin lääkitä alkoholilla heti murrosiästä alkaen varsinkin miespuolisten vastaajien kohdalla. Coping-ryhmäläiset olivat onnistuneet elämään tunneilmapiiriltään suotuisammissa olosuhteissa, vaikka heilläkin aineelliset olosuhteet olivat pitkään sodan jälkeen vielä puutteelliset. Taulukossa 24 vertaillaan coping-ryhmäläisten ja masentuneuden välisiä vastauksia lapsuudenaikaista elämänhallintaa haitanneista tekijöistä. Eroavaisuudet ryhmien välillä on alleviivattu.

Taulukko 24. Elämänhallintaa haitanneet tekijät lapsena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla.

Coping-ryhmä:	Masentuneet:
oma perhe: vanhempien päihdeongelma, puutteellinen hoito, tunneilmaisu ja asioiden käsittely, vanhempien vaativa luonne, ei tukea opiskeluun, rangaistuksen pelko, vanhemmat kielsivät omat kasvatukselliset puutteensa, antoivat väärän kuvan lapsilleen, vähättelivät lapsiaan, ei saanut tuoda esiin vahvuuksiaan, alistaminen söi itsetuntoa, tuki puuttui	oma perhe: vanhemman kuolema, krooninen psyykkinen sairaus, lapsen hylkääminen, vanhempien ero, puutteelliset kehitysolosuhteet, päihteet ja väkivalta kotona, puutteellinen tunneilmaisu, ei saanut tuoda esiin varsinkaan negatiivisia tunteitaan, kannustettiin nöyrtymään ja alistumaan, tyytymään osaansa, olemaan vaatimaton, tunneilmaisu perheessä puutteellista äidin psyykkisen sairauden vuoksi, isovanhemmat ainoina kasvattajina puutteellisia, ei ymmärrystä, seurauksena varhainen seurustelusuhde ja kotoa pakoon lähtö, äiti hylännyt lapsensa pienenä, syy jäänyt selvittämättä, isän tyrannimaisuus rajoitti perheen elämää, jäänyt araksi, ei vuorovaikutuksellista tunnesuhdetta, taidot jäi kehittymättä, ei riittävää aikuista kasvattajaa, ei sisaruksia eikä kavereita vertaistukena, etäinen suhde äitiin ja kuolleen isän sukuun, kasvuympäristö köyhä ja puutteellinen fyysisesti ja henkisesti, isän kuoleman jälkeen elinmahdollisuudet romahti, vanhemmat juopottelivat ja riitelivät, isäpuoli väkivaltainen, äiti ei kyennyt suojelemaan väkivallalta, puolustamaan lastaan, mummola pakopaikkana, vain veli turvana, ei tukea etävanhemman suvulta eron jälkeen, ei halua tavata eikä juhlia yhdessä
isovanhemmat: keskinäiset vaikeudet aiheuttaneet ristiriitoja ja ahdistusta, sekaantuivat liiaksi asioihin, sairaudet ahdistivat, kuolivat dramaattisesti, puuttuivat kokonaan	isovanhemmat: kyvyttömyys pitää yllä ihmissuhteita, eivät riittäviä kasvattajia yksinään, yhteydet puuttuivat kokonaan monelta
sisarukset: huonoina esimerkkeinä koulussa, huono menestys ei kannustanut opiskelemaan, yhdistävien tekijöiden puute, vähättelevä suhtautuminen, sisaren suru tarttui ja ahdisti	sisarukset: ei sisaruksia tukena, sisarukset ainoina ystävinä, isommat sisarukset huolenpitäjinä vanhemman sijaan, ei riittävästi apua
suku: ei kommentteja	suku: vähäiset sukuyhteydet
kaverit: ei kommentteja	kaverit: kaverisuhteita vähän
henkilökohtaiset ominaisuudet: tunteiden ilmaisun vaikeus puhumalla, varsinkin kielteisten, vaikeuksien välttely selviytymiskeinona	henkilökohtaiset ominaisuudet: ei oppinut ilmaisemaan tunteitaan, ei olemaan vuorovaikutuksessa, ei pitämään puoliaan, oppi liian kiltiksi, oli arka, hyväksikäytetty koulu ja harrastukset: koulunkäynti ei sujunut, ei tukea eikä kannustusta, ei arvostettu koulutusta, ei harrastuksia kun ei ollut varaa, ei tukea itsetunnolle hoito/apu: alkoholi lääkkeenä murrosiästä lähtien arvot: arvostus ja hyväksyntä pitänyt ansaita työllä ja tekemisellä, suorittamisella

5.2.3.2. Elämänhallintaa tukeneita seikkoja lapsena

Omista vanhemmista lapsuuden aikana vastaajat kertoivat paljon ja mielellään. Selviytymistä masentuneiden lapsuudenperheissä auttoi selkeä rajojen asettaminen ja avun saanti vanhemmalta silloin kun sitä tarvitsi. Sovituissa rajoissa pysyminen ja hyvät keskustelutaidot auttoivat luottamuksen syntymisessä vanhempien kanssa. Persoonalliset kyvyt ja erityistaidot helpottivat tilanteiden hallintaa sosiaalisissa verkostoissa.

Sisaruksista oli parhaimmillaan apua ja turvaa vaikeuksien kohdatessa, mutta osalla ei ollut sisaruksia lainkaan, osalla isommat sisarukset korvasivat puuttuvaa vanhempaa. Ikäerot saattoivat olla suuria isolapsisissa perheissä, joissa saattoi olla kahden äidin lapsia. Osalla ystävät/kaverit toimivat henkireikinä terveeseen maailmaan, jos sitä ei ollut kotona tarjolla. He tukivat henkisesti ikätasoista kehitystä, heiltä oppi käytännön taitoja ja keinoja ja he tukivat itsetunnon kehitystä aikuisuuteen saakka. Myös harrastukset palvelivat tätä tarkoitusta.

Coping-ryhmäläiset pitivät lapsuudenperheitään ehyinä, turvallisina ja kannustavina. Vähäisillä aineellisilla voimavaroilla lapsia tuettiin, kasvatettiin ja koulutettiin eteenpäin. Perheen vanhempien roolimallit olivat selkeät eikä pahoja riitoja ollut. Perheen sisällä vallinneet yhteiset arvot auttoivat ja tukivat kasvatustehtävässä. Myös sisarukset kannustivat ja auttoivat toisiaan eteenpäin.

Isovanhemmilla oli molemmille ryhmille tärkeä rooli. He auttoivat henkisesti, käytännössä, taloudellisesti, välittivät suvun, kulttuurin ja uskonnon traditioita eteenpäin jälkipolville. He tarjosivat konkreettisen turvapaikan ja apua kun vanhempien voimat ehtyivät tai lapset tarvitsivat turvapaikkaa vanhempien riidellessä ja juodessa.

Kaverit ja ystävät auttoivat masentuneiden lapsia vahvistamaan heikkoa itsetuntoa, löytämään uudenlaisia, terveempiä malleja kasvaa aikuisuuteen ja nähdä vaihtoehtoja sairastuneelle perheelleen. Monilla suhteet jatkuivat edelleen aikuisikäisenä hyvinkin läheisinä eräänlaista vertaistukea tuovina. Coping-ryhmäläisillä kaverit olivat muutoin kannustavana tukena koulunkäymisessä ja yhteisessä tekemisessä. Vapaa tunneilmaisu, riitely- ja sovittelutaidot, innostus koulunkäyntiin, suvaitsevaisuus toisia kohtaan ja toisten auttaminen auttoi suhteuttamaan omaa tilannetta ja vakaat perusarvot helpottivat valintojen tekoa niin lapsilla kuin vanhemmillakin.

Parhaimmillaan perhe tuki ja kannusti lapsia kouluttautumaan ja luomaan parempaa elämää kuin omilla vanhemmilla oli ollut. Suku ja isommat sisarukset toimivat kasvatusta täydentävinä ja aineellista, henkistä ja hengellistä hyvinvointia edistävinä tarjoten apuaan. Omat ikätoverit täydensivät kotoa saatuja malleja ja tukivat itsetunnon kehittymistä ja kiinnittivät lapsia sosiaalisiin verkostoihin koulun ja harrastusten kautta. Maalla asuminen lapsena koettiin myös voimavarana vielä aikuisenakin.

Erityisesti tunne-elämän alueella coping-ryhmäläiset erottuivat edukseen. He kokivat saaneensa lapsuudessa riittävästi huomiota ja apua aikuisilta ja olivat välttäneet vaikeat elämänkriisit. Koulunkäynti tuntui sujuvan ja kiinnostavan ja tarjoavan etenemisen mahdollisuuksia oman elämän rakentamiseen. He kokivat saaneensa mallia myös negatiivisten tunteiden ilmaisemiseen ja hyötyivät taidoistaan aikuisiän vuorovaikutussuhteissa. Empaattinen suhtautuminen erilaisiin ihmisiin edisti sopeutumista monenlaisiin olosuhteisiin aikuisena. Toisten auttaminen edisti omaakin hyvinvointia. Optimistinen elämänasenne ja luottamus toisiin ihmisiin rohkaisivat yrittämään eteenpäin elämässä. Huumorintaju ja erityistaidot auttoivat saavuttamaan suosiota sosiaalisissa suhteissa. Itseohjautuvuus lapsena opittujen elämisen taitojen myötä helpottivat sopeutumaan yhteiskuntaan. Taulukossa 25 kuvataan ja verrataan lapsuusaikaisia elämänhallintaa edistäneitä tekijöitä coping- ja masentuneiden ryhmien välillä omassa perheessä ja läheisvarkostoissa. Ryhmien väliset erot vastauksissa on alleviivattu.

Taulukko 25. Elämänhallintaa edistäneet tekijät lapsena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla.

Coping-ryhmä:	Masentuneet:
oma perhe: kannustusta: koulunkäyntiin, elämänohjeita, vanhemmat esimerkkeinä yhteiskunnallisesta vaikuttamisesta, tukea ja oppia kotona: sotatarinoita pojalle, kädentaitoja, työnteon opettamista, itseluottamuksen vahvistamista, turvalliset olosuhteet: ei päihteitä, ei pahoja riitoja, arvot kasvatuksessa, äiti kotona, selkeät roolimallit, lemmikkieläimet seurana	oma perhe: käytännön taitoja, tukea ja neuvontaa, hengellistä kasvatusta, traditioiden välittämistä, elinolosuhteiden parantamista, kasvatuksen puutteiden paikkausta isompana, selkeät rajat kotona, lemmikkieläimet kaverina
isovanhemmat: käytännön taitoja ja apua: käden taitoja, mallina elämässä, kasvatuksen apuna ja täydentäjänä, lastenhoitoapuna, aikaa lapsille, esimerkki hyvästä parisuhteesta, saatavilla tarvittaessa, neuvoja ammatinvalintaan, tutustuttanut uusiin asioihin: taiteeseen, sisustamiseen, pukeutumiseen, puutarhan hoitoon, taloudellista tukea: tavaroita, rahaa, perintöjä, arvoja: kulttuurin , uskonnon ja suvun perinteiden välittäjinä, kuoleman kohtaamista, suvaitsevaisuutta	isovanhemmat: käytännön taitoja, kosketusta luontoon, itsenäistymisen harjoittelua, tutustumista sukuun ja juuriin, hoitoapuna lapsena, hoitivat kokonaan aikuiseksi asti, esimerkkeinä yhteiskunnallisesta vaikuttamisesta, hyvästä parisuhteesta, tilapäismajoitusta tarjonneet, tutustumista serkkuihin ja naapurin lapsiin, mummola suvulla lomailu- ja kokoontumispaikkana, turvapaikkana kriisitilanteissa, mummo auttoi kotitöissä, vanhemmat tarjosivat asunnon, välittivät uskonnollista traditiota, appivanhemmat myös tukena
sisarukset: kannustusta koulussa opiskelussa, esimerkkiä aikuisuudesta, tasapuolista kohtelua, käytännön apua pienempien sisarusten hoidossa	sisarukset: henkistä ja aineellista tukea ja apua, hoitoapua pienemmille sisaruksille
suku: käytännön apua asunnon, työpaikan järjestämisessä, kulttuurin, uskonnon ja suvun perinteiden ylläpitoa, tukea, kannustusta elämässä eteenpäin, uusiin asioihin perehdytystä, esimerkkeinä erilaisuudesta	suku: apuna ja seurana maalla kesälomilla, lomailivat itse sukulaisten luona kesällä, kokoontuivat juhlimaan yhdessä, samanlaiset piirteet yhdistävät, samanlaisten kohtaloiden jakajina, yhteys sukuun vasta aikuisena
kaverit: henkistä apua ja tukea koulussa, auttoivat viihtymään koulussa, samaistumiskohteina, kehityksen mallina, mukana käytännön toimissa leikeissä ja peleissä, taitojen opettajina	kaverit: sisarusten korvikkeina, malleina erilaisuudesta, tukena vaikeuksissa, kaverina yhteisissä leikeissä ja puuhissa, harrastuskaverit kannustajina, itsetunnon kohentajina, ystäviä vielä aikuisenakin
koulu, harrastukset: koulunkäynti mieleistä, koulukaverit samoin, joukon mukana mennen pärjännyt, harrastukset tukeneet itsetuntoa	koulu, harrastukset: hyvät harrastukset, lahjakkuudet ilmaisuharrastuksissa tukeneet itsetuntoa, yhdessä tekeminen mukavien ihmisten kanssa
henkilökohtaiset ominaisuudet ja taidot: toisten virheistä oppiminen, liittoutuminen hyvän kanssa, etäisyydenotto pahaan, puhumaan opettelu tunteista, riitely- ja sovittelutaidot, myönteisten puolien näkemisen opettelu kielteisissä asioissa, suvaitsevaisuus, toisista huolehtiminen auttanut itseäkin voimaan paremmin	henkilökohtaiset ominaisuudet ja taidot: tunneilmaisu sallittua kotona, oppi luottamaan, käsittelemään asioita objektiivisesti, omalla järjellä, pysynyt annetuissa rajoissa, eristäytynyt pahasta, huumorintaju, hyvä puhe- ja kirjoituskyky, musikaalisuus
hoito/apu: avun hakeminen sieltä, mistä sai, ei aina kotoa	hoito/apu: saanut apua perheenjäseniltä tarvittaessa
arvot: perusluottamus ja usko elämään	arvot: arvostuksen ansaitseminen työllä

5.2.3.3. Elämänhallintaa haitanneita tekijöitä aikuisiällä

Aikuisena huolen aiheet elämänhallinnan suhteen masentuneilla olivat toisenlaisia kuin lapsena. Lapsuudessa opitut toimintamallit kertautuivat oman perheen kanssa. Tunneilmaisun puutteellisuus rasitti parisuhdetta eikä ongelmien käsittely onnistunut ideaalisti. Parisuhteen kariutuminen toi entisten ongelmien lisäksi vielä erosta johtuvat lisäongelmat, joiden kanssa he jäivät yksin. Elämän kovat vastoinkäymiset asettivat ongelmien ratkaisutaidot koetukselle ja saattoivat palauttaa mieleen omat lapsuuden vaikeat kokemukset eroista ja hylätyksi tulosta. Oman lapsen sairaus ja kuolemanuhka tai kuoleman tapahtuminen saattoivat palauttaa mieleen omat lapsuuden traumaattiset kokemukset ja aiheuttaa pitkäaikaista uupumusta ennen masennuksen puhkeamista. Masentuneet kantoivat huolta puolison jaksamisesta ja tulevaisuudesta. Heitä pelotti se että sairaus johtaisi eroon ja hylkäämiseen. Oli nöyryyttävää olla taloudellisesti riippuvainen terveestä puolisosta. Päihdeongelma, väkivalta ja erilaiset arvot synnyttivät jännitteitä puolisoiden välille.

Perheen eristäytyminen ahdisti sairauden vuoksi ja myös eroista johtuen verkostot olivat harventuneet ympäriltä. Lasten muutettua kotoa oli tyhjä olo. Aikuisiin lapsiin ei kaikilla ollut yhteyttä, jos he olivat sortuneet käyttämään päihteitä tai elivät rikollista elämää, josta seurasi vanhemmille usein epäonnistumisen tunteita, joskus jopa pelkoakin. Ongelmien ylisukupolvinen jatkuminen aiheutti murhetta lapsista ja heikensi vanhemmilta saatavaa tukea aikuisenakin vielä.

Päihde- ja mielenterveysongelmaisilla vanhemmilla aikuisuus oli usein hukassa ja lapset joutuivat ottamaan liian varhain vanhemman ja vastuunkantajan roolin, joka jatkui aikuisuuteen ja omaan perheeseen niin ettei osannut irrottautua siitä eikä rentoutua tai jakaa vastuita omassa perheessään toisen aikuisen kanssa. Masentuneilla turha alistaminen ja liialliseen nöyryyteen ja kiltteyteen kasvattaminen lapsena ruokkivat aikuisena rajojen asettamisen vaikeutta. Koettiin velvollisuudeksi suostua mihin tahansa, jos joku auktoriteetti tai vaikkapa puoliso sitä vaati. Myöskin avun hakeminen oli vaikeampaa kun ei tunnistanut omia tarpeitaan ja rajojaan eikä myöntänyt avun tarvetta edes itselleen. Kilttien tai alistettujen kohdalla tuntui olevan sisäinen vaatimus suostua ja kestää mitä vain kun siihen oli lapsena opetettu. Se asetti alttiiksi väärinkäytöksille aikuisena, esim. päihdeongelmaisen puolisona tai läheisväkivallan uhrina. Alistumaan opetettu ei tunnistanut, mikä on tervettä ja mikä poikkeavaa kyseisessä tilanteessa eikä uskaltanut irrottautua sietämättömistäkään olosuhteista. Elämistä jatkettiin hengenmenon uhallakin.

Masennuksen tultua copingia horjutti huolet perheen jaksamisesta, taloudellisesta pärjäämisestä, tulevaisuudesta, joka oli hämärän peitossa. Taloudellinen ahdinko vaikutti kaikkien perheenjäsenten arkeen. Mieltä askarrutti kysymykset paraneeko masennus ja pääseekö palaamaan vielä työhön vai jääkö kroonikoksi? Myös masennuksen seurauksena tullut epätasapaino parisuhteessa askarrutti. Jaksaako puoliso odottaa paranemista vai onko uusi hylätyksi tuleminen edessä? Masentuneet häpesivät osaansa kun eivät pystyneet kantamaan vastuutaan ja suorittamaan tehtäviään vanhempana, puolisona tai työtoverina. Puolisoltakaan ei aina tukea saanut kun parisuhde oli kriisiytynyt, läheisyys, romantiikka puuttui, tukea-antavaa vuorovaikutusta ei ollut. Ongelmien käsittelytaitoja ei ollut, vuorovaikutus ei toiminut, puuttui tietoa ja keinoja hakea apua. Puolison mukaan saaminen oli myös vaikeaa, jos asia koski parisuhdetta. Yksin asioihin oli vaikea puuttua. Omillaan selviytymisen paine uuvutti varsinkin yksinhuoltajina olleita ja niitä, joilla ei puolisosta ollut tukea.

Osa masentuneista ei halunnut tuoda julki häpeän vuoksi läheisilleen omaa sairauttaan ja välttelivät yhteydenpitoa vanheneviin vanhempiinsa ja sukulaisiinsa ja jäivät siten heidän tarjoamaansa tukea vaille. Omien vanhempien keskinäiset riidat, päihdeongelmat, sairaudet tai heidän kykenemättömyytensä pitää yllä ihmissuhteita haittasivat yhteydenpitoa vielä seuraavan sukupolven osaltakin. Huolet vanhenevista vanhemmista, heidän sairautensa ja kuolemansa veivät voimia erityisesti masentuneilta. Pitkät etäisyydet haittasivat myös yhteydenpitoa. Sisarusten kanssa masentuneilla oli samat sukurasitteet ja myöskin osalla sisaruksista oli itsellään masennus, joten heiltä ei ollut aikuisenakaan odotettavissa paljoa tukea. Sama koski myös lähisukua. Sisarkateus jo

lapsuudesta lähtien verotti heiltä saatavaa tukea. Ongelmat potentoituivat siten ja negatiivinen ketju vahvistui sukupolvesta toiseen.

Masentuneilla oli vain vähän aikuisiän ystävyyssuhteita. He olivat riippuvaisia ulkoisista tekijöistä, vertasivat itseään muihin, eivät nähneet itsessään arvoa sinänsä, kuten heille lapsena oli opetettu. He eivät kyenneet suojelemaan itseään haavoittavilta kokemuksilta opittujen asenteiden vuoksi ja ottivat kaiken vastaan kohtalonomaisesti puoliaan pitämättä.

Masentuneilla oli taustalla huolenpidon puutteita, passiivista suostumista, alistumista, välinpitämättömyyttä ja laiminlyöntejä sekä lapsena että aikuisena. Vaativuus itseä kohtaan oli kasvanut jo lapsena sisäsyntyisesti oman paikan löytämisen toivossa, mutta valmiudet pärjäämiseen olivat puutteelliset. Kykenemättömyys ja avuttomuus vastoinkäymisten kohtaamiseen voimavarojen ollessa vähissä heikensivät elämänhallintaa voimakkaasti. Voimavarat eivät riittäneet arkirutiinien hoitamiseen kun toimintakyky sairauden vuoksi oli heikko. Heillä ei ollut voimia eikä haluja tavata ihmisiä kodin ulkopuolella ja kotonakin masentunut koki olevansa ajoittain ulkopuolinen. Tunteiden ilmaiseminen sanallisesti oli vaikeaa, joka hankaloitti sairaudesta puhumista ja sen käsittelyä. Osalla elämänhallinan tunnetta ei ollut koskaan syntynyt, elämä oli ollut kaaoksesta toiseen siirtymistä koko elämän ajan.

Jaksamattomuus, häpeä, heikko itsetunto, tyytyminen osaansa, vaatimattomuus, vaikeudet tulla ymmärretyksi hoitojärjestelmässä, jonot, viiveet, aiemmat huonot kokemukset avun saamisessa estivät hakemasta apua ja pyrkimästä parempaan. Eläke- ja kuntoutustukihylkypäätökset toistivat lapsuuden hylkäämiskokemuksia ja pahensivat sairauden oireita masentuneilla. Heidän sairauden kokemuksensa mitätöitiin tällä tavoin viranomaisten toimesta. Elämänusko horjui ja luottamus auktoriteetteihin oli mennyt omien vanhempien eron, eläkehylkypäätösten tai työstä irtisanomisien vuoksi. Masentuneena oli vaikea suunnitella elämäänsä eteenpäin. Tulevaisuudennäkyä ei ollut. Persoonallisuushäiriö saattoi lisänä vaikeuttaa sopeutumista yhteiskunnan normeihin.

Masentuneiden ongelmien taustat olivat useimmiten lapsuudesta lähtöisin, vaikka sairastumisen oli laukaissut lopulta useimmiten työperäiset syyt, joko työuupumus (n=6) tai irtisanominen (n=2). Työmurheet olivat painaneet mieltä, huono työn organisointi, työyhteisön ristiriidat ja työtovereiden sairaudet ja kuolemat. Osalla työttömyys sekoitti arkirytmin ja vei mielekkyyden elämältä. Työuralla ei ollut menestystä ja koulutuskin oli jäänyt alkujaan heikoille. Jatkuvan kouluttautumisen vaatimukset työssä tuntuivat raskailta heikolla peruskoulutuksella. Masentuneet tunsivat työstä poissa ollessansa olevansa kaiken ulkopuolella vailla takuuta paluusta takaisin ihmisten pariin. Osalla oli tullut riitoja myös työpaikalla eikä sieltä ollut saatavissa siten apua jaksamiseen.

Oma vaativuus haittasi masentuneita ja siitä poisoppiminen oli vaikeaa. Osalla se oli diagnosoitu sairaudeksi asti. Se oli syntynyt monelle lapsuuden kokemuksista, jolloin oma olemassaolo ja tunnustus lapsena oli pitänyt ansaita työn tekemisellä ja suorittamisella. Lapsella sinänsä ei nähty arvoa yksilönä. Työssä olevat koettivat hakea ylisuoriutumisella arvostusta itselleen ja parantaa omanarvontuntoa, josta lopulta seurasi uupuminen. Työssä he tekivät vastaan sanomatta ylen määrin ylitöitä eivätkä osanneet kieltäytyä niistä eivätkä rajoittaa työaikaansa eivätkä -määräänsä. Omien rajojen tunnistamisen vaikeus ja heikko itsetunto haittasivat voimavarojen arviointia ja avun tarpeen tunnistamista. Työnantajat käyttivät näitä kilttejä ylisuorittajia työntekijöinä jopa tietoisesti hyväkseen tulosta tehdäkseen. Lopulta seurasi työuupumus ja sitä kautta masennus. Konkurssi ja ylivelkaantuminen loppuiäksi veivät työmotivaation ja mielekkyyden työn tekemiseltä ja hävitti työpaikankin.

Ongelmat emotionaalisen copingin puolella haittasivat erityisesti masentuneita aikuisena. Osa ongelmista seurasi masennukseen sairastumista, osa oli olemassa jo ennen sitä. Mukana oli sekä sosiaalisesti että geneettisesti periytyneitä ominaisuuksia, jotka seurasivat sukupolvelta toiselle. Vuorovaikutuksen puutteet ja arvoristiriidat altistivat parisuhteen hajoamiselle ja ongelmien

siirtymiselle seuraavaan sukupolveen. Osalla lapset olivat jo ehtineet aikuistua ja heidän elämänsä ajautuminen sivuraiteelle oli nähtävissä. Sosiaalisten suhteiden vähyydestä seurasi etteivät masentuneet saaneet henkistä tukea läheisiltään ja ongelmat kasautuivat ja vaikeutuivat pahimmillaan hoidon ulottumattomiin ennen kuin he hakivat niihin apua ammattiauttajilta. Myös ongelmien tunnistaminen oli vaikeaa kun masentuneet eivät olleet oppineet asettamaan rajoja eikä vastaanottamaan apua itselleen. Osa oli laiminlyönyt omia tarpeitaan lasten ja puolison kustannuksella tai läheisväkivalta oli vienyt omanarvontunnon niin heikoksi ettei ollut kyennyt lähtemään hakemaan apua itselleen ajoissa. Osalla oma vaativuus esti epäonnistumisen myöntämistä.

Hoidon saamisessa oli ollut myös viiveitä ja väärinkäsityksiä ja sen laatu ei ollut vastannut odotuksia. Osalla ikävät kokemukset omaisena ja potilaana olivat pahentaneet oireita ja olleet mukana masennuksen synnyssä. Syrjäytyminen elämästä oli tapahtunut joidenkin masentuneiden kohdalla heikon koulutustaustan ja pitkäaikaistyöttömyyden ja päihdeongelman myötä. Coping-ryhmäläisillä oli varsin vähän emotionaalisen tason huolia selviytymisessä. Osa vältteili tarkoituksellisesti itselleen haitallisia olosuhteita tai tilanteita.

Elämänhallinnan tunnetta aikuisena heikensivät monet sellaiset seikat, joiden syntyyn ja kulkuun ei ollut voinut itse vaikuttaa. Taloudellinen romahdus kansainvälisen laman seurauksena, työttömyys, yrityksen konkurssi, velkakierre, ongelmat työssä ja työpaikalla, työelämän globaalit muutokset jättivät monesti avuttomaksi säntillisenkin työntekijän. Hankalat naapurit ja sukulaiset, oma tai lasten sairastuminen, parisuhdeongelmat ja erot, lastenkasvatusongelmat, läheisväkivalta ja puolison päihdeongelma, omaan persoonaan liittyvät rajoitteet, lapsuuden epäsuotuisat olosuhteet ja puutteellinen tukiverkosto heikensivät oleellisesti selviytymisen tunnetta ja mahdollisuuksia omassa elämässä. Paluumuuttajat ja karjalaisevakot lapsineen olivat kokeneet myös rasismia valtaväestön keskuudessa. Viranomaisbyrokratia ja kansalaisten alistaminen käytännön elämälle vierailla määräyksillä heikensivät vastaajien mahdollisuuksia hallita omaa elämäänsä. Kyräily, kateus ja olemassa olevien kykyjen epäily niin tuttavien, naapureiden kuin työyhteisön taholta söivät onnistuminen kokemuksia ja hallinnan tunnetta. Oma arkuus, puutteellinen usko ja luottamus omiin kykyihin saivat aikaan samanlaisia seurauksia.

Työn luonteen muuttuminen, puutteellinen organisointi ja yleinen työelämän ennustamattomuus heikensivät osaltaan elämänhallinnan tunnetta taloudellisine vaikutuksineen. Masennus aiheutti taloudellista ahdinkoa pitkine sairauslomineen ja eläkehylkyineen. Sairaus itsessään uusiutumisuhkineen ja arvaamattoman kulkunsa ja toimintakyvyn alenemisen vuoksi heikensi elämänhallinnan tunnetta. Tuen puute läheisten taholta tuntui harmilliselta jo ennen sairastumista ja tuki väheni yleensä entisestään masennuksen puhjettua. Arvotkin olivat joutuneet koetukselle kun elämä oli ottanut oikein tiukkaan otteeseensa. Coping-ryhmäläisillä oli myös uhkatekijöitä selviytymisessä, mutta ne eivät olleet erityisen runsaslukuisia tai haasteellisia tilanteisiin nähden. Erovaisuudet vastauksissa on alleviivattu. Taulukossa 26 kuvataan elämänhallintaa haitanneita tekijöitä aikuisiällä.

Taulukko 26. Elämänhallintaa haitanneet tekijät aikuisena coping-ryhmäläisillä ja masentuneilla.

Coping-ryhmä:	Masentuneet:
oma perhe: parisuhdevaikeudet, taloudelliset vaikeudet, synnytykseen ja lasten kasvatukseen ja huoltoon liittyvät ongelmat, synnytyksen jälkeinen masennus esteenä uuden lapsen hankkimiselle, lasten perheet kaukana, omat sairaudet rajoittavat perhe-elämää, muutto stressin aiheena,	oma perhe:talousvaikeudet, lapsen sairaus tai kuolema, perheen ja työn yhteensovittamisvaikeudet, huoli tulevaisuudesta ja puolison jaksamisesta, parisuhdevaikeudet, puoliso vähättelee, erilaiset arvot vähentävät yhteenkuuluvuutta, epäonnistuminen puolisona ja lasten kasvattajana, ei kykyä ratkaista parisuhdeongelmia puolison kanssa, vuorovaikutus ei toimi perheessä, lasten sairaudet ja kuolemat, ,

	pienet lapset sairastelleet ja valvottaneet yli 2 vuotta yhtä kyytiä, unen puute, vanhempien väsyminen, avioero, parisuhteen toimimattomuus, ajankäyttöristiriidat, puolison vähättely, lasten päihde- ja rikosongelmat, ei seksiä eikä romantiikkaa,yksin jääminen psyykkisesti sairaan lapsen kanssa, henkinen ja ruumiillinen väkivalta, perhe eristäytynyt, lapset oireilevat, yksinäisiä, päihdeongelma, psyykkisten ongelmien periytyminen, perheen eristäytyminen, erosta johtuvat ongelmat, vuosien yksinhuoltajuus lapsien ollessa pieniä uuvuttanut kun mies matkatöissä, parisuhde jäi hoitamatta, syrjähyppyjä, henkistä ja fyysistä väkivaltaa kotona, kuolleista lapsista suurta surua, lasten päihde-, mielenterveys- ja rikosongelmat murheena, ei tukea vanhemmuuteen,
omat vanhemmat: vanhempien sairaudet ja päihdeongelma rajoitteena tuen ja avun saannille itselle ja lapsille, aiheuttaa häpeää, joutuu huolehtimaan heistä	omat vanhemmat: vanhempien riidat, päihdeongelmat, väkivalta estäneet elämänhallinnan tunteen kehittymisen lapsena ja nuorena, äiti ei kyennyt suojelemaan lapsiaan väkivaltaiselta isäpuolelta, mennyt luottamus ihmisiin, erityisesti miehiin aikuisenakin, vanhempien kyvyttömyys pitää yllä ihmissuhteita aikuisiin lapsiinsa, isän hylkääminen erossa satuttanut aikuisenakin, luottamus kärsinyt, isän luonnehäiriö haitannut perheen elämää aikuisenakin, oman sairauden tuoma häpeä haittaa vuorovaikutusta, sairaudet periytyvät, huoli vanhempien pärjäämisestä, vanhemman kuolema
sisarukset: sisaren sairaus rajoitteena, perintöriidat haittana, ei yhteyttä veljeen, sisarkateus	sisarukset: elämänurat eronneet aikuisina, riidat haittaavat yhteydenpitoa, sisaruksilla samoja sairauksia, ei tukea heiltä
suku: puolison sukulaisten kuolemat, perintöriidat, psyykkinen sairaus rajoitteena yhteydenpidolle	suku: ei yhteydenpitoa, yhteydenpito vaikeutunut
ystävät: ei kommentteja	ystävät: vähäiset ystävyyssuhteet, riitoja naapureiden ja työtovereiden kanssa, ei ystäviä lainkaan
persoonallisuudenpiirteet:vaativuus, ylitunnollisuus, omista periaatteista liian tiukasti kiinni pitäminen	persoonallisuudenpiirteet: oma vaativuus estää avun hakemista ja vastaanottamista, tarve selvitä omillaan uuvuttaa, periksi antamattomuus, kovapäisyys, vaativuus haittana omalle ja puolison jaksamiselle, lapsuudesta juontuvat pelot, kykenemättömyys vuorovaikutukseen läheisten kanssa, haavoittuvuus, liika kiltteys, alistuminen huonoon osaan, vaatimattomuus, itsetunto alhaalla, jahkailu, uskaltamattomuus, kykenemättömyys rajata ajankäyttöä, sairaudesta syyllisyys, häpeä koko perheelle, jaksamattomuus, luonnevika estää sopeutumisen yhteiskuntaan,
puutteelliset ongelmienkäsittelytaidot: hankalien asioiden välttely, pakeneminen, sulkee pois mielestään, uskalluksen puute, ei luota itseensä ja kykyihinsä vanhempana ja kasvattajana, ei osaa rajata lapsen tarpeita, ei pärjää vähillä unilla, arkuus	puutteelliset ongelmienkäsittelytaidot:kyvyttömyys käsitellä ihmissuhdeongelmia ei tunnisteta ongelmia, ei oteta käsittelyyn, ei osata käsitellä, oikean tiedon puute haittana, asioiden ennakointi vaikeaa, elämänusko hukassa, suunnitelmallisuus ja ennakointi mahdotonta masentuneena, oma

tehdä muutoksia, koska aiheuttaneet kriisin aiemmin, ihmissuhdetaitojen puutteellisuus	toimintakyky heikko, ei pysty osallistumaan sosiaaliseen elämään, syrjäytynyt, unelmat jääneet toteutumatta, elämänhallinan tunnetta ei päässyt syntymään lapsuuden ollessa epävakaata puutteellisen vanhemmuuden vuoksi, perusluottamusta ei syntynyt ihmisiin, tunteiden ilmaisu puhumalla vaikeaa elämänusko hukassa, suunnitelmallisuus ja ennakointi mahdotonta masentuneena, luottamus puuttuu
puutteelliset olosuhteet: toisten epäilevä suhtautuminen omiin kykyihin, taloudellinen kriisi, johon syytön, velkavankeus, synnytyksen jälkeinen masennus esteenä uuden lapsen hankkimiselle, rasismi, kansanluonteen negatiiviset puolet kohdannut naapurustossa ja viranomaisissa, jotka uhka elämänhallinnalle, kansalaisten alistaminen	puutteelliset olosuhteet: taloudelliset vaikeudet, masennus sinänsä haittana, suunnittelu ja ennakointi masentuneena mahdotonta, lasten kotoa lähtö iso muutos päivärutiineissa, taloudellinen riippuvuus puolisosta työttömänä alentavaa, pelkää tulevansa hylätyksi uudelleen ja jäävänsä yksin, velkaantuminen, joutui erossa muuttamaan pois kotoa toiselle paikkakunnalle, menetti työpaikan myös, miehellä ei sukua eikä kavereita tukena, pettymyksiä, epävarmuutta liikaa elämässä ihmissuhteissa ja työssä, motivaatio hukassa, lastenlasten huostaanotto, ei ystäviä eikä kavereita, yhteydenpito ystäviin jäänyt masennuksen vuoksi, koira ainut kaveri,
työ, opiskelu ja harrastukset: huono työn organisointi ja johtaminen, epäselvä hierarkia, komentosuhteet ja vastuut hukassa, riittämättömät vaikutusmahdollisuudet, puutteellinen resursointi vaatimuksiin nähden, ei mahdollisuutta edetä uralla eikä taloudellisesti, ei onnistumisen edellytyksiä, muut päättävät mikä riittävän hyvää, vastuu jää itselle, työn lyhytjännitteisyys, epävakaus, epävarmuus jatkosta, pahan näkeminen työssä, uusi työ ja esimiestehtävät vastoin tahtoa, ylityöt, matkustaminen, työkiireet, työnsaantiongelmat	työ, opiskelu ja harrastukset: ei menestystä koulussa eikä työuralla, pitkäaikaistyöttömyys, pitkä sairausloma syrjäytti, ei mahdollisuutta päteä, työn huono johtaminen ja organisointi, työkaverin kuolema, köyhyys, taloudelliset vaikeudet, irtisanominen työstä ilman omaa syytä vienyt luottamuksen elämään ja ihmisiin, arkirytmi mennyt sekaisin ja elämästä hävinnyt juoni ja mielekkyys, katkeroitti, toisti lapsuuden hylkäämiskokemuksen, työttömyys vienyt tyhjän päälle, työssä nähty pahuus satuttaa, liiallinen työnteko arvostuksen saavuttamiseksi uuvuttanut, yritys kärsi ja meni lopulta konkurssiin, taloudelliset tappiot, loppuelämäinen velkakierre seurauksena, ero myös, työpaikan menettäminen konkurssissa, lama-aikana tapahtunut velkaantuminen ajoi puolison vuosiksi matkatöihin velkojen maksamiseksi, perhe kärsii vieläkin, ei harrastuksia, ei elämänsisältöä
hoito: oma vaativuus estää hankkimasta apua	hoito ja avun hakeminen: ei saa lähdettyä hoitoon, kynnys hakea apua korkea, oma vaativuus esteenä ongelmien myöntämiselle ja avun hakemiselle, lykännyt hoitoon hakeutumista miehen uran vuoksi ei ole tullut ymmärretyksi oikein hoitojärjestelmässä, viive oikean hoidon saamisessa, eläke-/ kuntoutustukihylky pahentanut oireita, toistanut hylkäämiskokemusta, ei saanut tunnustusta sairaudelleen eikä omille kokemuksilleen, ei tukea eikä ohjausta psyykkisesti sairaan lapsen vanhempana, ei kuunneltu, ei otettu mukaan hoitoon, kuormittaa, hoitojärjestelmä ei suostunut tutkimaan hoitovirhe-epäilyä, oikean

	avun saaminen ollut hidasta, pitkittänyt oireita, hoidon puute, osaamisen puutteellisuus, hoidon viivästyminen, vääränlainen hoito, hakenut apua liian myöhään, tilanne oli jo kroonistunut, otollisin hoitoaika ohi, ei ymmärretty aluksi, mistä kyse ja työkyky menetetty, puoliso ei suostu pariterapiaan, yksin eri voi ratkaista parisuhdeongelmia, lapsetkin kärsii parisuhdeongelmasta,
arvot: työssä arvoristiriitoja työnantajan kanssa	arvot: arvoristiriidat perheessä ja kasvatuksessa, vaikeudet ja masennus koetelleet uskoa Jumalaan, ollut pettymys

5.2.3.4. Elämähallintaa tukeneet seikat aikuisiällä

Lapsuudessa opitut tunnetaidot coping-ryhmäläisillä vahvistivat pärjäämistä aikuisena. Vahva itsetunto, jonka luomisessa hyvä ja turvallinen kotikasvatus ja isovanhempien ja suvun läsnäolo olivat olleet korvaamattomana apuna. Myös hyvä puoliso, omat lapset, ystävien tuki, hyvät harrastukset, työn ja opiskelun tarjoama tuki, erityiskyvyt ja lahjakkuudet tukivat selviytymistä aikuisena.

Omat vanhemmat, appivanhemmat ja sisarukset olivat monessa tilanteessa tarpeen vielä aikuisena niin henkisesti kuin käytännön asioissa. Yhteistä muistelua ja lapsuuden vaikeiden asioiden käsittelyä voitiin jatkaa vielä aikuisena, jos vanhemmat olivat hengissä. Myös oman perheen kanssa vanhemmuuteen ja lastenkasvatukseen ja parisuhteeseen liittyvissä ongelmissa käännyttiin omien vanhempien puoleen vielä aikuisenakin. Osa vaikeista kokemuksista saattoi olla tapahtunut perheen ulkopuolella, mutta yhteiset muistot ja niiden käsittelymahdollisuus auttoivat niiden kanssa elämisessä. Omien vanhempien puuttuessa appivanhemmat saattoivat korvata heitä ja hoitaa heidän roolejaan.

Kotona opitut tunteiden ilmaisutaidot siirtyivät käyttöön myöhemmissä ihmissuhteissa. Rajojen asettaminen sekä lapsena että aikuisena tuki jaksamista. Se loi turvallisuutta ja selkeytti, mitä lapsen oletettiin tekevän eikä lapsen tarvinnut etsiä rajojaan kokeilemalla. Aikuisena se auttoi esim. suojautumaan pahoilta ja haavoittavilta kokemuksilta tai liialliselta stressiltä ja uupumukselta. Välillä uskalsi levätäkin. Hyvän itsetunnon ansiosta uskalsi kieltäytyä liian vaativista tehtävistä. Lapsuudessa omaksuttu perusluottamus ihmisiin ja elämään auttoi kestämään koviakin vastoinkäymisiä elämässä. Vaikka elämä ei tuntunut aina olevan hallinnassa, eteenpäin mentiin.

Masentuneiden elämänhallintaa tukien oma perhe loi uudenlaisen mahdollisuuden rakentaa kestäviä tunne- ja kiintymyssuhteita. Osalla se onnistui ja puoliso oli paras tuki läpi elämän myös masentuneena. Suku ja aikuiset sisarukset samojen kohtaloiden jakajina ja käytännön ja henkisen avun tuottajina olivat tärkeitä. Yhteinen tekeminen, suvun juhlat ja muu yhteydenpito auttoivat jaksamaan. Koulutuksesta ja työssä olosta koettiin olevan hyötyä sairauden käsittelyssä ja onnistuminen työssä tuki toipumista. Työn uudenlainen johtaminen ja organisointi helpottivat tilannetta, myös uudenlainen suhtautuminen työhön ja työn rajaaminen jaksamisen parantamiseksi. Ylipäätänsä työn saaminen helpotti masentunutta oloa.

Isovanhemmat näyttäytyivät merkittävänä resurssina lapsenlapsilleen. Pitkät välimatkat, pienet asunnot ja vanhempien sairaudet lopulta haittasivat yhteydenpitoa lapsenlapsiin ja pääsyä heidän luokseen. Vanhempien ikääntyessä tarve kääntyi päinvastaiseksi, lapsilla ja lastenlapsilla alkoi olla vastavuoroinen velvollisuus auttaa ja hoitaa heitä heidän sairastaessaan ja tarvitessaan hoivaa. Vastavuoroisuuden harjoittelu ikääntyvien vanhempien kanssa oli opettavaista myöskin. Samalla oma vastuun otto ja aikuisen rooli vahvistui ja elämän luonnollisen kulun pystyi hahmottamaan paremmin. Omien vanhempien vahva tukeva rooli näkyi etenkin coping-ryhmässä vielä

aikuisiässäkin. Heistä oli hyötyä sekä heidän lapsilleen että suoraan myöskin lastenlapsille hoitoavun ja yöpymis- ja lomailupaikan vuoksi. Vanhemmat saivat yhteistä aikaa ja pystyivät käymään työssä kun kesällä tai koulun jälkeen ei muita hoitopaikkoja ollut. Yksinhuoltajille isovanhempien tarjoama lastenhoitoapu oli erityisen tarpeellista. Isovanhemmat opettivat lapsenlapsille itsenäisyyttä ja perehdyttivät heitä suvun historiaan ja tarinoihin sekä välittivät suvun kulttuuri- ja uskonnollista perinnettä, johon vanhemmilla ei ollut aikaa. Myöskin monien käden taitojen ja luontoon liittyvien asioiden oppiminen onnistui lapsenlapsilla maalla isovanhempien luona.

Kestävät arvot, perinteet ja arkirutiini loivat jatkuvuutta, ennustettavuutta ja turvaa elämään, samoin osalla usko Jumalaan, huumori ja positiivinen ajattelu. Tutkitut onnistuivat välttämään sairautensa lääkitsemistä alkoholilla. Lääkkeiden ja terapian he kokivat helpottaneen oireita, joka antoi uskoa selviytymiseen. Sairaus nähtiin jälkikäteen rikkautena ja pääomana tulevaisuutta ajatellen sitten kun siitä alettiin parantua. Pitkästä elämänkokemuksesta oli hyötyä, pienet asiat eivät hätkähdyttäneet eteenpäin menoa.

Itse masennus oli opettanut monille hoitojen myötä terveempää suhtautumista itseen ja omien rajojen löytymistä ja sitä kautta itsetunto oli päässyt vahvistumaan. Kun tavoitteet oli asetettu realistisiksi, niiden saavuttamisesta syntyi onnistumisen kokemuksia. Sitä kautta myös tunne elämänhallinnasta parani ja vahvistui, joka näkyi myös SOC-pisteissä masennuksen paranemisen myötä. Työ oli monelle itsetunnon kannalta hyvin ratkaiseva ja kasvattava kokemus. Oppimismahdollisuudet työssä ja sosiaalisen vuorovaikutus työtovereiden kanssa mahdollisti selviytymisen joskus hyvinkin hankalissa elämänoloissa. Se toimi ikään kuin oljenkortena. Tällaisille ihmisille työpaikan menetys voi sortaa elämää ylläpitävät mekanismit ja romahduttaa jaksamisen, kuten muutamalle tässä tutkimuksessa mukana olleelle kävi.

Coping-ryhmäläisillä suotuisat henkilökohtaiset ominaisuudet auttoivat pärjäämään ja selviytymään sekä laaja sosiaalinen verkosto perhe, suku, ystävät ja työtoverit mukaan lukien. Joustavuus, ennakointi, tietoiset valinnat, suvaitsevaisuus, epäsuotuisien kokemusten ja asioiden tietoinen välttäminen ja poissulkeminen elämästä sekä erilaisuuden sieto helpottivat elämää. Samoin kuormitustekijöille tasapainon hakeminen tietoisesti, avoimuus, anteeksiantaminen, asioiden jakaminen muiden kanssa, yhteiset arvot ja selkeät pelisäännöt läheisten kanssa. Suvusta ja ystävistä sai mallia, oppia ja seuraa yhteiseen tekemiseen ja esim. lomamatkoille ja yhteisiin harrastuksiin ja puuhiin. Heiltä sai myös henkistä tukea ja palautetta.

Hyvä terveys ja mieluinen asuinpaikka auttoivat selviytymisessä. Coping-ryhmäläisillä ei ollut pahoja vastoinkäymisiä, menetyksiä eikä sairauksia. Perhe pysyi ehyenä ja tuki. Riittävä itseluottamus ja hyvä itsetunto motivoivat pitämään itsestä huolta, uskomaan omiin kykyihin ja vaikutusmahdollisuuksiin elämässä, olemaan vertailematta itseään muihin ja olemaan murehtimatta liikaa etukäteen. Coping-ryhmäläiset osasivat säädellä voimiaan, sopeutua erilaisiin olosuhteisiin, irrottautua arkipuurtamisesta, etsiä vastapainoa työlle ja rasitustekijöille, rentoutua ja levätä. Työ tuki heitä sopivasti ja se tyydytti pätemisen tarvetta. Ystävät, harrastustoverit ja harrastukset toivat sisältöä elämään ja auttoivat ja tukivat monessa elämän käänteessä. Coping-ryhmäläiset elivät arvojensa mukaista elämää.

Aikuisikä tarjosi parhaimmillaan mahdollisuuden paikata lapsuudenajan olosuhteiden puutteita sekä henkisesti että aineellisesti. Aina yritykset eivät johtaneet tulokseen ensi yrittämällä, vaan esimerkiksi parisuhteiden osalta yrityksiä tarvittiin useampikin. Henkinen kasvu ja omien puolien pitäminen auttoi itsetunnon kohentumisessa. Positiivisen elämänasenteen omaksuminen ja murehtimisen lopettaminen ja tietoinen positiivisten kokemusten etsiminen auttoivat kompensoimaan väistämättä eteen tulevia murheita ja vastoinkäymisiä. Tietoinen vanhoista epäsuotuisista toimintatavoista ja ajatusmalleista irrottautuminen auttoivat myös lapsia omaksumaan uusia, myönteisempiä elämisen malleja. Etäisyyden otto entiseen henkisesti tai käytännössä ulkomailla asumisen myötä johtivat

näkökulmien ja vaihtoehtojen lisääntymiseen. Aikuiset sisarukset saattoivat toimia apuna ja tulkkina lapsuuden kokemusten uudelleen läpikäymisessä aikuisena.

Kohtuullisuus niin työssä kuin vapaa-aikana säästivät voimia. Perheen arkirutiinit, selkeät pelisäännöt ja yhteiset arvot perheen kesken loivat turvallisuutta ja raamittivat elämää. Oikea-aikainen oikeanlainen sairauksien hoito auttoi selviytymään niiden kanssa tai toipumaan niistä. Depression hoidon yhteydessä terveyskeskuksessa tarjotussa psykoedukaatiossa omat sokeat pisteet paljastuivat ja ongelmakohtia pystyttiin jatkossa tunnistamaan paremmin ja copingia edistävät henkilökohtaiset taidot ja ominaisuudet kehittyivät. Depressiokouluryhmästä sai vertaistukea. Depressiohoitaja oli kyennyt tarjoamaan uusia näkökulmia, vaihtoehtoja ja ajatusmalleja masentuneiden elämässä tapahtuneista ja meneillään olevista asioista. Varomerkkien avulla opetettiin ennakoimaan ja tunnistamaan ongelmatilanteita ja luomaan toimintasuunnitelmia niiden varalle jo etukäteen. Siten ajateltiin voitavan ehkäistä masennuksen uusiutumista tai pahenemista. Lähes kaikki olivat kokeneet saaneensa lääkehoidosta apua oireisiinsa ja päässeet sen avulla liikkeelle paranemisprosessissaan. Suurin hyöty lääkkeistä saavutettiin silloin kun ne oli aloitettu riittävän ajoissa ennen kuin tilanne oli päässyt kroonistumaan. Depressiohoitajat seurasivat kiinteästi lääkehoidon toteutumista ja yhdessä keskusteluhoidon kanssa toteutettuna se auttoi pääsemään suotuisaan lopputulokseen.

Masennuksen hyvä hoito tuki elämänhallintaa ja selviytymistä sairaudesta. Vertaiskokemusten kuuleminen ja tuen saaminen esim. depressiokouluryhmässä koettiin merkitykselliseksi. Se auttoi suhteuttamaan omia asioita ja näkemään että jollakin on vielä huonommin. Toisaalta se myös vahvisti uskoa että sairaudesta voi parantua ja että sitkeys palkitaan. Masentuneet olivat oppineet luottamaan hoidon myötä että tilanteita voi hallita. He oppivat jämäkkyyttä, itsestä välittämistä, ajankäytön hallintaa ja saivat uusia selviytymiskeinoja.

Hyvä fyysinen terveys, taloudelliset voimavarat, jaksamista tukevat harrastukset ja virikkeitä, käytännön taitoja ja työmahdollisuuksia antanut aikuisopiskelu olivat lisänneet selviytymismahdollisuuksia. Selkeät arvot helpottivat elämää ja loivat turvallisuuden tunnetta ja luottamusta elämästä selviytymiseen. Henkilökohtaisia taitoja ja ominaisuuksia oli mahdollisuus kehittää elämänkokemusten myötä ja parantunut itsensä tunteminen auttoi asettamaan elämässä sellaisia tavoitteita, joiden saavuttaminen oli mahdollista ja siten parantaa elämänhallinnan tunnetta. Osalla elämä oli kestänyt vakaalla pohjalla lapsuudesta saakka ilman vaikeita elämäntapahtumia ja apua oli saanut aina tarvittaessa. Nämä olivat toteutuneet erityisesti coping-ryhmäläisillä.

Myös yhteiskunnan vakaus ja turvallisuus olivat eduksi ja sodan seuraukset kokeneet vastaajat osasivat sitä arvostaa. Menneisyys vastoinkäymisineenkin voitiin parhaimmillaan kääntää rikkaudeksi, pääomaksi ja vertailukohdaksi tulevan varalle. Sitkeys ja periksi antamattomuus sopivissa paikoissa oli paikallaan silloin kun koki olevansa oikealla asialla. Omat ja läheisten selviytymiskokemukset vaikeuksista ja myös masennuksesta loivat uskoa onnistumiseen jatkossakin. Taulukkoon 27 on koottu elämänhallintaa edistäneitä tekijöitä aikuisena. Eroavaisuudet on alleviivattu.

Taulukko 27. Elämänhallintaa edistäneet tekijät aikuisena coping-ryhmällä ja masentuneilla.

Coping-ryhmä:	Masentuneet:
oma perhe: henkistä ja käytännön tukea, apua puolisosta: itselle arvostusta, parisuhteeseen, lasten kasvattajana, isovanhempana, henkisiä voimavaroja, selviytymiskeinoja, yhteisyyden kokemuksia, lapsista iloa, itsevarmuutta, lemmikkieläin seurana	oma perhe: pakopaikkana lapsuudenperheestä, helpotus, henkistä tukea yksilönä ja vanhempana, sukuyhteyden ylläpitoa, arvoja ja perinteitä ylläpitänyt, uusi puoliso auttanut

omat vanhemmat: hyötyä lapsenlapsille: aikaa heille, yhteisiä touhuja, itselle henkistä tukea, tukea itselle edelleen, äiti varsinkin tärkeä	omat vanhemmat: läheiset suhteet lapsenlapsiin, lastenhoitoapua, henkistä tukea usein, suvun tietojen välittäjinä, yöpaikan järjestäjinä, läheisyyden kokemuksia, menneisyyden käsittelyä, vastavuoroisesta auttamisesta mielihyvää, appivanhemmat korvikkeena, apuna ja kannustajina
sisarukset: käytännön apua lastenhoidossa, henkistä tukea, muistelua yhdessä, aineellista apua, muistamista juhlapäivinä	sisarukset: henkistä ja aineellista apua, yhteistä tekemistä, tavaroiden lahjoittamista, yhteisten kokemusten jakamista, tiedonvälitystä suvusta, yöpaikkana, apuna muutoissa, rakentamisessa
suku: henkistä tukea, mallia, esimerkkiä, käytännön apua, yhdessä tekemistä, oppia, ei riitoja	suku: serkuilta henkistä apua ja tukea suruissa, lapset yhdistää
ystävät: henkistä ja käytännön apua ja tukea, kasvatusapuna, perheen korvikkeina, samanlaisten arvojen ja ajatusten jakajina, turvana, oppina, mallina, virikkeinä, neuvojina, tukijoina, palautteen antajina, matka-, harrastus-, lomanviettokavereina	ystävät: henkistä ja aineellista tukea: vastavuoroista ystävyyttä, apua masennuksessa, tapaa kotipaikkakunnalla lapsuudenystäviä, harrastuskavereina, rohkaisijana, ymmärtäjänä, seurana, itsetunnon kohottajana, kohtalotovereina, neuvonantajina, vertaistukea toisista sairastuneista
henkilökohtaiset taidot ja ominaisuudet: perusoptimismi, kyky asettaa sopivia tavoitteita, suunnitelmallisuus lisäävät onnistumisen mahdollisuuksia ja kokemuksia, tuloksien saavuttamista, oma vastuu tekemisistä, ei jättäydy muiden varaan, usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin, kyky rentoutua ja pitää huolta itsestään, lepo, murehtimisen lopettaminen etukäteen, usko ja luottamus hyvään, kyky irrottautua ja etsiä vastapainoa työlle, kyky sopeutua erilaisiin olosuhteisiin, malttaa olla ahnehtimatta, tavoittelematta liikaa, ei kilpaile muiden kanssa, suostuu elämään muiden ehdoilla turvallista arkea	henkilökohtaiset taidot ja ominaisuudet: nähnyt että muilla vielä vaikeampaa, pahempaa, oppinut arvioimaan, suhteuttamaan omaa elämäänsä siihen, ei anna periksi, ei hätkähdä pienistä, uskoo että elämästä selviää, sitä voi hallita, se kannattelee, omat ja läheisten selviytymiskokemukset vahvistaneet uskoa omaan selviytymiseen, perusluottamus tallella, rehellisyys, lupauksista kiinni pitäminen, asioiden hoitaminen ajallaan, toisen kunnioittaminen, itsensä kanssa sinut oleminen, suunnitelmallisuus, positiivinen ajattelu, ajankäytön hallinta, hyvät selviytymiskeinot pitäneet hengissä, ei ole sortunut juomaan, osannut puhua, ollut ystäviä, selviytyminen kannustanut eteenpäin, periksi antamattomuus, vaativuus, kovapäisyys auttaneet selviytymään, kova työnteko, yritteliäisyys, sitkeys, huumori, suhteellisuuden taju, erilaisten ihmisten tunteminen, pitkä elämänkokemus apuna selviytymisessä ja ymmärtämisessä, mennyt eteenpäin, vaikka asiat eivät ole olleet hallinnassa
työ, opiskelu ja harrastukset: hyvät työtoverit ja työilmapiiri tukena, työ ja opiskelu auttaneet selviytymään, mielenkiintoinen työ, työ tukenut itsetuntoa, ollut vaikutusmahdollisuuksia, ollut työtä, saanut tunnustusta esimieheltä, tyydyttänyt pätemisen tarvetta, sopivan haastavaa, harrastukset antaneet sisältöä ja mielekkyyttä elämään, pitäneet kunnossa, löytänyt ystäviä, tyydyttäneet kilpailuviettiä, tuoneet orientaatiota elämän eri vaiheisiin suvun puuttuessa, vertaistukea, turvaa, tunnustusta harrastuskavereilta, ulkomailla asuminen opettanut uusia taitoja	työ, opiskelu ja harrastukset: räätälöity työnkuva, oikea johtamis- ja organisointitapa työssä, työajan rajaaminen, työtoverit tukena, työssä selviytyminen lisännyt hallinnan tunnetta, työstä mielekkyyttä elämään, koulutus ja työkokemus apuna asioiden suhteuttamisessa, työ tukenut kuntoutumista, työstä hakenut arvostusta itselleen, harrastukset tuoneet mielekkyyttä elämään, opettaneet kykyä prosessoida omaa elämäänsä, tehneet siitä ymmärrettävämpää ja hallittavampaa
avun hakeminen ongelmiin: lääkkeet, muu terapia, keskustelu	avun tarpeen tunnistaminen ja avun hakeminen: sopivat lääkkeet, oikeanlainen terapia, vähentäneet oireita ja luoneet uskoa selviytymiseen, depressiohoitajan kanssa keskustelu luonut

	mielekkyyttä ja merkitystä menneille vaikeille asioille, sairauden oireiden lievittyminen antanut voimia selvitellä ongelmia käytännössä, paniikkihäiriökurssi, lukeminen asioista, psykoedukaatio auttaneet, päässyt elämään uudelleen käsiksi, auttanut näkemään menneisyyden rikkautena, pääomana tulevaisuudessa
arvot: yhteisten arvojen jakaminen, selvät pelisäännöt perheessä, lapsuudenusko perusluottamuksen ja mielekkyyden tuojana, voinut elää arvojensa mukaan	arvot: kriisit muuttaneet arvoja kestävämmiksi, usko Jumalaan apuna, koti ja arkirutiinit turvana ja raameina, perusluottamus elämään, usko Jumalaan, arvot pitää elämää pystyssä, kasassa

5.2.4. Coping-ryhmäläisten ja masentuneiden esittämiä toimenpide-ehdotuksia elämänhallinnan parantamiseksi

Haastattelujen perusteella voitiin löytää vastaajilta monia hyviä toimenpide-ehdotuksia, joiden pohjalta läheiset ja eri alojen ammattilaiset voivat luoda jo olemassa olevilla resursseilla tai entisten resurssien käyttöä uudistamalla toimivampia keinoja arjessa selviytymisen parantamiseksi ja masennusta ennaltaehkäisevästi. Ehdotuksia on syntynyt sekä jo hyviksi koettujen elämistä helpottaneiden kokemusten pohjalta että sellaisten ongelmien nimeämisellä, joihin vastaajat olisivat toivoneet apua, mutta eivät sitä saaneet. Vastauksissa on yhdistetty copingia ja elämänhallinnan tunnetta kuvaavat asiat elämänhallinnaksi. Ehdotuksia on syntynyt sekä masentuneiden että coping-ryhmään kuuluvilta. Toimintatavat ovat hyvin tilannesidonnaisia ja yksilökohtaisia, joten niiden siirtäminen muualle vaatii aina tapauskohtaista soveltamista, mutta jäsennystä voitaisiin käyttää esimerkiksi keskustelun runkona kliinisessä työssä. Toimenpide-ehdotukset käsitellään erikseen koskien lapsuutta ja aikuisuutta. Taulukossa 28 on kooste niistä ehdotuksista, joita haastateltavat esittivät elämänhallinnan parantamiseksi lapsuudessa.

Taulukko 28. Toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin vastaajien mielestä mahdollisesti parantaa elämänhallintaa lapsuudessa

Oma perhe: stabiilit, turvalliset kotiolot, sanallista kasvatusta, henkistä tukemista, koulunkäyntiin ja harrastuksiin kannustamista, itsetunnon ja optimismin vahvistamista, käytännön taitojen opettamista, taloudellista tukea opiskeluun ja ohjaamista työnhakuun, henkisten ja hengellisten arvojen opettamista ja käytännössä toteuttamista, perinteiden vaalimista, mallina yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen -virikkeellinen asuinympäristö, vanhempien päihdeongelmaan ja väkivaltaan puuttuminen varhain lasten vuoksi, leimautumisen välttämistä, positiivinen, lasta tukeva toimintatapa, ruumiilliseen ja henkiseen pahoinpitelyyn puuttuminen varhain perheissä, perheen ja lasten tukemista raskaiden elämäntapahtumien (ero, kuolema, sairaus) aikana ja jälkeen, eron jälkeinen lasten ja etävanhemman tapaamisten helpottaminen, isien panoksen vahvistaminen kasvatustyössä ja sitouttaminen perhe-elämään, -riittävän vakaa toimeentulo, selkeät rajat, sanallisen ja tunneilmaisun vapaus kotona ja lähipiirissä, myös kielteisten tunteiden ilmaiseminen oltava sallittua, terveen itsetunnon kasvun tukeminen, riittävä vanhemmuus, lapsen roolin säilyttämisen mahdollisuus, vaikeiden elämäntilanteiden ja –tapahtumien läpikäyminen lapsen kanssa, eron tai kuoleman jälkeen mahdollisuus yhteydenpitoon etävanhemman tai kuolleen vanhemman suvun kanssa, ainakin yksi aikuinen lapsen turvana, isovanhemmat tarvittaessa varalla, yhteisiä kokoontumisia ja juhlia, iloa ja seuraa lemmikkieläimistä
Isovanhemmat: mahdollisuuksien mukaan kasvatuksen tueksi, hoitoavuksi, henkiseksi tueksi, käden taitoja opettamaan, perinteitä, kulttuuria, suvun traditioita, uskonnollista kasvatusta välittämään, luontoon tutustuttamaan, lasten itsenäisyyttä tukemaan, sukuun tutustuttamaan, tarjoamaan kokoontumispaikan

lasten perheille ja suvulle, mahdollisesti kesämökin käyttöön, esikuvaksi ja malliksi lastenlapsille vanhempien lisäksi, erilaisia vaihtoehtoja tarjoamaan, vanhempien kasvatuksen puutteita paikkaamaan, mallina parisuhteesta, suvaitsevaisuudesta, huostaanottotilanteissa yhteyden säilyttäminen isovanhempiin ja sukuun -ei isovanhempia huoltajiksi pääsääntöisesti, lisätukea heille ainakin, riittävä itsenäisyys kullekin sukupolvelle, apua tarvittaessa, toista kunnioittaen ja rajoista sopien, kuoleman käsittely, vanhuuden ymmärtäminen, sairauksista keskustelu ikätasoisesti isovanhempien kautta, ristiriitojen käsittely, lastenlasten oikeus isovanhempiinsa vanhemmista riippumatta, isovanhempien huomioimista lapsiin vaikuttavina perheen jäseninä hyvässä ja pahassa
Sisarukset: kasvattajina, turvana, malleina, esikuvina ja oppina toisilleen, tasapuolisuutta ja yhteyden kokemusta kasvatukseen, pienemmistä huolehtiminen opiksi, vaatteiden, tavaroiden ja välineiden kierrätys säästönä, hyvien sisarussuhteiden luomista yhteisten kokemusten ja myönteisten muistojen tarjoamisella, ei aikuisen vastuita huoleksi lapsille
Sukulaiset: luonnollisena sosiaalisena verkostona, käytännön apuna työpaikan, asumisen järjestelyihin, lomailuseurana, -paikkana, apuna askareissa, kannustajina ja tukijoina henkisesti, yhteenkuuluvuuden tunteen lisääjinä, surujen jakajina, oman kulttuurin ja uskonnon ylläpitäjinä, juhlien ja merkkipäivien järjestäjinä, esimerkkinä erilaisuudesta, sukuyhteyksien säilyttäminen eron ja kuoleman jälkeen lapsen hyödyksi, kasvatusavun ja -tuen saamiseksi
Kaverit: ikätasoisina esikuvina, seurana ja ystävinä, leikkien, kilpailujen ja juhlien mahdollistajina, itsetunnon kohottajina, yhteenkuuluvuuden tunteen lisääjinä, koulunkäyntiin kannustajina, kasvukumppaneina, puuttuvien sisarusten korvaajina, uusiin asioihin tutustuttajina, harrastuskaverina, suhteiden säilyttämisellä merkitystä aikuisikään asti, riittävä määrä kavereita -ei muuttoja eikä koulun vaihtoja herkästi kouluaikana, ystävyyssuhteiden säilyttämisen tukemista mahdollistamalla yhteydenpito muuton jälkeen
Koulu ja harrastukset: lasten yhteistoiminnan edistäminen, niiden lasten koulunkäynnin tukeminen, joilla vanhemmat eivät kykene kannustamaan, vanhempien tuki tärkeää myös, koulukyyditysten järjestämistä tasapuolisesti opiskelun mahdollistamiseksi, koulumenestys, hyvät harrastukset ja erityislahjakkuudet itsetuntoa tukemaan, tutustuminen uusiin, mukaviin ihmisiin yhdessä tekemällä, huumorintaju ja erityislahjakkuudet avuksi
Suotuisat olosuhteet*:* fyysisesti ja henkisesti virikkeellinen kasvuympäristö, suvaitsevaisuus erilaisuutta kohtaan, riittävän vakaa toimeentulo, perhe, suku ja läheisverkosto apuna ja tukena, terveen itsetunnon kasvun tukeminen, riittävä vanhemmuus, lapsen roolin säilyttämisen mahdollisuus, eron tai kuoleman jälkeen mahdollisuus yhteydenpitoon etävanhemman tai kuolleen vanhemman suvun kanssa
Henkilökohtaiset ominaisuudet ja taidot: kyky tunneilmaisuun, luottamus, vuorovaikutustaidot, omien rajojen määrittely ja niistä kiinni pitäminen, kyettävä pitää puoliaan, ei saa olla liian kiltti eikä arka, vältettävä hyväksikäytetyksi tulemista, opittava käsittelemään asioita objektiivisesti, omalla järjellä, pysyä annetuissa rajoissa, noudattaa sääntöjä, eristäytyä pahasta, osata oppia toisten virheistä, suvaitsevaisuus hyödyksi, toisten auttaminen auttaa itseäkin
Hoito/apu: mahdollisuus saada tukea ja apua ongelmiin omalta perheeltä ja tarpeen mukaan ammattilaisilta, alkoholi ei ratkaisu ongelmiin
Arvot: arvostuksen ja hyväksynnän ansaitseminen lapsena muulla kuin työllä ja suorittamisella, perusluottamus ja usko elämään auttaa

Masentuneilla oli tuoreessa muistissa masennuksen synty ja siihen vaikuttaneet tekijät. Perheeltä odotettiin paljon tukea ja apua käytännön tilanteissa, vaikka omaa sairautta olikin välillä vaikea hyväksyä. Omista vanhemmista koettiin olevan vielä aikuisenakin paljon hyötyä ja apua etenkin lasten hoidossa. Sisarusten ja suvun kesken voitiin muistella menneitä ja sanoittaa elämänhistorioita uudelleen. Työ nähtiin yhtenä kuntoutusmahdollisuutena sairaudesta, mikäli se osataan mitoittaa oikein. Ystäviä ja työtovereita ei pitäisi unohtaa sairauden kohdatessa, heistä voi olla korvaamatonta apua toipumisessa, samoin harrastuksista. Puhuminen vaikeistakin asioita nähtiin ratkaisevana ominaisuutena tilanteiden selvittelyssä. Tärkeänä pidettiin avun hakemista sairauden varhaisessa vaiheessa. Omista ja perheen yhteisistä arvoista kiinni pitäminen ja niiden kirkastaminen tuntuivat helpottavan selviytymistä ja päätöksentekoa vaikeissa tilanteissa. Talouden turvaaminen sairaanakin koettiin hyvin tärkeänä sekä oman itsen että koko perheen toimintamahdollisuuksien kannalta. Taulukko 29 kuvaa vastaajien toimenpide-ehdotuksia elämänhallinnan parantamiseksi aikuisena.

Taulukko 29. Toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin vastaajien mielestä mahdollisesti parantaa elämänhallintaa aikuisuudessa

Oma perhe: parisuhteen muodostaminen vasta kun oikeasti valmis siihen, puolisolta saatu arvostus tukena, puoliso tukena lasten kasvatuksessa, henkisenä voimavarana, selviytymiskeinojen tuottajana, yhteisyyden kokemuksia, itsevarmuutta tuovana, parisuhteen aktiivista hoitoa, yhteistä aikaa ja lepoaikaa, tukea perheenjäsenten tai läheisten sairauksien ja kuoleman yhteydessä perheelle, isien roolin vahvistamista perheissä, työnjako tasa-arvoisemmaksi perheissä, työn ja perheen yhteensovittamisen helpottamista esim. työaikajärjestelyin, oppia ja tukea kasvatuksessa eri ikäkausina vanhemmille ammattilaisilta, lapset ilona, tukena ja kannustajana, mielekkyyden ja tarkoituksen tuojina elämässä, hyvä asuinpaikka voimavarana, roolijako selväksi kotona, turvallinen arki, uskallus rajata lasten toimia -ongelmakohtiin puuttumista riittävän ajoissa, ongelmien tiedostamista ja avointa keskustelua, kodinhoitoapua ja tukea uupuneille perheille, sairaiden lasten vanhemmille, lapsensa menettäneiden tukemista, synnytyksen jälkeisen masennuksen hyvä hoitoa, lapsen terveen kasvun tukemista vanhemman sairastaessa, vanhempien pitkien riitaisuuksien, läheisväkivallan ja päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon saattamista mahdollisimman varhain, pariterapiaa ajoissa parisuhdekriisiin, vastuunkantaminen ratkaisuista lasten vuoksi -perheenjäsenet mukaan masentuneen hoitoon, sairastumattomien ohjausta oman elämän säilyttämiseksi ja omaishoitajien tukemiseksi niin etteivät itse sairastuisi, sosiaalisen elämän ylläpitämiseksi, masentuneen itsetunnon tukemista, vaativan persoonallisuuspiirteen käsittelyä uupumisen ja masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi, terveen puolison jaksamisen tukemista perheen elättäjänä, lapsen terveen kasvun tukemista vanhemman sairastaessa -kaukana olevien perheenjäsenten yhteydenpidon mahdollistaminen, perhe perinteiden ja arvojen ylläpitäjänä tärkeä, tukea psyykkisesti sairaiden, rikoksiin syyllistyneiden ja päihdeongelmaisten lasten vanhemmille, jokaiselle perustoimeentulo jostakin rahoituslähteestä turvattava, lemmikkieläin yksinäisyyden lievittäjäksi perheeseen, sisällön löytäminen elämään varsinkin lasten muuttaessa kotoa, eristäytymisen välttäminen muista ihmisistä ja ystävistä, puoliso tukena isovanhemmuudessa lastenlasten kanssa -erotilanteiden taitavaa selvittelyä, omaisuuden oikeudenmukainen jako erossa, eron jälkeisten menetysten minimointia, etävanhemman mahdollisuuksista huolehtimista eron jälkeen, lapsien tapaamisoikeuksien valvomista eron jälkeen, tukea yksinhuoltajien jaksamiseen
Isovanhemmat/omat vanhemmat/appivanhemmat**:** arvotuksen lisäämistä kasvatuskumppaneina, oman roolin tärkeyden tiedostamista suhteessa jälkipolviin, yhteyksien säilyttämistä erilaiset sähköiset yhteydenpitokeinot käyttöön, isovanhemmat kokoontumisten mahdollistajina lapsille, lastenlapsille, suvulle ja lasten lapsuuden tuttaville ja ystäville, tilapäismajoitusta lapsille perheineen tarvittaessa, käytännön apua lapsille, hoitoapua lastenlapsille, taloudellista tukea lasten perheille

-mielihyvää vastavuoroisesta auttamisesta isovanhempien ja lastenlapsien välillä, isovanhempien tietoisuuden lisäämistä omasta tehtävästään lapsia ja lapsenlapsia kohtaan, omiin elämäntapoihin huomion kiinnittämistä esimerkkinä lapsille, sopivan tasapainon löytämistä vuorovaikutuksessa molempiin suuntiin, sopivan välimatkan säilyttämistä isovanhempiin, suhteiden säilyttäminen aikuisten lasten ja heidän vanhempiensa kanssa toimivina ja luottamuksellisina, mahdollisuus kokea läheisyyttä ja käsitellä menneitä aikuisena omien vanhempien kanssa, negatiivisten kokemusten anteeksianto, suhteiden ylläpito vanhempien erosta huolimatta aikuisiin lapsiin, ristiriitojen ratkaisemista suhteiden säilyttämiseksi toimivina, isovanhempien omien ongelmien hoito aikuisten lasten ja lastenlasten vuoksi myös, päihteiden haitallisen käytön välttäminen, riitojen ehkäisy ja selvittely, isovanhemmat tietojen välittäjinä suhteessa sukuun ja menneisyyteen, appivanhemmat apuna, kannustajina, omien vanhempien korvikkeina, jos heitä ei enää ole
Sisarukset: avuksi aikuisina henkisesti ja käytännössä perheen arjessa, apuna muutoissa, remonteissa, rakentamisessa, lastenhoidossa, yöpymispaikkana, kierrätyksen mahdollistajina, mahdollisuus yhteisten muistojen ja kokemusten jakamiseen, vaikeiden asioiden läpikäymiseen, tietojen välittämiseen suvusta, yhdessä tekeminen mahdollista aikuisena, rehellisyys asioiden käsittelyssä, tasapuolinen kohtelu, yhteishenkeä ja perheyhteyttä kiinteyttäviä toimintoja yhdessä vielä aikuisenakin, perintö- ym. riitojen välttäminen ennakoimalla
Suku: suvun hyödyntämistä aikuisten luonnollisena ja pysyvänä verkostona, henkisenä ja käytännön tukena, serkusten ja pikkuserkusten hyödyntämistä luonnollisina lasten verkostoina, yhteyden säilyttämistä sairauksista huolimatta -sähköiset yhteydenpitokeinot käyttöön, jos ei mahdollisuus tavata, ristiriitojen maltillista käsittelyä, mahdollisuus yhteisten surujen jakamiseen, erilaisuuden siedon opetteluun
Ystävät: lapsuuden ystävyyssuhteiden säilyttämistä aikuiseksi asti, ystävät kuuntelijoina, kannustajina, rohkaisijoina, ymmärtäjinä, neuvonantajina, kohtalotovereina, vertaistukena, harrastuskavereina, oman identiteetin tukijana ja kehittäjänä perheen ulkopuolelta, itsetunnon kohottajina, lasten hoidossa tukijoina, parisuhdeongelmien käsittelijöinä, samanlaisten arvojen jakajina, turvana, oppina, mallina, virikkeenä, palautteen antajana, lomanvietto- ja matkakaverina -hyvät työtoverit ja työyhteisö kasvun tukena, ystävien säilyttäminen sairaudesta huolimatta, apuna sairastuessa, uusiin, samaa kokeneisiin ihmisiin tutustumismahdollisuuksia sairastuneille, ristiriitojen selvittäminen ajoissa suhteiden säilyttämiseksi, vastavuoroista auttamista ja kuuntelemista
Harrastukset: harrastuksista kiinni pitäminen myös sairaana, harrastuksista sisältöä elämään, uusia ihmissuhteita, kunnon ylläpitäjänä, mielekkyyttä, sisältöä elämään, korvaavat puuttuvaa perhettä ja sukua, itsetunnon vahvistajana, samanhenkisiä ihmisiä mukana, myönteistä palautetta, lemmikkien hyödyntäminen kaverina ja lohduttajana
Työ ja koulutus: koulunkäynti tärkeää ammatin saavuttamisessa, työssä selviytyminen ja työpaikan säilyttäminen tärkeitä, irtisanomisen tapaan ja jatkoprosessointiin huomiota, jälkihoitoa, viestiä välittämisestä vaikka työ ei jatku, työkyvyn säilyminen, mahdollisuus päteä ja käyttää kykyjään toisten hyväksi, työn taitava johtaminen ja organisointi tärkeää, vastuusuhteet selviksi, liiallisen työnteon välttäminen, työn mitoitus kykyjen mukaan, auttamistyön tekemiseen tukea -mielekäs, räätälöity työnkuva, hyvä työilmapiiri, mahdollisuus vaikuttaa työhönsä, työ tukemaan itsetuntoa, palaute työstä, saa päteä työssä, työajan rajaaminen, työtehtävien ja haasteiden sopivaa rajausta, riittävät resurssit työssä, sopiva palkka, etenemismahdollisuudet uralla, selkeät ja realistiset tavoitteet, suunnitelmallisuus, tavoitteet, työn ja perheen yhteensovittamisen helpottamista esim. työaikajärjestelyin, työnohjausta riskiammateissa tai riskiyksilöillä, työtoverin kuoleman käsittelyä työyhteisössä, työpaikan kriisien asianmukainen käsittely -työn jakamista tasapuolisesti kaikille, työmahdollisuuksien turvaaminen muuttuvissa olosuhteissa, yrittäjyyden riskien rajaaminen, ulkomailla työskentely kokemusten avartajana ja oppina, matkatyötä vain

sitä haluaville, samoin esimiestehtäviä, työ arvoihin sopivaa, opintososiaalisia etuja myös hitaasti opinnoissa eteneville kuntoutujille
Talous: taloudellisen tuen varmistaminen myös sairaana ja työttömänä, velkajärjestelyt ajoissa, velkasaneeraus velkakierteessä oleville
Henkilökohtaiset ominaisuudet: erilaisuuden hyväksyminen, kohtuullisuus työssä ja vapaa-aikana, periksiantamattomuus, yritteliäisyys, sitkeys, toisista välittäminen hyväksi, kyky antaa anteeksi, joustavuus ja muutoksentekokyky, sopimuksista kiinni pitäminen, epäsuotuisten tilanteiden välttäminen, niistä poistuminen, hyvä itsetuntemus, empaattisuus, usko omiin kykyihin, suunnitelmallisuus, usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin, kyky rentoutua ja pitää huolta itsestään, levätä, turhan murehtimisen lopettaminen, etsiä vastapainoa rasittaville asioille, sopeutuminen erilaisiin olosuhteisiin, sopivat tavoitteet, ei kilpailua muiden kanssa -kyky ja uskallus puhua ongelmista ja asioista, yrittää ylläpitää suhteita yllä kodin ulkopuolelle, luottaa ihmisiin, kyky pitää puoliaan, rajata ja kieltäytyä tarvittaessa liiasta tekemisestä, irti liiasta vaativuudesta itseään ja muista kohtaan, olemaan jämäkämpi, pääseminen eroon liiasta kiltteydestä ja alamittaisuudesta, olemaan murehtimatta asioista, joihin ei voi vaikuttaa, toivon säilyttäminen, usko tulevaisuuteen, riittävän hyvä itsetunto, tasainen mieliala, positiivinen ajattelu, ei liian suuria tavoitteita, uskallus elää omanlaista elämää
Sairauden hoito**:** myöntää avun tarve, hyväksyä jaksamattomuus ja sairaus, niiden aiheuttamat rajoitteet, hakea apua siihen, häpeästä eroon pääsy, stressitekijöihin vaikuttaminen mikäli mahdollista, riittävä tieto sairauksista, ratkaisukeinoista ja palveluista, vertaistuesta, apua ollut keskustelusta, psykoterapiasta ja lääkkeistä, sairauslomasta, terveys voimavarana, avun hakeminen ajoissa, potilaan kuuntelu tärkeää, paljon päätöksiin vaikuttavaa tietoa
Arvot: pelisääntöjen, kuten ajankäytön suunnittelu yhteisesti perheessä, arvojen punnitseminen puolisoa valitessa ja aina tilanteen vaatiessa, joskus vaatii kompromisseja, arvojen mukainen työ ja vapaa-aika tärkeää, lapsuudenusko turvana elämässä -yhtenäiset arvot (koti, arkirutiinit, Jumala) perheessä helpottavat lasten kasvatusta ja päätösten tekoa, kriisit vahvistamassa arvoja, joskus myös koettelevat niitä (sairaudet) -rasismin ja turhien ennakkoluulojen välttäminen, ihmisen aliarvoinnin välttäminen, byrokratian karsiminen, kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, työ arvojen mukaista, autonomian tunteen säilyttäminen ihmisillä, usko auktoriteetteihin mahdolliseksi, perusluottamus toiseen ihmiseen tarpeen

5.2.5. Tilanne vuoden kuluttua masentuneilla

Puhelinhaastatteluissa vuoden kuluttua masentuneet pohtivat, mikä oli auttanut jaksamaan ja mistä oli ollut apua masennuksen hoidossa. Suurin osa masentuneista oli selviytynyt sairaudestaan jo toimintakykyiseksi, osa jäi kroonistuneena viettämään eläkepäiviään. Osa puolisoista oli kokenut uupumista ja parisuhteen kärsimistä masennuksen vuoksi. Taulukossa 30 on luetteloituna vastaajien mielipiteitä siitä, mikä oli auttanut ja mikä auttanut selviytymistä perheen ja läheisverkoston osalta.

Taulukko 30. Masennuksesta toipumista ja sitä haitanneita tekijöitä vuoden kuluttua masentuneiden ilmaisemana.

Masennuksesta toipumista auttaneita asioita	Masennuksesta toipumista haitanneita seikkoja
Omat vanhemmat**:** asioiden selvittäminen vaikean vanhemman kanssa ennen kuolemaa helpottanut surutyötä, vanhempien kuolema helpotus, mutta työllistää paljon, kohtuus läheisiä huoltaessa	

Oma perhe: perheen tuki ja kannustus olleet toipumisessa korvaamattomia, masennus yhdistänyt ja vahvistanut perhettä, voi jälleen tehdä asioista yhdessä, masentuneena ei ollut mahdollista, puoliso mukana ja kannustajana avun hakemisessa, -uudet parisuhteet voimavarana, uskaltautunut yrittämään uudelleen, eron jälkeen suhteet normalisoituvat yleensä ennen pitkää ja lasten tapaamismahdollisuudet paranevat, viha leppyy, -uusperheissä tasapuolinen kohtelu lapsien kesken, selkeä työnjako etävanhemman ja uuden puolison välille -väkivallan kierteessä eläville perheille apua lasten ja lastenlasten vuoksi -lasten kasvaminen lisää voimavaroja luonnostaan, huoltajuusriidat vähenevät	Oma perhe: masennus tarttunut puolisoon, vaikeuttanut parisuhdetta kun kumpikaan ei oikein jaksa, parisuhdeongelmat jäävät selvittämättä, riidat puolison kanssa jatkuvat, ero ainut ratkaisumalli eikä sekään hyvä, miesten vaikea käsitellä sanallisesti asioita, mies ei lähde hoitoon -avuton olo aikuisten lasten epäonnistumisia seuratessa, oman lapsen sairaus, kuolema, rikollisuus
Ystävät, sosiaalinen verkosto: pystynyt tulemaan takaisin ihmisten ilmoille, onnistuminen kannustanut jatkamaan, kiinnittää huomiota sosiaalisiin suhteisiin tukikeinoina, puoliso mukana ja kannustajana avun hakemisessa, hyvin kohdeltu	Ystävät, sosiaalinen verkosto: koira ainut ystävä
Harrastukset: uudet stressinpurkukeinot, kuten lemmikkieläin, liikunta, lastenlapset, matkat, ystävät, käden taidot, tietokonepelit, asioista puhuminen -fyysisestä kunnosta huolehtiminen lisääntynyt kun mieliala kohentunut	
Masennuksen ja fyysisten sairauksien hoito: terapiaan hakeutumisen aika olisi sitten kun pahin masennus ohi, voisi käsitellä taustoja sairastumiselle ja miten välttää niitä jatkossa, vertaistukea kaipailee, jopa itse tueksi muille samassa tilanteessa oleville, hoitotakuu depressiohoitajalle turvana, osaa tunnistaa sairauden ennakkomerkit ja toimia sen mukaisesti, ei suostu enää jäämään ilman apua, puoliso mukana ja kannustajana avun hakemisessa, hyvin kohdeltu, hormonit avuksi vaihdevuosiajan mielen vaihteluihin, eläkepapereiden saanti edellyttänyt asioiden perusteellista läpikäyntiä, ollut hyödyksi mielelle	Masennuksen ja fyysisten sairauksien hoito:liiallinen elämänhallinnan tunne este avun hakemiselle, onko liian itseriittoinen? elämänhallinta ollut vaikeaa kun ei ole voinut vaikuttaa itse niihin tapahtumiin, joita tullut vastaan, ollut pakko tyytyä ja hyväksyä vain ne(sairaudet, kuolema), vaikeat fyysiset sairaudet eivät tule kunnolla ymmärretyiksi, mitä kaikkea vaatii, kaikkien pitäisi parantua helposti, hoitavat ihmiset ahdistuvat kun joku ei toivu tai hoito ei tehoa, ei potilaan vika, lapsuuden hylkäämiskokemusten seurauksena omanarvontunto heikko, vaatii paljon vahvistamista ennen kuin korjaantuu aikuisena
Talous: taloustilanne helpottunut kun päässyt takaisin töihin, tulot suuremmat, eläkepäätös takaa vakaan toimeentulon	Talous: epävarma toimeentulo kun ei vakituista työtä
Työ ja koulutus*:* vaikeista elämänkokemuksista oppia työhön, päässyt takaisin töihin, työtehtävien rajaaminen helpottanut jaksamista, työstä ja työkavereista tukea kun puhunut asioistaan, toisaalta työkavereiden sairaudet ja kuolemat koskettavia, työnantaja oppinut käsittelemään masentuneen työhönpaluuasioita ja tukemaan siinä onnistuneesti, hyötyä vastaisuudessakin, työn oltava hallittavissa, uudelleenkoulutus aikuisena virkistävää ja voimaannuttavaa	

Arvot, asenteet: vaikeudet elämässä käyteaineina, oppinut olemaan pieneenkin tyytyväinen, toipumisen myötä omanarvontunto noussut, vahvistunut ihmisenä, suruihin ei saa jäädä rypemään, masennus osa kasvuprosessia, oppii olemaan stressaantumatta asioista, joille ei voi mitään, ikä helpottaa asioihin suhtautumista, ei enää hötkyilyä, ei niin toisista riippuvainen enää, omat rajat löytyneet	

5.3. Stressaavat elämäntapahtumat, elämänhallinta ja masennus

5.3.1. Tutkimusasetelma

Tässä osiossa etsittiin tutkittavilta stressaavien elämäntapahtumien, elämänhallinnan ja masennuksen välisiä yhteyksiä. Tietoja kerättiin väestöotoksesta muodostetuilta stressiryhmäläisiltä, joilla oli BSCI- alkukartoituslomakkeen perusteella eniten stressipisteitä ja kokemuksia stressaavista elämäntapahtumista ja vähäiset coping-keinot ja masentuneilta, jotka oli tavoitettu depressiohoitajan vastaanotoilta terveyskeskuksista. Oletuksena oli että stressiryhmäläisten joukosta löytyisi yksilöitä, jotka saattaisivat masentua seurannan aikana, jos se on riittävän pitkä. Ensimmäinen tarkistus asian suhteen tehtiin vuoden kohdalla, mutta koska eroja ei silloin vielä ollut syntynyt, jatkettiin stressiryhmän seurantaa viisi vuotta. Silloin tarkasteltiin, olivatko alussa todetut stressaavat elämäntapahtumat ja olosuhteet jatkuneet seuranta-aikana, oliko kehityskulku johtanut masennukseen ja millaisia ratkaisukeinoja osallistujat olivat kyenneet löytämään ongelmiinsa vuosien kuluessa. Tutkittavat toimivat siten omina verrokkeinaan seuranta-aikana. Mitään interventiota suunnitellusti heihin ei kohdistettu. Tarkempi kuvaus tutkimuksen kulusta on esitetty luvussa 4.

Sukupuu- ja elämänkulkuhaastatteluista etsittiin molemmilta ryhmiltä sekä positiivisia, tukea antaneita coping-elementtejä että kuormitusta lisänneitä stressitekijöitä lapsuudessa ja aikuisiällä. Haastattelujen jäsennys oli osin etukäteen suunniteltu, osin kunkin elämäntarinan mukaan etenevä ja teemat muodostettiin vastauksia yhdistelemällä. Näin saatiin käsitystä, mitkä keinot voisivat olla tukemassa ja auttamassa vaikeista elämäntilanteista selviytymistä ja mitkä tekijät saattavat johtaa pidempiaikaiseen stressiin ja mahdollisesti lopulta masentumiseen.

Ensimmäisen seurantavuoden aikana masentuneet saivat pääasiassa terveyskeskuksessa tapahtuvaa avohoitoa sekä lääkärin että depressiohoitajan toimesta. Tuloksissa nähtiin kuinka hoito oli alkanut vaikuttaa, ketkä olivat toipuneet ja mitä siitä seurasi elämänhallinnan kannalta. Saatiin myöskin käsitystä tekijöistä, jotka vaikuttivat siihen etteivät kaikki olleet toipuneet odotetusti. Kyselylomaketulokset raportoitiin erikseen kummastakin ryhmästä alussa ja vuoden seurannan jälkeen. Koska kyselylomakevastausten perusteella ryhmät muistuttivat lähtötilanteessa niin paljon toisiaan, yhdistettiin laadullisen aineiston käsittelyssä ryhmät keskenään. Myös varsinaisten tutkittavien ryhmien ulkopuolelle jääneiden (=muut) tiedot taulukoitiin mukaan tähän osioon. Masennusta edeltäneet välittömät elämäntapahtumat koottiin yhteen erilliseksi taulukoksi 41. seuraavaan lukuun, koska niihin liittyi monen kohdalla työasiat. Työtä ja aikuiskoulutusta koskevat tulokset siirrettiin myös käsiteltäväksi kokonaisuudessaan lukuun 5.4. asian laajuuden vuoksi.

5.3.2. Miten stressiryhmä erosi seurannan aikana suhteessa muihin?

Kaikkien ryhmien tiedot kuvattiin kyselylomakevastausten osalta alussa ja vuoden kuluttua. Yllättävää oli että stressiryhmän lomakevastaukset alussa eivät eronneet masentuneista tilastollisesti lainkaan. He eivät olleet kokeneet itseään kuitenkaan masentuneiksi, vaan enemmänkin stressaantuneiksi erilaisista kuormittavista tekijöistä joko jo lapsuudesta lähtien tai aikuisiän elämäntilanteista johtuen. Tämä herätti kiinnostuksen seurata tätä ryhmää kuinka heidän kävisi ajan myötä suhteessa masentuneisiin ja masentuisivatko he vain korjaantuisiko tilanne kun elämää kuormittavat tekijät poistuisivat kenties. Masentuneiden puolisot sijoittuivat masentuneiden ja stressiryhmän ja coping-ryhmän väliin lomakepisteissä muistuttaen enemmän coping-ryhmää, paitsi BSCI:ssä. Stressi- ja coping-ryhmät edustivat väestöotoksen ääripäitä BSCI-pisteissä. Alkoholin käytön osalta ryhmät eivät eronneet toisistaan. Koko aineistoa kuvaavat tulokset ryhmittäin on koottu taulukkoon 31.

Taulukko 31. Koko aineistoa kuvaavat lomakekyselyjen tulokset ryhmiittäin tutkimuksen alussa

Ominaisuus	Masentuneet =ryhmä 1	Stressiryhmä = ryhmä 2	Coping-ryhmä = ryhmä 3	Puolisot = ryhmä 4	Muut = ryhmä 5	Testitulos
Lukumäärä	10	11	10	10	58	
BSCI	-11(-12- -9)	-8(-12- -6)	5(4-6)	-4(-7- +3)	0(-2-+2)	H=53,674, P<0,001* 1 vs 3, 1 vs 5, 2 vs 3, 2 vs 5, 3 vs 4, 3 vs 5
BDI	15,5(12-24)	17,00(10-19,75)	1,5(1-5)	4(2-15)	5(2-7)	H=26,658, P<0,001* 1 vs 3, 1 vs 5, 2 vs 3 ja 2 vs 5 1 ja 2 vs 4
SOC-13	33(31-37)	34(27,25-38,75)	46(44-47)	37(30-43)	45(41-47)	H=29,884 P<0,001* 1 vs 3, 1 vs 5, 2 vs 3, 2 vs 5
Itsetunto	27,5(21-29)	25(18,5-30)	36(33-38)	33,5(25-37)	36(31-38)	H=24,818, P<0,001* 1 vs 3, 1 vs 5, 2 vs 3, 2 vs 5
AUDIT	2(1-8)	4(1-10)	2,5(1-5)	3,4(1-6)	3(1-5)	H=0,370, p=0,985

Analyysimenetelmänä on käytetty Kruskall-Wallisin yksisuuntaista varianssianalyysiä on Ranks, merkitsevät erot analysoitu parivertailuna vielä Dunnin menetelmällä johtuen ryhmien kokoeroista. Merkitseväksi* merkitty ero, jos p on alle 0,05. Tuloksista ilmoitettu mediaanit, koska pisteet eivät ole normaalisti jakautuneet, suluissa vaihteluväli 25-75 %. DF=4. Testituloksissa on ilmoitettu ryhmien numerot, joiden välillä tilastollinen ero on todettu.

BSCI erotteli hyvin pärjäävät stressiryhmäläisistä ja masentuneista. Stressiryhmällä mikään ei muuttunut tilastollisesti 0 ja 1 vuoden välillä, ei myöskään coping-ryhmällä. Masentuneilla stressi väheni ja coping-taidot paranivat, joka näkyi BSCI:n kokonaispisteissä tilastollisena muutoksena. SOC ei sen sijaan muuttunut. BDI-pisteet laskivat vaikka osa jäi masentuneiksi edelleen (pisteet keskimäärin normaalit) ja itsetunto vahvistui. Puolisoilla SOC:n koheneminen tuli tilastollisesti merkitseväksi 0-1 vuoden välillä (p=0,037), mutta BSCI ei muuttunut. Elämänhallinnan haasteet BSCI:ssä, elämänhallinnan tunteen ja itsetunnon heikkous näkyivät samansuuntaisina niin stressiryhmäläisillä kuin masentuneilla. Koko aineiston kyselylomaketulosten vertailutulokset 0 ja 1 vuoden kohdalla on esitetty taulukossa 32.

Taulukko 32. Koko aineiston kyselylomaketulosten vertailu ryhmittäin tutkimuksen alussa ja 1 v kohdalla

Ominaisuus	Masentuneet= ryhmä 1			Stressiryhmä= ryhmä 2		
	0 vuosi	1 vuosi	testitulos	0 vuosi	1 vuosi	testitulos
BSCI	-11(-12- -9)	-4,5 (-10 – 0)	p=0,010*	-8(-6- -12)	-9(-11- -4,5)	0=0,383
BDI	15,5(12-24)	8(2-13)	p=0,027*	17,00(10-19,75)	14(7-19)	p=0,846
SOC-13	33(31-37)	39,5(29-47)	p=0,164	34(27,25-38,75)	38(23,25-43,5)	p=0,742
Itsetunto	27,5(21-29)	31,5(29-34)	p=0,008*	25(18,5-30)	26(22,25-31,75)	p=0,375
AUDIT	2(1-8)	1,5(1-9)	P=1,000	4(1-10)	6(1-9,5)	p=0,461
Ominaisuus	Coping-ryhmä= ryhmä 3			Puolisot = ryhmä 4		
	0 vuosi	1 vuosi	testitulos	0 vuosi	1 vuosi	testitulos
BSCI	5(4-6)	5,5(4-7)	p=0,938	-4(-7- +3)	1(-8-+4)	p=0,557
BDI	1,5(1-5)	2,5(1-6)	p=0,813	4(2-15)	3(2-11)	p=0,578
SOC-13	46(44-47)	47,5(47-49)	p=0,098	37(30-43)	42(40-48)	p=0,037 *
Itsetunto	36(33-38)	37(33-40)	p=0,844	33,5(25-37)	32(25-35)	p=0,625
AUDIT	2,5(1-5)	2(1-4)	p=0,750	3,5(1-6)	3,5(1-6)	p=1,000

Ryhmien sisällä 0 ja 1 vuoden välillä käytetty Wilcoxonin Signed Rank-testiä vertailutestinä. Merkitseväksi* merkitty ero, jos p on alle 0,05. Tuloksista ilmoitettu mediaanit, koska pisteet eivät normaalisti jakautuneet, suluissa pistemäärien vaihteluväli 25-75 %.

Stressiryhmän selviytymistä lomakekyselyillä jatkettiin viiteen vuoteen saakka, koska vuoden kohdalla tilastollisesti merkitseviä muutoksia puoleen eikä toiseen ollut vielä nähtävissä. Stressitekijöitä käsiteltiin mahdollisesti masennukselle altistavina tekijöinä ja coping-keinoja resursseina selviytyä haasteista elämässä. 1 ja 5 vuoden välillä sen sijaan stressipisteiden yhteistuloksessa (Str tot) ja kokonais-BSCIssä (BSCI tot) (taulukko 33) tapahtui stressiryhmäläisillä tilastollisesti merkitsevä muutos parempaan päin. Myöskään coping-keinoissa (Cop tot) ei tilastollista muutosta tapahtunut, vaikka coping-pisteet (Cop tot) nousivat stressiryhmässä 1 ja 5 vuoden välissä lähes samalle tasolle kuin masentuneilla vuodessa (5,64 vs. 6,70) (taulukot 34 ja 38). BDI-pisteet palautuivat stressiryhmällä testin normaalien viitearvojen alueelle 1 ja 5 v välillä. Itsetunto- ja SOC-pisteet kohosivat tilastollisesti merkitsevästi 1 ja 5 vuoden välillä samaan tapaan kuin masentuneilla tapahtui 0 ja 1 v välissä (taulukko 32). Taulukossa 33 on esitetty stressiryhmäläisten lomakekyselyjen tulokset 0,1 ja 5 vuoden kohdalla keskinäisine vertailuineen.

Taulukko 33. Stressiryhmän lomakekyselyjen tulosten vertailu 0,1 ja 5 vuoden kohdalla

	0 v	1 v	5 v	testitulos
BDI(0-63)	17,00(10-19,75)	14,00(0-30)	9,00(0-16)	p=0,033* 1 vs 5 v
Itsetunto(0-40)	25,00(sd 7,797)	26,72(sd 5,217)	28,36(sd 6,021)	p=0,034* 1 vs 5 v
SOC-13(0-52)	33,81(20-47)	33,73(14-48)	39,27(27-48)	p=0,016* 0 vs 5v, 1 vs 5 v
AUDIT(0-40)	6,18(sd 6,416)	7,18(sd 7,613)	6,27(sd 6,310)	p=0,457
BSCI tot(-15-+15)	-8,54(sd 2,945)	-7,72(sd 4,221)	-4,91(sd 4,460)	p=0,006* 0 vs 5 v ja 1 vs 5 v
Cop tot(0-15)	3,63(sd 2,942)	3,63(sd 3,233)	5,64(sd 3,529)	p=0,067
Str tot(0-15)	12,18(sd 1,471)	11,36(sd 1,362)	10,55(sd 2,115)	p=0,044* 1 vs 5 v

Taulukossa on normaalisti jakautuneiden tulosten kohdalla ilmoitettu keskiarvot ja suluissa keskihajonnat (Sd), ei- normaalisti jakautuneiden osalta mediaanit ja lomakepisteiden 25-75 % raja-arvot suluissa. Parivertailuissa käytetty normaalisti jakautuneiden osalta Bonferronin korjattua testiä (konservatiivisempi), ei- normaalisti jakautuneiden osalta Tukeyn testiä. Pienen otoskoon vuoksi perustestinä Friedmannin non-parametrinen toistuvien otosten (aikasarjat 0,1,5 v) ANOVA (One way repeated measures analysis of variance). Merkitseväksi* merkitty ero, jos p on alle 0,05.

KokonaisBSCIpisteet(BSCI tot)= Kokonaiscopingpisteet(Cop tot)- Kokonaisstressipisteet(Str tot),

Lapsuuden ja nuoruusajan negatiiviset kokemukset (StrA), fyysiset oireet (StrC), psyykkiset oireet (StrD) ja tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvät oireet (StrE) näkyivät korkeina pisteinä jokaisella seurantakierroksella 5 vuoden aikana. Viimeaikaisissa stressaavissa elämäntapahtumissa (StrB) pistemäärä pieneni ajan myötä, mutta ei tullut tilastollisesti merkitseväksi. Minkään coping-keinoryhmän (CopF-J) kohdalla muutos ei erikseen ollut tilastollisesti merkitsevä eli mikään ei erottunut selvästi edukseen tässä suhteessa stressiryhmäläisillä (taulukko 34). Taulukossa 34 on esitetty BSCI:n eri osa-alueiden tulokset 0,1, ja 5 vuoden kohdalla.

Taulukko 34. Stressiryhmän BSCI:n eri osa-alueiden vertailu 5- vuotisseurannassa

Alaryhmä	Stressiryhmä 0v	Stressiryhmä 1 v	Stressiryhmä 5 v	testitulos
StrA(0-3)	2,55(1-3)	2,45(2-3)	2,54(2-3)	p=0,717
StrB(0-3)	1,09(sd 1,221)	0,55(sd 0,688)	0,64(sd 0,924)	p=0,182
StrC(0-3)	3,00(3-3)	3,00(3-3)	3,00(2,25-3)	p=0,368
StrD(0-3)	3,00(3-3)	3,00(3-3)	3,00(1-3)	p=0,074
StrE(0-3)	3,00(3-3)	3,00(3-3)	3,00(2-3)	p=0,135
CopF(0-3)	1,00 (0-1)	1,00(0-1)	1,00(0,25-1)	p=0,646

CopG(0-3)	0,00(0-0,75)	0,00(0-0)	1,00(0-2,5)	p=0,044, ei silti tilast. eroa
CopH(0-3)	0,00(0-0,75)	0,00(0-1)	1,00(0-1)	p=0,165
CopI(0-3)	1,00(0-1)	1,00(0-1)	1,00(0,25-2)	p=0,630
CopJ(0-3)	1,36(sd 1,12)	1,09(sd 1,044)	1,82(sd 1,25)	p=0,069

Normaalisti jakautuneiden tulosten kohdalla ilmoitettu keskiarvot ja suluissa keskihajonnat (Sd), ei-normaalisti jakautuneiden osalta pisteiden mediaanit ja 25-75 % raja-arvot suluissa. Parivertailuissa käytetty normaalisti jakautuneiden osalta Bonferronin korjattua testiä (konservatiivisempi), ei- normaalisti jakautuneiden osalta Tukeyn testiä. Pienen otoskoon vuoksi perustestinä Friedmannin non-parametrinen toistuvien otosten (aikasarjat 0,1,5 v) ANOVA (One way repeated measures analysis of variance). Merkitseväksi* merkitty ero, jos p on alle 0,05.

StrA=lapsuutta(<18v) koskevat elämäntapahtumat, StrB=äskettäiset(<1v) koskevat elämäntapahtumat, StrC= fyysiset oireet, StrD= Psyykkiset oireet, StrE= käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvät tekijät, CopF= terveystottumuksiin liittyvät seikat, CopG= sosiaalista tukea koskevat seikat, CopH= reagointi stressiin, CopI= tyydytystä tuottaneet asiat, CopJ= elämän tarkoitusta koskevat seikat

SOC-13 kuvasi pidempikestoista elämänhallinnan tunnetta yksittäisten elämäntapahtumien sijaan eri aikapisteissä. Elämänhallinnan tunteen (SOC) osa-alueista tilastollisesti merkitsevästi muuttuivat elämän hallittavuus (Ma) ja mielekkyys (Me) 5 vuoden aikana (taulukko 35). Suurimmat muutokset tapahtuivat tässäkin 1-5 vuoden välissä. Niillä kolmella stressiryhmäläisellä, joilla oli alun perin heikoimmat SOC- ja coping-stressipisteet BSCI:ssä, oli myös korkeat BDI- pisteet ja 5 v seuranta-aikana heille kehittyi kliininen masennus. Taulukossa 35 kuvataan stressiryhmän SOC-13:n osa-alueiden muuoksia 0,1 ja 5 vuoden kohdalla vertailuineen.

Taulukko 35. Stressiryhmän SOC-13:n osa-alueiden keskiarvot ja niiden vertailut 5-vuotisseurannassa

Osa-alue	Stressiryhmä 0 v	Stressiryhmä 1v	Stressiryhmä 5 v	testitulos
Me(0-16)	11,18 (sd 3,371)	11,54(sd 4,034)	13,27(sd 2,649)	p=0,027* 0 vs 5 v
Ma(0-16)	10,09(sd 2,982)	9,82(sd 3,430)	12,36(sd 2,541)	p<0,001*0 vs 5 v ja 1 vs 5 v
Co(0-20)	12,54(sd 3,698)	12,36(sd 4,822)	14,00(sd 2,449)	p=0,139
SOC-13 tot(0-52)	33,81(sd 9,042)	33,72(sd 11,942)	39,27(sd 7,086)	p=0,016* 0 vs 5 v ja 1 vs 5 v

Me= mielekkyys, Ma=hallittavuus, Co= ymmärrettävyys, SOC-13 tot = yhteispisteet elämänhallinnasta

Normaalisti jakautuneiden tulosten kohdalla ilmoitettu keskiarvot ja suluissa keskihajonnat (Sd), ei-normaalisti jakautuneiden osalta pisteiden mediaanit ja 25-75 % raja-arvot suluissa. Parivertailuissa käytetty normaalisti jakautuneiden osalta Bonferronin korjattua testiä (konservatiivisempi), ei- normaalisti jakautuneiden osalta Tukeyn testiä. Pienen otoskoon vuoksi perustestinä Friedmannin non-parametrinen toistuvien otosten (aikasarjat 0,1,5 v) ANOVA (One way repeated measures analysis of variance). Ryhmien välinen ero on merkitsevä*, jos p<0,05, vertaillut aikapisteet on ilmoitettu taulukossa p-arvon yhteydessä.

Toiveena oli saada selville, mikä lopulta erotti masentuneet ja stressiryhmäläiset toisistaan. Lomakekyselyistä sellaisenaan asia ei alkanut selvitä. Niinpä koottiin vielä BSCI-kyselylomakkeen väittämistä lauseita, joiden avulla eroa toivottiin löydettävän. Poimittujen käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvien väittämien kohdalla (taulukko 36) masentuneet ja stressiryhmä erosivat toisistaan tilastollisesti kuitenkin vain itsensä puolustuskyvyn osalta. Molemmilla ryhmillä oli nähtävissä alistunut, puolustuskyvytön, passiivisesti asioihin suhtautuva asennoituminen masennuksen oireisiin sopien. Molemmilla ryhmillä oli runsaasti itsesyytöksiä, moitteita itseä kohtaan, vaikeuksia pyytää apua, voimavarat olivat vähissä, elämänote kadonnut, oli vaikea nähdä myönteisiä puolia elämässä ja tehdä suunnitelmia asioiden muuttamiseksi ja toteuttaa muutoksia. Elämän hallinnassa olemisen tunne oli molemmilta ryhmiltä siten kadoksissa. He käyttivät passiivisia coping-keinoja selviytyäkseen ja stressaantuivat herkästi pienistäkin ärsykkeistä. Taulukossa 36 on listattu kyselylomakkeiden väittämiä, jotka kuvanneet stessiryhmän ja masentuneiden tapaa reagoida asioihin ja verrattu ryhmiä keskenään. Vastaukset on ryhmitelty siten että jos vastauksena lomakkeessa ollut harvoin tai joskus, merkitty tulokseksi 0 ja jos vastauksena usein tai kyllä, saanut tuloksen 1.

Taulukko 36. Väittämiä, jotka kuvaavat stressi- ja masennusryhmäläisten tapaa reagoida asioihin

väittämä	Stressiryhmä (n=11)	Masentuneet (n=10)	Testiarvo p=
Syytän itseäni ongelmistani	7	6	1,000
Kiinnitän huomiota elämäni myönteisiin puoliin	3	1	0,586
Toivon että stressaava tilanne menee ohitse itsestään	6	6	1,000
Yritän unohtaa stressiä aiheuttavan asian	3	1	0,586
Teen suunnitelman selvitäkseni stressaavista tilanteista	1	1	1,000
Yritän kasvaa ja muuttua ihmisenä myönteisellä tavalla	2	3	0,635
Moitin itseäni tekemistäni asioista	6	5	1,000
Pyyhin ongelman pois mielestäni	1	1	1,000
Pyydän neuvoa joltakulta, jota arvostan	2	2	1,000
Toivon että voisin muuttaa tunteitani haluamallani tavalla	4	3	1,000
Kun minulla on huolia, pidän ne omana tietonani	7	4	0,395
Tunnen hallitsevani elämänrytmiäni	3	2	1,000
Tunnen että minulla on riittävästi voimavaroja	1	1	1,000
Yritän yleensä välttää ristiriitoja muiden kanssa	9	10	0,476
Siirrän vaikeiden päätösten tekoa	9	10	0,476
Sorrun väittelemään vain ani harvoin	3	6	0,198

Kykenen vain harvoin puolustamaan itseäni	2	10	<0,001*
Kykenen vain harvoin sanomaan mitä haluan	3	7	0,086
Toiset käyttävät minua hyödykseen	1	4	0,149
En kerro kenellekään, jos minua on pilkattu	4	5	0,670
Tunnen itseni usein avuttomaksi	5	8	0,183
Minulla on usein kiire	7	5	0,670
Tulen helposti vihaiseksi, jos liikenne etenee hitaasti	6	5	1,000
Olen menettänyt malttini tavallista useammin	8	5	0,387
Vastoinkäymiset ovat käyneet hermoilleni	9	10	0,476
Tunnen että olen menettänyt otteen elämästä	3	6	0,198

Fisherin nelikenttätesti, p merkitsevä* kun se on <0,05.

5.3.3. Masentuneiden kvantitatiiviset tulokset

Tutkimuksen alussa hoidon ollessa kesken masentuneilla BDI- keskiarvo oli 15,50 pistettä (taulukko 31). ja keskihajonta vastaajien kesken oli suuri molemmissa mittauspisteissä. Tutkijan käyttämällä MADRS- testillä arvioiden myöskin vaihteluväli oli suuri (7-25) ja keskiarvo 12,5 pistettä kuvastaen tutkittavan joukon heterogeenisyyttä. Masentuneilla itsetunto oli tutkimuksen alussa myös matala, coping-taitoja ja –keinoja vähän (Cop tot), stressitekijöitä (Str tot) paljon ja elämänhallinnan tunne (SOC) heikkoa. AUDIT pisteet pysyivät matalina eikä kukaan alkanut käyttää runsaasti päihteitä vuoden aikana. Sairaudesta toivuttaessa tilastollisesti merkitsevää muutosta tapahtui odotetusti BDI:ssä ja samanaikaisesti myös itsetuntotestissä. Elämänhallinan tunne (SOC) osa-alueineen ei kuitenkaan ainakaan vielä vuoden kuluessa muuttunut paremmaksi (taulukko 37).

Taulukko 37. Masentuneiden elämänhallinnan tunteen (SOC) seurantatiedot 0 ja 1 vuoden kohdalla osa-alueittain

Testi	Masentuneet 0 v	Masentuneet 1 v	Testin tulos
SOC-13(0-52)	32,90 sd 4,508	38,20 sd 11,084	p=0,139
Co	11,60 sd 2,011	14,60 sd 4,326	p=0,075
Ma	10,60 sd 1,578	11,80 sd 3,048	p=0,279
Me	10,70 sd 2,058	11,80 sd 3,967	p=0,270

Parivertailuissa 0,1 vuoden välillä on käytetty normaalisti jakautuneiden osalta Bonferronin korjattua testiä (konservatiivisempi). Pienen otoskoon vuoksi perustestinä Friedmannin non-parametrinen toistuvien otosten (aikasarjat 0,1 v) ANOVA (One way repeated measures analysis of variance). Normaalisti jakautuneiden tulosten kohdalla ilmoitettu keskiarvot ja keskihajonnat (Sd). Ryhmien välinen ero on merkitsevä*, jos p<0,05.

Vuoden aikana BSCI:n kokonaispisteissä (BSCI tot) ja sen osa-alueista StrD:ssä (psyykkiset stressioireet), Cop tot:issa ja sen alaryhmissä CopH (reagointi stressiin) ja CopI (tyydytystä tuottaneet asiat). Coping-taidot kokonaisuudessaan (Cop tot) lisääntyivät ja yleinen elämänhallinta (BSCI) parani, vaikka stressitekijöitä (Str tot) edelleen oli runsaasti. Stressaavista lapsuudenkokemuksista aiheutuneet stressipisteet (StrA) jäivät koholle vaikuttaen yhteispisteisiin koko seuranta-ajan. Tilannetta masentuneilla tutkimuksen alussa ja 1 vuoden kohdalla kuvataan BSCI:n ja sen osa-alueiden kohdalla taulukossa 38.

Taulukko 38. BSCI- kyselyn osa-alueet eriteltyinä alkutilanteessa ja 1 vuoden kohdalla masentuneiden osalta

Alaryhmä	Masentuneet 0 v	Masentuneet 1 v	Testin tulos
Str A(0-3)	2,00(2-3)	2,00(1-3)	p=0,754
StrB(0-3)	1,70 sd 1,252	1,40 sd 1,506	p=0,560
StrC(0-3)	3,00 sd 3,00	3,00 sd 3,00	p=0,754
StrD(0-3)	3,00 sd 0,00	2,30 sd 0,823	p=0,025*
StrE(0-3)	3,00(3-3)	3,00(2-3)	p=0,754
Strtot(0-15)	12,70 sd 1,636	11,10 sd 2,807	p=0,053
CopF(0-3)	1,00(1-1)	2,00(2-3)	p=0,021*
CopG(0-3)	0,00(0-1)	1,00(0-1)	p=0,344
CopH(0-3)	0,20 sd 0,422	1,10(0-2)	p=0,010*
CopI(0-3)	0,60 sd 0,516	1,40 sd 1,075	p=0,037*
CopJ(0-3)	0,80 sd 1,033	1,50 sd 1,269	p=0,089
Coptot(0-15)	3,00 sd 2,357	6,70 sd 3,773	p=0,001*
BSCItot(-15-+15)	-9,70 sd 3,498	-4,40 sd 6,222	p=0,004*

Parivertailuissa 0,1 vuoden välillä on käytetty normaalisti jakautuneiden osalta Bonferronin korjattua testiä (konservatiivisempi), ei- normaalisti jakautuneiden osalta Tukeyn testiä. Pienen otoskoon vuoksi perustestinä Friedmannin non-parametrinen toistuvien otosten (aikasarjat 0,1 v) ANOVA (One way repeated measures analysis of variance). Normaalisti jakautuneiden tulosten kohdalla ilmoitettu keskiarvot ja suluissa keskihajonnat (Sd), ei- normaalisti jakautuneiden osalta pisteiden (StrA, StrE, CopF ja CopG) mediaanit ja vastauspisteiden 25-75 % raja-arvot suluissa. Ryhmien välinen ero on merkitsevä*, jos p<0,05. Sd= keskihajonta.

StrA= lapsuutta (<18v) koskevat elämäntapahtumat, StrB= äskettäiset (<1v) koskevat elämäntapahtumat, StrC= fyysiset oireet, StrD= Psyykkiset oireet, StrE= käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvät tekijät, CopF= terveystottumuksiin liittyvät seikat, CopG= sosiaalista tukea koskevat seikat, CopH= reagointi stressiin, CopI= tyydytystä tuottaneet asiat, CopJ= elämän tarkoitusta koskevat seikat, BSCI tot= Cop tot-Str tot

.

5.3.4. Stressiryhmän ja masentuneiden elämänhallinta laadullisesti arvioiden

Molempiin ryhmiin valikoituneella oli vaikeita elämänkokemuksia lapsena: vanhemman kuolema, hylkääminen, vieroksuminen tai syvä luottamuksen pettäminen, luotettavan aikuisen puute, läheisväkivaltaa niin henkisellä kuin ruumiillisella tasolla, vanhemman päihde- tai mielenterveysongelma, silmiinpistävä köyhyys, uskonnolliset ahdistavat kokemukset tai selkeä tuen ja kannustuksen puute. Lapsuuden menetykset kertautuivat aikuisiällä tapahtuneiden suurten negatiivisten elämänkokemusten yhteydessä, jotka edelsivät masennuksen puhkeamista. Niistä vain osa tuli esiin kyselylomakkeissa. Haastatteluissa selvisi tarkemmin myös tapahtumien subjektiivinen merkitys.

Osalla stressiryhmäläisistä oli ollut käytössä uni- ja psyykenlääkkeitä, pääosin masennuslääkkeitä jo ennen tutkimuksen alkua. Masennusdiagnoosia ei oltu tehty kenellekään. Paniikkihäiriötä,

työuupumusta, unettomuutta ja ahdistuneisuutta kuvattiin eniten oireena. Kukaan ei mieltänyt itseään masentuneeksi, vaikka BDI-pisteet olivat samaa luokkaa kuin masennusta sairastavilla (stressiryhmällä 17,00 vs. 15,50 masentuneilla) tutkimuksen alussa (taulukot 31 ja 32). Sukupuut ja elämänkaarihaastattelut laajensivat, täydensivät ja syvensivät lomaketutkimusten tuottamaa tietoa ja toivat kokonaan uusia näkökulmia asian käsittelyyn. Ryhmien vastaukset yhdistettiin, koska niiden sisällöt olivat niin samanlaisia. Lapsuuden ja aikuisiän tapahtumia käsiteltiin erikseen vastaajien muistikuvien perusteella sellaisina kuin he olivat ne itse kokeneet. Suorat sitaatit tuovat esiin tapaa, jolla he kuvasivat elämäänsä eri vaiheissa.

5.3.4.1. Elämänhallintaa heikentäneet tekijät lapsena stressiryhmäläisillä ja masentuneilla

Stressi, uupumus, työ- ja perhe-elämän haasteet näyttivät uhkaavan elämänhallintaa ja edeltävän masennukseen sairastumista aikuisiällä. Niiden taustat juonsivat usein juurensa lapsuuteen ja nuoruuteen ja tuossa vaiheessa omaksuttuihin selviytymistaitoihin. Ongelmat lapsuudessa kumpusivat lähinnä vuorovaikutuksesta lapsuudenperheessä ja muussa lähipiirissä. Niitä kuvataan tarkemmin seuraavissa aineistositaateissa. Vastaajien koodaus noudattaa samaa mallia kuin aiemminkin eli ainoastaan ryhmä (M, S, C, P) ja sukupuoli (N, M) näkyvät tunnistamisen välttämiseksi, esim. SN on stressiryhmän naisvastaaja. Samoilla koodeilla voi siten olla useampia vastaajia.

Isovanhemmat

Heikoimmillaan lapsella oli etäiset tai olemattomat suhteet isovanhempiin tai heidän sairautensa tai käyttäytymisensä aiheuttivat pelkoja, häpeää tai ristiriitaisia tunteita. Tästä esimerkkinä SN kertoo:

”*H -papalla oli toinen nainen pitkään, vaikka ne oli S:n (*mummon*) kanssa yhessä. Kyllä me se tiijettiin, mutta ei siitä puhuttu tietenkään, mutta..”*

Lapsuudenperhe ja suku

Omilla vanhemmilla oli puutteita huolenpidossa ja kasvatuksessa. Heidän vaikeat omat lapsuudenkokemuksensa välittyivät heidän omiin perheisiinsä aikuisena. Häpeälliset lapsuudenkokemukset rajoittivat vanhempien yhteydenpitoa sisaruksiinsa ja sukuunsa aikuisena, jolloin lapsillekaan ei muodostunut yhteyttä omaan sukuunsa. Esimerkkinä SN:

Vanhin sisar kuoli lapsena, nuorimmat lähtivät aikaisin kotoa, isot ikäerot erottivat, äidin puolen sukua tapasin ensi kerran 60- vuotiaana. Äiti ei halunnut pitää yhteyttä omaan sukuunsa kun oli avioton lapsi.

Lapsuuden perhe näyttäytyi ankeana tunneilmapiiriltään ja vuorovaikutukseltaan. Vanhemmat eivät kyenneet näyttämään esimerkkiä lapsilleen toimivista vuorovaikutussuhteista ja ongelmien hallinnasta. Lapsien oma kyky ja uskallus ilmaista tunteitaan vapaasti ja mahdollisuus tulla oikeasti kuulluksi perheissä jäi rajoittuneeksi. Osa tutkituista eli lapsuutensa yksinhuoltajaperheessä tai uusperheessä, yhdellä oli huoltajana isovanhemmat ja yksi oli sijoitettu huostaan otettuna ottolapsena uudessa perheessä. MN kuvaa lapsuuttaan isovanhempien huollossa:

”Jos nyt ajattelis itseään että miten minä käyttäydyn äitinä niin kyllä aika ääripää siitä, niin että kyllä siinä oli se sukupolvi välissä.. Mummo oli etäällä, nimenomaan, eikä puhuttu mistään. Eikä ois voinu kysyäkään eikä olis uskaltannu, vaikka päässä olis pyörinnykin ja varmaan pyörikin.. Mulla on aika hämärän peitossa nuo vuodet tosta jostain syystä, en tiedä. Sen mää muistan että mää aina halusin tuolta pois.”

Perheissä esiintyi myös parisuhdeongelmia, päihteiden käyttöä, mielenterveyden häiriöitä ja väkivaltaa monessa muodossa. Siitä kertoo SN:

”…niin jouduttiin usein lähtemään karkuun öisinkin naapuriin tai sinne johonkin mentiin ulos paljain jaloinkin. Että isän ja äidin tappelut oli sellaisia että me pelättiin joskus, me mentiin piiloon. Kerrankin muistan kun me mentiin mun nuorimman veljen kanssa piiloon sängyn alle ja hän rupes itkemään ja mää sanoin että oo nyt hiljaa, isä potkasee muuten.”

Monet lapset olivat joutuneet kaltoin kohdelluiksi lapsuudenperheissään. Erotilanne tai vanhemman kuolema tai hylkääminen heikensivät lasten tukiverkostoja yleensä pysyvästi. Vanhemman kuolema heikensi lapsien mahdollisuutta jatkaa lapsuuttaan, he joutuivat huolehtimaan jo varhain itsestään, sisaruksistaan, taloudenpidosta ja osittain myös osallistumaan perheen elannon hankkimiseen. Kuolleen tai etävanhemman sukuihin ei juurikaan pidetty yhteyttä. MM kuvasi asiaa:

”*Kun se oli valtion asunto Mssa, niin siitä joutu pois sitten kun isä kuoli. Siellä ei ollu mittään töitä, niin sitten tultiin tänne Leen kun asu täällä äijin vanhemmat. Sinne muutettiin sitten kun sielläkään ei ollu kettään muuta kun se niijen nuorin sisarus oli kotona enää jonkin aikaa... Mää en oo koskaan nähny sitä isän isää, missä välissä se kuoli sitten? Jossain se on kuollu. Varmaan se on olemassa ollu. Mummo oli vaan siellä ja sitä sanottiin Rn mummoks, mää en oo ees ihan varma minkä niminen se oli.”*

Eroperheissä isien poissaolo lasten elämästä oli silmiinpistävää. He olivat jättäneet perheensä pitämättä lapsiinsa mitään yhteyttä eikä eroa oltu käsitelty lasten kanssa mitenkään. Tätä kokemusta kuvaa MN:

Isä lähti merille kun oltiin ihan pieniä eikä pitänyt sen jälkeen mitään yhteyttä meihin, paitsi kun olin 18, sain kirjeen isältä, joka kuoli pian sen jälkeen kolarissa. Ei ehditty tavata koskaan, en muista isästä mitään…

Eroon liittyi monesti myös muutto, joka vaikeutti tai katkaisi lapsilta yhteydenpitomahdollisuuden entisiin ystäviin. Erosta saattoi seurata myös perheen lasten jakautuminen kahteen eri perheeseen, jotka eivät pitäneet yhteyttä toisiinsa ja lapset vieraantuivat siten sisaruksistaan lopullisesti. Uusperheisiin liittyi tasapuolisten pelisääntöjen puuttuminen lapsilta ja joskus räikeäkin syrjintä. Siitä oli kokemusta SM:lla:

Erossa jäin isälle, jolla oli uusperhe, jonka sisarukset olivat paljon nuorempia, ei ollu mitään yhteistä heidän kanssaan. Siskot jäi erossa äidille, johon isä ei pitäny mitään yhteyttä, joten 9 vuoteen en nähny heitä ollenkaan. Äiti jäi etäiseksi kun ei pitäny itsekään mitään yhteyttä, yksi siskopuoli tuli äidin kautta, ei pidetty yhteyttä häneenkään. Isällä uusi liitto kesti, äidillä ei. Hoidin pienempiä sisaruksia lapsena, mutta en saanu vastapalvelusta. Sisarukset olivat eriarvoisia. Tunsin olevani muiden tiellä lapsuudessa, rikkaruoho.

Talous

Ero heikensi perheiden taloudellista tilannetta ja siitä seurasi alinomainen taistelu toimeentulosta ja aineellisesta selviytymisestä, joka näkyi yksinhuoltajan pitkinä työpäivinä ja poissaolona kotoa lasten luota. Koulunkäyntiin ei lapsia kannustettu ja koulumenestys jäi vaatimattomammaksi kuin kyvyt olisivat mahdollistaneet. Harrastuksia ei ollut tukemassa itsetunnon vahvistumista ja sosiaalisten kontaktien luomista. SM kertoo köyhyydestään:

Huonot vaatteet hävetti koulussa, kun niistä ei välitetty huolehtia kotona. Ei saanu rahaa kouluruokaan, vaikka isällä olis ollu siihen vara. Kun ei ollu rahaa harrastusvälineisiin, ei sitten ollu harrastuksia lapsena. Ei tullu kannustusta eteenpäin koulussakaan, vaikka musta tuli suvun ensimmäinen ylioppilas.

Sisarukset ja ystävät

Aina ei lapsilla ollut tukea sisaruksistakaan, niitä ei joko ollut tai ikäerot olivat isoja tai sisarusten välillä oli sisarkateutta tai muuta kiusaamista. Ystävätkin saattoivat olla vähissä. Vuorovaikutustaitojen opettelu jäi vähäiseksi. Persoonallisuuden kehitykseen jäi jälkiä lapsuusiän puutteista. Yksin elänyt MM kertoo asiasta:

”Ei pahemmin kyllä ollu kettään. .. niitä saatto käyväkin siinä aina joku, mutta sitten tuli taas joitakin muita ja ne lähti taas pois ja.. Että just silleen kun koira, kato että käy toista nuuhkimassa vähän tuossa ja just samanlainen periaatteena kun käyttää ja vähän temmeltää tuossa toistensa kanssa ja .. just samanlaista kanssakäymistä. Niinku vähän aikaa siinä katellaan toista ja sitten lähetään.”

5.3.4.2. Elämänhallintaa tukeneita tekijöitä lapsuudessa stressiryhmällä ja masentuneilla

Lapsuusiässä kohdattuja kielteisiä elämäntapahtumia ja epäsuotuisia elämänolosuhteita korvaavia ja kompensoivia positiivisia elementtejä oli useimpien haastateltujen kohdalla löydettävissä varsin paljon sekä lapsuusiässä että aikuisena. Monet niistäkin liittyivät vuorovaikutussuhteisiin perheen, läheisten ja muun elinympäristön kanssa. Seuraavassa on kuvattu stressiryhmäläisten ja masentuneiden kokemuksia elämänhallintaa tukeneista tekijöistä lapsuudessa. Sitaatit on koodattu samaan tapaan kuin elämänhallintaa haitanneiden tekijöiden kohdalla tämän luvun alussa(SN, MM jne.)

Isovanhemmat

Puutteellista vanhemmuutta korvasi lapsilla useimmiten hyvät suhteet isovanhempien kanssa. Toisinaan isovanhemmat korvasivat kokonaan tai hyvin suurelta osin vanhemmat kasvattajina ja hoivan ja huolenpidon tuottajina. Isovanhemmat tarjosivat sekä aineellista että henkistä tukea lapsilleen ja lastenlapsilleen. Kanssakäyminen isovanhempien kanssa loi vaihtelua perheen arkielämään ja monesti isovanhemmista oli varsin suuri käytännön apu lastenhoidossa. Ainakin koulun loma-aikoina haastateltujen ikäpolven lapset viettivät paljon aikaa isovanhempien luona maalla ilman vanhempiaan ja opettelivat samalla toimimaan itsenäisesti. He saivat erilaisia elämisen malleja, oppivat uusia käytännön taitoja ja arvoja, saivat tietoa suvusta ja oppivat elämään ja selviytymään luonnon keskellä. Isovanhemmilla oli aikaa muistella menneitä, katsella valokuvia ja tutustuttaa sukuun ja välittää suvun traditioita lastenlapsilleen. Sukulaiset kokoontuivat usein varsinkin juhlapyhien aikaan mummolaan tapaamaan toisiaan ja kertomaan kuulumisiaan, jolloin lapset tutustuivat serkkuihinsa ja muihin sukulaisiinsa ja saivat heiltä uusia vaikutteita. Mummola koettiin turvapaikkana ja toisinaan sinne paettiin levotonta kotielämää. Lapset arvostivat mummolassa turvallisuutta, isovanhempien kanssa yhteistä tekemistä ja lasten huomiointia. Monet muistelivat ja kaipasivat mummon laittamaa hyvää ruokaa vielä vuosikymmenienkin päästä. MM kertoo asiasta näin:

”*Se oli jotenkin sellasta hirveen turvallista olla siellä ja ehkä sitten sai olla vähän... että siellä sai kosketusta noihin juuriin sillai kun hän kerto niin kun näistä omista lapsistaan ja heidän lapsuudestaan että kateltiin joskus vanhoja valokuvia ja luulisin että hänkin piti siitä että minä olin siellä ... Ja olin siinä tai ainakin yritin olla siinä apuna. Kyllähän siellä oppi ihan tuollasia kädentaitojakin, lämmityksiä ja puunhakkuita, lumityöntekoa, jos talvellakin sitten joululomia ja hiihtolomia saatto olla siellä että oikeestaan mää viihdyin siellä aika pitkäänkin siellä vielä niin kun teini-ikäiseksi.”*

Lapsuudenperhe

Vanhempien positiivinen suhde lapsiinsa auttoi heitä lapsuudessa joskus hyvinkin vaatimattomissa olosuhteissa elettäessä. Lapsen kannustaminen, arvostaminen, oikeudenmukainen kohtelu, suvaitsevaisuus, turvallisuus kotona ja ihmissuhdetaitojen oppiminen koettiin tärkeäksi. Avoin puhe kipeistäkin asioista auttoi lasta ymmärtämään tilannettaan. Hyvä äitisuhde koettiin tärkeäksi. Isän rooli oli enemmän toimeentulon hankkimiseen ja turvallisuuteen liittyvää lapsista huolehtimista. Äidin puuttuessa tai ollessa kykenemätön hoitamaan äidin rooliaan isä ja isommat sisarukset pystyivät paikkaamaan siitä aiheutuneita puutteita alun opettelun jälkeen melko hyvin. Elämisen taitojen opettamisen kotona tärkeänä asiana toi esille yllättävän moni vastaaja spontaanisti. Kotoa saaduilla eväillä piti pärjätä maailmalla. Siihen liittyi monesti myös monet käytännön taidot, joita

lapset pystyivät harjoittelemaan kotonaan varsinkin maalla eläessä. Osalle niistä kehkeytyi tuleva ammattikin. MM muistelee isäänsä äidin kuoltua kun lapset oli pieniä:

”*Mullekin jäi se ruuanlaittoharrastus ja opin arvostamaan, kun isä laitto ruokaa, isä opetteli laittamaan. Kyllä se jotenkin se elämä opetti nimenomaan naista arvostamaan, naisen työtä, sitä meijän isäkin aina korosti. Se opetti meille sitä että naista pitää arvostaa kun hän tosiaan joutu viijelle laittamaan siinä alkuvaiheessa ruuat ennen kun tytöt oppi.”*

Vanhempien oikeudenmukaista kasvatusta pidettiin tärkeänä, lapsia piti kohdella tasapuolisesti ja jos lasta rankaistiin jostakin, sen piti olla perusteltua. Puhumista ja neuvomista arvostettiin ruumiillisen rankaisun sijaan. Kotona oli hyvä olla, jos siellä oli turvallista. Liiallista vanhempien alkoholin käyttöä ja riitelyä paheksuttiin. Monet äidit olivat haastateltujen lapsuudessa kotona lasten ollessa pieniä eikä lasten tarvinnut tulla tyhjään kotiin koulusta. Koulunkäyntiin kannustaminen motivoi yrittämään parhaansa ja selviytymään eteenpäin opinnoissa. Vanhemmat olivat välittäneet hyviä ja elämän kannalta hyödyllisiä arvoja lapsilleen, jotka kantoivat vielä aikuisiässäkin eteenpäin. Niistä MM vielä jatkaa:

”.Mutta mulle on jääny, mää luen sen isäni ansioks, tietenkin äidinkin osittain että isän ansioks lasken sen että hän ihan tietosesti opetti semmoseen optimistiseen ajattelutapaan että vähän siihen malliin että ei sulla oo koskaan niin hankalasti asiat ettei jollakin ois hankalampaa.”

Lapset kokivat perineensä vanhemmiltaan mm. musikaalisia kykyjä, huumoria, uskonnollisia arvoja ja kulttuuriperintöjä, joista oli iloa koko elämän ajaksi. Eroperheissä tutustuminen etävanhempaan uudelleen aikuisiässä tarjosi mahdollisuuden täyttää eron aiheuttamaa aukkoa. Kyseessä oli useimmiten isä, joka oli jättänyt perheen lasten ollessa pieniä tapaamatta heitä juurikaan koko lapsuusaikana. Kahdessa tapauksessa oli kyse äidistä, joka oli jättänyt joko eron tai muun syyn vuoksi lapsensa isän tai isovanhempien hoitoon. Toisen vanhemman kuoltua perheen ja suvun yhteinen suru tuki lasta selviytymisessä kun ei tarvinnut olla asian kanssa yksin. Perheen taloudellisen aseman koheneminen työtä tekemällä tai perintöjä saaden toi lapsille mahdollisuuksia saada toivomiaan tavaroita ja auttoi koulunkäynnin ja opiskelun rahoittamisessa. Vanhemmat auttoivat lapsiaan käytännön asioissa luonnollisesti monin eri tavoin.

Sisarukset

Sisarukset auttoivat toisiaan ja osin myös vanhempiaan lasten hoidossa ja kotiaskaressa. Varsinkin yhden vanhemman perheissä lapsien panos oli merkittävä arkipäivän askareiden läpiviennissä ja osin elannon hankkimisessakin. Henkistä tukea ja turvaa haettiin sisaruksista, jos vanhempien kanssa elämä ei tuntunut turvalliselta esim. päihteiden käytön, läheisväkivallan tai mielenterveyden ongelmien vuoksi. Sisarukset kasvattivat toisiaan ja oppivat yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Yhteiset kokemukset ja muistot lapsuudesta sitoivat sisaruksia yhteen vielä aikuisiässäkin. Oli joku, jonka kanssa muistella lapsuutta. Sisarukset korvasivat myös vähäisiä ystävyys- ja kaverisuhteita. SN kertoo asiasta:

”Tietenkin sisko on ollu se vanhempi, joka on joutunnu kantamaan sitä vastuuta, niin se ymmärtää jotkut asiat mitä meijän perheessä on tapahtunnu ihan eri tavalla kun minä. Mää en saata muistaa ollenkaan että en mää tiijä että en mää oo ees tajunnu tommosta, että hyvin suuri ja tärkee ihminen (se sisko).”

Suku

Lapsena yhteydenpito sukuun tapahtui pääosin vanhempien ja isovanhempien kautta. Vastaajien ollessa lapsia he asuivat usein lähellä sukuaan ja yhteydenpito oli hyvinkin tiivistä. Serkkujen kanssa vietettiin kesiä mummolassa, leikittiin ja osallistuttiin käytännön töihin maalla. Kyläily sukulaisten kesken oli vilkkaampaa kuin nykypäivänä ja kesälomilla sukulaiset saattoivat viettää toistensa luona pitkiäkin aikoja erityisesti maalaistaloissa maatilan töissä auttaen ja samalla lomaillen. Yhteisiä juhlia järjestettiin ja samalla vaihdettiin kuulumisia. Kuoleman, sairauden tai muiden vaikeuksien kohdatessa suku tuli avuksi. Joku sukulaisista saattoi asettua korvaamaan osittain puuttuvaa vanhempaa ja siten olla sekä henkisenä että käytännön apuna ja tukena. Sukulaisilta sai lastenhoitoapua kun he asuivat lähellä. Sukulaiset saattoivat ottaa lapsia mukaan lomareissuille, jos omat vanhemmat eivät voineet olla mukana. Yhteinen saunominen, syöminen ja mökkeily sukulaisten kanssa koettiin mukavaksi yhdessäolon tavaksi myös lasten kannalta katsottuna. Siitä esimerkkinä SN kertoo lapsuusmuistoinaan:

”Isä piti näihin sisaruksiinsa yhteyttä, me käytiin niillä saunassa, oliko se nyt tiistai vai torstai aina täällä Sn luona saunassa ja Pn luona tiistaisin syömässä ja tämmöstä näin kuvioo ja sitten viikonloput siellä Ussa, mutta siitä on niin kauan.. nää tapahtu joskus ala-asteen aikana.”

Yhteinen huumori suvussa koettiin yhdistäväksi voimavaraksi. Yleensä äidin puolen suku oli läheisempi kuin isän puolen suku. Monet mainitsivat kummitädin erityisesti mieleen jääneenä hyvää mieltä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta lisänneenä tekijänä lapsuudessa olipa hän sitten suvun jäsen tai ei. Sukulaiset opettivat sellaisia käden taitoja ja asioita elämässä, joita omat vanhemmat eivät kyenneet tai osanneet tarjota. Monelle lapselle jäi mieleen mahdollisuus tehdä oikeaa työtä sukulaisten luona maatilalla ja tutustua mm. koneiden käyttöön, puutarhan hoitoon ja ruuanlaittoon, joista oli jälkeenpäin hyötyä omassa elämässä. Ilman vanhempia oleskeleminen sukulaisten luona lomilla kehitti lapsissa itsenäisyyttä ja omatoimisuutta. Siitä koki hyötyneensä SM:

”Se oli äidin kotitalo ja kotitila. Varmaankin koko kesän oon ollu siellä, niin kun maaseudulla, maalla, niin siellä on ollu mahollisuus tehä ja touhuta kaikkee mahollista, käyttämään käsiä, muokkaamaan puuta, rautaa, kaikkee mahollista, niin että vois sanoa että vois periaatteessa elää maalla ja elättää ittensä, tehä omat laitteensa, mitä tarvii. Että mää opin tekemään siellä ruuat ja opin tekemään siellä työkalut. Että kyllä sieltä on sellanen oppi kyllä tullu, sieltä puolelta. Ja tietysti naapurin maatiloilla niin kaikkia niitä maatilan hommiakin, niin kyllähän niijen kylän lasten mukana oltiin sielläkin touhuamassa.”

Koulu

Koululla oli merkittävä tuki lapsuudessa suurimmalle osalle vastanneista. Osaava opettaja pystyi löytämään jokaisesta omat vahvuutensa ja niitä vahvistamalla pystyi kasvattamaan lapsen itsetuntoa ja innostamaan yhä parempiin suorituksiin. Siitä kokemuksiaan kertoo SM:

”Paras opettaja oli ne ensimmäiset 6 vuotta, paras opettaja, mitä mulla on edelleenkään koskaan ollu ja mitä tulee olemaankaan... Se on ollu yks sellanen kannustusihminen kanssa koko elämälle. Tuskin sellasia enää on, sellasia opettajia, osas hakea meistä ne erilaisuudet eikä yrittännykkään tehä meistä samanalaisia, kaikki saivat olla erilaisia ja omia ittejänsä. Jaksoi kannustaa kaikkien omien hyvin puolien kehittämisessä eikä yrittänykkään samaistaa, niin kun koululaitos yleensä.”

Joillekin koulussa oli parempi olla kuin kotona eikä sieltä olisi malttanut olla pois sairaanakaan. Koulu auttoi irrottautumaan kodin ja suvun vaikeuksista ja löytämään oman paikkansa elämässä ja suuntautumaan kohti sitä. Toisille vanhempien tuki oli tärkeää koulumotivaation synnyttämisessä, toisille se tapahtui koulun itsensä, opettajan tai koulutovereiden avulla. Erityislahjakkuudet auttoivat

erottautumaan joukosta myönteisellä tavalla ja estivät koulukiusaamista. Kunnat tukivat taloudellisesti vähävaraisia oppilaita mahdollistaen heidän koulunkäyntinsä. Monelle hyvä koulumenestys oli reitti parempaan elämään ja toimeentuloon kuin mitä omilla vanhemmilla oli ollut.

Ystävät

Lapsuuden parhaat ystävät koostuivat naapureista, koulutovereista tai sukulaislapsista omien sisarusten lisäksi. Mikäli omia sisaruksia ei ollut tai he olivat jo ehtineet muuttaa kotoa pois, oli kavereilla ja sukulaislapsilla suuri merkitys. Leikkiminen tapahtui pitkälti omaehtoisissa liikunnallisissa ulkoleikeissä, joihin vanhemmat eivät juurikaan puuttuneet. Luonto tarjosi ehtymättömän ideoiden lähteen toiminnassa televisioiden ja tietokoneiden puuttuessa. Uiminen, puissa kiipeily, majojen rakentaminen ja eläinten liikkeiden seuraaminen kiinnostivat erityisesti. Leikki oli vuorovaikutteista ja kehitti sosiaalisia taitoja. Kavereiden vanhemmista tuli läheisiä uskottuja ihmisiä aikuisikään saakka. Lapsuudenystävät säilyivät monesti koko elämän läheisinä ihmisinä ja vaikkapa kummeina omille lapsille. Heille oli helppo puhua omia asioitaan kun taustat olivat tuttuja ja yhteinen ympäristö muistoissa. SN muistelee asiaa:

”Se oli ihanteellinen paikka lapsille asua, siinä oli järvi ihan vieressä. Opin uimaan samana kesänä kun täytin 4 vuotta ja siinä oli valtavan suuret hongat kun kasvoi ja siinä ympäristössä leikittiin puulittua ja kymmentä tikkua ja siinä ympäristössä oli paljon lapsia kun siinä asui 7 perhettä, kaikilla oli semmonen 3- 4 lasta vähintään, oli kavereita paljon. Oli vesikelkka, jolla talvella sitten laskettiin mäkeä ja hanki kantoi siinä. Siellä oli vielä mullikoita 50 laitumella siellä ja oli todella lapsille ihanteelliset leikkipaikat kulkee ja elää ja olla siellä. Oli vanhat kettufarmin rauniot, joilla leikittiin ja siellä oli mansikkamaat ja muut, se oli sellasta hyvin harvaa mäntymetsää oleskella ja sinne tehtiin majat ja pojat rakensi majat ja isot porukat yhdessä kuljettiin. Elämä oli ihan täydellistä.

Harrastukset

Harrastusten kautta lapset oppivat sosiaalisia taitoja ja saivat vahvistusta itsetunnolle erityisesti joukkuelajeissa ja seurapeleissä. Erityislahjakkuudet noteerattiin ja niistä sai arvostusta. Henkistä pääomaa kartutettiin osallistumalla aatteelliseen toimintaan. Osalle riitti itsekseen kotona tapahtuva mieleisten asioiden tekeminen onnistumisen kokemuksien ja hyvän mielen tuottamiseen.

5.3.4.3. Elämänhallintaa heikentäneitä tekijöitä aikuisiällä

Elämänhallinta aikuisiässä rakentui lapsuudenkokemusten varaan. Osalle vaikeat elämäntapahtumat ja olosuhteet lapsena jättivät pysyvät jälkensä, osa pystyi kompensoimaan niitä omassa elämässään aikuisiällä. Toisilla stressi jatkui yhtäjaksoisena jatkumona lapsuudesta aikuisuuteen, aiheuttajat kenties vain vaihtuivat. Työ ja perhe muodostivat keskeiset stressin lähteet. Työn rooli on eritelty luvussa 5.4. Vastaajien koodaus noudattaa samaa mallia kuin aiemminkin eli ainoastaan ryhmä (M, S, C, P) ja sukupuoli (N, M) näkyvät tunnistamisen välttämiseksi.

Omat vanhemmat ja appivanhemmat

Oman perheen ohella monella aikuisikäisenä olivat vanhemmat ja jopa isovanhemmatkin vielä elossa. Kunnosta riippuen heillä saattoi olla paljon tarjottavaa aikuisille lapsilleen ja lastenlapsilleen niin käytännössä, taloudellisesti kuin henkisestikin. Pahimmillaan saattoi olla yhtä aikaa huolta sekä

huonokuntoisista, dementoituneista, sairaista ja paljon apua tarvitsevista isovanhemmista että jaksamisen kanssa kamppailevista vanhemmista ja appivanhemmista. Tästä kertoo SN:

”Mun miehenkin äiti asuu siellä maalla yksin, niin ei se huoli mitään kotiapua eikä se huoli äitikään että se molempia täytyy käydä että me on ihan parin vuoden ajan käyty joka viikonloppu. Viety ruokaa ja jaettu lääkkeitä ja… kyllä se on kuuspäivänen työviikko, niin on.”

Huonot välit lähisukulaisiin ja sisaruksiin vaikeuttivat vastuiden jakamista ja tilanteet kärjistyivät viimeistään riitaiseen perinnönjakoon. Pitkät välimatkat ja pienet asunnot haittasivat lasten ja vanhempien välisten yhteyksien pitämistä ja avun ja tuen saamista varsinkin pikkulapsivaiheessa. Vanhemmat saattoivat myös uupua yrittäessään hoitaa ja auttaa lastenlapsiaan yli voimiensa.

Vanhempien ero vaikutti myös laajemmin sukulaissuhteisiin ja haittasi suvun yhteisiä tapaamisia vielä aikuisten lastenkin kohdalla. Mummoa ja pappaa ei voitu kutsua mukaan lasten juhliin yhtä aikaa eikä myöskään heidän sukujaan. Vieraat korvautuivat naapureilla ja muilla ystävillä. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten vanhempien luokse eivät aikuiset lapset voineet viedä omia lapsiaan kylään eivätkä saaneet vanhemmiltaan hoitoapua, sama koski myös henkistä ja taloudellista tukea. Lapset joutuivat hoivaamaan ja huolehtimaan omista vanhemmistaan usein jo lapsuus- ja nuoruusiässä ennen omaa perhettä. Omat vanhemmat saattoivat työllistää lapsiaan palveluttamalla itseään hyvinkin häikäilemättömästi ilman mitään kiitollisuudenosoitusta tai korvausta. Samaan tilanteeseen saattoi joutua miniänä appivanhempien kanssa. Joskus huollettava vanhempi saattoi asua hyvinkin kaukana ja hoito olla sitovaa, jolloin siihen kului paljon aikaa, joka oli poissa omalta perheeltä. Huolta pidettiin heistä velvollisuudentunnosta, vaikka se stressasi monesti koko perhettä.

Omien vanhempien keskinäiset riidat heijastuivat väistämättä lapsiin vielä sittenkin kun lapset olivat muuttaneet kotoa pois. Omat isovanhemmat ja vanhemmat jättivät monesti jälkeensä selvittämättömiä asioita ja tabuja sekä häpeää aiheuttaneita kokemuksia taakaksi jälkipolville. Joskus vanhemmat jäivät kiinni suoranaisesta valehtelusta lapsilleen ja se mursi lopunkin luottamuksen ihmisiin ja sitä oli vaikea antaa anteeksi. SN kertoo kokemuksiaan keski-ikäisenä:

”Kun mää sain kuulla että mun isäni ei ollukaan mun isäni, niin oikeastaan kaikki loksahti kohdalleen että mää ymmärsin, miksi mua kohtaan käyttäydyttiin sillä tavalla kun käyttäydyttiin että se oli oikeastaan helpotus… mää myönnän että mun on sen jälkeen ollu vaikee uskoa moniin asioihin että vaikka mää osittain ymmärrän sen, minkä takia siitä ei oltu mulle kerrottu niin se toi mulle kuitenkin niin paljon sellasia uusia asioita, joista mulle ei oltu kerrottu että mää kyseenalaistin ihan kaiken…”

Joidenkin isäsuhde oli väkivaltainen, joka heijastui aikuisena sekä omaan parisuhteeseen että ihmissuhdetyöhön. Osalla isät pysyttelivät etäisinä lapsilleen myös aikuisena, mutta suhteet lastenlapsiin saattoivat olla hyvinkin lämpimät. Varsinkin äidit saattoivat joskus sekaantua liikaakin lastensa perhe-elämään ja aiheuttaa ärtymystä puolisossa valtasuhteiden muuttuessa. Vanhempien epäluottamus lastensa kykyihin ja suoranaiset moitteet ja haukkumiset vielä aikuisenakin vaikuttivat negatiivisesti heidän itsetuntoonsa. Joidenkin kohdalla välit vanhempiin katkesivat eron ja riitojen vuoksi lähes kokonaan. Aikuisen lapsen sairastuminen psyykkisesti aiheutti syyllisyydentuntoa vanhemmille ja laittoi miettimään, mikä meni kasvatuksessa vialle. Osa yritti korvata ja hyvitellä laiminlyöntejään jälkikäteen. Vanhempien kuolema ja siihen liittyneet järjestelyt työllistivät lapset pitkäksi aikaa ja veivät voimia.

Parisuhde ja perhe

Osa oli ajautunut tai joutunut parisuhteeseen ja lapsiperheen vanhemmaksi liian aikaisin jälkikäteen ajateltuna. Osalle liitto oli ollut pakokeinona huonoista kotioloista, osalle se tuli eteen ilman suurempaa suunnitelmaa ja harkintaa jatkosta. Koulutus ja itsenäistyminen olivat jääneet kesken ja

siitä riitti harmia pitkäksi aikaa eteenpäin. Joidenkin parisuhteen alku oli ollut niin tiivistä että suhteet ystäviin jäivät, joka kostautui myöhemmin suhteen viilennyttyä ystävien puutteena. Uskottomuus murensi luottamusta, vaikka jatkamishaluja olisi yhdessäololle ollutkin. Arvojen erilaisuus vaikeutti yhteisten päätösten tekoa. Yhteistä aikaa tai yhdistävää tekemistä ei ollut. Toisen arvostus oli vähäistä. Puoliso saattoi lapsen synnyttyä vetäytyä omiin oloihinsa, ei osallistunut perhejuhliin, ei pitänyt yhteyttä edes omaan sukuunsa, ei halunnut jäädä lapsen kanssa kotiin, ei halunnut että vieraita kutsutaan kotiin eikä sitä että vaimo tapaisi omia ystäviään tai sukulaisiaan. Mustasukkaisuus saattoi olla hyvinkin sitovaa niin ettei vaimo olisi saanut käydä töissä, ei opiskella, liikkua myöskään harrastamassa tai edes hoitaa suhteita lapsiin tai lastenlapsiin. Kieltojen uhmaamisesta seurasi mökötystä ja joskus väkivallan purkauksiakin. Ei ollut enää kenen kanssa olisi puhunut asioistaan. Suhde päätyi umpikujaan ja etääntyneet puolisot jäivät ajelehtimaan vailla tulevaisuutta ja yhteisiä tavoitteita. Tästä kertoo SN:

”Se ei siitä muutu sitten mikskään se oleminen, ei se puhu mitään sittenkään, vaikka se ois ottannu mitä. Se on niin kun niin turhaa. Ei halua että meille kutsuttas vieraita, mää oon sanonnu että jos kutsuttas joitakin vieraita ja järjestettäs juhlia tai tuttavapariskuntia, niin ei. Ei nyt oikein, ei nyt vielä, mää en tykkää niistä ja näistä. Ei se oo ikinä ollu, ei lähe ikinä mihinkään juhliin. Miehellä on aina joku tekosyy, minkä takia se on pois. Se on hirveen mustasukkanen musta ja mököttää, jos mää käyn.. kyllä mä käyn jumpassa ja kävelen ja näin, niin se tunkee sinne mukaan…”

Perhe eristäytyi ympäristöstä varsinkin jos mukana oli toisen tai molempien puolisoiden masennusta, joka kuormitti parisuhdetta jo sinänsä ja sairastuminen heikensi tuloja, joka rajoitti perheen osallistumista kodin ulkopuolella. Myös kyläily ja yhteydenpito myös sukuun ja ystäviin katkesi helposti sairaudesta johtuvan jaksamattomuuden ja häpeän takia. Miesten puhumattomuus ja kykenemättömyys vaikeiden asioiden käsittelyyn haittasi naispuolisoita. Kahden parin kohdalla asiat olivat toisin päin. Varsinkin masennuksen koittaessa puhumattomuus pahensi oireilua. Riidat eivät tuottaneet ratkaisuja asioihin. Parisuhde tuotti pettymyksen, se ei kyennyt tarjoamaan sitä tukea, mitä oli suhteelta odottanut. Vaati paljon ponnistelua lähteä hakemaan apua parisuhdeongelmiin ja varsinkin masentuneilla se tahtoi jäädä tekemättä. Parisuhteen hoito oli ollut paljon helpompaa ennen lapsien hankkimista kun aikaa ja voimia siihen oli enemmän. Omaa elpymis- ja lepoaikaa oli silloin enemmän käytettävissä.

Eron jälkeen parisuhteet olivat heikoimmillaan niin tulehtuneita että puolisot eivät kyenneet pitämään toisiinsa minkäänlaista yhteyttä edes lasten asioissa. Joskus suhteet ajan myötä palautuivat, joskus eivät koskaan, kuten SN:n kohdalla kävi:

”.Että kerran on tämän pojan pojan 1-vuotiassyntymäpäivillä nähty että kyllä se kovin sellasta että ei hän kovin kauan siellä ollu ja nyt ei tullu ollenkaan 3- vuotispäiville. Että kun mitään syytä ei olis, että kun ollaan näin kauan oltu erossa että voitas, että miksei voitas jutella näin että onhan meillä tällaset isot lapset ja sellane elämä että sitä keskustelua ei koskaan syntynny. Toisaalta sellanen surullinen asia, koska en minä olis halunnu niin.”

Ero saattoi herättää myös syyllisyyttä, kun oli ensin halunnut yhdessäoloa ja sitten lopulta halusikin eroa. Eron tapahduttua varsinkin lapsettomat puolisot saattoivat olla hyvin yksinäisiä kun suhteet yhteisiin tuttaviin katkesivat ja yhteiset harrastukset loppuivat. Uusia suhteita ei ollut helppo solmia enää ikääntyneenä. Yhteisestä kodistakin piti luopua eikä ollut varaa enää samantasoiseen asuntoon. Vanhempana solmituissa parisuhteissa oli ongelmana sopeutuminen yhteiselämään, erilaiset tarpeet, tavoitteet ja tavat sekä halu säilyttää oma itsenäisyytensä, johon oli tottunut. Alkoholin käyttö saattoi olla hyvinkin runsasta, se saattoi passivoida ja haitata yhteistä elämää ja muodostaa uhkan myös lapsien tulevaisuudelle. Vuorotyö söi yhteistä aikaa kovasti ja haittasi perheen sosiaalista elämää melkoisesti. Sen myötä myös lastenhoito kuormitti toista vanhempaa enemmän kuin keskimäärin. Ikääntyneiden vanhempien hoidosta saattoi muodostua parisuhdetta kovastikin hallitseva seikka, jos

tyttäret joutuivat käyttämään siihen paljon aikaa tai peräti asumaan omien vanhempiensa luona heitä hoitaessaan.

Työttömyys, epäsäännöllinen työ sekä yrittäjyys tekivät perheen tulevaisuuden suunnittelun vaikeaksi. Toinen puoliso saattoi joutua luopumaan omasta urastaan ja työstään ja seuraamaan toisen perässä perheen kanssa ilman mahdollisuutta vaikuttaa, minne muuttavat ja siten menettää tukiverkostonsa myös. Yrittäjillä oli hyvin vähän vapaa-aikaa ja lomatkin tahtoivat jäädä pitämättä. Seurauksena oli monesti uupuminen ja jopa masennus, johon ei ehtinyt lähteä hakemaan apua eikä sairauslomalle voinut jäädä, tilanne mutkistui entisestään. Konkurssinuhka tai sen tapahtuminen koskettivat myös yrittäjän puolisoa uhaten tämänkin kotia ja toimeentuloa. Avoliitto jätti puolisot taloudellisesti heikoille erotilanteessa tai kuoleman sattuessa. Puolison vakava sairaus toi pelon yksinjäämisestä. Runsas erojen määrä suvussa oli mietityttänyt, miksi niin monelle oli käynyt niin. Osa naisista oli perinyt äidiltään mallin alistua parisuhteessa, olipa se sitten miten epätyydyttävä tahansa. Esimerkkinä SN kertoo kokemuksistaan:

”Se kiltin tytön rooli on ollu sellanen että kun 40 ikävuoden jälkeen on alkannu miettimään omaa elämäänsä että mitä on ollu ja tulee mieleen, niin se kiltin tytön rooli on minulle ollu sellanen… mutta ne tunteet piti kätkeä ja olla hyvä tyttö, kunnon tyttö, kiltti tyttö, siis se rooli.. että mää oisin niin kun suostunnu ihan mihin vaan että se ois vaan ollu tässä mun kanssa tai en mihinkä vaan. Mutta hän kyllä käytti minua niin sairaan härskisti niin kun tavallaan…Mulle oli niin kova kokemus tässä tää avoliitto välillä että se särki, niin kun monta vuotta nakerti minua niin, mutta minä en ymmärtänny.. siis ihminenhän takertuu näköjään johonkin tilanteeseen niin ei ymmärrä enää ite, ei nää, vaikka kuinka tietää niin kun, mutta ei osaa irtautua siitä.”

Ero ei tullut kyseeseen, vaikka heitä käytettiin monin tavoin hyväksi taikka henki oli uhattuna. Yhteisestä kodista luopuminen säälitti myös. Tällaisen tilanteen taustalla oli useimmiten puolison päihdeongelma, mutta myös vaikea luonnehäiriö tai mielenterveysongelma. Oma masennukseen sairastuminen aikuisena vei voimavaroja puuttua asioihin ja olosuhteisiin ja löytää niihin ratkaisuja ajoissa.

Vanhemmuus

Kaikilla ei ollut saatavana mallia kotoa vanhemmuuteen, ei myöskään vuorovaikutukseen eikä tunteiden ilmaisuun. Vanhempien tuen puute lapsena, kun sitä olisi eniten tarvinnut, harmitti vielä aikuisenakin. Epävarmuus ja tuen puute vanhempana rasitti vastoinkäymisten koittaessa ja osa päätyi lopulta eroon omassa liitossaan.

Heikot tulot ja vaikeudet työn löytämisessä heijastuivat myös puolison ja lasten elämisen mahdollisuuksiin. Koko ajan kotona lasten kanssa ollessa ei vaimoilla myöskään ollut vapaa-aikaa eikä voinut rentoutua ja levätä kunnolla. Puolisoiden psyykkiset sairaudet heikensivät uskallusta hankkia lapsia kun eivät jaksaneet aina huolehtia itsestäänkään. Ympäristön odotukset ja vihjailut tuntuivat pahalta kun ei voinut eikä halunnut kertoa totuutta syystä. Aina ei fertiilissä iässä löytynyt sopivaa puolisoa, jonka kanssa olisi voinut ajatella perheen perustamista ja lapsen hankkimista.

Isät eivät ymmärtäneet äitien hermostumisen syitä eikä lasten tarpeita. Työssäkäyvät isät eivät tienneet, miten olisivat voineet olla apuna tilanteessa ja joutuivat myöskin valvomaan öisin ja väsyivät unen puutteessa. Tilanne oli tuttu MN:lle:

”Mies on välillä niin kun tuntennu ittensä vähän avuttomaks tai niin kun sillai voimattomaks kun tavallaan niin kun vois enemmänkin auttaa, mutta kun ei voi ja toisaalta hänkin on hurjan väsynny että niin kun häntä rasssa ihan yhtä lailla, huolettaa lasten tilanne ja tosin on hyvä nukkumaan, mutta

kuitenkin joskus heräilee yöllä ja on sitten kuitenkin omat työt ja omat työkiireet ja sitten tosiaan se on huolissaan sitten että miten mää pärjään että mihin tää meijän elämä niin kun menee."

Kotona olevaa äitiä nöyryytti olla huono ja riittämätön äiti. Isät harvoin osallistuivat spontaanisti perheen arkirutiineihin ja lastenhoitoon, heitä piti kehottaa siihen erikseen. Toiset äidit olisivat halunneet enemmän lapsia, jos kotityöt olisivat jakautuneet tasaisemmin ja isät olleet aktiivisempia lasten hoidossa. Lapsen kannalta ajateltuna ainoana lapsena oleminen ei tuntunut hyvältä ja monesti lähisukukin oli pieni. Suvun perinteiden jatkuminen oli siten uhattuna.

Äitien panostaminen uraan saattoi vieraannuttaa heitä lapsistaan kun aikaa perheelle jäi kovin vähän. Yhteistä aikaa ei puolisoiden kesken myöskään jäänyt.

Lapset

Lasten sairastelut, yövalvomiset ilman ulkopuolista hoitoapua ja jopa kuolema ilman riittävää henkistä tukea väsyttivät ja uuvuttivat. Pelko raskaus- ja synnytyskomplikaatioista ja periytyvistä sairauksista varjosti lasten hankkimista. Oman äidin mallin puuttuminen teki äideistä epävarmoja ja kulutti voimia. Muistot omasta vaikeasta lapsuudesta muistuivat ahdistavina mieleen omien lasten kautta. Ristiriidat kasvatuskysymyksissä tuottivat jopa päivittäin stressiä ja huolenaihetta ja kuormittivat parisuhdetta. Toimintojen ennakoimattomuus ja mahdottomuus suunnitella asioita etukäteen lasten kanssa teki selviytymisen vaikeaksi. Unen puute kiristi pinnaa. Lasten sairastelu vaikeutti hoitoavun saamista lapsille. Lapsien myötä tulleista haasteista kertoo MN:

"(Lapsella*) on ollu kaikki korvakierteet ja se on ollu koko ajan sairas tyyliin että me ollaan hirveen vähän päästy kotoa neljän seinän sisältä minnekään eikä meille oo oikein voinu pyytää vieraita jos on lapsia jos se on ollu sairas. Sillai tässä on ollu paljon että tässä viime, olikohan se maaliskuuta vielä kun se joutu, se kuivu niin paljon että se joutu yhen oksennustaudin aikana sairaalaan ja niin kun sen jälkeen tuntu että omat voimat alko olla aika lopussa, mutta sitten oli niin kun semmonen että ei jaksanu enää tehä mitään, ei jaksannu enää lähtee hakemaan sitä apuakaan että sitten se vaan oli sellasta selviytymistä jotenkin ja mää en tiijä että minkä takia mulle sitten kävi sillai että mää en enää osannu pyytää apua."*

Jotkut lapset olivat hyvinkin vaativia, takertuvia ja herkkiä eivätkä sietäneet stressitilanteita eivätkä vastoinkäymisiä. Heidän hoitamisensa oli vaativaa kun takertuivat äitiinsä ja itsenäistyivät hitaasti. Lasten koulukiusaaminen tuotti murhetta vanhemmille. Lasten itsetunto haavoittui ja he joutuivat jännittämään koulunkäyntiä. Vanhempien tehtäväksi jäi rohkaista lapsiaan, ottaa asiat käsittelyyn koulussa ja hakea lapsilleen ammattiapua. Vanhemmat joutuivat toteamaan monesti lasten luonteenpiirteiden ja asioiden periytyvän sukupolvelta toiselle ja että olivat välittäneet huonoja vaikutteita lapsilleen eivätkä olleet kyenneet estämään sitä. Vielä aikuisenakin lasten epäonnistumiset, sortuminen päihteisiin ja rikollisuuteen, kuolemat ja lastenlapsien huostaanotto surettivat kovasti. Se tuotti epäonnistumisen tunteita ja syyllisyyttä kasvatuksessa. Tällaista oli kokenut MM:

"Se niin kun loppuu lastenkin kanssa se, mää pystyn johonkin määrättyyn pisteeseen, mutta kun se loppuu, niin se loppuu… ettei se oo siitä kiinni ettenkö mää jostain tykkäis tai silleen että.. Ei se johu mistään semmosesta, vaan se johtuu minusta että mää en pysty sitä ratkaseen sitä ongelmaa… sitten pitäs vaihtaa jo joku toinen hoitamaan sitten.. se meni sillon pilalle jossain vaiheessa se(poika) ja rupes tekkeen niitä pahuuksia. No se ol siinä kun sen piti alakaa armeijaan mennä, siinä se oli siinä parinkympin korvissa."

Lasten erilaiset arvot olivat etäännyttäneet vanhempia lapsista aikuisena. Puolison runsas päihteiden käyttö haittasi yhteydenpitoa lapsiin ja lastenlapsiin. Muuttaminen paikkakunnalta toiselle oli

raskasta sekä lapsille että aikuisille ja heikensi heidän sosiaalista verkostoaan. Puolison matkatyö oli vaativaa yksin olevalle äidille kotona. Lasten muuttaminen pois kotoa aikuistuessa tuntui joistakin vaikealta, yksinäisyys ja tarkoituksettomuus lisääntyivät.

Lapset saattoivat olla ainut yhteinen asia lopulta puolisoiden kesken ja kun lapset kasvoivat ja aikuistuivat, ei vanhemmilla ollut enää mitään syytä olla yhdessä. Eron jälkeen lasten tapaamiset vaikeutuivat tai loppuivat kokonaan, jos lähivanhempi ei halunnut tapaamisten toteutuvan, vaikka etävanhemmalla oli virallinen tapaamisoikeus. Lapsien aiempi hyvä suhde etävanhempaan katkesi jopa niin ettei edes puhelinyhteys onnistunut. Etäisyydet lapsiin tekivät myös yhteydenpidon vaikeaksi. Lapset jäivät välikäteen ja vanhempien kiistakapuloiksi. Erosta seurasi useimmiten myös lapsille taloudellisia ongelmia. Seurauksena saattoi olla muutto toiseen asuntoon, muutoksia suhteissa etävanhemman sukuun ja perheen yhteisiin ystäviin. Myös etävanhemman elämä köyhtyi ja kapeutui, osalle jäi muistoksi katkera olo. Rinnalla ei ollut toista aikuista ratkomassa lasten arkipäivän ongelmia eikä tarjoamassa henkistä tukea. Hyvin toimineet suhteet lähivanhemman sukuun saattoivat katketa kokonaan. Elämä taantui ja polki paikallaan. Punainen lanka hävisi elämästä. Samaa kokivat ne, joiden perheessä toinen vanhemmista kuoli ja leski jäi yksinhuoltajaksi.

Lähivanhempi pystyi manipuloimaan lapsiaan miten tahtoi eikä etävanhemmalla ollut mahdollisuutta tuoda omia näkökantojaan esiin eikä puolustaa itseään. Kukaan ei valvonut erossa lasten etua ja se harmitti lapsensa menettänyttä vanhempaa. Vastaaja MM purkaa kokemuksiaan:

”Kaks vuotta tullee nyt kesäkuun alussa tuosta erosta. Se oli hyvin riitanen ja hankala ja on sitä yhä edelleenkin ja exä on hyvinkin katkeroitunut ja vihanen, mikä näkyy yhä edelleen noiden lasten tapaamisasioissa. ..Tulee viesti että lapset ei halua tavata, mutta kaiken kaikkiaan tuosta viestityksestä ja yhteyvenpidosta lapsien kanssa käy hyvin selkeesti ilmi että he ovat painostuksen alaisena siellä että minusta ei kärsi kotona siellä puhua mitään.”

Lapset saattoivat maksaa vanhempien välisistä riidoista ja käsittelemättömästä erosta kovan hinnan ja sairastua myöhemmin psyykkisesti. Uusperheissä uudet puolisot sekaantuivat ei-yhteisten lasten asioihin ja tekivät niistä entistä monimutkaisempia. Ei-yhteisiä lapsia pidettiin eriarvoisina, heitä käytettiin ilmaisena työvoimana, heihin kohdistettiin myöskin väkivaltaa enemmän kuin yhteisiin lapsiin sen kaikissa eri muodoissa. Ei- yhteiset lapset tunsivat olevansa tiellä uudessa perheessä eivätkä saaneet edes lähivanhemmaltaan sellaista tukea, jota olisivat toivoneet ja tarvinneet.

Sisarukset

Monesti sisaruksilla oli aikuisina samanlaisia ongelmia lapsuudenperheestä ja -kokemuksista juontuen, kuten masennusta, ahdistusta, jännitystä, unettomuutta, alamittaisuuden tunnetta, liikaa kiltteyttä ja vaikeutta pitää puoliaan. MM pohtii omaa ja sisarustensa masennusta ja sen taustoja:

”Kyllä sitä omaa alamittasuutta tuntee ja kokee että mehän ei olla mitään vahvoja persoonia oltu että me mentäs ja sanottas että minulla on muuten tohon mielipide. Me ei olla varmaan ensimmäisenä sormee nostamassa meijän porukassa, että antakaas kun minä puhun nyt, vaan mieluummin että minä tässä vaan kuuntelen ja oon hiljaa, näin. No näitähän tilanteita voi olla ite kullakin että ei mikään kiinnosta, ei huvita, mutta se on kuitenkin yhteinen piirre että... kyllä ne on väittänny että ne vähän menee näin suvuittain tämmösetkin jutut”

Toisinaan sisaruksilla saattoi olla hyvinkin erilaisia näkemyksiä ja kokemuksia samoista lapsena koetuista asioista. Sisarkateus saattoi jatkua vielä aikuisenakin jonkinlaisena vertailuna ja kilpailuna, joka ei tuntunut aina hyvältä. Tyttöjä ja pikkuveljeä saatettiin vähätellä sisarussarjassa vielä aikuisenakin. Lapset toimivat monesti yhdistävinä tekijöinä, mutta joskus kävi toisinkin päin ja perheellistymisen myötä tiet erosivat ja myöskin muutto toiselle paikkakunnalle harvensi tapaamisia.

Kullakin oli omat ongelmansa eivätkä he kyenneet välttämättä auttamaan toisiaan. Suuret ikäerot sisarusten välillä oli saattanut vieraannuttaa heitä toisistaan jo lapsena. Sisarusten puolisot saattoivat olla niin eri tyyppisiä ettei yhteydenpito perheiden kesken onnistunut eikä kiinnostanut enää. Puhelin ja sähköposti saattoivat jäädä ainoiksi yhteydenpitotavoiksi, joka harmitti, jos välit olivat muuten kunnossa.

Vaikeimpia asioita kohdattavaksi oli sisaruksen kuolema. Vielä aikuisikäisenäkin asia kosketti syvästi eikä suremiselle tahtonut jäädä aikaa eikä tilaa. Kuolemiin liittyi haastatelluilla dramatiikkaa ja se lisäsi omaisten tuskaa ja syyllisyyttä entisestään. Lähelle jäi suuri tyhjiö. Siitä oli kokemusta SN:llä:

”Veljen kuolema sillon 11 vuotta sitten, niin sehän oli sellanen elämän käännekohta, se tuntu sillon siltä että voinko minä enää koskaan olla onnellinen, voinko minä koskaan enää nauraa muistamatta sitä että (veli) on kuollu. Se oli niin traumaattinen asia… piti kolmekymppisenä kuolla onnettomuudessa tuolla kaukana.. Ei voinut nähdä häntä kun hänet oli tänne tuotu, niin häntä ei voitu näyttää meille, häntä ei voitu todeta että se on nyt tässä…, se ei enää ollu mahollista. Että se jäi meille niin kun jollain tavalla kesken se, se oli sillä tavalla niin traumaattinen kokemus se että ei ollu koskaan joutunnu sellasen asian äärelle. Niin se oli, niin mää sillon ajattelin, että mitään tään pahempaa ei voi enää sattua kun semmonen. Ei päivääkään mene etteikö sitä vaan muistais sitä poikaa kun se oli niin…”

Sisaruksen päihdeongelma vaikeutti yhteydenpitoa ja vieraannutti heitä toisistaan. Samoin erilaiset mielenkiinnon kohteet ja matkatöissä oleminen. Perintöriidat saattoivat olla lopullinen päätös yhteydenpidolle ja katkaista suhteet kokonaan vanhempien kuoleman jälkeen.

Suku

Vastaajien perheiden tapa pitää yhteyttä sukuun vaihteli kovasti. Toisten lapsuudenperheissä ei oltu haluttu pitää lainkaan yhteyttä sukulaisiin, jolloin lapsetkaan eivät oppineet tuntemaan sukulaisiaan eivätkä saaneet heiltä tukea myöskään aikuisena. Puoliso saattoi rajoittaa toisen vanhemman yhteydenpitoa omaan sukuunsa yhtenä läheisväkivallan muotona. Yhteydenotto tuntemattomiin sukulaisiin aikuisiällä ei tuntunut luontevalta, mutta joidenkin kohdalla tuotti iloisen yllätyksen kun löysi vielä vanhana uusia sukulaisia. Päihde- ja mielenterveysongelmat haittasivat yhteydenpitoa, kuten eri syistä johtuneet riidatkin. Perintöjen pohjalta syntyneet riidat olivat yleisiä ja niistä oli kokemuksia SN:lla sukulaistensa kanssa:

”Me ei olla sitä (serkkua) edes ikinä nähty ja sillä ei oo isää, se (täti) ei halunnu. Tää (isotäti) aina jostain onkii niitä tietoja ja kertoo siis jotain kuulumisia näistä, mutta me ei muuten tiijetä mitään. Ei me es tiijetä, missä ne asuu siellä Tssa. Ja meijän äiti on siitä kauheen surullinen, niin kun se on sellanen tyyliltään että kaiken voi antaa anteeksi ja mun mielestä se ei oo tehny mitään väärää ja nää siskot kokee että se on tehny väärää siinä perintöasiassa. Vaikka ne sai ihan perintöosuutensa ja näin eikä sitä jakamista mitenkään hirveen kauheesti ollu että ei siinä rikastumaan kukaan päässy, mutta riita kuitenkin saatiin aikaseks.”

Lapsille ei haluttu esitellä huonokuntoisia sukulaisia. Toiset eivät vain yleisesti kokeneet tarvitsevansa sukulaisia mihinkään omassa elämässään eivätkä pitäneet heihin yhteyttä. Tätä tapahtui varsinkin jos nuorempi polvi kouluttautui ja nousi sosiaalisesti ylempään luokkaan, jolloin suvulla ei ollut enää heitä kiinnostavaa tarjottavaa ja se korvautui omilla ystävillä ja työtovereilla. Hajallaan asuminen ympäri Suomea ja ulkomailla asti teki fyysiset tapaamiset haastaviksi. Masentuneet eivät jaksaneet pitää yhteyttä sukulaisiinsa eivätkä halunneet heitä aina kotiinsakaan kyläilemään kun sairaus oli pahimmillaan. Koko perhe jäi siten vaille kontaktia heidän kanssaan. Tapaamiset rajoittuivat monesti sukujuhliin.

Harrastukset

Harrastamista voimien palauttajana haittasivat mm. pitkät työpäivät ja epäsäännölliset työajat sekä itsellä että puolisolla, fyysiset sairaudet, masennus itsessään, pienet lapset ja osittain rahan puute, joka esti mm. matkustamista ja oman lomapaikan hankkimista. Osa turvautui juopotteluun television ääressä helpoimpana vaihtoehtona viettää vapaa- aikaa yhdessä puolison kanssa. Kaikilla pareilla ei ollut yhteisiä harrastuksia ja runsas ajankäyttö kummankin omiin menoihin erikseen nipisti yhteisen kotona olemisajan kovin vähäiseksi. Toisen harrastuksen arvostuksen puute ja sen väheksyminen harmitti myös ja verotti siitä saatua iloa. Sitä murehti MM:

”Muutaman vuoden päästä mää menin kuoroon, sitten menin toiseen kuoroon ja sitten niitten sovitteleminen siihen perhe-elämään..Mää itte tein siinä virheen, mää laiminlöin omaa perhettäni. Hällä (vaimolla) sattu viikonloppu joskus silleen että lauantain oli töissä ja sunnuntain vapaa, mutta mulle oli tärkeempi mennä laulamaan, enhän mää oo siellä kun 2 tai 3 tuntia, mutta tuota niin.. kyllä se tuossa sitten muutama vuos sitten se sano, mää olin vielä niissä kahessa kuorossa mukana että älä ihmettele jos mää tästä lähen kun sulla tuntuu noita menoja olevan niin paljon.”

Ystävät

Muutot katkaisivat ystävyyssuhteita, joita kummallakin vastaajaryhmällä oli lapsuudesta lähtien ollut aika vähän. Uusien ystävyyssuhteiden luominen aikuisena ei ollut helppoa. Sairaudet ja työ veivät voimat eikä seurapiirielämä kiinnostanut. Masentuneena ei jaksanut pitää yhteyttä entisiinkään ystäviin. Elämä pyöri pitkälti oman ja lasten perheiden ympärillä. Ero katkaisi myös monta ystävyyssuhdetta perhetuttuihin. Vanhemmilla vastaajilla ystävien ja perhetuttujen kuolema alkoi harventaa rivejä.

Masennus

Osalla sairaudet olivat periytyviä niin henkisellä kuin fyysisellä puolella. Niiden kanssa tunnettiin avuttomuutta, koska eivät olleet omilla toimilla estettävissä. Osalla luonteenpiirteet altistivat stressille ja vuorovaikutuksen ongelmille. Osa oli kokenut stressiherkkyyttä lapsesta lähtien. Rentoutuminen oli vaikeaa ja hermot olivat kireällä koko ajan. Ennen masennukseen sairastumista vastaajat olivat poteneet psykosomaattisia oireita, ahdistusta, paniikkihäiriötä, unettomuutta ja erilaisia kiputiloja. Sisaruksista tai vanhemmista ei saanut tukea, jos heitä vaivasi samat ongelmat. Perheissä saattoi olla sairautta myös lapsilla ja puolisolla yhtä aikaa. Heidän tukemiseensa masentuneilla ja uupuneilla ei juurikaan jäänyt energiaa eikä päinvastoin. Perheet pahimmillaan hädin tuskin selvisivät kotiaskareista ja lastenhoitokin vaati suuria ponnistuksia. Masentuneena ei aina pystynyt liikkumaan edes ulkona ja asioiminen virastoissa ja kaupoissa jäi terveemmän puolison varaan. MN kertoo tilanteestaan pahimman masennuksen aikana:

”Mää pelkäsin liikkua yksin ulkona että se oli jotakin ihan kauheeta että mää itkin sillon syyslomallakin mun siskollekin puhelimeen.. Mulle nous yks päivä kuume, mää en uskaltannu mennä ees pihalle että mää pelkään että mitä se (naapuri) tulee sanomaan. Mää tiijän että kuinka järettömältä se kuulostaa, kun nelikymppinen nainen ei uskalla mennä omaan pihaansa, mutta se pelko on jotain niin ahdistavaa että se ensimmäinen sairaslomaviikkokin että mää huomasin just sen että kun mää meen hakemaan postia tai vien roskat niin mää käyn kaikki ikkunat läpi että ei näy ketään ulkona ennen kun mää menen.”

Fyysiset ja psyykkiset oireet kietoutuivat usein toisiinsa eikä niiden hoito ollut helppoa kun aina ei diagnoosista ollut varmuutta eivätkä lääkkeet kyenneet poistamaan oireita. Ruumiilliset oireet koettiin hyväksyttäväksi ja kunnialliseksi tavaksi ilmaista henkistä pahaa oloa ja niinpä masentunut oli saanut kipulääkereseptin hoidoksi vastaanotolta mielialalääkkeen sijaan. Vaati pitkän ajan hoitosuhteessa ennen kuin otettiin todesta, ongelman ydin paljastui ja ymmärrettiin, mistä oikein oli kysymys. Jotkut olivat pitkittäneet avun hakemista toisten perheenjäsenten tarpeita priorisoimalla, jolloin oma tilanne oli päässyt jo kroonistumaan pahimmillaan eikä toipuminen ollut enää mahdollista.

Masennukseen sairastumista edesauttoi osalla vaativa persoonallisuus, periksi antamattomuus ja kovapäisyys, osalla liika kiltteys. Pakonomainen suoriutuminen ja uhrautuminen muiden puolesta ja vaikeus rajoittaa tehtäviään uuvuttivat ajan myötä, vaikka kyse olisi ollut alun perin hyvinkin mieluisasta tekemisestä. Vaativien henkilöiden oli vaikea sietää lepäävää ja rentoutuvaa läheistä ja he asettivat myös heille tiukkoja tavoitteita ja urakoita. Tauottomassa suoritusmylläkässä kumpikaan ei saanut riittävää lepoaikaa ja lopulta ajatukset tuntuivat pakkautuneen kaoottiseksi möykyksi eikä asioita kyennyt enää jäsentämään eikä käsittelemään tarvittavalla tavalla. MN:lla oli tästä kokemusta:

”Mää teen niin tunnollisesti kaikki työni, vähän liiankin pikkutarkasti ja sitten kun mää halusin tässä rakennusprojektissakin olla niin paljon mukana kun mahollista että mää haluan aina kokea kuuluvani, olevani osa sitä… just se tää vähän tämmönen työnarkomania... me ollaan itseltämme niin valtavasti vaativia persoonia itseämme kohtaan, niin minä kun mun siskokin eli se periksantamattomuus, niin se on semmonen, välillä, kuten nytkin se kostautuu omaa itteensä kohtaan.. mulla välillä aivot käy niin ylikierroksilla kun ne ottaa niitä ajatuksia sieltä ja täältä ja tuo vielä ja ne tulee välillä semmosina kaoottisina möykkyinä ne tekemättömät työt, mutta kun ne pitäs jotenkin saaha järjestykseen siellä.”

Masennukseen sairastuminen ja avun hakeminen siihen tuntui olevan edelleen vaikeaa. Kynnys oli korkea, sairauden myöntäminen vaati nöyrtymistä, jonka esteenä oli liika ylpeys. Pelättiin kasvojen menetystä, mutta toisaalta ei jaksettu edes hakea apua, koska masennus ja arjen pyörittäminen veivät voimat. Sisulla yritettiin mennä eteenpäin, vaikka tuntui vaikealta. Jaksamattomuuden myöntäminen itselle oli vaikeaa kun vaatimustaso oli aina ollut korkea omia suorituksia kohtaan eikä luovuttaminen tullut helposti kyseeseen. Avun hakeminen koettiin nöyryyttäväksi, leimaavaksi ja häpeälliseksi, niin ainakin vastaajista sillä hetkellä tuntui, kuten SN asian ilmaisi:

” Kai se on se kasvojen menettäminen ja nöyrtyminen. Kyl mää ittestäni sanon että mää oon hirveen ylpee, pitäs olla vähän nöyrempi.”

Masennus sinänsä heikensi kykyä ja voimia avun hankkimiseen. Viive hoitoon hakeutumisessa saattoi olla useita vuosia ensioireiden alkamisesta. Tunteista puhuminen oli ollut aina vaikeaa ja sairastuminen teki sen vielä vaikeammaksi. Masentunut saattoi joutua perheessään syrjityksi. Puoliso ei ollut kiinnostunut auttamisesta, vaan käänsi selkänsä ja moitti tekemättömistä asioista ja pienentyneistä tuloista sairauslomasta johtuen. Yhteiset asiat ja puheenaiheet saattoivat olla hyvin vähissä. Masentunut häpesi itseään suhteessa puolisoonsakin. Vaarana oli puolisonkin uupuminen ja masentuminen. Sairaus heikensi myös älyllisiä toimintoja, joka haittasi asioiden hoitoa ja työstä selviytymistä.

Lapsille tilanne aiheutti hämmennystä. Sairaudesta oli vaikea puhua heille. He saattoivat kokea syyllisyyttä siitä, olivatko olleet aiheuttamassa vanhempansa sairastumisen. Parissa tapauksessa perheen lapsi sairastui äitinsä jälkeen myös masennukseen. Masentuneen vanhemman oli vaikea jaksaa olla tukena lapsensa sairaudessa kun omakin tilanne oli huonolla hoidolla. MN:lle kävi niin:

”Mää näin mun omista lapsista kuinka hämmentyneitä ne oli mun käytöksestä, mää en ollu oma itteni, niin mää tiedän että, meitä on niin monta vanhempaa, syystä tai toisesta, on uupuneita ja

väsyneitä ja se vanhemman käytös saattaa hämmentää sitä nuorta ihan hirveesti…Mun lapset on kokennu asioita ja miten mää vanhempana kärsin siitä että mää tiuskin ihan turhasta mutta kun mää oon ollu niin väsynny, mää en oo kyenny hallitsemaankaan itseäni. Se ei johdu siitä lapsesta. Nyt omien lasten kanssa oon jutellu, niin kyllä meillä vallankin tyttö kärsii hyvinkin paljon, se itse asiassa itekkin masentu vähän viime syksynä."

Lääkehoito ei sopinut kaikille eikä sillä saavutettu toivottua hoitotulosta. Siitä aiheutui sivuvaikutuksia, mm. libidon heikkenemistä muutoinkin alavireiseen seksielämään ja painonnousua. Kenties hoito oli aloitettu ensimmäistä kertaa vasta vuosien oireilun jälkeen, jolloin ennuste oli jo huono. Osalla masennus palautui episodeittain ja väliaikoina oireet saattoivat olla kokonaan poissa. Alkoholin liikakäytön vaara vaani oireiden lievityksessä. Aina ei apua tuntunut saavan mistään eikä tiennyt, mistä sitä löytyisi. Osa ei tiennyt apua hakiessaan itsekään, mikä heitä vaivasi, koska mukana oli myös ruumiillisia oireita. Kaikilla ei ollut ketään, jonka kanssa olisi voinut jakanut kokemuksiaan ja joka olisi kokenut samaa. Sairaus jätti parannuttuaankin jäljelle henkiset arpensa.

Fyysiset sairaudet

Fyysiset sairaudet, jotka olivat osittain periytyneitä, lisääntyivät iän myötä ja rajoittivat sekä työn tekoa että vapaa-ajan viettoa enenevässä määrin. Pelko työkyvyn menetyksestä ennen eläkeikää varjosti mieltä. Tilannetta ei helpottanut se että sairauksista johtuvat kivut valvottivat öitä ja aiheuttivat pelkoa, kun ei tiennyt aina mistä vaiva johtui. Mieliala laski ja henkinen uupuminen lisäsi pelkoa entisestään. Tällaista oli kokenut MN, joka oli joutunut sairastuttuaan mielestään epäoikeudenmukaisesti työttömäksi ennen kuin valitusten kautta pääsi eläkkeelle:

Lapsuudesta lähtien on ollut kasvukipuja, fibromyalgia diagnoosi tehty. Kipuja on jatkuvasti, yöunet on huonot, paikkoja särkee koko ajan. Lisätutkimuksiin olen menossa. Ensimmäistä kertaa on masennus todettu, vaikka jaksamisongelmaa on ollut jo ainakin 10 v…Työttömyys ollut vaikeaa, kun ei kelvannut mihinkään. Nyt on hyvä olla kotona, kun ei jaksa olla töissä. Entisellä työnantajalla ei ollut enää varaa maksaa palkkaa, piti ottaa työllistettäviä säästösyistä töihin ja laittaa minut, ammattikoulutettu, kokenut työntekijä kortistoon. Kyllä se tuntui epäoikeudenmukaiselta, ei siinä ollut mitään järkeä. Omaa palkkaakin alennettiin loppuvuosina kun tehtävät muuttuivat.

Fyysinen kunto heikkeni kun ei jaksanut liikkua tarpeeksi eikä huolehtia sairauksien hoidosta, etenkin masentuneena. Sairauslomillekaan ei uskaltanut irtisanomisen pelon vuoksi jäädä ennen kuin oli ihan pakko. Sairauslomalla ollessaan vastaajat kokivat olevansa kokonaan yhteiskunnan ulkopuolella ja potivat huonoa omaatuntoa kun tiesivät työtovereidensa joutuvan hoitamaan sillä aikaa heidän työtehtävänsä omien töidensä lisäksi. Oma ja puolison ikääntyminen huoletti. Siihen liittyvät oireet ja sairaudet olivat alkaneet vaivata yllättävän varhain ja niiden seurauksena osa haaveista jäisi toteutumatta. Pelkoa aiheutti se, miten sairauksien kanssa selviää ja mistä saa apua ja tukea.

Alkoholin käyttö

Alkoholin käyttö pysyi valtaosalla sairastuneista hallinnassa ja sitä käytettiin lääkkeenomaisesti rentoutumiseen, jännityksen ja ahdistuneisuuden poistoon ja tilapäisesti mielialaa kohottamaan. Pidempiaikaisesti siitä ei kuitenkaan ollut ratkaisukeinoksi ja osa myönsi että lääkehoito täsmälääkkeillä osoittautui paremmaksi vaihtoehdoksi masennuksen hoidossa. Puolison alkoholin liiallinen käyttö vaikutti sairastuneen mielialaan ja stressasi. Myöhään venyneet ravintolaillat haittasivat kotona olevan puolison yöunia ja humalassa syntyi riitoja ja joskus puoliso joutui pakenemaan paikalta henkensä säilyttääkseen. Mustasukkaisuus oli monesti riidan aiheena ja enemmän alkoholia käyttänyt osapuoli yritti rajoittaa ja vahtia kotona olevan puolison elämää estäen

tämän yhteydenpitoa kodin ulkopuolelle. Paljon alkoholia käyttäneet arvioivat että olisivat juoneet vielä enemmän, jos siihen olisi ollut varaa. Rahan puute sääteli käytön määrän sellaiseksi ettei alkoholista ollut aiheutunut vakavampia sairauksia. Ikä ja heikentynyt terveys vähensi myöskin alkoholin käyttöä. Sitä kertoi SM:

”Ei terveys ennää kestä nykyään. Joulun ja uuven vuojen välin mätin tai alotin vähän ennen joulua semmose viikon-puolentoista putken, mutta sitten perkele mennee saman verran aikaa kun siitä pääsee kuntoon.”

Taloudellinen tilanne

Huono taloudellinen tilanne oli saattanut olla johtamassa masennuksen syntyyn, mutta olla myös seurausta työkyvyn laskusta tai menetyksestä kokonaan sairauteen liittyen. Perheen tulotason lasku kosketti kaikkien perheenjäsenten taloutta ja vaikeutti jokapäiväisestä elämästä selviytymistä ja tulevaisuuden suunnittelua. Lapsille ei voinut maksaa viikkorahaa eikä ollut varaa maksullisiin harrastuksiin. Koulun käymisen rahoittaminen keskiasteen oppilaitoksissa ja ajokortin hankkiminen pakotti lapset etsimään töitä. Perhe joutui ajamaan vaimon häpeäksi ruosteisella vanhan mallisella autolla eikä kodin sisustus pysynyt trendien perässä. Köyhyys näkyi myös vaatteissa ja ruokapöydän antimissa. Etenkin miesten oli vaikea tottua elämään vaimon tulojen varassa. Konkurssin kokeneet perheet eivät koskaan päässeet kunnolla jaloilleen velan maksun kestäessä jopa eläkeikään saakka. Velkaantumaton puoliso yritti pitää perheen talouden kunnossa ja tehdä entistä enemmän töitä. Kovakaan työnteko ei aina tuottanut vapautusta velkataakasta ja elämä jäi näköalattomaksi tulevaisuuden suhteen. Tulojen epävarmuus stressasi mm. yrittäjiä, tutkijoita, provisiopalkalla työskenteleviä, kuntoutustuella olevia ja pätkätyöläisiä. Eron jälkeinen ositus saattoi monet pahaan velkakierteeseen ja samanaikainen masennus vei kyvyt ja halut huolehtia taloudesta. Tästä purkaa mieltään MM:

”Mutta varsinkin kun yrittäjänä sitä on, niin rahaa ei tuu, varsinkaan jos ei niitä paperitöitä tee,… että mulla on menny.. en ees likimainkaan tiiä että minkä verran on menny työtunteja hukkaan, tavaroita menny hukkaan, jääny laskuttamatta. Että ei oo ollu sillä tavalla, jos se nyt sanotaan että kun aattelen nyt asiaa että tää fyysinen tekeminen on ollu helppoo, mutta näitten älyllisten toimintojen pyörittäminen on tuntunnu niin raskaalta ja vaikeelta että ne on jääny sitten puolinaiseksi ne tekemiset siellä. ..Ero meni niin kun perinteisesti puolet ja puolet että omaisuus vaimolle ja velat mulle. Että se on tässä nykyisessä suhteessa rasitteena että ei oo sillä tavalla vapaita käsiä sitä tulevaisuutta miettimään ja suunnittelemaan eteenpäin kun ei oo niitä taloudellisia resursseja siihen sitten…”

Tiukimmillaan vastaajat joutuivat hakemaan toimeentulo- ja asumistukea, joita ei kuitenkaan velkaantuneille myönnetty. Osa oli menettänyt luottotietonsa niin ettei voinut saada enää edes lisää velkaa. Osalla ei ollut myöskään ketään, keneltä lainata rahaa, kun lähipiiri kamppaili saman ongelman kanssa.

Persoonallisuustekijät

Masennukseen sairastumiseen ja stressiherkkyyteen liittyi joitakin yhteisiä persoonallisuuden piirteitä. Monien itsetunto oli ollut heikko lapsuudesta lähtien, kuten omilla vanhemmillakin. Menetykset tuntuivat heistä vielä raskaammilta kuin muilla. Monet olivat paljon itseltään vaativia puurtajia, jotka etsivät itselleen hyväksyntää uhrautumalla toisten puolesta, tekemällä toiselle hyvää ja unohtamalla itsensä ja omat tarpeensa. Heiltä puuttui tervettä itsekkyyttä. Osalla oli kokemuksia hyväksikäytetyksi tulemisesta tähän liittyen. Loputon joustaminen ja periksi antaminen kääntyivät

itseä vastaan ennen pitkää. Se mahdollisti mm. puolison juomisen tai läheisväkivallan jatkumisen. Avun hakeminen ei ollut helppoa ja siinäkin asiassa jahkailu ja vaikeus tehdä päätöksiä itsenäisesti kostautuivat hoitoon pääsyn viivästymisellä. Vaikeus ei johtunut pelkästään masennuksesta, vaan oli ollut nähtävissä koko elämän ajan jonkinlaisena jämäkkyyden puutteena, arkuutena ja epävarmuutena. He eivät kyenneet pitämään puoliaan enempää työssä kuin vapaa-aikanakaan. Seurauksena oli työssä uupumista ja roikkumista epätyydyttävässä parisuhteessa vuosia tai vuosikymmeniä. MM pohtii omaa tilannettaan:

”Mää kuvittelisinkin että molemmat meijän vanhemmat oli, voi sanoa kirjan mukaan kiltteydestä kipeitä, joka on sitten seurannu meitä lapsiakin, josta johtuu sitten nää monetkin asiat omassa elämässäkin. Kyllä mää harvoin näin isän oikein suuttuvan että en mää oikein muistakkaan,.. että paljon tiukempikin olis voinu olla. Että tuota sillä tavalla hyväntahtoset ihmiset.. että kyllä mää ite opettelen toisenlaista vaihetta nyt tässä vaiheessa elämää.”

Omista asioista oli vaikea puhua kenellekään läheiselle puhumattakaan ammattiauttajista. Myöskään hoitavat henkilöt eivät aina ymmärtäneet oikein uupuneen ja väsyneen ihmisen signaaleja, vaan keskittyivät hoidossa esim. johonkin somaattiseen oireeseen mielialan sijaan. Luottamuksen pettäminen aikuisiän ihmissuhteissa pahensi vielä tilannetta. Oli tapana jättää asiat mieluummin käsittelemättä ja unohtaa ne kuin alkaa selvitellä niitä. Pahalle ololle ei löytynyt sanoja tai ne ilmaistiin ruumiin kielellä. Sosiaalisissa tilanteissa oleminen ei ollut luontevaa ja siitä oli haittaa niin työssä kuin vapaa-aikana. Joutui ponnistelemaan äärimmilleen. Jyrkkä, joustamaton ja periksi antamaton luonne vaikeutti vuorovaikutusta. Oli tapana kantaa huolta, murehtia ja surra liiaksi omia ja toisten asioita voimatta tehdä niille mitään. Sosiaalinen tuki jäi vähäiseksi ja vastaajat mielsivät että elämästä pitää selvitä omin avuin. Lapset asettivat vanhemmat ajoittain jaksamisen äärirajoille sekä henkisesti että fyysisesti ja paljastivat vanhemmista väsyneinä esiin sellaisia negatiivisia piirteitä, joita he eivät uskoneet itsessään olevan. Masennus heikensi osaltaan kykyä nähdä asioiden myönteisiä puolia, nauttia elämästä, tuntea iloa ja onnea.

Arvot

Arvoristiriidat kuohuttivat mieliä monessa kohden elämää. Perinteiset työnteon arvostus, omillaan pärjääminen, rehellisyys ja vanhempien kunnioitus sekä isänmaallisuus, joihin vastaajat olivat lapsena kasvatettu, eivät enää päteneetkään omassa aikuisuudessa. Arvojen muutos aiheutti sisäisiä ristiriitoja. Rahan ja tuottavuuden arvon ylikorostaminen tuntuivat yksilöiden ja työntekijöiden riistolta. Tällaisena tilanteen näki MM:

” Tää yhteiskunta on kun mätäpaise, ei tää voi jatkua. Jos pörssiyhtiöt vaatii tulosta ja ihmisiä ulos ja entisiltä vaaditaan enemmän, se on ihan sulaa hulluutta kuvitella että ihminen ykskaks muuttuu koneeks, joka kestää ihan mitä vaan ja.. ei se toimi.”

Omien lasten kasvatuksessa mietitytti, millä arvoilla lapset pärjäävät tulevaisuudessa, voiko heidät kasvattaa samaan arvomaailmaan kuin missä itse elää tällä hetkellä. Koettiin monia pelkoja ja huolia lasten tulevaisuudesta. Puolisoiden erilaiset arvot vaikeuttivat perheen yhteisten päätösten tekoa ja lasten kasvatusta. Suvaitsemattomuus erilaisia arvoja kohtaan loukkasi ja haittasi puolisoiden keskinäisiä suhteita.

Maaseudun arvostuksen mureneminen ja maalla asumisen mahdollisuuksien heikkeneminen suretti. Kaupunkielämän kiireisyys ja erilainen elämäntapa ärsyttivät ja sopeutuminen siihen maalta muuttaneille oli vaikeaa. Kerrostalossa asuminen koettiin kärvistelyksi ja lusimiseksi betonihelvetissä. Väkivallan pelko rajoitti ulkona liikkumista. Käden taitojen arvostuksen häviäminen surettivat varsinkin niitä, jotka olivat tottuneet sillä tavalla ansaitsemaan leipänsä tai nauttineet siitä harrastuksena. Huoli luonnon säilymisestä tuleville sukupolville oli mielessä.

Uskontoon liittyvät ristiriidat, erilaiset uskonkäsitykset saman perheen sisällä, vähäinen uskonnollinen kotikasvatus, seurakunnassa tapahtuneet väärinkäytökset ja kansankirkon mitäänsanomattomuus vähensivät uskonnon mahdollisuutta olla tukena omassa elämässä. Negatiivinen ajattelutapa ulkomaalaisia kohtaan oli lisääntynyt henkilökohtaisten kokemusten jälkeen. Avun tarvetta nähtiin olevan paljon kotimaassakin.

Tulevaisuus

Tulevaisuus koettiin arvoituksellisena ja pelottavana. Maailman katsottiin olevan menossa hullumpaan suuntaan. Luonnonmullistukset, väkivalta, sodat, energiakriisit huolettivat. Arvojen koveneminen, yhteisvastuullisuuden häviäminen, toisesta välittämisen lakkaaminen surettivat ja pelottivat. Kaupunkiympäristö koettiin vieraaksi ja maalle muutto takaisin oli monella toiveena, jos olisi ollut varaa siihen. Tällaista oli kokenut SN:

" Ja sitten mää en tiiä, mulla on varmaan joku luonnevika kun mää en tykkää olla kaupungissa, mää haluan muuttaa koko ajan pois täältä, mää kaipaan sinne maalle, jossa mää oon ikäni kasvannu ja ollu. Mää en oo kotiutunnu (kaupunkiin), vaikka mää oon nyt ollu niin kauan aikaa, mutta mää en oo kotiutunnu sillä lailla…Kaupunki ei oo minun paikka. Ei se oo yksin se ajatus, siinä on paljon muuta. Musta nää kaupunkilaiset on niin erilaisia. Että ne ihmiset siellä maalla on aidompia, jotenki niin erilaisia. Täällä se on jotenkin sellasta jäykkää tää touhu täällä. Että se on erilaista, sitä just sitä ympäristöö siellä maaseuvulla kaipaa aina. Tää on jotenkin tää kaupunki kun täällä on aina kiire-olevinaan, vaikka ei oiskaan sitten. Pittää vaan mennä veuhtoo tuolla tukka putkella tuolla kaupassa että pittää äkkiä selevitä. Mutta se on mulla jotenkin tuntuu että kun siellä (maalla) käy niin tuntuu että ne ihmiset on siellä paljon rauhallisempia siellä että ei ne hirveetä kyytiä kävele, vaan ne lompsii kaikessa rauhassa siellä kylän raitilla että ei niillä oo siellä semmosta tulipaloo takapuolessa kun täällä. Että en tiiä, että oonko mää aivan väärässä, että onko niilläkin kiire, mutta ei ne näytä sitä ulospäin."

Terveyteen, toimeentuloon ja käytännön asioihin liittyi huolia. Miten selviää, jos jää yksin eron tai kuoleman seurauksena tai itse tai puoliso sairastuu? Miten selviää omaisten hoidosta, entä taloudellisesti, jos menettää työpaikkansa? Lähipalveluiden katoamisen nähtiin vaikeuttavan asioiden hoitoa vähävaraisena. Pelkoa herätti myös, miten selviää asioiden hoidosta kun ei ole taitoja käyttää tietotekniikkaa.

Lasten koulunkäynti ei vastannut perheiden ja lasten tarpeita kaikelta osin. Yksilöllisyyttä puuttui, kaikkia opetettiin saman mallin mukaan, vaikka lähtökohdissa ja tavoitteissa oli suuria eroja. Lasten kasvatuksessa koettiin voimattomuutta. Miten saada lapset pidettyä tervejärkisinä nykyisessä maailmassa? Pelkona oli myös että vanhempien sairaudet ja kodin ristiriidat periytyisivät lapsille haitaten heidän elämäänsä. Osalla oli jo aikuisia lapsia, joiden elämää varjostivat oma tai puolison päihde- tai mielenterveysongelma tai rikollisuus eikä heidän tulevaisuutensa näyttänyt valoisalta. Vanhemmilla ei ollut enää mahdollisuutta vaikuttaa heidän asioihinsa, joka aiheutti surua ja avuttomuutta ja myös syyllisyyttä niiden syistä.

5.3.4.4. Elämänhallintaa helpottaneita tekijöitä aikuisena stressiryhmällä ja masentuneilla

Kaikilla oli ollut elämän aikana paljon myöskin voimavaroja ja selviytymiskeinoja. Monet puutteellisissa olosuhteissa lapsuutensa viettäneet olivat onnistuneet löytämään kompensaatiokeinoja lähiympäristöstään lapsena ja omasta perheestään ja työstään aikuisiällä. Uupuminen ja masennukseen sairastuminen ja niiden hoito toivat mukanaan myös tarvetta etsiä uusia selviytymiskeinoja. Moni koki onnistuneensa siinä, olivatpa saaneet ammattiapua tai ei. Osalla sosiaalinen verkosto oli vahva ja myöskin työyhteisö auttoi jaksamaan eteenpäin niin että tilanne

alkoi korjaantua. Monet pitivät tilanteen kriisiytymistä ja siitä selviytymistä merkittävänä oppimiskokemuksena ja mahdollisuutena muuttaa pysyvästi asioita elämässään. Kriisi antoi mahdollisuuden ja motivaation jo pitkään odottaneeseen muutostarpeeseen. Vastaajat uskoivat kokemuksistaan olevan hyötyä tulevien kriisien varalle ja arvelivat koko perheen hyötyneen vaikeasta tilanteesta lopulta. Vastaajien koodaus noudattaa samaa mallia kuin aiemminkin eli ainoastaan ryhmä (M, S, C, P) ja sukupuoli (N, M) näkyvät tunnistamisen välttämiseksi.

Isovanhemmat

Eliniän noustessa monilla oli aikuisena vielä isovanhemmatkin elossa. Lapsena luodut läheiset suhteet heidän kanssaan jatkuivat monesti kuolemaan asti. Heidän hoitamisensa koettiin velvollisuudeksi ja toisaalta myös palkitsevaksi. Siihen osallistui parhaimmillaan useampi lapsi ja lastenlapsi, jolloin taakka ei ollut sietämätön.

Omat vanhemmat

Omien vanhempien kautta saatiin monenlaista tukea vielä aikuisiälläkin. Etenkin äidin apu ja tuki saattoi olla lähes päivittäistä. Lastenhoitoapu koulun jälkeen ja lomilla oli tarpeen, lapset viettivät kesälomilla joskus pitkiäkin aikoja heidän mökillään. Lastenlapset lähensivät monesti aikuisten lasten ja heidän vanhempiensa välejä. Vanhemmat saattoivat vierailla lastensa perheissä ja oleskella pidempiäkin aikoja heidän luonaan, jos eivät asuneet lähellä ja päinvastoin. Vanhempien luona käydessään tai juhliin osallistuessaan aikuiset lapset tapasivat sukulaisiaan ja kuulivat uutisia heistä. Etenkin juhlapyhinä mm. jouluna aikuiset lapset saattoivat kokoontua vanhempien luokse tapaamaan toistensa perheitä. Väliaikoina yhteyttä pidettiin vanhempiin ja sisaruksiin soittelemalla. Tällaista tukea kokee saaneensa MN:

”Että kun meillä on esimerkiks semmonen tapa että joka toinen joulu vietetään siellä porukalla, ainakin tähän asti on vielä kaikki sisarusten lapsetkin siihen suostunnu, mutta sillai että me ollaan sitten aina siellä äidin ja isän luona, niin kun aina yhessä laitetaan se joulu, vietään sitä sitten ainakin siellä se aattopäivä yhessä että meitä on siellä sitten yhessä yli 20”

Vanhemmilta saaduilla opeilla ja neuvoilla oli käyttöä aikuisena. Rehellisyys, työn tekemisen taito ja arvostus olivat kaikille tuttuja kasvatusperiaatteita. Vanhemmat toimivat aikuisille lapsilleen tietolähteinä vanhoissa asioissa, suvun tarinoissa ja toivat lapsilleen esiin suvun juuria ja välittivät kulttuuriperinteitä. Unohtaa ei sovi myöskään lasten ja heidän perheidensä monesti saamaa taloudellista tukea vanhemmiltaan. Vanhemmista on myöskin seuraa aikuisille lapsilleen ja päinvastoin. Yhteiset puuhat koettiin mieluisiksi. Tietoa ja taitoa välittyi aikuisenakin vielä vanhemmilta lapsille. Äidin puuttuessa tai ollessa etäinen anoppi saattoi korvata häntä ja toisaalta tarjota vaihtoehtoisia naisen ja äidin malleja. Vanhempien eron jälkeen aikuiset lapset olivat usein omaksuneet luontevan tavan pitää yhteyttä vanhempiinsa erikseen. Suhteet olivat lähentyneet monesti oman itsenäistymisen myötä.

Ikääntyneiden ja sairaiden vanhempien hoito oli korvausta siitä avusta ja huolenpidosta, jota lapset olivat heiltä aikanaan saaneet. Vanhemmista huolehtiminen tarjosi sisältöä elämään. Se piti ryhtiä yllä elämässä. Vanhemmat ojensivat toisinaan lapsiaan vielä aikuisenakin heidän mielestä vääristä valinnoista –joskus täysin aiheellisestikin. Aina eivät lapset olleet toimineet vanhempiensa hyvien ohjeiden tai neuvojen mukaisesti ja olivat aiheuttaneet harmia itselleen ja vanhemmilleen. Vanhempiensa omaishoitajana toimiva SM kertoo tilanteestaan:

”Sitä on nyt ruvennu funtsaamaan sitä että ne on loppujen lopuks mua niin paljon auttannu että kyllä se on melekeen niin kun mun velevollisuus kattoo se niitten vanhuus että mitä.. Eikä tässä vielä

mittään, mutta sitten kun ne ei ennää pysy omilla tolopillaan, niin sitten ne on laitettava johonkin laitokseeen. Niin kauan saavat olla tossa kun.. minä jouvan työtön ukko siinä käymään.. Eihän ne siitä (vankeustuomiosta) tietenkään mieleissään ollu, oihan se jonkin sortin sokki niille, kun sitä rehellisyyttä on yritetty takoa päähän, niin..minkäs sille mahtaa…"

Jotkut oppivat tuntemaan etävanhempansa vasta aikuisena. Kokemus saattoi olla hyvinkin merkittävä ja suhde alkoi elää uudelleen. Biologisen äidin puuttuessa hän korvautui usein elämän myötä jollakin muulla aikuisella: kasvattiäidillä, vuokraemännällä, isän uudella naisystävällä tai anopilla. Suvun tabut saattoivat selvitä vasta aikuisena lapsille. Totuuden paljastuminen pitkään jatkuneissa epäselvissä ja mieltä askarruttaneissa asioissa oli helpotus, vaikkakaan ei aina helppo hyväksyä ja antaa anteeksi, varsinkin jos vanhemmat olivat salanneet asioita lapsiltaan vuosikaudet, kenties vuosikymmenetkin, tai valehdelleet asioita.

Oma perhe

Oma perhe pystyi kompensoimaan monia lapsuus- ja nuoruusvuosien puutteita parhaimmillaan. Se oli alun perin auttanut irtautumaan lapsuuden perheestä ja kehitti omia vahvuuksia ja auttoi saavuttamaan oman itsenäisen aseman aikuisena. Parisuhde ja perhe loivat mielekkyyttä, tarkoitusta ja jatkuvuutta elämään. Perheen kanssa oppi käsittelemään ja puhumaan omista asioistaan. Sen myötä avun saaminen myös muualta kävi mahdolliseksi. Perhe opetti sosiaalisia taitoja. Puolison aktiivinen ja rohkaiseva asenne helpotti avun hakemista esim. masennuksen yhteydessä. Puoliso oli tukena ja turvana varsinkin vaikeina hetkinä. Hän saattoi rohkaista omalla esimerkillään eteenpäin ja puolison omat masennuskokemukset auttoivat häntä ymmärtämään toisen sairautta. Perheenjäsenet auttoivat konkreettisesti toisiaan sairauden yllättäessä kun ei itse jaksanut suoriutua askareista. Puolison rooli koettiin merkittäväksi myös uusia, suuria päätöksiä tehtäessä. Parhaimmillaan suhde puolisoon oli paras ihmissuhde elämässä. Hyvä perhe oli bonusta elämässä, se tuotti onnistumisen kokemuksia ja siten vahvisti itsetuntoa ja auttoi ihmisenä kasvamista. Siitä oli kokemusta MM:llä:

"Se on niin kun helpottannu tätä elämää että kun on sellanen varmuus että on löytänny sellasen naisen että tuntuu että huumorit osuu kohalleen ja ei mitään kauheita konflikteja ole. Sitä on jo vähän oppinnu itekkin joustamaan vähän jossakin asioissa."

Yhteinen kollektiivinen muisti puolison kanssa helpotti asioiden tarkastelua, samoin samantyyppinen ammatillinen tausta. Suvaitsevaisuus, avoimuus ja kohtuulliset vaatimukset toista kohtaan auttoivat pärjäämistä yhdessä. Yhteiset kokemukset hioivat selviytymään yhdessä. Jo se että perhe oli pysynyt kasassa, tuotti joillekin suurta tyydytystä. Se edellytti kuitenkin vastavuoroisuutta ja tasapuolisuutta työnjaossa ja vastuissa. Yhteinen huumori kevensi ilmapiiriä. Puoliso lievitti yksinäisyyttä, oli mukava harrastaa ja tehdä asioita yhdessä. Puolison stressi heijastui helposti toiseen osapuoleen ja toisaalta myös sen korjaantuminen auttoi molempia. Puolisosta oli huomattava apu lastenhoidossa. Matkatöissä oleminen ei olisi ollut mahdollista ilman jämerää kotona olevaa puolisoa. Perhe muodosti sopivan vastapainon työlle ja päinvastoin. Työn säännöllisyys rauhoitti perhe-elämää, auttoi suunnittelemaan sitä ja ennakoimaan taloudenhoitoa. Aina eivät parisuhteet kestäneet, mutta eron jälkeen muodostunut uusi parisuhde saattoi olla myös mahdollisuus tuoda uusia, erilaisia näkökulmia elämään ja poistaa turhia ennakkoluuloja. Toisaalta eroprosessi opetti myös omien rajojen määrittelyä ja selvensi tavoitteita, jotka auttoivat uudessa suhteessa eteenpäin.

Lapset

Lapset tuottivat myönteisiä kokemuksia ja lisäsivät jaksamista. Oma äitiys auttoi ymmärtämään omaa äitiä. Lapsilta sai ainutlaatuisia rakkauden ja hyväksymisen kokemuksia. Ne helpottivat

yksinäisyyden kokemista, mahdollistivat pitkäaikaisen ihmissuhteen jatkumisen. Lapset opettivat ja antoivat vanhemmilleen paljon. Heidän kauttaan vanhempien itsetuntemus lisääntyi. Lasten onnistuminen ja selviytymien tuotti tyydytystä vanhemmille. Hyvä hoitopaikka auttoi selviytymistä lasten kanssa arjesta ja helpotti jaksamista. Yhteisen ajan löytyminen oli vaikeaa pikkulasten vanhemmilla, sitä otettiin lasten nukkuma-aikana. Lasten kasvaminen ja toipuminen pitkäaikaisista sairauksista helpottivat elämää ja vanhempien jaksamista. Lasten tuomia myönteisiä asioita kuvaa MM:

”Kyllähän ne on antannu hirvittävästi kaikkea että lapsien kautta sitä oppii itestään ihan älyttömästi että ne on antannu tavallaan itelle sitä että niin kun oppii tuntemaan niin kun ittensä eri tavalla ja sitten tietysti ne antaa iloa ja ne antaa huolta ja ne antaa surua välillä, harmitusta että sanotaanko niin kun tunteitten varmaan kaikki skaalat käy läpi niitten lasten kanssa. Mun mielestä lapset on antannu, jos ihan kiteyttää, niin sen elämän tai elämän tarkotuksen ihan sitten.”

Tulehtuneissa parisuhteissa lapset nähtiin syynä pysyttäytyä yhdessä vaikeuksista huolimatta. Avun hakeminen parisuhdeongelmaan nähtiin tarpeellisena myös lasten kannalta. Omilta vanhemmilta, kuten myös suvulta ja sisaruksilta saatu tuki ja apu auttoivat jaksamaan vaikeassakin perheessä ja haastavissa elämäntilanteissa. Suvun kautta toivottiin lapsille seuraa aikuisena.

Lasten hankkiminen ei kaduttanut, vaikka parisuhde oli myöhemmin päättynyt eroon. Hyvinä säilyneet suhteet lapsiin helpottivat erosta selviytymistä. Usein ajan kuluessa erohetkellä tulehtuneet välit puolisoon paranivat ja puheyhteys palautui ja lapset ja lastenlapset yhdistivät erillään asuvia vanhempia myönteisellä tavalla. Toisaalta lasten aikuistuttua ei ollut enää velvollisuutta pitää yhteyttä hankalaan ex-puolisoon ja kiistellä lasten asioista. Elatushuoletkin helpottivat. Parisuhde saattoi parantua lasten aikuistuttua ja muutettua kotoa pois. Aikuisista lapsista oli paljon käytännön apua vanhemmilleen. Lapsettomien kohdalla lapsettomuuden hyväksyminen helpotti elämää. Työ lasten kanssa saattoi korvata omia lapsia onnistuneesti.

Sisarukset

Omat sisarukset olivat aikuisina hyvinkin läheisiä toisilleen. Samanlainen huumori, luonteenpiirteet, elämäntavat ja arvot auttoivat viihtymään yhdessä ja ymmärtämään toisiaan. Yhteinen tausta, yhteiset lapsuusmuistot ja kohtalot yhdistivät heitä ainutlaatuisella tavalla. Varsinkin siskosten kesken lapset lisäsivät yhteenkuuluvuuden tunnetta ja he saattoivat auttaa toisiaan lastenhoidossa ja tavaroiden kierrätyksessä. Sisarukset olivat kasvattaneet toisiaan merkittävällä tavalla luomalla kykyjä yhteistoimintaan ja vuorovaikutukseen, myöskin ongelmien ratkaisuun, joista oli ollut hyötyä myös muissa ihmissuhteissa aikuisena. Sisarusten tapaamiset sujuivat usein helpoiten vanhempien luona, jonne he kokoontuivat juhlapyhinä ja lomilla tapaamaan toisiaan ja vanhempiaan. Myös vanhempien kesämökki saattoi olla yhteisenä lomailu- ja juhlintapaikkana. Yhteydenpito silloin kuin tapaamiset eivät olleet mahdollisia tapahtui tekstiviestein, sähköpostein, mesettämällä tai puhelimella jopa lähes päivittäin.

Sisaruksista oli ollut toisilleen tukea erotilanteissa, lapsuusperheen jäsenen tai muun läheisen kuoleman yhteydessä, myös perinnöllisten sairauksien kohtaamisessa, tilapäismajoituksen tarpeessa sekä monissa pikku käytännön askareissa. Vanhempien kuolema saattoi toimia myöskin sisaruksia yhdistävänä tekijänä. Perikunnan yhteinen omaisuus, kuten kesämökki tai maapalsta voivat lisätä yhteydenpitoa ja lähentää henkisesti. Pitkän yhteisen menneisyyden läpikäynti muistelemalla ja vanhoja valokuvia katselemalla saattoi tarjota mahdollisuuksia aikuisille sisaruksille verrata kokemuksia ja saada uutta näkemystä aikoinaan kipeänäkin koettuihin asioihin. MN oli käynyt monia keskusteluja sisarensa kanssa aikuisena:

”Just tää mun sisko on hirveen suuri tuki, ollaan kyllä soiteltu ja muutenkin koko elämän aikana, niin ollaan ne, kenelle pystyy hirveen monta asiaa, vaikkakin me muistetaan, me muistetaan niin erillä lailla ne asiat, koska me ollaan oltu niin eri ikäsiä. Se kolme vuottakin tekee uskomattoman paljon sinä että miten muistaa. Tietenkin sisko on ollu se vanhempi, joka on joutunnu kantamaan sitä vastuuta, niin se ymmärtää jotkut asiat mitä meijän perheessä on tapahtunnu ihan eri tavalla kun minä. Mää en saata muistaa ollenkaan että en mää tiijä että en mää oo ees tajunnu tommosta, että hyvin suuri ja tärkee ihminen.”

Suku

Pääosa vastaajista piti säännöllisesti yhteyttä sukuunsa aikuisiässä. Kun sukulaiset asuivat toisiaan lähellä, yhteydenpito oli luontevaa. Kyläiltiin, syötiin, saunottiin, harrastettiin, juhlittiin ja mökkeiltiin yhdessä sekä autettiin toisia monissa askareissa. Lapset olivat mukana yhteisissä toimissa tutustuen toisiinsa. Sukulaisilta sai apua ja oppia aikuiseksi asti monissa käytännön asioissa. Vanhemmat toimivat monesti aikuisille lapsille kuolemaansa asti linkkeinä sukuun ja tiedot ja suvun tapaamiset kulkivat heidän kauttaan. Aikuisena tarjoutui mahdollisuus myös tutustua itsenäisesti omaan sukuun ja luoda omanlaisensa yhteys heihin. Joillekin se tarjosi tilaisuuden paikata tiedollisia aukkoja, mutta myös luoda uudenlaisia suhtautumistapoja ja näkemyksiä asioihin. Sukulaiset saattoivat toimia esikuvina kannustaen ja rohkaisten tekemään sellaisia ratkaisuja, joihin omat vanhemmat eivät olleet tukeneet. Suvulta vielä aikuisenakin henkistä pääomaa oli saanut SM:

”No sedät on hoitannu tän kannustushomman että isällä on ollu kaitsemista tässä muussa porukassa sen verran paljon että,,.muut sen on hoitannu. Mää oon ollu tässä se, joka lennän pesästä aika aikasin. Että isä ei oo kestänny mukana ehkä silleen. Ei oo oikein tienny, miten pitäs tukee.”

Yhteinen huumori, harrastukset, ennakkoluulottomuus ja esimerkit aktiivisesta toimijuudesta kannustivat eteenpäin. Vanhemman kuoltua joku sukulainen saattoi korvata puuttuvaa vanhempaa ja läheinen suhde jatkui usein vielä aikuisiässäkin. Yhteiset kovat elämänkohtalot lähensivät sukulaisia toisiinsa. Aikuisena vastaajat toivoivat lapsiensa saavan tukea suvustaan ja tietoisesti pitivät yllä suhteita sukuun kyläilemällä ja osallistumalla sukujuhliin. Samanikäiset serkut lapsineen olivat monille läheisimmät sukulaiset oman perheen ulkopuolella, tosin kummitäditkin olivat usein tärkeitä vielä aikuisenakin. Yhteyttä pidettiin tapaamisten väleissä soitellen, tekstiviestein ja sähköpostin välityksellä.

Ystävät

Ystävistä aikuisena saattoivat lapsuudenystävät ja koulu- ja opiskelukaverit nuoruusvuosilta olla kaikista läheisimpiä. Myös työtovereista oli monelle muodostunut ystäviä myös vapaa-ajalle ja heidän kanssaan tapailtiin, kyläiltiin, harrastettiin ja matkustettiin yhdessä. Harrastusten kautta oli osalle löytynyt uusia samanhenkisiä ystäviä aikuisiällä. Puolison ystävistä ja työtovereista tuli monesti koko perheen tuttuja. Aikuisena saattoi tutustua uusiin ihmisiin myös aikuisopiskelun ja lasten harrastusten kautta, joskus jopa sairauden kautta. MN oli tutustunut tällä tavalla uusiin ihmisiin:

Depressiokouluryhmästä löysin uuden ystävän, lenkkeilykaverin. Ollaan kokoonnuttu ryhmän kanssa depressiokoulun jälkeen keskenämme myös.

Jos tapaamiset eivät onnistuneet, tekstiviestit ja puhelut pitivät yllä suhteita. Lapsuuden ystävien kohdalla oli tilaisuus seurata heidän ihmisenä kasvamistaan ja nähdä heidän määrätietoisuutensa ja itsevarmuutensa lisääntyvän, vaikka ydinpersoona pysyi samana. Pitkienkin tapaamisvälien jälkeen päästiin nopeasti uudelleen käsiksi yhteisiin asioihin.

Harrastukset

Harrastukset sinänsä toimivat monien kohdalla tukea antavina asioina elämässä. Niiden kautta pääsi toteuttamaan vahvuuksiaan ja hankkimaan vastapainoa kodin ja työn vaatimuksille ja velvollisuuksille. Hyvää mieltä tuottivat luonto, eläimet, kesämökki, liikunnalliset harrastukset, käden taitoihin ja luovuuteen liittyvät asiat, musiikki, matkustus sekä tietokoneen parissa tapahtuva rentoutuminen. Vapaaehtoistyöstä saatiin voimia myöskin. Harrastusten ja harrastuskavereiden merkitystä kuvaa SN:

”Kun me kerran tuolla hiihtopolulla tavattiin, niin siitä se meijän ystävyys tavallaan…heillä on Lapissa lomaosake ja sitten mää oon päässy siellä myös käymään ja tää hiihtoharrastus on hirveesti yhistänny, mutta myös muu liikunta sitten. Ollaan paljon yhessä käyty jumpissa ihan kahestaa, se liikunta on ollu.. Mutta kyllä tuo posliinimaalaus, se kuulostaakin ihan hullulta, niin tavata ihmisiä ihan eri lähtökohista kun mitä ne on, kuten vanhoja työ- tai koulukavereita, kun ne on ihan eri ammateista ja eri ikäsiä ja siellä on hyvin salliva ilmapiiri, kaikki hyväksytään ja sallitaan, kaikkien työt sallitaan ja ...”

Harrastuksista saatiin tukea sosiaaliseen epävarmuuteen. Voitiin harrastaa yhdessä toisten samanhenkisten tai perheen kanssa. Lasten kanssa puuhailu ja kotona tapahtuva hyötyliikunta olivat osalle vastapainoa vaativalle työlle. Joskus myös vanhusten hoito koettiin elämään sisältöä ja mielekkyyttä tuottavana harrastukseen verrattavana asiana. Harrastaessa tutustui uusiin ihmisiin ja harrastukset koettiin irtiottona arjesta. Ne toivat sisältöä elämään, pitivät virkeänä ja niistä sai henkisiä voimavaroja. Harrastusten kautta pystyi osoittamaan kykyjään ja pätemään eri tavalla kuin työssä. Osalle yksinolo ja lepääminen tekemättä mitään olivat paras hoitokeino voimavarojen keräämiseen. Osa viihtyi ravintolassa, osa nautti kotona alkoholia rentoutuakseen vapaa-aikana.

Masennus ja sen hoito

Vastaajat olivat oppineet sairauksiensa ja ongelmatilanteidensa kautta paljon hyödyllistä elämässään. Monet olivat oppineet armollisemmaksi itseään kohtaan, olemaan surematta liikoja, ottamaan etäisyyttä asioihin, jäsentämään niitä, olemaan syyllistämättä itseään asioista, joihin ei voinut vaikuttaa, luopumaan sellaisesta, mistä ollut vastuussa ja kaiken kaikkiaan ottamalla elämä rennommin ja rauhallisemmin. Elämänkokemuksen ja masennuksesta toipumisen myötä itsevarmuus lisääntyi ja vastaajat kokivat vahvistuneensa ihmisinä. Vastaajat oppivat ilmaisemaan paremmin aidon mielipiteensä, myös kielteiset tunteet ja asiat ja rajaamaan tekemisiään. Aina se ei ollut tuntunut ympäristössä hyvältä ja siitä annettiin negatiivista palautetta. Asenteen muutoksesta masennuksen seurauksena kertoo MN:

”No kyllä mää oon ottannu nyt vähän sellasen linjan että mää oon töissä ja mun ei tarvii tietää ja osata kaikkea... Niin kun sillai niin kun rennompi ote, asenne työhön, niin kun musta kaiken kaikkiaan tuntuu että mulla on rennompi asenne elämään että mun ei tartte koko ajan suorittaa. .. että se on tavallaan ollu semmosta suorittamista, niin kun sellanen paine siinä mukana, mikä tulee täysin minusta itsestäni. Kukaan ei ole minulta vaatinut, muu kuin minä itse. ..Mää en oo valmis myymään itteeni sitten tavallaan jonkun työn takia, mikä mukamas on niin kun sitten ehkä paremmin palkattu ja ehkä arvostetumpi mutta mulle tavallaan että mää mieluummin luovun siitä että jos se niin kun on sellasta että mää koen että se on sitä mun omaa itseäni.”

Samanlaisten kokemusten jakaminen samaa kokeneiden kanssa tuntui helpottavalta niin depressiokouluryhmässä, työssä asiakkaiden kanssa kuin kehityskeskusteluissa esimiehen kanssa. Uskallettuaan hakea apua ulkopuoliselta tilanteisiinsa he kokivat yllättyneensä saamastaan avusta.

Työterveys, depressiohoitaja, sairaanhoitaja terveyskeskuksessa, terveyskeskuslääkäri, psykoterapeutti ja psykologit mainittiin erityisesti helpotusta tuottaneina ammattilaisina, kuten myös esimiehen ja työyhteisön ymmärrys sairaustilanteissa. Työkykyä arvioitaessa vastaajat olivat tutustuneet itseensä, joutuneet paneutumaan jaksamisensa rajoihin ja elämäntilanteeseensa ja saaneet samalla apua sairauksiinsa. Työssä tapahtuneet työnkuvan muutokset helpottivat työhön paluuta sairauslomalta ja osa päätyi lopullisesti uudelle työuralle, joka oli aiempaa lähempänä omia arvoja ja toiveita. Masennukseen sairastuminen oli lähtölaukaus elämänmuutokselle, joka oli odottanut tuloaan. Tällä tavalla oli irtisanomisen jälkeisen masennuksen kokenut MN:

”Äitini (on) kyllä sillä tavalla apuna niin hänkin sano että eikö se ollu niin kun hyvä homma että pääsit pois.. No toisaalta mää oon sitten ajatellu kanssa että no niin oli että kuitenkin se ilmapiiri oli, se oli muutenkin ahistava jo siellä että se ei ollu pelkästään mun, sieltä on lähtenny nyt neljäkö meitä on lähtenny nyt kaiken kaikkiaan pois että kyllähän siinä jotakin mätää nyt rupes olemaan… Elämää näyttää olevan muuallakin kun ajattelee vielä..mitä mä en aluks uskonu.”

Hoidon myötä saattoi nähdä että sairauden kulkuun voi vaikuttaa omilla toimillaan ja että apua on olemassa kunhan sitä etsii. Koettiin että henkiset sairaudet ovat sairauksia muiden joukossa, mutta stigmasta ei kokonaan kuitenkaan päästy eroon. Osa oli ehtinyt masentua uudelleen seuranta-aikana ja olivat saaneet silloin apua nopeasti eivätkä olleet joutuneet jäämään enää sairauslomalle pitkäksi aikaa. Tilanteessa auttoi lääkkeen aloittaminen uudelleen tai annoksen nosto ja muutama keskustelukäynti depressiohoitajan luona. Kahden vuoden luvattu hoitotakuu madalsi kynnystä yhteydenottoon kun hoitajalle sai soittaa suoraan ilman lääkärin vastaanotolla käyntiä, jonne pääsy oli koettu vaikeaksi. Osa oli kokeillut alkoholia avuksi unettomuuteen, mielialan laskuun, stressiin ja jännitykseen, mutta useimmat olivat pidemmän päälle todenneet sen huonommaksi lääkkeeksi kuin esim. mieliala- ja nukahtamislääkkeet.

Vastaajille oli avautunut hoitokontaktien myötä uusia näkökulmia ja he olivat pystyneet muuttamaan suhtautumistapoja asioihin. Kynnys avun hakemiseen varsinkin alussa oli ollut korkea, mutta madaltunut sen myötä kun oli tutustunut hoitavaan tahoon ja huomannut hyötyvänsä hoidosta. Osalle kirjoittaminen selkeytti asioita, osalle itsekseen puhuminen. Osa hyötyi aiheeseen liittyvän kirjallisuuden lukemisesta. Tähän tutkimukseen osallistuminen oli laittanut liikkeelle vastaajissa ajatusprosesseja jo ennen haastattelua. Oman kertomuksen kertominen koettiin tärkeänä ja mielekkäänä itselle, sen myötä haastateltavat oivalsivat että eivät olleet ainoita, joilla oli ongelmia. Masennuksen hoidossa koettiin hyvänä että puoliso kutsuttiin mukaan vastaanotolle. Hänellä oli monesti mieltä askarruttavia kysymyksiä sairauteen liittyen ja tarvitsi itsekin tukea ja neuvoja, miten masentuneen kanssa olisi hyvä toimia. Liikunta, itsesäätelyn oppiminen, optimistisempi elämänasenne, eläkkeelle jäänti ja elämäntilanteen helpottuminen auttoivat jaksamaan paremmin sairauksienkin kanssa. Fyysisten oireiden ilmaantuminen herätteli pitämään paremmin huolta fyysisestä terveydestä ja motivoi mm. liikkumaan säännöllisemmin ja lopettamaan tupakoinnin. Uniongelmat helpottivat useimmiten masennuksen parannuttua. Terveenä säilyminen koettiin perustavaa laatua olevana voimavarana monenlaisten asioiden toteuttamiseen elämässä ja siitä oltiin hyvin kiitollisia.

Taloudellinen tilanne

Niiden kohdalla, joiden talous oli pysynyt kunnossa, tasainen ja riittävä toimeentulo mahdollisti edelleen jaksamista tukevien asioiden hankkimisen ja toteuttamisen ja loi turvallisuuden tunnetta. Hyvinvointia voitiin lisätä mm. matkustamalla yhdessä perheen kanssa, hankkimalla tilavampi asunto, kesämökki, auto tai muuta pienempää tavaraa. Hyvin hankkineiden puolisoilla ei ollut taloudellisia paineita ja työhönmeno oli enemmänkin henkilökohtaisesta mielenkiinnosta kiinni. Lasten muuttaminen pois kotoa ja elatusmaksujen loppuminen lasten aikuistuessa helpottivat

talousmenoja. Niillä, joilla talous oli äärimmäisen tiukalla, rahan lainaaminen sukulaisilta, kauppojen tarjoukset, kirpputorit ja ruokapankki tulivat tutuiksi. Asumis- ja toimeentulotuella saatiin pidettyä asunto ja välttämättömimmät menot hallinnassa. Suoraveloituksen avulla laskut tulivat maksetuiksi ajallaan. Velattomuus helpotti tilannetta, jos tulotaso laski työkyvyttömyyden tai työttömäksi joutumisen seurauksena. Kaikkiaan olosuhteiden muutoksiin sopeutumista helpotti se että osasi säätää menonsa kulloistenkin tulojen mukaan. Oman taloutensa oli SM oppinut sopeuttamaan tuloihin:

”Nehän pitää mitottaa ne menonsa sen mukaan, että ei tässä oo mitään….Että ei tässä tietenkään mittään ylimääräsiä ostella, sehän on selevä, kuteet hakee kirpparilta ja sitten kattoo, mitä syö ja jos oikein tarkkaan viittis juosta noitten tarjousten perusteella niin kyllä sitä melekeen satasella kuukauven yks ukko pärjäis sapuskoissa. Leipiä ei tartte ostaa, ne saa tosta (ruokapankista), mutta ei siinä sitten mitään lihoja syyväkkään että ne on aika ykspuolisia sitten ne eväät. Mitä sen väliä kun hengissä pyssyy.”

Arvot, asenteet ja kulttuuri

Arvoja ja asenteita ja ajattelu- ja käyttäytymismalleja oli saatu lapsuudenkodista, mutta myös sukulaisilta, appivanhemmilta ja isovanhemmilta. Heidän merkitystään arvojen ja perinteiden vaalijana suvuissa pidettiin tärkeänä. Heiltä saatu oppi säilyi usein mielessä kirkkaana läpi elämän. Arvoilla oli merkitystä vuorovaikutussuhteissa perheessä niin kuin muutenkin päätöksenteossa. Oli osattava olla suvaitsevainen, ei vaatia liikaa toiselta, piti kyetä pitämään lupauksensa ja hoitamaan asiat ajallaan ja opeteltava katsomaan asioita optimistisemmin, tukemaan ja kannustamaan muita, olemaan vastavuoroinen. Oli yritettävä tehdä hyvää muille ja olla hyvä ihmisenä. MM kertoo omasta linjastaan:

”… kun tietyllä tavalla itsekin on suvaitsevainen, niin sitä ei niin kun odota sitten liikaa tai aseta sitten sellasia turhia paineita tai tavotteita että tänne täytyy päästä ja siihen mennessä.”

Huumorintajuakaan ei sopinut unohtaa. Arvojen opettaminen lapsille nähtiin sujuvan parhaiten esimerkin kautta, ei rankaisemalla. Rehellisyys, ahkeruus, omillaan pärjääminen, vanhempien kunnioitus, isänmaallisuus ja työnteon arvostus ja kunnioitus ja hyvät perustavat olivat lähes kaikille yhteisiä arvoja lapsuudesta, mutta joiden kyseenalaistamisen moni oli nähnyt myöhemmässä elämässään. Suorapuheisuudesta ja totuuden puhumisesta ei aina pidetty, vaikka tunnustettiin että pitäisi olla vastuuntuntoinen ja että teoilla on aina seuraukset ja valheista jää kiinni. Oman äidin menetys lapsena oli opettanut kunnioittamaan naisia ja arvostamaan kotona tehtävää työtä.

Maalla asumista pidettiin ihanteena, mutta käytännön syistä se oli osoittautunut monelle mahdottomaksi. Usein jo lapsuudessa opittuja käden taitoja arvostettiin ja haluttiin vaalia, vaikka niitä ei työssä tarvittukaan. Ulkomailla asuminen oli muuttanut arvoja ja maailmankuvaa ja opettanut katsomaan asioita elämässä ja kotimaassa eri perspektiivistä. Lapsien syntyminen oli asettanut arvoja ja asioita elämässä uuteen tärkeysjärjestykseen ja tehneet elämisestä merkityksellistä ja tarkoituksellista. Vastuullisuus asioista ja toisista ihmisistä oli lisääntynyt iän myötä ja tekojen seurauksia mietittiin. Iäkkäistä vanhemmista huolehtiminen nähtiin lapsille kuuluvana kunnia-asiana. Luonnon säilyttäminen jälkipolville koettiin tärkeäksi. Turvallisuutta arvostettiin sekä lasten kannalta että yhteiskunnallisella tasolla. Arvoilleen uskollisuus loi ohjenuoran elämään ja vapautti miettimästä liian monia vaihtoehtoja.

Usko ja uskonto olivat toisille tärkeitä elämän ja arvomaailman perustoja, joka johti tietoisuuteen oikeasta ja väärästä ja sitä kautta helpotti valintojen tekoa ja priorisointia päätöksiä tehdessä. Usko teki elämästä myös mielekkään ja tarkoituksellisen ja lisäsi tietoisuutta elämän rajallisuudesta ja arvaamattomuudesta. Se lisäsi turvallisuuden tunnetta ja levollisuutta, mutta ei poistanut omaa

vastuuta teoista eikä toimimisen välttämättömyyttä. Usko nähtiin voimavarana, elämä matkana, jonka kulkuun voi itsekin vaikuttaa. Hengellisten laulujen kuunteleminen rauhoitti ja toi hyvää mieltä. Iän myötä usko koettiin yhä tärkeämmäksi asiaksi. Uskonnollinen kasvatus nähtiin turvalliseksi perustaksi lapsille ja lapsiperheet olivat osallistuneet sen vuoksi erilaisiin seurakunnan toimintoihin. Myös suru omaisen menettämisestä oli tehnyt seurakunnasta ja uskosta läheisempää. Seurakunta tarjosi yhteisön, johon kuulua ja mielekästä tekemistä, esim. musiikkitoiminnassa. Kotoa lähtöisin oleva lapsuuden usko säilyi monella läpi elämän kantavana voimana. Kaikki eivät kokeneet kirkkoa välttämättömäksi jumalasuhteelleen ja pitivät sitä hyvinkin yksityisasiana. Kirkkoon kuuluminen oli muotoseikka, joka työnhakua ajatellen oli joskus eduksi. Osa oli eronnut jo varhain kansankirkosta tai liittynyt johonkin muuhun tunnustukselliseen uskonnolliseen yhteisöön. Erityisesti karjalaisuus ja ortodoksisuus osoittivat ja mahdollistivat tietoisuuden omista juurista ja yhdisti samoja kohtaloita kokeneita yhteen. SN kertoo siitä.

”Mäkin oon koko kouluajan ortodoksisessa uskonnonopetuksessa ollu,.. No jotakin sillä on, en mää osaa sanoa, en mää osaa selittää mitä sillä on..joku, kun se seurakunta on kumminkin pieni… tää karjalaisuus, niin se on mulle kuitenkin aika tärkee, Joo, tulee (juuret esiin), sellanen se on.”

Poliittiset arvot olivat saattaneet muuttua elämän aikana erilaisiksi kuin lapsuudenkodissa. Politiikkaa ei koettu kovinkaan houkuttelevana vaikuttamisen mahdollisuutena, vaikka osallistuminen yhteisten asioiden hoitoon ja päätöksentekoon muulla tavalla kiinnosti. Vaikeassa asemassa olevien auttaminen koettiin tärkeäksi. Se tuotti tekijälleen mielihyvää ja tyydytystä.

Persoonallisuudenpiirteet

Omissa persoonallisuudenpiirteissä nähtiin elementtejä, jotka voivat auttaa jaksamaan paremmin. Itseluottamus, parempi itsetuntemus, itsevarmuus, asioista puhumaan oppiminen, uskallus sanoa, liiallisesta miellyttämisestä, huolehtimisesta ja suremisesta eroon pääseminen oli koettu hyödyllisiksi. Iän ja elämänkokemuksen myötä vastaajat olivat oppineet pitämään puoliaan ja päässeet eroon liiallisesta kiltteydestä, uhrautuvaisuudesta, antautumisesta toisten vietäväksi, hyväntahtoisuudesta ja lempeydestä ja asettamaan rajoja venymiselleen. Toisaalta vaihtoehtojen näkeminen ja joustavuus helpottivat pärjäämistä. Isojen ongelmien ilmaantuessa vastaajat olivat oppineet pilkkomaan niitä pienempiin osiin ja jäsentämään niitä, ottamaan etäisyyttä vaikeisiin asioihin ja ottamaan välillä rennosti niistä huolimatta. He olivat oppineet olemaan ottamatta vastuuta ja syyllistämättä itseään sellaisista asioista, joihin eivät voineet vaikuttaa, kuten aikuisten lasten päihteiden liikakäyttö tai rikollinen toiminta.

Lasten myötä tunneilmaisu oli parantunut, oli oppinut löytämään oman tunneskaalansa ääripäät, osoittamaan lämpöä ja rakkautta ja ottamaan sitä vastaan. Vaikeudet olivat tehneet vastaajista nöyrempiä, he olivat oppineet arvostamaan perhettä ja kotia, näkemään toisten hädän ja avun tarpeen ja olemaan heidän tukenaan, vaikka olivat itsekin vielä osittain toipilaita. He olivat oppineet olemaan sinnikkäitä ja sitkeitä eikä antamaan periksi liian aikaisin. Siitä kertoo omalla kohdallaan SN:

”Että mulla on aina ollu sellasta sitkeyttä ja sinnikkyyttä että se on ollu mulla sellanen luonteenpiirre, joka on vienny mua varmaan eteenpäin, että ei mua ihan pienet tuulet heiluta. Ja toisillekin on riittänny olla siinä tukena.”

Pitkien vaikeiden kausienkin jälkeen lopulta koitti helpommat ajat ja asiat alkoivat selvitä. Kun oli pakko, kesti mitä vain. Persoonan kasvun näkemiseksi ja tueksi kaivattiin palautetta läheisiltä, mutta ei uskallettu sitä pyytää. Tutkimushaastattelut olivat usealle olleet tukena ja herätelleet miettimään omaa tilannetta, syntyi tarve kertoa oma tarinansa. Ikä vahvisti omaa persoonaa ja vastaajat kokivat itsensä sekä psykologisesti että hengellisesti aikuisiksi vasta keski-ikäisinä. Toisaalta tavoitteet vähenivät iän myötä ja asettuivat realistisiin mittasuhteisiin eivätkä enää stressanneet niin paljoa.

Uskallettiin olla välillä hiljaa yksin ajattelematta ja suorittamatta mitään. Toisaalta myös uskalsi tehdä mitä tahtoi muista riippumatta, jos se tuntui itsestä hyvältä. Pääasia että oli sinut itsensä kanssa kaikissa olosuhteissa.

Tulevaisuus

Useimmilla masentuneillakin oli optimistinen ja luottavainen näkemys tulevaisuudesta. Vastaajat olivat päättäneet lopettaa valittamisen ja ryhtyä tekemään asioille jotain. Elämään toivottiin uusia asioita mm. enemmän sosiaalista elämää, uusia ystäviä, parempaa parisuhdetta, yhteisiä harrastuksia puolison kanssa, lastenlapsia, uuden seurustelukumppanin löytymistä, hellyyttä ja läheisyyttä. Lasten oli koettu antavan voimia. Heidän kehityksensä seuraaminen ja heidän tervejärkisiksi kasvattaminen, tukeminen ja ohjaaminen itsenäisiksi, vastuullisiksi ja itseensä luottavaisiksi olivat tärkeitä tavoitteita. Niiden tavoitteena, joiden suhteet erossa olivat katkenneet lapsiin, oli palauttaa suhteet uudelleen toimiviksi ja korjata erossa oloajan synnyttämiä puutteita heidän väleissään. Haluttiin että lapsilla olisi asiat paremmin kuin itsellä ja etteivät itsellä olevat heikkoudet ja sairaudet periytyisi lapsille. Parempi itsensä tunteminen, tasapaino itsensä kanssa ja oman paikan löytyminen elämässä oli toiveena. Näkökulman muuttaminen myönteisemmäksi myös suhteessa menneisyyteen nähtiin elämää helpottavana tekijänä. Uskottiin että omilla toimillaan voi vaikuttaa elämänsä kulkuun ja muokata siitä itselleen mieleisemmän. Oli havaittu että elämässä on vaihtoehtoja ja riskejä pitää uskaltaa ottaa ja valintoja tehdä. Yleisen elämänasenteen muutoksestaan kertoo MM:

”Tässä ei olla kuitenkaan uudesti synnytty että vanhoilta pohjilta lähetään ja kaikki entinen on olemassa ja tallessa ja sen on toisaalta sitä elämän rikkautta joka tapauksessa, mitä siellä on ja vaikka sanotaan että sitä menneisyyttään ei voi muuttaa, niin ei se pijä paikkaansa, siinä on ihan sellanen yksinkertanen asia, tällanen aparaatti täältä ja kuvitellaan että minä katon sitä tältä puolelta niin se on tämän näkönen ja kun kun minä käännän sen nyt näin päin ja se on edelleen se sama aparaatti, mutta kun se katsantokulma on toinen, se on erilainen. Niin kyllä se menneisyyskin voi muuttua sieltä että sitä kautta tässä on heränny sellanen usko ja toivo että niille asioille voi oikeesti tehä jotain itekkin että ei niissä tarvii loppuelämäänsä rypee, jos niihin on joskus kompastunnu. Joka tapauksessa meijän elämässä tulee ylä- ja alamäkkee etteen, mutta se suhtautuminen niihin ossaa olla vähän toisenlainen, että jokainen vastoinkäyminen voi olla myöskin sellanen mahollisuus.”

Työn suhteen toivottiin matkatöiden vähenemistä, työmatkaa lyhyemmäksi, itsenäisempää työtä ja sitä että työtä ylipäätänsä olisi. Osa haaveili pakkotahtisen palkkatyön sijaan oman yrityksen perustamisesta, toiset toivoivat taas pääsevänsä yrittäjyydestä eroon ja takaisin turvalliseen palkkasuhteeseen. Terveys nähtiin tärkeänä arvona ja mahdollisuutena toteuttaa haaveitaan. Tosin sairaudetkin olivat opettaneet myönteisiä asioita, kuten suvaitsevaisuutta, kärsivällisyyttä ja itsensä parempaa tuntemista, joista olisi hyötyä myöhemmässä elämässä.

Uudenlaisen elämän mahdollisuudet näyttivät realistisilta, putken päässä näkyi valoa. Lääkkeiden toivottiin helpottavan sairauksien oireita. Taloustilanteen kohentuminen mahdollistaisi veloista eroon pääsemisen, helpomman elämän elämisen, haaveiden toteutumisen, kuten moottoripyörän, uuden asunnon tai kesämökin hankkimisen ja varhaisen eläkkeelle jäämisen. Suomessa asuminenkaan ei ollut aina itsestään selvyys. Varsinkin talviaikana veri veti kovasti lämpimämpiin olosuhteisiin, mutta toistuvaa muuttamista lasten kanssa ei nähty järkeväksi. Eläkeiässä ajatus tuntui kovin houkuttelevalta. Jotkut odottivat lottovoittoa haaveiden toteuttajaksi. Myös henkisesti rikasta elämää ja tyytyväisyyttä iän myötä tavoiteltiin.

5.3.5. Mitä hyvää masennuksessa oli?

Monen kohdalla masennuksen vaikutukset kotiin ja perheeseen olivat lopulta hyvin myönteisiä. Työnjako kotona oli suurimmalla osalla muuttunut tasapuolisemmaksi, keskustelutapa avoimemmaksi ja parisuhde joustavammaksi. Parisuhde oli ollut vahva tuki ja turvatekijä vaikeina aikoina ja vahvistui entisestään kun sairaus helpotti. Osattiin antaa arvoa puolison kärsivällisyydelle ja sille että perhe oli pysynyt kasassa.

Masentuneenakin ihminen voi kokea itsensä arvokkaaksi, nähdä itsessään paljon hyvää, suhtautua itseensä myönteisellä tavalla ja tuntea tyytyväisyyttä itseä ja läheisiään kohtaan, ainakin kun sairaus ei ole vakava-asteinen ja hän saa tukea omaisiltaan ja hoitoa sairauteensa. Masennukseen sairastuminen on mahdollisuus arvioida uudelleen elämäänsä ja muuttaa epäsuotuisia olo- ja vuorovaikutussuhteita tyydyttävämmäksi ja löytää korjaavia elementtejä menneiden vaikeuksien sijalle. Siinä erilaiset ammattilaiset, vertaiset, omaiset, ystävät, sukulaiset, työtoverit ja koko ympäröivä elinympäristö voivat olla mukana.

Moni oli löytänyt sairauden kautta työstä poissa ollessaan aikaa itselleen ja mahdollisuuden uuden etsintään. Tuloksena saattoi olla uusi harrastus, koulutus- tai työpaikka taikka uusi puoliso. Depressiokouluryhmästä oli löytynyt vertaisia, joiden kanssa keskustella ja saada ymmärrystä. Osa ryhmäläisistä tapasi vielä virallisen hoidon loputtuakin toisiaan. Arvomaailma ja asenteet olivat kokeneet muutoksen, jota paitsi vastaajat olisivat jääneet ilman masennusta. Vastaajat olivat armollisempia itseään kohtaan ja omien rajojen tunteminen auttoi arvioimaan voimavaroja jatkossa. Elämä jatkui terveemmällä ja realistisemmalla pohjalla pienistä asioista nauttien ja niitä arvostaen. Apua uskallettiin pyytää tarpeen tullen.

Masennuksen nähtiin vaikuttaneen hyvin syvästi omaan persoonaan ja heikentäneen itsetuntoa ja elämänhallinnan tunnetta. Hyvä hoito ja onnistumisen kokemukset voivat olla kuitenkin rakentamassa uskoa omiin mahdollisuuksiin ja kykyihin uudelleen. Uusia selviytymiskeinoja on mahdollisuus oppia ja opettaa vielä aikuisiällä, jossa depressiohoitajien kognitiivispainotteinen lähestymistapa tuntui toimivan hyvin. Jo muutaman käyntikerran jälkeen haastatellut kertoivat saaneensa jäsennystä ja perspektiiviä ongelmavyyhteensä ja otteen selviytymistä tukevista asioista. Masennus toimi stimuloivana tekijänä yksilöllisessä kasvussa ja uuden identiteetin etsinnässä. Vaikka sairastuminen oli traumaattinen kokemus, koettiin se lopulta positiiviseksi arvojen uudelleen määrittelyn ja itsetuntemuksen paranemisen vuoksi. Elämisen taidot kehittyivät kokemuksen myötä.

5.3.6. Tilanne 5 vuoden kuluttua

Pitkäkestoisen stressin oli alun perin oletettu olevan masennukseen sairastumiseen myötävaikuttava tekijä. Oletuksen toteutumista stressiryhmäläisillä voitiin testata 5 vuoden seurannassa. Samalla nähtiin myös millaisia muita seurauksia pitkäkestoisesta stessistä voi yksilöille olla ja miten tilanne alkaisi normalisoitumaan stressitekijöiden poistuttua ja mikä auttaisi selviytymään niistä. Koska muutoksia ei ollut vielä vuoden kohdalla tapahtunut, jatkettiin seurantaa viiteen vuoteen saakka. Alun perin stressiryhmään ei suhtauduttu kuten masentuneisiin, koska he eivät itse sellaisiksi itseään tunnistaneet, vaikka haastattelujen ja kyselylomakevastausten perusteella heillä oli jo altistavia taustatekijöitä runsaasti ja masennukseen viittaavia oireitakin.

Kolme alun perin stressiryhmään kuuluneista sairastui masennukseen 5 vuoden aikana ja ehti jo toipuakin siitä. Masennukseen sairastuneet olivat saaneet siihen hoitoa ja stressanneet elämäntilanteet ja –tapahtumat olivat väistyneet ajan myötä. 5 vuoden seurannan aikana kaikki olivat käyneet läpi

raskaiden elämäntilanteiden kautta omaa elämänhistoriaansa, miettineet oireidensa taustoja. Kaikki olivat oppineet jotain ja saaneet työkaluja tulevaa elämää varten ja kokivat elämänhallintansa parantuneen. Vaikka olosuhteet eivät olisi muuttuneet ratkaisevasti, suhtautuminen niihin oli muuttunut eivätkä asiat enää stressanneet siinä määrin kuin tutkimuksen alussa.

He olivat oppineet antamaan anteeksi vanhemmilleen ja muille läheisilleen, jotka olivat kohdelleet heitä huonosti lapsuus- ja nuoruusaikana. Siten he olivat pystyneet päästämään irti menneestä ja suuntaamaan kohti tulevaisuutta nykyisillä voimavaroilla. Jälkipolvien elämän seuraamisesta suurimmalla osalla oli mahdollisuus ammentaa voimia eteenpäin. Vanhempien kuoleman jälkeen pystyi päästämään irti sellaisista sisarussuhteista, jotka tuottivat mielipahaa ja jotka muistuttivat kipeistä muistoista menneisyydessä. Iän myötä henkiset ja hengelliset arvot korostuivat ja niistä pystyi ammentamaan voimia.

Sairauksien ja niiden riskitekijöiden kanssa oppi elämään vähitellen ja ennakoimaan pahanemisvaheita sekä ottamaan apua vastaan. Yksin pärjäämisen eetos vaihtui inhimillisemmäksi haavoittuvuuden tunnistamiseksi ja sen kanssa elämään suostumiseksi. Kukaan ei ollut ryhtynyt lääkitsemään oireitaan liiallisella alkoholin käytöllä, joka on hyvin yleistä stressioireista kärsivillä. Sairauskokemuksiensa kautta tutkittavat olivat ehtineet auttaa jo muitakin samaa kokeneita kohtalotovereita seurannan aikana.

Työtä koskevat arvot olivat monella muuttuneet kriisien kautta. Asenne itseen ja työhön oli tervehtynyt. Se ei ollut enää oman arvon mittari. Työn määrää pystyi rajaamaan, priorisoimaan työtehtäviä ja näkemään muitakin tärkeitä asioita elämässä paremmin kuin aiemmin, kuten perhe ja harrastukset. Työnantaja oli tukena jaksamisen seurannassa. Parhaimmillaan uudenlaisessa arvojen mukaisessa työssä saattoi viihtyä ja kehittyä eikä tavoitellut mahdottomia. Oppi pitämään huolta itsestään ja hyvinvoinnistaan, jotta jaksoi olla työssä. Lopulta moni oli löytänyt vaikeuksien kautta tasapainon elämäänsä ja oppinut luottamaan selviytymiseensä, olemaan onnellinen ja saamaan tyydytystä pienistäkin asioista.

5.4. Työn merkitys stressin, uupumuksen ja masennuksen synnyssä ja elämänhallinnassa

5.4.1. Tutkimusasetelma

Työtä käsittelevät tulokset syntyivät väestöotoksesta BSCI- tulosten perusteella valittujen stressiryhmäläisten ja terveyskeskuksen hoidossa olleiden masentuneiden taustatietojen, BSCI-kyselylomakkeen ja haastatteluaineiston perusteella. Edellä mainituilla ryhmillä oli eniten mielipiteitä, kokemuksia ja näkemyksiä työn stressitekijöistä ja niiden mielialaan vaikuttavasta roolista. Työtä koskevia laadullisia tuloksia kertyi niin paljon että ne kerättiin erikseen tähän tuloslukuun. Kyselylomakkeista saatiin taustatietoja tutkittavista, tietoja heidän työstään ja työyhteisöistään ja opiskelusta ja niissä äskettäin tapahtuneista muutoksista (taulukko 5). Haastatteluissa kysyttiin työn merkityksestä elämässä, elämänhallinnassa ja stressin ja masennuksen synnyssä pitkällä aikavälillä. Työhön liittyviä myönteisiä ja kielteisiä asioita tiedusteltiin kaikilta haastatelluilta ja jokainen sai määritellä vapaasti, kuinka paljon ja mitä asioita haastattelijalle kertoi. Näkökulma oli erilainen kuin kyselylomakekysymyksissä ja haastattelulla voitiin siten tarkentaa ja laajentaa kyselylomaketietoja. Kahdesta tiedonkeruutavasta yhdistettynä muodostui työtä hyvä kokonaiskuva niiden osalta, joilla oli vaikeuksia pysyä siinä mukana.

Analyysiyksiköitä kertyi aiheeseen liittyen runsaasti ja samansisältöisiä yksiköitä yhdistettiin toisiinsa. Tavoitteena oli löytää vastauksista kaikki oleelliset aiheeseen liittyvät asiat. Osa

analyysiyksiköistä sopi useamman teeman alle. Koska masentuneiden ja stressiryhmäläisten taustatiedot ja työtä koskeneet näkemykset osoittautuivat hyvin yhdensuuntaisiksi, masentuneiden ja stressiryhmän vastaukset yhdistettiin ja teemoiteltiin samojen otsikoiden alle. Teemat nousivat aineistosta analysoinnin yhteydessä. Masennusta koskevat vastaukset tulivat pääosin masentuneiden ryhmästä, mutta seuranta-aikana myös osalle stressiryhmäläisistä alkoi kertyä siitä kokemuksia. Miesten työtä koskevat kertomukset olivat pääosin pidempiä kuin naisten vastaavat, perheestä puhuttaessa taas päinvastoin. Työ nousi keskeiseksi elämänhallintaan ja hyvinvointiin vaikuttavaksi tekijäksi perheen rinnalle ja siitä kertyi tekstiä paljon odotettua enemmän.

Opiskelu aikuisiällä kytkettiin tähän työlukuun koska se liittyi läheisesti työhön. Joukossa oli yksi vastaaja, joka oli vasta opiskelemassa perustutkintoa eikä hänellä ollut työkokemusta siltä alalta aiemmin. Muut vastaukset koskivat joko täydennyskoulutusta tai uuteen ammattiin opiskelua aikuisena. Koulutuksen merkitystä aikuisena työn hallintaa ja työllistymistä parantavana tekijänä pohdittiin. Muutamalla vastaajalla oli kokemusta työttömyydestä ja sen pitkäaikaisvaikutuksista, jolla oli heille merkittävä vaikutus mielialaan ja toimeen tulemisen mahdollisuuksiin elämässä.

Vastauksista kertyi runsaasti kokemuksia ja ehdotuksia, joiden avulla perhe, työyhteisö, esimiehet, organisaatio, työterveyshuolto ja erilaiset ulkopuoliset tuki- ja auttajatahot olivat tai olisivat vastaajien mielestä voineet tukea työssä stressaantunutta, uupunutta tai jo masennukseen sairastunutta työssä ja sairauslomalla ollessa ja sieltä työhön takaisin palatessa. Ne muodostavat osan tämän luvun tuloksista. Masennuksen lopulliseen laukeamiseen vaikuttaneet kamelin selän katkaisseet stressitekijät poimittiin erikseen masentuneiden vastauksista ja esitetään tässä luvussa, koska valtaosa niistä liittyi työhön tai sen puutteeseen.

5.4.2. Tulokset

Suurin osa masentuneista ja stressiryhmäläisistä oli keskiasteen tutkinnon suorittaneita alun perin keskipalkkaisia palkkatyöläisiä. Masentuneista oli kolme työkyvyttömänä tutkimushetkellä ja vain puolet ryhmään kuuluneista kävi työssä, joka alensi heidän perheensä kokonaistuloja. Stressiryhmäläisistä työssä kävi seitsemän, kolme ei asunut parisuhteessa, joka myös alensi heidän perheidensä yhteispalkkaa.

5.4.2.1. Määrällisten tulosten vertailu masentuneiden ja stressiryhmän välillä työtä koskien

Masentuneiden ja stressiryhmäläisten välillä ei ollut alussa tilastollisia eroja kyselylomakepisteiden keskiarvoissa/mediaaneissa ja BDI- pisteetkin olivat yllättävän samansuuntaiset viitaten mahdolliseen lievän tai keskivaikeaan masennukseen (taulukko 31). Toipumista masentuneilla tapahtui vuoden aikana ja stressiryhmällä vasta 1 ja 5 vuoden välillä (taulukot 31 ja 32).

BSCI-kyselylomakkeista poimittiin yksittäisiä työhön liittyviä kysymyksiä, joiden tuloksia verrattiin masennus- ja stressiryhmien kesken. Tarkoitus oli kuvailla osallistujaryhmien tilannetta työtä ja toimeentuloa koskien. Tekijöistä osa on seurausta heikentyneestä elämänhallinnasta, stressistä ja masennuksesta, mutta samalla potentiaalinen altistaja uudelle stressille ja masennukselle. Ryhmien välillä ei vastauksissa ollut tilastollisia eroja lukuun ottamatta stressiryhmäläisten onnellisuutta työn säilymisestä päinvastoin kuin masentuneilla, joista osa oli irtisanottu tai muutoin vailla työtä. Puolella oli ollut ongelmia työpaikalla ja keskittyminen työhön oli vaikeaa. Työskentelyolosuhteet olivat muuttuneet puolella, osalla vastuut olivat muuttuneet, osalla oli kokonaan uudenlainen työ. Töitä ei voinut delegoida muille. Tilannetta työssä kuvataan tutkimusta edeltäneen vuoden aikana taulukossa 39.

Taulukko 39. Työhön ja opiskeluun liittyneet seikat tutkimuksen alkua edeltäneen vuoden aikana

Muuttuja	Stressiryhmä (n=11)	Masentuneet (n=10)	Testitulos p=
tulotason lasku	2	4	0,361
ylivelkaantuminen	0	3	0,090
uudenlainen työ	2	3	0,635
muutos työskentelyolosuhteissa	5	5	1,000
muutos työn vastuullisuudessa	3	3	1,000
osallistuminen koulutukseen, joka auttoi työssä	4	2	0,635
ongelmia työpaikalla	5	5	1,000
suuria muutoksia työjärjestelyissä	5	1	0,149
työpaikan menetys	1	2	0,584
paljon ylitöitä	2	2	1,000
pystyy keskittymään työtehtäviin kunnolla	5	3	0,659
kykenee jakamaan työtehtäviä muille	4	4	1,000
vaikea hyväksyä epätäydellisyyttä työssä	6	9	0,149
tyytymättömyys työtilanteeseen harvoin tai joskus/usein	7/4	8/2	0,635

onnellinen työn säilymisestä harvoin tai joskus/usein	4/**7**	9/**1**	0,024*
tyytymätön esimieheen harvoin tai joskus/usein	7/4	8/2	0,635
tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseen harvoin tai joskus/usein	9/2	7/3	0,635
opiskelun alkaminen tai loppuminen	1	0	1,000

Fisherin nelikenttätesti testimenetelmänä, p arvo on merkitsevä* jos se on alle 0,05

5.4.2.2. Stressin ja masennuksen syntyyn vaikuttaneita tekijöitä haastatteluissa työhön liittyen
Työstä aiheutuneita stressitekijöitä tutkittavat esittivät runsaasti haastatteluissa. He kokivat itsensä tyytymättömiksi työhön ja esimiehiin. Asioiden delegointi oli vaikeaa yksinäisen työn, liian kiltteyden tai piintyneiden työtapojen vuoksi.. Taloudelliset seikat painoivat mieltä esim. velkojen vuoksi, vaikka työtä olisi ollutkin. Uusi työ asetti osalle liiankin kovia haasteita. Mukana olleiden oli molemmissa ryhmissä vaikea hyväksyä epätäydellisyyttä työssään ja he vaativat itseltään paljon myös vapaa-ajalla. Nopeasti muuttuva työelämä kulutti heitä voimakkaasti kun he yrittivät sinnitellä mukana uudistuksissa. Yksityiselämän vaikeudet lisäsivät stressiä entisestään.

Haastatteluvastauksista muodostettiin joukko stressin ja masennuksen syntyyn vaikuttaneita ja niiltä suojanneita työtä ja opiskelua koskien. Osa tekijöistä kosketti työtä suoranaisesti, osa vuorovaikutusta sitä ympäröivien tekijöiden kanssa. Monilla oli taustalla raskaita menetyksen kokemuksia ja pitkäkestoisia stressikokemuksia vanhempien kuoleman, eron, hylkäämisen, psyykkisten sairauksien ja läheisväkivallan muodossa jo lapsuudenperheissä. He kertoivat stressiherkkyyden jatkuneen lapsuudesta aikuisuuteen. Kumpaankin ryhmään kuului vastaajia, joilla oli ollut voimakkaita stressi- ja uupumuskokemuksia aikuisiällä jo vuosien ajan. Äkilliset, useimmiten työhön liittyneet negatiiviset kokemukset mursivat lopulta työkyvyn ja syöksivät vastaajat masennukseen. Perheeseen liittyneet rasitustekijät edelsivät työperäisiä stressikokemuksia ja uupuminen ja masennus olivat seurausta useiden päällekkäisten tekijöiden yhtäaikaisesta tai peräkkäisestä esiintymisestä. Muistot negatiivisista elämänkokemuksista seurasivat lapsuudesta aikuisuuteen, kodista työhön ja työstä kotiin.

Perheen ja työn yhteensovittaminen

Perheen merkitystä yleisesti elämänhallinnan kannalta on käsitelty jo aiemmin luvuissa 5.1 ja 5.2. Tähän lukuun on poimittu perheen ja työn yhteensovittamista kuvaavia asioita. Aina yhteensovittaminen ei onnistunut ideaalilla tavalla. Työasiat joko vuotivat kotiin tai kotiasiat työhön aiheuttaen vaikeuksia joko itselle, muille läheisille, työtovereille tai itse työn tekemiselle. Työ ei aina

ajallisesti sopinut perheen arkeen. Varsinkin lasten kanssa siitä aiheutui joillekin vastaajille paljon päänvaivaa ja he olivat joutuneet turvautuneet puolison ja muiden läheisten apuun päivähoitopalvelujen lisäksi. Epäsäännöllinen työ sekoitti koko perheen ajankäytön suunnittelua.

Huono omatunto vaivasi erityisesti äitejä työssä ollessa suhteessa lapsiin. Lasten sairastelu vei työltä voimia eivätkä vastaajat aina tienneet, mihin sairaan lapsen laittaisi päiväksi, kun työstä ei uskaltanut olla poissa. Hoidettavana saattoi olla yhtä aikaa sekä lapset että vanhukset. Työ valui kotiin ja sitä oli vaikea rajata. Yhä kiihtyvä työntahti vei voimia perheeltä. Toisaalta perhe rajoitti terveellä tavalla työntekoa, oli pakko irtautua työstä fyysisesti ja henkisesti perheen vuoksi. Tiukan paikan tullen yritettiin viimeiseen asti pitää kiinni työstä ja kotiasiat jäivät hoitamatta tai kaatuivat muiden perheenjäsenten niskaan. Työpaikan menettämisuhka oli saanut monet laittamaan viimeisetkin voiman rippeet käyttöön työssä jaksamiseksi kodin kustannuksella. Tästä oli kokemuksia SN:lla:

”… mutta täällä kotona jää kaikki, minä nukun illat, isäntä tekkee kaiken sen, minkä tekkee, mutta kyllä musta se on näillekin vähän liikaa, ei näijen osa oo se. Mua kiusaa se, että kun muut joutuu tekemään minun tehtäviä, kun mää en kerta kaikkiaan jaksa”

Irtisanomisen tapahduttua vastaajat kokivat tipahtaneensa tyhjän päälle. Elämän perusta järkkyi heijastuen koko perheen elämään, tulevaisuuteen ja toimeentuloon. Sama koski myös pitkien sairauslomien ja konkurssien vaikutuksia. Masentuneena ja uupuneena eivät vastaajat kyenneet osallistumaan perheen elatukseen, hoitamaan osuuttaan puolisona, vanhempana eikä tekemään aina edes kotitöitä. Työkyvyttömänä ollessa oli syrjäytynyt sekä kotona että työstä. Terveemmän puolison jaksaminen joutui koetukselle.

Työelämän muutokset rasitteena

Itse työn vaatimustaso ja määrä kautta linjan koettiin lisääntyneen huomattavasti viime vuosikymmenien aikana. Työ vaati monitaitoisuutta ja ajan tasalla olevaa tietoteknistä osaamista. Osalla matkatyö vei huomattavasti aikaa perheeltä, jolloin kotona oleva puoliso joutui selviytymään perheen hoitamisesta itsenäisesti ilman tukea vuodesta toiseen. Työ ei ollut ennustettavaa ja työajat olivat monesti epäsopivat perheen sosiaaliselle elämälle. Yötyö kävi iän myötä yhä raskaammaksi ja tuotti unihäiriöitä. Kaikenlainen byrokratia, työpaikan monimutkainen hierarkia ja lupaviidakko kyllästytti ammatti-ihmisiä ja hidasti ja vaikeutti asioiden sujuvaa hoitamista. Tätä tuskaili MM:

”Tuijotetaan määräyksiin, todistuksiin, papereihin paljon enemmän kuin aiemmin että varsinkin tuossa raksapuolella ja remonttipuolella ja toki noissa muissakin ammateissa,...kun siellä on todella työn kautta pätevöityneitä ihmisiä, mutta kun tulee määräyksiä että kun ei ole tiettyä todistusta, tiettyä paperia olemassa, niin ne ihmiset pyyhkästään pihalle sieltä ja tilalle tulee kirjanoppineita, jotka ei ymmärrä työn tekemisestä yhtään mittään”

Työntekijöiden liiallinen kiltteys ja tunnollisuus esimiestä kohtaan yhdistettynä vaativaan persoonaan uuvutti kasvavissa työpaineissa. Työn arvot olivat ristiriidassa omien elämänarvojen kanssa ja siitä aiheutui motivaatiovaikeuksia. Peruskoulutus ei riittänyt työtehtävistä suoriutumiseen ja työn tekemisen ohessa piti koko ajan hankkia lisäkoulutusta ja pätevöityä. Työssäolo tuntui siltä kuin olisi ollut koulussa koko ajan. Etenkin tietotekniikan nopea kehitys eteenpäin tuntui kilpajuoksulta, jossa oli koko ajan kärjestä jäljessä.

Työn organisointi

Työn huono organisointi koettiin työtä monin tavoin haittaavaksi ja työtyytyväisyyttä vähentäväksi. Osa tyytymättömyydestä oli saanut alkunsa jo omasta epäonnistuneesta ammatinvalinnasta, osa

johtui itse työn järjestelyistä, osa työyhteisöstä tai esimiehistä. Työ ja toimeentulo kytkeytyvät väistämättä yhteen. Ongelmat työssä selviytymisessä tai työn puuttuminen kokonaan heijastuivat työntekijän ja hänen perheensä toimeentuloon. Jos työntekijä ei tuntenut olevansa oikealla alalla, oli työnantajan ja esimiehen vaikea järjestää työtä ja työolosuhteita sellaisiksi että siitä olisi saanut tyydytystä ja onnistumisen kokemuksia. Täydennyskoulutuksella, työjärjestelyillä, hyvällä esimiestyöskentelyllä ja työnohjauksella selviytymistä voitiin kuitenkin helpottaa. Alun perin vähäisen ammatillisen koulutuksen varaan jääneitä on ollut vaikea työllistää ja edes täydennyskouluttamalla löytää heille sopivaa työtä nykyisessä monipuolista ammattitaitoa vaativassa työelämässä. -90-luvun alun laman yhteydessä suuri joukko heikosti koulutettuja syrjäytyi kokonaan työelämästä. Niin kävi parille tässä otoksessa olleellekin. Heistä toinen, SM, kertoo näin:

”Kyllä mää oon ulukona kaikesta, eikä sitä kannata enää tällä iällä mitään ruveta yrittämäänkään, kouluttamaan itteensä tai.. Johonkin sekahommiin mää voisin lähtee. Ei kukkaan työnantaja ota tän ikästä, päälle viiskymppistä, jos on muutaman kuukauven kurssin käynnny."

Työelämän vaatimustason nousu, työtahdin kiihtyminen ja jatkuvat muutokset tekivät työssä selviytymisen haasteelliseksi. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä koettiin puutteita. Työnkuva oli alun perin jäänyt epäselväksi, työtä oli ollut liiallisesti eikä mitään ei ehtinyt tehdä kunnolla. Kaikkien olisi pitänyt olla täysimittaisia ammattilaisia jo ensimmäisestä työpäivästä lukien. Työ tuntui jatkuvalta kaaokselta. Se vaati monitaitoisuutta, hyviä vuorovaikutustaitoja, itseohjautuvuutta, kykyä priorisoida asioita että edes jollakin tavalla sai rajoitettua työmäärää, joka uhkasi levittäytyä myös kotiin ja vapaa-ajalle. Tätä pohdiskeli SN:

”Voi olla että vaadin itteltäni liikaa, että oon jotenkin vaatinnu aika paljon. No joo kyllä se on ollu hirveen tärkee ja meidän alaan kuuluu että tehhään kotonakin töitä kun meillä lasketaan työpaikan ulkopuolisia tunteja… pitäs osata olla ettei tekis liikaa…”

Työnteko alkoi tuntua pakonomaiselta suorittamiselta, josta tyydytys ja nautinto olivat kaukana. Erityistä huomiota toivottiin työn parempaan organisointiin yksilölliset toiveet ja resurssit huomioiden.

Työilmapiiri

Työssä oli koko ajan levoton ilmapiiri, joka haittasi itse työhön keskittymistä ja vei voimavaroja työn tekemiseltä. Työelämän levottomuus näkyi myös alituisena irtisanomisen uhkana, joka heikensi työilmapiiriä ja loi näköalattomuutta työn tekemiseen. Epävarmuus työn jatkuvuudesta koettiin ahdistavana. Luottamus työhön ja työnantajaan oli murentunut jo tapahtuneiden saneerauksien vuoksi. Jäljellejääneet odottivat tuomiotaan voimatta juurikaan vaikuttaa asiaan. Henkilösuhteet kärsivät selän takana tapahtuneesta lobbauksesta työpaikan varmistamiseksi. Yhteishenkeä ja avointa keskustelua ei työpaikoilla enää käyty. Tiedotus ei ollut avointa ja itse irtisanomismenettely oli ollut tyly. MN kuvaa omaa tilannettaan irtisanomisajalla työssä ollessaan:

”Työpaikalla ei ole tuntenut kuuluvansa enää joukkoon. Entinen esimies on ymmärtänyt, ollut itsekin joskus samassa tilanteessa. Uusi esimies ei puhu, ei huomaa edes, jos on pois töistä. Pysyn omassa työhuoneessani, en puhu enkä käy syömässä muiden joukossa. Toisarvoiseksi ihmiseksi itsensä siellä tuntee, toisen luokan kansalaiseksi irtisanomisen takia. Toiset ovat käyneet petaamassa itselleen jatkopaikkaa pomon luona, sen olen kokenut epäreiluksi, negatiivisia ajatuksia se on herättänyt, juoruilu harmittaa, negatiivisten asioiden kaivaminen. Ei ole enää yhteishenkeä työssä, ei iloa. Ennen on tuntenut saavansa jotain työssä aikaiseksi, nyt tehot vaihtelevat, on joutunut vaihtamaan työpistettä, heitelty paikasta toiseen, ei ole työkavereita enää.”

Toiset satsasivat kaikki voimansa työhön työpaikkansa säilyttääkseen ja tekivät ylitöitä eikä voimia enää muuhun elämään jäänyt. Osalla tilanne vaikutti niin että yöunet katosivat ja uupumuksen kierre pääsi edelleen kiihtymään. Epätyypilliset työajat ja runsaat ylityöt muutoinkin koettiin haasteellisina unirytmin kannalta.

Työkulttuurin nopea muutos stressasi varsinkin vanhempia työntekijöitä. Nuoret johtajat eivät kuunnelleet vanhoja työntekijöitä ja romuttivat tullessaan kaiken vanhan hyväksi havaitun toiminnan. Vanhat työn tekemisen tavat lakaistiin hetkessä pois ja uudet esimiehet uusine ohjeineen tulivat tilalle ohjaamaan työtä. Vanhojen työntekijöiden oli vaikea noudattaa itselleen vieraita sääntöjä ja ohjeita. Ohjeet muuttuivat tiheään tahtiin, työ ei sujunut, vanhoja työntekijöitä ei kuunneltu eikä haluttu tietää, miten asiat oli aiemmin saatu sujumaan. Hiljaiselle tiedolle ei ollut käyttöä. Dialogi ei toiminut työpaikoilla. Aikaa meni jahkailuun ja byrokratia hidasti asioiden etenemistä. Energiaa kului hukkaan eikä työn jälki ollut sellaista kuin kokeneet työntekijät olisivat odottaneet. Työn tekemisen tarkoitus ja päämäärä hämärtyivät ja vanhat työntekijät menettivät työmotiivinsa. Työllä ei ollut päämäärää.

Lähiesimies oli puun ja kuoren välissä eikä pystynyt hallitsemaan tilanteita alaistensa kanssa ja ylin johto oli etäällä ja tietämätön mitä käytännön työssä tapahtui. Esimiesten henkilöstöjohtamisen taidot olivat puutteellisia ja esimiehiksi ajautui tehtävään huonosti sopivia, avoimeen kommunikaatioon kykenemättömiä yksilöitä. Esimiesten ja alaisten vuorovaikutus ei ollut aina toistaan kunnioittavaa eikä tasa-arvoista. Työpaikkakiusaamista tapahtui myös esimiehen toimesta ja siihen oli vaikea puuttua. Jotkut olivat joutuneet esimiestehtäviin vastoin tahtoaan eivätkä kokeneet sitä onnistuneeksi ratkaisuksi. Tehtävä oli yksinäinen ja onnistuakseen vaati riittävää valtaa ja resursseja. Työn piti olla myös omien arvojen mukaista kiinnostaakseen. Aina tässä ei onnistuttu, kuten MN toteaa:

”tuossa uudessa työssä tuli hurjan paljon muutoksia yhtä aikaa, laajennuksia ja musta tuli vastaava...mun piti tavallaan ilman koulutusta semmoseen hommaan… että pyörittää sitä hommaa huonosti organisoidussa systeemissä…on hirveen hyvin selvinny että miten sitä työtä haluaa tehä … miten sitä on mahollista tehä että niin kun niitten omien arvojen mukaisesti että voi yönsä rauhassa nukkua ”

Esimiehien mahdollisuudet puuttua tilanteisiin olivat olleet monesti rajalliset. Yrityksen ja työnantajan etu oli pitänyt asettaa työntekijän edun edelle. Voimakkaita työntekijäyksilöitä oli ollut vaikea johtaa ja moni toive siitä syystä jäänyt toteuttamatta työyhteisöissä. Esimiehet olivat joutuneet johtamaan muutoksia varsin puutteellisilla resursseilla. Heillä itselläänkään ei ollut aina selvillä, mitä kohti oltiin menossa. Joskus yli-innokkaat uudet esimiehet olivat saattaneet työyhteisöt kaaokseen nopeilla ja epärealistisilla muutostoimillaan. He olivat yliarvioineet alaistensa ja yhteistyökumppaneidensa toimintakyvyn ja aikataulut. Näin oli käynyt myös MM:lle:

”…sitten se esimies vaihtu…remontti alako sillon kesällä ja sitten sisälle tultiin purkamaan ja hajottamaan, oli ukkoo kymmenittäin ja telineitä ja ääntä ja meteliä ja siitä niin muutama kuukaus marraskuun loppuun asti, niin siinä vaiheessa mää aloinkin olla jo siinä kunnossa että näin jäläkeen päin ajatellen nuo ihmiset vähän katto että et sää oo se sama ihminen, ei oo se sama ilonen niin kun ennen ja kun kattelin sitä kuvaa, mikä otettiin niihin tauluihin, niin karmee, miten väsyneen näkönen mies.”

Työssä käymisestä tuli konemaista rutiininomaista suorittamista, josta ei saanut henkistä tyydytystä. Työntekijöillä oli jatkuvasti riittämätön olo, mikään ponnistelu ei ollut kylliksi ja saavutettujen tavoitteiden tilalle asetettiin uusia, vieläkin vaikeammin saavutettavia. Työn tulokset olivat hyvin abstrakteja ja niitä oli vaikea nähdä. Työ ei ollut enää hallittavaa, mielekästä eikä ymmärrettävää. Tällaisia kokemuksia oli SN:llä:

”…että se mitä varten me on siellä oltu, se ei ookkaan enää tärkee, vaan muista asioista tulee tärkeitä, saadaan kakku saadaan näyttämään kauniille, mutta se päämäärä on siinä unohettu. Että kukaan ei vaan pääsis siihen kiinni että kaikki on siinä lain ja asetusten mukaan tehty, mutta se ketä varten me tehhään, se onkin unohettu siinä että sen toimivuus, se onkin ihan sivuseikka sille. Ja annetaankin ymmärtää että me ollaan tehty ihan väärin, lainvastasesti. Me on tehty aina sen ajan lakien ja ohjeiden mukaan, mutta nää nuoret ihmiset on niin tietäviä nykyään että, nykyäänhän ne tietää kaiken, että se just se ristiriita siinä on ja ne on niin itseriittosia että minä oon kyllä hämmästynyt.”

Voimavarojen äärirajoilla ponnistelu vaikutti sekä ruumiilliseen että henkiseen hyvinvointiin. Itsetunto kärsi ja eläkehakuisuus lisääntyi. Sairaudet ja uupuminen lisäsivät irtisanotuksia tulemisen pelkoa ja pahensivat kierrettä. Yrittäjyys nähtiin vaihtoehtona palkkatyön oravanpyörälle, mutta taloudellisten riskien ja yrittäjänä olemisen yksinäisyyden vuoksi se jäi monelle haaveeksi. Näin asiaa pohti SN:

”…että mää haluaisin jonkun sellasen oman yrityksen, mutta kun minusta ei kuulemma ole yrittäjäks kun minä en kuulemma ole sen luontonen. Mää haluasin jotakin sellasta, mutta kun ensinnäkin kompastuu siihen että kun ei ole rahaa eikä uskalla ottaa riskiä. Ja se on just se, että kun laitat sen yrityksen, niin sitten menee talot ja menee mökit ja sitten menee kaikki se, minkä olet jo nyt saavuttannu. Se on hirveen iso kynnys”

Osa joutui vastoin tahtoaan jättäytymään free lancereiksi, jolloin työllistyminen ja toimeentulo olivat täysin onnen kauppaa. Osa ei uskaltanut enää vanhemmalla iällä vaihtaa työpaikkaa, koska työllistyminen olisi epävarmaa ja eläke-edut kärsisivät. Omassa työssä ei ollut etenemismahdollisuuksia tai mahdollisuuksia työtehtävien muuttamiseen ei toden teolla oltu mietitty. Annettiin asioiden lipua käsistä kunnes työntekijän työkyky oli menetetty ja hänet saneerattiin ulos ”tuotannollisista ja taloudellisista syistä”.

Työssä sattuneita tai siihen liittyneitä kriisejä ei käsitelty riittävästi. Erityisesti työtoverin tai hoidossa olleen potilaan odottamaton kuolema tai pitkän ja tuskallisen sairauden seuraaminen verottivat henkisiä voimavaroja. Sukupuolista syrjintää koettiin työssä edelleen hyvinkin merkittävillä paikoilla. Ulkomailla toisenlaiseen työn tekemisen tapaan tottuneiden oli vaikea sopeutua suomalaiseen työkulttuuriin, vaikka olivat alun perin suomalaisia kieleltään ja kansallisuudeltaan. Työllistämistuilla keinottelu ja työsuhteiden pätkiminen ärsyttivät ammattikoulutettuja, kokeneita työntekijöitä.

Tietojärjestelmien jatkuva kehitys ja muutos välineenä itse työn tekemiselle vaativat jatkuvaa valppautta eikä tietoteknisten taitojen päivittämiseen ollut varattu koulutusta eikä aikaa erikseen. Työn rajaaminen vaati yksilöllistä rohkeutta ja näkemystä, mistä voi turvallisimmin tinkiä. Ylitunnollisille ja kilteille työ oli erityisen vaikeaa. Työnantajakaan ei ollut aina tietoisesti rajoittanut heidän työmääräänsä ja seurauksena oli loppuun palaminen.

Työilmapiirin säilyttäminen avoimena ja keskustelevana vaati työtä ja myöskin johdon osallistumista asiaan. Asioista piti puhua edessäpäin, vaikka ne olivatkin vaikeita. Sille pitää järjestää tilaisuuksia. Erityisesti muutostilanteet tuottivat väistämättä puhumisen tarpeita. Oikeanlainen, ajantasainen tieto helpotti sopeutumista ja uudelleensuuntautumista silloinkin kuin se merkitsi yksilötasolla pahimmillaan työsuhteen päättymistä. Mikäli johto ei pitänyt tilannetta käsissään, vallan otti aina joku työyhteisössä, jolla ei ollut kuitenkaan vastuuta seurauksista ja kärsijöitä saattoi silloin olla paljonkin. Kateus ja työpaikkakiusaaminen pääsivät rehottamaan. Vaikenemisen kulttuuri oli tuhoisaa kun patoutuneille tunteille ei jäänyt purkautumiskanavaa. Monet stressiä, uupumusta ja masennusta kokenut oli tuntenut antamisen ja saamisen olleen epätasapainossa työssään. Työnantaja oli yksipuolisesti hyväksikäyttänyt heitä ilman riittävää taloudellista tai henkistä kompensaatiota. Kiitosta ei tullut hyvin tehdystä työstä eikä työntekijöiden hyvinvoinnista ja jaksamisesta välitetty. Siitä oli kokemuksia MM:llä:

”…siitä ei ees puhuttu mitään, että tää työnantaja oli sellanen että hänellä ei ollu kykyä organisoida ja johtaa henkilökuntaa sillä tavalla että selvittää asioita. Kyllä mä olisin tykänny että ois sanonnu että hei että nyt sun vaan pitää ruveta tilaamaan tavaraa ja sovitaanko palakat ja muut, mutta näistä ei keskusteltu ollenkaan…,mutta kyllä sitä ihminen sitoutuu aika lailla voimakkaasti, aika lailla huomaamattaan siihen työhön ja varsinkin tän luontonen ihminen, niin kyllä mää olin käytettävissä että mulle voi soittaa jos mää en oo työpaikalla ja niitä soittoja saatto sitten tullakin vapaa-aikana ja lomallakin.”

Heikoimmat sortuivat pudotuspelissä ja vahvimmatkaan eivät voineet hyvin, koska työtä heille jäi tehtäväksi entistä enemmän. Oman paikan löytäminen alituisesti muutosvaiheessa olevassa työyhteisössä ei ollut kenellekään helppoa. Työntekijän arvostaminen ihmisenä ei näkynyt työn arjessa. Kukaan ei puolustanut sitä.

Työn subjektiivinen merkitys

Työntekijät korostivat työn subjektiivista merkitystä. Arvoristiriidat työssä olivat mietityttäneet monia, mihin on valmis voimavarojaan satsaamaan ja kuinka paljon. Merkityksellisyyden kokemiselle voi syntyä monia esteitä. Vastaajat olivat kokeneet mm. työtovereiden kateuden, yksityiselämän suurien vastoinkäymisten, työn arvostuksen puutteen, sujumattomuuden, tarkoituksettomuuden ja hyödyttömyyden sekä itselleen sopimattoman työn syövän merkityksellisyyden kokemuksia, oman työnsä arvostusta ja haluja uhrata voimavarojaan sille. Työn merkitys osana työntekijän henkilökohtaista ihmisenä kasvamista ja kehitystehtävän suorittamista unohtui monesti kun tuijotettiin vain työnantajan työstä saamaa taloudellista hyötyä. Yksipuolinen riistetyksi tulemisen kokemus katkeroitti. Vanha työmoraali ei enää ollut arvossaan ja sen pohjalta syntyneet pelisäännöt eivät enää päteneetkään työssä. Rehellisyydellä, esimiehen kunnioituksella ja kuuliaisuudella häntä kohtaan ei pärjännytkään enää työyhteisössä. Työn vaatimusten rajattomuus tuotti jatkuvaa hallinnan tunteen puutetta. Ei voinut tuntea olevansa kyllin hyvä työntekijä tai että työ olisi tullut hyvin tehtyä. Aina jäi jotain vaille. Pitkään samassa työssä ollut SN kertoi asiasta näin:

”…siitähän pitäs siitä työstä saaha niin kun jotain henkisesti semmosta… Nykyään ei voi enää tuntea semmosta, työelämä vie täysin mehut, kun et tavallaan enää osaa tehä sitä omaa työtäs, kun ei enää tiiä, mikä on pelin henki tällä viikolla, ens viikolla se voi olla ihan jotakin muuta. Koko ajan muuttuu ohjeet, ne muuttuu, että koko ajan on niin epävarma olo että uskallanko mää ennään mitään tehä. Siis siitä samasta asiasta, mitä oot ite tehny, ihan tehny sen, eikä noo tarvinnu uhrata tämmösille asioille, että on ollu johdon tuki, sanotaan nyt näin. Nykyään ei tämmöstä oo. Mutta kauniisti puhutaan hyvinvointia ja visioita, mutta oikeesti ihmiset voi helekkarin huonosti työpaikoilla juuri näistä syistä. Johtaja ja johtajat leikkii tällasia laatikkoleikkejä, koko ajan on jonkinlaisia uhkia, on sitä ja tätä ja tuota että siis unohetaan se koko—että työt pitäs kumminkin hoitaa. Mutta työ on tehty jollain tavalla niin vaikeeks tehä että sitä ei niin kun että on tullu niin epävarmaks että en mää olis ikinä uskonnu että, kymmenekään vuotta sitten että tää tämmöseks ruppee menemään tää työelämä.
”

Työttömyydestä tai sen uhkasta aiheutuneet haitat

Työttömien kohdalla työn puuttumisen negatiiviset vaikutukset alkoivat näkyä jo muutamassa kuukaudessa vieraantumisen ja hyödyttömyyden tunteena, joka söi itsetuntoa ja elämänhallinnan mahdollisuuksia yhdistyneenä taloudellisen toimeentulon niukkuuteen ja sosiaalisten verkostojen kapeutumiseen. Monet työssä käyvälle itsestään selvyydet lipuivat ulottumattomiin työpaikan puuttuessa, kuten yksityiset ja työterveyshuollon palvelut harrastuksista ja muista hankinnoista puhumattakaan. Työelämässä tarvittavat tiedot ja taidot eivät päivittyneet ja työntekijä putosi nopeasti

ammatillisesta kehityksestä, koska ei voinut osallistua myöskään koulutuksiin työttömänä eikä ollut mahdollisuutta keskustella työssä käyvien kanssa kuten ennen. Rimakauhu työhön paluun suhteen kasvoi työttömyysajan pidentyessä.

Pitkään, jopa kymmenisen vuotta kestänyt työelämän ulkopuolella oleminen oli syrjäyttänyt pitkäaikaistyöttömät vähitellen yhteiskunnasta eikä heille ollut edes tarjottu työtä. Ammattikurssit eivät olleet tuoneet työpaikkaa työttömyyden alkuvaiheessa eivätkä he enää lähellä eläkeikää pystyneet motivoitumaan koulutukseen eikä aktiiviseen työnhakuun eivätkä työvoimaviranomaiset sitä heiltä edes edellyttäneet. Suhdettaan työhön pohti pitkäaikaistyötön MM näin:

”*Jos mää en halua sinne kurssille enkä mää halua siitä ittelleni mittään hyötyä, niin miks pittää tuhlata ne rahat minuun kun panna johonkin toiseen ihmiseen, jolle siitä saattas olla hyötyä, joka haluais sinne kurssille”*

Nuorempien, vähemmän aikaa työttömänä olleiden kohdalla ammatillinen uudelleenkoulutus toimi ratkaisevana tekijänä työelämään palaamisessa. Nykyaikainen ammattitutkinto takasi mahdollisuudet tasavertaiseen työnhakuun muiden kanssa. Sekä fyysiset että henkiset sairaudet rajoittivat selkeästi masentuneiden työmahdollisuuksia. Pitkällä sairauslomalla tai kuntoutustuella olleiden työhön paluuta helpotti aluksi työkokeilu, lyhennetty työaika ja helpotetut työtehtävät, joita muokattiin tilanteen ja työkyvyn mukaan kiinteässä yhteistyössä esimiehen kanssa.

Kaksi pitkäaikaistyötöntä sai seuranta-aikana myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen ja yksi sisältöä elämäänsä vanhempiensa omaishoitajana. Myös perheen, lasten ja lastenlapsien hoito, ystävien tapaaminen, lemmikkieläimet ja harrastukset työttömänä ollessa tarjosivat sisältöä ja pitivät kiinni elämässä. Päihdeongelma oli pitkäaikaistyöttömillä vaarana, jos ei muuta sisältöä elämään ollut löytynyt. Työttömien kohdalla työn merkityksellisyyden kokemukset jäivät kokonaan puuttumaan. Palautetta itsestä ei tullut, myöskään kehittymismahdollisuuksia ihmisenä sitä kautta ei ollut tarjolla. Aikuisuuteen kuuluva perustarve olla antamassa muille omastaan ja mahdollisuus ansaita elantonsa omilla ansioillaan jäi vaille toteutumista työttömänä. Työn kautta ei voinut saavuttaa itselleen arvostusta omissa eikä muiden silmissä. Työttömänä ei ollut myöskään erikseen työ- ja vapaa-aikaa. Aika puuroutui tasapaksuksi massaksi ilman sattumia.

Koulutukseen liittyvät hankaluudet

Koulutuksen merkitys tietoyhteiskunnassa on yhä kasvamassa. Jos peruskoulutus oli jäänyt nuorena puutteelliseksi, oli myöhemmällä iällä kenties perheellisenä ja talouden ollessa tiukalla vaikea lähteä uudelleenkoulutukseen kun lähtötaso ammatillisessa koulutuksessa oli jo liian korkealla. Ammatti- ja työllistämiskursseja käymällä ei pystynyt työllistämään itseään, jos oli joutunut työttömäksi. Tietotekniset taidot olivat jääneet heikoiksi, jos niitä ei ollut tarvinnut työssä ollessa eikä kielitaitoakaan ollut ehtinyt kertyä. Nykyinen työn tekemisen tapa ja tiukkatahtinen työkulttuuri jatkuvine työssäoppimisvaatimuksineen oli jäänyt työttömille vieraaksi eikä siihen ollut pitkäaikaistyöttömien mahdollisuutta palata. Muutosta työn tekemisen tavassa kuvaa heikolla peruskoulutuksella pitkäaikaistyöttömäksi jäänyt MM:

”On, se on muuttunnu ihan ratkasevasti. Ja kun sen pitäs mennä aina etteenpäin, se siinä on. Tuolla sai olla niin kauan paikallaan. Mutta kun nyt tuuaan niin paljon uutta koko ajan, tuollasta näyttöö, päätettä, kaikennäköstä tuuaan uutta ja siihen tulee aina uutta ohjelmaa… ***Se on niin kun koulussa olis koko ajan****, aina pitäs oppia jotakin uutta.”*

Työssä olevien ei kannattanut enää vanhemmalla iällä lähteä uudelleenkoulutukseen eläke-etujen ja tulonmenetysten vuoksi, vaikka entisessä työssä jatkaminen olikin vaikeaa. Työssä olleiden heikosti koulutetut kokivat alamittaisuutta työssä, vaikka olisivat hankkineet kokemuksen kautta pätevyyden

työhönsä. Koulutuksen puute näkyi myös palkassa ja etenemismahdollisuuksissa. Kouluttautuminen työn ohella aikuisena oli raskasta, vaikkakin monesti antoisaa. Kaikille ei pitkäkään akateeminen koulutus pystynyt tarjoamaan pysyvää työpaikkaa koskaan.

Opiskelemassa olleiden vastaajien kohdalla eri oppilaitosten opintosuoritusten vastaavuus tuotti päänvaivaa, jos elämäntilanne vaati muuttoa paikkakunnalta toiselle kesken opintojen. Puutteellinen opinto-ohjaus varsinkin yliopistossa teetti paljon turhaa työtä ja vei aikaa opinnoilta kun kysymyksiin ei löytynyt vastauksia. Tukea, kannustusta ja palautetta opintojen aikana oli vaikea tai mahdoton saada keneltäkään. Opiskelijat olivat oman onnensa nojassa opintoja suunnitellessaan ja varsinkin jos joutui opiskelemaan tavanomaisesta suoritustavasta poikkeavalla tavalla. Aikuisopiskelija MM oli kokenut tällaista:

”Aika yleisenäkin negatiivisena kommenttina vois sanoo tuosta yliopistosta, yliopisto-opinnoista. On tietyllä tavalla niin kun tää että siellä helposti jätetään opiskelija pärjäämään yksin, jos ei tule pyytämään sitten neuvoa itte. Että tämmösessä opintojen ohjauksessa ois hyvin paljon parantamisen varaa yliopistoissa. Esimerkiks tällasissa tapauksissa jos ei oo pitkään aikaan opintosuorituksia, niin voisko opinto-ohjaaja lähestyä ja ottaa yhteyttä opiskelijaan että voisko jotakin tässä niin kun tehdä?”

Muilta opiskelijoilta saatu tuki ja yhteydenpito heidän kanssaan saattoi jäädä vähäiseksi, jos opiskelija oli paljon muita vanhempi, perheellinen tai joutui käymään työssä opintoja rahoittaakseen. Masennus saattoi heikentää kykyä yhteydenpitoon myöskin.

Sairaudet

Sairastuminen vei voimia työltä. Osa joutui luopumaan hyvästä työstään, osa pelkäsi joutuvansa irtisanotuksi sairastuttuaan. Etenkin kivut ja säryt heikensivät työkykyä liikkumista ja ruumiillista ponnistelua vaativissa tehtävissä. Ne heikensivät myös unen laatua. Ikääntyneet työntekijät pelkäsivät työelämästä poisputoamista eivätkä uskaltaneet ottaa riskiä ja vaihtaa työpaikkaa tai lähteä uudelleenkoulutukseen vaikka olivat sairastuneet jopa ammattitautiin, joka oireili työssä. Työstä ei uskallettu olla herkästi pois sairauden takia ja osa hoidostakin jäi toteutumatta kiireisen työn, työsidonnaisuuden ja irtisanomisen pelon vuoksi. Kirjoitettuja sairauslomia jätettiin myös pitämättä. Työntekijöiden oli vaikea myöntää itselleenkään avun tarvetta varsinkin henkisissä ongelmatilanteissa. Sisulla jatkettiin eteenpäin turhankin kauan ilman apua. Masennus heikensi muistia, keskittymiskykyä ja kykyä sosiaaliseen vuorovaikutukseen, jotka olivat monille työssä selviytymisen kannalta keskeisiä edellytyksiä.

Tunnollisuus ja täydellisyyden tavoittelu työssä jatkui yleensä myös kotona. Se oli luonteenpiirre, josta oli vaikea tinkiä. Masennuksen kautta osa onnistui hiukan lieventämään sitä. Ikääntyminen ja fyysiset sairaudet saattoivat pakottaa siihen myös. Avun tarvetta oli vaikea myöntää itselleen ja myös ammattilaisille. Masennus koettiin edelleen leimaavaksi sairaudeksi, jonka kanssa yritettiin pärjätä hoidotta viimeiseen saakka. Tästä kertoo MN:

” …ja kun mää oon semmonen että mää teen niin tunnollisesti kaikki työni, vähän liiankin pikkutarkasti …Mulla vaan meni ittelläni aika kauan että ennekö mää hyväksyin, mää olin siinä pisteessä jo vuoden vaihteen jälkeen… mää lyön päätä seinään vaikka depressiohoitaja oli monta kertaa sanonu.. olinko mää marraskuun puolella 2½ viikkoo sairaslomalla elikkä sillon kun mää hankkiuduin sille lääkärille, niin määhän enimmäkseen vaan nukuin sillon sen ajan, mää olin niin fyysisestikin uupunu. Mää olin niin totaalisen väsyny että mää vasta pääsin niin kun mun uneliaisuudesta pois jollakin tavalla, mutta mää palasin työelämään ja mullehan sanottiin heti sillon ekalla viikolla töissäkin että mitä sää täällä teet kun sää oot niin väsyneen näkönen, mutta mää kun en, sisulla mää vaan oon…”

Kaikille ei ollut selvää, mistä apua edes saisi. Varsinkin monisairaiden oli vaikea saada kokonaisvaltaista ymmärrystä ja hoitoa pirstaloituneesta hoitojärjestelmästä. Kivuliaan ihmisen oli vaikea keskittyä mihinkään asiaan elämässä. Sairauden kanssa selviytyminen vaati kaikki käytettävissä olevat voimavarat eikä niitä riittänyt työssä käymiseen, vaikka eläkevakuutusyhtiöt olivat välillä toista mieltä. Sairaus saattoi tuhota lupaavan työuran, joka tuntui kohtuuttomalta kenties koko loppuelämän. Työttömänä työnhakijana sairaalla ei ollut paljoakaan mahdollisuuksia kilpailla terveempien joukossa. Oli helpompi sopeuttaa itsensä loppuiäksi työttömäksi kuin pettyä toistuvasti työtä hakiessa. Työssä olevilla oli tiukkaa monesti jaksamisen kanssa terveenäkin. Työkaverin sairastelu kaatui muiden niskaan. Sijaisia ei otettu tai saatu ja työt jaettiin vielä työkuntoisten kesken ilman lisäaikaa tai - korvausta. Myöskin omat ansiot kärsivät sairauden vuoksi kun poissaoloja tuli.

Yksityisyrittäjien asema tässä suhteessa oli erityisen heikko. Sairaudet heikensivät kykyä tehdä itse työtä ja masennus haittasi myöskin kykyä johtaa ja suunnitella työtään ja hallita yrityksen talousasioita. Tehtäviä ei voinut delegoida kenellekään eikä apua saanut oikeastaan mistään. Harvalla oli edes työterveyshuoltoa käytössään. Pitkiltä sairauslomilta palaavilla oli haasteena päästä takaisin kiinni työrytmiin ja poissa ollessa tapahtuneisiin muutoksiin työssä. Aina eivät voimat olisi riittäneet kokoaikaiseen työpanokseen heti alusta lähtien.

Taloudelliset seikat

Yrittäjien talous oli alituiseen vaakalaudalla eikä taloutta voinut ennakoida. Masennus heikensi kykyä huolehtia omista eduista, myös taloudellisista. Konkurssin kokeneilla yrittäjillä taloudelliset vaikeudet olivat edeltäneet masennukseen sairastumista. He näkivät tulevaisuutensa toivottomana, koska eivät pystyisi koskaan maksamaan velkojaan, vaikka täystyöllistyisivät loppuelämäksi. Masennus heikensi myös yrittäjien ansioita kun tulot riippuivat joka hetki omista työsuorituksista.

Taloushuolet saattoivat kulkea mielessä työpaikalle. Talovelat, rästiin jääneet elatusmaksut, ulosottoon mennet laskut tai provisiopohjainen palkkaus loivat taloudellisia paineita selviytyä työssä. Free lancerina tai yrittäjänä ansiot olivat täysin omassa varassa, myös lama-aikana. Työttömänä ja sairauslomilla ollessa joutui elämään työssä käyvän puolison siivellä joko kokonaan tai osittain. Rahaa ansaitsevalla puolisolla oli oikeus päättää hankkimiensa tulojen käytöstä pääosin. Perheen valtasuhteet määräytyivät sen mukaan. Pienillä tuloilla elävällä ei ollut loputtomiin mahdollisuutta lainata rahaa muilta eivätkä puolisot voineet elää tasapuolista elämää. Epätasaiset tulot aiheuttivat riitaa perheessä ja pienempituloinen sai moitteita osallistumattomuudestaan. Masentuneena ei jaksanut tehdä edes kotitöitä eikä huolehtia lapsista. Tästä esimerkkinä MM*:*

”Koska hänelle (vaimolle) se on taas niin tärkeetä.. kun mietin just kun riitaa tulee, niin kun eilen tuli rahasta, niin sano että kun hänen pitää aina huolehtia näistä (raha- ym. kotiasioista), että kuule, ja kyllähän se miehelle kova pala on että kun ei pysty perheelleen tuomaan elatusta niin sanotusti. Tietysti saa tukee jostakin, mutta se ei ole sitä, mitä sää töistä saat välttämättä, niin tuota kyllähän sitä miettii että onks toi syy eroon, voisko ton ajatella noin että jos kävis niin tiukille, niin kyllä mää senkin ymmärtäsin. Mää sanoin että ei siinä mitään että se on sitten näin että sekin on otettava sitten vastaan.”

Pätkätyöläisenä ei voinut suunnitella talouttaan eteenpäin eikä suorittamaan suuria hankintoja tai ottamaan lainaa kun työllä ei ollut jatkuvuutta. Alituinen huoli ja epävarmuus toimeentulosta kulutti voimia. Työttömänä joutui käyttämään kaikki mahdolliset keinot pärjätäkseen. Pitkään jatkunut työttömyys monesti jo alun perin heikosti palkatusta työstä vei askeleet sosiaalitoimistoon tai KELA:an, jos sieltäkään aina oli apua saatavissa. Eron kokeneet tunsivat elatusmaksujen maksamisen heihin vihamielisesti suhtautuvan ex-puolison käyttöön kohtuuttomalta kun eivät voineet edes tavata lapsiaan eivätkä vakuuttua, menivätkö rahat lasten hyväksi. Työttömyyskorvauksella ei pystynyt

kustantamaan edes välttämättömiä kulutustavaroita ja työnhaustakin aiheutui kustannuksia. Kirpputorit, ruokapankki, työttömien ruokala, kaupan tarjoukset, asumis- ja toimeentulotuki ja rahan lainaaminen läheisiltä tulivat tutuiksi. Elämän unelmien toteutuminen jäi lottovoiton varaan. Työttömänäkään elämä ei ollut mielekästä, hallittavaa eikä ymmärrettävää. Taulukossa 40. on tiivistettynä keskeisimmät työhön ja opiskeluun liittyneet stressiä ja masennusta edesauttaneet seikat.

Taulukko 40. Stressin ja masennuksen syntyyn liittyneitä haitallisia tekijöitä työssä ja opiskelussa

1.Työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeudet
2.Työn huono organisointi
3.Huono työilmapiiri
4.Työ ei tyydytä subjektiivisesti
5.Työttömyydestä aiheutuneet haitat
5.Koulutukseen liittyvät hankaluudet
6.Työ ja sairaudet
7.Taloushuolet

Masennuksen puhkeamiseen vaikuttaneet viime vaiheen tekijät

Masennusryhmäläiset pystyivät kertomaan käsityksensä masennuksen syntymekanismista ajan kuluessa elämänkaarihaastattelun aikana. Kaikilla oli taustalla pitkä negatiivisten elämänkokemusten historia eikä masennus tullut siinä mielessä yllätyksenä. Oli miltei ihmeteltävää etteivät he olleet sairastuneet jo aiemmin tai vakavammin, ehkä jo lapsena, kun he kertoivat elämäntarinaansa. Masennuksen sairastumishetkellä näille kaikille oli tapahtunut jokin uusi, vaikea tapahtuma (työ)elämässä, jonka jälkeen he olivat lähteneet hakemaan apua tilanteeseensa ja päätyneet perusterveydenhuollon ammattilaisten puheille. Taulukkoon 41 on koottu masennuksen puhkeamiseen vaikuttaneita viimevaiheen tekijötä työtä ja perhettä koskien. Monet edeltävistä tekijöistä kytkeytyivät työhön tai sen puutteeseen.

Taulukko 41. Masennuksen puhkeamiseen vaikuttaneet viimevaiheen tekijät

Persoonaan liittyvät tekijät ja uupuminen työssä: ei kykyä rajoittaa työntekoa, ei mahdollisuutta delegoida tehtäviä muille, uuden, vaativan työn aloittaminen yhtä aikaa yksityiselämän ongelmien kanssa, ylitunnollisuus, kiltteys, vaativuus itseä kohtaan, itselle vieraat arvot työssä, vaikea sopeutua työyhteisöön persoonallisuudenpiirteiden takia Työsuhteen äkillinen loppuminen: savustettiin ulos unelmatyöstä, irtisanominen pitkäaikaisesta työsuhteesta yritysaneerauksen, ihmissuhderistiriitojen, sairastelun vuoksi, tilalle kouluttamaton työtön, ex- puolison uusi puoliso tilalle Huono työilmapiiri: huono työilmapiiri yrityssaneerauksen yhteydessä, kyräily, lobbaus oman työpaikan säilyttämiseksi, joutui irtisanoutumaan huonon työilmapiirin takia, työpaikkakiusaamista, ei puhuttu avoimesti asioista Työttömyys: pitkäaikaistyöttömyys, ei mahdollisuuksia työllistyä enää, ei ammattia, heikko koulumenestys taustalla, ikää liikaa, syrjäytyminen Sairauksiin liittyneet asiat: päihdeongelma, fyysiset sairaudet, kivut, henkiset paineet, pitkäaikainen unettomuus

Talousvaikeudet: yrityksen talousvaikeudet, köyhtyminen pitkäaikaistyöttömänä, taloudellinen ahdinko avioeron jälkeen, velkakierre, konkurssi taustalla, vaikeuksia elatusmaksujen vuoksi, epäsäännölliset tulot yrittäjänä Heikko johtaminen ja työn organisointi: suuret, hallitsemattomat muutokset työpaikalla, liiallinen työnteko ilman lomia lähiesimiehenä, ylin johto ei selvillä tilanteesta, heikko esimiestyöskentely, ei kykyä organisoida hallitusti työtä, epäselvät työnkuvat Yrittäjyyteen liittyvät ongelmat: ei mahdollisuutta rajoittaa työntekoa free lancerina tai yrittäjänä, ei voi delegoida tehtäviä muille, talouden hallinta vaikeaa etenkin sairaana, yksinäistä Kriisit työssä: läheisen työtoverin äkillinen kuolema Perhesyyt: ei tukea puolisolta ongelmissa, parisuhderistiriidat; epätasainen työnjako kotona, puoliso matkatöissä, uupuminen talonrakennuksessa, ex-puolison häirintä työssä ja kotona, avioero, ero lapsista, lapsen pitkäaikainen sairaus, lapsen kuolema, vanhemman äkillinen kuolema ja siitä seurannut pitkäaikainen lamaannus, opiskelu viivästyi.

5.4.2.3. Stressiltä ja masennukselta suojanneita tekijöitä työtä koskien

Työ oli monelle parhaimmillaan puskuri masennusta ja elämän tarkoituksettomuutta vastaan sekä olennainen osa elämänhallinnan tunteen säilyttämisessä ja elämänhallintakeinojen saavuttamisessa. Työ tarjosi parhaimmillaan resursseja elämänhallintaan sosiaalisesti, informatiivisesti, taloudellisesti että henkisesti. Persoonallisuuden kasvun ja yksilöllisen kehityksen tukemisessa työllä oli huomattava merkitys, samoin kuin praktisten käytännön taitojen ja tietojen oppimisessa ja yhteiskunnan yleisessä kehityksessä mukana pysymisessä. Sosiaalisten verkostojen rakentuminen tapahtui työtä tehtäessä, vuorovaikutustaidot kehittyivät ja suhteista oli iloa ja hyötyä myös vapaa-aikana. Monet työtoverit olivat mukana myös yhteisissä vapaa-ajan harrastuksissa ja perheiden tapaamisissa. Työtovereilta saatu henkinen tuki ja apu työn lomassa pelasti monelta käynniltä ammattiauttajan luona. Onnistumisen kokemukset työssä ja opiskelussa ja siitä saatu tyydytys kohotti itsetuntoa ja kannusti uralla eteenpäin. Riittävä, säännöllinen palkka loi turvallisuutta, suunnitelmallisuutta ja hallittavuutta elämään ja mahdollisti tavoitteiden ja unelmien saavuttamisen. Työttömät jäivät kaikkia näitä mahdollisuuksia paitsi, varsinkin jos työttömyys oli jatkunut pitkään ja siihen liittyi vielä matala koulutustaso.

Työn ja perheen onnistunut yhteensovittaminen

Työn ja perheen onnistunut yhteensovittaminen helpotti arjessa jaksamista. Joustavat työajat varsinkin pikkulapsiperheissä ja pienempien koululaisten vanhemmilla mahdollistivat lasten tarpeiden huomioinnin työpäivinä. Mahdollisuus osa-aikatyöhön tai työtehtävien muokkaaminen pienten lasten vanhemmilla takasi että voimia jää vielä lapsille ja perheelle kotona. Sellaista oli kokenut MN:

”Kyllä mää oon tosta työstä tykänny että se on ollu kuitenkin vaihtelevaa ja mukavaa. ... mulla oli semmonen oma vapaus, mää sain aika lailla ite sähläillä niitten, jopa aikojenkin suhteen. Tykkään semmosesta itsenäisestä.. ne työt on kuitenkin tehtävä, niitä sitten järjestellään, mietitään sen mukaan että mitä on.. Kyllä musta on mukava että on pojat ja sitten töitten jälkeen se ruuanlaitto ja sitten ne normaalit kotiaskareet ja semmoset että mää kyllä nautin siitä…. Kyllä mulle perhe on tärkeempi kun työ. Työ on se rahanansaitsemiskeino.. millä voi sitten perheelle vaikka ostaa kaikkee tai matkustaa tai..”

Hyvin toimiva päivähoito, molempien vanhempien ja mahdollisesti myös isovanhempien osallistuminen lasten ja kodin hoitoon estivät vanhempien ylikuormittumista ja uupumista. Työssä käynti rytmitti sopivasti elämää, toi siihen sisältöä ja toimi sosiaalisen kohtaamisen paikkana, oli parhaimmillaan voimavara silloinkin kun kotona asiat eivät olleet kunnossa tai siellä ei odottanut

kukaan. Nähtiin hyväksi rajoittaa työn tekemistä kotona ja työn ja vapaa-ajan sekoittumista toisiinsa liiaksi.

Työn mielekkyys, hyvä organisointi ja riittävä toimeentulo

Työn tekeminen esti syrjäytymistä, jos sitä oli tarjolla. Monille oli tärkeää että työ oli säännöllistä ja vakituista. Se teki elämän helpommaksi suunnitella ja auttoi hallitsemaan taloutta. Vakaalle pohjalle saatu talous vapautti työn tekemisen pakosta ja vapautti valitsemaan, mitä halusi tehdä. Työstä saatu riittävä palkka loi turvallisuuden tunnetta, mahdollisti työstä irrottautumisen lomailun merkeissä ja loi tyytyväisyyttä ja hyvinvointia koko perheelle. Ei tarvinnut kuluttaa energiaansa siihen, miten selviäisi jokapäiväisistä välttämättömistä menoista. Siitä kertoo kokemuksiaan SM:

”Ja kyllä me tullaan ihan kohtuullisesti toimeen ja sanotaan niin että tili näkee toisensa että ei mulla oo tili ollu nollilla varmaan moniin vuosiin, opiskeluaikana ehkä, ei sen jälkeen o ikinä ollu nollasaldo. Että oonko mää sitten osannu järjestellä ne vähäset roposeni fiksusti, niin kumminkin, ihan kohtuullisessa tasapainossa ollaan... Kyllä mää luulen että mää oon järjestänny lasten elämän niin että niillä on rahaa että raha ei tuu olemaan ongelma”

Työn jatkuvuus, etenemismahdollisuudet ja omiin arvoihin sopivat työtehtävät ja työn sopiva määrä houkuttelivat panostamaan mielekkääksi koettuun työhön, joka samalla tuki jaksamista. Ikä, ammattitaidon kehittyminen, kokemus työstä, työyhteisön ja esimiehen tuki vahvistivat uskoa työssä selviytymiseen. Itsenäisyys ja vapaus työssä, vaikuttamismahdollisuudet työtä koskien sekä palautteen saantimahdollisuus tukivat omaa henkistä kasvuprosessia työssä. Työn tekninen järjestäminen työn kiertoineen, vuorotteluvapaineen, pitkine lomineen tai joskus työpaikan vaihto tai yrittäjäksi ryhtyminen saattoivat olla estämässä lopullista uupumista ja masentumista.

Hyvät työtoverit, työyhteisö ja esimies tukena

Hyvät työtoverit olivat monelle korvaamaton voimavara. Pitkä yhteinen työtoveruus, toisen perinpohjainen tunteminen, hauskat yhteiset muistot ja kokemukset, yhteinen huumori ja toimiva henkilökemia tukivat työssä jaksamista. Siitä oli kokemusta SN:llä:

”Meillä on paljon hauskoja muistoja myös työstä, työmatkoilta. Sellasia että me muistetaan ne jonkun asian yhteydessä ja vieläkin saatetaan nauraa mitä on tapahtunnu joskus 15 vuotta sitten tai 10 vuotta sitten että se on antannu myöskin hyvin paljon sellasta ihan vaan muutakin kun sitä työtä.”

Mukavassa työyhteisössä yhteistyön tekeminen oli helppoa ja ammattitaito kehittyi. Työtoverit auttoivat ja tukivat toisiaan, olivat oppina toisilleen monissa niin työtä kuin työn ulkopuolista elämää käsittävässä asiassa. Ymmärtävä, ystävällinen, empaattinen, keskusteleva esimies oli estänyt uupumasta ja mahdollistanut työn tekemisen silloinkin kun voimavarat eivät olleet parhaimmillaan. Työntekijää ei jätetty yksin ongelmineen. Sopivat työntekijävalinnat ja esimiehen hyvä pelisilmä johtamisessa saivat työn tuntumaan hallittavalta ja mielekkäältä. Työpaikkakiusaamiseen puuttuminen ja siitä eroon pääsy auttoivat keskittymään paremmin itse työn tekemiseen.

Työn subjektiivinen merkitys

Työ koettiin merkittäväksi itsetunnon kehittäjäksi ja vahvistajaksi. Parhaimmillaan se oli antoisaa, innostavaa ja mielekästä ja tuotti tyydytystä, arvostusta, kiitosta ja jopa nautintoakin. Työ strukturoi ja vakautti elämää, oli paikka, minne mennä päiväksi kotoa. Työ kiinnitti yhteiskuntaan ja oli kiinnekohta koko elämälle. Työ auttoi kehittymään ihmisenä, loi onnistumisen kokemuksia ja sitä

kautta sai hyväksyntää muilta ihmisiltä. Työ tuotti uusia kokemuksia ja ihmissuhteita ja kehitti vuorovaikutustaitoja. Siitä sai voimaa elämään. Työuupumukseen sairastuminen oli opettanut itsetuntemusta, rennompaa työotetta, ja siitä toipuessa esimiehen rooli oli ratkaisevan tärkeä. Pitkä työura ja elämänkokemukset lisäsivät suhteellisuudentajua, oppi erottamaan pienet asiat suurista ja ongelmanratkaisutaidot paranivat. Ei stressaantunut enää turhasta, oppi keskittymään tärkeään ja olennaiseen. Liika vaativuus itseä kohtaan väheni ja oppi hyväksymään oman epätäydellisyytensä. Sitä oli opetellut työuupumukseen ja masennukseen sairastumisen jälkeen myös MN:

”Niin kun sillai niin kun rennompi ote, asenne työhön, niin kun musta kaiken kaikkiaan tuntuu että mulla on rennompi asenne elämään että mun ei tartte koko ajan suorittaa. .. että se on tavallaan ollu semmosta suorittamista, niin kun sellanen paine siinä mukana, mikä tulee täysin minusta itsestäni. Kukaan ei ole minulta vaatinut, muu kuin minä itse.”

Parhaimmillaan päätökset ja toiminnat perustuivat tosiasioihin ja niiden pohjana oli omat arvot. Oppi olemaan itselleen uskollinen, ei suostunut enää kaikkeen, oppi priorisoimaan ja olemaan armollinen itselleen. Omat elämän- ja sairauskokemukset auttoivat vastaajia kohtaamaan ja ymmärtämään asiakkaita ja potilaita omassa työssään.

Kaikkiaan työ oppimisen paikkana auttoi pitämään otteen aktiivisena. Työn laadullakin oli merkitystä. Osalle aivojen käyttö tuotti mielihyvää, samoin luova työ tai työskentely lasten kanssa. Työstä saatu palaute ja arvostus olivat tärkeitä, ne auttoivat työuralla eteenpäin. Riittävä ammattitaito, sopiva vallankäyttömahdollisuus ja autonomia auttoivat jaksamaan vaativassakin työssä. Kyky rajata työtä ja erottaa työ ja vapaa-aika toisistaan loivat hengähdystaukoja hektisessä työssä.

Toisille työpaikan vaihto tai yrittäjäksi ryhtyminen toivat uutta mielekkyyttä työn sisältöön. Työelämän pelisääntöjen oppiminen ja itselle sopivan roolin löytäminen työssä helpotti selviytymistä. Toiselle sopi johtajuus ja kohoaminen ammattistatuksessa, toisille ei. Joku halusi uhrata paljon voimavarojansa työlle, osalle riitti puolet viikosta.

Opiskelu ammatillisen ja persoonallisuuden kasvun mahdollisuutena

Opiskelu tuotti hyvinvointia parhaimmillaan hyvin monella tavalla. Se mahdollisti parempiin ansioihin pääsemisen, verkostoitumisen toisten samanhenkisten saman alan työntekijöiden kanssa, mahdollisuuden pätevöitymiseen uusiin työtehtäviin, ammattitaidon kasvattamisen nykyaikaa vaativalle tasolle, alan vaihtamisen ja uudelleen työllistymisen. Persoonan kasvun kannalta opiskelun myötä tuli uusia asioita elämään, tutustui erilaisiin ihmisiin, itsetunto kohosi, opiskelu opetti ongelmanratkaisu- ja selviytymistaitoja, auttoi tarkastelemaan asioita objektiivisesti, eri näkökulmista, suhteuttamaan ja jäsentämään asioita. Suuremmat pulmat opittiin pilkkomaan pienemmiksi palasiksi ja selviytymään niistä eteenpäin. Siitä oli kokemusta MM:lla:

”... että jotenkin niitä (omia ajatuksia) pystyy sillä lailla tosiaan niin kun lokeroimaan ja että tää asia on ehkä johtunnu tästä ja vähän ottaa sillai etäisyyttä, kattoo sitä omaa elämää niin kun sillai objektiivisestikin.”

Aikuisena oppijana pystyi käyttämään elämänkokemusta hyödykseen oppimisen pohjana, ajattelu kehittyi, itse oppiminen tuotti mielihyvän kokemuksia varsinkin kun sai opiskella omaan tahtiinsa vailla taloudellisia paineita. Esimiehen kannustus ja tuki opiskelemiselle oli tärkeää. Työnohjaus ja lyhemmätkin ammattiin liittyvät kurssit tuottivat myönteisiä oppimiskokemuksia ja auttoivat jaksamisessa. Koulutus lisäsi elämän hallittavuutta ja ymmärrettävyyttä.

Terveys voimavarana, sairauden ja työn yhteensovittaminen

Hyvä fyysinen ja henkinen terveys tekivät työn tekemisen mahdolliseksi. Toisaalta työ oli väline sairaudesta toipumisessa, jopa terapiaa parhaimmillaan, jos sitä osattiin käyttää siinä roolissa. Työ saattoi olla tervehdyttävä pakopaikka epätyydyttävästä siviilielämästä. Perheetön SN kertoo työn myönteisistä piirteistä:

" Ehkä se on ollu tuo työ, että on aina ollu se työ, johonka on voinnu mennä, että joskus ajattelin että kun tuon miesystävänkin kanssa oli hirveen vaikeeta että tänne mää tuun ainakin joka päivä että tää pysyy ainakin samana että tää työ on ollu tavallaan se ja sitten se on kuitenkin myönteinen se ilmapiiri siellä työssä ja että ne omat murheet siellä sitten häviää. Ja tietenkin että on ollu terve…"

Sairauden huomiointi työtehtävissä ja työyhteisössä, joustava paluu sairauslomalta takaisin työhön, avoin keskustelu esimiehen kanssa ja sairauden hoidon mahdollistaminen työssä ollessa helpottivat työssä jatkamista silloinkin kun sairaus ei ollut parannettavissa, mutta työkykyä oli kuitenkin jonkin verran jäljellä. Oma aktiivisuus, jämäkkä asioihin puuttuminen ja puolensa pitäminen olivat eduksi. Omaa oloaan sairauslomalla kuvaa MN:

"Ja mun työnantaja laitto nyt sellasen sähköpostin kun mää nyt ilmotin tästä uudesta sairaslomasta, niin nyt tuli ja hän ilmotti sitten näin että jos asiaan liittyy jotain sellaista, josta haluaisit keskustella hänen kanssaan, niin hän on mielellään käytettävissä … kerran kun mää olin sairaslomalla niin hän oli jotenkin hirveen huolissaan että johtuuko se työstä, koska työnantajaa kuitenkin aina kiinnostaa ja miettii että onko se työyhteisöstä johtuvaa mutta en mää oo osannu nyt näihin asioihin puuttua, koska mää tiijän että se mun varsinainen väsymyksen aiheuttaja on ollu ihan muualla, mutta se työ on ollu vaan lisärasite että meni noin. Toki siten jahka mää palaan töihin niin ihan varmaan siitä tullaan käymään jonkinlainen keskustelu sitten."

Työllä ja aikuisopiskelulla nähtiin olevan parhaimmillaan hyvin paljon myönteisiä, jaksamista ja henkilökohtaista kasvua edistäviä puolia. Taulukossa 42 on koottuna vastaajien näkemyksiä työn ja opiskelun stressiä ja masennusta ehkäisevistä tekijöistä.

Taulukko 42. Vastaajien näkemyksiä stressiä ja masennusta ehkäisevistä tekijöistä työssä ja opiskelussa

1. Työn ja perheen onnistunut yhteensovittaminen
2. Työn mielekkyys, hyvä organisointi ja riittävä toimeentulo
3. Hyvät työtoverit, työyhteisö ja esimies tukena
4. Työn subjektiivinen merkitys
5. Opiskelu ammatillisen ja persoonallisuuden kasvun mahdollisuutena
6. Terveys voimavarana, sairauden ja työn yhteensovittaminen

5.4.2.4. Vastaajien toimenpide-ehdotuksia työssä jaksamisen parantamiseksi

Mukana olleiden stressi- ja masennusryhmäläisten vastauksista syntyi parannus- ja toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voitaisiin kenties ehkäistä tai vähentää työstä johtuvaa stressiä, uupumusta ja masennusta niin ammattilaisten, työyhteisöjen kuin perheen keinoin.

Perheen ja työn yhteensovittaminen

Perheen ja työn yhteensovittamisen parantamiseksi toivottiin joustavuutta työaikoihin ja työn rajaamista pääosin työpaikalla tapahtuvaksi. Aikaa ja energiaa pitäisi säästyä vielä kotiin, josta

toivottiin henkistä tukea työhön ja molempien puolisoiden tasapuolista osallistumista lastenhoito- ja kotitöihin. Aikaa pitäisi jäädä myös parisuhteelle. Lastenhoitopalveluihin toivottiin joustavuutta, lapsimyönteistä ilmapiiriä työpaikoille ja tukea lasten kotihoitoon niin terveenä kuin sairaana. Vanhuksien hoitoon toivottiin helpotusta työssäkäyville omaisille. Työn jatkuvuus koettiin tärkeänä ja turvallisuutta tuovana perhe-elämän suunnittelun ja jatkuvuuden kannalta, myös sen rytmittäjänä. Oman perheen puuttuessa työn arvon ja merkityksen nähtiin entisestään korostuvan sosiaalisen kohtaamisen paikkana ja voimavarana ja sisällön tuojana elämään. Perheelliset saattoivat työn avulla irrottautua kotiasioista, elämä ei ollut yhden kortin varassa. Jos työntekijä oli jo masentunut tai uupunut, toivottiin puolisolle mahdollisuutta osallistua hoitoon ja saada itsekin tukea puolisona. Sairaana ollessa toimeentulon pitäisi olla taattu ilman pitkiä katkoksia tai että joutuu olemaan kokonaan terveemmän puolison elättämänä.

Työpaikan ihmissuhteet

Työtovereilta odotettiin tukea, apua, oppia henkisesti ja ammatillisesti. Pitkät työsuhteet helpottivat yhteistyötä, sopivat työntekijävalinnat paransivat työilmapiiriä, samoin jos henkilökemiat toimivat hyvin yhteen ja työyhteisössä oli mukavaa huumoria. Työtovereiden hyvä tunteminen, hauskat yhteiset muistot ja kokemukset olivat resurssina työssä. Toivottiin avointa, tukevaa ja kannustavaa ilmapiiriä työhön, että asiat puhuttaisiin edessäpäin ja että kaikki osallistuisivat siihen. Toivottiin että myönteistä työilmapiiriä ja yhteishenkeä kehitettäisiin tietoisesti, järjestettäisiin yhteisiä tapahtumia että työntekijöille tulisi tunne että heistä pidetään huolta. Yhteisiä pelisääntöjä toivottiin luotavaksi rikkomusten ja väärinkäytösten varalle ja kriisiapua vaikeisiin tilanteisiin. Työpaikkakiusaamiseen toivottiin puututtavan ajoissa niin että se saataisiin loppumaan mahdollisimman pikaisesti.

Esimiehen toivottiin keskustelevan, kuuntelevan, ymmärtävän ja olevan ystävällinen ja empaattinen alaisilleen. Häneltä toivottiin hyvää pelisilmää johtamisessa, että hän pysyisi roolissaan ja tekisi työn tekemisen mielekkääksi. Esimiehen toivottiin olevan hyvä organisaattori ja palautteen antaja. Heidän toivottiin olevan tehtäviin vapaaehtoisesti hakeutuneita, tehtävään sopivia ihmisiä. Esimiestaitojen kehittämiseen toivottiin huomiota, varsinkin henkilöstöjohtamiseen niin että jokainen työntekijä saisi henkilökohtaista tukea. Lähiesimiehiltä toivottiin aktiivista ja napakkaa otetta ja että heillä olisi selkeä toimenkuva ja riittävästi valtuuksia tehdä työtään. Esimiehille toivottiin omaa työtään koskien hyvää esimiestä edelleen, jonka kanssa käydä läpi asioita. Varsinkin suuriin muutoksiin työpaikoilla toivottiin esimiestason tukea ja tilanteiden hallintakykyä. Yksityisyrittäjyyttä suositeltiin vaihtoehtona ja vaihteluna palkkatyöhön. Yrittäjille toivottiin tukea yksinäiseen työhön.

Työn organisointi

Työn paremman organisoinnin uskottiin vähentävän työperäistä uupumista ja stressiä ja viime kädessä ehkäisevän tai helpottavan masennusta. Työnkuviin toivottiin selkeyttä, työn määrään mahdollisuutta vaikuttaa niin että se mukailisi elämäntilannetta ja sairaudesta johtuvia haittoja voimavarojen mukaan. Myös arvojen ja persoonan huomiointia toivottiin työtehtävistä päätettäessä. Työntekijät toivoivat enemmän autonomiaa työhönsä, tasapuolista kohtelua ja työmäärien kohtuullista jakoa eri työntekijöiden kesken. Toivottiin arvostusta työkokemuksesta, ansioista ja ammattitaidosta ja mahdollisuutta osoittaa esim. näyttökokeella taitonsa, jonka on hankkinut työssä ilman varsinaista koulutusta. Näin vanhatkin työntekijät voisivat saada virallisen pätevyyden jatkaa entisessä työssään, jonka vaatimukset ovat kasvaneet vuosien aikana. Samalla heillä oleva hiljainen tieto saataisiin näkyväksi ja kokemus tulisi arvostetuksi. Tämän tiedon pohjalta voitaisiin rakentaa uutta tietoa ja vanhat työntekijät voisivat toimia mentoreina nuoremmille ammattiin ja työtehtäviin

opastuksessa. Sijaisten palkkaamista toivottiin poistumien paikkaamiseen liiallisen työkuormituksen vähentämiseksi.

Muutosvaiheessa toivottiin huolellista paneutumista muutosten synkronointiin etteivät kaikki asiat muuttuisi yhtä aikaa, henkilöiden yksilöllistä huomiointia muutosvaiheessa ja työprosessien parempaa hallintaa. Työn määrää toivottiin rajattavan uupumisen ehkäisemiseksi. Työtä ei pitäisi viedä kotiin kuin poikkeustapauksissa. Epätyypilliset työajat pitäisi rajata minimiin, ylitöitä valvottava ja rajoitettava tietoisesti ja toisaalta työaikoihin toivottiin joustoja esimerkiksi työaikapankin avulla. Vuorotyötä tekevillä ikääntyneillä vuorojen vaihdosta palautumiseen toivottiin enemmän aikaa kuin nuoremmilla, koska palautumisaika iän myötä pitenee ja työ käy siten raskaammaksi. Työtä olisi muutenkin kevennettävä lähellä eläkeikää. Toisaalta pitäisi tehdä työ houkuttelevaksi vielä vanhanakin.

Työn sisällön toivottiin olevan sopivan haastavaa, palkitsevaa, motivoivaa ja tyydytystä tuottavaa. Nykyisen työn vaatimaa monipuolista ammattitaitoa toivottiin kehitettävän riittävillä kouluttautumismahdollisuuksilla. Työn arvojen, tarkoituksen ja päämäärän toivottiin olevan esillä selkeästi työpaikoilla. Työhön toivottiin jatkuvuutta sekä itse työn onnistumisen että työntekijöiden elämän suunnittelun parantamiseksi. Työn vaativuudessa toivottiin porrasteisuutta, myös aputyövoimalle sopivia tehtäviä toivottiin. Halukkaille pitäisi olla tarjolla tukea urakehitykseen, lisää itsenäisyyttä ja valtaa kykyjen lisääntyessä. Tukea ja työnohjausta pitäisi olla tarjolla haastaviin tehtäviin. Liikaa byrokratiaa ja hierarkiaa toivottiin vältettävän, organisaatio voisi olla matala etenkin asiantuntijaorganisaatioissa.

Työhön mennessä toiveena oli saada riittävästi perehdytystä, aikaa tehdä työnsä rauhassa, mahdollisuutta kasvaa ammatillisesti omaan tahtiinsa niin ettei kaikkea tarvitse osata heti työhön mennessä. Työtä pitäisi pystyä visioimaan eteenpäin työmotivaation säilyttämiseksi. Työn kiertoa pitäisi suosia ja toimenkuvat olla muunneltavissa yksilöllisten tarpeiden ja kykyjen mukaan. Verotusta pitäisi muuttaa suosimaan työtekoa työttömyyteen nähden. Yrittäjyys voisi olla vaihtoehto palkkatyössä olevalle, mikäli taloudelliset riskit olisivat kohtuudella hallittavissa ja tukea ja neuvontaa yritykseen liittyvissä asioissa olisi saatavilla. Vuorotteluvapaita ja pitkiä lomia pitäisi voida käyttää työn rasituksista palautumiseen pitkissä työsuhteissa. Työpaikan kriiseihin toivottiin asiantuntevaa käsittelyä, esimerkiksi kuolemantapausten yhteydessä. Pätkätöille toivottiin samassa työpaikassa maksimikestoaikaa, jonka jälkeen työ olisi vakinaistettava. Työpaikan vaihtoa suositeltiin, jos työstä johtuville stressitekijöihin ei kyetty vaikuttamaan riittävästi. Työn pitäisi olla paremmin suunniteltua ja ennustettavampaa. Sukupuolista syrjintää pitäisi saada estettyä sekä lainsäädännöllisesti että työnjohdollisesti entistä paremmin. Matkatyöt pitäisi perustaa vapaaehtoisuuteen ja niiden määrää rajata kohtuulliseksi.

Pitkäaikaistyöttömille pitäisi löytyä jatkuva perustoimeentulomahdollisuus ilman toistuvia käyntejä työvoimaviranomaisten luona, jos reaalisia työllistymismahdollisuuksia ei enää ole. Jos yritysten henkilökuntaa jouduttaisiin saneeraamaan, sen pitäisi tapahtua hallitusti työntekijöiden muutosturvasta huolehtimalla esim. uudelleenkoulutuksen kautta tai uuden työpaikan etsimisessä avustaen tai yrittäjyyteen opastaen. Tukityöllistämisrahoituksen väärinkäyttöä toivottiin valvottavan pysyvänä palkkakustannusten alentamiskeinona. Työelämän ja oppilaitosten vuoropuhelua toivottiin parannettavan niin että koulutus vastaisi paremmin työelämän tarpeita. Tietoteknisten taitojen päivitysmahdollisuutta säännöllisesti toivottiin sekä työssä olevien että työtä aktiivisesti hakevien osalta. Vuorovaikutustaitoihin ja esiintymiseen toivottiin myöskin koulutusta työn vaatimuksia vastaavasti. Työssä olisi voitava olla myöskin kivaa ja voimia jäädä vielä kotiin omaan elämään.

Taloudelliset näkökohdat

Työstä saatavan palkan toivottiin olevan riittävää kattamaan perustoimeentulo ja luomaan turvallisuutta ja toteuttamismahdollisuuksia omaan elämään. Etenkin pikkulapsivaiheessa elävät toivoivat työntekoa mahdollistavia joustavia lastenhoitopalveluja ja taloudellisia tukia lapsista johtuvien lisämenojen kattamiseen. Maksuvaikeuksiin kannustettiin hakemaan apua ajoissa hallittujen maksusuunnitelmien tekemiseksi ja velkakierteeseen joutumisen ehkäisemiseksi. Konkurssitilanteisiin toivottiin neuvontapalveluja enemmän. Erityisesti nuoria yrittäjiä pitäisi opastaa talousasioissa paremmin. Velkasaneerausmahdollisuuksia toivottiin kohtuullisin elinehdoin.

Sairauden tai eron koittaessa toivottiin talousneuvontaa. Elatusmaksujen kohtuullistamista pidettiin etävanhemmalle tärkeänä työmotivaation säilyttämiseksi. Apurahojen tasoon toivottiin lisäystä päätoimisen tutkimustyön mahdollistamiseksi. Lasten hoito kotona toivottiin rinnastettavan palkkatyöhön ja siitä myös eläke-etuuksien kertymistä. Tiukoissa tilanteissa neuvottiin kääntymään perheen ja läheisten puoleen rahan lainaamiseksi, kotona vanhempien luona asumista pidempään, sosiaalitukien hakemista asumiseen ja toimeentuloon, ruokapankkiin, kirpputoreihin ja kaupan tarjouksiin perehtymällä. Alkoholin käytön rajoittamista pidettiin hyvänä säästökeinona. Suuret investoinnit suositeltiin tekemään työvuosien aikana. Kohtuuhintaisia harrastuksia kehotettiin etsimään. Molempien vanhempien työssäkäynti nähtiin välttämättömäksi nykyisen elintason ylläpitämiseksi.

Työn subjektiivinen merkitys

Työn subjektiivinen merkitys oli vastaajille hyvin suuri. Työn rooli miellettiin ammatillisen ja ihmisenä kasvun välineeksi. Etua oli, jos persoona sopi alun perin hyvin työrooliin. Sitä kautta sai ihmisenä arvostusta, kiitosta, tunnustusta ja virtaa elämään. Työ saattoi tuottaa jopa iloa ja tyydytystä, jota ei muualta saanut. Työstä sai uusia onnistumisen kokemuksia, vahvistusta itsetunnolle ja oppi ihmissuhdetaitoja. Työ kehitti ajattelua, opetti suhteellisuudentajua ja ongelmanratkaisutaitoja. Työssä oppi taitoja, joita tarvittiin muussakin elämässä. Saatu palaute toimi peilipintana ihmisenä kasvamisprosessissa. Työn kautta oli mahdollisuus oppia priorisoimaan asioita, ajattelemaan asiakeskeisesti, välttämään siten ihmisten välisiä riitoja ja väsymystä ja uupumista. Työelämän pelisääntöjen oppiminen, omien arvojen kirkastaminen ja elämänkokemus selvensivät omia velvoitteita ja rajoja ja suojelivat myös liialliselta kuormittumiselta. Työ saattoi tasapainottaa myrskyisää tai yksinäistä kotielämää ja toimia vaikeuksien keskellä tai sairauksista toipuessa terapeuttisena elementtinä. Työn kautta oli mahdollisuus kiinnittyä myös yhteiskuntaan ja välttää syrjäytyminen henkisesti ja taloudellisesti.

Työssä saattoi oppia pois liiallisesta tunnollisuudesta ja vaativuudesta itseä kohtaan –tosin monesti vasta omien uupumiskokemusten kautta. Sopiva tasapaino työn ja vapaa-ajan välillä löytyi samoin monesti vasta kun jaksamisen rajat tulivat vastaan. Työ muodosti siis merkittävän oppimis- ja kasvumahdollisuuden ihmisenä, joka olisi ollut vaikea korvata muulla tavalla ammatillisesta oppimisesta puhumattakaan. Varsinkin nuorten kohdalla työ olisi nähtävä olennaisena normaaliin kasvu- ja kehityskulkuun liittyvänä asiana, josta työttömät jäävät paitsi. Työn tuomat taloudelliset resurssit lisäävät eroja työssä olevien ja työttömien välillä edelleen. Mahdollisuus työhön pitäisi olla kaikille halukkaille kuuluva oikeus elämässä.

Työ ja opiskelu

Vastaajat korostivat riittävän peruskoulutuksen hankkimisen tärkeyttä heti nuorena ennen kuin perhehuolet haittasivat opintoja. Varsinkin yliopisto-opiskelijoille toivottiin enemmän

henkilökohtaista opinto-ohjausta, opiskelijoiden ryhmäytymisen edistämistä ja joustavuutta opintojärjestelyihin esim. eri oppilaitoksissa suoritettujen opintojen, työssäkäynnin tai perhetilanteen suhteen. Työttömille toivottiin räätälöityjä täydennyskoulutusmahdollisuuksia tietojen ja taitojen päivitykseen, tietoteknisen osaamisen ajantasaistamista, oppisopimuskoulutuksen järjestämistä ja että koulutus vastaisi työelämän tarpeita. Muutosturvakoulutuksen mahdollisuuksia toivottiin markkinoitavan aktiivisesti yrityssaneerauksissa työttömäksi jäävälle maksuttomana mahdollisuutena uuden ammatin hankkimiseen tai vanhentuneiden tutkintojen päivittämiseen.

Työssä ollessa toivottiin mahdollisuutta ja tukea pätevöityä ja kehittyä eteenpäin osaamisessa, mahdollisuutta saada välillä opintovapaata koulutuksiin helpottamaan varsinkin perheellisenä opiskelua. Opiskelun toivottiin lisäävän työllistymismahdollisuuksia, laajentavan sosiaalista verkostoa, kohottavan ammatillista itsetuntoa ja palkkatasoa ja auttavan jaksamisessa. Opiskelu voisi parhaimmillaan kasvattaa ihmisenä, kehittää ajattelua, parantaa asioiden jäsentelytaitoa ja siten kykyä selviytyä elämässä. Koulutus voisi opettaa tarkastelemaan asioita objektiivisesti ja saamaan niihin erilaisia näkökulmia. Aikuisena oppijana voisi käyttää hyväksi aikaisempaa elämän- ja työkokemusta ja nauttia myönteisistä oppimiskokemuksista vielä vanhemmallakin iällä. Omaan tahtiin opiskelu nähtiin tärkeänä aikuiskoulutuksessa. Työnohjaus ja erilaiset lyhyemmätkin ammattikurssit ja koulutukset nähtiin hyvinä oppimismahdollisuuksina työssä ollessa.

Työ ja sairaudet

Terveyden toivottiin olevan riittävän hyvän työtehtävistä suoriutumiseen. Sairauden aiheuttamiin rajoitteisiin toivottiin ymmärrystä työyhteisöstä, esimiehiltä ja työterveyshuollosta. Työtehtävien räätälöintiä ja osa-aikatyön tekemisen mahdollisuutta voinnin mukaan pidettiin tärkeänä etenkin pitkältä sairauslomalta työhön palatessa. Toivottiin mahdollisuutta hoitaa sairautta työajalla, jotta työtä haittaavat sairaudet saataisiin hoidettua kunnolla. Työ nähtiin parhaimmillaan keinona toipua sairaudesta. Työyhteisöltä, esimiehiltä ja työterveydestä toivottiin aktiivista osallistumista työntekijöiden asioiden hoitoon.

6. Pohdinta

Perhettä ja sukua koskevien lukujen 5.1. ja 5.2. pohdinnat on yhdistetty lukuun 6.1, koska niissä oli paljon yhteisiä näkökulmia. Stressiluvun 5.3. pohdinta on luvussa 6.2. ja 5.4. luvun työn merkitystä pohditaan luvussa 6.3.

Perhe näytteli isoa osaa sekä masennuksen taustatekijänä että siitä kuntoutumisessa. Lapsuudenperheen heikoksi jääneet kiintymyssuhteet näyttivät kertautuvan aikuisiän parisuhteissa ja tekevän niistä epävakaita. Parhaimmillaan perhe ja parisuhde tukivat kuitenkin aikuisena masennukseen sairastunutta ja auttoivat siitä selviytymisessä. Masennuksen mukanaan tuomat muutokset asenteissa ja arvoissa koettiin lopulta positiivisiksi ja auttoivat jatkossa kenties välttymään uudelleen sairastumiselta kun elämä ei ollut enää niin suorituskeskeistä ja apua uskallettiin pyytää herkemmin.

Stressiryhmäläiset ja masentuneet muistuttivat kysymyslomakkeiden osalta varsin paljon toisiaan. Heräsikin kysymys, onko osa masentuneista kenties väärin diagnosoituja, onko kyseessä sopeutumishäiriö vai ovatko oireet osa muuta komorbiditeettia, joissa täsmällisemmän hoidon löytämiseksi olisi tunnettava elämän kokonaisuutta paremmin. Toisaalta oli ennalta tiedossa että masennukseen liittyy itsetunnon laskua ja laukaisevia stressitekijöitä ja elämänhallinnan vaikeutta, jolloin oli luonnollista että myös ne lähtivät korjaantumaan ajan myötä kun masennusoireet helpottivat. Työn merkitys osoittautui sairastuneillekin odotettua tärkeämmäksi. Työ oli tukenut itsetuntoa ja tarjonnut mahdollisuuden pätevöityä, kokea mielekkyyttä elämässä ja ansaita arvostusta myös muiden silmissä. Työn loppuminen melko odottamatta esimerkiksi irtisanomisen tai konkurssin kautta pudottivat pohjan elämältä. Myös työyhteisön tuki menetettiin samalla ja usein lähes ainoat ystävätkin. Jo irtisanomista edeltäneet vaiheet tekivät työyhteisöistä kyräileviä ja painostavia ja työn mielekkyys ja yhteisöllinen henki menetettiin jo siinä vaiheessa. Työn menettämisen myötä myös taloudellinen tilanne romahti, samoin kävi myös masennuksen vuoksi pitkäaikaiselle sairauslomalle jouduttaessa.

Selviytymistaistelu vähin varoin ja epävarmuus toimeentulon jatkosta pahensivat monen masennusoireita. Eläkehakemuksen hylkääminen koettiin henkilökohtaisena mitätöimisenä ja hylkäämisenä ihmisenä. Myönteinen eläkepäätös osalle, joiden sairaus oli edennyt jo pitkälle krooniseksi ja yhdistynyt somaattisiin pitkäaikaissairauksiin oli helpotus ja kunniakas tapa poistua työelämästä. Osalle työn menetys tarjosi uuden mahdollisuuden löytää itselleen mielekkäämpi ja paremmin omaa arvomaailmaa vastaava työ ja kenties uudelleenkoulutusmahdollisuus myös, joka olisi muuten jäänyt toteutumatta. Masennus tarjosi uuden mahdollisuuden mielekkäämpään, hallittavampaan ja merkityksellisempään elämään siten.

6.1. Perheen, suvun ja läheisverkoston merkitys masennuksessa ja elämänhallinnassa

6.1.1. Määrällisten tulosten pohdintaa lapsuudessa ja aikuisikäisenä

Kyselylomakkeissa oli melko vähän tietoja masennuksen ja perheiden ja lähiverkostojen vuorovaikutuksesta ja yhteyksistä. Tietoa tuli vasta haastattelujen myötä. Kyselylomakkeilla on vaikea lähestyä vuorovaikutussuhteita, koska elämänolosuhteet ja sosiaaliset verkostot ovat niin yksilöllisiä ja niiden laatu, frekvenssi ja merkityssuhteet vaihtelevat hyvinkin nopeasti. Myöskään kulttuurisia piirteitä tai ympäristötekijöitä ei kyselylomakkeissa voida huomioida yksilöllisesti. Tämän vuoksi menetelmien yhdistäminen oli tärkeää kokonaiskuvan saamiseksi. (Thomas 2006, Barbour 1999, De Maeseneer 2003, Barbour 2000, Kylmä 2003, Coyne 1981)

Masentuneiden lapsuusajan perheet olivat olleet rikkonaisempia kuin coping-ryhmäläisten, joka ilmeni BSCI:n StrA- osassa. Kaikkiaan kahdeksalla kymmenestä biologinen perhe oli joko hajonnut tai sitä ei ollut muodostunut lainkaan. Kaikki coping-ryhmäläiset olivat saaneet viettää eheän lapsuuden ilman vakavia traumaattisia perhekokemuksia. Niissä perheissä, joista lapsuudessa puuttui toinen vanhempi, puuttui myös useimmiten muu saman puolen suku eikä isä- tai äitipuoliin eikä heidän sukuunsa muodostunut yhtä vahvaa yhteyttä kuin biologisiin vanhempiin. Osalle masentuneista oli muodostunut lapsuudessa uusperhe, joka ei vastaajien mielestä tuntunut toimivan ja myös siteet poissaolevan vanhemman sukuun jäivät ohuiksi tai yhteyksiä ei muodostunut lainkaan. Kiintymyssuhteita ei päässyt syntymään tai ne katkeilivat perherakenteiden muuttuessa. Selviytymisvoimavarat rikkonaisissa perheissä olivat heikommat kun usein ainut vanhempi joutui ponnistelemaan äärimmilleen elättääkseen lapsensa, jolloin yhteistä aikaa ei heille juuri jäänyt. Lapset joutuivat jo varhain selviytymään itsekseen vähäisillä taidoillaan. Sisarukset parhaimmillaan auttoivat ja tukivat toisiaan sekä lapsena että vielä aikuisenakin. Yhteisöllinen elämäntapa ja yhtenäiset arvot yhteiskunnassa tukivat silloinkin kun perhe ei siihen pystynyt.

Perherakenteen muuttuessa myös sen dynamiikka muuttuu kommunikaatiotavat muuttuvat ja roolit jaetaan uudelleen sekä perheen sisällä että ulospäin. Uusperheissä vanhemmuus voi olla jaettu tai ei, vanhemmilla voi olla yhteisiä lapsia tai ei ja samalla lapsella voi olla peräkkäisiä uusperheitä. Eroon liittyvä vanhempien stressi heikentää vanhemmuutta ja vanhempien väliset riidat stressaavat lapsia. Muutot heikentävät myös lapsen sosiaalisia verkostoja ja tuen saantia kodin ulkopuolelta. Eroperheiden lapsilla on todettu olevan enemmän tunne-elämän ja käyttäytymisen problematiikkaa ja ammattilaisavun tarvetta. Yksinhuoltajat arvitsevat usein tukea kasvatustyöhönsä ammattilaisilta mikäli sosiaalinen verkosto ei siinä pysty heitä tukemaan. (Fröjd 2007, Paananen 2012, Väänänen 2013, Sheeber 2001, Gilman 2003a, Fergusson 2007)

Liikunnan harrastaminen ja seurustelu nuorena oli masentuneilla harvinaisempaa. He kuvasivat jo silloin olleensa sosiaalisesti rajoittuneempia eivätkä heidän vanhempansa kannustaneet heitä osallistumaan yhteisiin toimintoihin. Osalla ei ollut taloudellisia tai käytännön mahdollisuuksia osallistumiseen ja toisten nuorten parissa liikkumiseen johtuen maalla asumisesta. Vuorovaikutuksen ongelmat kotona ja eristäytyneisyys heikensivät masentuneiden lapsien mahdollisuuksia sosiaalisten verkostojen kehittymiseen. Ystäviä ei voinut kutsua kotiin, jos siellä oli päihdeongelmaa, riitoja tai sairas vanhempi. Myös palvelujärjestelmän tarjoama tuki oli vastaajien lapsuudessa melko vähäistä.

Masentuneiden vuorovaikutussuhteet perheen ja lähiympäristön kanssa aikuisina erosivat coping-ryhmäläisistä merkittävästi. Masennus eristi perheitä muusta yhteisöstä ja myös sukulaisista, joilta olisi voinut saada tukea. Masentuneet eivät jaksaneet pitää yhteyttä kodin ulkopuolelle eivätkä ulkopuoliset ottaneet yhteyttä masentuneeseen. Masentuneet kokivat olonsa ulkopuolisiksi läheisverkostoissaan ja työstä poissaolo lisäsi ulkopuolisuutta sairauslomalla ollessa tai kun työsuhde oli loppunut kokonaan. Parisuhde joutui koetukselle ja masentuneet kantoivat huolta puolison ja lasten pärjäämisestä kun eivät jaksaneet hoitaa osuuttaan perheen käytännön tehtävissä eivätkä henkisesti puolisoina tai lasten kasvattajina. Tämä loi pohjaa myös mahdolliselle ylisukupolviselle jatkumolle. Samanlaisia tuloksia ovat saaneet mm. Mitchell 1983, Miller 1992, Gotlib 1989.

Masentuneiden oli vaikea pitää puoliaan ja ilmaista tarpeitaan asioiden hoidossa ja selviytyä niistä käytännössä. Apua oli vaikea pyytää eikä sen saaminenkaan ollut aina helppoa. Tervettä puolisoa ei haluttu aina hoitajaksi eikä holhoojaksi, koska hänellä oli jo muutenkin paljon tehtävää. Puolisoa haluttiin suojella myös sairauden pahimmilta piirteiltä, kuten itsetuhoajatuksilta. Epäonnistumisen tunne oli totaalinen ja pettymys, inho, moitteet, arvostelu ja jopa viha itseä kohtaan ruokkivat masennuksen kehää, josta oli vaikea löytää yksin ulos. Elämään oli vaikea olla tyytyväinen kun moni perusasia ontui. Masentuneet olisivat tarvinneet tukea ja konkreettista apua asioiden hoitoon silloin

kun sairaus oli vaikeimmillaan, jolloin rinnalla kulkijasta, vertaisesta tai kokemusasiantuntijasta olisi saattanut olla hyötyä. Myös case manager tai omahoitaja olisi voinut olla avuksi hoidossa.

Puolisot joutuivat väistämättä kietoutuneiksi osaksi masentuneen sairautta ja arkea. Halgin 1991, Spangenberg 1999, Lynch 2003 ja Goering 1992 kuvasivat puolisoiden roolia masentuneen rinnalla elämisessä. Puolisoilla lomakepisteet olivat tutkimuksessa masentuneiden ja coping-ryhmän väliltä lähtötilanteessa. Tilastollinen ero puolisoiden ja hyvin selviytyneiden coping- ryhmäläisten välillä tutkimuksen alussa oli vain BSCI:ssä. Masentuneiden puolisot ovat myös aiemmin paikantuneet masentuneiden ja oireettomien väliin eri mittareiden osalta (Mitchell 1983). Masentuneen sairaus lisäsi puolison stressiä ja heikensi selviytymiskeinoja eikä tilanne muuttunut tilastollisesti vielä vuodenkaan kohdalla. Tilastollisesti merkitsevä koheneminen puolisoilla tapahtui kuitenkin koherenssin tunteessa, jonka osa-alueista ymmärrettävyys parani eniten. Lienee kysymys siitä että puolisot vähitellen alkoivat sopeutua ja toipua masentuneen rinnalla sairaudesta ja saivat keinoja toimia muuttuneessa tilanteessa tai niin että perhe pystyi palaamaan takaisin normaalimpaan elämään. Puolisoilla ei ollut viitteitä masennuksesta alussa eikä vuoden kohdallakaan ja alkoholin käyttö pysyi vähäisenä koko ajan. Puolisoiden itsetunnossa ei vuoden seurannan aikana tapahtunut muutoksia. Puolison psykoedukaatiolla ja pariterapialla voidaan vahvistaa toipumisessa tarvittavaa sosiaalista tukea ja perheen koheesiota (Moos 1998a,b, Pollio 2006, Rautiainen 2010, Seikkula 2012), jos vain riittävää motivaatiota löytyy.

6.1.2. Laadullisten tulosten pohdintaa koskien lapsuutta ja aikuisikää

Masentuneiden haastattelut valottivat heidän subjektiivisia kokemuksiaan lapsuudenperheen hyvistä ja huonoista puolista. Lapsuudenperheissä oli paljon hyvääkin. Mahdollisia vanhemmuuden puutteita oli korjaamassa iso sisarusparvi, isovanhemmat ja sukulaiset sekä tiivis naapuriyhteisö. Työtä tehtiin yhdessä perheen kanssa ja lapsilla oli seuraa toisistaan. Elämä kulki eteenpäin vakiintuneita uriaan. Asuinpaikkaa vaihdettiin harvoin. Yhtenäiset arvot ja säännöt helpottivat elämää ja loivat yhteenkuuluvuuden tunnetta, vaikka aineelliset olot olivat puutteelliset.

Masennuksen vaikutukset aikuisiän perheessä koskettivat kaikkia perheenjäseniä olipa sen laukaisuut mikä tahansa seikka. Sairautta ei voinut salata muilta ja siten tuen tarvetta oli perheessä kaikilla, miten selviytyä tilanteesta. Perheenjäsenet olisivat kaivanneet enemmän tukea kuin saivat, vaikka toisaalta masentunut ei olisi halunnut vaivata sairaudellaan läheisiään.

Masennuksesta koettiin olleen myös hyötyä ja oppia elämään kun pahin vaihe alkoi olla ohi. Myös parisuhde arvioitiin uudelleen ja sairauden aikana muuttunut työnjako kotona tasoitti kuormitusta vanhempien kesken vielä sairauden jälkeenkin. Sairaus opetti myös puhumaan asioista ja ilmaisemaan tarpeitaan ja tunteitaan paremmin ja hakemaan apua ajoissa uudelleen oireiden pahentuessa.

Seuraavissa kappaleissa on nostettu esiin joitakin kohtia haastatteluaineistota tarkempaan pohdintaan lapsuus- ja aikuisiän perheistä myös ylisukupolvisuuden kulkua peilaten.

6.1.2.1. Lapsuuden taustatekijät ja ylisukupolvisuus

Perintötekijät

Masentuneet tunnistivat psyykkisen sairauden periytymisen suvuissaan ja olivat huolissaan oman sairautensa periytymisestä lapsilleen. Psyykkinen sairaus oli lyönyt leimansa heidän elämäänsä jo varhain ja siitä oli vaikea pyristellä eroon aikuisenakaan. Stigma seurasi lapsuudesta aikuisuuteen

mukana. Oman osansa loi myös periytynyt alttius somaattisiin sairauksiin, joita masentuneilla oli runsaasti aikuisiällä, osalla myös jo lapsena. Myös sisarukset olivat kokeneet samat kohtalot.

Masennusalttius saattoi johtua geneettisestä sairausperimästä, geneettisestä haavoittuvuudesta stressitilanteissa, mutta myös ympäristöön liittyvistä stressitekijöistä, kuten tapahtumista ennen avioeroa ja sen jälkeen. Negatiivisten elämäntapahtumien seurauksena syntyneestä stressiherkkyydestä ja haavoittuvuudesta erityisesti lapsena ovat kirjoittaneet mm. Silverstein 2006, Sheeber 2001, Solantaus 2010, Paananen 2012, Väänänen 2013, Sadowski 2009, O´Connor 2006, Duggan 1998, Manninen H 2008 ja Salokangas 2006a, Brown 1998.

Periytyvän sairauden puhkeamistodennäköisyyttä voidaan vähentää korjaamalla vuorovaikutuksen häiriöitä, muuttamalla olosuhteita tai lääkehoidon avulla oireita lieventämällä tai estämällä ne kokonaan (Wynne 2006, Myllykangas 2013, Paavonen 2009). Mikään tutkimus ei voi tutkia puhtaasti ympäristöä (nurture) eikä puhtaasti geenien (nature) vaikutusta, vaan ne ovat aina yhdessä, kuten tässäkin. Ympäristö ja sosiaaliset suhteet muokkaavat geenien ekspressiota ja geenit vaikuttavat siihen, miten vuorovaikutus ympäristön kanssa toimii (Caspi 2006).

Kiintymyssuhteen, hoivan, huolenpidon ja tunne-elämän tuen puute lapsuudessa

Masentuneilla näytti olleen sekä lapsuudessa että aikuisiällä raskaampia elämänkokemuksia kuin coping- ryhmäläisillä. Haavoittavat ja stressiä aiheuttaneet tekijät lapsena ja nuorena masentuneilla olivat olleet yksilönkehityksen kannalta merkittäviä: läheisen kuolema, ero, hylkääminen, psyykkinen sairaus lapsuudenkodissa, väkivalta, päihteet, puutteelliset elinolosuhteet (= köyhyys, emotionaalisesti virikkeetön ympäristö, ei vuorovaikutussuhteita, kiintymyyssuhteiden katkeaminen).

Erityisen vaikeina vastaajat olivat kokeneet biologisen lapsuudenperheen hajoamisen tavalla tai toisella ja sen myötä kiintymyssuhteen katkeamisen. Kenenkään vastaajan uusperhe ei ollut kyennyt korvaamaan alkuperäistä, vaan saattoi olla luomassa uudenlaisia ongelmia heille. Joillekin oli jäänyt katkeruutta esimerkiksi sisarusten epätasa-arvoisesta kohtelusta. Myös väkivaltaa käytettiin yleisesti kasvatuskeinona vastaajien lapsuudessa. Osalla poistunutta isää tai äitiä ei korvannut kukaan ja myös puuttuvan vanhemman suku jäi vieraaksi ja etäiseksi tai yhteydenpito puuttui kokonaan. Vajaasta perherakenteesta seurasi taloudellisia haasteista, henkisen tuen ja vuorovaikutuksen monipuolisuuden puutetta lapsuusaikana. Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat ja niistä seuranneet pelot ja väkivaltaisuus tai huolenpidon puute tuottivat luottamusvajetta aikuisiin, joka näkyi vuorovaikutuksessa vielä aikuisiälläkin. Negatiiviset lapsuudenkokemukset vaikuttivat itsetuntoon ja tekivät lapsista sosiaalisesti arkoja. Tuloksissa kuvattiin monien pettymysten seurauksena romuttunutta luottamusta vanhempaan ja pelkoja selviytymisestä, johon kukaan ei puuttunut tai puuttumisesta ei ollut riittävää apua. Pelko omasta sairastumisesta varjosti elämää vielä aikuisena ja menneisyys kulki kuin varjo perässä ponnisteluista huolimatta.

Lapsen haavoittuvuus ja riippuvuus ovat suurimmillaan, kun negatiivisten tapahtumien ja tunteiden käsittely- ja säätelykeinot eivät ole vielä kehittyneet haasteita vastaaviksi, esimerkiksi suurissa elämänmuutoksissa, jotka liittyvät läheisiin ihmissuhteisiin, kuten eroissa tai kuolemantapauksissa. Mitä pienempi lapsi on, sitä tuhoisampaa vuorovaikutuksen häiriintyminen on hänen kehitykselleen. Käsitys itsestä vahvistuu kasvun myötä, kyky käsitellä poissaolevia asioita kehittyy ja antaa perspektiiviä menneiden asioiden käsittelyyn ja uusien mahdollisuuksien hahmottamiseen. Tällöin myös oman lapsuudenperheen puutteet voidaan kompensoida ulkopuolisilla vahvistavilla tekijöillä ja henkilöillä paremmin. (Birtchnel 1991, Jähi 2004)

Monilla masentuneilla oli ollut lapsena nykyisen lastensuojelulain mukaisia ennaltaehkäisevän lastensuojelun tarpeita. Masentuneet pohtivat, miten elämä olisi voinut mennä paremmin lapsuudessa ja sairastuminen jäänyt ehkä tapahtumatta. Vakaat ja turvalliset asuin- ja elinolosuhteet koettiin hyvänä asiana. Sosiaalinen vuorovaikutus kodin ulkopuolelle kasvun ja kehittymisen myötä kävi entistä tärkeämmäksi. Perheen toimivuus, pitkäaikaisten riitojen välttäminen, lapsen perustarpeista huolehtiminen, turvallinen elinympäristö ilman uhkaavia tilanteita, vanhempien päihteiden käytön kohtuullisuus, ajoissa saatu apu niin mielen kuin ruumiinkin sairauksiin vähensi lasten huolia. Sopeutuminen ympäröivän yhteisön sääntöihin, arvoihin, toimintatapoihin ja kulttuuriin helpotti lasten elämää myös. Näistä oli kokemuksia coping- ryhmäläisillä lapsuudessaan.

Lapsuudessa opitut passiiviset toimintatavat ja käyttäytymismallit, kuten tyytyminen osaansa ja omillaan selviytymisen vaatimus, vaikuttivat tunteiden käsittelemiseen ja avun hakemiseen kodin ulkopuolelta vielä aikuisenakin. Tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa (Gilman a,b 2003, Kraaij 2003, Sheeber 2001, Terrimäki 2012). Myös Rita Jähin (2004) tutkimuksessaan haastattelemista psyykkisesti sairaiden äitien tyttäristä moni oli ollut käytännössä vanhempansa omaishoitajana lapsena.

Coping- ryhmä osasi nimetä melko vähän coping-taitojen kehitystä ja käyttöä haitanneita tekijöitä, koska eivät olleet joutuneet näitä asioita erikseen miettimään. Elämä oli sujunut ilman suurempia hankaluuksia. Haavoittavia tekijöitä oli ollut joillakin coping- ryhmäläisellä lapsena, mutta harvemmalla, eivätkä niin syvästi satuttavia kuin masentuneilla. Coping- ryhmän negatiiviset vastaukset lapsuudesta olivat pitkälti yhden vastaajan vastauksista peräisin ja ne liittyivät molempien vanhempien alkoholismiin ilman kenenkään ulkopuolisen puuttumista siihen. Vastaaja oli joukon nuorin, 30-vuotias, joten seuraukset eivät välttämättä ehtineet vielä kaikilta osin näkyä. Muilla coping-ryhmäläisillä elämä oli säilynyt ehyempänä ja menetykset olleet pienempiä lapsuudenperheiden pysyessä koossa aikuisikään saakka.

Coping- taitoja edistäneinä asioina lapsuudessa coping- ryhmäläiset mainitsivat mm. selkeät arvot ja roolimallit, pahojen riitojen puuttumisen kotoa, alkoholin kohtuullisen käytön ja äidin kotona olemisen. Lapsilla oli turvallinen olo ja selkeät säännöt ja rajat kotona. Koti oli tukeva ja aktiiviseen yrittämiseen ja toimimiseen kannustava ja mallia lasten kasvatukseen saatiin myös isovanhemmilta, suvulta ja lasten kavereilta. Coping-ryhmäläiset kuvasivat kasvatuksensa lapsena vaativaksi. Myös aikuisena coping- ryhmäläisillä vaativuus itseä kohtaan pärjäämisessä oli voimakasta. Heillä oli kuitenkin myös selviytymiskeinoja vaativuuteensa. Coping- ryhmästä kuvastuu paremmin aktiivinen toimijuus ja itsen näkeminen merkityksellisenä subjektina siinä onnistuen. Coping-ryhmäläiset olivat lapsuudessa hyötyneet koulusta, harrastuksista ja kodin ulkopuolisista kontakteista sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen oppimisessa eikä kaikki jäänyt kodin varaan. Heidän vanhempansa olivat olleet näyttämässä mallia myös yhteiskunnallisesta osallistumisesta.

Isovanhemmat muodostivat parhaimmillaan huomattavan henkisen, käytännöllisen ja aineellisen resurssin sekä lapsusaikana että vielä aikuisikäisenä. Osalla isovanhempia ei ollut taas apuna juuri lainkaan. Jotkut isovanhemmat olivat hoitaneet lapsenlastaan koko tämän lapsuuden ja nuoruuden ajan korvaten omat vanhemmat. Lapselle itselleen oli jäänyt epäselväksi, miksi näin oli, vaikka vanhempi oli elossa edelleen. Selityksenä saattoi olla se, että aviottoman lapsen kasvatus olisi ollut haasteellista yksinhuoltajalle tai luonut häneen häpeällisen leiman tuona aikana tai sitten uusi puoliso ei hyväksynyt lasta uuteen perheeseen. Isovanhempien rooli voi olla merkittävä vahvistus pikkulapsiperheiden elämänpiirin laajentajina ja vuorovaikutustaitojen opettajana. Erityisen tärkeäksi heidän roolinsa tulee, mikäli vanhemmilla on ongelmia jaksamisen suhteen tai he sairastuvat masennukseen tai muuhun vakavaan sairauteen. Etäisyydet voivat haitata tapaamisia, mutta sosiaalinen media voi tässäkin tulla avuksi. (Silverstein 2006)

Sisarukset kasvattivat toisiaan, huolehtivat toisistaan, olivat tukena ja turvana varsinkin epävakaissa perheissä tai jos äiti sairasteli tai kuoli. Myös isompien sisarusten merkitys esikuvina ja aikuisemman ihmisen malleina oli merkittävä. Tosin sisarkateus saattoi toisinaan nostaa päätään, sukupuolten välillä olla epätasa-arvoa tai pienempiä sisaruksia vähäteltiin. Sisarusten puuttuessa ystävät ja kaverit saattoivat korvata merkittävällä tavalla heitä ja hyvä lapsuudenystävät säilyä läheisinä läpi elämän. Muutot, koulujen ja luokkien vaihdokset katkaisivat ystävyyssuhteita ja varsinkin arimmat lapset jäivät helpommin vaille läheistä kiintymyssuhdetta ikätoveriin. Serkuilla saattoi olla samantyyppinen merkitys kuin sisaruksilla, jos varsinkin sattuivat asumaan lähistöllä niin että heitä oli mahdollisuus tavata usein. Muut aikuiset sukulaiset pystyivät tarjoamaan vaihtoehtoisia aikuisen malleja ja toimintatapoja kotona opittuihin nähden. Heidän kanssaan pystyi harjoittelemaan itsenäisyyttä ja vuorovaikutusta kodin ulkopuolella. Parhaimmillaan läheisverkosto perheen lisänä pystyi kasvattamaan lapsen itsetuntoa ja rohkaisemaan uusiin asioihin ja kokeiluihin. Erilaiset harrastukset kokosivat lapsia ja nuoria yhteen tapaamaan toisiaan ja tutustumaan toisiinsa. Unohtaa ei sovi myöskään lemmikkieläinten merkitystä tässä roolissa. Kiintymyssuhteet läheisiin auttoivat rakentamaan identiteettiä, peilaamaan omia kokemuksia toisten vastaaviin ja toimivat terapeuttisina elementteinä hädän tullen. Osalla yhteys biologiseen sukuun saattoi olla heikko, mutta se oli korvautunut itse muodostetulla tukiverkostolla.

Vanhempien kyky vastata lapsen tarpeisiin auttaa lasta toipumaan hänen turvallisuuttaan uhanneesta tilanteesta ja elimistön stressitilasta mm. ottamalla hänet syliin, halaamalla ja lohduttamalla. Tapahtuneista traumaattisista tilanteista pitäisi kertoa lapselle kehitystason mukaisesti. Vanhemman suojeleminen traumoilta tai auttaminen niistä toipumisessa hyödyttää lasta. Myös lapsen traumaattisen stressireaktion tai -häiriön havaitseminen ajoissa ja hoitaminen esim. kognitiivisella käyttäytymisterapialla tai EMDR (silmänliiketerapia):llä voi ehkäistä myöhemmin masennuksen syntyä. (Vihriälä 2010)

Kiintymyssuhteen vahvistamiseen pitäisi tarjota tukea ja harjoitteluohjelmia mahdollisimman varhain. Vanhemmuuden vahvistaminen neuvolan, koulun, perhetyön ja eri yhteistyökumppaneiden yhteistyöllä voi auttaa lasta selviytymään elämän kriittisimpien vaiheiden yli. Kiintymyssuhdehäiriöistä kärsivien pikkulasten auttamiseksi on olemassa esim. Theraplay-menetelmä ja myös muita vahvistavia hermoratojen aktivointikeinoja. (Mäkelä 2005)

Epävakaissa lapsuudenolosuhteissa eläneillä saattoi kiintymyssuhteen muodostumisen puutteet johtaa parisuhteen ongelmiin ja suhteen purkautumiseen aikuisena vuorovaikutushäiriöiden seurauksena (Davila 2001). Tämä sopii yhteen kiintymyssuhdeteorian kanssa (Bowlby 1979). Lapsuusaikaiset kehityksen riskitekijät voivat altistaa myös aikuisiän somaattisille sairauksille (Räikkönen 2008).

Sosioekonominen tilanne

Perheiden sosioekonominen asema on parantunut Suomessa sodanjälkeisinä vuosikymmeniä huomattavasti. Kuitenkin alimman sosiaaliryhmän osalta suotuisa kehityskulku on pysähtynyt 90-luvun lamavuosiin, kun taas keskiluokka ja ylimpään sosioekonomiseen ryhmään kuuluvat ovat pystyneet edelleen lisäämään hyvinvointiaan ja elinikäänsä ja siten yhteiskunnan polarisoituminen on lisääntynyt entisestään. Nykyisillä lapsilla saattaa olla samanlaisia eriarvoisuuden kokemuksia, jopa ahdistavampia kuin vastaajien lapsuudessa ja nuoruudessa, koska kulttuuri on muuttunut kulutuskeskeisemmäksi. Parisuhteiden katkeaminen muodostaa uhkan lapsiperheiden taloudelliselle tilanteelle. Tällä hetkellä Suomessa on yksinhuoltajaperheitä yli 20 % kaikista perheistä ja köyhyys niissä on yleisempää kuin kahden vanhemman perheissä. Yli 150 000 lasta eli köyhyyskriteerit täyttävässä perheessä jo vuonna 2007. Näissä perheissä usein havaitaan myös ylisukupolvisia

riskitekijöitä masennukseen sairastumiselle. (Tilastokeskus, Perhebarometri 2013, THL tiedonanto, Hakovirta 2012)

Masentuneiden lapsuudenperheissä sosioekonominen tilanne oli monesti heikko ja lapset saattoivat tulla leimatuiksi ja kiusatuiksi jo köyhyyden ja hoitamattomuuden perusteella. Vanhemmilla ei ollut voimavaroja panostaa lasten hyvinvointiin ja lapset toisinaan joutuivatkin lähtemään jo varhain kotoa elantoansa ansaitsemaan. Oma lapsuus jäi elämättä ja hoivan ja huolenpidon kokemukset kokematta. Koulutusmahdollisuudet monilapsisissa perheissä jäivät heikoiksi etenkin vanhimpien vastaajien elämässä, kun ei ollut varaa lähteä oppikouluun ja sitä kautta jatko-opintoihin.

Taloudelliset resurssit auttavat arjesta selviytymisessä ja omien päämäärien toteuttamisessa. Jos perustoimeentulo puuttuu, on vaikea keskittyä muihinkaan tehtäviin, kuten työnhakuun tai kouluttautumiseen. Pitkäaikainen epätietoisuus toimeentulosta ja velkakierre sitovat käsiä tulevaisuuden suunnittelulta ja rajoittavat lasten mahdollisuuksia esimerkiksi harrastustimintaan osallistumiseen tai hankintoihin. Tässä suhteessa muutaman masentuneen tilanne oli tukala ja se oli myötävaikuttamassa myös masennuksen syntyyn heillä eikä sairastuminen parantanut tilannetta, päinvastoin. Köyhyyden syihin puuttuminen ja eriarvoisuuden vähentäminen ovatkin sosiaalipolitiikan keskeisimpiä tavoitteita hyvinvoinnin edistämisessä (Paananen 2012, Marmot 2014, Raitasalo 1995)

6.1.2.2. Selviytymistä auttaneet tekijät vastaajien lapsuudessa

Ammattiapua ei ollut juurikaan tarjolla henkiseen pahoinvointiin maalla sodanjälkeisinä vuosikymmeninä tutkittujen asuessa siellä. Neuvolatoimintaa oli Suomessa tarjolla jo sodan jälkeen, mutta se keskittyi pitkälti rokotuksiin, fyysisen kehityksen tukemiseen ja tarkkailuun. Sosiaalityö keskittyi aineellisen avun antamiseen köyhille perheille, kuten vaateavun ja ruokakuponkien jakoon. Lastensuojelun auttamiskeinoja käytettiin lähinnä lasten joutuessa täysorvoiksi tai vanhemman vakavan sairauden vuoksi. Silloinkin lapset pyrittiin asuttamaan sukulaisten tai vanhempien sisarusten hoiviin ensisijaisesti. Lasten oli selviydyttävä niissä olosuhteissa, joihin olivat syntyneet. (Väänänen 2013)

Tutkittujen lapsuudessa oli ollut hyviäkin puolia. Elämän ennustettavuus ja yhteisöllisyys loivat turvaa lapsen ympärille kun tietyt asiat tapahtuivat samalla tavalla päivästä toiseen (syklisyys). Osattiin odottaa tulevia tapahtumia ja valmistautua niihin. Opittiin kyseisessä ympäristössä tarvittavat arjen rutiinit ja taidot sekä yhteisölliset ja kulttuuriset säännöt jo lapsena. Silloin lapsen ei tarvinnut ponnistella saavuttaakseen huolenpitoa ja hyväksyntää ulkopuolisilta. (Sinkkonen 2004, Lajunen 2015)

Aiemmin maalaisympäristössä ja myös kaupunkikortteleissa yhteisöllisyys ja yhteisvastuu lasten kasvatuksesta toteutuivat kuin huomaamatta. Monien vastaajien perheissä oli useampi lapsi. Vanhempien eroja tapahtui harvemmin kuin nykyisin (Tilastokeskus). Saman alueen lapset leikkivät yhdessä ja pitivät huolta toisistaan. Lapset osallistuivat myös isovanhempiensa ja vanhempiensa kanssa yhteisen työn tekemiseen ja elannon hankkimiseen pienestä saakka. Samalla paikalla saatettiin asua sukupolvesta toiseen. Sosiaaliset taidot kehittyivät kiinteässä yhteisössä ja yhdessä tekeminen opittiin jo varhain. Vanhemmuus oli enemmänkin aineellisten puitteiden järjestämistä lapselle. Vastaajien lapsuudessa monet äidit olivat kotona koko pikkulapsivaiheen ajan tai tekivät työtä kotona esim. maalla asuessa. Yhtenäiskulttuurin vallitessa perusarvot olivat pitkälti samoja kaikilla ja sosiaalisen käyttäytymisen säännöt ennakoitavissa ja kasvatusperiaatteet perheissä pitkälti samanlaiset. Lasten elämänpiirit olivat pieniä kun perheet eivät liikkuneet pitkälle kodin ulkopuolella ja ympäristö oli lapselle helposti hahmoteltavissa. Yhteisöt kasvattivat lapset. Sodanjälkeisten

vuosikymmenien aikalaisdiagnoosia ovat kuvanneet mm. Jokinen 2002, Roos 1987, Jokiranta 2003, Siltala 2004, Kortteinen 1992, Heikkinen 2001, Hoikkala 2000.

6.1.2.3. Mitä apua nykyisin on tarjolla lapsiperheille elämänhallinnan tukemiseen?
Vastaajien omana kokemusperäisenä ehdotuksena lapsiperheiden jaksamisen tukemiseksi he esittivät stabiileja perhe-, työ-ja asuinolosuhteita, toimivia vuorovaikutussuhteita perheessä ja lähipiirissä, myös suhteessa etävanhempaan tai uusperheen jäseniin sekä lasten riittävää huolenpitoa ja hoivaa. Lapsena tarvitaan itsetuntoa vahvistavia onnistumisen kokemuksia kaverisuhteissa, harrastuksissa ja koulussa, virikkeellistä ja turvallista elinympäristöä sekä yhteisöllistä toimintaa eri sukupolvien välillä. Selkeä arvopohja ja säännöt sekä oman kulttuurin huomiointi auttavat kasvatuksessa. Vanhempien päihteiden ja väkivallan käytön minimointia sekä vanhempien ja muiden läheisten mielenterveyden häiriöiden hyvää hoitoa toivottiin avuksi.

Ideaalina olisi että lapsen ympärillä olisi useita turvallisia aikuisia. Yhden aikuisen huoltajan varassa oleminen on usein riskialtista ja haavoittuvaa (Väänänen 2013, Mustonen 2013, THL yksinhuoltajuus). Lapset viettivät paljon aikaa yksikseen, jos sisaruksia ei ollut. Isä- ja äitipuolet eivät täysin korvanneet puuttuvaa biologista vanhempaa ja saattoivat kohdella lapsipuoliaan huonommin kuin omia lapsiaan. Naapureiden, isovanhempien, kummien, ystävien ja sukulaisten apua tarvittiin ja tarvitaan yhä esim. toisen vanhemman tai lasten sairastaessa, vanhempien lepoa ja kahdenkeskistä aikaa varten tai vanhemman ollessa työmatkoilla.

Nykyisessä yhteiskunnassa sosiaaliset verkostot joudutaan luomaan osittain itse joko fyysisinä tai virtuaalisina. Lasten ja nuorten ohjaukseen, mallista oppimiseen, käytännön asioiden hoitamiseen ja yhteistyöhön tarvitaan edelleen fyysistä läsnäoloa ja vuorovaikutusta vanhempien kanssa, jopa enemmän kuin aiemmin, vaikka sosiaalinen media ja kaverisuhteet pyrkivät rinnalle vahvoina vaikuttajina. Varhaiskasvatus ja koulu odottavat vanhemmilta yhteistyötä lasten kehityksen ja oppimisen tukemiseen. Harrastustoiminta on tärkeää lapsille ja nuorille itsetunnon vahvistamiseksi, sosiaalisten taitojen oppimiseksi ja sosiaalisten verkostojen luomiseksi. Nykyisin aiempaa pienempilapsisissa perheissä lasten yksinäisyys saattaa haitata sosiaalisten taitojen oppimista ja siksi päivähoito ja perheen ulkopuolisten kaverisuhteiden ylläpito on entistäkin tärkeämpää. Sosiaalinen media voi olla myös apuna, mutta myös lisätä sosiaalista eristäytyneisyyttä. Lasten yksinäisyys on havaittu odotettua suuremmaksi ja välittyy usein aikuisikään saakka (Kupiainen 2012, Junttila 2015).

Edellä mainittuja seikkoja onkin jo otettu huomioon kehitettäessä suomalaista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ja lapsia koskevia suosituksia ja lakeja. Silti aina avun tarve ja sen tuottaja eivät kohtaa toisiaan oikea-aikaisesti. Ammattilaiseltakin voi puuttua tietoa tai kiireen vuoksi keskustelu jää käymättä.

Vanhempien tukeminen voi hyvin tapahtua nykyisissä rakenteissa: neuvolassa, varhaiskasvatuksessa, kouluterveydenhuollossa ja varhaisimmillaan jo perhesuunnittelun yhteydessä. Äitiysneuvola-aikana tutustutaan tuleviin vanhempiin, myös heidän vahvuuksiinsa ja voimavaroihinsa. Perhevalmennuksella voidaan jo ennalta valmentaa perheitä ennakoimaan varsinkin ennen ensimmäisen lapsen syntymää mahdollisia haasteita (Klemetti 2013). Motivaatio osallistumiseen on tuolloin yleensä hyvä. Perhevalmennus voi jatkua esim. ohjattuina ryhmätapaamisina vielä lapsen syntymän jälkeenkin. Siitä on kokemuksia mm. Valkeakoskelta (Vanhempainryhmät 2017).
Vertaistuki on tarpeen etenkin, jos sosiaalisia verkostoja ei nuorella perheellä ole ennestään. Lastenneuvolassa voidaan puuttua mahdollisiin lapsen hyvinvoinnin uhkatekijöihin heti syntymänjälkeisinä kuukausina, jolloin mm. n. 10 % äideistä sairastuu masennukseen.(Slotte 2007 , STM 2014, Lastenneuvolakäsikirja THL).

Vauvaperhetyöllä on saatu hyviä tuloksia esim. Turun seudulla Nuppu- hankkeessa (Nuppu-hankkeen loppuraportti). Monet kunnat ja kaupungit ovat satsanneet myös vauvaperhepsykologeihin vahvistamaan varhaisen kiintymyssuhteen luomista. Perhetyöntekijöiden avulla on voitu ohjata vanhemmuustaitoja käytännössä kotioloissa. Ajoissa saatu kodinhoitoapu on voinut ennaltaehkäistä ongelmien pahenemista. Myös syntymän jälkeisiä kotikäyntejä on palautettu takaisin perheiden dynaamisen kokonaisuuden hahmottamiseksi ja perhevalmennuksen sisältöjä toteutettu kiinnostavammalla tavalla.

Sosiaaliturvan avulla pyritään tukemaan perheiden toimeentuloa lapsen varhaisina elinkuukausina niin että myös isät onnistuisivat luomaan lapseen kiintymyssuhteen jaettujen perhevapaiden kautta (KELA:n vanhempainraha). Perhekahviloissa (MLL perhekahvilat) pienten lasten vanhemmat voivat tutustua toisiinsa ja saada vertaistukea. Myös seurakunnilla on tarjolla paljon kerhotoimintaa pikkulapsille vanhempineen.

Riskitekijöiden valikoimaton seulonta laajoissa terveystarkastuksissa on hyvä pohja lapsiperheiden kanssa työskentelyyn. Tarkastuksissa toivotaan tunnistettavan ne perheet, joissa esiintyy väkivaltaa, päihteitä, vanhempien mielenterveysongelmia, vuorovaikutuksen häiriöitä tai sosiaalisten verkostojen puutetta, mutta myös vastapainoksi perheiden voimavarat ja tukemaan niitä (THL Lomakkeet neuvolatyöhön). Ammattilaisten myönteisellä suhtautumisella lapsiin ja lapsiperheisiin ja varhaisen tuen tarjoamisella vahvistetaan vanhempien myönteisiä asenteita lapsiaan kohtaan.

Forssan mallin mukaisessa perhekeskeisessä kouluterveydenhuollossa (Hietanen-Peltola 2007) laajoihin terveystarkastuksiin kutsutaan mukaan kaikki perheet koko peruskoulun ajan. Lasta ja nuorta vahvistetaan myös kertomalla mitkä asiat ovat ikätasoon nähden normaaleja. Nuorille on käytössä oma depressioseula (RBDI) ja päihteiden käyttöä mittaava Adsume- kysely yläkoulun terveystarkastuksissa (THL Lomakkeet koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon**)** huolien varhaiseen tunnistamiseen. Perheneuvolat ovat osa perustason auttamisverkostoa, jotka tarjoavat maksuttomasti apua vanhemmille ilman lähetettä lapsen kasvatukseen tai oireiluun liittyvissä pulmissa. Perhekeskuksia suunnitellaan tarjoamaan erityistason keskitettyjä palveluja sote- alueille ja myös paikallisia moniammatillisia peruspalveluita lapsiperheille STM:n kärkihankkeena 2016-2018 (STM kärkihankkeet, Nuppu2-hankkeen loppuraportti). Netti- ja puhelinpalvelut tavoittavat nuoria helposti paikkakunnasta riippumatta, kuten esim. HUS:n tuottama lasten ja nuorten mielenterveystalo (Lasten mielenterveystalo, Nuorten mielenterveystalo) ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton nuorten (MLL nuortennetti) ja vanhempainnetti (MLL vanhempainnetti).

Lapsien turvallisuutta ja kiintymyssuhdetta uhkaavat länsimaissa lähinnä perheen sisäinen väkivalta ja kaltoinkohtelu ja niihin jo ennalta liittyvät pelot. Pelon tunne lamauttaa, aiheuttaa syyllisyyttä, häpeää, arvottomuutta ja muuttaa minäkuvaa pitkäaikaisesti. Traumatisoituminen ja pelot haittaavat oppimista koulussa ja rajoittavat sosiaalisia suhteita sekä kotona että lähipiirissä.(Poijula 2008) Myöhemmässä vaiheessa traumoja kokeneet lapset ovat alttiita käytöshäiriöille, päihteiden väärinkäytölle ja mielenterveyden häiriöille sekä väkivallan kyseessä ollessa myös jatkamaan väkivallan käyttöä tai sen uhriksi joutumista aikuisiän parisuhteessa (Suokas-Cunliffe 2006c, Fellitti 1998, Kirkengen 2010).

Jotkut vastaajista olivat kohdanneet lapsuudenperheissään traumaattisia asioita ilman että niihin puututtiin mitenkään. Ne ikään kuin kuuluivat perheen elämään eikä niihin katsottu voitavan vaikuttaa senaikaisessa ympäristössä. Vielä edelleenkin on puutteita lasten ahdinkoon puuttumisessa hyvinkin traumaattisissa tilanteissa (Sisäasiainministeriön selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista).

Lastensuojelulain 3a§:n (Lastensuojelulaki) perusteella ehkäisevän lastensuojelun piiriin kuuluu esim. päiväkotipaikan tarjoaminen lapselle, perhetyöntekijän saamisen mahdollisuus kotiin tai pikkulapsipsykologin palvelut. 1.4.2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki (Sosiaalihuoltolaki) velvoittaa sosiaalitointa tarjoamaan ennaltaehkäiseviä ja varhaiseen puuttumiseen tähtääviä palveluja lapsiperheille ilman lastensuojeluasiakkuutta. Lain toteutuminen näyttäisi lisäävän tarvetta lähentää sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason toimijoita toisiinsa päällekkäisyyksien välttämiseksi. Nykyinen oppilashuoltolaki velvoittaa myös koulua ryhtymään tarpeellisiin toimiin lapsen psykososiaalisen selviytymisen turvaamiseksi moniammatillisin keinoin määräajan kuluessa (Oppilashuoltolaki).

Ääritilanteessa jos vanhemmat eivät pysty huolehtimaan lapsesta kyseeseen tulee lastensuojeluilmoituksen tekeminen (Lastensuojeluilmoitus). Ilmoitusvelvollisuus on lastensuojelulain 25 § mukaan lapsia kohtaavilla ammattilaisilla, mutta myös kuka tahansa kansalainen voi myös tehdä ilmoituksen kunnan sosiaaliviranomaiselle, jos epäilee em. asiaa. Lastensuojelutarpeen arviointi on käynnistettävä viimeistään 7 päivän kuluessa, kiireellisessä tapauksessa välittömästi. Mikäli perhe ei pysty tuesta huolimatta tarjoamaan lapselle turvallista kehitysympäristöä, edullisinta olisi sijoittaa lapsi mahdollisimman varhain stabiiliin kasvuympäristöön sekundääristen vaurioiden ehkäisemiseksi (Laitinen 2001).

Vanhempien psyykkisten sairauksien hyvä hoito ja lapsiin kohdistuneet erilaiset preventiiviset toimet on todettu tehokkaiksi kolmessatoista RCT- tutkimuksessa (Siegenthaler 2012). Lapsiperheiden tueksi tarvitaan kokonaisvaltaista moniammatillista auttajaverkostoa. Jo kertaluontoinen huomion kiinnittäminen asiaan ja keskustelu lasten kanssa voi auttaa. Perhettä voidaan tavata vastaanotolla yhdessä ja antaa siinä tilaisuus lapsille esittää esim. vanhemman sairautta koskevia kysymyksiä ja ohjata vanhemmille keinoja turvata lapsen ikätasoista kehitystä sairaudesta huolimatta.

Suuntana on lasten tarpeista lähtevä lapsikeskeinen kasvatuskulttuuri (Pulkkinen 2003), johon opastetaan ja valmennetaan nuoria perheitä jo odotusajasta lähtien. Systeemisen perheteorian (McDaniel 1990) perusteella ajateltuna yhden asian edistäminen perheessä muuttaa myös muita osia, jolloin pienilläkin teoilla voi olla laajamittaiset myönteiset seuraukset, esim. tiedollisilla tai taloudellisilla tukikeinoilla.

6.1.2.4. Työmenetelmiä lapsiperheiden tueksi

Perhedynamiikkaa ja vuorovaikutustaitoja vahvistavia työtapoja, malleja, mittareita ja ohjausta tarvittaisiin enemmän perustasolle. Perheen rakenteiden ja lähiverkostojen tutkimisessa sukupuut, aikajana ja verkostokartat ovat käytettävissä työvälineinä. Sosiaalityössä tehdään myös sosiaalisen toimintakyvyn arviointia. Yleis-/perhelääkärit voisivat käyttää em. työvälineitä perustyössään, samoin terveydenhoitajat, kuraattorit ja psykologit, ehkä jo neuvolavaiheessa. THL on valmistelemassa työkalupakkia sote- ammattilaisten käyttöön vaikuttaviksi todetuista ennaltaehkäisevän työn menetelmistä. Kansallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämishankkeissa on luotu runsaasti hyödyllisiä ja toimivia, myös vaikuttavia menetelmiä lasten ja lapsiperheiden auttamiseksi ja tukemiseksi jo silloin kun ongelmat ovat pieniä. Osa alla olevista ohjelmista tai toimintamalleista sisältyy neuvola- ja kouluterveystarkastuksiin, osa toteutuu koulun omana toimintana tai varhaiskasvatuksessa liittyneenä muuhun toomintaan tai tarpeen vaatiessa. Tämän tyyppisillä keinoilla olisi ollut kenties mahdollista auttaa vastaajia, jos niitä olisi ollut käytössä heidän lapsuudessaan. Nykyisin ongelmana on enemmänkin se että eniten apua tarvitsevat eivät hakeudu avun piiriin kuin se ettei palveluja olisi tarjolla.

Huoli puheeksi- menetelmä (Huoli puheeksi- menetelmä) on lapsilähtöinen lähestymistapa käytettäväksi silloin kun lapsen läheisellä ammattilaisella herää huoli hänen selviytymisestään. Dialoginen yhteistyö syntyy parhaiten kun vanhempia kutsutaan yhteistyö- ja kasvatuskumppaniksi ammattilaiselle vähentämään huolenaihetta.

Väkivaltakokemuksia ehkäisemään on THL:n suosituksesta aloitettu vuoden 2014 alusta läheisväkivallan systemaattinen seulonta neuvoloissa ja myös osana koulujen laajennettuja terveystarkastuksia. Edellä mainitun lisäksi neuvolatarkastuksissa ovat käytössä myös vanhemmuuden ja parisuhteen roolikartat, lapsen psyykkisen terveyden arviointilomake, voimavaralomakkeet, varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelumalli ja vauvan neurologisen ja psyykkisen kehityksen arviointilomake (THL Lomakkeet neuvolatyöhön), joiden avulla pyritään ennakoimaan tai tunnistamaan varhain ylisukupolvisten ongelmien jatkumisen riskejä.

Tunne- ja turvataidot liittyvät myös varhaiseen mielenterveyden ja päihteiden väärinkäytön ennaltaehkäisyyn (tunne- ja turvataidot) Turvataitoja lapsille- opas (Lajunen 2015) on tarkoitettu lähinnä varhaiskasvatuksen ja alakoulun käyttöön opastamaan miten lapsi voi pitää puoliaan kiusaamista, väkivaltaa, houkuttelua ja ahdistelua vastaan. Siinä on neuvoja lapselle omien selviytymiskeinojen ja voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen ja myös tietoa siitä, keneltä voi saada apua. Turvapyramidi Lajusen (2015) mukaan koostuu lapsilähtöisestä kasvatuksesta, yhteisöllisyydestä ja perheiden kyvystä luoda lapselle turvalliset puitteet. Nuorille on vastaavasti olemassa Turvataitoja nuorille- kirja, jossa on esitetty mm. ohjeita ja neuvoja seksuaalista väkivaltaa kohdanneille tai sen uhan alla oleville nuorille (Aaltonen 2012).

Hyvinvointi on ymmärretty asiaksi, jota voidaan oppia ja opettaa. Alueemme varhaiskasvatus ja koulut ovat lähteneet kehittämään hyvinvointioppimista ja sen tulosten seurantaa käyttämällä vahvuudet ja vaikeudet arviointia (VaVa) neuvolan 4- vuotistarkastuksessa ja 6- vuotiaana kouluunlähtötarkastuksessa sekä myöhemmin peruskoulun aikana. Alkuperäinen SDQ-lomake (SDQ-lomake) on käytössä sekä Suomessa että kansainvälisesti niin kliinisessä kuin tutkimuskäytössä.

Voimaperheet- hankkeessa (Voimaperheet-hanke) on SDQ-menetelmän avulla pyritty jo 4-vuotiaana tunnistamaan käytöshäiriöiset (ylivilkkaat, levottomat, ahdistuneet, tarkkaavaisuushäiriöiset, uhmakkaat) lapset, joiden tiedetään olevan riskissä sairastua aikuisiällä mielenterveyden häiriöihin tai ajautua sosiaalisiin ongelmiin (Honkinen 2009b, Roza 2003). Tunnistetut perheet saavat ohjausta puhelimen ja Internetin välityksellä kasvatuspulmiin, lasten käyttäytymisen hallintaan ja yleiseen elämänhallintaan. Mielenterveyden edistämiseen ja primääripreventioon ei aiemmin Suomessa ole ollut tarjolla pienille lapsille juuri mitään erityisohjelmia neuvolapalvelujen lisäksi. Tulokset ovat olleet rohkaisevia ja tuki ei vie perheeltä paljoa aikaa, kun se tulee kotiin. (McGrath 2013, Pihlakoski 2013)

Toimiva Lapsi ja Perhe- menetelmä on todettu Suomenkin oloissa toimivaksi ja tehokkaaksi keinoksi ottaa lapsen tilanne puheeksi esimerkiksi kun vakavasti somaattisesti tai psyykkisesti sairasta tai päihdeongelmaista vanhempaa hoidetaan aikuisten palveluissa (Lapset puheeksi-menetelmä).
Se vastaa terveydenhuoltolain ja lastensuojelulain vaatimuksiin huomioida pitkäaikaisesti sairaan aikuisen huollettavana olevien lapsien tarpeet. Menetelmällä on voitu vähentää lasten ahdistusta, turvattomuuden tunnetta ja käytöshäiriöitä ja siten helpottaa myös vanhempien jaksamista ja estää ongelmien ylisukupolvista jatkumista. Lasten tilanteen puheeksi ottaminen ei ole ollut systemaattista varsinkaan vakavien somaattisten sairauksien hoidossa tähän mennessä. Menetelmää voidaan käyttää myös varhaiskasvatuksessa ja koulussa.

Lapsi voi kokea tarpeetonta syyllisyyttä vanhemman sairastumisesta tai tuntea tulleensa hylätyksi kun vanhempi ei jaksa huolehtia hänestä kuten ennen. Masentuneen perheen lapsille voidaan tarjota psykoedukaatiota vastaanotolla vanhemman sairauteen liittyen. Kouluikäisille on tarjolla kirjallista materiaalia (Solantaus 2013). Omaisyhdistys on julkaissut oppaita mielenterveyspotilaan omaisille ja lapsille (OTU:n oppaat), joita myös ammattilaiset voivat käyttää. Myös sairastuneiden lapsille tarkoitettuja vertaisryhmiä on kokeiltu Suomessa (Vertti-ryhmät). Suunnitelman tekeminen sairauden pahenemisen varalle lapsia ajatellen helpottaa sekä aikuisen että lapsen pelkoja ja stressiä.

Globaalisti koulunkäynti on merkittävä kansanterveydellinen investointi lapsen hyvinvointiin ja myöhemmin sosioekonomiseen statukseen aikuisiällä. Kouluttautuminen ehkäisee syrjäytymistä ja opettaa aktiiviseen copingiin ja voimaannuttaa itsetuntoa kohottamalla ja itseään arvostamalla, sosiaalista pääomaa kasvattamalla sekä turvaverkostoja luomalla. Myös tasa-arvoa edistävinä toimintaympäristöinä koulut vähentävät eriarvioisuuden kokemuksia. Terveyttä edistävien koulujen kansainvälinen verkosto (Terveyttä edistävät koulut) tukee kouluja työskentelemään tietoisesti näitä asioita edistäen. Ongelmanratkaisu- ja tunnetaitoja voidaan harjoitella mm. WHO:n hyväksymän Friends- ohjelman avulla (Friends- ohjelma).

Koulu opettaa myös terveydenlukutaitoa, tiedonhankintaa, arjenhallintataitoja, vuorovaikutustaitoja sekä ympäristöön ja turvallisuuteen liittyviä asioita. Terveystietoa opetetaan alakoulussa sisällytettynä muihin oppiaineisiin ja yläkoulussa ja lukioissa itsenäisenä oppiaineena (Terveystieto). Jyväskylän hyvinvointioppimisohjelmassa (Hyvinvointioppimisohjelma, Hyvinvointioppimisohjelman sisältö) koululaiset arvioivat itse omia sosiaalisia taitojaan ja voimavarojaan ja saman arvioinnin tekevät myös opettaja ja vanhemmat. Riskipisteiden ylittyessä sovitaan toimista vanhempien, kouluterveydenhuollon ja tarvittaessa oppilashuollon kanssa. On arvioitu että jopa 40 % lasten kokemista psyykkisistä ongelmista jäi opettajalta ja vanhemmilta huomaamatta (Väänänen 2013), joten systemaattisten kartoitusten tekeminen kaikille samalla vuosiluokalla oleville näyttäisi perustellulta (Alho 2013).

Oppimisvaikeuksia pyritään tunnistamaan ja puuttumaan niihin pedagogisin keinoin ja myös oppimisympäristöön ja oppimisen esteisiin vaikuttamalla. Kehitystasoon nähden sopivasti asetetut tavoitteet ja velvoitteet kasvattavat lapsen tervettä itsetuntoa ja motivoivat häntä kohti uusia haasteita. Esim. Niilo Mäki Instituutti tutkii oppimisvaikeuksien taustoja ja niiden hoitoa (Niilo Mäki instituutti). Neuropsykiatristen häiriöiden tunnistaminen ja huomiointi vanhempien ohjauksessa ja oppimisen tukemisessa koulussa on tärkeää päihde-, mielenterveys- ja käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyä. Tampereella on saatu hyviä kokemuksia Nepsy- ja Osmo- hankkeista (Nepsy ja Osmo), joiden toiminta jatkuu osana perheneuvolan työtä.

Koulukiusaamisen on todettu olevan yksi mielenterveyden riskitekijöistä. Myös kiusaajat tarvitsevat apua. Kiusaamiseen puuttuminen, tuki lapsen auttamiseksi sekä hoitoon ohjaaminen ovat koulun tehtäviä. (Karlsson 2005)
KiVa koulu- ohjelma (KiVa- koulu) tarjoaa materiaalia opetuskäyttöön ja hallinnollisia työvälineitä opettajille. Sen avulla on laadittu myös koulukohtaisia kiusaamiseen puuttumisen malleja.

Sihti- toimintamallissa (Sihti- toimintamalli) on pystytty yhdistämään eri toimijatahojen voimavarat tehokkaasti yhteen. Myös integroidulla nuorten palvelumallilla, johon liittyy yhteinen tietoalusta, on saatu hyviä tuloksia Kuopiossa (Integroitu palvelumalli).

THL:n tilastollinen vuosikirja (Tilastollinen vuosikirja) ja kuntien hyvinvointikertomukset (Kuntien hyvinvointikertomukset), nuorten terveystapatutkimus (Nuorten terveystapatutkimus) ja kouluterveyskysely (Kouluterveyskysely) tuottavat tietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista

palautteeksi kouluille, muille ammattilaisille ja päättäjille. Perheitä koskevia kehitystrendejä kerätään Tilastokeskuksen (Tilastokeskus) ja Väestöliiton toimesta (Perhebarometri). Yhteiskunnallisiin päätöksiin olisi syytä sisällyttäää lapsivaikutusten arviointia jo etukäteen (Lapsivaikutusten arviointi). Myös työntekijöiden olisi saatava esim. tietojärjestelmistä palautetietoa työn tulosten seuraamiseksi. Sosiaalityön tutkimusta pitäisi myös lisätä vaikuttavampien toimintamenetelmien kehittämiseksi (Väänänen 2013).

Lasten olosuhteita on pyritty parantamaan viime vuosina käynnissä olleissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeissa, kuten Lapsen Ääni- (Lapsen ääni) ja Lapset Kaste-hankkeissa (Lapset-Kaste). Uusissa sote- palvelumalleissa ja potilastietojärjestelmissä pyritään korjaamaan eri toimijoiden välisiä tiedonkulun puutteita ja välttämään päällekkäisyksiä. Tarvitaan edelleen myös lainsäädännön uudistamista ja kenties laajempaa valtionohjausta yhteistoiminnan esteiden poistamiseksi. Tätä tavoitellaan mm. meneillään olevassa STM:n LaPe- kärkihankkeessa perhekeskusmallin avulla (LaPe- muutosohjelma).

6.1.2.5. Selviytymistä haitanneet tekijät aikuisiällä ennen ja jälkeen masennuksen toteamisen

Parisuhde ja masennukseen sairastuminen

Tässä tutkimuksessa mukana olleet masentuneet olivat joutuneet kokemaan parisuhteiden purkautumista ja siihen liittyviä pettymyksiä ja irrallisuutta, mutta löytäneet myös uuden partnerin ja sen myötä elämä oli voinut tarjota korjaavia kokemuksia ja itsetuntoa vahvistavia elementtejä ainakin ajoittain. Osalla ero oli tapahtunut jo kauan ennen masennukseen sairastumista, osalla se toimi välittömänä laukaisevana tekijänä. Haastattelut tapahtuivat vasta masennukseen sairastumisen jälkeen, jolloin sitä edeltävästä ajasta puhuttiin paljon vähemmän kuin sen jälkeisestä.

Erilaiset luonteet, persoonallisuuden piirteet ja tavoitteet vaikeuttivat yhteiselämää eikä parisuhdetta osattu hoitaa. Toimimaton suhde vaikutti keskeisesti mielialaan. Osa päätyi eroon. Eron myötä nousi esiin uusia haasteita lasten huollosta, tapaamisista, taloudellisesta toimeentulosta ja ex- puolisoiden uusien partnerien astumisesta mukaan lasten elämään.

Masentuneen kanssa eläminen vaatii puolisolta paljon ymmärrystä ja venymistä (Spangenberg 1999, Miller 2000, Herr 2007). Vuorovaikutuksessa oleminen oli haasteellista tutkituille masentuneille niin perheen sisällä kuin suhteessa ystäviin ja sukulaisiin. Taustalla saattoi olla puutteellinen kiintymyssuhde lapsena, joka vaikeutti luottamuksen, kommunikaation ja läheisyyden onnistumista parisuhteessa ja lisäsi siten psykososiaalista stressiä. Tuen vastaanottaminen oli myös samasta syystä vaikeaa. Coping-taidot tältä osin olivat puutteelliset, vaikka puoliso olisi tarjonnut apua. Kiintymyssuhteen rakentaminen aikuisena voi vaatia pitkän terapian, mutta uusia coping-taitoja voi oppia lyhyemmässäkin ajassa (Wei 2003).

Monesti psyykkinen sairaus vie voimat ja itsetunnon ja uskon omiin mahdollisuuksiin niin että parisuhdetta ei kyetä muodostamaan tai suhteet jäävät lyhytaikaisiksi ja pinnallisiksi. Kykenemättömyys läheisen tunnesuhteen ylläpitoon heikentää tuen saamisen mahdollisuuksia. Masentuneet saattavat siitää lapsuusiän puutteellisen kiintymyssuhteen kokemuksen ja emotionaalisen pääoman puutteensa aikuisiän parisuhteisiinsa (Martin 2011, Kraaij 2003, Sinkkonen 2004), joista haastatteluissa löytyi esimerkkejä. Ne saattoivat rasittaa puolisoa ilman että hän ymmärsi mistä on kyse.

Turvattomissa olosuhteissa yksin tai hatarassa parisuhteessa eläminen eivät tarjoa puskuria elämän vastoinkäymistilanteissa, jolloin ihminen eristäytyy ja saattaa ahdistua, vaipua masennukseen ja

menettää itsesäätelykykynsä**.** Parisuhde voi suojata haavoittumiselta kriisitilanteissa ja antaa käytännön apua ja tukea ja vahvistaa myös taloudellisia selviytymismahdollisuuksia. Parisuhde tarjoaa mahdollisuuden läheisyyden kokemuksiin ja lisää sellaista onnellisuutta, jota on muutoin vaikea hankkia. Parisuhde pysyy kasassa, jos siitä tuntee saavansa ainakin likimain yhtä paljon kuin siihen panostaa. Hyvä sopeutumiskyky ja selviytymistaidot helpottavat vuorovaikutusta parisuhteessa. Näitä parisuhteen myönteisiä seikkoja ovat kuvanneet mm. Kontula Perhebarometrissä 2013, Rautiainen 2010 ja Beach 2001.

Kaikki masentuneet eivät halunneet kertoa puolisolleen lapsuudenkokemuksistaan, jolloin hänen oli vaikea ymmärtää masentuneen käyttäytymispiirteitä ja reagointitapoja asioihin. Puolisot eivät pystyneet hahmottamaan omaa osuuttaan masennuksen syntyyn. Erilleen kasvaminen, läheisyyden ja yhteisen tekemisen puute, päihteiden käyttö, väkivalta, uskottomuus, mustasukkaisuus, liiallinen uppoutuminen omaan työhön ja harrastuksiin, erimielisyydet talousasioista ja lasten huollosta ja hoidosta uhkasivat vastaajien parisuhteen kestävyyttä. Monesti vikaa oli molemmissa, mutta vain toinen sairastui.

Osa haastatelluista masentuneista halusi mieluummin puhua sairaudestaan ammattilaiselle eikä kuormittaa puolisoaan sillä. Pelkona oli että puolison uupuminen johtaisi eroon. Masentuneiden lapsia ei oltu hoidossa juurikaan huomioitu. Lapsia yritettiin varjella myös liialliselta asian korostamiselta, vaikka sairaus väistämättä näkyi kotona muuttuneina vastuina ja tehtävinä ja yleisessä tunneilmapiirissä ja vuorovaikutuksessa sekä kotona että kotoa ulospäin. Masentunutta koetettiin estää kuormittumasta liikaa muiden perheenjäsenten huolilla ja välteltiin vaikeiden asioiden käsittelyä ja siten vapaa tunneilmaisu rajoittui. Muut perheenjäsenet joutuivat osittain ottamaan masentuneen paikan ja tehtävät perheessä ja se lisäsi toisaalta myös masentuneen ulkopuolisuuden tunnetta ja yksinäisyyttä oman perheenkin sisällä. Pääosin masentuneet kokivat perheen kuitenkin tukeneen ja auttaneen masennuksesta selviytymisessä.

Huono ja toimimaton parisuhde lisää stressiä ja kuormittaa jaksamista (Heikkilä 2006, Miller 2000). Terrimäen (2012) haastattelututkimuksessa masentuneet kokivat myös ympäristön luomat paineet stressaavina. Kotona piti olla hyvä vanhempi ja puoliso eikä väsymystä saanut näyttää. Aiemmin elämään iloa tuottaneet yhteiset asiat hiipuivat ja terve puoliso joutui yksipuolisesti antavaksi osapuoleksi parisuhteessa monesti ilman kiitosta tai hellyydenosoituksia. Terveet puolisot kokivat voimakkaita vihantunteita masentunutta kohtaan ja turhautuivat ja vuorovaikutus patologisoitui. Tapahtui myös monia virhetulkintoja, joiden seurauksena syntyi monesti riitoja, jolloin terve puoliso sanoillaan saattoi vahingoittaa masentunutta ja hänen oireensa pahenivat ja tyytymättömyys lisääntyi. Noidankehä ruokki itse itseään.

Masentunut ihmetteli miksi puoliso käyttäytyi niin kummallisesti häntä kohtaan eikä tukenut häntä. Puoliso pohti jatkaako vaiko erota kun suhteeseen jääminen saattaisi lisätä epätoivoa ja lähteminen suhteesta saisi hänet näyttämään vastuuntunnottomalta ja itsekkäältä. Yhteydenpidon lopettaminen sai masentuneen tuntemaan itsensä huonoksi ja torjutuksi, joka lisäsi eristäytyneisyyttä ja syvensi masennusta. Masentunut taasen saattoi luulla että terveellä puolisolla on avioliiton ulkopuolisia suhteita ja että hän aikoi jättää hänet hänen sairautensa vuoksi. Terve puoliso saattoi tuntea tästä taas syyllisyyttä, vaikka siihen ei olisi ollut aihettakaan. Näitä samoja piirteitä parisuhteessaan kuvasivat myös omassa tutkimuksessani mukana olleet.

Masennus muodosti uhkan parisuhteen jatkumiselle. Myös muut läheiset ihmiset ja sukulaiset kaikkosivat kun he joutuivat masentuneen vihan ja ärtymyksen kohteiksi. Yhteydenpidon lopettaminen sai masentuneen tuntemaan itsensä huonoksi ja torjutuksi, joka lisäsi eristäytyneisyyttä ja syvensi masennusta. Aina masentunut ei halunnut tavata ketään, vaikka muut olisivat sitä

halunneetkin. Puolisot jäivät kotiin ansaan ilman sosiaalista elämää ja alkoivat itsekin oireilla kun eivät saaneet tukea masentuneelta. Näitäkin seikkoja tuli esiin myös Terrimäen (2012) haastatteluissa.
Eroon päätyminen ei suinkaan aina helpottanut haasteellista parisuhdetilannetta, vaan johti esim. taloudellisiin vaikeuksiin, huoltajuuskiistoihin, eroon lapsista, vainoamiseen, muuttoon toiselle paikkakunnalle, yksinäisyyden ja hylätyksi tulemisen kokemuksiin. Jos uusi partneri löytyi, päädyttiin uudenlaisten haasteiden eteen uusperheiden arjessa. Etävanhemman mahdollisuudet tavata lapsia eivät aina toteutuneet ja ei-biologinen vanhempi saattoi kohdella toisen vanhemman lapsia eriarvoisesti omiin lapsiinsa nähden.

Depressioon itsessään liittyy Beachin (2001) mukaan ylenpalttista negatiivisen palautteen etsimistä itsestä ja toisaalta positiivisen vakuuttelun tarvetta. Ristiriita hämmentää läheisiä, turhauttaa ja johtaa hyljeksimiseen, vaikka realistisen palautteen saaminen olisi tarpeen itsen uudelleen rakentumisen ja kuntoutumisen kannalta.

Jo aiemmassa (1983) Mitchellin tutkimuksessa havaittiin yhteyttä masennuksen, negatiivisten elämäntapahtumien, heikkojen coping-keinojen ja perheeltä saadun tuen puuttumisen välillä. Kaikkiaan masennuksessa katsottiin olevan kyseessä stressinkäsittelyn puutteisiin liittyvän asian. Koska parisuhdeongelmat ovat tärkeimpiä mielenterveyteen vaikuttavia seikkoja ja myös hoitoon hakeutumisen syitä, olisi syytä selvittää niiden syntyä tarkemmin hoidon yhteydessä (Heene 2005, Herr 2007). Keinoina negatiivisen perheilmapiirin vähentämiseen suositellaan psykoedukaatiota, joka vahvistaa kykyä erillisyyteen, vähemmän intensiiviseen vuorovaikutukseen, rajojen asettamiseen perheenjäsenten välillä, kohtuullisempien odotusten hyväksymiseen ja ongelmanratkaisutaitojen lisäämiseen (Whisman 2000, Spangenberg 1999). Vahva kiintymyssuhde helpottaa masennuksesta selviytymistä parisuhteessa elävillä (Heene 2005). Perheiden pitäisi hakea apua varhaisessa vaiheessa jo esim. pari- tai perheterapiasta.

Vanhemmuus ja lasten kasvatus

Lasten kasvatukseen liittyi erilaisia näkemyksiä, kuten erilaisia arvoja ja lapsuudenkodista tuotuja malleja. Lasten hoidon kuormittavuus oli yllättänyt monet. Lasten hoidon vaativuus heidän sairastaessaan vei voimia parisuhteelta ja terveiden lasten kanssa olemiselta ja väsytti ja aiheutti ristiriitoja vanhempien kesken. Vanhempien yhteinen keskusteluaika jäi myös liian vähiin. Lasten kanssa jouduttiin kohtaamaan vaikeitakin asioita, kuten äärimmillään lapsen kuolema, joka jätti vanhempiin pysyviä jälkiä. Myös lasten päihteiden käyttö ja rikollisuus aiheuttivat pitkäaikaista pelkoa, epävarmuutta ja epäonnistumisen kokemuksia vanhemmille.

Vanhemmat olisivat kaivanneet enemmän apua ammattilaisilta lasten sairauksien hoitoon, kuten myös kodinhoitoapua arkiaskareisiin. Epäonnistuminen lasten kasvatuksessa synnytti häpeän tunteita, jonka vuoksi avun hakeminen oli vaikeaa. Monelle masentuneelle lapset olivat kuitenkin suuri ylpeyden aihe ja mahdollisuus saada onnistumisen kokemuksia. Lasten kanssa puuhailu toi vastapainoa työlle, rentoutti ja toi vaihtelua elämään.

Vanhemman psyykkinen sairaus voi aikaansaada vihanpurkauksia, äkkipikaisuutta tai jopa väkivaltaa lasta kohtaan, kuten tähän tutkimukseen osallistuneidenkin kohdalla oli käynyt. Aikuisen masennus voi aiheuttaa lapsissa myös sosiaalista sopeutumattomuutta, pelkoa, huolestuneisuutta, masennusta, ahdistusta tai käytöshäiriöitä, jotka voivat johtaa rankaisukeinojen käyttöön kasvatuksessa. (Solantaus 2010, Heikkilä 2006)

Jo pelkkä väkivallan pelko on vahingollista lapselle. Myös vaikeasti masentuneen passiivisuus niin emotionaalisesti kuin käytännössä voi vaarantaa lapsen kehityksen. Lapsi voi tulla kaltoinkohdelluksi, jäädä vaille vuorovaikutusta ja huolenpitoa. Pahimmillaan vanhemman sairaus voi johtaa psykoosioireisiin, jolloin kommunikaatio lapsen kanssa häiriintyy entisestään.
(Söderholm 2012, Pesonen 2010)

Vanhemman masennuksen haitalliset vaikutukset näkyivät lapsissa mm. heidän takertuessaan suojelemaan vanhempaansa koulusta, harrastuksista poisjäämällä tai lapsen omana sairastumisena. Tietoa vanhemman sairaudesta saatiin lapsille vain vanhemman itsensä kertomana, jos ollenkaan.

Vanhemmuuden puutteita on arvioitu Suomessa olevan noin joka kolmannessa perheessä siinä määrin että lasten hyvinvointi on uhattuna kouluterveyskyselyn perusteella. Puutteet vanhemmuudessa heikentävät sosiaalisen ja emotionaalisen pääoman kertymistä lapsille ja he jäävät ääritilanteissa selviytymään yksin keskenään tai viranomaisten tai ammattilaisten varassa (Tolonen 2004, Jähi 2004, Skerfving 2015). Mm. lapsen ja nuoren kognitiiviset tulkintamallit vääristyvät, jos vanhemmalla ei ole kykyä tukea häntä hahmottamaan tilanteita ja lieventää heidän psykososiaalista stressiään (Weinfurt 1998). Vanhemmuuden ohjausta ja tukea tarvitaan erityisesti lapsen sairastuessa (Kekkonen 2006, Taanila 1997). Isovanhempien tarjoama apu koettiin etenkin tuolloin tärkeäksi, jos heitä vain oli käytettävissä. Monella isovanhempien sairaudet, pitkät etäisyydet, työssä olo tai ahtaat asuinolosuhteet rajoittivat heidän käyttöään apuna, mutta puhelimitse he saattoivat auttaa henkisesti ja käytännön neuvoja tarjoten. Etenkin sairaalle lapselle oli muutoin vaikea löytää hoitoapua.

Sairastuneen haavoittuvuus ja herkkyys muuttivat perheen kommunikaatio- ja toimintatapoja niin etteivät ne olisi häirinneet tai haitanneet häntä. Negatiivisten tunteiden ilmaisua piti rajoittaa. Opittiin ennakoimaan vanhemman tunteenpurkauksia ja jopa väkivaltaista käyttäytymistä. Suisidiuhka häilyi myös osalla ilmassa, jota piti tarkkailla. Lapsille oli vaikea selittää, mistä tilanteessa oli kyse.

Tiedon, ymmärryksen ja tuen puute sairautta koskien heikensi lasten selviytymiskeinoja. Koska vanhemman vakavan psyykkisen ja somaattisen sairauden tiedetään uhkaavan lapsen hyvinvointia, pitäisi lapselle tarjota ikätasoisesti ymmärrettävää tietoa vanhemman sairaudesta ja sen vaikutuksista hänen käyttäytymiseensä. Lapsi helposti syyllistää itseään ja rajoittaa käyttäytymistään vanhemman arvaamattomasta käyttäytymisestä tai alakuloisesta mielialasta johtuen ja sitä kautta kietoutuu osaksi vanhemman sairautta, jos hänellä ei ole oikeaa tietoa asiasta. Tunnetasolla äidin sairauden on nähty olevan lapselle merkityksellisempi kuin isän, koska äidit ovat yleensä läheisemmässä kontaktissa lapsiinsa emotionaalisesti ja myös ajallisesti enemmän yhdessä. (Söderholm 2012, Solantaus 2010, Sheeber 2001, Luoma 2002, Fröjd 2007)

Perhe ja sairauden hoito

Tutkittujen puolisoita ei juurikaan oltu otettu mukaan hoitoon. Osalla oli kertaluontoisesti selvitetty yhdessä tilannetta, joku oli kieltänyt puolisonsa osallistumisen hoitoonsa, osalla puoliso itse ei halunnut osallistua hoitoon. Lapsia ei oltu huomioitu eri syistä, osa oli pieniä ja osa aikuisia ja muualla asuvia. Hoito oli ollut yksilökeskeistä eikä varsinaista perheen psykoedukaatiota oltu liitetty mukaan hoitoon.

On melko niukasti yleisiä ohjeita ja neuvoja, kuinka auttaa tervettä puolisoa ja muuta perhettä sekä läheisiä selviytymään masennuksen kanssa. Puolisoilla ja lapsilla on usein paljon epätietoisuutta ja vääriä käsityksiä, jonka vuoksi kaikenlainen tieto sairauden etiologiasta, oireista ja hoidosta ovat tarpeen. Asiallinen tieto helpottaa puolisoa vapauttamalla turhasta syyllisyydestä ja luulosta että sairaus johtuisi hänen riittämättömyydestään puolisona ja ihmisenä. Ohjausta tarvitaan mm. miten

toimia lasten kanssa, taloudellisissa kysymyksissä, miten hallita työstressiä, selviytyä seksuaalisesta haluttomuudesta tai miten säilyttää roolit ja valta-asetelmat perheessä. Tavoitteena on löytää järjestystä ja hallintaa hallitsemattoman tuntuiseen tilanteeseen. Halgin (1991) on tutkinut myös tätä asiaa.

Puolison selviytyminen riippuu siitä, miten hyvin hän pystyy vaikuttamaan ympäröiviin tapahtumiin ja olosuhteisiin ja kuinka syvällisesti hän pystyy ymmärtämään masentuneen sairauden alkuperää ja luonnetta. Sairaus heikensi masentuneen itsetuntoa, toimintakykyä ja jopa kodin ulkopuolella liikkuminen tuntui välillä ylivoimaiselta ja asioiden hoito kärsi siitä. Terveelle puolisolle kertyi siten paljon työtä, vastuuta taloudenhoidosta sekä lapsista ja jopa sairauden hoidosta. Puolisolta odotettiin henkistä tukea jaksamiseen. Osa masentuneista kieltäytyi näkemästä oma rooliaan sairastumiseen johtaneena syynä (alkoholiongelma, väkivaltaisuus, mustasukkaisuus, erilaiset rahankäyttötavat, erilaiset temperamentit, persoonallisuushäiriö), mikä rasitti parisuhdetta. Työperäisiä syitä masennukselle oli puolison vaikea tuntea ja ymmärtää ja siten tukeminenkin oli vaikeaa.

Auttamalla puolisoa voidaan auttaa myös masentunutta itseään. Erityisesti pitkäkestoisesti ja vakavasti masentuneen puolison tukemiseen suositeltiin Halginin (1991) mukaan psykoedukaatiota, coping-strategioiden, stressinsietokyvyn ja puolisoiden välisen suhteen vahvistamista joko yksilö-, perhe- tai pariterapiana. Masentuneiden perheet hyötyvät sekä konkreettisesta että psykososiaalisesta tuesta lääketieteellisen hoidon lisäksi. Tuki voi olla aineellista, toiminnallista, henkistä, tiedollista tai emotionaalista ja tulla myös ei- ammattilaisilta, kuten suvulta, ystäviltä, työtovereilta ja muilta läheisiltä, kuten Laitisen (2001) artikkelissa myös mainitaan.

Puoliso pitäisi ottaa mukaan hoidossa yhteistyökumppaniksi ja luopua syntipukkien etsinnästä (Birtchell 1991). Puolison näkemykset ovat tarpeen hoidossa tuomaan laajemman näkökulman masentuneen ja perheen sekä lasten tilanteeseen. Masentuneiden oma näkökulma voi olla sokeutunut tai värittynyt masennuksen syiden ja puolison tarpeiden suhteen sairauden vuoksi. Puoliso voi tuoda esiin sellaisia voimavaroja ja kykyjä, jotka ovat jääneet sairastuneelta itseltään pimentoon tai käyttämättä ja siten tukea potilaan itsetuntoa, kuten jotkut puolisot haastatteluissa toivat esiin. Perhe oppii keskustelemaan sairaudesta potilaan kanssa kun näkevät siitä mallia ammattilaisilta. Lääkehoito osaltaan vähentää biologista sairausmekanismia, korjaa kognitiivisia kykyjä ja auttaa siten parantamaan selviytymiskeinoja (de Bruijn 2006).

Halginin (1991) mukaan pareja pitäisi ohjata rakentavassa vuorovaikutuksessa ja opettaa välttämään nalkuttamista, kinastelua, nöyryyttämistä ja virheiden etsimistä toisesta. Masentunutta pitäisi auttaa löytämään onnistumisen kokemuksia ja hyvää oloa pienistä asioista. Perheelle voi opettaa myös stressinkäsittelytaitoja ja -hallintakeinoja, kuten rentoutumista ja opastettua mielikuvaharjoittelua sekä ongelmanratkaisutaitoja. Keinoja pitäisi löytää ajoissa vielä kun keskusteluyhteys toimii.

Koko perheen kohtaaminen yhtä aikaa voi olla erinomainen hoidollinen interventio ilman että keskitytään pelkästään masentuneeseen ja hänen ongelmiinsa. Parhaimmillaan kaikki perheenjäsenet voivat saada tietoa ja apua samalla kertaa. Vielä sairastumattomien perheenjäsenten kannalta se voi olla parasta ennaltaehkäisyä tulevaisuutta ajatellen. Työskentelymalleja on esitetty mm. Perhelääketieteen oppikirjassa (Larivaara 2009). Perheterapiassa voidaan tavata myös koko perhettä. Terapeuttisten interventioiden tulisi tukea molempien puolisoiden itsetunnon ja luottamuksen vahvistumista, kuten esimerkiksi voimavara- ja ratkaisukeskeisessä toimintamallissa (Mattila 2006, Niemi-Pynttäri 2013). Ongelmien näkeminen haasteena ja destruktiivisesta ajatusmallista siirtyminen konstruktiiviseen pitäisi olla tavoitteena. Optimismin ja toivon säilyttäminen toivottoman tuntuisessakin tilanteessa auttaa eteenpäin.

Perheen toimivuuden mittaamista voidaan käyttää masennuksen uusiutumisen ennustamiseen ja masennukseen taipuvaisten perheiden tunnistamiseen ja tuloksien perusteella kohdentaa tukitoimia riskiperheille. Mc Master Clinical Rating Scale (objektiivinen) ja Family Assessment Device (subjektiivinen arvio), Family Environment Scale (subjektiivinen) ovat perheen toimivuutta kuvaavia mittareita. Meillä ei ole vastaavia yksinkertaisia arviointilomakkeita käytössä esim. perusterveydenhuollossa. (Miller 1992)

Päihdeongelma haittasi oleellisella tavalla toipumista masennuksesta, mutta myös vaikeat fyysiset oireet ja sairaudet ja toimintakyvylle niistä aiheutunut haitta. Seksuaalisia ongelmia masentuneilla ilmeni joko mielialalääkkeiden tai itse sairauden vuoksi, joka saattoi heikentää siten myös parisuhteen laatua. Parisuhde joutuikin koetukselle sairauden myötä, mutta sitä ei pidetty syynä masennuksen syntyyn, vaan pikemminkin työperäisiä asioita. Vuorovaikutustaitoja joutui harjoittelemaan ja tunteiden ilmaisua parantamaan masennuksen käsittelyssä perheessä, josta oli hyötyä jatkossakin. Perheen, suvun ja läheisverkoston rooli näyttäytyi paljon merkittävämmältä kuin hoitojärjestelmän apu, josta masentuneet kertoivat yllättävän vähän spontaanisti.

Luottamus toisiin ihmisiin, ongelmien ja avun tarpeen myöntäminen ja perheen tuki auttoivat pääsemään alkuun masennuksen hoidossa. Masentuneiden kohdalla se ei ollut helppoa. Osa oli pitkittänyt hoitoon hakeutumista vuosia. Perusterveydenhuollon apuun oltiin tyytyväisiä sitten kun sinne oli saanut mentyä ja selvisi, mistä oli kysymys. Ulkopuolisen vaitiolovelvollisen kuuntelijan, ajatusten selkiyttäjän ja neuvojen antajan tehtävästä depressiohoitajat saivat paljon kiitosta. Myös työterveyshuollon apu koettiin asialliseksi. Läheisverkoston puuttumista oli hoitojärjestelmän vaikea korvata. Depressiokoulusta joku oli saanut pidempiaikaisen ystävän. Yhtä lukuun ottamatta masentuneet olivat käyttäneet masennuslääkkeitä. Lääkkeiden käytöstä hoidossa masentuneet puhuivat lähinnä vain haittavaikutuksien muodossa tai kun olivat päättäneet lopettaa hoidon omin päin. Masennuksen parantuessa voimat riittivät hakeutua ihmisten seuraan ja apua alkoi tulla myös työtovereilta, harrastuskavereilta ja ystäviltä, joiden kanssa yhteydenpito oli ollut vaikeaa masentuneena. Myös itsetunto vahvistui ja sen myötä usko omaan selviytymiseen.

Sosiaalinen eristäytyminen

Psyykkisesti sairastunut dominoi koko perheen tunneilmapiiriä ja rajoitti muun perheen mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen perheen ulkopuolisten kanssa. Toisaalta masentuneet tunsivat olevansa sosiaalisesti eristettyjä kun heitä ei kutsuttu mukaan yhteisiin tapahtumiin ja ystävät välttelivät heitä. Masentuneet eivät itse jaksaneet myöskään pitää ystäviinsä yhteyttä eivätkä osallistua muuhunkaan seuraelämään. Huolet perheestä painoivat mieltä ja elämä keskittyi hyvin pieniin ympyröihin. Vain neljä kymmenestä oli tyytyväisiä elämäänsä. Masennusta laukaisseet tekijät (työuupumus, irtisanominen, konkurssi, lapsen ja lastenlasten sairaudet tai kuolema, oma fyysinen sairaus) ja työstä poissaolo eristivät masentuneet kotiin coping-ryhmäläisiä useammin. Työstä poissaoloon työttömyyden tai sairauden vuoksi saattoi liittyä jo sinänsä häpeää, syyllisyyttä ja alemmuudentunnetta ja se sai masentuneet tuntemaan itsensä ulkopuoliseksi ja hyödyttömäksi yhteiskunnassa. Tulotason lasku ja huoli toimeentulon riittävyydestä esti osallistumista ainakin kustannuksia tuottaviin asioihin. Sairauteen liittyvä stigma syntyi monien eri asioiden kautta, jotka potentoivat toistensa vaikutuksia.

Sosiaalisen kuntoutuksen pitäisi kulkea mukana masennuksen hoidossa. Hoidon alussa pitäisi sosiaaliset verkostot kartoittaa ja ottaa mukaan hoitoon (Vahtera 1994, McDaniel 1990). Yhteydenpito sukulaisten, ystävien ja vertaisten kanssa auttaa löytämään kokemuksille uusia merkityksiä ja saamaan vinkkejä ja kenties apua käytännön elämässä selviytymiseen. Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus voivat olla keinoja aktivoida myös ympäristöä ja ammattilaisia näkemään

sairastuneiden arkipäivän haasteita ja tuomaan niitä julki. Vertaisryhmässä voi vapautua stigmasta kun kaikilla on samantyyppinen sairaus (Miettola 2011). Joskus vertaisryhmästä löytyy uusia, pitkäaikaisiakin sosiaalisia kontakteja menetettyjen tilalle. Ryhmässä toimiminen on aktiivista työskentelyä ongelmien ratkaisemiseksi (aktiivinen coping) ja siten lisäämässä hallinnan tunnetta (Billings 1984). Masentunutta tuetaan löytämään positiivisia kokemuksia ja näkökulmia arkisiin asioihin ja luottamaan itseensä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja siten parantamaan elämänlaatuaan ja toimintakykyään (Ravindran 2002).

Fiorin tutkimusryhmä (2006) esittää keinoiksi sosiaalisen tuen lisäämiseen olemassa olevien suhteiden uudelleenarviointia, sosiaalisten taitojen harjoittelua, tukea antavien kontaktien etsimistä joko ryhmästä tai yksilötasolla. Sosiaalisen tuen laatu ennustaa terveyttä paremmin kuin sen määrä (Enäkoski 2002, Vahtera 1994, Whisman 2000). Esim. Sosku- hankkeessa (Sosku- hanke) etsitään uusia yksilöllisiä sosiaalisen kuntoutumisen malleja palvelujärjestelmässä mm. verkostomaisen työskentelytavan ja vertaisryhmäkuntoutuksen avulla.

Talousvaikeudet

Monet masentuneet olivat olleet taloudellisissa vaikeuksissa jo ennen sairauden puhkeamista. Pitkäkestoiselle sairauslomalle jääminen tai työn loppuminen kokonaan osalta heikensivät tulotasoa ja välillä lopetti tulot kokonaan kun kuntoutustukihakemus hylättiin. Osa velkaantui yritystoiminnan loppuessa. Puolisot joutuivat kustantamaan tuloistaan sairastuneen menoja, joka ahdisti masentuneita ja sai heidät tuntemaan itsensä toisesta riippuvaiseksi ja alistuneeksi, joka synnytti häpeän kokemuksia. Monet suunnitelmat ja mieltä piristävät hankinnat täytyi siirtää tuonnemmaksi ja lasten menoista tinkiä. Eronneilla saattoi olla elatusmaksuja kustannettavanaan tai velkaa entisen puolison ja lasten käyttöön jääneestä kodista.

Koska masentuneita hoidettiin terveysasemilla, ei hoitotiimissä ollut mukana sosiaalityöntekijää tai -ohjaajaa, joka olisi voinut kartoittaa mahdollisuudet esim. sosiaalisen kuntoutumisen tukemiseen, toimeentulotuen saamiseen tai neuvoa lomakkeiden täytössä. Vaikeimmin velkaantuneiden olisi ollut mahdollista hakea apua kuntien velkaneuvonnasta. Yrittäjät kaipasivat enemmän tukea ja neuvontaa sairauden tai talousvaikeuksien kohdatessa ennen kuin yritys joutuu konkurssiin. Taloustilanteesta keskustelu vastaanotolla ja ohjaaminen tilanteen selvittelyyn tukee myös sairauden kanssa selviytymistä (Hintikka 1999, Viinamäki 2001, Solantaus 2004). Masentuneena avun hakeminen monesta eri toimipisteestä käy voimille ja voi jäädä siten toteutumatta. Sosiaaliturvasta huolehtiminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää mielenterveyspotilaiden elämänhallinnan tukemisessa ja potilaat tarvitsevat siihen ammattilaisen aktiivista apua (Raitasalo 2000).

Huoli omista vanhemmista

Keski-iässä monille perheille osui runsaasti huolta ja stressiä kun murrosikäiset lapset oireilivat ja osalla iäkkäät vanhemmat tarvitsivat hoivaa ja huolenpitoa samanaikaisesti. Nämä ruuhkavuodet kuluttavat erityisesti naisia, joilla vielä hormonaaliset seikat voivat lisätä mielialahäiriöön sairastumisen riskiä (Perheentupa 2003, Bebbington 1998, Brommelhof 2004) Noin kolmannes keski-ikäisistä työssäkäyvistä huolehtii säännöllisesti ikääntyvistä sukulaisistaan ja suhteellisen määrän voi arvioida lisääntyvän kun suuret ikäluokat pienempine lapsilukuineen alkavat lähivuosina tarvita lisääntyvässä määrin läheistensä apua. (Blomgren 2015). Taloudellinen huoltosuhde vanhuksien osalta työikäisten määrään suhteutettuna kääntyy lähivuosina entistä epäedullisemmaksi

(Huoltosuhde). Omaisten vastuuta vanhuksien hoidosta on vaikea kasvattaa, jos he asuvat kaukana ja ovat jo muutoinkin kuormittuneita oman perheensä hoitamisesta

6.1.2.6. Mistä apua aikuisille?

Perhe, lapset ja koti tukena

Lapsuusiän heikkoja tunne- ja kiintymyssuhteita oli mahdollisuus paikata nuoruus- ja aikuisiällä. Onnistunut parinvalinta, tyydyttävä parisuhde ja lapset, hyvän ammatin ja työn löytyminen tarjosivat parhaimmillaan valtavan voimavaran ja eheytymisen mahdollisuuden aikuisiässä. Vakaat elämänolosuhteet ja koti aikuisiän perheessä koettiin tukeviksi elementeiksi masennusta vastaan. Perhe loi ryhtiä elämään ja se oli tukena omassa kasvuprosessissa aikuisena. Vanhempien välinen hyvä suhde, toimiva työnjako kotona ja lapset koettiin voimavarana. Apua ja tukea kaivattiin vielä aikuisenakin omilta vanhemmilta.

Perheen koettiin auttaneen masennuksesta selviytymisessä. Ainoastaan parilla vastaajalla parisuhde kuormitti jaksamista huomattavalla tavalla. Koti, perhe ja lapset nähtiin voimavarana ja turvapaikkana luomassa struktuuria elämään. Kotiaskareiden teko rentoutti työpaineista. Lapset tuottivat iloa ja uusia kokemuksia elämään. Parisuhteessa eläminen lisäsi taloudellista vakautta työttömyyden ja sairauden kohdatessa. Lapset ja puoliso voivat tyydyttää hoivaamisen ja huolenpidon tarpeita ja tukea omaa henkistä kasvua (Moos 1998b).

Masennus voi tarjota mahdollisuuden arvioida elämää uudella tavalla ja tehdä uudenlaisia valintoja. Moni löysi enemmän aikaa itselle ja harrastuksille sekä ystävien tapaamiselle ja perheelle. Perheen sisäinen tasa-arvo parani sairauden aikana kun puoliso ja lapset joutuivat osallistumaan kotitöiden tekoon. Masentuneet oppivat ilmaisemaan omia tarpeitaan ja tunteitaan aiempaa paremmin mm. depressiohoitajan vastaanotolla ja depressiokoulussa. Parisuhde useimmiten vahvistui vastoinkäymisten aikana ja antoi uskoa sen jatkuvuuteen myös tulevaisuudessa. Arvomaailman ja asenteiden muuttuminen auttoi masentunutta priorisoimaan asioita uudelleen ja siitä hyötyi jatkossa koko perhe.

Omien vanhempien tuki aikuisena

Vaikka yhteiskunta on muuttunut individualistisemmaksi, rapauttanut suvun ja perhesuhteiden merkitystä ja lapsiperheet elävät erillään vanhemmistaan aikuisina, koettiin lähisuku, oma ja lapsuuden perhe hyvin tärkeiksi tukipilareiksi kuitenkin elämässä. Omien vanhempien rooli vielä aikuisena oli tärkeä monille henkisenä, aineellisena että käytännön tukena ja turvana. Myös suoraan lastenlapsille isovanhemmilla oli parhaimmillaan paljon annettavaa ja hoitoapua tarvittiin monissa tilanteissa. Varsinkin nuorilla perheillä vanhempien tuen tarve on suuri (Juntunen 1997).

Maantieteellinen ja taloudellinen liikkuvuus, runsaat erot ja uusperheet muuttavat suvun jäsenten odotuksia tuen saamisesta ja antamisesta. Iän myötä suhteista muodostuu osittain pakollisia hoivasuhteita. Äiti-tytärsuhteet säilyvät läpi elämän, muut sukulaisuussuhteet olivat enemmän latentteja aikuisiällä ja otetaan käyttöön tarvittaessa. (Silverstein 2002)

Suhteiden merkitystä sukuun ja omiin vanhempiin ei tuoda näkyvästi esiin monesti moderneissa perheissä, mutta todellisuudessa solidaarisuus on odotettua suurempaa. Perhe on sosialisaation ja hoivan lähde edelleen, vaikka melkein kaikki alkukantaiset perheen tehtävät ovat hävinneet siltä (turva, työpaikka, lasten hoito) (Utrio 2001).

Isovanhemmat voivat auttaa lastenlapsiaan kiintymyksen kohteina olemisessa ja sopeutumaan ja selviytymään vanhemmuuden puutteista huolimatta. Ääritapauksessa isovanhemmat voivat korvata kokonaan lapsen vanhempien tehtävät. Silverstein (2006) esittääkin käyttöönotettavaksi laajemmat suvun ja lähiyhteisön resurssit eli ”koko kylän” lasten kasvatuksessa. Äidin vanhemmilla on osoitettu hänen mukaansa olevan läheisemmät suhteet lastenlapsiinsa kuin isän vanhemmilla. Pojat ja tytöt hyötyvät yhtä paljon kontakteista isovanhempiin. Isovanhemmat voisivat olla pikkulapsiperheiden apuna entistä enemmän, mikäli lainsäädäntö mahdollistaisi heidän jäämisensä kotiin hoitamaan sairasta lapsenlastaan tai pidemmäksi aikaa hoitovapaalle. Suomessa vuorotteluvapaa (Vuorotteluvapaa) on yksi vaihtoehto tällaiseen.

Tuki palvelujärjestelmistä

Perhe- ja parisuhdeongelmiin on tarjolla ammattilaisten apua jo varhaisvaiheessa, kunhan on valmis myöntämään avun tarpeensa. Joskus toipumiselle on eduksi että psykoedukaatiossa pyritään etsimään uusi selitys sairaudelle entisen sijaan, mielellään itsen ulkopuolelta ja vapauttamaan potilas ja hänen perheensä siten turhasta syyllisyydestä ja häpeästä (Morgan 2000). Optimistit ovat avoimempia vaihtamaan selitysmallia kuin muut, eivät syyllistä ketään sairastumisesta ja ovat siten joustavampia toipumaan siitä. Anteeksiantaminen itselle ja muille on yksi tapa vapautua syyllisyydestä sairauden suhteen. Panostaminen perheen toimintakykyyn ja tukeen kannattaa syihin juuttumisen sijaan (Robinson 1994).

Raskaus, lapsen syntymä ja myöhemmät perheen vaiheet, kuten sairaudet, muuttavat perheen arvoja. Arvojen mittaamisella päästäisiin tavoittamaan perheen tavoitteita, valintoja ja niiden perusteita, odotuksia ja perhekulttuuria. Sosiaalisten (harrastukset, ystävyyssuhteet) ja emotionaalisten (tunteet, perherakenne ja –dynamiikka) arvojen arvostus vastaa parhaiten lasten kehitystarpeisiin. Alhainen sosiaalisten arvojen arvostus perheessä oli yhteydessä psyykkiseen oireiluun lapsilla. Arvot liittyvät myös muihin terveys- ja elämäntapavalintoihin terveydenhuollossa, jonka vuoksi niiden tutkiminen olisi hyödyllistä. (Väänänen 2013)

Tukea ja apua vanhemmuuteen ja kasvatuspulmiin voi saada paikallisista perheneuvoloista, joihin ei tarvita lähetettä ja palvelu on maksutonta. Vuorovaikutteinen perhe- ja verkostokeskeinen työote (Kiuttu 2000, Seikkula 2004, Campbell 2004) masentuneiden perheiden hoidossa tukee kaikkia perheenjäseniä. Sen avulla voidaan parantaa myös masentuneen läheisten elämänhallinnan tunnetta ja –keinoja ja ehkäistä masennuksen leviämistä heihin (Solantaus 2010).

Parisuhteen ongelmiin voidaan suositella pari- ja perheterapiaa ellei parisuhteessa esiinny lähisuhdeväkivaltaa. Perheterapiaa KELA:n tukemana kuntoutusmuotona on käytetty melko vähän (KELA kuntoutuspsykoterapia), vaikka muualla on todettu psykoterapiakäynneistä noin puolen johtuvan parisuhteeseen liittyvistä syistä (Harvard Mental letter 4/2007). Suuremmilta paikkakunnilta löytyy yksityisiä perheterapeutteja, joiden palvelut ovat KELA- korvauskelpoisia, mikäli taustalla on diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Muutoin terapia on omakustanteista. Pariterapiassa tervettä puolisoa voidaan ohjata muuttamaan lähestymistapoja sairastunutta puolisoa kohtaan, jotta negatiivinen kierre saataisiin poikki (Slotte 2007). Perheasiain neuvottelukeskukset suurimmilla paikkakunnilla tarjoavat ohjausta ja neuvontaa ja terapeuttisia palveluja parisuhdepulmissa maksutta. Palvelujen käyttö ei edellytä kirkkoon kuulumista.

Lapsiperheiden sosiaalipalveluilla on mahdollisuus tukea avun tarpeessa olevia perheitä tarjoamalla taloudellista, henkistä apua tai vanhempien ohjausta kasvatuskysymyksissä tai hoitoonohjausta esim. päihdekysymyksissä tai tukiperheitä lapsille. Sosiaalipalvelut tarjoavat myös lapsiperheiden tilapäistä

kotipalvelua ja perhetyötä ennaltaehkäisevänä palveluna sekä varsinaisen lastensuojelun piiriin kuuluvia lakisääteisiä palveluja perheille. Lastenvalvojan puoleen voi kääntyä huoltajuutta ja elatusmaksuja koskevissa kysymyksissä. Näiden palvelujen laatu ja kattavuus vaihtelevat kunnittain melko paljon.

Vanhemmuustaitoja opetetaan ainakin isommissa kaupungeissa Ihmeelliset vuodet- ohjelman mukaisesti kognitiivisen ja sosiaalisen oppimisen menetelmillä käytöshäiriöisten lasten vanhemmille ryhmänä (Ihmeelliset vuodet). Menetelmän vaikuttavuudesta muissa maissa on näyttöä (Karjalainen 2016). FinFami tarjoaa paikallisesti tukea myös masentuneiden omaisille (Masentuneiden omaiset Finfami).

Läheisväkivallan uhatessa tai jo tapahduttua tai seksuaalirikoksissa voidaan apua tarjota esim. Tukinaisen toimesta netti- ja puhelinpalveluna ja paikallisilla vastaanotoilla (Tukinainen). Tarjolla on myös nettiturvakoti (Nettiturvakoti), jossa on tietoa myös väkivallan käyttäjille ja nuorille. Miehille apua löytyy Miessakit ry:n sivuilta (Miessakit) esim. erotilanteisiin, isyyden tueksi ja väkivallan hallintaan. Ensi- ja turvakotien verkosto avopalveluineen tukee pienten lasten vanhempia mielenterveys- ja päihdeongelmiin, väkivaltaan ja muihin arjen jaksamiseen liittyvissä pulmissa sekä auttaa väkivaltatilanteissa löytämään paikan, jossa voi ammattilaisen tuella miettiä miten jatkaa elämäänsä (Ensi- ja Turvakodit) eikä sinne tarvita lähetettä. Valtakunnallinen uusi puhelinpalvelu väkivallan uhreille (Nollalinja) saavuttaa kaikki tarvitsijat kotipaikkakunnasta riippumatta.

Palveluohjaus, sosiaalityö ja KELA voivat selvittää mahdollisuuksia esim. asumis- tai toimeentulotuen saamiseen. Vaikeimmin velkaantuneet voivat hakea apua kuntien velkaneuvonnasta. Ruokapankit tarjoavat taloudelliseen ahdinkoon joutuneille EU- tuella, lahjoituksilla ja seurakuntien kustantamana ruoka-apua.

Kansalaisten neuvontapuhelin, kuntien yleinen palveluohjaus ja yhteispalvelupisteet sekä erilaiset neuvontaportaalit arkielämän pulmiin pitäisi olla kaikkien saatavilla. Perheitä, kasvatusta ja parisuhteita tukevia matalankynnyksen neuvontapisteitä olisi hyvä olla saatavilla myös virka-ajan ulkopuolella. Usein ongelmat kärjistyvät lomiin ja vapaa-aikaan, jolloin monet perheiden palvelut ovat suljettuja. Uusista suunnitteilla olevista perhekeskuksista voisi saada kenties tällaista tukea ainakin suurimmilla paikkakunnilla. Yhteispäivystysten yhteyteen voidaan liittää myös sosiaalityöntekijän vastaanotto ja sosiaalipäivystys, jolloin konsultointi ja ohjaaminen oman alueen palveluihin hoituu sujuvammin. Luottamuksen puute, epäluulot ja pelot masentuneilla saattavat haitata hoitoon hakeutumista ja hoitosuhteen syntyä ja ylläpitoa hoitavan ammattilaisen kanssa. Akuuteissa kriiseissä apua voi saada myös kuntien kriisipäivystyksestä.

Puhelin- ja nettipalveluja perheille vanhemmuuden tukemiseen ja erilaisten stressitilanteiden hallintaan löytyy mm. Mannerheimin lastensuojeluliitolta, jossa on myös lapsille ja nuorille omaa ohjausta ja neuvontaa (MLL nettineuvonta) sekä evankelis-luterilaisen kirkon sivuilta (Kirkon neuvonta), jossa on tietoa myös talous- ja ruoka-avusta ja läheisen ja perheenjäsenen kuolemaan liittyvissä kysymyksissä.

Erilaisia vertaisryhmiä kaivataan esim. tiettyä sairautta sairastavien vanhempien kesken tai niitä voidaan muodostaa myös sosiaaliseen mediaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat olla aloitteellisia ja suositella ryhmiin hakeutumista osana potilasohjausta.

Vastauksista löytyi monta kohtaa, joihin tarttumalla perheitä olisi voinut tukea masennuksen haitallisilta vaikutuksilta, mutta apu oli useimmiten jäänyt saamatta. Vanhemmuuden huomiointi ja tukeminen jäävät monesti liian vähälle huomiolle yksilökeskeisessä hoidossa.

6.1.2.7. Vastaajien ehdotuksia toimenpiteiksi aikuisena

Vastaajien omat tarpeet ja toiveet masentuneen ja hänen perheensä tukemisessa masennuksesta selviytymisessä olivat varsin realistisia. Riittävät asuinolosuhteet, joustava työnjako kotona, kestävä parisuhde ja sen hoito, avun hankkiminen ongelmatilanteissa, perheen toimeentulon turvaaminen, pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien ja sisarusten tukeminen, lapsen kuoleman jälkeisen surun asianmukainen käsittely, isovanhempien, muiden läheisten ja ulkopuolisten tarjoama apu lastenhoidossa ja –kasvatuksessa, neuvonta ja tuki erotilanteisiin ja uusperheiden arkeen, lasten ja etävanhemman etujen ja suhteen turvaaminen nähtiin tärkeinä keinoina selviytyä aikuisiän haasteista perheen kanssa.

Vastaajien mielessä ideaalina oli klassinen perhe, joka saa tukea ja apua sosiaaliselta verkostoltaan ja palvelujärjestelmältä. Vanhemmuuteen toivottiin tukea sekä pikkulapsivaiheessa että vielä murrosikäisenäkin. Myös perheiden arkikäytäntöihin ja niiden haasteisiin haluttiin enemmän ohjausta, kenties Super-Nanny- tyyppisiä käytännön perhetyöntekijöitä. Vuonna 2015 voimaantulleen sosiaalihuoltolain mukaan sellaiseen on mahdollisuus myös itse pyydettynä. Erotilanteisiin kaivattiin myös ulkopuolista tukea, joka on jäänyt melko vähäiseksi kun eroprosesseihin ei liity enää mitään pakollista ulkopuolista virallista käsittelyä edes lasten huoltajuuteen tai elatukseen liittyen. Ainakin lastenvalvojien roolia voisi korostaa ja tehdä tunnetuksi mahdollisuutena saada tukea erotilanteissa.

Masennukseen sairastumisen jälkeen vastaajien näkemyksen mukaan heitä olisi auttanut mm. perheen mukaan otto monipuoliseen kuntoutukseen ja tarvittavien elämänmuutosten tekoon, valmius arvo- ja asennemuutoksiin ja toisin tekemiseen, asiallisen tiedon tarjoaminen puolisolle ja lapsille sairaudesta, riittävän pitkä sairauden hoito, opiksi otto ja pyrkiminen eroon masennusta ylläpitävistä tekijöistä: huono parisuhde, epätyydyttävä työ, päihteiden väärinkäyttö tai väkivaltaisuus. Myös vuorovaikutustaitojen harjoittelu vielä aikuisenakin olisi auttanut ihmissuhteiden ylläpidossa. Mahdollisimman monipuolinen sosiaalinen verkosto pystyisi tarjoamaan tukea perheen ulkopuolelta. Lasten huomioiminen vanhemman sairastaessa kaipaa edelleen terästämistä (Solantaus 2010). On opittava myös sopeutumaan asioihin, joita ei voida muuttaa ja suuntautua uusiin tyydytystä ja hyvinvointia tuottaviin asioihin menneisyyden sijaan. Monipuoliset kuntoutuspalvelut voivat tukea toipujaa elämänmuutoksissa, mutta niitä on niukasti tarjolla perustasolla tai niitä ei osata etsiä.

Hyvän asuin- ja elinympäristön koettiin auttavan ehkäisemään masennusta. Toimiva parisuhde nähtiin voimavaraksi ja sen hoitamiseen panostaminen kannattavaksi. Lasten kasvatukseen olisi haluttu enemmän tukea, jopa ulkopuolista lastenhoitoapua tarvittaessa. Vanhempien välisen joustavan työnjaon katsottiin helpottavan käytännön elämää. Erotilanteisiin olisi kaivattu enemmän tukea, jotta siitä aiheutuneet rasitteet kaikille osapuolille olisi voitu minimoida ja kenties koko erokin välttää. Perheet olisivat kaivanneet ajoissa tukea parisuhteen ristiriitoihin, joita masennus monesti pahensi. Terveen puolison voimat olivat uhattuina ja hän olisi kaivannut tukea jaksamiseensa.

Lasten suojaamiseen sairauden vaikutuksilta toivottiin myös neuvoja. Vanhemmat kaipasivat tietoa, miten kertoa lapselle vanhemman sairaudesta aiheuttamatta liikaa huolestuneisuutta. Perheen mukaanottoa hoitoon toivottiin tiedon saamiseksi sairauden kulusta ja kuntoutumismahdollisuuksista. Perheitä olisi auttanut myös, jos toimeentulo olisi ollut mahdollista turvata sairastuneen puolison osalta jollakin tavalla ennakoidusti sen sijaan että päätökset sairauspäivärahoista ja eläkkeistä tehtiin niin että vähäisiinkin tuloihin tuli katkoksia tai hylkyjen jälkeen piti ryhtyä miettimään valituksia tai uusia vaihtoehtoja elannon hankkimiseksi. Sairastunut joutui taloudelliseen riippuvuussuhteeseen terveestä puolisosta, joka muutti perheen valta-asetelmaa. Toivottiin hoidossa myös puuttumista masennusta ylläpitäviin stressitekijöihin, kuten köyhyyteen, päihteiden käyttöön, parisuhdeongelmiin

ja väkivaltaan perheessä. Avun olisi pitänyt olla monipuolisempaa kuin pelkkää oireiden hoitoa ja lähempänä arkielämän pulmakysymyksiä.

Kuntoutusvaiheessa toivottiin perheen mahdollisuutta osallistua hoitotapaamisiin, jotta tieto olisi välittynyt ja kysymyksien esittäminen ollut mahdollista. Tukea kaivattiin pysyvien elämänmuutosten tekoon masennuksen toistumisen ehkäisyssä ja masentuneen tukemisessa. Työhön paluuseen kaivattiin tukea työyhteisöltä ja esimiehiltä. Masennus oli opettanut muuttamaan asenteita niin että pystyi tyytymään vähempään ja asettamaan kulloisellekin kunnolle sopivia tavoitteita onnistumisen kokemusten saamiseksi. Moni pääsi eroon liiasta suorituskeskeisyydestä ihmisarvon mittana. Parhaimmillaan masennukseen sairastuminen oli ollut opettavainen kokemus, josta saattoi olla jopa kiitollinen. Moni asia olisi jatkunut ilman sitä haitaten omaa ja läheisten elämää.

Perheen merkitystä yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla on tutkittu -80- ja 90- luvuilla enemmän kuin 2000- luvulla, jonka vuoksi myös osa lähteistä on jo melko vanhoja. Mistä se kertoo? Onko perhe käynyt epämuodikkaaksi tutkimusaiheeksi? Ovatko arvot muuttuneet niin individualismia korostavaksi ettei perhedynamiikkaa edes sairauteen liittyen enää kiinnosta tutkia? Se muodostaa haasteen myös hoitojärjestelmälle, mikäli perheeltä ei enää saada tukea tai haluta vastaanottaa sitä. Perhe on väistämättä kuitenkin vahvassa roolissa vuorovaikutussuhteidensa kautta sekä masennukseen sairastumisessa että toipumisessa eikä sen merkitystä voida jättää huomiotta. Perheet ovat kylläkin monimuotoistuneet eikä niitä voi niputtaa yhteen senkään vertaa kuin aiemmin. Muista kulttuureista tulleilla perheen yhteisöllinen funktio on huomattavasti tärkeämpi kuin meillä ja siksi se pitäisi ottaa huomioon erityisesti heitä hoidettaessa. Monissa kulttuureissa perheeseen kuuluu käytännössä koko suku (Slotte 2007, Pakaslahti 2010). Omaehtoinen sosiaalisen turvaverkon luominen ja ylläpitäminen ei välttämättä onnistu sairauden aikana, jolloin oma perhe ja sukulaiset voivat jäädä ainoiksi kiinnekohdiksi. Vastaajat näkivät arkisten asioiden sujumisen tärkeämpänä kuin sairauden lääketieteellisen hoidon tai ainakin puhuivat siitä huomattavasti enemmän. Lapsuusaikaista kiintymyssuhdetta vanhempaan ei voi korvata oikein mikään yksilönkehityksessä. Perhettä siis tarvitaan edelleen.

6.2. Stressaavat elämäntapahtumat ja masennus

Stressin osuudesta masennuksen synnyssä on Suomessa puhuttu melko vähän. Viime vuosien aivotutkimuksen kehitys (esim. FinnBrain- tutkimus) on tarjonnut mahdollisuuden osoittaa miten aivojen kuormitus muokkaa niiden toimintaa jopa pysyvästi eikä ole yhdentekevää millaisissa olosuhteissa elämäämme elämme, erityisesti lapsena. Itsetuntoa vahvistamalla, elämänhallinnan tunnetta ja selviytymiskeinoja parantamalla voidaan elämän stressitekijöiden ja negatiivisten elämäntapahtumien aiheuttamaa kuormitusta vähentää ja auttaa selviytymään niistä huolimatta. Aivojen passivoituneita alueita voidaan virittää uudelleen käyttöön harjoittelun avulla esimerkiksi kuntoutuksessa. Seuraavassa pohitaan erikseen määrällisiä ja laadullisia tuloksia koskien stressitekijöitä ja elämänhallintaa lapsena ja aikuisena.

6.2.1. Määrällisten tulosten pohdinta

Tutkimuksessa mukana olleet masentuneet olivat kokeneet lapsena raskaita eroja ja luottamussuhteiden pettämisiä. Traumaattisten elämäntapahtumien kokeminen voi herkistää stressireaktion laukeamiselle yhä pienemmästä ärsykkeestä, jonka on todettu altistavan masennuksen ja ahdistuksen synnylle ja työstressille, jotka edelleen heikentävät stressinsietokykyä. Erityisen

tuhoisaa on läheisten ihmisten aiheuttamien traumojen kokeminen. Herkkyys stressireaktioille vähenee mitä kauemmin traumasta on kulunut. (Izutsu 2004, Söderholm 2012, Ahokas 1998)

Lähtökohtaisesti kaikkien ryhmien perusominaisuudet (ikä, tulo-, koulutustaso, työtilanne) olivat samankaltaiset. Masentuneita ja muiden ryhmien edustajia haluttiin verrata toisiinsa sekä tutkimuksen alussa että vuoden kohdalla ryhmien välisten erojen havaitsemiseksi. Masentuneet erosivatkin tilastollisesti coping-ryhmästä tutkimuksen alussa kaikkien muiden mitattujen parametrien paitsi AUDIT:in osalta. Masennuksesta toipuminen normalisoi heidän tilannettaan vuoden aikana tutkimuksen alusta lähelle coping-ryhmäläisten tasoa. Itsetunto-, masennuspisteet ja elämänhallinta SOC:in ja BSCI:n osalta kulkivat käsi kädessä.

Alkutilanteessa masentuneiden ja stressiryhmäläisten kyselylomakevastaukset muistuttivat paljon toisiaan. Molempien ryhmien masennuspisteet BDI-kyselyssä viittasivat keskivaikean masennuksen olemassaoloon, vaikka stressiryhmäläiset eivät itseään sellaisiksi kokeneet. Stressipisteiden alaryhmät käsittelivät osin masennukseen sopivia oireita. Matalien coping-taitojen tiedetään kirjallisuuden perusteella olevan yhteydessä masennukseen (Antonovsky 1988). Sekä lapsuudenaikaisten (StrA) (Sandberg 2000) että viimeaikaisten stressitekijöiden (StrB) (Aldwin 1996, Aranda 2001, Billings 1984) tiedetään liittyvän myös masennusalttiuteen. Myös heikolla itsetunnolla oli oletettavasti samanlainen merkitys (Jaari 2004). Niinpä BSCI:n kokonaispisteet, itsetunto ja BDI olivat molemmilla ryhmillä samansuuntaiset ja muuttuivat seuranta-aikana masennusoireiden lieventyessä yhtäaikaisesti. Selviytymiskeinot paranivat (Coptot), psyykkiset oireet lievenivät (StrD), terveystottumukset paranivat (CopF), asenne stressitekijöihin muuttui armollisemmaksi itseä kohtaan (CopH)ja elämä alkoi tuottaa enemmän tyydytystä (CopI) masennuksen helpottaessa. Heidän loppupisteensä eivät yltäneet silti satunnaisotoksen ei-mukaanotettujen ryhmän (=ryhmä 5) keskitasolle. Stressiryhmän ja masentuneiden samankaltaisuus lomakepisteissä oli yllätys, koska he eivät tunteneet itseään masentuneiksi eivätkä olleet aikeissa hakea ongelmiinsa apua ammattilaisilta haastatteluvaiheessa eivätkä senkään jälkeen. Ajankohtaiseksi haasteekseen he kokivat lähinnä lyhyempi- tai pidempikestoiset ongelmat ja stressin lähinnä työn, työttömyyden, taloudellisten vaikeuksien tai perheen kanssa ja mielialan vaihtelun niihin liittyen.

Masentuneiden toipuminen tapahtui ensimmäisen vuoden aikana suurimmalla osalla, kuten sairauden luonteeseen kuuluu (Masennuksen Käypä hoito- suositus). Masentuneilla ja stressiryhmäläisillä oli molemmilla ollut melko runsaasti negatiivisia elämäntapahtumia tutkimusta edeltäneenä vuonna ja selviytymistaidot olivat joutuneet koetukselle. Masentuneilla vuoden aikana coping-taidot kehittyivät suotuisaan suuntaan, vaikka vastoinkäymisiä edelleen oli. Masentuneilla tyydytystä tuottaneita asioita (CopI) tuli lisää, terveystottumukset paranivat (CopF), reagointikyky stressiin parani (CopH) ja stressin lähteistä juuri psyykkisten oireiden lieveneminen (StressiD) helpotti oloa. Stressin ja selviytymiskeinojen suhde muuttui toipumisen myötä.

Stressiryhmäläisten coping-taidot eivät parantuneet siinä määrin kuin masentuneiden, mutta stressitekijät vähenivät ajan myötä. Stressiryhmäläisillä oli ollut runsaasti lapsuudenaikaisia kuormitustekijöitä (StrA), jotka toistuivat myöhemmissä kyselyissä. Muitakin stressitekijöitä oli edelleen runsaasti, varsinkin somaattisia sairauksia tai niiden oireita (StrC), psyykkisen sairauden oireita (StrD) ja tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä pulmia (StrE), kuten masentuneillakin. Seurantaa heidän kohdallaan päätettiin jatkaa viiteen vuoteen, jotta voitiin nähdä, oliko tilanne heidän kohdallaan pysyvä vai johtuiko se kenties tilapäisesti kohdatuista elämän kuormitustekijöistä. Kolme stressiryhmäläisistä oli sairastunut masennukseen seuranta-aikana ja saanut siihen lääketieteellistä hoitoa, muut olivat sinnitelleet vastoinkäymistensä kanssa ja perheen ja läheisten tuella ja selviytyneet elämässään eteenpäin. Ulkoisista syistä johtuvien stressi- ja masennusoireiden nähtiin siis pääsääntöisesti korjaantuvan viiden vuoden naturalistisessa seurannassa stressiryhmäläsiillä ilman lääketieteellistä hoitoa, mutta muuta tukea ja apua tilanteisiin kyllä tarvittiin.

Mielialan, itsetunnon ja elämänhallinnan on havaittu liittyvän toisiinsa myös kirjallisuuden mukaan (Jaari 2004, Eriksson 2006 ja 2007, Keltikangas-Järvinen 2008b). Muutosvauhti tässä ryhmien välillä oli vain erilainen. Myös positiiviset elämänmuutokset saatetaan kokea stressaavina, kuten lapsen syntymä, avioliitto tai uusi lemmikki, koska muuttavat totuttua elämänrytmiä nopeastikin (Terrimäki 2012). Traumaattiset ja usein toistuvat menetykset, kuten läheisen kuolema, vaikuttavat merkittävästi masennuksen syntyyn varsinkin jos surutyö jää kokonaan tekemättä tai kesken (Felsten 2002, Lazarus 1991, Rahe 2002). Lähes kaikki tutkitut kuvasivat traumaattisten kokemusten nousseen myöhemmässä elämässä uudelleen pintaan esimerkiksi erotilanteissa tai irtisanomisen yhteydessä.

Elämänhallinta voi heikentyä jo ennen masentumista tai masennuksen myötä. Masennus voi syntyä pitkäaikaisen ja voimakkaan stressin seurauksena, jolloin elämänhallintakin on päässyt jo heikkenemään (Ismail 2002). Tässä tutkitut olivat jo alussa masentuneita emmekä tiedä, missä vaiheessa heillä elämänhallintapisteiden laskeminen oli tapahtunut. Stressitekijöitä ei voida kokonaan poistaa elämästä, mutta jo koettuihin tapahtumiin suhtautumista voidaan muuttaa, coping-keinoja vahvistaa ja lisätä. Osa kyselylomakkeiden stressitekijöistä saattoi liittyä psyykkisen sairauden oireisiin, joiden helpottuessa stressikin vähenee, osa saattoi olla kertaluontoisia, jotka poistuvat itsekseen ajan myötä. Tunne siitä että elämä on hallittavissa (SOC) muuttuu hitaasti aikuisiällä (Antonovsky 1988) eikä tilastollisia muutoksia vuoden aikana masentuneilla eikä coping-ryhmäläisillä siinä voitu havaita, vaikka elämässä tapahtui monenlaisia asioita. Vain äärimmilleen joutuessaan ihminen voi menettää uskonsa selviytymiseen, jos perusluottamus elämään jo lapsuudesta lähtien on ollut luja.

Koherenssin tunne kohenee hitaasti masennuksen lievittymisen myötä ja räätälöidyn sosiaalisen tuen tarjoaminen voi edesauttaa sitä. (Skärsäter 2005). Koherenssin tunteeseen vaikuttavat tekijät Liljan (2000) mukaan ovat tyytyväisyys elämään, työhön, harrastuksiin, myönteisinä koetut elämäntapahtumat ja optimistinen elämänasenne. Elämän ymmärrettävyyttä ja hallittavuutta voi parantaa asioiden asettaminen uuteen arvojärjestykseen. Masennuslääkkeetkin voivat parantaa elämänhallinnan tunnetta oireiden vähenemisen myötä, vaikkakin osa käyttäjistä pelkää niiden hallitsevan liikaa heidän elämäänsä (Enäkoski 2002). Elämän tarkoituksellisuuden kokemukset voivat lievittää päivittäisiä stressikokemuksia ja pitää yllä toivoa, joka auttaa selviytymään, ei olemaan vain passiivinen sivustakatsoja elämässä. Hyvät coping-taidot auttavat kokemaan elämän koherenttina ja hallittavana. Uskonnollisuus voi toimia depressiota lievittävänä tekijänä eri mekanismein myös (Smith 2003). (Mascaro 2006)

Itsetunto voi kärsiä negatiivisten elämänkokemusten ja voimakkaan pitkäaikaisen stressin seurauksena jo lapsuudessa (Keltikangas-Järvinen 2008b). Heikko itsetunto voi altistaa masennukselle (Rosenberg 1965/1989) ja masennus muuttaa käsitystä itsestä negatiivisemmaksi. Heikentynyt itsetunto on myös yhtenä masennuksen diagnostisena kriteerinä (ICD-10, Käypä hoito-suositus). Itsetunnon osalta masentuneilla tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos parempaan toipumisen myötä. Tutkituilla masentuneilla oli saatavana tukea tähän perheeltä ja läheisiltä. Itsetunnon koheneminen toipuessa näytti hitaalta ja se vaatinee muuttuakseen paljon ja voimakkaita positiivisia elämänkokemuksia pitkällä ajalla. Sama koskee elämänhallinnan tunnetta (Honkonen 2008, Skärsäter 2005). Hyvä itsetunto suojaa masennukselta ja edistää onnistumista vuorovaikutussuhteissa, myös parisuhteessa (Mustonen 2013).

Yhteiskunnalliset olosuhteet ja muutokset voivat vaikuttaa heikentävästi yksilön mahdollisuuksiin omaan elämänhallinnantunteeseensa ja selviytymiskeinoihinsa. Saatetaan olettaa jokaisen kykenevän hallitsemaan omaa elämäänsä ja jätetään liian suuri vastuu silloinkin kun voimavarat eivät siihen riitä. Liialliset elämänhallinnan vaatimukset voivat johtaa kyynistymiseen ja masennukseen, avuttomuuden ja toivottomuudentunteen lisääntymiseen etenkin alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä ja pitkäaikaissairailla. Muutokset voivat lisätä masennuksen lisäksi myös somaattisten sairauksien puhkeamista. Heikosti elämäänsä hallitsevia, kuten päihde- ja mielenterveyspotilaita,

vieroksutaan ja heidät leimataan sairautensa vuoksi, heidän identiteettinsä kärsii ja he kokevat alemmuutta, joka edelleen pahentaa masennusta, syrjäyttää ja vieraannuttaa itsestä ja yhteisöstä. Kognitiivisilla coping-taitojen harjoitusohjelmilla voitaisiin auttaa riskiyksilöitä selviytymään näissäkin tilanteissa. (Raitasalo 1995, Kopp 2008, Bhugra 2004, Weich 2002).

Masennuksesta selviytyminen oli mahdollista haasteista huolimatta. Monen kohdalla keski-ikä toi erilaisia tarpeita ja mahdollisuuksia työstää asioita. Herättelijänä saattoi toimia avioero, joillakin irtisanominen pitkäaikaisesta työpaikasta tai työuupumukseen sairastuminen. Elämä piti järjestää uudelleen muuttuneissa olosuhteissa. Masennuksesta toipumisen jälkeen elämä helpotti ja saattoi jatkua entistä rikkaampana ja monimuotoisempana kun osasi suhtautua asioihin uudella tavalla, arvottaa niitä eri tavalla ja luotti omiin kykyihinsä. Suuntautuminen lähtökohtaisesti jo niihin seikkoihin, jotka kannattelevat auttavat selviytymään haasteiden keskellä (Brissette 2002, Somerfield 2000).

Elämän vastoinkäymisistä selviytymiseen tarvitaan sitkeyttä, kestävyyttä ja joustavuutta, jopa sisua. Resilienssillä tarkoitetaan kykyä toimia häiriöistä huolimatta, sopeutua ja selviytyä niistä huolimatta (Joutsenniemi 2015, Losoi 2015). Tätä ominaisuutta pidetään erään uusimpien terveysmääritelmien tunnusmerkkinä (Huber 2011). Sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden kautta voidaan harjoitella mielen joustavuutta, joka kehittää resilienssiä. Yhteisöllisyys ja turvallinen kasvuyhteisö luovat myös optimismia sekä uskoa ja luottamusta selviytymiseen ja tarjoavat apua, kun sitä tarvitsee. Arvot ja asenteet luovat sääntöjä ja ennakoitavuutta elämään ja siksi helpottavat elämänhallintaa. (Enäkoski 2002, Jaari 2004)

Masennus voi muuttaa asioiden tulkintaa negatiivisemmaksi niin että stressiä liioitellaan ja tukea vähätellään, joka voi vääristää tutkimusten tuloksia. Toisaalta myös masentuneet voivat aiheuttaa negatiivisia asioita itse ja sairaus vieraannuttaa heitä saatavissa olevan tuen lähteistä. Varsinaisten masennusoireiden vähenemisen seurannan lisäksi pitäisi hoidossa kiinnittää huomiota myös coping-keinojen parantamiseen, ympäristön stressitekijöihin ja sosiaaliseen tukeen, joita kehittämällä voitaisiin kenties lisätä toimintakykyä ja vähentää masennuksen relapsiriskiä jatkossa (Skärsäter 2005, Higgins 1995)**.** Coping-keinot toimivat mediaattoreina stressin ja masennuksen välillä ja siten merkittävässä roolissa niiden välillä (Rohde 1990).

Oirekyselylomakkeet (esim. BDI) keskittyvät yleensä masennuksen emotionaalisiin piirteisiin, kun taas käytännössä masennuksen muut oireet näkyvät enemmän ulospäin psykososiaalisessa ja interpersonaalisessa kontekstissa, joista pitäisi kysyä erikseen sekä masentuneelta että hänen läheisiltään ja ottaa nämä seikat huomioon hoidossa myös. Myös havainnointia tai päiväkirjanpitoa voisi käyttää tietojen keräämiseen (Kraaij 2003, Coyne 1981, Somerfield 2000)

Tulokset antoivat käsitystä siitä, mitä kaikkia osatekijöitä masennukseen saattoi liittyä ja mitkä tukitoimet voisivat olla tarpeen potilaiden hoidossa ja masennuksen ennaltaehkäisyssä. Coping-ryhmäläisten tasolle kumpikaan ryhmä ei yltänyt viimeisissä lomakepisteissä, joka saattaa viitata pysyvämpiin, ehkä lapsuudesta juontaviin persoonallisuustekijöihin ja käyttäytymismalleihin sekä pitkäkestoisiin kuormitustekijöihin (lapsen kuolema, läheisen tai oma vakava somaattinen sairaus, puolison tai lapsen mielenterveysongelma, avioero, konkurssit, velkakierre, pitkäaikaistyöttömyys, epätyydyttävä parisuhde, läheisväkivalta, oma tai perheenjäsenen alkoholiongelma tai työuupumus), joita lomakekyselyt eivät välttämättä tavoittaneet. Niistä esim. puuttui 18 ikävuoden ja vuotta ennen tutkimusta edeltäneiden vuosien välisten tapahtumien merkityksen arviointimahdollisuus. Toisaalta täydellinen masennuksesta toipuminen on harvinaista ja residuaalioireita jää monille, vaikka tilanne stabiloituu. Haastatteluista sai tarkempaa subjektiivista käsitystä asioiden kulkuun.

Mitä tulokset kertovat stressiryhmästä, ketä he olivat ja miten heidän kanssaan olisi pitänyt toimia? Olisiko heidän tunnistamisensa ollut tarpeen, jotta heidän oireilunsa olisi saatu lyhyemmäksi? Millaisilla käytännön keinoilla heitä olisi voitu auttaa? Olisivatko he hyötyneet elämänhallinan

tukemisesta keinona hallita stressiä? Mistä he olisivat voineet hakea siihen apua? Kyse saattoi olla hoitoon hakeutumattomuudesta ja hoitamattomasta masennuksesta heidän kohdallaan, kenties subthreshold- tyyppisestä lievästä oireilusta tai he eivät mieltäneet tilaansa hoitoa vaativaksi sairaudeksi, koska siihen oli olemassa ulkoinen selitys, stressitekijä. Kenties kyseessä olikin sopeutumishäiriö?

Lääkehoitoa he eivät mieltäneet ainakaan tilannetta helpottavaksi eivätkä pyrkineet lääketieteelliseen hoitoon. Stressistä huolimatta he eivät näyttäneet kuitenkaan sairastuvan masennukseen ajan myötä, ainakaan tässä otoksessa. Olivatko heidän paremmat selviytymiskeinonsa kuitenkin suojanneet heitä masennukseen sairastumiselta päinvastoin kuin masentuneilla? Masentuneet erosivat stressiryhmäläisistä vain siinä suhteessa että he olivat jollakin tavalla luovuttaneita, he eivät kyenneet puolustamaan itseään (enää) päinvastoin kuin stressiryhmäläiset. Coping-keinot eivät mahdollisesti riittäneet masentuneena adaptoitumaan stressitekijöiden hallintaan ja seurauksena oli lamaantuminen. Sekö oli siis olennaisin ero?

Näyttäisi siltä että stressiperäinen masennuksen kaltainen tila korjaantuu pääosin ajan myötä itsekseen kun olosuhteet stabiloituvat ja ongelmiin löytyy vähitellen ratkaisuja. Stressin syitä ja niiden voimakkuutta kartoittamalla (esim. puolison väkivalta, päihdeongelma) voitaisiin kenties löytää muita keinoja hoitaa tilannetta kuin tarjoamalla siihen lääkehoitoa. Poikkileikkaustutkimukset eivät kenties pysty tavoittamaan näitä vähitellen kehittyviä sopeutumiskeinoja ja hoitosuositukset niistä jäävät siten puutteellisiksi. Osa korjausmekanismeista voi olla myös tiedostamattomia (Somerfield 2000).

Perustason kliinisessä käytössä meillä ei ole hyvää stressimittaria, joka erottelisi siitä myös ahdistuneisuuden ja masennuksen. Perusterveydenhuollossa hoidettavien kohdalla stressin ja masennuksen ero on monesti häilyvä, koska siellä hoidetaan myös lievää masennusta. Silti niiden haitalliset vaikutukset itsetuntoon ja selviytymisvoimavaroihin ja vuorovaikutussuhteisiin olisi huomioitava preventiivisessä mielessä. Lieväoireinenkin masennus voi johtaa vakavampaan masennukseen (Cuijpers 2005) ja siksi olisi hyödyllistä tunnistaa se taustatekijöineen ja keskustella tilanteesta. Sairaalahoitoiset masentuneet erottuvat stressihäiriöisistä selkeämmin ja usein heidän sairaushistoriansa on muutoinkin pidempi. (Coyne 1998).

6.2.2. Laadullisten tulosten pohdinta

Tutkittavia haastattelemalla saatiin yksilöllisempi kuva kuin kyselylomakkeilla siitä, mikä heitä oli stressannut ja aiheuttanut elämänhallinnan vaikeutta lapsuudessa ja aikuisuudessa ja mikä oli auttanut selviytymään siitä. Tilanteet liittyivät usein joko vuorovaikutukseen läheisten ja laajemman sosiaalisen verkoston kanssa tai aineellisiin resursseihin. Tutkitut ovat eläneet lapsuutensa hyvin erilaisissa olosuhteissa kuin nykypäivän lapset.

6.2.2.1. Stressin- ja elämänhallintaa haitanneet ja tukeneet tekijät lapsena

Lapsuudessa koetut stressitekijät olivat luonteeltaan vuorovaikutukseen liittyviä. Ongelmat syntyivät pääasiassa luotettavien ja turvallisten aikuiskontaktien puutteesta. Joko isovanhemmat tai vanhemmat eivät kyenneet turvaamaan lapsille riittävää huolenpitoa ja kohtelua tai heitä ei ollut lapsen elämässä läsnä. Muitakaan pitkäkestoisia ihmissuhteita ei ollut kaikilla tarjolla: sisaruksia ei ollut tai heidän kanssaan oli isot ikäerot tai heidän kohtelunsa ei ollut tasapuolista. Sukuun ei pidetty lainkaan tai vain muodollisia yhteyksiä, ystäviä oli vähän tai ei ollenkaan. Itsetunnon vahvistumista ei ollut tukemassa myöskään harrastuksia eikä kotoa tuettu koulunkäyntiin eikä opiskeluun. Heikko taloudellinen tilanne eristi sekä lapset että aikuiset ympäröivästä yhteisöstä. Lasten fyysisissä

elinolosuhteissa, käyttäytymisessä tai luonteenpiirteissä saattoi olla tekijöitä, jotka eristivät heitä myöskin muista lapsista.

Lapsuudessa elämänhallintaa tukeneita tekijöitä löytyi kuitenkin melko paljon. Isovanhemmat paikkasivat monien kohdalla vanhempien puutteita. Vanhempien kannustus ja henkinen tuki vaatimattomissakin oloissa auttoi lapsia eteenpäin. Kotona opitut ihmissuhde- ja käytännön taidot auttoivat selviytymään omassa elämässä. Turvallisuus ja aikuisen läsnäolo kotona olivat lasten mielestä tärkeitä asioita. Koulunkäyntiin kannustaminen avasi mahdollisuuksia parempaan elämään. Sisarukset tarjosivat seuraa ja turvaa ja tukea lapsuusaikana kotona ja harjaannuttivat vuorovaikutustaitoja. Sukulaisilta sai hoitoapua lapsena, mutta myös oppi käytännön taitoja ja sai henkisiä voimavaroja ja erilaista elämisen mallia kuin kotona. Oleskelu sukulaisten luona mahdollisti itsenäistymisen harjoittelun turvallisissa olosuhteissa poissa kotoa esim. loma-aikoina. Lapsuuden ystävät ja koulutoverit muodostivat vertaisryhmän, jonka kanssa elämisen taitoja opittiin ja jolta sai tukea ja kannustusta omaan elämään. Yhteiset leikit ja harrastaminen ja ajanvietto yhdessä tukivat lapsen itsetunnon kehitystä, tarjosivat onnistumisen kokemuksia ja kehittivät sosiaalisia taitoja.

Lapsen asema vastaajien lapsuudessa oli toisenlainen kuin nykyisin (Kalland 2013). Stressiä aiheuttaneet ja elämänhallintaa uhanneet tekijät olivat konkreettisempia kuin nykyisin. Osin oli kyse jopa välttämättömien aineellisten resurssien puutteesta, joihin lapsi ei itse voinut vaikuttaa mitenkään. Osalta puuttui jopa ainut turvallinen aikuinen. Lasten asema ja arvostus oli myös heikompaa, heidän tarpeillaan, tunteillaan tai mielipiteillään ei ollut juurikaan merkitystä vanhemmille ja siksi he jäivät vaille aikuisen tukea. Usein ideaalina pidettiin kilttiä, hiljaista ja kuuliaista lasta, joka totteli vanhempiaan kaikessa. Asenteen siirtyessä aikuiselämään saattoi uhata uupuminen, kun voimavarat eivät riittäneetkään toteuttamaan kaikkea pyydettyä eivätkä he uskaltaneet kieltäytyä tehtävistä esim. työssä tai perheen kanssa.

Lasten ja nuorten pitkäkestoisen stressin tärkeimpiä aiheuttajina nykypäivänä on mainittu riitaisa kotielämä, vanhempien työttömyys ja ero, rikollisuus, vanhempien fyysinen tai psyykkinen sairaus, koulukiusaaminen, katastrofiin joutuminen ja vanhemman kuolema tai vammautuminen, väkivalta tai päihdeongelmat. Myös lapsi tai nuori voi aiheuttaa stressiä itse esim. päihteiden käytöllään. Nämä voivat lisätä riskiä sairastua fyysisesti tai psyykkisesti. Syyt ovat pitkälti samoja kuin vastaajien lapsuudessa. (Sandberg 2000)

Lapsilla aivoratojen kehitys voi jäädä vajaavaiseksi tai rappeutua virikkeettömän elinympäristön vuoksi. Toisaalta sikiön aivojen reaktiivisuus voi lisääntyä jo raskausaikana äidin jatkuvan stressin ja pitkäaikaisen masennuksen vuoksi. Äidin raskausaikainen jatkuva stressikuorma voi aikaansaada muutoksia jopa lapsen geenien rakenteessa ja toimintojen säätelyssä (epigeneettinen säätely). (Mäntymaa 2003, Mäkelä 2005, Luoma 2002, Sadowski 1999, Pesonen 2010, Caspi 2006, Mäkelä 2010, Laitinen 2001, Lehtola 2016)

Lapsen kehityksen kannalta on hyväksi kohtuullinen määrä stressiä, jotta saisi kokea haasteita ja tyydytyksen tunteita niistä selviytyessään ja joka vahvistaa itsetuntoa. Hallitsematon stressitilanne ja aivojen ylikuormitus lapsilla voivat haitata oppimista ja opitun tiedon käyttöönottoa, josta seuraa alisuoriutumista koulussa. Se voi johtaa myös käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöihin, jotka myös rajoittavat lapsen oppimista ja elämänhallintaa. Vanhempia auttamalla voidaan vähentää myös lapsen ja nuoren stressikuormaa. Lasten ja nuorten stressiä ei voida mitata elämänmuutosmittareilla, koska heidän kehitystehtäväänsä kuuluu muutoksen olemassaolo. Masennusriskin arvioinnissa nuorilla on käytetty mm. CADRA- arviointiasteikkoa (Sandberg 2000, Kumpulainen 2001, Solantaus 2009, Nuotio 2013, Van Voorhees 2008)

Suojaavana tekijänä lapselle on havaittu olevan edes yhden uskotun henkilön olemassaolo. Aikuiset voivat auttaa lasta ja nuorta stressin ja tunteiden säätelyssä ohjaamalla ja rajoittamalla hänen

toimintaansa kuormittavissa tilanteissa ja toistamalla suotuisia toimintamalleja, opettamalla reflektiotaitoja niin kotona kuin koulussa. Siten voidaan parantaa itsetuntoa, hallinnan tunnetta ja hallintakeinoja stressitekijöitä kohtaan. Epätavallisten, yllättävien ja voimakkaiden ärsykkeiden kohdalla nuorten ja nuorten aikuisten stressinkäsittelytaidot saattavat pettää ilman aikuisten tukea ja ohjausta ja seurauksena on primitiivisten impulssien ja reaktioiden syntyminen joskus tuhoisin seurauksin. Myös masennukseen sairastuminen ja lamaantuminen on herkemmässä puberteetin puhkeamisen jälkeen kuin aikuisilla. Aivojen frontaaliosan kypsyminen säätelemään impulssikontrollia aikuismaisesti kestää aivotutkijoiden mukaan n. 30 ikävuoden tienoolle saakka.(Sajaniemi 2015, Mäntymaa 2003, Kumpulainen 2001, Pajulo 2004, Nuotio 2013, Brown 1988, Boekarts 2002, Hall 2002)

Turvallinen ja hallittava koulu- ja elinympäristö ja sen subjektiivinen kokeminen voivat lisätä lapsen oppimiskykyä, kokonaishyvinvointia ja terveyttä ja ehkäistä stressiperäisen masennuksen syntyä. Koulu, harrastukset ja ystävät sekä suunnitellut irtiotot kotoa vahvistavat selviytymisen tunteita lapsilla ja nuorilla. Näiden tärkeys korostui erityisesti niillä lapsilla, joiden vanhemmilla ja kotioloissa oli puutteita. Koulutuksen on nähty suoraan lisäävän selviytymisvoimavaroja ja sillä on suorat vaikutukset yksilön terveyteen, sairauksiin ja elinikään. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemukset vahvistavat nuorten uskoa omiin kylyihinsä ja hallinnan tunteeseen. (Koskinen-Ollonqvist 2011, Pulkkinen 2003, Hall 2002)

Vastaajien kokemukset tuen saamisesta lapsena ja nuorena vaihtelivat. Osalla koti ja koulu olivat onnistuneet tarjoamaan yksilöllistä opetusta ja henkilökohtaisen kasvun tukea, osa oli jäänyt sivuraiteelle niin perheessä, koulussa kuin toveripiirissä pitkäaikaisin seurauksin.

Vahvistamalla toivottuja toimintatapoja ja harjoittelemalla niitä esim. roolileikkien tai säännöllisesti toistettavien rutiinien avulla voidaan vaikuttaa hermosoluyhteyksien kulkuun. Aivojen muovautuminen on herkimmillään kahden ensimmäisen elinvuoden aikana, mutta se jatkuu koko elämän ajan. Sosiaalinen vuorovaikutus vahvistaa hermoverkkojen toimintaa ja auttaa itsesäätelyn kehittymisessä. Suotuisa yhteys toiseen ihmiseen ja kuulluksi, nähdyksi ja jopa kosketetuksi tuleminen rauhoittaa mieltä ja vähentää stressiä. (Sajaniemi 2015, Mäkelä 2005, Sourander 2016)

6.2.2.2. Mitä ehdotuksia vastaajilla oli stressin- ja elämänhallinnan helpottamiseksi lapsena ja nuorena?

Vastaajilla oli runsaasti ajatuksia siitä, miten elämän kulku olisi voinut mennä toisin, jos olosuhteet olisivat olleet suotuisammat ja stressitekijöitä vähemmän. Osa heikoista lähtökohdista oli yleisiä aikakauteen liittyneitä puutteita, kuten köyhyys ja vanhempien sivistymättömyys ja kyvyttömyys tukea opiskelemaan eteenpäin. Osassa tapauksista olisi paremmalla hoidolla ja varhaisella puuttumisella lapsuuden perheeseen saatettu muuttaa lasten elämää paremmaksi. Lastensuojelun keinot ja hoitomahdollisuudet aikuisten päihde- ja mielenterveysongelmissa olivat vastaajien lapsuudessa niukat. Sodan jäljet näkyivät henkisesti lapsuuden perheissä vielä pitkään.

Lapsille ja nuorille toivottiin matalan kynnyksen apua koululle ammattilaisilta, koulukiusaamiseen ja pinnaamiseen puuttumista, opinto-ohjausta tukemaan opiskelua ja hakua jatko-opintoihin, erityisopetusta ja yksilöllistä opetusta erilaisille oppijoille sekä että koulusta saisi tukea ja eväitä elämää varten, mahdollisuuksia saada olla koulussa kavereiden kanssa silloinkin kun kotona ei ollut sisaruksia seurana ja harrastaa myös vähätuloisena. Koulussa ja kaveripiirissä toivottiin erilaisuuden sietoa ja varhaista puuttumista tilanteisiin, jos huolia alkaa tulla.

Vanhemmille kaivattiin tukea kasvatukseen ammattilaisilta tai toisilta vanhemmilta ja sisarusten tasapuolista kohtelua uusperheissä Vanhemmilta toivottiin muuttojen minimointia kouluvuosina kaverisuhteiden säilyttämiseksi, aikaa vanhemmille yhdessäoloon lasten kanssa, joustavia

työaikajärjestelyjä ja mahdollisuutta perheen arvojen säilyttämiseen varhaiskasvatuksessa ja koulussa. Turvallinen hoito-, koulu- ja asuinympäristö koettiin tärkeäksi ja osallistumisen mahdollisuutta yhteisiin toimintoihin taloudellisesta asemasta riippumatta. Vanhemmille olisi toivottu parempaa apua ja puuttumista psyykkisiin oireisiin, päihteiden käyttöön ja väkivaltaiseen käyttäytymisen kotona.

Yhteydet isovanhempiin koettiin hyödyksi molemmin puolin. He voivat olla kasvatuskumppaneina mukana tukiverkostossa. Lapsen yhteydenpitomahdollisuuksien säilyttämistä isovanhempiin ja sukulaisiin pidettiin tärkeänä myös lapsen huostaanoton, vanhemman kuoleman tai eron jälkeen. Lapsille toivottiin apua ja tukea vanhemman sairastuttua vakavasti, kuoltua tai eron yhteydessä ja mahdollisuutta pitää yhteyttä sisaruksiin ja etävanhempaan vanhempien eron ja huoltajuuden jakaantumisen jälkeen. Eron jälkeisiin taloudellisiin vaikeuksiin ei ollut helppoa löytää ratkaisua, mutta esim. toimeentulotuki, ruokapankit, seurakuntien tilapäinen apu ja ystävien ja sukulaisten tuki voivat tulla kyseeseen.

Suurin osa toiveista on mahdollisuus toteuttaa nykyisessä palvelujärjestelmässä, koulussa ja arkielämässä kotona. Lapsen edun näkeminen ja lapsilähtöinen kasvatusmalli voivat merkittävällä tavalla vähentää lapsen stressitekijöitä ja stressin kokemista ja vahvistaa selviytymistaitoja (Pulkkinen 2003). Selviytymistaitoja (coping) voi harjoitella, oppia ja opetettaa esim. kotona, päiväkodissa, koulussa tai vuorovaikutuksessa muiden läheisten kanssa. Mm. uudessa peruskoulun opetussuunnitelmassa asiaa on huomioitu. (Peruskoulun opetussuunnitelma 2016)

Elämänpiiri ja ympäristö ovat lapsena vielä kohtuudella hallitavissa yhteisöllisyyttä tukevien menetelmien avulla itsetuntoa ja sosiaalisia taitoja vahvistavien kokemusten tuottamiseen. Voimavaroja on sekä yksilö-, yhteisö- että yhteiskunnallisella tasolla, jos ne osataan ottaa vain käyttöön. Auttamalla lapsia autetaan myös vanhempia jaksamaan.

6.2.2.3. Mistä käytännön keinoja stressin ja elämänhallintaan on nuorille palvelujärjestelmässä?
Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, oppilashuolto ja erilaiset nuorten matalankynnyksen palvelupisteet voivat auttaa nuorta helpottamaan arkielämään liittyviä kuormitustilanteita silloinkin kun vanhemmilla ei ole voimavaroja heidän auttamisekseen. Lisäksi Suomessa on pilotoitu ja kehitetty viime vuosina useita nuorille ja aikuisikäisille tarkoitettuja toimintamalleja stressinhallinnan ja selviytymiskeinojen vahvistamiseksi. Ongelmana on palveluiden hallinnollinen ja fyysinen hajanaisuus ja yhteistyön vähäisyys eri toimijoiden kesken, joka vaikeuttaa kokonaisuuden hahmottamista sekä ammattilaisilla että avun tarvitsijoilla.

MAESTRO-kursseja (The Adolescent Coping With Stress Course) stressin hallintaan 14-18 –vuotiaille nuorille on kokeiltu kouluissa ja oppilaitoksissa lievistä masennusoireista kärsiville. (Maestro-kurssit, Maestro-ohjaajat)

Pääosin nuorille miehille Suomessa kohdennettu Time Out-Aikalisä-Elämä raiteilleen- toimintamalli tarjoaa psykososiaalista tukea syrjäytymisen ehkäisemiseksi kutsuntaikäisille ja siviili- tai varusmiespalvelun keskeyttäneille. Heillä on todettu olevan muita enemmän päihteiden ongelmakäyttöä, taloudellisia ongelmia, työttömyyttä, asunnottomuutta ja psyykkistä oireilua. Heillä on myös vähemmän suojaavia tekijöitä, kuten itseluottamusta, sosiaalista tukea sekä kodin ulkopuolista harrastustoimintaa. (Appelqvist-Schmidlechner 2011)

Kuntien nuorisotoimi tarjoaa toimintaa nuorille, tekee etsivää nuorisotyötä myös oppilaitoksissa ja auttaa nuoria tulevaisuuden suunnittelussa ja erilaisten käytännön asioiden hoitamisessa. Nuoriostakuu on yksi yhteiskunnallinen keino estää nuorten syrjäytymistä ja siten mielenterveysongelmia. Sen piiriin kuuluvat alle 25- vuotiaat ilman työtä olevat ja alle 30-vuotiaat vastavalmistuneet ammattitutkinnon suorittaneet, joille velvoitetaan tarjoamaan 3 kuukauden sisällä

työtä, koulutusta, työhönvalmennusta, starttirahaa tai ammatinvalinnan suunnittelua yhdessä tehdyn työllistymissuunnitelman mukaisesti. Noin 10 % ikäluokastaan jää ilman ammatillista koulutusta peruskoulun jälkeen. (Nuorisotakuu)

Erilaiset sähköiset tiedotus-, omahoito- ja terapiakanavat tarjoavat lisääntyvässä määrin tukea erilaisiin pulmatilanteisiin nuorille. Esim. Nuorten mielenterveystalo (Nuorten mielenterveystalo) tarjoaa nettipalvelua elämänhallintaan, päihteisiin ja mielenterveysongelmiin asuinpaikasta riippumatta. Sen kautta voi löytää myös tietoa oman alueen hoidollisista palveluista. Sekä suoraan nuoriin että heidän vanhempiinsa kohdistetuilla preventiivisillä toimilla on saavutettu hyviä tuloksia masennuksen ehkäisyssä (Siegenthaler 2012).

6.2.2.4. Stressin- ja elämänhallintaa haitanneet ja tukeneet tekijät aikuisena

Stressitekijöitä ja selviytymiskeinoja kartoitettaessa kyselylomake- ja haastattelutietoja yhdistämällä saatiin varsin kattava kuva elämän varrella sattuneista tapahtumista ja niistä henkilöistä ja olosuhteista, jotka olivat haastateltavien mukaan vaikuttaneet lapsena ja aikuisena selviytymiseen. Osalla olosuhteet säilyivät haasteellisina edelleen aikuisiässä, mutta asennemuutos auttoi paremman elämänhallinnan saavuttamisessa. Monilla kasvuprosessi oli ollut pitkä ja monivaiheinen ennen kuin tyydyttävä homeostaasikokemus syntyi. Kyky oppia virheistä ja vaikeuksista käänsi vastoinkäymiset voitoksi, joka suurimmalla osalla sekä masentuneista että stressiryhmäläisistä toteutui seuranta-aikana. Aivan normaalitasolle asti ei kummankaan ryhmän toipuminen edennyt.

Osalla somaattiset sairaudet, epätyydyttävä työ ja perhe-elämä tai heikko taloustilanne jatkuivat eikä riittävää apua löytynyt edes ammattiauttajilta. Masentuneilla ja stressaantuneilla kyse oli paljosta muustakin kuin mielialasta eikä pelkällä lääkehoidolla ollut mahdollisuutta kohentaa heidän tilannettaan ilman konkreettisia muutoksia esim. elinolosuhteissa, perhe- tai työelämässä tai taloustilanteessa. Vastaajat miettivät lähinnä, mitä itse, perheessään, työssään ja lähiverkostoissaan voisivat/olisivat voineet asioille tehdä, ei niinkään edes ammattilaisten tarjoamia palveluja ratkaisuksi.

Aikuisiän selviytymisvaikeudet ja uskon puute omien elämänhallintataitojen ja –keinojen riittävyyteen juonsivat usein juurensa lapsuuteen ja tuolloin koettuihin hoidon ja huolenpidon puutteisiin ja pettymyksiin. Vanhempien aiheuttamat välirikot heikensivät lasten mahdollisuuksia saada tukea vanhemmiltaan ja sukulaisiltaan ja vanhempien sairaudet ja ongelmat olivat eristäneet perheet myös muista sosiaalisista verkostoista. Sisaruksistakaan ei ollut aina tukea toisilleen välirikkojen ja samankaltaisten ongelmien ja sairauksien sekä perintöriitojen vuoksi. Myös ikääntyvät vanhemmat työllistivät sairauksillaan, muilla huolenpidon vaatimuksillaan ja vanhoilla ristiriidoillaan keski- ikäisiä ja vielä sitä iäkkäämpiäkin lapsiaan ja lastenlapsiaan.

Itsetuntoa vahvistavia elementtejä oli vaikea löytää aikuisenakaan, jos puolison kanssa yhteistyö ei toiminut ja ystävätkin olivat harvassa. Vanhemmuuden mallit olivat jääneet lapsuudessa hatariksi eivätkä toimineet enää nykypäivän lastenkasvatuksen vaatimuksissa. Heikot vuorovaikutustaidot haittasivat kommunikointia monella tasolla. Tukea ja konkreettista apua lastenhoitoon ja nuorten murrosiän ja psyykkisten oireiden kanssa kamppailuun oli vanhempien vaikea löytää sosiaalisten verkostojen puuttuessa. Taloudellinen heikko-osaisuus siirtyi usein sukupolvelta toiselle ja vaikeutti arjessa selviytymistä.

Osalla oli vaikeuksia sopeutua yhteiskunnan nopeisiin muutoksiin, puuttui osaamista ja taitoja sekä joustavuutta ja sitkeyttä, mutta myös omat arvot joutuivat ristiriitaan muutosten myllerryksessä. Negatiiviset, jäykät asenteet ja toimintatavat tekivät sopeutumisen haasteellisiksi. Koettiin eräänlaista yhteiskunnallista stressiä ja vieraantumista, joka koski myös työelämää. Pelot tulevaisuuden suhteen halvaannuttivat ajoittain ja estivät tarkoituksenmukaisen toiminnan. Aina ei

nähty mielekkyyttä tehdyissä ratkaisuissa. Tulevaisuus nähtiin uhkaavana ja pelottavana. Aikuiset lapset vieraantuivat vanhemmistaan sekä arvoiltaan että elämäntavoiltaan eivätkä välttämättä pitäneet juurikaan yhteyttä vanhempiinsa enää aikuisina. Päihteisiin ja rikoksiin sortuminen aiheutti ahdistusta, syyllisyyttä ja häpeää eikä asioista haluttu kertoa kenellekään läheiselle.

Fyysiset sairaudet ja mahdollinen päihteiden käyttö ja väkivalta perheessä masennuksen lisäksi etäännyttivät perheitä läheisistään kun kotiin ei voinut kutsua ystäviä tai sukulaisia tai sairastunut ei kyennyt lähtemään kotoa mihinkään. Masennuksen aiheuttama kognitiivisten taitojen heikkeneminen ja aloitekyvyttömyys rajoittivat kykyä hoitaa niin työasioita kuin muitakin käytännön asioita itsenäisesti.

Hoitoon hakeutumista oli viivytetty pitkään ja yritetty selvitä omillaan. Epäselvyyttä oli mistä ylipäätänsä apua voisi saada kun oireita ei tunnistettu heti masennukseksi ja mukana oli myös somaattisia sairauksia ennestään. Varsinaisen hoidon vaikutuksista vastaajat puhuivat yllättävän vähän. Lääkkeistä koettiin lähinnä sivuvaikutuksia. Keskusteluhoito koettiin parhaaksi tueksi depressiohoitajan kanssa ja myös depressiokouluryhmät ja sen kautta saatu vertaistuki. Sähköisiä palveluja hoidossa ei vielä tutkimusajankohtana ollut. Puolisoltakaan ei aina saanut tukea eikä hän halunnut eikä häntä pyydetty mukaan hoitoon. Lapsetkin jäivät katselemaan ulkopuolisina vanhempansa oireilua.

Kolmen masentuneen kohdalla ei toipumista tapahtunut. Heillä somaattiset oireet tai sairaudet pahenivat. Masennus oli jo alussa kroonistunut eikä siihen löytynyt selkeää ratkaisua hoidosta huolimatta. Itsetunto ja elämänhallinnan tunne eivät myöskään muuttuneet seuranta-aikana heillä. Vaikea somaattinen sairaus, pitkäaikaistyöttömyys, pitkäaikainen parisuhdeongelma tai runsas alkoholin käyttö mainittiin rajoittaviksi tekijöiksi toipumiselle. Joidenkin kohdalla tuli mieleen persoonallisuushäiriön mahdollisuus, sitä ei itse kukaan tuonut esille eikä virallisia diagnooseja ollut käytettävissä. Toipumattomien elämä oli ahdasta ja rajoittunutta ja he kokivat syrjäytyneensä elämästä.

Haastatelluilla stressi- ja masennusryhmäläisillä oli ongelmista huolimatta monia selviytymiskeinoja. Kaikkiaan selviytymistaidot masentuneilla paranivat ja he tunsivat sairauden myötä oppineensa arvokkaita asioita. Osa löysi sairauden myötä uudenlaisia sosiaalisia verkostoja ja oppi ottamaan vastaan tukea heiltä ja myös ammattilaisilta. Uusia sähköisiä yhteydenpitokeinoja opittiin käyttämään sekä suvun että ystävien kanssa. Liiallinen yksin selviytymisen pakko alkoi hälvetä ja omia puutteita, virheitä ja avun tarvetta uskalsi ilmaista paremmin menettämättä kasvojaan. Terveyden arvostaminen voimavarana lisääntyi. Tilanteisiin nähden oikein asetetut tavoitteet, joustavuus ja sopeutuminen tilanteeseen auttoivat silloin kun asioihin ei voinut enää itse vaikuttaa.

Oma perhe pystyi kompensoimaan monia lapsuusajan kasvatuksellisia puutteita ja tunne-elämän kolhuja. Se tarjosi turvallisuutta ja paikan, jossa sai olla oma itsensä. Perhe loi tarkoitusta ja mielekkyyttä elämään ja mahdollisuuden onnistumisen kokemuksiin monin eri tavoin. Perhe vahvisti vuorovaikutustaitoja ja opetti ilmaisemaan tunteita ja käsittelemään niitä erityisesti lasten kautta. Onnistuminen lasten kasvatuksessa ja lasten menestyminen tuottivat kovasti mielihyvää ja sitä oli mieleistä seurata. Lapset yhdistivät puolisoita jopa eron jälkeenkin myönteisellä tavalla. Ero saattoi mahdollistaa uudenlaisen, tyydyttävämmän ihmissuhteen muodostumisen ja tarjota uudenlaisen tavan elää. Puoliso oli parhaimmillaan paras ystävä ja tuki ja turva myös sairauden iskiessä ja vastoinkäymisten runnellessa. Perhe tasapainotti työstä aiheutunutta rasitusta ja auttoi irrottautumaan siitä.

Osa löysi tukea kodin ulkopuolelta ystävistä, työ- ja harrastustovereista ja ammattilaisista, osalla omat isovanhemmat ja vanhemmat säilyivät tukena ja turvana kuolemaansa saakka. Omien vanhempien kanssa oli paljon yhteistä tekemistä ja he tukivat henkisesti ja aineellisesti hyvin merkittävällä tavalla monia vastaajia erityisesti lasten asioissa. Monet taidot välittyivät vanhemmilta lapsille ja heistä oli

seuraa toisilleen. Vanhempien koti ja kesämökki toimivat sisarusten ja suvun kokoontumispaikkana ja yhteydenpito sukuun tapahtui monesti vanhempien kautta. Suku tapasi toisiaan ainakin yhteisissä juhlissa. Vanhempien sairastellessa ja tarvitessa apua heidän hoitamisensa tuntui velvollisuudelta korvaukseksi huolenpidosta lapsena. Omat lapset ja heidän selviytymisensä vahvistivat itsetuntoa ja heidän kanssaan saattoi jakaa arkipäivän asioita.

Sisarukset ymmärsivät toisiaan ja pystyivät tukemaan henkisesti ja auttamaan toisiaan monissa käytännön asioissa. Yhteinen tausta ja muistot lapsuudesta tarjosivat pohjan oman elämän peilaamiseen ja omien kokemusten käsittelyyn. Pääosa vastaajista piti yhteyttä sukuunsa aktiivisesti aikuisena. Suku tarjosi henkistä yhteenkuuluvuutta ja monesti myös oppia ja apua monissa käytännön asioissa. Varsinkin omanikäiset serkut ja heidän lapsensa saattoivat olla hyvinkin läheisiä aikuisiällä. Sukulaisista saattoi löytyä kannustajia ja tukijoita esim. harrastuksiin, työhön tai opiskeluun liittyen. Luovat harrastukset toivat mielihyvää, auttoivat irrottautumaan arkisesta aherruksesta ja tutustuttivat samanhenkisiin ihmisiin, joita ei olisi muuten tavannut.

Fyysiset ja henkiset sairaudet ja kriisit opettivat monia myönteisiä asioita, joita olisi jäänyt paitsi ilman näitä kokemuksia. Ne kasvattivat ihmisenä ja opettivat uusia selviytymiskeinoja ja pakottivat uskaltautumaan puhumaan asioista muille ihmisille, joko läheisille, ystäville tai ammattiauttajille. Usko siihen että voi omilla toimillaan vaikuttaa elämänsä kulkuun vahvistui vertaistuen avulla huomasi ettei ollut yksin ongelmiensa kanssa. Perheen piintyneet toimintatavat uudistuivat tasapuolisemmiksi ja masennuksesta toipuminen kiinteytti perhettä ja parisuhdetta pääsääntöisesti. Hyvä taloudellinen tilanne ja velattomuus olivat suuri etu silloinkin kun sairaus puhkesi ja tulotaso tilapäisesti laski. Monesti pienelläkin rahalla sai hankittua monia mielihyvää tuottaneita asioita elämässä.

Omiin piintyneisiin persoonallisuudenpiirteisiin oli vaikea puuttua aikuisena, mutta jo niiden tunnistaminen ja käsittely esim. depressiohoitajan tai terapeutin kanssa auttoivat ymmärtämään omaa käyttäytymistä sen seurauksia. Omia asenteita ja arvoja joutui tarkistamaan menetysten ja masennuskokemuksen kautta ja ne saattoivat joutua remonttiin, joka lopulta tervehdytti ja auttoi itselle sopivampien valintojen tekemisessä jatkossa.

Arvojen tiedostaminen ja niistä kiinni pitäminen helpotti päätöksentekoa ja vuorovaikutussuhteita. Se auttoi ennakoimaan ja priorisoimaan asioita. Lasten syntyminen perheeseen selkeytti arvoja ja konkretisoi niiden merkitystä. Iän myötä vastuullisuus teoista ja käyttäytymisestä lisääntyi. Hengelliset asiat alkoivat kiinnostaa enemmän, samoin yhteys juuriin ja omaan kulttuuriin. Oma persoona jalostui elämänkokemusten myötä ja muuttui suvaitsevaisemmaksi ja joustavammaksi ja suhteellisuudentaju parani. Ongelmanratkaisukyky parani ja opittiin näkemään enemmän vaihtoehtoja. Suuria ongelmia opittiin jäsentämään ja ratkaisemaan pala kerrallaan. Opittiin armollisemmaksi itseä kohtaan ja elämäntyyli muuttui rennommaksi ja itsetunto vahvistui. Uskalsi olla oma itsensä ja puolustaa mielipiteitään ja puuttua epäkohtiin. Pääsi eroon liiasta kiltteydestä ja toisten teennäisestä miellyttämisestä. Pystyi elämään paremmin aitona itsenään. Vaikeuksista huolimatta valtaosalla oli optimistinen elämänasenne ja uskoa tulevaisuuteen. Menneisyyskin näytti valoisammalta kun katseli sitä uudistunein mielin. Elämä oli aiempaa paremmin hallinnassa.

Osalla tilanteen koheneminen oli todella selkeää. Tarjottu hoito oli ollut melko keveää: muutama käynti depressiohoitajan, työterveys- tai terveyskeskuslääkärin luona. Psykiatria oli tarvittu lähinnä lausuntojen tekoon terapiaa ja eläkettä haettaessa tai päivystysluontoisesti itsetuhoajatuksiin tai lääkkeiden valintaa koskeviin konsultaatioihin. Yksi oli hakeutunut pidempikestoiseen psykoterapiaan. Lääkehoito yhdistettynä pääasiassa kognitiiviseen keskusteluterapiaan joko yksin tai puolisoa tavaten olivat tuottaneet hyvän tuloksen ja toipuneet olivat aktivoituneet pitämään itsestään parempaa huolta ja saaneet taitoja tulevien haasteiden tai masennuksen uusiutumisen varalle.

Uuden työn saaminen työttömyyden, työkyvyttömyyden tai opiskelun jälkeen helpotti olennaisesti taloudellista toimeentuloa ja sitä kautta myös tuki itsenäisyyttä ja pärjäämistä. Elämään tuli työn myötä jälleen rytmiä, sisältöä ja uusia ihmissuhteita. Sai käyttää kognitiivisia, sosiaalisia ja emotionaalisia resurssejaan muita hyödyttävällä tavalla ja tarjota omaa panostaan yhteiskunnallisesti hyödyksi. Vaikeasti masentuneille eläkkeelle pääsy oli henkinen ja taloudellinen helpotus, joka osaltaan auttoi vähentämään stressiä ja masennusta ja toi elämään takaisin oman autonomian. Optimistisen elämänasenteen omaksuminen, usko ja luottamus tulevaisuuteen ja elämän tarkoituksellisuuden näkeminen auttoivat jaksamaan vaikeidenkin tilanteiden yli. Uskallettiin elää omien arvojen mukaista elämää.

Myös Enäkosken tutkimuksessa (2002) oli samanlaisia havaintoja. Masennus auttoi pysähtymään kuuntelemaan itseä ja toimi yllykkeenä piilossa olleiden voimavarojen aktivoitumiseen, henkiseen kasvuun ja itseymmärryksen lisääntymiseen. Terapeutti auttoi taustatekijöiden tunnistamisessa ja voimavarojen kartoituksessa. Vertaistuki vahvisti itsetuntoa ja realisoi omia mahdollisuuksia kun suhde omaan minään on usein etääntynyt ja masentunut on vieraantunut itsestään. Oman arvokkuuden tunteen kokeminen, toiveikkuuden ja hallinnan tunteen lisääminen elämään nähtiin hoidon tavoitteena. Masennuksesta toipuminen oli mahdollisuus itsetuntemuksen parantamiseen ja arvojen uudelleen arviointiin: merkityksettömästä voi tulla merkityksellinen ja hallittava ja elämästä jälleen mielekästä.

Hoito pelkästään masennuslääkkeellä ei lisännyt heikentynyttä itseymmärrystä, elämänhallinnan tunnetta eikä itsetuntoa, jotka ovat masentuneiden keskeisimmiksi koettuja oireita. Tunteisiin ja tahtotiloihin ei lääkkeillä voida vaikuttaa, mielialaan ja kognitioihin, kipuihin ja muistiinkin vain parhaimmillaan. Masennuksesta parannuttaessa kokemus oman elämän hallinnasta kasvaa sekä sisäisesti että ulkoisesti. Ulkoinen elämänhallinta kohenee mm. taloudellisen toimeentulon vakauttamisen ja sosiaalisten suhteiden elpymisen myötä. Masennusprosessi kasvattaa henkisesti ja auttaa näkemään myös sairauden hyödylliset puolet ja punnitsemaan elämänarvoja uudelleen. Masennus oli haastattelujen mukaan enemmän reaktiivinen tila johonkin elämänmuutokseen, jonkalaisena myös stressiryhmäläiset oireensa kokivat. (Enäkoski 2002)

Tontin väitöstutkimuksessa (2000) masennuksesta irtipääseminen nähtiin myös itsestä ja vuorovaikutussuhteista riippuvaiseksi asiaksi. Ei-masentuneet maallikot ehdottivat masennuksen hoitokeinoiksi rutiineja ja raatamista eli keskittymistä arjen toimintoihin itsesäälissä ja murehtimisessa rypemisen sijaan, irtautumista arjesta ja masennusta aiheuttaneiden syiden työstämistä, yhdessäoloa ja avautumista mieltä painavista asioista toisten ihmisten kanssa ja ammattiavun ja lääkkeiden käyttöä tilannetta korjaamaan. Masennus nähtiin luonnollisena reaktiona hallitsemattomaan muutokseen, jopa tarpeellisena hengähdystaukona. Ahdistus ja masentunut olo voivat olla merkkejä sitä että elämää pitää arvioida uudelleen, on aiheellista kyseenalaistaa aiemmat tilanteet, ihmissuhteet, arvot ja uskomukset (Nurmela 2011).

Masennus voi olla tukemassa yksilöllistä kasvua ja se voi palvella yksilön kehitystehtävää, irrottautumista entisestä ja siirtymistä seuraavaan elämänvaiheeseen arvioimalla uudelleen mennyttä, kokoamalla itseään uudenlaiseksi ihmiseksi, suremalla pois menneen elämän kovat kohtalot. Masennus voi olla eheyttävää ja elämää eteenpäin vievää (salutogeenista) tai sairaalloista (patogeenistä), joka taannuttaa ja vie voimavarat. (Nurmela 2011)

Masennukseen sairastuminen on traumaattinen, mutta se on myös jälkikäteen ajateltuna kasvattava kokemus, joka laittaa arvoja uuteen uskoon. Posttraumaattisesta kasvusta (Ryff 1998, Jackson 2007) voi seurata parempi itsetunto, oman haavoittuvuuden ja kuolevaisuuden tunnistamista ja sen myöntäminen, läheisten ihmisten arvon kasvua, vuorovaikutuksen ja avoimuuden lisääntymistä, tunneilmaisun paranemista, elämän ottamista rennommin, elämän tärkeysjärjestyksen muuttumista,

henkisten arvojen tulemista tärkeämmiksi ja uskon lisääntymistä omaan selviytymiseen. Näitä seikkoja tuli esiin myös masentuneiden kertomuksissa.

5 vuoden kohdalla osalla masennus oli parantunut niillä kolmella streesiryhmäläisellä, jotka olivat siihen seuranta-aikana sairastuneet ja kaksi oli jäänyt eläkkeelle, yksi oli edelleen työttömänä. Muut jatkoivat työssä subjektiivisesti aikaisempaa paremmin selviytyen kuin tutkimuksen alussa. Kukaan ei ollut masennuksen vuoksi sairauslomalla eikä kuntoutustuella. Tilanteen korjaantumista haittasi subjektiivisesti arvioituna mm. puolison vaikea sairaus tai päihdeongelma, oma päihdeongelma, liian vaativaksi koettu työ, pitkäaikaistyöttömyys tai riidat lähisuvun kanssa. Stressin kanssakin toisaalta oppi elämään, jos sitä ei voinut välttää.

6.2.2.5. Mikä vastaajien mielestä voisi auttaa aikuisena välttymään stressiltä ja masennukselta?
Masentuneiden lisäksi myös stressi- ja coping-ryhmäläisillä oli ajatuksia siitä, mikä voisi auttaa selviytymään stressistä ja välttymään masennukselta. Monet ehdotukset käsittelivät stressiä aiheuttaneiden arkielämän tilanteiden parempaa hallintaa. Vain murto-osaan ongelmista olisi ollut tarjolla apua nykyisestä sosiaali- ja terveydenhuollosta. Monet seikat liittyivät ihmissuhteisiin ja niiden kautta välittyviin resursseihin. Yhteisöllisyys ja yhtenäiset arvot, ahkeruus ja rehellisyys ja kova työnteko olivat auttaneet monia pääsemään elämässä eteenpäin. Osalla liika vaativuus itseä kohtaan kostautui työuupumuksena ja masennukseen sairastumisena. Ongelmien siirtymistä omiin lapsiin pelättiin ja oltiin valmiita myös tekemään asioita toisin ettei niin kävisi. Omasta itsestä huolehtiminen nähtiin lopulta velvollisuudeksi omaa perhettä ja läheisiä kohtaan.

Monille oli vielä aikuisinakin tukea ja apua omista vanhemmista sekä henkilökohtaisesti että lasten auttamisen kautta käytännössä, henkisesti ja taloudellisesti. Joillakin vanhemmat ja myös isovanhemmat olivat jo niin ikääntyneitä että he olisivat tarvinneet hoitoapua heidän hoitoonsa ulkopuolisilta. Suhde omiin vanhempiin aikuisena muuttui ja masentuneet pystyivät ymmärtämään heidän puutteitaan ja antamaan anteeksi heille, joka vapautti katkeruudesta ja vihasta ja katkaisi ylisukupolvista kierrettä. Oli kuitenkin annettava aikaa surulle ja tunteiden käsittelylle. Myös katkenneita sukulaisuussuhteita saatettiin yrittää virittää uuden sukupolven myötä uudelleen eloon, vaikka se olikin vaikeaa.

Parisuhteen kestämisen kannalta vastaajat pitivät tärkeänä yhteisiä arvoja, periaatteeita ja pelisääntöjä. Parisuhdetta pitää hoitaa ja varata sille aikaa. On opeteltava riitelemään rakentavasti ja antamaan tarvittaessa anteeksi ja olemaan armollisempi itselleen. Pikkulapsivaiheessa pitäisi luopua tiukoista aikatauluista ja elää enemmän lapsien ehdoilla ja nauttia heistä voimavaroja tuottavina myös. Hoitoavun saaminen välillä oli tarpeen varsinkin jos lapset sairastelivat. Kotitöiden tasapuolinen jakaminen auttoi äitejä jaksamaan paremmin. Pitkäaikaissairaiden lasten vanhemmat kaipasivat enemmän tukea vertaisilta ja ammattilaisilta vanhemmuuteen. Lapsen kuoleman jälkeen tuen tarve oli pitkäaikaista eikä elämä palautunut ennalleen koskaan täysin. Päihteisiin ja rikollisuuteen sortuneiden lasten vanhemmat tunnistivat tuen tarpeensa, mutta häpeän vuoksi asiasta puhuminen oli vaikeaa. Turvallisuuden kokemus ja luottamus olivat hyvin tärkeitä sekä kotona, lähiympäristössä että koko yhteiskunnassa.

Parisuhdevaikeuksiin toivottiin apua ajoissa vielä kun keskusteluyhteys toimi. Mikäli ero kuitenkin nähtiin parempana vaihtoehtona, oli toimivan yhteyden säilyttäminen etävanhempaan tärkeää lastenkin kannalta. Taloudellinen tilanne eron jälkeen oli monesti huono ja elatusmaksuriidat rasittivat mieltä, joten selkeät sopimukset heti alussa olisivat auttaneet. Väkivaltaisesta parisuhteesta irrottautuminen oli usein vaikeaa, vaikka se saattoi pitää yllä masennusta.

Sisarusten kanssa pystyi käsittelemään ja jakamaan lapsuuden kokemuksia, jopa riitoja aikuisena uudella tavalla ja luomaan heihin uudenlaisia suhteita. Henkinen, aineellinen ja käytännön tuki heiltä

oli osalle hyvinkin merkittävä. Samanlaiset juuret ja taustat yhdistivät sisaruksia ja samanikäisiä serkuksia. Sähköiset viestimet helpottivat yhteydenpitoa heidän kesken. Muiden sukulaisten kanssa tapaamiset rajoittuivat usein perhejuhliin. Myös etäisyydet vaikuttivat tapaamismahdollisuuksiin.

Yhteydenpito kodin ulkopuolisiin ystäviin, jopa lapsuudenystäviin oli tärkeää. Myös itsetuntoa vahvistavat harrastukset auttoivat jaksamaan ja irrottivat arjesta. Harrastuspaikkoihin toivottiin lapsiparkkeja, jotta pienten lasten vanhemmat voisivat ottaa lapsensa mukaan sinne. Toivottiin harrastusmahdollisuuksia myös vähävaraisille. Luovat ja käden taitoja sisältävät harrastukset koettiin auttavan jaksamisessa parhaiten.

Omien jaksamisen rajojen tunnistaminen ja stressinhallinnan taidot opittiin monesti vasta kokemuksen kautta. Suvaitsevaisuus erilaisuutta kohtaan teki elämän joustavammaksi. Omiin vahvuuksiin keskittyminen ongelmien sijaan voimaannutti ja antoi uskoa selviytymiseen. Vaatimustason laskeminen helpotti tavoitteiden saavuttamista ja tuotti onnistumisen kokemuksia. Itseilmaisun parantaminen auttoi jakamaan asioita muiden kanssa. Tietty jämäkkyys itseä ja hoidettavia asioita kohtaan oli hyväksi, asiat hoituivat eivätkä jääneet enää vaivaamaan mieltä. Oli opittava säätelemään voimiaan työn, vapaa-ajan ja perheen välillä ja löytämään keinoja rentoutua ja huolehtimaan riittävästä levosta ja unesta. Itsekeskeisyydestä irtautuminen kohti yhteisöllistä ja jakamisen kulttuuria helpotti yksinäisyyttä ja ahdistusta. Erilaisilla asumisratkaisuilla tai yhteisillä kokoontumispaikoilla voitaisiin tukea yhteistä tekemistä ja olemista. Avun pyytäminen ja vastaanottaminen ongelmiin oli monesti vaikeaa, mutta opittavissa oleva asia. Apua toivottiin saatavan läheltä asuinpaikkaa, koska julkisilla paikoilla liikkuminen koettiin haastavaksi esim. pahimmassa masennuksen vaiheessa. Sähköiset yhteydet ammattilaisiin olisivat voineet tulla kyseeseen juuri noissa tilanteissa.

Taloudellinen turvallisuus koettiin tärkeänä kaikissa elämäntilanteissa. Rahatta jääminen sairauden keskellä ahdisti ja traumatisoi lisää jo ennestään raskaassa tilanteessa kun voimia asioiden hoitoon ei ollut. Pienelläkin tulolla selvinnyt kunhan sen tulo olisi ollut ennustettavaa. Velkaneuvonnasta ja pankkien joustoista olisi ollut varsinkin yrittäjille ja asuntovelkaisille apua laman aikana, mutta sitä ei osattu käyttää ajoissa ja osa jäi elinikäiseen velkakierteeseen. Mahdollisuus arvojen mukaiseen elämään ja niiden käyttäminen päätöksen teon pohjana selkeytti omaa ja perheen elämää. Elämän tarkoitukselliseksi kokeminen toi siihen motiivia, mielekkyyttä ja arvonantoa. Uskonnollisuuden merkitys lisääntyi yleensä iän ja vaikeuksien kokemisen myötä voimavarana. Tietoteknisiä taitoja toivottiin lisää, jotta olisi voinut saada tietoa itselle tärkeistä asioista ja palveluista, hoitaa asioita ja pitää yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin kauempana.

Masennukseen tarjottu hoito lääkärin vastaanotolla oli ollut vastaajien mukaan varsin yksipuolista keskustelua, todistusten ja lausuntojen kirjoittamista ja lääkkeiden suosittelua. Varsinaiseen psykoterapiaan päätyi vain yksi tutkituista. Kuntoutumisen tuki jäi pitkälti perheen ja omien verkostojen varaan. Hoidossa tärkeänä pidettiin keskustelua ja asioiden jäsennystä sekä ammattilaisten että vertaisten kanssa. Myös toiminnallista kuntoutusta toivottiin keskusteluhoidon lisäksi. Kipuun, uniongelmiin ja muihin somaattisiin oireisiin toivottiin enemmän huomiota arjessa selviytymistä haittaavina. Lääkehoidosta koettiin hyötyä vaikeassa masennuksessa. Relapsin tullessa toivottiin nopeaa avunsaantimahdollisuutta. Depressiohoitajajärjestelmään oltiin tyytyväisiä, myös psykologilta oli saatu apua hoitajan ja lääkärin lisäksi. Perhettä toivottiin enemmän mukaan hoitoon. Tietoa kaivattiin lisää sairaudesta ja myös omahoito-ohjeita. Joskus kodinhoitoapukin olisi ollut tarpeen puolison työtaakan helpottamiseksi. Saatavilla olevista tukipalveluista ja koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä toivottiin lisää tietoa, esim. etuisuudet, kuntoutus, vertaisryhmät ja omaisten tuki. Niihin kukaan ei ollut osannut hakeutua. Sosiaalityön puuttuminen terveysasemilta näkyi tässä kohden eikä sosiaalisen kuntoutumisen tukea voitu järjestää. Esimerkiksi tukihenkilön tai vertaisen avulla olisi voinut saada masentunutta aktivoitua paremmin. Hän olisi voinut tulla mukaan esim. vastaanotolle tai lähteä mukaan hoitamaan virastoasioita tai edes ulkoilemaan tueksi.

Masennuksen luonteeseen kuuluu passiivisuus ja heikko kyky ilmaista avun tarvetta, jolloin lähipiirillä on ratkaiseva vaikutus siihen, miten ajoissa hoito saadaan käynnistettyä ja miten siihen motivoidutaan.

6.2.2.6. Mistä käytännön keinoja stressin vähentämiseen ja elämänhallintaan aikuisille on tarjolla palvelujärjestelmässä?

Myös aikuisten ennaltaehkäisevät matalan kynnyksen palvelut tuntuvat olevan hajallaan tai ne eivät ole saatavilla silloin kun niitä tarvittaisiin (iltaisin, viikonloppuisin, loma-aikoina, siellä missä ihmiset luonnostaan liikkuvat). Laajasalon raportissa (2012) on koottu eri-ikäisten ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimivia ja tieteellisesti Suomessa tutkittuja käytäntöjä, joista osa kohdentuu jo oireileville, osa kaikille. Aikuisten kohdalla työllä on suuri merkitys mielenterveyden edistämisessä ja varhaisen tuen tarjoamisen paikkana. Työn kautta saatavilla olevia keinoja on esitetty erikseen seuraavassa luvussa.

Osalla masentuneista stigma vaikeutti kontaktin ottoa uusiin ihmisiin ja ydinystäväpiiri oli ennestäänkin melko pieni. Sama este havaittiin myös hoitoon hakeutumisessa. Sairaus ja sen oireet stressasivat ja sairauden seurauksia pelättiin. Tutkimusajankohtana ei ollut vielä sähköisiä palveluja tarjolla. Erilaisissa terveysportaaleissa nykyisin on tarjolla tietoa ja neuvoja arvioida omaa tilannettaan ja hakeutua hoitoon tarvittaessa ilman leimautumista kotipaikkakunnasta riippumatta. Tieteellisesti tutkittuja nettipohjaisia itsehoitomenetelmiä löytyy esim. mielenterveystalo.fi, omahoitopolut.fi ja headsted.fi-sivuilta.

Depressiohoitajalla käynti koettiin helpottavaksi kun asioita pystyi jäsentämään ja suhteuttamaan. Depressiokouluryhmät ovat yksi mahdollisuus jo masentuneille löytää vertaistukea (Koffert 2007). Myös vertaisvastaanotot voisivat madaltaa kynnystä yhteydenottoon nykyistä varhaisemmassa vaiheessa.

Stressin hallintaan markkinoidaan erilaisia itsehoitokeinoja, kuten mindfulness l. tietoisuustaidot, personal trainerin käyttö, green care, itämaiset mietiskelymenetelmät, jooga, rentoutuminen, hiljaisuuden retriitit, akupainanta, musiikki, liikunta, ravinto, taide, harrastukset, sopiva työn ja perheen yhteensovittaminen, oman ajan ja mielipaikan etsiminen. Niiden vaikutukset eivät ole välttämättä tutkittuun tietoon perustuvia, joten niiden tehoa ei voida ennustaa yksilötasolla. (Jokiniva 2013)

Positiivisen psykologian mukaan myönteinen ajattelu ja optimismi lisäävät hyvinvointia ainakin ennaltaehkäisevästi tai kun ongelmat eivät ole vielä kovin vaikeita (Uusitalo-Malmivaara 2014, Brissette 2002). Mielen joustavuuden lisääminen käyttäytymisterapeuttisella harjoittelulla voi auttaa myös (Pietikäinen 2009 ja 2014). Ohjattuja ryhmiä on tarjolla isoimmilla paikkakunnilla tueksi.

Ruotsalaiset naiset ilmoittivat itsehoitokeinoina selvitä masennuksesta fyysisen aktiviteetin lisäämisen, rentoutumisen, huolien jakamisen muiden kanssa, odotuksien ja arvojen ja näkemyksien muuttamisen itsestään, asettamaan rajojen asettamisen opettelun ja kontrollin lisäämisen elämänolosuhteistaan ja tulevaisuudestaan. Myös tiedon hankkiminen ja jakaminen sairaudesta perheen kanssa tuntui auttavan. Lisääntynyt itseluottamus ja optimismi lisäsivät coping-keinoja (Skärsäter 2003)

Masentuneiden puolisot ja lapset olisivat tarvinneet myös neuvontaa ja ohjausta, miten masentuneen kanssa eletään ja toimitaan ja miten sairauteen pitäisi suhtautua. Järjestöillä on tarjolla monenlaista vertaistoimintaa jo sairastuneille (ensitietopäivät, Mieli maasta-ryhmät, klubitalot ja päiväkeskukset). Myös haitallisesta riippuvuussuheesta vapautuminen parisuhteessa olisi voinut

auttaa (Birtchell 1991). Osa järjestöjen palveluista soveltuu myös omaisille (Finfami). Mielenterveyden ensiapukursseja 1&2 järjestetään ammattilaisten lisäksi myös maallikoille esim. kansalaisopistoissa ja järjestöjen toimesta Suomen Mielenterveysseuran koordinoimana (Mielenterveyden ensiapu). Tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä mielenterveydestä, päihteiden haitallisesta käytöstä, väkivallasta ja elämän kriiseistä.

Osa mukana olleista masentuneista oli kokenut vaikeita elämänkokemuksia ennen sairauden puhkeamista. Samantyyppisiä havaintoja on myös muissa tutkimuksissa (Salminen 1998, Rafnsson 2006, Paykel 2001, Rahe 2002). Laukaisseiden tekijöiden huomioonotto masennuksen hoidossa jäi pääosin vähäiseksi ja irralliseksi (työstä irtisanominen, konkurssi, lapsen kuolema, lasten rikollinen elämäntapa, päihteet, puolison väkivaltaisuus, taloushuolet). Noin kolmanneksen on arvioitu tarvitsevan psykososiaalista tukea vaikean trauman jälkeen **(**Henriksson 2011). Posttraumaattisen kasvun myötä kuitenkin selviytyminen ja uusien vaihtoehtojen löytäminen on mahdollista (Joutsenniemi 2015). Mm. EMDR- silmänliiketerapiasta on saatu hyviä kokemuksia traumapotilaiden hoidossa (Suokas-Cunliffe 2006c). Traumojen jälkeistä apua tarjoavat mm. terveyskeskuspsykologit.

Voimavarakeskeinen, salutogeeninen ajattelumalli olisi käyttökelpoinen sekä hoito- ja auttamistyössä että yhteiskunnallisesti laajemminkin. Sen mukaan etsitään ja nähdään mahdollisuudet kaikissa tilanteissa selviytymiselle. Tapauksista voi oppia ja uudelleenorientoitua ja vaihtaa näkökulmaa, jos tilannetta ei voi muuttaa tai jotain peruuttamatonta on jo tapahtunut. On mahdollista luoda optimistisempi ennakkoasenne asioihin, vaikka ongelmia tiedetään olevan olemassa ja opettaa selviytymistä tukevien keinoja jo lapsena ja harjoitella niitä. (Uusitalo-Malmivaara 2014, Eriksson 2007a)

Esimerkiksi voimavara- ja ratkaisukeskeinen sekä narratiivinen terapia pyrkivät ei-patologisoivaan dialogiseen keskusteluun auttajan ja autettavan välillä, jossa vältetään autoritääristä vallankäyttöä ja autettavan passivointia (Morgan 2000, Keski-Luopa 2011, Seikkula 2004).

6.3. Työelämän muutokset ja masennuksen synty

Työ on muuttunut ajasta ja paikasta riippumattomammaksi ja vaatii epävarmuuden ja ristiriitaisuuksien sietoa, nopeaa reagointia, uuden oppimista ja vanhasta poisoppimista, työn sirpaleisuuden sietoa, erilaisuuden ymmärtämistä ja joustavuutta kaikin puolin. Se vaatii myös entistä enemmän omistautumista ja sitoutumista niin ajallisesti kuin henkisesti arvoja ja käyttäytymistä myöten. Monet työtehtävät on muuttuneet ainakin osittain ihmissuhdetyöksi, jossa ihmisten välisellä vuorovaikutuksella on suurempi merkitys ja työn fyysinen suorittaminen jää taka-alalle. Työstä tulee väistämättä tärkeä osa työntekijän henkistä kasvuprosessia ja persoonasta siinä merkittävä työväline. (Julkunen 2009)

Masennukseen sairastuminen tai sen uhka muodostaa hyvin nopeasti rajoitteita nykyisen kaltaisessa työssä ja stressiherkät yksilöt saattavat uupua helposti (Mauno 2005). Työelämän muutokset lyhytkestoisine työsuhteineen ja jatkuvine säästö- ja saneeraustoimineen uuvuttivat myös tässä tutkimuksessa mukana olleita rajoitetusti työkykyisiä stressistä, uupumuksesta ja psyykkisistä oireista kärsiviä, jotka yrittivät sinnitellä työssä mukana turvatakseen toimeentulonsa. Työtä oli vaikea kokea mielekkäänä, jos työn loppumisen uhka leijuu jatkuvasti ilmassa ja voimavarat ovat äärirajoilla. Tässä pohditaan tuloksia, jotka ovat peräisin sekä masentuneiden että stressiryhmäläisten työelämäkokemuksista kyselylomakkeiden ja haastatteluiden pohjalta.

6.3.1. Työn ja masennuksen yhteydet

Pitkäkestoinen stressi työssä ja opiskelussa altisti tutkittuja masennukselle. Masentuneista kahdeksalla työperäiset syyt olivat kytköksissä masennukseen sairastumiseen. Työstressiä ja uupumusta kokevat tutkimusten mukaan herkimmin ne, joilla on muitakin vaikeuksia elämässä, joko jo lapsuudesta lähtien tai vasta työiässä puhjenneita (Kinnunen 2005b). Puutteellinen hoiva lapsena herkistää tutkimusten mukaan stressikokemuksille läpi elämän ja uhkaa toimintakykyä haasteita kohdattaessa (Karlsson L 2007). Tällaiset yksilöt välttävät monesti pitkää kouluttautumista ja lopulta päätyvät usein stressaaviin työtehtäviin matalapalkka-aloille. (Työterveyslaitos Työpiste) Pitkäkestoinen työstressi voi aiheuttaa fysiologisia muutoksia ja stressireaktion, joka ilmenee esim. univaikeuksina. Epäoikeudenmukainen kohtelu tai työpaikkakiusaaminen voivat ylläpitää elimistössä jatkuvaa epätasapainoa, joka lopulta sairastuttaa mielenkin (Elovainio 2006). Osalla oli käynyt juuri näin.

Viime hetken masennusta laukaisevana tekijänä suurimmalla osalla oli työperäiset syyt, joko ristiriidat työssä, työuupumus tai irtisanominen. Jo ennen masennukseen sairastumista oli monien kohdalla työssä nähtävissä pitkä työuupumusta ja työkyvyttömyyttä ennakoiva kehityskulku. Siihen olisi voitu jälkeenpäin ajatellen puuttua jo aiemmin, jos olisi ymmärretty niin toimia. Viivettä oli yhtä lailla niin työntekijässä itsessään kuin työyhteisössä (esimiehet ja työtoverit) ja hoitavissa tahoissakin. Kaikilla ei ollut sairastuessa enää työtä eivätkä he kokeneet haluavansa enää palata takaisin entiseen työhönsä. Huipputunnollisuus yhdistettynä työpaikan kasvaviin vaatimuksiin ja puutteelliseen työn johtamiseen altistivat herkät ihmiset työuupumukselle ja lopulta masennukselle (Kinnunen 2005b). Myös jäykät, joustamattomat toimintatavat liittyen esim. persoonallisuushäiriöön saattoivat kriisiyttää työntekijää ja työyhteisöä ja ajaa hänet umpikujaan. Myös ikääntymisen ja sairauksien mukanaan tuomat rajoitukset olisi pitänyt huomioida työn suunnittelussa. Näistä vastaajat kertoivat haastatteluissaan esimerkkejä.

Vaikka työuupumusta ei luokitella sairauslomaan oikeuttavaksi tilaksi, pitäisi se osata tunnistaa masennuksen riskitekijänä (Toppinen-Tanner 2011, Kinnunen 2005b) ja diagnosoida (laittaa lisädiagnoosina todistukseen tiedoksi työterveyshuoltoon) ja ryhtyä välittömästi toimenpiteisiin tilanteen pahenemisen ehkäisemiseksi. Työterveyshuollolla on suvereeni asiantuntemus ja mahdollisuudet vaikuttaa työuupumuksen syihin, jota pitäisi käyttää hyödyksi. Sinne voi ohjata työkykyselvittelyihin myös ne uupumisoireiset potilaat, joilla on pelkkä lakisääteinen työterveyshuollon sopimus työnantajan kanssa (Työterveyshuoltolaki). Esimiehen pitäisi olla myös aktiivinen tässä suhteessa, jos havaitsee tämän suuntaista työsuoritusten heikkenemistä tai työyhteisön reaktioita asiaan. Tutkimuksissa 4 vuoden seurannassa työuupumus ennusti työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista (Ahola 2008). Lopullisena työkyvyttömyyden syynä olivat mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöt ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

Työuupumuksen ja masennuksen taustojen selvittelyssä perhe on tärkeä tietolähde työperäisten seikkojen lisäksi. Vastaajien mukaan esimiehiltä puuttui kykyä nähdä työkykyä uhkaava tilanne eikä työhönsä uupuva itse myöntänyt sitä helposti oma-aloitteisesti. Myöskin työtovereiden ja puolison huoli asiasta jäi usein huomiotta kun ei ollut siihen sopivaa kommunikaatiokanavaa käytössä. Läheiset olisivat tuolloin olleet myös tuen tarpeessa ja kaipasivat tietoa tilanteesta, mutta esim. työterveyshuollolla ei ollut siihen mahdollisuuksia sopimusteknisistä syistä (Työterveyshuoltolaki). Terveyskeskuksissa lääkärin, psykologin tai depressiohoitajan hoidossa ollessa myös puoliso ja lapset voidaan kutsua mukaan vastaanotolle ja perhettä ja läheisiä käyttää tietoisesti hoidon tukena ja apuna (Käypä hoito-suositus, Larivaara 2009).

Varhaisia työkyvyn heikkenemisen merkkejä vastaajilla oli ollut jo pitkään, mutta he olivat yrittäneet sinnitellä niiden kanssa peläten mm. irtisanotuksi joutumista sairauslomien vuoksi. Esimies ei ollut

ottanut asiaa puheeksi eikä reagoinut tilanteeseen eivätkä työntekijät olleet asioineet työterveyshuollossa**,** jonka vuoksi hoidon alku oli pitkittynyt.

Masentuneiden työkyvyttömyyttä tutkimusten mukaan ennakoivat mm. huono psykososiaalinen toimintakyky, huonoksi koettu terveydentila, päihdeongelma, persoonallisuushäiriö tai muu komorbidi psyykkinen tai somaattinen sairaus, heikko koulutustaso, heikko taloustilanne, pitkään koetut masennusoireet, diagnoosin viivästyminen, korkea ikä, työpaikan menetys, kognitiivisten toimintojen ja toimintakyvyn heikkous (esim. muistiongelmat, oppimis-, huomiointi- ja keskittymisvaikeudet, reaktionopeuden hidastuminen, päättelykyky, tarkkaavaisuus, informaation käsittelynopeus, toiminnanohjaus), jotka usein jää huomiotta työkykyä arvioitaessa. Masennuksen vaikeusaste ei yksinään korreloi työkyvyttömyyteen, jonka vuoksi em. seikkojen toteamiseen tarvitaan muitakin arviointikeinoja (Castaneda 2009, Sipponen 2011). Masennus itsessään voi vaikuttaa subjektiivisiin kokemuksiin esim. työstä tai työyhteisöstä, joka pitäisi myös ottaa huomioon arvioinnissa. (Viinamäki 1998 Vuorilehto 2008b, Salminen 2007, Pulliainen 2006)

Masentuneiden itsensä mukaan tärkeimmät masennukseen johtaneet syyt työssä Terrimäen (2012) mukaan olivat liiallinen työnteko ja ylisuorittaminen työssä. Masentuneet mainitsivat myös uuden työn, isot muutokset työnkuvassa ja työuupumuksen sairastumiseen johtaneina tekijöinä. He kuvasivat masennusten oireiden jääneen huomaamatta kaiken kiireen keskellä itseltäänkin. Useimmissa kuvauksissa joku ulkopuolinen oli huolestunut masentuneiden psyykkisestä jaksamisesta ja ottanut asian puheeksi. Useat kuvasivat olevansa suorituskeskeisiä ja kertoivat pyrkivänsä aina täydellisyyteen mitä ikinä tekivätkin. Tästä johtuen pienikin lisäpaine elämässä koettiin raskaana, kuten myös masennuksen oireiden havaitseminen. Koettu stressi oli usein pitkäkestoista ja voimakasta ja uuvutti lopulta altistaen masennukselle. Laukaisevia tekijöitä oli useita rinnakkain tai peräkkäin. Myös neuroottisuus persoonallisuudenpiirteenä toimi altistavana tekijänä. Kinnunen (2005b), Glass (1993), Salminen (2007) kuvasivat samantyyppisiä piirteitä, kuten myös tässä tutkimuksessa mukana olleilla oli ollut ennen sairastumista.

Omista vastaajista osa oli päätynyt seuranta-aikana eläkkeelle. Heillä oli taustalla fyysisiä pitkäaikaissairauksia, persoonallisuushäiriöitä ja vaikea, invalidisoiva masennus, johon ei ollut löytynyt apua ajoissa. Työ ei ollut joustanut suhteessa jaksamiseen. Myös heikko koulutustaso ja sosiaaliset rajoitteet vaikeuttivat työn räätälöintiä ja työnantajan halukkuudessa siihen oli myös puutteita.

Nykyinen työelämän epävarmuus, lyhytjännitteisyys ja nopeat reaktiotarpeet sekä lyhytkestoiset työsuhteet heikentävät myös työidentiteetin kehittymistä ja työn hallinnan tunnetta. Tiukkaan taloudelliseen tulokseen pyrittäessä alisuoriutujat karsiutujat herkästi kilpailussa työpaikoista. Epävakaus työssä ahdistaa niitä, joilla on esimerkiksi puutteita lapsuusaikaisissa kiintymyssuhteissa ja jotka kaipaisivat erityistä tukea työssä selviytymisessään itsetuntonsa vahvistamiseksi. Työn luonne on muuttunut entistä abstraktimmaksi ja sen mukanaan tuoma palkitsevuus hyvin tehdystä konkreettisesta tuloksesta ei ole enää mahdollista samaan tapaan kuin ennen (Pasternack 2006, Vilkuna 2004). Vähäinen päätösvalta työn vaatimuksiin nähden heikensi työssä jaksamista (Mausner-Dorsch 2000, Mäkitalo 2005). Työn jatkumisen uhkat sopivat huonosti yhteen myös esim. isojen asuntovelkojen kanssa eläville lapsiperheille, joita myös vastanneiden joukossa oli. Työntekijöiden kokema taloudellinen epäoikeudenmukaisuus (panos-tuotos-epäsuhta), oikeudenmukaisuuden loukkaaminen ja epäoikeudenmukainen kohtelu työssä heikentävät autonomian kokemista, itsetuntoa, elämänhallinnan tunnetta, sosiaalista yhteenkuuluvuutta, työhön sitoutumista ja lisäävät stressin ja uupumuksen kokemuksia ja työstä poissaoloja tai vähentävät sinne paluuhaluja esim. irtisanomisen yhteydessä (Elovainio 2006, Kinnunen 2005b).

Joillakin vastaajilla ammattitaito ja koulutus olivat jääneet jälkeen nykyisen työelämän vaatimuksista eikä heikolla koulutuspohjalla ja puutteellisilla oppimisvalmiuksilla varustetuilla ollut enää

mahdollisuuksia päästä takaisin työelämään masennukseen sairastumisen jälkeen. Entisenkaltainen yksinkertainen työ oli hävinnyt eikä kaikista pystynyt kehittymään moderneja moniosaajia. Ammattitaidon säilyttäminen työttömänä ollessa oli vaikeaa. Kiire ja riittämättömyyden tunne vaivasivat eikä työn johto saanut hallittua aina muutostilanteita. Työn jatkuvuudesta ei ollut takeita, vaikka yritti parhaansa. Tämän moni koki epäoikeudenmukaisena.

Tietotekniikan tulo lähes kaikkeen työhön nosti selviytymiskynnystä erityisesti niille vastaajille, jotka eivät olleet saaneet siihen riittävää perehdytystä. Monesti uudet ohjelmat ja koneet tulivat pöydälle ja oletettiin että niitä opitaan käyttämään harjoittelemalla työtä tehtäessä. Ohjeiden ymmärtäminen olisi edellyttänyt kielitaitoa ja erityissanaston osaamista, jota ei ollut tarpeeksi. Kiire ja vastuut asiakastilanteissa koettiin myös haasteellisina ilman riittävää osaamista ja voimavaroja.

Karasekin mallin (Kinnunen 2005a) mukaan työn vaativuuden ja hallintamahdollisuuksien pitäisi vastata toisiaan. Sopiva vaativuustaso lisää kiinnostusta ja työn mielekkyyttä. Esimiehillä pitäisi olla tuntosarvet nähdä viitteitä näiden epätasapainosta ja tarjota tukea riittävän ajoissa. Huonoimmillaan vastuut ovat epäselviä, työ sisältää konemaista toistoa, sijaisia ei ole, joutuu kohtaamaan vaikeita ihmiskohtaloita, arvaamattomia tilanteita ja käyttämään vaativia työvälineitä. Työ voi vaatia suurta tarkkaavaisuutta, lainsäädännön tuntemusta ja moniosaajuutta. Myös vuorovaikutuksen häiriö (loukkaaminen, epäystävällinen käytös, ilmapiirin pilaaminen) ja jatkuva alimiehitys koetaan haasteellisiksi. Työpaikan ongelmista keskusteluun ei pahimmillaan jää aikaa, epäselvät työt hiertävät työntekijöiden välejä, palkkaus ei ole oikeudenmukainen, päätöksenteko ei ole tasapuolista, työt eivät jakaudu tasan ja tietotekniikan toimimattomuus ärsyttää. Näistä vastaajilla oli myös runsaasti esimerkkejä. (Kivistö 2008, Siltala 2004, Honkonen 2003, Rantanen 2013)

Työ ja masennus ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa. Työ voi altistaa masennukselle, mutta myös olla auttamassa siitä toipumisessa. Parhaimmillaan työ opettaa uusia coping-keinoja, joista on apua myös työn ulkopuolella. Työyhteisö voi olla vahvana tukena sairauden kanssa kamppailussa. Työn ja masennuksen vuorovaikutussuhdetta pitäisi tutkia ja hyödyntää tarkemmin työikäisten masentuneiden kohdalla, jotta työkyvyn palauttaminen olisi mahdollista. (Sears 2000, Terluin 2004, Kitaoka-Higashiguchi 2003, Sinokki 2010, Tamminen 2014, Gould 2007, Masennuksen Käypä hoito-suositus)

6.3.2. Työ ja muut sairaudet

Joillakin masentuneilla oli useita yhtäaikaisia sairauksia rajoittamassa heidän työkykyään. Kivut, yöunien häiriintyminen, väsymys ja alentunut suorituskyky sekä työssä että kotona lisäsivät masennusoireita. Keskittyminen työhön oli vaikeaa ja arjesta selviytyminen vei voimavarat työstä. Pitkän työstä poissaolon jälkeen paluu omaankin työhön oli haasteellista, jos esimies ja työyhteisö eivät sitä tukeneet tai sairauden luonnetta huomioitu työn suunnittelussa. Sairauksien hoito-ohjeiden noudattaminen täysipäiväisessä työssä koettiin liki mahdottomana. Maksimaaliseen suorituskykyyn mitoitettu työ ei joustanut vajaakuntoisen tarpeisiin. Ikääntyminen ja somaattisten sairauksien ilmaantuminen lisäsivät haastetta työssä selviytymisessä. Ruumiilliset oireet lisäsivät myös henkistä rasitusta, joilla on vaikutusta työkykyyn entistä enemmän nykyisen tyyppisissä työtehtävissä.

Masentuneilla on todettu runsaasti komorbiditeetteja, sekä psyykkisiä että fyysisiä (Salminen 1997, Wilhelm 2002, Prince 2007, Heiskanen 2011, Merikanto 2002, Leon 2003). Näiden kaikkien sairauksien kanssa jaksamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota ja löytää sopiva kuormitustaso työssä. Työkyvyttömyyttä uhkaaviin tekijöihin pitäisi herätä riittävän varhain esimerkiksi työterveystarkastuksissa tai varhaisen tunnistamisen mallin (VARTU) avulla työpaikoilla

ja käynnistää konkreettiset toimet työntekijän tukemiseksi. (Kivistö 2008, Tamminen 2014, Mattila L 2015)

Yksityisyrittäjille sairastuminen ja työkyvyttömyys olivat hyvinkin kohtalokkaita. Yritys saattoi mennä konkurssiin tämän vuoksi jättäen jälkeensä elämänmittaiset velat. Ei ollut ketään, jonka kanssa olisi jakanut työhuolia ja pyytänyt apua työhön sairauden merkkien ilmannuttua. Sairaus yritettiin kätkeä viimeiseen asti asiakkailta. Masennuksen aiheuttamat oireet, esim. vuorovaikutuksen ja muistitoimintojen heikentyminen rajoittivat etenkin asiakastyössä ja myös opinnoissa selviytymistä. Mikäli päihteiden käyttö linkittyy mielenterveyden ongelmiin, muodostaa se vaikeasti hallittavan kokonaisuuden, jota tosin tässä tutkituilla ei merkittävässä määrin ollut.

6.3.3. Perheen ja työn yhteensovittaminen

Perhe ja työ ovat keskeiset elämänalueet ja resurssitekijät työikäisillä ja niiden kautta peilautuu myös tunne elämänhallinnasta. Työ oli monelle vastaajalle tärkeä elämään mielekkyyttä, hallittavuutta ja ymmärrettävyyttä tuova tekijä. Se loi rytmiä, ryhtiä ja sisältöä elämään toimeentulon lisäksi. Perheellisille oli tärkeää, miten joustavasti työn ja perheen yhteensovittaminen lasten hoidon ja puolison työaikojen kanssa onnistui. Työ ja opiskelu auttoivat pysymään tieto-taidoissa, yhteiskunnassa ja sen nopeasti tapahtuvissa muutoksissa mukana. Sillä oli suuri merkitys persoonan kasvun tukena. Varsinkin perheettömille työ oli merkittävä sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuus ja päivään vaihtelua tuova tekijä. Hyvä työyhteisö, hyvin organisoitu työ, kuunteleva ja tukea-antava esimies ja hyvät työtoverit puskuroivat työn haasteita ja kuormitustekijöitä vastaan ja auttavat myös työhön paluussa sairauslomalta. Toisaalta työssäkäynti tuo vaihtelua ja rytmiä elämään ja luo etenkin naisille autonomiaa, sosiaalisia kontakteja ja taloudellista turvaa ja kehittää taitoja, joista myös perheen elämä hyötyy. (Mauno 2005, Gould 2007)

Työn koettu haittaavan enemmän perhe-elämää kuin päinvastoin (Lahelma 2005). Perheen ja työn vaikutus toisiinsa on kiistatonta eivätkä vaikeudet toisessa voi olla heijastumatta toisellekin osa-alueelle (spill-over) ja myös puolisoon (cross-over). Perheen lapset ovat herkkiä tunnistamaan vanhempien työssä olleet vaikeudet ja stressin ja reagoivat siihen, vaikka asiasta ei kotona puhuttaisikaan. Työn ja vapaa-ajan rajan hämärtyminen vaikeuttaa myös rentoutumista ja vapaa-ajan viettoa kotona hyvällä omalla tunnolla. Työn valuessa kotiin myös perheen yhteinen aika jää vähiin ja etenkin äidit kokevat siitä huonoa omaatuntoa. Voimavarojen heikentyessä työ menee perheen edelle ja kotitöistä ja ihmissuhteiden hoidosta tingitään, jolloin syntyy riitoja, jotka kuormittavat edelleen. (Rantanen 2005)

Erityisesti yksivanhempaisissa perheissä ja lasten sairastellessa lastenhoitojärjestelyt vaativat joustoja, samoin jos huollettavana oli esimerkiksi ikääntyneitä läheisiä. Masentuneena ei jaksanut osallistua perheen ja kodin hoitoon täysipainoisesti ja syyllisyys tehtävien laiminlyönnistä kalvoi mieltä. Lapset havaitsivat muutoksen ilmapiirissä ja toimintatavoissa, mutta masentuneen oli vaikea kertoa mistä oli kyse. Puolison voimavarat, suhtautumiskeinot, joustavuus ja tehtävien organisointikyky vaikuttivat paljolti miten tilanteesta käytännössä selvittiin. Myös muuta läheisverkostoa tarvittiin avuksi. Naisille jää edelleen päävastuu useimmiten kodin ja lasten hoidosta, vaikka isien aktiivisuus onkin lisääntynyt kotitöissä (Perhebarometri 2013).

Työn ja vapaa-ajan tasapainon löytyminen ajallisesti ja määrällisesti ei aina ollut onnistunut uupuneilla ja masentuneilla ja siitä seurasi stressiä. Erityisen haasteen se muodosti pikkulapsiperheille ja haittaavista sairauksista kärsiville. Joustot työtehtävissä ja –ajoissa olisivat auttaneet jaksamaan paremmin kun siviilielämässä oli haasteita. Jälkeenpäin ajatellen työyhteisön ja

esimiehen sekä läheisten huomiot jaksamisessa tapahtuneista muutoksista olisivat olleet tarpeen ongelmien pahenemiskierteen pysäyttämiseksi aiemmin. Tilanteeseen puututtiin ensi kerran vasta pahimmillaan kun työkyky oli menetetty kokonaan. Osa ei toipunut enää takaisin työelämään lainkaan. Siitä seurasi perheelle toiminnallisia ja taloudellisia kuormitustekijöitä, jotka heijastuivat myös lapsiin. Oman erityispiirteensä muodostivat konkurssit, irtisanomiset ja pitkäaikaistyöttömyys. Niiden seurauksena yksilön arvo monesti mitätöityi, työntekijä sairastui, syrjäytyi ja köyhtyi loppuiäkseen. Osalla tietyt persoonallisuuden piirteet olivat vaikuttaneet jo ammatinvalintaan ja haittasivat sopeutumista työyhteisöihin ja se vaikeutti työllistymistä.

6.3.4. Työn subjektiivinen merkitys

Työ nähdään monesti vain välinearvona niin työntekijälle kuin työnantajalle (Julkunen 2009). Työllä pitäisi olla subjektiivista annettavaa tekijälleen eikä pelkästään mekaanista suorittamista. Vastaajat halusivat korostaa työn tärkeyttä myönteisenä henkilökohtaisen kasvun, itsetunnon, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja sairaudesta kuntoutumisen mahdollisuutena siitä saadun palkan lisäksi. Työ rytmitti elämää, opetti uusia asioita ja taitoja, sen avulla pystyi laajentamaan sosiaalista verkostoaan, sai itsetuntoa vahvistavia onnistumisen kokemuksia ja työ tuotti parhaimmillaan iloa elämään, kunhan se oli järkevästi organisoitu. Työ opetti selviytymistaitoja, uskoa pärjäämiseen, tuki ammatillista ja myös ihmisenä kasvua. Monet elämän vastoinkäymiset pysyi hyödyntämään voimavarana työssä esim. muita auttaessaan. Kaikkiaan työ oli ikään kuin käyntikortti osallisuuteen yhteiskunnassa. Sen puute puolestaan sulki pois pitkälti tämän mahdollisuuden. Työn vahva subjektiivinen merkitys elämänhallinnassa avautui vasta haastattelujen aikana ja miehet puhuivat siitä suhteessa enemmän kuin naiset.

6.3.5. Työttömyys ja masennus

Työttömyys psyykkisen problematiikan laukaisijana tai ylläpitäjänä lisää eriarvoisuutta ja pitää yllä sosioekonomista polariteettia niin yhteiskunnassa kuin perheen sisälläkin (Vuori 1998). Masennuksesta johtuva työkyvyn vähittäinen heikkeneminen saattaa olla epäsuorasti syynä työsuhteen päättymiseen, jonka jälkeen masennus lopulta puhkeaa. Varsinkin odottamatta työttömäksi jääneet kokevat shokin, jonka jälkeen kenties yrittävät turhaan löytää työtä, turhautuvat ja alistuvat lopulta kohtaloonsa ja masentuvat kenties (Ranki 2000). Osalla vastaajista kehityskulku oli ollut tällainen. Työntekijän voi laillisesti irtisanoa, jos työkyky on olennaisesti ja pysyvästi heikentynyt eikä työnantaja voi kohtuudella järjestää hänelle työkykyä vastaavaa työtä (Koskinen 2006). Erityisen herkkiä työttömäksi jäämisen negatiivisille seurauksille ovat ne, joilla lapsuudessa on jo ollut paljon stressitekijöitä ja hylkäämisen kokemuksia (Kokko 2005, Caspi 1998, Ahola 2014), kuten tässä mukana olleilla masentuneilla.

Työtä vailla oleminen sulkee monia elämisen toteuttamisen mahdollisuuksia ja heikentää elämänhallintaa ja autonomiaa. Pitkään kestettyään työttömyys voi johtaa syrjäytymiseen ja vieraantumiseen yhteiskunnasta, jolloin sosiaaliset roolit hämärtyvät, elämä menettää tarkoituksensa ja ihminen arvonsa. Työttömyyden mukanaan tuomat taloudelliset, sosiaaliseen elämään, tukea-antaviin vuorovaikutussuhteisiin ja itsetuntoon liittyvät kielteiset seikat saattavat olla edelleen pahentamassa tilannetta. (Kokko 2005, Raitasalo 2004b) Tästä esimerkkinä vastaajat kuvasivat joutuneensa yhteiskunnan ulkopuolelle kun pitkäaikaistyöttömille ei lopulta enää edes tarjottu mitään työtä eikä koulutusmotivaatiotakaan enää ollut. Ihmisenä kasvamisen mahdollisuus oli riistetty eikä aikuisuuden perustehtävän toteuttaminen ollut mahdollista.

Yksinelävät, miehet, pitkäaikaissairaat ja vähän koulutetut ovat suurimmassa syrjäytymisriskissä. Syrjäytyminen johtaa usein myös ammattitaidon heikkenemiseen, päihdeongelmiin ja fyysisten sairauksien lisääntymiseen, jotka edelleen heikentää työkykyä. Työttömyys ja taloudellinen eriarvoisuus voi pahimmillaan syrjäyttää työttömien lapsetkin. Elämä ei ole työttömänä useinkaan hallittavaa, ymmärrettävää eikä mielekästä. Siksi uuden työn löytäminen mahdollisimman pian olisi paras keino monelle työttömälle välttyä näiltä kielteisiltä seurauksilta. Työttömien kohdalla työkyvyn heikkenemistä ei useinkaan havainnoida eikä seurata säännöllisesti työterveyshuollon puuttuessa, jolloin myös masennuksen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus voivat viivästyä huomattavasti. (Kekkonen 2006, Kinnunen 2005b, Heiskanen 2011, Vuori 1998, Kerätär 2016, Juntunen 2002, Kerätär 2003, Sinikumpu 1998, Hakovirta 2012)

6.3.6. Opiskelu ja masennus

Opiskelijoiden kohdalla haastatteluissa etenkin yliopistotasolla riittämätön opiskelijoiden ohjaus ja tuki koettiin suureksi puutteeksi, jonka avulla olisi voitu välttää paljon stressiä ja huolta ja auttaa kenties hakemaan ajoissa apua opiskelua hidastaviin sairauden oireisiin. Opiskelu perheellisenä ja kenties sairaana aikuisena oli erilaista ja haasteellisempaa kuin nuorempana. Opintojen suorittaminen tapahtuu hyvin itsenäisesti eikä vertaistukea ole tällöin helppoa saada. Tähän on jo alettu puuttua opintojen viivästymisen ja opintotukien menettämisen välttämiseksi. Kaikilla ei ole mahdollisuutta opiskeluterveydenhuollon palveluihin (avoin amk, avoin yo, sivutoimiset opiskelijat), ja psyykkisen tuen mahdollisuudet muutoinkin opiskelupaikkakunnalla koettiin riittämättömiksi. Opinto-ohjaajia ja opintopsykologeja on pyritty lisäämään, vaikka resurssit ovat edelleen niukat.

Peruskoulutuksen riittämättömyys ja jatkuva kouluttautuminen ammattitaidon ylläpitämiseksi kävivät osalle raskaaksi työn ohella eivätkä he kokeneet jaksavansa ponnistella jatkuvasti pysyäkseen kehityksen mukana. Jo alun perin huono koulumenestys ja kielteiset kokemukset koulusta olivat saaneet asenteet oppimiseen ja opiskeluun kriittisiksi ja osalla saattoi olla pysyviä tunnistamattomia oppimisvaikeuksia, jotka vaikuttivat edelleen aikuisena kykyyn oppia uutta työssäkin. (Pulkki 2012, Sajaniemi 2015)

6.3.7. Taloudellisten vaikeuksien ja masennuksen yhteys

Vastaajien taloudelliset vaikeudet stressin ja masennuksen lähteinä ja seurauksina puhuttelivat ja osittain järkyttivätkin, koska niistä ei ollut omakohtaista kokemusta eikä vastaanotolla taloudellisesta tilanteesta juuri puhuta. Varsinkin työttömien ja pitkään sairauslomilla olleiden konkreettiset kertomukset köyhyydestä hyvinvointiyhteiskunnan keskellä olivat hätkähdyttäviä. Se sitoi myös valtavasti henkisiä voimavaroja. Monet vakituisessa työssä olleet hoitoalan ammattilaiset eivät pysty kuvittelemaan, millaista on sinnitellä minimitoimeentulolla sairaana monen muun stressitekijän kanssa. Potilaan arki on kaukana omasta kokemusmaailmasta eikä terveydenhuollon ammattilaisilla saata olla tietoa, mistä neuvoja ja apua tilanteeseen olisi saatavilla. Tuolloin vertaistuki toisilta samaa kokeneilta voi auttaa selviytymään ja tarjota henkistä tukea. Myös palveluohjauksesta ja tilanteen selvittelystä sosiaalitoimen kanssa saattaisi olla apua. Niukassa taloustilanteessa eläessä työn etsiminen ja työhön paluukin tuntui haasteelliselta, vaikka sairaus oli jo alkanut hellittää. Taloudelliset huolet pahensivat masennusoireita ja siksikin niihin pitäisi kiinnittää huomiota hoidossa. Työstä poissaolo vähensi myös sosiaalista tukea, jota tuolloin pitäisi kyetä etsimään omaehtoisesti. Työttömyys ja köyhyys vähentävät mahdollisuuksia osallisuuden kokemuksiin (Jahoda 1972, Sinikumpu 1998, Rouvinen-Wilenius 2011), joka tuli monessa kohti esille

vastaajienkin kohdalla. Tulevaisuutta oli vaikea suunnitella, jos tietoa toimeentulosta ei ollut. Raha olisi tuonut turvallisuutta, jos sitä olisi ollut (Tanskanen 2003).

Pienyrittäjillä taloudellinen ahdinko seuraa välittömästi, jos työ sairaana ei suju. Riskit ovat huomattavasti suuremmat kuin palkansaajilla jopa niin että yritys voi ajautua konkurssiin, kuten parille vastaajalle oli käynyt. Työterveydenhuollon palvelut saattavat olla rajalliset ja sairauslomien pitäminen haasteellista silloinkin kuin sairaus on jo puhjennut. Yrittäjien tuki- ja neuvontapalvelut ja riittävä vakuutusturva voivat auttaa selviytymään notkahduksien yli.

6.3.8. Millaisia keinoja on tarjolla työstä esiin nousseisiin haasteisiin?

90 % sairauslomalla olleista masentuneista arvioi että sairastumista olisi voitu estää ennaltaehkäisevin toimenpitein (Kivistö 2008). Preventiivisissä toimissa ja varhaistunnistuksessa masennukselle altistavat tekijät tulisi nähdä kiinteästi toisiinsa liittyvänä systeeminä (Sears 2000). Niiden kartoituksessa voidaan käyttää niin omia subjektiivisia havaintoja kuin läheisten, työtovereiden, esimiesten kuin ammattilaisten välittämiä viestejä käyttäytymisen ja toimintakyvyn muutoksista ja edelleen objektiivisia mittareita kuten stressihormonien (Kaspers 2004, Harris 2000, Kudielka 2003) tai sykevaihtelun (Lindholm 2000) mittausta. Tiedot eri tietolähteistä pitäisi saada koottua yhteen.

Monilla vastaajilla oli kokemusta työssäjaksamista tukeneiden keinojen toimivuudesta työelämänsä aikana. He olivat keskustelleet voimavaroistaan ja sairauden luomista rajoitteista esimiehen ja työterveyshuollon kanssa. Silti lopputulos ei aina ollut paras mahdollinen. Jotkut olivat joutuneet irtisanoutumaan ja jotkut oli irtisanottu masennuksen aikana. Työssä tärkeintä oli vastaajien mielestä säännöllisyys ja jatkuvuus ja sen myötä turvattu toimeentulo. Hyvä terveys koettiin voimavaraksi työssä selviytymisessä.

Perheen ja työn yhteensovittamisen haasteet olivat hyvin perhekohtaisia ja vaativat organisointikykyä. Työnjako kotona on osin arvo- ja kulttuurikysymys. Päätökset lasten hoidon järjestelyistä ovat osin myös lainsäädännöstä riippuvaisia. Työn ja perheen yhteensovittamisvaikeudet ovat masennukselle altistavia stressitekijöitä, joille etsitään jatkuvasti ratkaisukeinoja mm. lastenhoitomahdollisuuksia, työn tekemisen tapoja ja työaikoja räätälöimällä. Parhaimmillaan perhe on myös työn tekemistä tukeva voimavara. (Törrönen 2005, Julkunen 2009, Rantanen 2005, Ojanen 2017)

Työmarkkinajärjestöt ovat antaneet suosituksen perheen ja työn yhteensovittamisesta, jossa työpaikkoja kehotetaan etsimään työkäytäntöjä, jotka mahdollistaisivat entistä joustavamman työssä käymisen myös lapsia tai kenties ikääntyneitä vanhempia hoidettaessa, joita on joka viidennellä työssä käyvällä huollettavanaan. (Työn ja perheen yhteensovittaminen Akava). Väestöliitto on julkaissut myös loppuraportin asiaa koskeneesta hankkeesta ja siinä on esitetty keinoja perheystävällisen työpaikan luomiseen, mm. työaikojen ja -vuorojen joustoon, työmatkoihin, etätyöhön tai äkillisiin työstä poissaoloihin liittyen (Väestöliiton loppuraportti).

Työn subjektiivinen merkitys pitäisi huomioida vastaajien mukaan työn suunnittelussa, johtamisessa ja työyhteisöjen kehittämisessä. Työn sisällön pitäisi olla vastaajien mielestä mielekkääksi koettua ja henkilökohtaista ja ammatillista kasvua tukevaa. Parhaimmillaan työ voi vahvistaa itsetuntoa ja arvostusta ihmisenä ja lisää osallisuutta yhteiskunnassa.

Työn johtamista ja organisointia voidaan parantaa koulutuksella ja palautteiden kautta nousseilla parannusehdotuksilla, jos niitä halutaan vain käyttää. Työn sisältöä ja määrää voidaan säädellä työntekijän mukaan. Työntekijää voidaan auttaa selviytymään ja sopeutumaan työhönsä mm.

asenteita ja työn hallintakeinoja muuttamalla (Sears 2000). Myös organisatoriset muutokset ja työnjohdolliset järjestelyt voivat olla tarpeen. Parhaiten työstä selviytymistä voidaan havainnoida paikan päällä, jolloin myös puuttumiskeinot ongelmakohtiin on helpompi määritellä (Paso 2001). Työssä vastaantulevia kriisitilanteita on mahdollisuus käsitellä esimiehen, luottamusmiehen, työsuojelun tai työterveyshuollon henkilöstön (työterveyshoitaja, -lääkäri tai –psykologi) kanssa.

Luottamuksen luominen työnantajan ja työntekijöiden kesken parantaa työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Lähijohtajilla on erityisesti tärkeä rooli niin sopivan työtehtävän ja työn tekemisen tavan määrittelemisessä kuin henkilökohtaisen suhteen ja kannustamisen edistämisessä työntekijän kanssa. Tarvitaan esimies- ja alaistaitoja: kummankin on löydettävä oma paikkansa ja luotava pelisäännöt yhteiseen toimintaan. Tarvitaan myös dialogia, valta-aseman oikeanlaista käyttöä, yhteiseen tavoitteeseen pyrkimistä ja koko työyhteisön siihen valmentamista kukin kykyjensä mukaan. Esimies on kuin orkesterin johtaja, jonka pitää saada soittajat soittamaan yhteen. (Mönkkönen 2010)

Johtamisen ongelmat nähdään usein syynä huonoon työilmapiiriin ja työyhteisön ongelmiin. Johtamiskulttuuria onkin syytä uudistaa ja kiinnittää huomiota yhteisiin pelisääntöihin työpaikalla konfliktien ehkäisemiseksi. Työterveyslaitos on julkaissut sekä työntekijöille että esimiehille materiaalia työssäjaksamisen parantamiseen (Räisänen 2013). Myös johtamiskulttuurin muutokseen tähtääviä työmenetelmiä ja verkostoja on tarjolla mm. Työterveyslaitoksen kautta (Johtamisen laatukriteerit TTL). Työpaikkoja kehotetaan laatimaan huoneentauluja hyvän työpaikan omaisuuksista ja säännöistä, joita noudattamalla voitaisiin työilmapiiriä ja työssä viihtyvyyttä parantaa työntekijöiden arvot huomioiden (Hyvä työpaikka TTL).

Stressaantuneiden ja masentuneiden välillä ei ollut juurikaan eroa kyselylomaketulosten perusteella, joten voimakkaan stressin voi otaksua pahimmillaan aiheuttavan samanlaisia ongelmia työssä kuin masennuksen. Työstressin vähentämiseksi ei vastaajien mielestä ollut käytössä tarpeeksi tehokkaita toimia eikä työntekijää kuultu ajoissa. Stressitason alentaminen työssä voi lisätä elämänhallinnan tunnetta ja siten ehkäistä masennusoireiden syntyä (Sinokki 2010). Cooper (2003) on nimittänyt työstressiä nykyajan mustaksi surmaksi, joka on muodostumassa suurimmaksi syyksi pitkiin työstä poissaoloihin maailmalla. Siihen liittyvät keskittymisvaikeudet, maltin menettäminen, huumorintajun häviäminen, syömishäiriöt ja tupakoinnin ja päihteiden käytön lisääntyminen ovat haaste myös työn johtamiselle.

Työstressin syntyä voidaan ennaltaehkäistä parantamalla työn hallintaa mm. ennakoivalla työn suunnittelulla työkuormituksen säätelyllä esim. stressihuippuja karsimalla, palautumisaikaa järjestämällä kuormittavien tilanteiden jälkeen, varmistamalla työvälineiden käytön toimivuus ja hallinta, riittävällä täydennyskoulutuksella ja sairauspoissaolojen seurannalla. (Julkunen 2009)

Työstressiä voitiin Bennetin (2001) mukaan helpottaa lisäksi mm. luomalla riittävän pieniä työyksiköitä, joissa moniammatillinen yhteistyö toimii, tieto kulkee, työntekijöillä on joustoja ja vapauksia oman työnsä suhteen ja he pystyvät kontrolloimaan omaa työtään. Myös selkeät roolijaot, johdon arvostus ja tuki vähensivät työstressiä. Rentoutumistaidoilla ja vapaa-ajan viettotavoilla oli merkitystä työkuormituksesta palautumisessa. Riittävät taloudelliset resurssit lisäsivät hallinnan tunnetta elämässä. Pelisääntöjen selkeys vähensi negatiivisia tunnereaktioita. Kunnioittava, rehellinen, oikeudenmukainen ja ystävällinen kohtelu lisäsivät luottamusta päätöksentekoa kohtaan työpaikalla. (Elovainio 2006)

Ratkaisukeinoina kuormituskestävyyden parantamiseksi ovat mm. työn sopiva haasteellisuus, työyhteisön tuki, kyky ongelmien ratkaisuun, tunne että välitetään, asioita jaetaan ja että työstä saa itselleen iloa ja työhön meno tuntuu mukavalta (Kivistö 2008). Ikääntymisen mukanaan tuomia rajoitteita, mutta myös etuja olisi hyvä tuntea ja huomioida työtä suunniteltaessa. Nopeat muutokset

työssä voivat olla haasteellisia ikääntyneille työntekijöille, joille mm. uuden oppiminen, vanhasta poisoppiminen, lyhytmuisti ja fyysiset sairaudet voivat asettaa rajoitteita. Uusien roolien omaksumiseen koko työyhteisön tasolla esim. organisaatiomuutoksissa voi mennä jopa vuosia. (Ilmarinen 2006)

Selviytyäkseen työssä vastaajien mielestä oli opittava olemaan armollinen itselleen, asettamaan rajat jaksamiselleen ja pidettävä niistä kiinni. Kaikkeen ei tarvinnut suostua. Oli oltava arvoilleen uskollinen, jotta ei menettäisi omaa identiteettiään työssä. Työpaikan vaihto ja ammatillinen uudelleenkoulutusmahdollisuus avasivat uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia elämässä.

Työterveyslaitos on koonnut Terve mieli työssä- hankkeen puitteissa menetelmiä, joiden avulla voidaan arvioida työntekijän kokemaa henkistä hyvinvointia ja työn vaikutuksia mielenterveyteen käyttäen positiivista mielenterveyden viitekehystä. Tehdyt suunnitelmat kirjataan ylös ja niitä seurataan ja siten työyhteisö ja työntekijät oppivat tuntemaan juuri omaa työhyvinvointiaan uhkaavia tekijöitä. Tuloksena voi olla myös työterveyspalvelujen kehittyminen enemmän tarpeita vastaaviksi tai työyhteisön toimintakäytäntöjen muokkautuminen paremmin muutoksia tukevaksi. Työhyvinvointiasioita voidaan käsitellä esim. säännöllisissä työpaikan viikkopalavereissa, joissa lähijohto on paikalla tai esim. johtoryhmässä tai konsultoida työterveyshuoltoa (esim. työpsykologi) tai muita asiantuntijoita, jotka voivat tulla jopa työpaikalle havainnoimaan työn tekemistä. Hakasen (2004) julkaisema Työn vaatimukset ja voimavarat kuormittavuuden arviointimalli (s. 71) voi olla myös mallina. Tavoitteena on vahvistaa työn hallintaa, pystyvyyden tunnetta ja autonomian kokemista, jotka ovat koherenssin tunteen kanssa samansuuntaisia ominaisuuksia.(Kivistö 2008)

Laajapohjaisessa valtakunnallisessa Työelämä 2020- hankkeessa tavoitellaan samoja asioita kuin edellä. Sinnikkyys, luottamus, rohkeus ja työn merkityksen ymmärtäminen on valittu keskeisiksi arvoiksi tulevaisuuden työelämän kehittämisessä (Työelämä 2020-hanke). Työterveyslaitoksen työpaikkojen työhyvinvointiverkosto on tarkoitus laajentaa koko maan kattavaksi työpaikkojen toimijoiden ja asiantuntijoiden foorumiksi, joissa pohditaan työhyvinvoinnin kehittämismahdollisuuksia (Työhyvinvointiverkosto). Hyvistä käytännöistä työpaikoilla kootaan TTL:n Työhyvinvointifoorumilla valtakunnallista tietopankkia (Työhyvinvointifoorumi).

Mielen hyvinvointi nähdään yhtenä tärkeimmistä työhyvinvoinnin ja tuottavuuden avaimista. Psykososiaaliset kuormitustekijät ovat nousseet ratkaiseviksi työkyvyn kannalta varsinkin vuorovaikutustilanteita sisältävässä ihmissuhdetyössä. Työ ja terveys 2012- tutkimuksen mukaan jopa 17 % työntekijöistä poti pitkäaikaisia muistin ja keskittymisen ongelmia (Työ ja terveys 2012). Tietotyö haastaa uudella tavalla työn suunnittelua ja siitä palautumista. Unen määrä ja laatu, joita masennus usein heikentää nousevat tärkeiksi tekijöiksi siitä suoriutumisessa. Koettu stressi heikentää työmuistia ja siten suoriutumista etenkin tietotyössä. (Müller 2006)

Vastaajilla ei ollut ilmeisesti tietoa eikä voimia käyttää työterveyshuollon palveluita hyödykseen eikä esimies ohjannut heitä sinne työkyvyn heikentyessä. Myöskään terveyskeskuksista ei heitä ohjattu käyttämään hoidon rinnalla työterveyshuollon asiantuntemusta työhön paluun helpottamiseksi tai työn keventämiseksi. Työterveyshuollon käytäntöjä ja työnantajavelvoitteita on parannettu tutkimushaastattelujen jälkeen, joka voi olla auttamassa nykyisin paremmin saamaan apua masennuksen haitatessa työkykyä, työuupumuksen uhatessa tai työyhteisökonflikteissa. Ilmoitusvelvollisuudet työterveyshuoltoon työkyvyttömyyden jatkumisesta ovat tiivistäneet yhteistyötä.

Heponiemi (2011) on raportoinut psykososiaalisen työkuormituksen arvioinnin ja hallinnan tärkeydestä työkyvyttömyyttä ennakoivana tekijänä. Työturvallisuuslaki (Työturvallisuuslaki) määrää työnantajaa puuttumaan työkuormitukseen, jos se koetaan liialliseksi. Työterveyshuoltolain (Työterveyshuoltolaki) mukaan työntekijä voi pyytää työterveyshuoltoa arvioimaan tilanteen.

Riskienarvioinnilla myös heikot signaalit voidaan tunnistaa ja puuttua varhain tilanteeseen. Eräs parhaista näyttöön perustuvista työkuormituksen arviointimalleista on TIKKA, joka sisältää myös työn psykososiaalisen kuormituksen (Lindström K 2011). Työkyvyttömyyseläkkeen syiden ensioireet ovat havaittavissa jopa 5-8 vuotta ennen eläkkeelle jääntiä, joten varhainen tunnistaminen kannattaisi (Volanen 2010). Mm. joka 10. kokee väkivallan uhkaa työssään ja työpaikkakiusaaminen voi olla vakava uhka mielenterveydelle pitkään jatkuessaan (Kivistö 2008).

Työturvallisuuskeskus on julkaissut oppaan työn psykososiaalisen kuormittavuuden arviointiin (Ojanen 2012), josta voi olla hyötyä, jos työn tai työpaikan katsotaan olevan merkittävä kuormituksen aiheuttaja yksilön tai työyhteisön jaksamiselle. Siinä on myös vinkkejä työkuormituksen hallintaan. Asian haltuunottoon tarvitaan työntekijöiden ja esimiehen lisäksi myös työsuojelua ja työterveyshuoltoa. Varhaisen tunnistamisen työvälineitä on esitelty myös Toimia-tietokannassa (TOIMIA-tietokanta). Keinoksi selvitä työkuormituksesta ehdotetaan kognitiivista ergonomiaa eli havaitsemisen helpottamista, häiriötekijöiden vähentämistä, kiireen ja muistin varassa toimimisen vähentämistä. Myös psykoedukatiivisia keinoja olisi esim. työpsykologeilla tarjolla. (Kognitiivinen työergonomia)

Työterveyshuollon käytössä on työn ja sen muutosten mielenterveysvaikutusten arviointikeinoja (MIVA), joita voidaan käyttää osana työpaikkaselvitystä. MIVA- kehys soveltaa Stakesin kehittämää IVA (ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointi)- menetelmää ja sen käyttöä suositellaan työpaikan muutosvaiheissa jo ennen muutosten tekoa ennakolta arvioimaan muutosten mahdollisia seurauksia työntekijöiden hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös vajaatyökykyisten työntekijöiden selviytymismahdollisuudet ja pitkien poissaolojen jälkeen työhön palaavat. Keinoina voivat olla työntekijöiden palkitseminen, puuttuminen tasa-arvoasioihin, epäasialliseen kohteluun ja työssä tapahtuvaan häirintään. Myös urasuunnittelu ja ammatillisen kehittymisen edistäminen työelämän muutoksissa on tärkeää. Tiivis yhteistyö työpaikkojen ja työterveyshuollon kanssa on tärkeää ja esimiesten ja työpaikkaselvitysten ja työterveysneuvottelujen rooli muodostuu keskeiseksi. Koko työyhteisön häiriökuormitusta ja muutoksiin sopeutumiskykyä pitäisi arvioida sekä subjektiivisesti että objektiivisesti. Uhkaavissa tilanteissa pitäisi löytää tarvittaessa ulkopuolista asiantuntija-apua. Myös yksilöiden ja työyhteisöjen arvoja pitäisi selvittää ja kuulla ja huomioida päätöksien ja muutoksien teossa. (Kivistö 2008)

Psykososiaalisen työsuojelun tavoitteena on työn vaarojen ja haittojen selvittäminen. Niiden poistamiseksi laaditaan toimintasuunnitelma työpaikkaselvityksen yhteydessä ja onnistumista seurataan työterveyshuollon kanssa (mm. sairauspoissaolojen seuranta). Tiedot ja suunnitelmat käydään läpi esimiehen ja alaisten kanssa. (Työturvallisuuslaki 738/2012) Psykososiaalisella sektorilla työsuojelun toimintamahdollisuuksissa esimiesten ja työterveyshuollon yhteistoiminnassa on edelleen parantamisen varaa. Työtehtäviä uudelleen organisoimalla, työnjakoa tarkistamalla, tehtäviä priorisoimalla, perehdytystä ja koulutusta lisäämällä, tauottamalla työtä (myös vuorotteluvapaat, työkierto), työyhteisön ja esimiehen tukea parantamalla (säännölliset palaverit, tiedotteet, normaalitoiminnasta poikkeamien käsittely, työnohjaus, mentorointi, kehityskeskustelu) voidaan esimerkiksi vähentää stressiä aiheuttavaa kuormitusta. (Ojanen 2012)

Moni vastaajista koki työssä käynnin tukevan identiteetin vahvistumista ja monien käytännön taitojen ylläpitoa. Työn kautta muodostuneet sosiaaliset kontaktit olivat tukeneet työntekijöitä monien vaikeuksien yli. Työtovereista muodostui elinikäisiä tukijoita ja kumppaneita parhaimmillaan. Hyvä työ tuki kotona ja perheen kanssa syntyneissä vaikeuksissa.

Työelämän kehittämisessä tarvitaan rahan lisäksi yksilöiden tieto-, taito-, luovuus- ja motivaatiovoimavaroja eli immateriaalista pääomaa. Työn ja perheen pysyvyys ja jatkuvuus muodostavat osan yksilöiden identiteetistä, arvoista, turvallisuudesta, elannon hankkimisesta ja suvun

jatkamisesta sekä koherenssin tunteen muodostumisesta ja ovat siksi hyvin perustavaa laatua olevia asioita. (Lönnqvist 2013)

Työ parhaimmillaan edistää toipumista ja sitä voitaisiin hyödyntää enemmänkin kuntouttavana elementtinä oikein annosteltuna ja ohjattuna. Työ voi olla tuomassa mielekkyyttä, hallittavuutta ja ymmärrettävyyttä arkipäivän elämään ja tukee osallisuutta yhteiskuntaan. Siksi jokaisen oikeus olisi saada tehdä itselleen soveltuvaa työtä mielenterveytensä säilyttämiseksi. (Wahlbeck 2011)

Entistä useammat ongelmat työpaikoilla näyttävät monimutkaistuvan ja muodostuvan ns. ilkeiksi ongelmiksi, joihin ei ole olemassa rutiininomaisia ratkaisuja. Mielenterveysongelmille on tyypillistä monitahoisuus niin synty- kuin korjausmekanismien osalta. Työterveysneuvottelu on yksi tapa pohtia yhdessä työnantajan ja työterveyshuollon kanssa työntekijän selviytymistä uhkaavia tekijöitä ja miettiä tukemiskeinoja niihin. Erilaisia varhaisen puuttumisen ja tuen malleja (VARTU) onkin kehitetty työpaikoille asiaa edistämään. (Kivistö 2008)

Kehityskeskustelu voisi olla Honkosen (2003) ehdotuksen mukaan vuosittain esimiehen kanssa käytynä se tilaisuus, jossa subjektiivista kykyä selviytyä työssä arvioitaisiin. Työntekijästä itsestään riippuvat kuormitustekijät pitäisi preventiossa osata erottaa työstä ja työyhteisöstä johtuvista seikoista. Kuormittuneisuus on signaali muutostarpeelle, joka pitäisi toteuttaa ennen kuin sairastuminen tapahtuu. Konfliktit työyhteisössä pitäisi olla hälytysmerkki työuupumuksesta ja työkyvyn uhattuna olemisesta (Pylkkänen 1998). Työterveyshuollossa tai isoissa työnantajaorganisaatioissa voi olla myös työkykykoordinaattoreita**,** jotka tukevat tuen tarpeessa olevia työntekijöitä löytämään yksilöllisiä ratkaisuja työkyvyn heiketessä joko tilapäisesti tai pidempiaikaisesti. Näitä voisi olla myös sote-keskuksissa ja kuntien työllistämispalveluissa niitä varten, joilla ei ole työterveyshuoltoa käytössään.

Lisäkoulutuksen hankkiminen ja sitä kautta työllistyminen nähtiin uutena mahdollisuutena haastatteluissa. Irtisanomisen yhteydessä työntekijät jäivät tyhjän päälle ilman ohjausta ja neuvontaa kun työterveyshuollon palvelut loppuivat. Muutosturvakoulutuksia pitäisi käyttää hyödyksi paremmin työttömyyskausien aikana lisäämään ammattitaitoa ja sitä kautta mahdollistamaan uudelleentyöllistyminen. Työnantaja voi osallistua tällä tavoin irtisanottujen työntekijöittensä sopeuttamiseen uuteen tilanteeseen ja siitä on saatu hyviä kokemuksia. Myös irtisanottujen työterveyshuollon käyttömahdollisuuteen on äskettäin tullut muutos niin että palveluja voi käyttää 6 kk irtisanomisen jälkeen, jos työntekijä on ollut kyseisessä työpaikassa 5 vuotta vähintään. Myös työterveyden asiantuntijavirkoja voisi olla ilman työnantajakytköstä esim. työttömien tai ilman työterveyshuollon käyttömahdollisuutta oleville (Muutosturva, Työterveyshuoltolain muutos 2016, Niiranen 2014)

Vastaajien omat ehdotukset työstä aiheutuneiden haittojen vähentämiseksi olivat realistisia, monesti käytännössä kokeiltuja ja toimivia. Perhe ja työ nähtiin oikein hyödynnettyinä suurina elämänhallinnan mahdollisuuksina, mutta joihin liittyi myös kovin monesti uhkatekijöitä. Perhettä ei voinut hallita eikä sen pelisäännöt olleet aina niinkään selkeitä kuin työelämässä. Aikuisiän perhe ei ollut itsestään selvyys, se saattoi olla välillä ja taasen lakata olemasta, muuttaa muotoaan ja vaihdella myös voimavarojen tarjoamisen suhteen. Työstä saatava maksimaalinen tuki persoonalle vaati nappisuoritusta uran valinnassa, omaan tyyliin ja arvoihin sopivan työn löytymistä ja sen pitkäkestoisuutta, hyvää työyhteisöä ja toimivia esimiessuhteita. Riittävä taloudellinen toimeentulo, terveys ja muu työn ulkopuolinen elämä auttoivat tasapainottamaan työstä aiheutuvaa kuormitusta. Työstä oli mahdollista tehdä mielekästä, hallittavaa ja ymmärrettävää, mikäli kaikki osaset loksahtivat sopivasti kohdalleen. Usein vasta yrityksen, erehdyksen ja uupumukseen ja masennukseen sairastumisen kautta.

6.4. Näkökulmia hoitoon ja kuntoutukseen tulosten pohjalta

Hoidon alkuun pääseminen masentuneilla oli ollut monesti sattuman kauppaa. Kaikille ei alkuun ollut ollenkaan selvää että oireissa oli kyse masennuksesta. Usein kipu tai unettomuus oli ensimmäinen oire. Pelättiin oireiden takana olevan jopa vakavankin somaattisen sairauden. Useat olivat ennen masennusdiagnoosinsa saamista käyneet jopa usean eri lääkärin vastaanotolla ja päivystyksessä etsien selitystä oireisiinsa. Oikean diagnoosin saaminen saattoi kestää pitkäänkin, vaikka masentuneet hakivat apua aktiivisesti. Hoidon aloitus viivästyi. Samaa ongelmaa oli myös todettu esimerkiksi Terrimäen (2012) haastattelemilla potilailla.

Depressiohoitajatoiminta oli vasta käynnistynyt alueen terveysasemilla tutkimuksen alussa eikä muita matalan kynnyksen palveluita työterveyshuoltoa lukuun ottamatta ollut. Masentuneet olivat saaneet ensimmäisen vuoden aikana hoitoa terveyskeskuslääkäriltä, sairaanhoitajalta, depressiohoitajalta, työterveyshuollosta alkuvaiheessa ja vain yksittäisillä käynneillä myöhemmin psykiatrilla. Yksi oli saanut päätöksen korvattavasta psykoterapiasta. Sairauden mahdollisesti uusiutuessa kahden vuoden sisään heillä oli lupa hakeutua suoraan depressiohoitajan vastaanotolle. Lääkehoidosta oli kokemuksia lähes kaikilla, samoin työstä poissaolosta hoidon aikana.

Tutkimuksessa mukana olleet kokivat että yksilöllisyys ja paneutuminen sairauden taustalla oleviin asioihin jäi hoidossa puutteelliseksi. Diagnoosin saaminen viivästyi, koska kynnys avun hakemiseen oli ollut korkea. Paras ja otollisin aika paranemiselle oli jo osalta mennyt ohi. Seurauksena saattoi pahimmillaan olla eläköityminen. Lääkkeillä oli haittavaikutuksia eikä sopivaa lääkettä tahtonut löytyä.

Hoitomuodoista parhaina mainittiin depressiohoitajalla käynnit, paniikkihäiriökurssi, tiedon saaminen sairaudesta ja asiaan liittyvän kirjallisuuden lukeminen. Terveyskeskuslääkärin rooli nähtiin lähinnä hoitoon ohjaajana ja kuuntelijana. Psykiatrilla käyneet eivät kokeneet juurikaan siitä hyötyneensä. Lääkkeiden, eläkelausuntojen ja terapialähetteiden saannissa heitä kuitenkin tarvittiin ja ensiapuna itsetuhoisessa tilanteessa. Pidemmässä hoitosuhteessa ei masentuneista ollut kukaan psykiatrin kanssa. Yksi masentunut kävi yksilöterapiassa vuoden aikana. Työterveyshuollossa kävi osa masentuneista ja siellä heitä lähinnä seurattiin työssäjaksamismielessä ja uudistettiin lääkemääräyksiä.

Tutkittujen puolisot ja lapset olisivat tarvinneet neuvontaa ja ohjausta, miten masentuneen kanssa eletään ja toimitaan ja miten sairauteen pitäisi suhtautua. Sitä he olivat saaneet niukasti tai sairastunut ei halunnut heitä ollenkaan mukaansa vastanotolle. Joillekin pariterapia olisi ollut tarpeen jo pidempään jatkuneen parisuhteen kuormittumisen vuoksi, koska puolisot eivät kyenneet ratkomaan pulmia keskenään. Monilla ydinystäväpiiri oli melko pieni. Siitä oli kuitenkin suurta apua ja tukea sairauden aikana. Osalla stigma vaikeutti kontaktin ottoa uusiin ihmisiin masentuneena ja sosiaalisen tuen saanti jäi heikoksi.

Masennuksen tunnistaminen ja hoito on haasteellista, koska sitä ei voi erottaa muusta persoonasta ja siksi selviytyminen sen kanssa on poikkeuksellisen vaikeaa verrattuna esim. fyysiseen sairauteen, jossa sairauden syy on jotenkin paikannettavissa tiettyyn kohtaan elimistössä tai aineenvaihdunnassa eikä muuta ihmistä persoonana, leimaa, aiheuta häpeää ja häiritse vuorovaikutussuhteita siinä määrin kuin psyykkinen sairaus. (Kaltiala-Heino 2001, Sartorius 2007)

Vastaajilla oli melko vähän käsitystä hyvästä hoidosta ja vielä vähemmän toipumisesta ja kuntoutumisesta ammattilaisten kanssa yhteistyössä. Monet puheena olleet seikat liittyivät enemmän

arjen hallintaan ja vain pieni osa varsinaiseen lääketieteelliseen hoitoon, josta vastaajat puhuivat yllättävän vähän spontaanisti tai edes kysyttynäkään.

Laukaisevien tekijöiden, kliinisen kuvan ja vaikeuden osalta hoitoon hakeutumattomat masentuneet eroavat yllättävän vähän hoidon piirissä olevista. Hoitoon hakeutumiseen voi vaikuttaa komorbiditeetit ja itsetuhotaipumus sekä myös hoidon saatavuus ja sosioekonomiset tekijät (Isometsä 1994). On arvioitu että jopa puolet lievästi tai keskivaikeasti masentuneista voisi toipua ilman ammattilaisten apua vuoden kuluessa (Whiteford 2013). Mistä sitten voidaan tunnistaa, ketkä hyötyvät tuesta ja hoidosta, kun potilaat eivät itsekään tiedä, mikä heitä vaivaa? Medikalisoidaanko tilaa kenties liikaa? Hitaus hoitoon hakeutumisessa ja masennuksen tunnistamisessa, keskimäärin vuosi oireiden alkamisesta, ja jonot hoitoon pääsyssä viivästyttävät alkuvaiheen tehokasta puuttumista ja kuntoutuksen käyntiin saattamista (Salminen 1997). Puolen vuoden jälkeen vain puolet masentuneista palaa takaisin työelämään. Erityisesti nuorten kohdalla asia on erittäin tärkeä, koska työ antaa mielekkyyttä elämään ja mahdollistaa osallisuuden tunteen yhteiskunnassa ja voi toimia kuntouttavana elementtinä sinänsä. (Wahlbeck 2011)

Edelleen arvoitukseksi jäi, mitä stressiryhmäläisille olisi kannattanut tehdä, jos he olisivat tuossa tilanteessa satunnaisesti päätyneet vastaanotolle ja kertoneet tilanteestaan. Toiset olivat kenties työuupuneita tai muuten raskaiden elämänkohtaloiden kuormittamia, mutta toisaalta heillä oli melko paljon voimavaroja selviytyä omien verkostojensa avulla niistä. Liika medikalisaatiokaan ei ole aina hyvästä. Matalan kynnyksen neuvontaa, vertaistukea tai nettipalveluja heille olisi voinut kenties suositella. Toipuminen olisi saattanut jossakin määrin kenties nopeutua, mutta ajan myötä se hoitui kuitenkin luonnostaan ilmankin. Onko kaikkea elämässä tapahtuvaa siis järkevää kiirehtiä eteenpäin vai antaako luonnon hoitaa omansa omaan tahtiinsa? Suurten elämänmuutosten läpikäyminen vie aina aikansa. Keski-ikäisillä näkyi ruuhkavuosien kuormitukset, joihin ei patenttiratkaisuja useinkaan ole tarjolla. Persoonallisuus muokkautui elämänkokemusten myötä joustavammaksi ja tuli uskallusta elää arvojensa mukaista elämää. Ongelmanratkaisukyky ja verkostot ympärillä kehittyivät iän myötä paremmin selviytymistä tukeviksi.

Kaikki eivät koe tarvitsevansa ulkopuolista apua varsinkaan stressilähtöiseen masennukseen (Scattolon 1999). Itsensä auttaminen, sosiaalinen tuki, tilanteen haltuunotto ja stressikokemuksille tarkoituksen löytyminen olivat esiin nousseita tilanteen hallintakeinoja naisilla (Skärsäter 2003). Hoitoon hakeutumisen esteenä masentuneella voi olla halu normalisoida tilanne itse. Alentunut omanarvontunne haittaa myös avun hakemista ja vuorovaikutussuhteeseen asettumista. (Enäkoski 2002, Scattolon 1999)

Selviytymättömyyden myöntäminen voi viedä aikaa, leimautumisen pelko myös. Ihminen määrittyy helposti sairauden kautta, jolloin hänelle tulee potilaan ja masentuneen identiteetti. Hoitoon hakeutuminen voi olla kuitenkin käännekohta elämässä, uuden identiteetin rakentumisen alku. Hoitoon hakeutumiseen tarvitaan yllyke, oma avun hakemisen pakko tai läheisen tai ammattilaisen suositus. (Romakkaniemi 2011)

Hoidossa pitäisi tukea potilaan itsetuntoa, pärjäämisen tunnetta ja lisätä myönteisiä hoito-odotuksia, joiden on todettu vaikuttavan merkittävällä tavalla hoidon lopputulokseen ja samalla vähentävän stigmaa. On huolehdittava myös tasa-arvosta yhteiskunnassa ja muokattava asenteita myönteisemmiksi sairautta kohtaan niin ammattilaisten kuin eri-ikäisten kansalaisten osalta. (Kaltiala-Heino 2001, Rouvinen-Wilenius 2011)

Hoitoonpääsykynnys erityistason psykiatrisiin palveluihin vaihtelee alueittain. Toisaalla kynnystä ei ole lainkaan, vaan hoidon taso määritellään jo primääristi tarpeiden mukaan ja toisaalla noudatetaan

erikoissairaanhoitoon lähettämiskriteereitä masennuspotilaiden kohdalla, kuten näiden mukana olleiden alueella oli tilanne (Kiireettömän hoidon kriteerit STM). Masennuksen hoidossa työterveyshuolto kokee ongelmaksi psykoterapiapalvelujen heikon saannin ja psykiatrikonsultaatioiden vähäisyyden johtuen osittain psykiatripulasta. Työterveyshuollon omien työterveyspsykologien ja depressioon perehtyneiden hoitajien käyttömahdollisuuksia rajaavat KELA:n korvauskäytännöt. (Kaila 2014)

Sama ongelma koskee terveyskeskuspotilaita. KELA:n osittain kustantaman psykoterapian hinta voi olla liian korkea, vaikka potilaat hyötyisivät siitä ja siihen pääsy on monimutkaista. Julkisen sektorin tarjoamaa maksutonta psykoterapiaa on niukasti tarjolla. Mikäli hoitoa toteutetaan esim. terveyskeskuksessa tai yksityissektorilla, tiedonkulku ja jää puutteelliseksi niiden, työterveyshuollon ja työpaikkojen välillä, koska vakiintuneita yhteistyökäytäntöjä ei ole B-lausuntojen lähettämisten lisäksi eikä yhteensopivia tietojärjestelmiä ole. Hoitojärjestelmä on pirstaleinen, yhteistyö eri tahojen välillä niukkaa, vastuunkantajaa ja koordinoijaa hoidon kokonaisuudella ei ole ja siten tulokset jäävät usein vaatimattomiksi.

Ammattilaisten tarjoaman hoidon tehoon vaikuttaa olennaisesti muun elämän kokonaisuus. Läheisistä ja muusta tukiverkostosta voi olla hoidossa suurta apua, mutta se ei voi etenkään vaikeissa tapauksissa korvata ammattilaisapua. Ammattilainen on sopivan ulkopuolinen näkemään asioita etäisyyden päästä. Hänen kanssaan keskusteltaessa on helpompi pysyä aiheessa kuin maallikon kanssa eikä auttaja ole kietoutunut tuolloin itse syyverkostoihin. Ammattilaisen tehtävänä on tukea dialogisuutta ja potilaan aktiivista osallisuutta omassa elämässään ja hoitosuhteessa sekä myös tukea häntä elämänmuutoksiin. Hoidon täytyy sopia yhteen potilaan arkielämän kanssa. (Romakkaniemi 2011)

Vastaajat olivat käyneet sekä lääkärin että hoitajan vastaanotoilla. Lääkäreiden rooli oli jäänyt hyvin taka-alalle ja etäiseksi hoidossa. Hoitajien kanssa oli enemmän aikaa käytössä ja heidän kanssaan syntyi läheisempi suhde. Lääkehoitojen suhteen oli koettu pettymyksiä, teho oli heikompi kuin oli annettu ymmärtää ja sivuvaikutuksia koettiin niin että lääkkeet jäivät välillä käyttämättä. Myös Romakkaniemen tutkimuksessa (2011) masentuneet kokivat lääkärissäkäynnit enemmän välineellistä arvoa tuottavana kuin hoitavana. Hoito miellettiin enemmän terapeutin tai hoitajan toteuttamaksi. Palveluiden saamattomuus ja jonottaminen niihin tuotti hylkäämisen ja arvottomuuden kokemuksia potilaalle, jolla niitä on ollut jo ennestään. Tunne saattoi olla myös osa sairaudenkuvaa.

Masennuspotilaille oli luvattu terveyskeskuksesta keskimäärin kuusi käyntikertaa depressiohoitajan luona hoidoksi. Osa jatkoi käyntejä työterveyshuollossa, osa depressiokouluryhmässä ja osa jäi terveyskeskuslääkärin ja sairaanhoitajan ja somaattisen erikoissairaanhoidon lääkäreiden seurantaan, mutta varsinaista hoidosta vastaavaa ammattilaista ei nimetty. Kuntoutuksesta erikseen ei näiden masentuneiden kohdalla oltu puhuttu mitään.

Hoitosuhteen synnyttäminen on suurta luottamusta vaativaa. Henkilökemioiden yhteensopivuus edesauttaa hoito/terapiasuhteen onnistumista. Terapiasuuntauksella ei sen sijaan ole juurikaan merkitystä hoidon tuloksen kannalta. Ensimmäistä kertaa sairastuttaessa hoitosuhteen luomisella ja luottamuksen synnyttämisellä on erityisen suuri merkitys, koska se luo pohjaa jatkossakin tapahtuvalle yhteydenotolle ja luottamukselle ammattilaisten ammattitaitoon ja hoidon onnistumiseen. Potilaalle pitää syntyä kokemus välittämisestä hoitosuhteessa. Heikoimmillaan ollessaan potilas tarvitsee motivointia, kannattelua ja turvallisuuden tunteen luomista ympärilleen, uskoa ja toivoa selviytymiseen. Selviytyminen voi tarkoittaa parantumista sairaudesta tai

selviytymistä sairauden kanssa. Aktiivinen toimijuus tarvitsee sosiaalisia vuorovaikutussuhteita tuekseen. (Enäkoski 2002)

Sekä sairastuminen että kuntoutuminen masennuksesta kestävät usein vuosikausia. Hoito ei useinkaan vastaa tätä kehityskulkua lyhytkestoisuudessaan. Hoidossa ja kuntoutuksessa pitäisi olla suunnitelma, jossa on sekä potilaan asettamia tavoitteita että myös terapeutin realistinen näkemys tavoitteesta (oma tai jaettu), johon nähden arvioida hoidon onnistumista. Hoitojärjestelmällä pitäisi olla tarjolla näitä pitkäkestoisia hoitosuhteita joko psykiatristen sairaanhoitajien tai muiden terapiakoulutuksen saaneiden ammattilaisten toimesta ilman varsinaista psykoterapiaakin. Myös sosiaalityötä tarvitaan tueksi rinnalle kartoittamaan esim. taloudellisen ja perheen ja lasten tuen tarpeita. Asumiseen liittyviä tukitoimia voidaan tarvita sellaisten kohdalla, joilla itsenäisessä pärjäämisessä on puutteita. Hoitovastuun jakautuminen monelle auttajalle tai auttajien vaihtuminen vähentää koettua luottamusta ja tukea masentuneiden mielestä. (Romakkaniemi 2011)

Sairastuminen psyykkiseen sairauteen, kuten muihinkin pitkäaikaissairauksiin muuttaa monia asioita käytännön elämässä. Elämää on vaikea hallita sairaana ja elämän tarkoitus ja mielekkyys voivat hävitä, ainakin tilapäisesti. Hoidon, terapian ja kuntoutuksen avulla koetetaan saavuttaa uudenlainen tapa toimia ja elää sairauden kanssa ja löytää siitäkin merkityksellisyyttä elämään. Elämänarvot voivat tervehtyä muutoksen myötä. Näitä kokemuksia vastaajat pitivät merkittävinä oppimiskokemuksina elämässään.

6.4.1. Mitä hoitoa ja kuntoutusta masennukseen palvelujärjestelmässä on tarjolla ja mitä pitäisi vielä olla?

Tutkituista osa oli sairastanut masennusta jo pitkään, vaikka olivat vasta ensimmäistä kertaa hoidossa sen vuoksi. Suurimmalla osalla oli havaittavissa jo vuoden aikana selkeää toipumista, vaikka varsinaisia kuntouttavia toimenpiteitä ei oltu käynnistettykään yhtä tapausta lukuun ottamatta. Hoito oli ollut tavanomaista keskustelua ja lääkehoidon seurantaa depressiohoitajan ja yleislääkärin vastaanotolla. Masennuksen hoito ja kuntoutus ovat usein vuosia kestävää. Suurin osa (n. 80 %) masentuneista toipuu kuitenkin ajan myötä oireettomaksi tai vähäoireiseksi (Vuorilehto 2008b, Isometsä 1994).

Masentuneet eivät puhuneet haastattelussa psykiatrisesta kuntoutuksesta mitään. Heille ei ollut kenties edes tarjottu sellaista termiä ollenkaan. He puhuivat vain hoidosta tai terapiasta. Osa oli kyllä ollut kuntoutustuella toipumisen aikana, joka oli katkeillut hylkyjen takia. Osa hakeutui uuteen työhön toivuttuaan, eräs masentunut kouluttautui uuteen ammattiin muuntoturvan kautta. Kolmen pariskunnan kohdalla parisuhdeterapiasta olisi voinut olla hyötyä toipumisessa, mutta sitä ei joko oltu esitelty heille tai puoliso ei suostunut. Myös väkivalta saattoi estää mahdollisuuden sen onnistumiselle.

Masennuksen tunnistamisen ja hoitoon ohjauksen suhteen tarvitaan kiinteää yhteistyötä työn lähijohdon ja työterveyshuollon kanssa. Tarvitaan varhaisia tunnistamiskeinoja ennakoimaan uhkaavaa työkyvyn menetystä. Usein kuntoutus aloitetaan vasta kun työkyky jo osittain tai kokonaan menetetty. Lähijohdolla on usein paras näkemys asiaan, vaikka tilanne voi näyttäytyä aluksi muuna kuin masennuksena (lyhyet satunnaiset työstä poissaolot eri somaattisista syistä, vaikeudet työtehtävistä suoriutumisessa, yleinen toimintakyvyn lasku, väsymys, uupumus, työyhteisökonfliktit, epäily lisääntyneestä päihteiden käytöstä, uniongelmat, stressinsiedon heikkeneminen, kommunikaatiovaikeudet asiakkaiden ja työtovereiden kanssa, vaikeudet työn ja perheen yhteensovittamisessa, työkykyä rajoittavat fyysiset sairaudet, läheisten vaikeat sairaudet ja

hoitovelvoitteet). Sairastumista edeltävä yleinen toimintakyvyn heikkeneminen voi näkyä esim. objektiivisesti testattavana keskittymis- ja huomiokyvyn heikkenemisenä, tarkkavaisuuden häiriönä, reaktionopeuden ja psykomotoriikan hidastumisena, muisti- ja oppimisvaikeuksina. Myös subjektiivinen käsitys itsestä ja omasta suorituskyvystä sekä käsitykset ympäristöstä ja tulevaisuudesta muuttuvat kielteisiksi sairauden vaikutuksesta. Nämä kaikki eivät tule esiin diagnostisissa kysymyksissä. (Heikman 2002)

Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida esim. perusterveydenhuollossa jo käyttäen SOFAS- mittaria (TOIMIA SOFAS). Myös kansainvälistä ICF- mittaria (International Classification of Functioning, Disability and Health, THL ICF-luokitus, Paltamaa 2006) tai WHODAS:ia (TOIMIA WHODAS) suositellaan käytettäväksi toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arviointiin pitäisi sisältyä myös kognitiivisten taitojen ja muistin arviointi nykyisenkaltaista työtä tehtäessä (Müller 2006, Heikman 2002, Merikanto 2002, Viinamäki 1998, Salminen 1997).

Masennus voi olla myös sekundääristä, jolloin alkuperäinen syy olisi pyrittävä selvittämään ja hoitamaan mahdollisimman hyvin huolellisen anamneesin ja somaattisten ja laajempien psyykkisten tutkimusten avulla. Samalla voidaan välttää kenties myös sairauden uusiutumista. Mieliala-asiat pitäisi aina huomioida myös somaattisten sairauksien vuoksi tehtävässä työkykyarviossa (Kantojärvi 2002). Huomattavaa on että toimintakyvyn lasku jatkuu pidempään masennuksesta toivuttaessa kuin diagnostiset kriteerit osoittavat, jolloin kuntouttavat toimet voidaan jättää kesken. Oma arvio lopulta korreloi parhaiten sairaudesta toipumisennusteeseen (Viinamäki 1998).

Osalla vastaajista oli kovat perfektionistiset vaatimukset itseään kohtaan sekä työssä että vapaa-aikana kotona ja perheen kesken. Tavoitteista tinkiminen oli alkuun lähes mahdotonta ja epäonnistumisen myöntäminen koettiin nöyryyttävänä. Korkea työmoraali yhdistettynä stigmatisoivaan sairauteen luo ristiriidan, jota on vaikea käsitellä. Ammatti-identiteetin ja statuksen menetys työkyvyn menetyksen myötä asettaa arvomaailman kovalle koetukselle. Ammatin vaihdon ja uudelleenkoulutuksen myötä päästään luomaan uutta ammatillista identiteettiä, joista osalle joukosta syntyi myönteisiä kokemuksia. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa juuri näihin seikkoihin pitäisi kiinnittää erityishuomiota. Liian sairauskeskeinen, medikalisoiva ajattelu voi johtaa liian kaavamaisiin ratkaisuihin hoidossa ja kuntoutuksessa. (Kokko 2005, Tuomainen 2002, Kerätär 1997 ja 2003, Sinikumpu 1998, Seuri 2006)

Pitkäaikaistyöttömät ovat oma erityisryhmänsä runsaan komorbiditeetin vuoksi (Juntunen 2002, Larivaara 2000). Somaattisten sairauksien hoito pitäisi integroida tiiviimmin psyykkisen sairauden hoidon kanssa yhteen. Osalla työttömistä oli kausiluontoista runsastakin päihteiden käyttöä. Mahdollisuuksia työllistymiseen realistisesti ei enää ollut puutteellisen koulutuksen ja korkean iän ja sairauksien vuoksi. Työttömäksi joutuneet pitäisi saada työllistettyä nopeasti ennen lieveilmiöiden ilmaantumista. Heille pitäisi saada työterveyshuollon tyyppistä monipuolista palvelua ja asiantuntemusta työkyvyn ylläpitoon heti alkuunsa, mutta sitä ei ole ollut toistaiseksi tarjolla.

Ongelmakohtina työssä olevien kuntoutumisessa on mainittu Kivistön (2008) ja Kivekkään (2006 ja 2008) mukaan mm. se että työnantaja ei laske sairauspoissaolosta johtuvia kuluja, jolloin motivaatiota ei synny kuntoutuksen järjestämiseen. Vakuutusyhtiöiden käsittelyajat ovat pitkiä ja siitä seuraa toimeentulon vaikeutumista. Työhön paluu saattaa pelottaa työntekijää, jos ei saa siihen tukea ja oletetaan että hän on palatessaan täysin terve. Mielenterveyssyistä kirjoitetaan pitkiä sairauslomia, joka sekin on lisäämässä kynnystä työhön paluulle. Häpeän nimissä sairaudesta ei puhuta työyhteisössä sen oikealla nimellä ja sijaa jää arvailulle, joka voi heikentää palaajan kannalta työilmapiiriä. Osa sairastuneista saattaa olla niin pelokkaita ja ahdistuneita että mieluummin

irtisanoutuvat työstään kun stressaavat itseään paluulla entiseen työpaikkaan. Tähän liittyy syrjäytymisriski ja mahdollisuus jäädä pitkäaikaistyöttömäksi, jos uutta työtä ei löydykään. Masentuneen harkitessa irtisanoutumista työnantajan olisi hyvä tarkistaa työntekijän tilannetta ja tarjota vielä aktiivisesti vaihtoehdoksi jäädä työhön tuettuna esim. työkokeiluun ja etsiä työllistymismahdollisuuksia esim. ammatillisen kuntoutuksen kautta. Työhön paluuta sairausloman jälkeen voisi porrastaa osasairauspäivärahan ja työn räätälöinnin keinoin tai hakea osatyökyvyttömyyseläkettä. Ne ovatkin pystyneet vähentämään uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrää (Honkonen 2011).

Kuntoutuminen on ympäristön ja hoitojärjestelmän ja kuntoutujan vuorovaikutusta, joka auttaa omaksumaan erilaisia rooleja ja solmimaan uusia vuorovaikutussuhteita. Psykiatrisilla potilailla kuntoutus jää usein pelkän psykoterapian varaan. Masennukselle on olemassa myös yhteiskunnallisia syitä, joihin puuttuminen vaatisi esim. lainsäädännöllistä tai taloudellista uudelleenjärjestelyä. Monesti taustalla on myös sosiaalisia ongelmia, jotka vaativat sosiaalista kuntoutusta ja myös ammatillinen ja toiminnallinen kuntoutustarve pitäisi ottaa huomioon ja kartoittaa perheterapian ja ryhmämuotoisten kuntoutusmenetelmien tarve. (Kivistö 2008)

Kuntoutumista edistää jos mahdollisuudet ja voimavarat ovat tasapainossa. Myös rentoutumisen ja levon suhde ponnistuksiin on opittava. Oman roolin ja vuorovaikutussuhteiden selkiytyminen suhteessa ympäristöön helpottaa masennuksesta toipumista. Mahdollisuuksien löytäminen ja esittely antaa tunteen että on mistä valita ja että on liikkumavaraa. Vertaistuki auttaa löytämään vaihtoehtoja ja edistämään toimijuutta. Sairastuminen voi lopulta eheyttää ihmistä, auttaa löytämään ominta sisintään, jolla on merkitystä myös suhteeseen muihin ihmisiin, työhön ja harrastuksiin. Oppii kuuntelemaan itseään. (Romakkaniemi 2012)

Työterveyshuollon, työeläkelaitoksen ja työpaikan yhteistyönä voidaan toteuttaa paitsi masennuksen hoitoa, myös räätälöityä kuntoutusta tai uudelleenkoulutusta. Kuntoutustarveselvityksessä kartoitetaan tarvittavia toimenpiteitä (esim. psykoterapian tarve) tarkemmin, samoin kuntoutustutkimuksissa ja työkokeiluissa tukityöllistettynä. Kuntoutuksen aloittamisen oikea-aikaisuus on myös tärkeää että sairaudesta toipumiseen jää riittävästi aikaa, mutta toisaalta varhain aloitettu kuntoutus estää syrjäytymistä varsinkin työttömänä ollessa. Reaaliset työllistymismahdollisuudet maantieteellisesti katsoen on syytä myös ottaa huomioon. Kuntoutuksessa voidaan havainnoida myös sosiaalista toimintakykyä käytännössä. Myös talous- ja perhetilanne on syytä kartoittaa. (Kinnunen 2002)

Ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus voivat ajoissa aloitettuina auttaa löytämään voimavaroihin sopivan uuden ammatin tai työtehtävän. Sitä varten tarvitaan kuntoutussuunnitelma, jonka laatii joko työterveyslääkäri tai muu hoidosta vastaava lääkäri. Sen voi tehdä myös ennen kuin työntekijä on jäänyt sairauslomalle. Diagnoosi pitää kuitenkin jo olla, jotta olisi oikeutettu kuntoutukseen, joten se ei sovellu varhaiseksi puuttumiskeinoksi. Työkokeilulla, työklinikkajaksolla tai kuntoutuslaitoksissa tehtävät työ- ja toimintakykyarviot voivat auttaa hahmottamaan jäljellä olevia voimavaroja ja suuntaamaan kuntoutusta oikealla tavalla. Joskus kuntoutuksen aikana vasta paljastuu sairastumiseen johtuvia perimmäisiä syitä, kun on aikaa keskustella ja havainnoida työskentelyä intensiivisemmin. Aikaisempi koulutus- ja työhistoria, perhesuhteet ja muut sidonnaisuudet, ikä ja muuttohalukkuus voivat myös vaikuttaa reaaliseen työllistymiseen. KELA maksaa työttömien ammatillisen kuntoutuksen, työeläkelaitokset työssä olijoiden. (Kinnunen 2002, Pylkkänen 1998)

Hoitosuunnitelma liitetään kuntoutussuunnitelmaan, jossa arvioidaan ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen mahdolliset suotuisat vaikutukset työkykyyn. On selvitettävä myös onko työkyvyn epäsuhta työyhteisöstä, heikosta johtajuudesta vai yksilön omasta häiriöstä tai sairaudesta peräisin ja

tarvittaessa puututtava niihin. Työuupumus, kognitiiviset puutteet, motivaatiotekijät, yleinen toimintakyky, somaattiset sairaudet ja päihdeongelma on myös kartoitettava. (Kivistö 2008).

Työkokeilu kannattaa tehdä muussa kuin omassa entisessä työssä varsinkin jos työpaikalla on ollut työyhteisöongelmia tai työ koetaan liian kuormittavaksi sinänsä. Työpaikkakuntoutusta voidaan jatkaa enimmillään 6 kuukautta ja tehdä se osa-aikaisesti. Uudelleenkoulutus toiseen ammattiin ja kokonaan uuteen työpaikkaan ei välttämättä tarjoa riittävää tukea uudessa työympäristössä mielenterveysongelmaiselle. Siihen kannattaa valita lähinnä sellaisia, joiden ammatti sisältää asioita, jotka altistavat mielenterveyden ongelmille ja liialle kuormitukselle, kuten vuorotyö, esimiehenä oleminen tai ihmissuhdetyö. Ehtona on että kuntoutujalla on riittävät kognitiiviset ja henkiset voimavarat koulutuksesta selviytymiseen. (Kivistö 2008)

Toiminnallinen ja sosiaalinen kuntoutus pitäisi mennä hoidollisen kuntoutuksen rinnalla. Joskus myös päihdekuntoutusta voidaan tarvita työhön paluun mahdollistamiseksi. Kuntoutukseen ohjaamisessa täytyy masentuneiden kohdalla olla aktiivinen sairauden luonteen vuoksi. (Kivistö 2008)

Työhön palatessa osalla on paikallaan sijoittaminen aiempaa vähemmän vaativiin työtehtäviin. Mielenterveyspotilaat yleisestikin kuntoutuvat takaisin työhön hitaammin ja heikommin kuin muut kuntoutujat. He tarvitsisivat muita kuntoutujia enemmän tukea työhön paluussaan**.** Henkilökohtaisesti nimetystä tukihenkilöstä tai kuntoutuskoordinaattorista olisi todennäköisesti hyötyä vajaatyökykyisen työhön paluun ja työssä olon tukijana. Muutokset työn vaativuudessa ja esim. työparityöskentely voisivat madaltaa kynnystä myös työhön paluuseen. Perehdytystä voidaan myös tarvita paluuvaiheessa kuten uuden työtekijän kohdalla päivittämään tilanne työssä poissaolona ajalta. Työnohjauskin voi olla apuna jaksamisessa sairastumisen jälkeen. **(**Kivistö 2008)

Syiksi heikkoihin kuntoutumistuloksiin on arveltu leimautumisen pelkoa, motivaation puutetta, vaikeaa hoitoon pääsyä, pitkiä jonoja sekä heikkoja hoitotuloksia johtuen yksipuolisista hoitokeinoista (Viinamäki 2003). Myös läheisten tilanteeseen masentuneen rinnalla pitäisi kiinnittää huomiota ja tukea heitä ottamalla heidät mukaan hoitoon. Myös vertaistuki olisi usein tarpeen. Apua pitäisi saada nopeasti, erityisesti ensimmäisessä masennuksessa (Viinamäki 2003). Tärkeää on että jokainen työntekijä tuntee pystyvänsä hallitsemaan työtään ja vaikuttamaan sen kulkuun ja ottamaan osaa omaa työtään koskeviin päätöksiin, myös vajaatyökykyisenä (Palso 2001). Kunkin vahvuuksien löytäminen, työn imuun pääseminen ja kukoistukseen puhkeaminen on mahdollista työssä kun oikeanlainen työ kohtaa tekijänsä (Hakanen 2009). Erityisesti nuorten osalta työelämään kiinnittyminen olisi tärkeää, jotta onnistumisen kokemuksia syntyisi (Virtanen 2009).

6.4.2. Millainen tuki, hoito ja kuntoutus tutkittujen mielestä voisi/olisi voinut auttaa työhön paluussa?

Sairauden hoitoa varten vastaajat toivoivat työaikajoustoja ja sairauslomalta työhön palatessa yksilöllistä tukea sekä työyhteisön että esimiehen taholta ja työn muokkausta voimavaroille sopivaksi. Myös osa-aikatyötä toivottiin. Jotkut olivat saaneet vertaistukea työhön palatessaan työyhteisössä työuupumusta ja masennusta sairastaneilta työtovereilta tai esimieheltä.

Masentuneet kokivat ettei heidän masennusta edeltäneiden sairauksien hoitoon kiinnitetty tarpeeksi huomiota työpaikalla. Työtä olisi pitänyt räätälöidä jo aiemmin voimavaroihin sopivaksi. Asian puheeksi ottoa työpaikalla olisi helpottanut asiallinen kohtelu esimiehen taholta ja oikeanlainen suhtautuminen ja asenne mielenterveyteen. Heidän ei koettu kykenevän tai ehtivän paneutua työkiireissä riittävästi asiaan. Ammatin ja työpaikan valinnalla olisi voinut kenties jo aikanaan löytää paremmin omien arvojen mukaista työtä. Työssä olijat kaipasivat oman työn arvostusta ja sen sanomista ääneen esimieheltä.

Irtisanomisen yhteydessä työntekijät olisivat tarvinneet henkistä tukea hylkäämisen kokemukseensa, erityisesti ne, joille työpaikka oli erityisen tärkeä tuki koko elämänhallinnassa sisältäen elämän rytmityksen, taloudellisen turvan, sosiaalisen ja henkisen tuen, ihmisenä kasvamisen mahdollisuuden ja ammatillisen kehittymisen. Hylkäämisen kokemus oli erityisen voimakas niille, jotka olivat kokeneet sitä jo aiemmin elämässään. Saneeraustoimien yhteydessä jo ennen irtisanomisia työilmapiiri oli ollut kuukausia ja jopa vuosia raskas ja kyräilevä, joka heikensi työkykyä ja ahdisti. Työnantaja etenkin isoissa organisaatioissa tuntui etäiseltä kasvottomalta riistäjältä, jolla ei ollut inhimillisyyttä kaikkensa sille antaneita työntekijöitä kohtaan kun saneerauksia tehtiin.

Työyhteisöä olisi voinut osallistaa säästötoimissa demokraattisemmin keräämällä siltä ideoita työn tehostamiseen ja kustannusten hallintaan ajoissa. Työntekijäitä olisi voinut tukea enemmän väistämättömässä irtisanomistilanteessa, tiedottaa mahdollisuuksista ja järjestää työterveyshuollon kautta henkistä tukea ja kriisiapua ja muutosturvan kautta suunnitteluapua uudelleentyöllistymiseen tai –koulutukseen Pitkäaikaistyöttömille pitäisi löytää mielekästä elämänsisältöä elämän tarkoituksellisuuden kokemiseksi ja mahdollisuuksia opiskella ja tehdä tilapäistöitä työttömyyden lomassa ilman monimutkaista byrokratiaa selkeillä pelisäännöillä. Heille olisi pitänyt olla jo heti työttömyyden alkuvaiheessa työterveyshuollon kaltaisia palveluita jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen.

Toimeentulon vakaus oli yksi tärkeimmistä toiveista jo muutoinkin kuormittavassa elämäntilanteessa masentuneilla. Taloudelliseen ahdinkoon he eivät olleet saaneet mitään tukea hoitoon liittyen. Osalla auttoi uudelleen työllistyminen, osa pääsi eläkkeelle vuosien työttömyyden ja työkyvyttömyyden jälkeen ja sen myötä taloudellisen tilanne vakiintui. Konkurssin kokeneet ja velkavankeuteen joutuneet olisivat tarvinneet apua ja tukea ennen kuin tilanne ajautui kriisiin, osin juuri sairastumisen vuoksi. Elatusmaksujen kanssa kamppaileville etävanhemmille ei löytynyt kuuntelijaa, kun ex-puolisot olivat katkaisseet heihin välinsä kokonaan eikä lapsia edes voinut tavata, vain elatusmaksu kelpasi. Sosiaalityöntekijä hoitoa tarjoavassa yksikössä olisi voinut hoitaa em. asioita.

Henkistä tukea olisi tarvittu haastavien persoonallisuuspiirteiden kanssa elämiseen, perfektionististen tavoitteiden suhteellistamiseen, liiallisista vaatimuksista luopumiseen itseä kohtaan, joustavuuden lisäämiseen, liiallisesta kiltteydestä eroon pääsyyn niin että olisi kyennyt pitämään paremmin puoliaan ja rajoittamaan kohtuuttomia vaatimuksia itsen ulkopuolelta ja suojelemaan omia rajojaan. Itsetuntemus lisääntyi vähitellen yrityksen ja erehdyksen kautta.

Masentuneille pitäisi löytää motivaatio ja mielekkyys kuntoutumiseen. Terve itsekkyys, myös itsensä arvostaminen, hoitaminen ja itsestä huolehtiminen auttavat muutoksessa, mutta masennus pyrkii lamaamaan niitä. Toivon säilyttäminen ja usko paranemiseen auttavat jaksamaan. Sosiaaliset suhteet ja taidot voivat toimia puskureina stressiä vastaan ja ne auttavat tilanteiden arvioinnissa ja valintojen teossa sekä tukevat jaksamista kuntoutumisvaiheessa. Verkostoja kannattaa olla monenlaisia eri tarpeisiin. Niiden vähäisyys korreloi masennusherkkyyden kanssa. (Romakkaniemi 2011)

Ainut psykoterapiassa käynyt ei nähnyt siitä ensiyrittämällä mitään hyötyä, mutta terapeutin vaihdon jälkeen tilanne muuttui paremmaksi. Muille terapiaa ei oltu tarjottu tai siihen ei nähty perusteita, vaikka he olivat työkyvyttömiä. Ohjeet psykoterapiaan pääsystä ovat olleet epäselvät ja subjektiivista oikeutta siihen ei vielä tutkimusajankohtana ollut. Myönteisen terapiapäätöksen saaneet kokevat vaikeaksi löytää ja valita itselleen sopivaa terapeuttia.

Nykyisenmallisten psykoterapioiden hyötyjä on myös kritisoitu (Tisljarec 2013) eikä lisääntyneestä terapian saatavuudesta huolimatta hoidon tulokset ole juurikaan parantuneet (Suominen 2013).

Psykoterapioiden vaikuttavuutta pitäisi mitata monipuolisesti subjektiivinen arvio mukaan lukien ja kytkeä se kenties lähemmäksi arkielämää ja luonnollista toimintaympäristöä. Terapiavalikko voisi olla laajempi ja sisältää myös toiminnallisia vaihtoehtoja ja sitä pitäisi saada myös vähävaraisille ja erilaisista etnisistä ryhmistä tuleville tasavertaisesti. Myös vajaakuntoisille työttömille pitäisi taata mahdollisuus kuntoutukseen. Terapian lisäksi pitäisi voida vaikuttaa masennusta ylläpitäneisiin seikkoihin konkreettisesti. Masentuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu on selkeästi heikompi kuin somaattisesti sairailla ja siihen liittyy laaja kirjo elämän eri ulottuvuuksia, joihin kuntoutuksella pitäisi voida vaikuttaa. Yhteiskunnallisilla ratkaisuilla voidaan vaikuttaa siihen syrjäytyykö osa väestöstä vai syrjäytetäänkö heidät. (Saharinen 2013, Koskenvuo K 2016, Juntunen 2002, Sinikumpu 1998)

6.5. Tulosten merkitys ja anti käytännön työhön

Tutkittavien elämän varhaisvaiheet olivat kovin erilaiset nykypäivään verrattuina. Silti ihmisen perustarpeet eivät ole muuttuneet miksikään: rakastetuksi tulemisen, läheisyyden, huolenpidon, turvallisuuden ja suojan tarpeet ovat ensisijaisia (Maslow 1970). Aina ei tarpeisiin oltu pystytty vastaamaan. Tutkitut eivät voineet muuttaa enää menneisyyttään, mutta suhtautumistaan siihen kyllä. Jotkut asiat olivat olleet heidän lapsuudessaan jopa paremmin kuin nykyisin, ainakin he itse olivat jääneet kaipaamaan niitä.

Vaikka kaupungistuminen lisääntyy ja ihmiset asuvat lähellä toisiaan, ei se takaa aitojen vuorovaikutussuhteiden lisääntymistä eikä toimivuutta. Yhteisöllisyyttä täytyy luoda aktiivisesti kansalaisten osallisuutta vahvistamalla. Aiemmat Kaste- ohjelmat, Mieli 2009 ja 2015-ohjelmat, eurooppalaiset mielenterveyssuositukset, työelämän kehittämisen suuntaviivat ja erilaiset kansalaisaktiivisuutta lisäävät ohjelmat sekä STM:n meneillään olevat kärkihankkeet tähtäävät näihin päämääriin. Koska masennus on erityisesti läntisten teollisuusmaiden ongelma, pitäisi tutkia kriittisesti, mitkä tekijät elämäntavassa, perheissä ja sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa ja työelämässä synnyttävät masennukselle herkistäviä kokemuksia ja tunnetiloja ja millä tavoin palvelujärjestelmäämme ja koko yhteiskuntaamme pitäisi luotsata eteenpäin, jotta tämä kansansairaus saataisiin paremmin hallintaan. Kokonaisvaltainen ihmisen hyvinvoinnista välittäminen ja huolenpito koskee muutakin kuin terveydenhuoltoa. Siihen vaaditaan kaikkien yhteiskunnan alojen yhteistä ponnistelua

Näyttää sieltä että kulttuurievoluutio haastaa biologisen evoluution ja on paljon sitä nopeampaa. Nopeat kulttuuriset muutokset niin elinympäristössä, perheiden elintavoissa kuin työelämässä voivat toimia stressoreina mielelle ja aivojen kognitiivisille toiminnoille ja sitä kautta kenties altistaa mielialahäiriöille, jotka ovat lisääntyneet nimenomaan teollistuneissa länsimaissa. (Pyysiäinen 2005) Tämän vuoksi tarvitaan myös uudenlaisia ennaltaehkäisevän työn menetelmiä ja lähestymistapoja sekä palvelujärjestelmään että laajemmin väestötasolle.

6.5.1. Mielenterveyden edistäminen

Lapsuusikä luo pohjan luottamukselle ja vuorovaikutukselle ihmisten välille koko elämän ajaksi. Laiminlyönnit elämän alun herkkyyskausina eivät ole kokonaan paikattavissa enää myöhemmin. Perhe, läheiset ja työ ovat keskeisessä asemassa turvaamassa mielenterveyden säilymistä luomalla turvallisen ja stabiilin perustan, jolta ponnistaa. Monet tekijät sekä perheen ulkopuolelta että sisältä päin uhkaavat yksilöiden elämänhallintaa ja altistavat stressille ja lopulta masennukselle, kuten stressiryhmäläisille ja masentuneille oli käynyt.

Tutkimustulokset paljastavat miten laajaa aluetta mielenterveyden edistämisen pitäisi koskea koko elinikää ajatellen. Entistä laajemmat yksilölliset että yhteiskunnalliset, ympäristöön liittyvät seikat tulisi nähdä mielenterveyteen vaikuttavina tekijöinä. Hyvää itsetunto ja sen tukeminen, omia voimavaroja vahvistava sosiaalinen tukiverkosto ja turvallinen elinympäristö edesauttavat elämänhallintaa ja hyvää mielenterveyttä.

Mielenterveyden aktiivisessa edistämisessä pääpaino pitäisi olla siinä, mikä tekee meidät terveiksi (salutogeneesi) sen sijaan, mikä tekee meidät sairaaksi (patogeneesi, koskee muitakin kuin mielen sairauksia). Mielenterveyden edistämisen pitäisi painottua enemmän yhteisö- kuin yksilötasolle liittyen enemmän kieleen, kulttuuriin ja elämän kokemukselliseen puoleen, kuten myös yhteiskunnan rakenteisiin ja resursseihin, vuorovaikutukseen ja kulttuurisiin arvoihin. Mielenterveyttä yksilötasolla edistävät mm. hyvät coping-taidot, hyvä itsetunto (self-esteem), sosiaalinen tuki, positiivinen elämänasenne ja sitä heikentävät mm. somaattiset sairaudet, stressi ja hyväksikäyttö. Näitä mielenterveyden ja sairauksien determinantteja pitäisi pystyä tunnistamaan ja vaikuttamaan niihin. (Lehtinen 2008)

Yhteiskunnallisen toiminnan ja päätöksenteon pitäisi tähdätä siihen että kansalaiset voivat säilyttää mielenterveytensä ja toimintakykynsä (IVA THL). Muuten muullakaan ei ole väliä. Mielenterveystyötä voi jokainen tehdä osaltaan omassa elinympäristössään eikä se ole ainoastaan ammattilaisten asia. (Mielenterveysetiikka 2009)

Terveys 2015- ohjelmassa otetaan kantaa terveyden ja toimintakyvyn lisäämiseen eri yhteiskunnan osa-alueiden yhteistyönä (Terveys 2015-ohjelma, STM). Siinä otetaan huomioon terveydenhuollon rajallinen mahdollisuus puuttua yksin terveyttä uhkaaviin tekijöihin ja myös korjata niitä. Näin on erityisesti lasten ja nuorten, päihde- ja mielenterveyspotilaiden ja monisairaiden vanhusten osalta.

Kokonaisterveyden edistäminen vaatii vaatii myös poliittista tahtoa, sopimuksia, lainsäädännöllisiä keinoja, hyvää johtajuutta, avaintekijöiden tunnistamista, yhteistä strategiaa, mitattavia tavoitteita ja kohteita. Somaattisen ja psyykkisen terveyden edistäminen, somaattisten ja psyykkisten sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito pitäisi saattaa lähemmäs toisiaan sekä fyysisesti että sisällöltään. Hyvä terveys on kokonaisuus, joka pitäisi nähdä elämänlaatuasiana edistämässä sosiaalista vuorovaikutusta, tuottavuutta, sosiaalista pääomaa ja pienentämässä sairauksien kokonaistaakkaa kustannuksineen ja vaadittavine työpanoksineen. (Leppo 2013)

Sosiaalinen tuki esim. lapsiperheille sisältää ajan (äitiys-/vanhempainloman), palveluiden (esim. neuvolapalvelut, päivähoito, perheiden neuvontapalvelut, perheneuvolat) ja muiden resurssien järjestämisen (äitiys- ja vanhempainraha, kotihoidon tuki, asumisen tuki, joustavat työjärjestelyt). Taloudellisena tavoitteena on nostaa kaikki lapsiperheet köyhyystason yläpuolelle, joka näyttää nykyisessä taloudellisessa tilanteessa haastavalta, mutta Ruotsi on jo siinä onnistunut. (Mercer 2013)

Mielenterveyden edistäminen vaatii em. lisäksi toimia osallisuuden lisäämiseksi yhteiskunnassa, tiedotusta kansalaisille, puuttumista päihteiden käyttöön, lähisuhdeväkivaltaan, lasten kaltoinkohteluun ja haavoittuvimpien kansalaisryhmien selviytymiseen, kuten myös jo mielen sairauksiin sairastuneet. Mielenterveys on edellytys aktiiviseen koulutukseen, työhön ja sosiaaliseen elämään osallistumiseen ja sen puuttumisella on suuret vaikutukset yleiseen sivistystasoon, työn tuottavuuteen ja aktiiviseen osallisuuteen yhteiskunnassa Se on myös elämänlaatutekijä, joksi se toivotaan luettavan tulevaisuuden elämänlaatumittareissa. Masennus ja ahdistus yhdessä ovat johtava toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä EU-alueella koko elinikää ajatellen (disability adjusted life years). Ne pitäisi rinnastaa kroonisiin kansasairauksiin tasavertaisina somaattisten sairauksien kanssa. (The European Pact of Mental Health and Well-Being: results and future action 2011).

The European Mental Health Action Plan (2013) esittelee myös toimintamalleja, joilla mielenterveyttä voitaisiin edistää työpaikoilla ja muutoinkin yhteiskunnassa. Erilaisia poliittisia vetoomuksia on myös lausuttu esim. lasten tilanteen huomioimiseksi kansainvälisesti, kuten lasten oikeuksien sopimus, jonka ovat allekirjoittaneet lähes kaikki maat. (Lapsen oikeuksien sopimus)

Koulumaailmaan on suunnattu monen tyyppisiä terveyttä edistäviä projekteja EU:ssa, joilla on välillisiä vaikutuksia myös mielenterveyteen, kuten Network of Health Promoting Schools (SHE) (Terveyttä edistävät koulut). Osa niistä kohdistuu opetusmenetelmiin, osa kouluympäristöön.

6.5.2. Masennuksen ehkäisy ja riskitekijöiden tunnistaminen

Masennuksen ehkäisy vaatii riskitekijöiden ja –yksilöiden tunnistamista ja kohdennetun seulonnan tai muutoin tehostetun huomion kohdistamista heihin esim. elämän siirtymävaiheissa. Preventiotoimet pitäisi kohdistaa siihen ympäristöön, jossa yksilöt arkeansa elävät. Vastaajien omien arvioiden mukaan arkielämän konkreettinen tuki olisi voinut auttaa heitä välttymään masennukselta. Lapsuudessa se olisi voinut toteutua useimmiten nykyaikaisilla varhaiskasvatuksen, neuvolan ja ennaltaehkäisevän lastensuojelutyön toimenpiteillä, kuten ohjauksella, neuvonnalla, perhetyöllä, tukiperhetoiminnalla tai vanhempien sairauksien hoitoa tehostamalla. Aikuisina sairastumisriskit liittyivät parisuhteeseen, vanhemmuuteen, opiskeluun, työhön tai sen puutteeseen, joihin on nykyisin myöskin saatavana apua esim. perheneuvolasta, perheasiain neuvottelukeskuksesta, terveyskeskuksesta tai työterveyshuollosta. Ei ole kuitenkaan helppoa ohjeistaa yleisesti milloin apua olisi syytä etsiä ammattilaisilta ja kuinka pitkälle pitäisi selvitä omin keinoin, koska yksilölliset ja yhteisöjen selviämisresurssit ovat kovin vaihtelevia.

6.5.3. Ennaltaehkäisy eri ikäkausina

Kustannustehokkaimmat ennaltaehkäisevät interventiot tapahtuvat pikkulapsivaiheessa. Perheystävälliset toimenpiteet näkyvät koko yhteiskunnan hyvinvointina, hyvänä koko väestön terveydentilana ja terveyden tasa-arvon edistäjänä. Huomiota kiinnitetään lasten huolenpidosta vastaavien, erityisesti äitien, taitojen lisäämiseen. Toimenpiteet voivat olla tiedon lisäämistä ja ohjausta sekä kasvokkain että internetin välityksellä tai esim. lainsäädännön keinoin lapsen ja vanhempien oikeuksien ja turvallisuuden tukemista, toimeentulon takaamista tai päivähoidon järjestämistä. Parhaiten toimivat ideat ovat usein kulttuuriin ja arvoihin sopivia, paikallisia, käytettävissä olevat resurssit huomioivia, paikalliseen sosiaalipolitiikkaan sopivia, vähemmistöt huomioivia, koheesiota, yhteistyötä ja luottamusta lisääviä. (Laajasalo 2102)

Elämän alkuvuosien toimenpiteet on luontevinta kohdentaa terveyspalveluihin, kuten neuvolatoimintaan. Myöhemmässä vaiheessa lapsen elinpiirin laajentuessa mukaan voivat tulla muut sektorit, varhaiskasvatus, koulu, harrastukset, nuorisotyö, sosiaalinen media jne. Toiminnan tavoitteina lapsuusiässä ovat fyysisen terveyden, kielen ja kognitiivisen kehityksen tukeminen, sosiaalisen ja emotionaalisen kypsyyden saavuttaminen, vuorovaikutustaitojen ja yleisen tiedollisen oppimisen tukeminen sekä vanhemmuustaitojen edistäminen. Tärkeää on myös kodin näkeminen oppimisympäristönä leikin, lukemisen, yhteisten aterioiden jne. muodossa ja huomion kiinnittäminen lasta haavoittaviin riskitekijöihin, kuten hyväksikäyttöön, kaltoinkohteluun, väkivaltaan ja päihteiden väärinkäyttöön. Tärkeää lapsille on myös turvallisten leikkipaikkojen ylläpito ja mahdollisuus liikkua luonnossa. (Laajasalo 2012)

Ylisukupolvisen jatkumon katkaisemiseksi pitäisi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien lapsien tukemiseen kiinnittää erityishuomiota, koska he ovat riskissä sairastua myös itse

aikuisina (Solantaus 2009 ja 2010). Siegenthalerin meta-analyysissä (2012) oli kerätty tietoa vaikuttavista psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten ja nuorten interventio-ohjelmista, joilla pyrittiin katkaisemaan sairauden sukupolvelta toiselle siirtyminen. Oireina lapsilla ja nuorilla mainittiin negatiiviset tunteet, masennus ja ahdistus sekä ulkoisista oireista hyperaktiivisuus, aggressiivisuus ja käytöshäiriöt. Interventiomenetelmät sisälsivät kognitiivisia, käyttäytymiseen liittyviä ja psykoedukaatiota sisältäviä menetelmiä. Koska yli puolella psyykkisesti sairastuneiden lapsista on em. oireita ja masentuneiden ja ahdistuneiden lapsilla masennusriski on kolminkertainen normaaleihin vanhempiin verrattuna ja päihderiippuvaisten vanhempien lapsilla riippuvuusriskin kehittyminen on myös merkittävää, on lasten psyykkisen evaluaation liittäminen vanhempien hoitoon katsottu tarkoituksenmukaiseksi. Tästä esimerkkinä on Lapset puheeksi- menetelmä ja siihen liittyvä perheinterventio, joiden vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä Suomessakin (Solantaus 2009).

Mekanismeina lasten sairastumiselle on esitetty geneettisiä tekijöitä, mutta myös jaettuun ympäristöön liittyviä, kuten altistumista avioeron tai köyhyyden aiheuttamille seurauksille. Äidin masennus nostaa lapsen masennusriskiä, olipa hän sitten lapsen biologinen äiti tahi ei. Vanhemman psyykkinen sairaus aiheuttaa perheessä turvatonta kiintymistä, parisuhdeongelmia ja lapsen sitkeyden (resilienssi) heikkenemistä ja haavoittuvuuden lisääntymistä. Vaikutukset ovat kaksisuuntaisia vanhemmista lapsiin ja lapsista vanhempiin. Psyykkisesti sairaiden lasten vanhemmilla oli myös enemmän masennusta, ahdistusta ja somatisointia kuin terveillä vanhemmilla. (Siegenthaler 2012)

Interventiokeinoiksi on esitetty vanhemman oman sairauden hoidon oheen vanhemmuustaitojen ohjausta, pariterapiaa ja lasten voimavarojen lisäämistä vanhempien resilienssiä ja mentalisaatiokykyä parantamalla ja tietoa ja ymmärrystä lisäämällä vanhempien sairaudesta. Meta-analyysissä arvioitiin saavutettavan 40 % psyykkisen sairastumisriskin lasku lapsella, jos vanhempien tilanteeseen puututaan. Pelkästään vanhempiin kohdistuvat menetelmät olivat lähes yhtä tehokkaita kuin ne, joihin lapset ja nuoret osallistuivat itse. Masentuneiden vanhempien lapsiin kohdistuneet interventiotoimet olivat erityisen tehokkaita (NNT 10). (Siegenthaler 2012)

Kouluikäisenä pyritään mm. tunnistamaan ennakoivat häiriöt (negatiiviset tunteet, ahdistus, hyperaktiivisuus, aggressiivisuus ja käytöshäiriöt) ja jo varhain ja puuttumaan niihin. Koulussa tähdätään tunne- ja vuorovaikutustaitojen vahvistamiseen, koulukiusaamiseen puuttumiseen, elinikäisen oppimisen taitojen edistämiseen, kuten terveydenlukutaidon, sekä koko yhteisöä koskevien ohjelmien luomiseen ylisukupolvisten ongelmien (heikko koulutustaso, köyhyys, taantuminen) estämiseksi. (Laajasalo 2012)

Mielenterveyden uhkatekijöiden varhaista tunnistamista ja tilanteen arviointia sekä hoitoa pitäisi saada varhaisempaan vaiheeseen perustasolle monipuolisena ja moniammatillisena kaikkien ulottuville erityisesti odottavia ja pikkulapsiperheitä koskien. Kansalaisten tiedon saantia mielenterveydestä ja mielenterveystyön suunnittelua pitäisi parantaa. Keinoina voi olla kirjoitukset paikallislehdissä, aikakausilehdissä, sosiaalisessa mediassa, alan tutkimuksen lisääminen, erilaisten mielenterveyden tukiohjelmien laatiminen, mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen lähentäminen toisiinsa perustasolla ja muunkin moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja asian liittäminen osaksi koulujen ja oppilaitosten opetusohjelmaa. Myös asunnottomuuden vähentäminen, työllisyyden parantaminen, sosiaalitoimen yhteistyö terveydenhuollon kanssa voivat auttaa tilanteessa. Kuntatasolla ehkäisevää toimintaa voidaan tukea päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien ja hyvinvointikertomusten muodossa eri toimialojen toteuttamana. (Laajasalo 2012)

Lasten mielenterveystyön malleja on rakennettu hoitoketjuiksi, jotka kuvaavat eri tahojen rooleja ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, työnjaosta ja hoidon porrastuksesta sopimista, käytössä olevia työkaluja ja hoidon kiireellisyyden arviointikeinoja (Lastenpsykiatrinen hoitoketju Pirkanmaalla, Lasten mielenterveyden hoitoketju Keski-Suomessa).

Preventiivinen näkökulma masennukseen etenkään aikuisilla ei ole kovin selvästi edelleenkään niveltynyt osaksi perusterveydenhuollon työtä, koska resurssipula on pakottanut kohdistamaan voimavarat niihin, jotka ovat jo sairastuneet (tertiääripreventio). Silloin ollaan jo useimmiten vuosia myöhässä ideaalista hoidosta, mutta moni saa apua vielä silloinkin. Depressio-oireiden huomiointi pitäisi integroida osaksi kaikkien kansansairauksien hoitoa, koska se on usein mukana niissä sekä myös päihdeongelmien hoitoon. Olisi luotava laatukriteerit hyvälle hoidolle em. sairauksissa, joihin sisällytetään masennuksen huomiointi ja riskitekijöiden varhainen tunnistaminen (Masennuksen Käypä hoito-suositus)

Työssäkäyvillä ennaltaehkäisynä voidaan pyrkiä vähentämään psykososiaalista ja työsidonnaista stressiä, parantamaan stressinhallintaa, luomaan työpaikoille erilaisia työhyvinvointiohjelmia, parantamaan työn organisointia ja työaikojen järjestämistä työn ja perheen sovittamiseksi paremmin yhteen. Työikäisillä vaikuttavia ennaltaehkäiseviä toimia ovat työhön liittyvät interventiot, joilla lisätään työn hallittavuutta ja parannetaan johtajuutta, stressioireiden varhaista tunnistamista ja työntekijöiden stressinhallintakeinojen parantamista (tietoisuustaidot). Työterveyshuollot ovat järjestäneet esim. stressinhallintaryhmiä, joiden tarkoituksena on lisätä itsetuntemusta, tarkkailla mielen ja kehon viestejä eri tilanteissa ja oppia säätelemään kuormitusta ja vähentämään sitä esim. rentoutumalla, tauottamalla suorituksia tai irrottautumalla tietoisesti työstä vapaa-aikana ja siten välttyä myös työuupumukselta. Työttömien kohdalla työterveyshuollon kaltaisen palvelun puuttuessa työttömien terveystarkastukset ovat tilaisuus keskustella mielialaan ja päihteisiin sekä yleiseen elämänhallintaan liittyvistä asioista. PARTY- hankkeessa koetetaan löytää parempia tapoja tukea työttömien työllistymistä laajemmalla lähestymistavalla terveystarkastuksissa (PARTY-hanke). Esimerkkinä vaikuttavista ennaltaehkäisevistä toimista on työttömien elämäntaitojen tukeminen Työhön- hankkessa (Laajasalo 2012).

Masennuksen varhaistunnistuksessa pitäisi päihteiden käyttöön pitäisi tarttua kaikissa hoitokontakteissa ja esitietolomakkeissa kysymällä niiden käytöstä suoraan esim. AUDIT-testiä käyttämällä, kiinnittämällä huomiota runsaaseen sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön eri syistä, aiemmin sairastettuun masennukseen, muihin psyykkisiin oireisiin, kuten ahdistukseen ja unihäiriöihin sekä epämääräisiin kipuihin ja selittämättömiin oireisiin. Raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien tilannetta seurataankin jo neuvolatarkastusten yhteydessä. Lasten vanhempien päihteiden käyttöä ja mielialaa kartoitetaan lasten laajoissa terveystarkastuksissa ja se on yksi mahdollisuus interventioon myös.

Jo sairastuneiden kohdalla pitäisi kysyä hoitokontakteissa itsetuhoajatuksista. Itsemurhavaaran tunnistamista voidaan tehostaa kontrolloimalla aseiden, myrkkyjen ja lääkkeiden saatavuutta, itsemurhista viestimiseen huomiota kiinnittämällä (avunsaantimahdollisuuksista kertomalla uutisen yhteydessä), omaisten jälkihoidolla ja ympärivuorokautisella päivystyksellisillä kriisipalveluilla. Kaikkien edellä mainittujen preventiokeinojen lisäksi taloudellisesti kannattavia olivat lisäksi velkaneuvonta, psykoosien varhainen tunnistaminen ja hoito. Yhteiskunnallisia keinoja ovat sosiaalisen pääoman vahvistaminen, kansalaisten osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen ja syrjinnän ja suvaitsemattomuuden vähentäminen. (Mercer 2013, Laajasalo 2012, McDaid 2011, Pirkola 2009)

Osa stressitekijöistä palautumisesta on vuorovaikutuksellista yhteistoimintaa, kuten luottamuksellista keskustelua, osa biologisiin toimintoihin suoraan vaikuttavaa, kuten liikunta tai rentoutus. Sopeutumista helpottavia preventiivisiä seikkoja ovat mm. lainsäädännölliset keinot, perusturvallisuus, taloudellinen vauraus, hyvät asuin- ja työskentelyolosuhteet, koulutus ja perheen ja muiden läheisten ihmissuhteiden tarjoamat mahdollisuudet. Osallisuus voimaannuttaa ja lisää vuorovaikutusta ympäristön kanssa, vahvistaa itsetuntoa ja koherenssin tunnetta sekä helpottaa kulttuurista sopeutumista kun voi itse olla aktiivisena vaikuttajana. Keinoina olemassa olevien voimavarojen mittaamiseen on olemassa mm. nuorille perheille osoitettu voimavarakysely

neuvoloissa, SDQ/VaVa-kysely kouluissa ja päiväkodeissa, SOS- kysely aikuisikäisille ja erilaiset työhyvinvointimittarit työpaikoilla. Tärkein onnistumisen edellytys on ajattelun, asenteiden, uskomusten ja sisäisen puheen muutos sekä omaksuttujen toimintamallien käyttöönotto. Itse fyysinen tekeminen ja faktatieto ovat vain pienessä osassa muutoksessa. Mielen joustavuus ja kognitioiden osuus selviytymisessä nykyisessä nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa on evolutiivisesti erityisen tärkeää. Myös jo sairastuneiden osalta voimavarojen näkeminen sairauden rinnalla auttaa kuntoutumisessa. (Losoi 2015, Pietikäinen 2009, Saarinen 2007, Rouvinen-Wilenius 2011, Tondora 2012)

Ennaltaehkäiseviin toimiin tarttuminen vaatii tilanteen tunnistamista, asian puheeksi ottoa ja moniammatillisen yhteistyön käynnistämistä. Käytännön toimilla varsinaisen lääketieteellisen hoidon lisäksi on suuri merkitys elämänhallinnan säilyttämiseksi. Varhaisella puuttumisella voidaan vähentää sekä perheelle että masentuneelle itselleen koituvia haittoja ja parantaa sairauden ennustetta. Myös taloudelliset haitat jäävät pienemmiksi kun masentunut toipuu nopeammin takaisin työelämään. Psyyken ja sooman hoitaminen yhdessä ja sosiaalisen verkoston kytkeminen mukaan tukemaan ja vahvistamaan yksilöitä olisivat voineet tuottaa kenties paremman lopputuloksen. Alueellisia eroja pitäisi pystyä myös tasoittamaan palveluissa (Sadeniemi 2014).

Masennuksen tunnistamiseen on olemassa maailmalla myös riskipistemittareita, esim. Masennuksen riskitesti UCL, Masennuksen ristitesti Calgary, joilla voidaan ennakoida sairastumisriskiä. Niiden käyttöönotto voisi olla varhaisessa vaiheessa keino keskustelun aloittamiseksi asiasta. Elämänhallintamittarilla (SOC) voidaan myös tunnistaa selviytymistä uhkaavia seikkoja ennen kuin sairastuminen on tapahtunut. Mittareita voidaan käyttää myös itsearvioinnissa.

6.5.4. Ennaltaehkäisyn valtakunnalliset suositukset

THL:n rooli on ollut koordinoida ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toteutumista STM:n ohjeiden ja kansainvälisten suositusten (esim. WHO: Mental Health Action Plan, WHA Comprehensive mental health action plan 2013-2020) mukaisesti Suomessa. Mieli 2009- ohjelmassa (Mieli 2009-ohjema) on annettu tavoitteet ennaltaehkäisevän työn toteuttamiseksi kunnille ja suunnitelmat ovat valmistuneetkin suurimmassa osassa maata Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 mallin mukaisesti (Partanen 2010).

Kuntia varten on tehty myös opas päihde- ja mielenterveyssuunnitelman laatimiseksi (Laitila 2013). Suunnitelmiin pitäisi kirjata kohdat promootiosta, preventiosta ja varhaisesta puuttumisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä sopia työnjaosta ja yhteistyöstä eri tahojen kesken ja kuka koordinoi yhteistyötä. Eri toimijoiden kesken tarvitaan yhteisten tavoitteiden asettamista ja painopisteiden asettamista vuosittain ja koko valtuustokaudelle. Mieli-ohjelmassa on kaikkiaan 18 ehdotusta, jotka kuntien pitäisi yksin tai yhdessä toistensa kanssa toteuttaa ja kirjata seurannassa käytetyt indikaattorit osaksi kunnan hyvinvointikertomusta (Mieli 2009-ohjelma, Hyvinvointikertomus kunnan työvälineenä, Sähköinen hyvinvointikertomus).

Kaste- ohjelmien 2008-2011 (Kaste-ohjelma 2008-2011) ja 2012-2015 (Kaste-ohjelma 2012-2015) puitteissa Mieli- ohjelman toteutumista ja päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien tekoa tuettiin ja rahoitettiin eri puolilla Suomea mm. Pohjanmaa- (Pohjanmaa-hanke) ja Arjen mieli- (Arjen mieli-hanke) ja Mielen avain- hankkeissa (Mielen avain-hanke). Hankkeiden yleisenä ongelmana on ollut niiden määräaikaisuus ja irralleen jääminen pysyvistä toimijoista ja siten oma pitkäkestoinen kehittämistyö kunnista on jäänyt puuttumaan. Eri toimintasektoreilla tehtävän ennaltaehkäisevän työn koordinointi on ollut heikkoa ja vastuutahoa ei ole aina ollut helppoa määritellä. Ennaltaehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö ovat olleet erillään toisistaan ja nimettyjä koordinaattoreita työlle ei ole pystytty resursoimaan. (Seppänen-Järvelä 2007)

Ennaltaehkäisevän työn menetelmien pitäisi olla RCT- kontrolloidusti ja kvantitatiivisesti tutkittuja ja vaikuttaviksi havaittuja siinä ympäristössä, jossa ne otetaan käyttöön. Näytön saaminen vaatii isot otoskoot ja tutkiminen on kallista eivätkä tulokset ole aina yhtä hyviä normaaliresursseilla toteutettuina. Kansainvälisesti vaikuttaviksi osoitetut tulokset eivät ole sellaisenaan siirrettävissä muualle mm. kulttuurista, palvelujärjestelmistä, yhteiskunnan tilasta, rahoituslähteistä, lainsäädännöstä, koulutuksesta, asumistavoista, sosiaaliturvasta, erilaisten suoritteiden ja tuotteiden hinnoista johtuen. Siksi paikalliset selvitykset ja tutkimukset sekä palvelujärjestelmän ja muiden toimijoiden toimintojen ja toimintamallien seuraaminen ovat tarpeen. Myös kansalaisten asenteelliset, kulttuuriset, uskonnolliset, asumiseen ja työhön liittyvät, maantieteelliset sekä taloudelliset seikat vaikuttavat heidän terveyskäyttäytymiseensä, palvelujen käyttöön ja niiden käyttöönoton mahdollisuuksiin. (Saxena 2007)

Launiksen (2005) mukaan epidemiologisesti väestötasolla tuotettu tutkimustieto ei anna riittävän konkreettisia toimintaohjeita eri tahoille mielenterveyden ennaltaehkäisytyöhön paikallistasolla. Nopeat muutokset yhteiskunnassa vaatisivat notkeita ja nopeita signaaleja tuottamaan tietoa ja reagoimaan niihin, jotta uhkaavia ongelmia voitaisiin ehkäistä niin palvelutuotannossa kuin yhteiskunnassa muutoinkin. Ajan ilmiöitä olisi kyettävä käsitteellistämään ja mittaamaan. Uusien laadullisten tutkimustapojen käyttöön otto (esim. etnografinen haastattelu- ja havainnointi) voisi tuoda ruohonjuuritasolta nopeasti tietoa siitä, mitä siellä oikeasti tapahtuu. Laadullisia tutkimusmenetelmiä on käytetty aiemmin mittaamaan mm. tyytyväisyyttä ja vallitsevia käsityksiä sekä etsittäessä syitä, miksi joku toimii tai ei toimi ja soveltuisivat siten tähänkin tarkoitukseen.

Masennuksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa pitäisi huomioida proaktiivisesti kaikki häiriön synnyn aspektit ja seurausten tasot. Liian ahtaaksi pelkistetty biologinen lähestymistapa voi dehumanisoida potilasta ja estää häntä voimaantumasta vaikuttamaan tilanteeseensa. Biopsykososiaalisen mallin mukaan potilas saa mahdollisuuden inhimillisten tarpeiden ja pelkojen ja sairauden herättämien tunteiden ja rajoitusten ilmaisuun ja sitä kautta inhimilliseen kohtaamiseen ammattilaisen kanssa. (Engel 1997, Pietikäinen 2007, Borrell-Carrió 2004)

Monialaisella lähestymistavalla koetetaan paikallisesti löytää keinoja terveys- ja hyvinvointierojen kaventumiseen, jotka tuntuvat koko ajan lisääntyvän monista toimista huolimatta. Myös asiakaslähtöisempiä palveluja peräänkuulutetaan. Sote- uudistuksen toivotaan purkavan päällekkäisyyksiä, parantavan tiedonkulkua ja helpottavan moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisten kesken. Uuteen sote- malliin ollaan tuottamassa valtakunnallisesti vaikuttaviksi todettuja työmenetelmiä preventiotyöhön eri toimijoille. Myös käytännössä hyviksi havaitut toimintatavat pitäisi säilyttää kokemusnäyttöön perustuvina (practice based medicine).

Tarvittaisiin myös päihde- ja mielenterveystyön koordinaattoreita kokoamaan indikaattori- ja seurantatietoja, koordinoimaan yhteistyötä, järjestämään työkokouksia eri yhteistyökumppaneiden välillä ja suunnittelemaan nopeitakin toimia negatiivisten muutosten korjaamiseksi. Sähköinen hyvinvointikertomus voisi olla tässä eräänä työvälineenä. Myös sähköisten palveluiden sisällöntuotantoon tarvitaan asiantuntemusta. Uudessa 2015 voimaanastuneessa ennaltaehkäisevässä päihdehuoltolaissa (Laki ennaltaehkäisevän päihdehuollon järjestämisestä) koordinaattoreiden nimeämistä tehtäviin jo edellytetäänkin.

6.5.5. Tutkimuksen anti käytännön hoitoon ja kuntoutukseen

Tutkimuksessa ei alun perin lähdetty liikkeelle masennuksen medisiinisestä hoitokontekstista, vaan fokuksena oli elämänhallinta eri perusteilla valituilla ryhmillä, masentuneilla, heidän puolisoillaan, niillä, joilla elämä oli hallinnassa ja niillä, joilla oli vaikeuksia sen suhteen. Kiinnostuksen kohteena oli miten masentuneiden tilanne erosi muista ryhmistä, mikä oli auttanut selviytymään ja miten kukin

oli pärjännyt haastavien elämäntilanteiden kanssa. Odotusarvona oli että BSCI-kyselylomaketietojen perusteella mukaan valitut stressiryhmäläiset muodostaisivat riskiryhmän masennukseen sairastumisessa ja siten myös heidän kauttaan päästäisiin näkemään, millaiset tekijät lopulta voivat olla johtamassa sairastumiseen. Vaikka masentuneet olivat jo hoidossa sairautensa vuoksi perusterveydenhuollossa, ei tutkimuksen päämielenkiinto kohdistunut niinkään käynnissä olevan hoidon arviointiin. Vastaajat kertoivat siitä sen verran mitä itse halusivat elämänkulkuhaastattelussa ja syntyneet ideat olivat heidän kokemuksiinsa perustuvia ja osin nykyaikaan sovitettuja.

Vaikka mukana olleet ryhmät olivat pieniä, herättivät niiden vastaukset paljon uudenlaisia näkökulmia masennuksen syntyyn ja siten keinoja sen ehkäisemiseksi eri toimijatahoilla. Myös hyvin selviytyneiltä ei-masentuneilta saatiin tietoa siitä, millaiset tekijät heitä oli kenties suojannut stressiltä ja masennukselta lapsena ja millaista heidän elämänsä myöhemmin oli ollut verrattuna niihin, joilla oli ollut paljon stressiä ja masennusta elämässään. Masentuneiden puolisoilta saatiin tietoa sekä heidän omasta tilanteestaan että myös masentuneista ulkopuolisen läheisen silmin tarkasteltuna.

Lohdullisena näkyy vastaajien kohdalla se että vaikeidenkin lapsuuden kokemusten jälkeen aikuisena on mahdollista korjata aiheutuneita vaurioita sekä hyvien ihmissuhteiden että asianmukaisen hoidon avulla. Se tekee työn terveydenhuollossa masennuspotilaiden kanssa mielekkääksi ja palkitsevaksi. Ajoissa toteutettu hoito esim. depressiohoitajan kanssa voi auttaa tarttumaan niihin selviytymiskeinojen puutteisiin, jotka pitävät masennusta yllä ja saamaan siten jopa ylisukupolvinen masennusketju katkaistua. Tärkeätä on myös puolison ja perheen huomiointi hoidossa ja muiden läheisten tuki elämänhallinnassa niin lapsena kuin aikuisiällä. Erityisesti isovanhempien ja muiden läheisten vanhemmuutta täydentävä rooli vahvisti lapsien elämänhallintataitoja ja tarjosi vanhemmille kaivattua hengähdysaikaa.

Vastaajien kuvaukset raskaista lapsuudenkokemuksista aikuisiän masennuksen taustalla vahvistavat näkemystä siitä että ennaltaehkäisevät toimet pitäisi kohdentaa lapsiin ja nuoriin ja heidän perheisiinsä lähellä heidän normaalia elinympäristöään. Avun tarpeen tunnistaminen voi tapahtua seulontatyyppisesti tai tapauskohtaisesti herkästi puheeksi ottamalla heidän normaalisti käyttämissään palveluissa, jolloin leimautumista ei tapahdu. Peruspalvelut tavoittavat lähes kaikki aikuisikäiset vuosittain, jos työterveyshuolto lasketaan mukaan. Myös työyhteisöissä voidaan tukea elämässä selviytymistä monin eri keinoin. Jo melko pienikin interventio voi olla vahvistamassa omaa toimijuutta ja toiveikkuutta selviytymisestä.

Haasteena hoidossa ja läheissuhteissa on muuttaa patogeeninen suunta salutogeeniseksi vahvistamalla elämänhallintataitoja ja –keinoja ja samalla elämänhallinnan tunnetta, joiden on todettu lisäävän yleisemminkin toimintakykyä ja subjektiivisesti koettua terveyttä (Eriksson 2006, 2012 ja 2014, Pietilä 2008, Antonovsky 1996). Hoito on parhaimmillaan horisontaalisen ja vertikaalisen asiantuntijuuden yhdistämistä ideaalilla tavalla (Larivaara 1987).

SOC-13 kysely sopisi yhdeksi ei- sairauskeskeiseksi puheeksiottomalliksi, esim. työttömien ja muidenkin terveystarkastuksiin tai silloin kun oireet eivät viittaa vielä sairauteen, mutta jotain huolta selviytymisestä on herännyt. Samoin itsetuntokyselyllä voitaisiin tunnistaa masennukselle alttiita yksilöitä. Eri-ikäisiin riskiryhmiin kohdistuneilla seulontakyselyillä voidaan tarttua orastaviin ongelmiin, ottaa ne puheeksi ja etsiä tukea niihin siten ajoissa.

Vaikka sukupuuhaastattelun runko sellaisenaan on terveyskeskuslääkärin työhön liian laaja kerralla toteutettavaksi, voisi sitä suositella tehtäväksi vaikka palanen kerrallaan eri käynneillä niin että jokaisesta pitkäaikaispotilaasta ainakin olisi tiedossa lähisuvun rakenne, vuorovaikutussuhteet ja mahdolliset periytyvät sairaudet, masennus ja päihdeongelmat mukaan lukien. Mikään ei estä toki elämänviivan tai -janan piirtämistä myöskään, jos sitä täydennetään vastaanottokäynneillä vaikkapa vuosien varrella pala kerrallaan. Depressiohoitajan käynneillä tai lyhytterapiassa aikaa on kerralla

enemmän käytettävissä ja siksi menetelmät voisivat olla siellä käytössä. Tietosuojasyistä sukupuu ja elämänviivamateriaali pitäisi säilyttää potilaan hallussa, koska niissä on tietoja myös sellaisista henkilöistä, jotka eivät kuulu potilaan hoitoon välittömästi ja siksi niitä ei saa arkistoida potilastietoihin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12 §). Paperimuodossa olevat tiedot saattavat unohtua tuoda vastaanotolle ja hukkua ja siksi menetelmää voi olla hankala käyttää kliinisessä työssä.

Tutkimushaastattelujen perusteella saattoi päätellä että aikuisiällä elämänhallintakeinoja ja -tunnetta ja itsetuntoa voidaan vahvistaa myös hoitamalla masennusta tehokkaasti peruspalveluissa. Voimavarojen lisääntymisen myötä masentuneilla oli enemmän vaihtoehtoja, joustavuutta ja suhteellisuudentajua haasteita kohdatessaan. Lisääntyneiden coping-taitojen myötä onnistumisen kokemukset lisääntyivät ja elämä tuli mielekkäämmäksi, hallittavammaksi ja ymmärrettävämmäksi, joka oli nähtävissä sekä SOC- vertailussa että BSCI:ssä alkutilanteen ja vuoden seurannan välillä. Myös itsetunto koheni samalla. Näiden tekijöiden liittyminen toisiinsa oli tiedossa aiempien tutkimusten valossa (Pietilä 2008, Keltikangas-Järvinen 2008b, Skärsäter 2005 ja 2009, Enäkoski 2002, Eriksson 2006, Raitasalo 2004). Aina ei ole selvää, missä järjestyksessä asiat tapahtuvat kullakin ja mikä seikka lähtee ensin muuttumaan. Asia riippuu hyvinkin siitä, mistä ja mihin asiaaan apua lähdetään ensisijaisesti hakemaan. Systeemiteoreettisesta näkökulmasta katsoen kaikki tekijät liittyvät toisiinsa ja yksi muutos saattaa toisenkin liikkeelle.

Mielenterveyden huomiointi pitäisi ottaa huomioon kaikkien sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisevisssä palveluissa. Sen pitäisi levittäytyä kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueille sekä perus- että erityistasolle, terveydenhuollon suunnitteluun, tarttuvien tautien hoitoon, läheisväkivaltaan puuttumiseen, raskausajan seurantoihin, lasten ravitsemuksen ja terveydentilan seurantoihin ja pitkäaikaissairauksien hoitoon sisäänleivottuna. Myös työpaikoilla, työllistämispalveluissa ja oppilaitoksissa pitäisi kaikissa kohtaamisissa ottaa huomioon mielenterveysnäkökulma.

Toimintakyvyn heikkeneminen mistä tahansa syystä altistaa mielialahäiriöille ja siksi laaja-alainen syytekijöiden huomiointi on tarpeen sairauden tunnistamiseksi. Masennus voi syntyä somaattisen sairauden tai vammaisuuden seurauksena. Se voi näkyä myös heikentyneinä mahdollisuuksina kansansairauksien edellyttämien käyttäytymis- ja elämäntapamuutosten tekemiseen ja muuhunkin hoitoon sitoutumiseen ja hakeutumiseen. Mielen sairaudet heikentävät kiinnittymistä lääkehoitoon, omahoitoon, sairauden ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. Masennus altistaa päihteiden käytölle, seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle, tupakoinnille, vähentyneelle liikunnalle, epäterveelliselle ruokavaliolle ja ylipainolle, jonka vuoksi heitä on erityisesti motivoitava hoitoonsa. Voi olla että metabolisilla kansansairauksilla on yhteisiä geneettisiä taustatekijöitä ja elinympäristöllisiä riskitekijöitä masennuksen kanssa. Psyykkisesti sairaiden 20-30 vuotta muuta väestöä lyhyemmän eliniän syistä selittää 60- prosenttisesti heikompi somaattisten sairauksien hoito. (Prince 2007)

Monien somaattisten sairauksien hoito perustuu kognitiiviseen terapiamalliin, jossa oletetaan että potilas on aktiivinen ongelmanratkaisija ja terveystiedon prosessoija ja sitä kautta pystyy vaikuttamaan coping-taitoihinsa, sopeutumiseen, ja sairauskäyttäytymiseen sairaudesta riippumatta. Mallissa uskotaan että potilaiden aikomuksiin, uskomuksiin ja asenteisiin voidaan vaikuttaa tiedon jakamisen avulla ja siten vähentää sairauksien emotionaalista kuormitusta ja vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Malli ei kuitenkaan toimi kovin hyvin aivoihin vaikuttavien sairauksien kohdalla, kuten mielenterveyden häiriöissä tai päihdeongelmissa. (Prince 2007)

Integroidulla mielenterveyden ja somaattisten sairauksien hoitomallilla voitaisiin saada kustannustehokkuutta hoitoon. Mielenterveyden huomiointi pitäisi ottaa mukaan kaikkiin neuvola-, koulu- ja työterveystarkastuksiin ja osaksi kaikkien sairauksien hoitoprotokollaa. Perustaidot mielen

sairauksien tunnistuksesta ja hoitosuosituksiin perustuvista hoitokäytännöistä pitäisi olla kaikilla perustyötä tekevillä. Mielenterveyspotilaita hoitavien tahojen pitäisi huolehtia siitä että potilaiden somaattisten ongelmien tunnistus, seuranta ja hoito toteutuu asianmukaisesti yhdessä somatiikan ammattilaisten kanssa. Myös elämäntapoihin hoidon tukena tulee kiinnittää huomiota. Mielen terveys pitäisi huomioida kaikissa somaattisissa hoitoketjuissa ja somaattiset sairaudet mielen sairauksien hoitoketjuissa. Myös työllisyys- ja asumispalvelut sekä taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden huomiointi ja toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi pitäisi kuulua osaksi kaikkien sairauksien hoitoa. Komorbidien sairauksien hyvä hoito auttaa kokonaistoimintakyvyn säilymisessä. (Prince 2007, Pincus 2005)

Potilaiden hoidon ja toipumisen seurantaan pitäisi olla nimetty vastuuhenkilö**.** Hoitosuunnitelmat pitäisi tehdä kaikille pitkäaikaissairaille, myös mielenterveyspotilaille (Hoitosuunnitelma Valvira, Komulainen 2011), ja niihin olla kirjattuna diagnoosin lisäksi myös potilaan voimavarat ja niiden tukemiskeinot (Tondora 2012). ICF-toimintakykyluokitus (THL ICF-luokitus) on tulossa pakolliseksi lisätiedoksi diagnooseihin tuoden laajempaa näkökulmaa tilanteeseen. Terveyskeskuslääkäri- ja psykiatripula haittaavat monin paikoin avun saantia psyykkisiin oireisiin eikä ongelmia voida käsitellä pelkästään päivystysvastaanottotyyppisellä aikataululla ilman pitkäaikaista hoitosuhdetta. Depressiohoitajien tai psykiatristen sairaanhoitajien käyttö perusterveydenhuollossa on perusteltua ja suora yhteydenottomahdollisuus heihin relapsin uhatessa nopeuttaisi hoidon tehostamista. Hoitaja voisi olla masentuneen hoidon koordinaattori perustasolla ja hankkia tarvittaessa työparin tai moniammatillisen tiimin potilaan asioiden ympärille tuekseen. Hoito voi onnistua myös työterveyshuollossa laajan sopimuksen mukaisesti tai psykiatrian ja työterveyshuollon yhteistyönä rinnakkain.

Mielenterveyspotilaiden toimintakyvyn heikkeneminen ei aina johdu pelkästään sairauden seurauksista, vaan mukana voi olla myös asenteellisia esteitä. Mielenterveyspotilaiden toipumisen tukemiseen tarvitaan psykologisia, biomedikaalisia, sosioekonomisia ja kulttuurisia keinoja, instituutioista lähemmäs ihmisen omaa elinympäristöä siirtymistä. Tähän tarvitaan perustason työntekijöille lisää koulutusta, tukea perheiden jaksamiseen, moniammatillista yhteistyötä, perustason palvelujen saatavuutta lähipalveluina potilaiden alentuneet resurssit huomioiden. Tehokas panostus pitäisi kohdistaa erityisesti niihin potilaisiin, jotka sairastuvat ensimmäistä kertaa mielenterveyden häiriöön. Mielenterveyspotilaita hoitavien ammattilaisten jaksamiseen ja työn organisointiin ja johtamiseen pitäisi kiinnittää erityishuomio heidän työkykynsä säilyttämiseksi mm. työnohjauksen keinoin. (Jacob 2007, Mielenterveyslaki)

Resurssien tasaisesta jakautumisesta maantieteellisesti ja eri ikäryhmien ja sosiaaliryhmien välillä olisi myös huolehdittava ja helpotettava mielenterveyspotilaiden hoitoon pääsyä madaltamalla yhteydenottokynnystä maksuttomiin avohoitopalveluihin jopa ilman ajanvarausta. Mahdollisuus tasavertaisesti somaattisesti sairaiden kanssa eri sosiaalietuuksiin, vakuutuksiin ja kuntoutukseen pitäisi olla taattua. Myös yhteiskunnalliset toimet, kuten köyhyyden, väkivallan, turvattomuuden ja syrjäytymisen vähentäminen työllistymiseen, sosiaaliturvaan ja koulutukseen panostaminen auttavat ihmisiä voimaantumaan ja ponnistelemaan omatoimisesti paremman (mielen)terveyden saavuttamisessa. (Saxena 2007)

Masennuksen hoidossa pääpaino on hyvällä hoitosuhteella ja hoitoon motivoitumisella ja mahdollisella lääkkeen käytöllä alkuvaiheessa terapiaan yhdistettynä. Ammattilaisten haasteena hoidossa on kyetä tasavertaiseen dialogiin sekä moniammatillisen auttamisverkoston että potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Seikkula 2004). Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa tarvitaan myös. Käytännössä sosiaalinen kuntoutuminen on hitaampaa kuin fyysinen tai psyykkinen, jonka vuoksi seurannassa pitäisi käyttää oirekyselyjen lisäksi elämänlaatu- ja toimintakykymittareita ja haastatteluja kokonaiskuvan saamiseksi. (Heikman 2002, Aalto 2016, Roine 2016)

Biopsykososiaalinen, yhteisöllinen työote biologisen individualistisen hoitomallin sijaan mahdollistaisi erityisesti lasten ja heidän vanhempiensa vakavien sairauksien kohdalla monipuolisemman tuen järjestämisen peruspalveluissa. Vuorovaikutusta vahvistamalla ja käytännön apua tarjoamalla vanhempien sairaustilanteissa voidaan lasta suojata stressiltä ja traumatisoimiselta. Monet vakavat sairaudet vaikuttavat koko perheen arkeen ja vaativat koko perheen ja läheisten panostusta ja ponnisteluja hoitojärjestelyjen onnistumiseksi. Erikoissairaanhoidon palveluiden pitäisi tulla tukemaan tätä lähelle perheiden normaalia elinympäristöä. Sukupuun käyttö tai sosiogrammin piirtäminen voivat olla yksi keino hahmottaa, mistä tukea ja apua voisi saada potilaan omista verkostoista. (Firth 2003, Riusala 2012)

Lapset selviytyvät vanhemman psyykkisen sairauden kanssa parhaiten, jos vanhempi pystyy kertomaan heille sairaudestaan, jos hänen toimintakykynsä on hyvä, harhat eivät kohdistu heihin tai jos lasten toinen vanhempi on terve, lapsilla on hyviä luotettavia kontakteja perheen ulkopuolella tai jos heillä on omanarvontunnetta tukevia kykyjä tai lahjakkuutta. Hoitojärjestelmässä pitäisi olla tarjolla integroituja moniammatillisia ja monitoimijaisia palveluja lapsiperheille varsinkin päihde- ja mielenterveysongelmissa, jolloin lapsien tarpeet tulisivat paremmin huomioitua osana hoitoprosessia. Suunnitelluissa perhekeskuksissa tämä voisi olla mahdollista. Myös vakavasti somaattisesti sairaiden lasten vanhempia hoidettaessa lapset pitäisi ottaa mukaan hoitoon kertomalla heille mistä sairaudessa on kyse ja selvittämällä millaista tukea perheen lapset voisivat sairauden vuoksi tarvita. Vastaavasti myös lasten sisaruksia tulisi tavata lasta hoidettaessa ja huomioida heidän ja vanhempien tuen tarve. (Solantaus 2009 ja 2013)

Potilaan hyvä hoito on synteesi tieteelliseen näyttöön ja yksilölliseen kokemukseen perustuvasta hoitomallista (Pasternack 2004). Kertojat tässä, kuten potilaat yleensäkin, ovat oman elämänsä ja sairautensa parhaita asiantuntijoita. Kokemustiedon ja tieteellisen tiedon suhdetta joudutaan punnitsemaan kuitenkin hoitojen valinnassa. Soveltuuko tieteellisen tiedon näyttö ratkaisuksi yksittäistapauksiin? Mitä jos näyttöä on vain sellaisista asioista, mitkä eivät ole saavutettavissa? Miten selviytymistä voi tutkia tieteellisesti, koska se on kokemuksellista ja kontekstisidonnaista suuressa määrin? Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voi siirtää suoraan toisiin olosuhteisiin eikä kohderyhmään, ei välttämättä myöskään määrällisen tutkimuksen tuloksia, vaikka niin yleisesti esitetään. Yksilöiden kokemukset yhtäaikaisesti samoista asioista ovat erilaisia ja yksilöiden kokemukset asioista muuttuvat ajan myötä. Myös sairauden ehkäisyn ja muun arkielämän tukemisen välinen raja on häilyvä, mihin tarvitaan ammattilaista ja mikä pitäisi kuulua potilaalle itselleen tai läheisverkostolle? Nähtäväksi jää siirtääkö asiakaslähtöisyys hoidossa painotusta enemmän kokemustietoon tieteellisen tiedon rinnalle tai sen sijaan. Tarvetta ainakin olisi lähentää käyttäytymistieteiden ja luonnontieteiden näkökulmaa toisiinsa komplisoituneissa ja monimutkaisissa tapauksissa. Tutkimuksen hyöty pitäisi näkyä parantuneena koettuna hoidon laatuna. (Tontti 2000, Rissanen 2015, Romakkaniemi 2012, Enäkoski 2002, Saharinen 2013, Pincus 2005, Perttula 2008, Davidoff 2005)

Dialoginen kohtaamismalli auttaa ammattilaista kuulemaan tasavertaisesti potilaan tarpeet ja tilanteen ja kunnioittamaan myös hänen mahdollisuuksiaan ja resurssejaan puuttua sairautensa hoitoon. Mieli 2009- ohjelma (2009) nostaa esiin potilaan/asiakkaan aseman vahvistamisen ja osallisuuden merkityksen omaan hoitoonsa. Se on mahdollisuus nähdä potilas/asiakas biopsykososiaalisena kokonaisuutena ja oman sairautensa ja elämäntilanteensa asiantuntijana ammattilaisen rinnalla. Vertaistuki ja potilaiden omat sosiaaliset verkostot täydentävät parhaimmillaan virallista hoitojärjestelmää tältä osin (Falk 2013). Potilaskeskeisestä dialogisesta hoitomallista on esimerkkejä esim. Länsi-Pohjasta Keroputaalta (Seikkula 2004).

Paternalistinen auktoriteettimalli hoidossa voi päinvastoin lisätä potilaan avuttomuutta, traumatisoitumista ja vähentää osallistumismotivaatota, esimerkiksi väkivallan uhreilla. Liiallinen tai liian vaikeatajuinen tiedontulva kohtaamistilanteessa johtaa etääntymiseen ja ymmärryksen

vähenemiseen eikä luottamusta ja hoitosuhdetta pääse syntymään. Myönteisen emotionaalisen ilmapiirin aistiminen ja luominen kohtaamistilanteessa on ensiarvoisen tärkeää luottamuksen synnyttämisessä, ikään kuin soittimien virittämistä yhteen sointuvaksi. Tiedon välittämisessä edetään potilaan vastaanottokyvyn ja tarpeiden mukaisesti. Perhe voi olla potilaan tukena ammattilaisen kanssa keskusteltaessa. Kaikenlaisten pakkokeinojen käyttöä pyritään välttämään hoidossa aina kun se on vain mahdollista. (Tondora 2012, Boise 2004, Feldt 2011, Makkonen 2016, Syrjäpalo 2006)

Käytettyjen kysymyslomakkeiden pohjalta olisi mahdollista luoda faktorianalyysiä käyttäen isommassa otoksessa validoituja uusia masennuksen riski-, tunnistamis- ja seurantakysymyksiä perustason palveluiden käyttöön. Käyttöä olisi myös kliiniseen työhön soveltuvalla stressin ja masennuksen erottavalle yksinkertaiselle mittarille, jotta hoitoa saataisiin räätälöityä täsmällisemmäksi. Myös perheen ja parisuhteen toimivuutta kuvaavia mittareita pitäisi olla helposti saatavilla kaikille kansalaisille ja ammattilaisille varhaista ongelmien tunnistamista ja tutkimusta ajatellen. Stressi-coping-tasapainon kartoittamiseen kyselylomakkeella myös aikuisilla seulontamielessä olisi tarvetta elämänhallinnan keinojen arvioinnissa. Hyvin toimivia työyhteisöjä olisi myös kiinnostavaa tutkia tarkemmin, miten niissä synnytetään työhyvinvointia ja tuetaan vajaatyökykyisiä uupuneita ja masentuneita yhdessä työterveyshuollon ja esimiesten kanssa.

Tässä tutkimuksessa fokuksena ei ollut kliininisen lääketieteellisen hoidon arviointi, vaan enemmänkin vastaajien omat näkemykset siitä, mikä heitä oli auttanut välttämään masennuksen ja mikä auttoi sairaudesta toipumisessa kokemusperäisesti. Mukana olleiden pääosin lievästi tai keskivaikeasti masentuneiden avusta huomattava osa tuli muualta kuin terveydenhuoltojärjestelmästä, jolloin sitä koskeva tutkimus voikin siten niveltyä sujuvasti toisten tieteenalojen piiriin. Yllättävää oli miten vähäisen painon potilaat asettivat lääketieteelliselle sairauden hoidolle. Osin se johtui pettymyksistä lääkkeiden tehoon ja vaikeuksista päästä hoitoon, erityisesti ennen depressiohoitajajärjestelmän alkua. Asiakaspalaute hoitokokemuksista olisi ensiarvoisen tärkeää siten palveluiden kehittämiseksi. Jokaisen kokemus hoidosta on kuitenkin ainutlaatuinen ja siten se on räätälöitävä tapauskohtaisesti. Raja hoidon ja arjessa selviytymisen tukemisen välillä erityisesti masentuneilla näyttää olevan varsin häilyvä ja siten tuen oltava monipuolista.

Tutkimuksessa mukana olleilla oli paljon konkreettisia ehdotuksia masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoidon tulosten parantamiseen sekä stigman vähentämiseen. Sairastuneiden ja heidän läheistensä kokemukset pitäisi ottaa paremmin huomioon palveluiden suunnittelussa (Sartorius 2007). Keski-Suomessa TEKES:in rahoittamassa hankkeessa (Kokemusasiantuntijuus palveluissa TEKES) on valmennettu koulutettuja kokemusasiantuntijoita pitämään itsenäistä vastaanottoa, tarjoamaan nettitukea elämäntapamuutoksiin tai toimimaan työparina ammattilaisille vertaisryhmissä. Vertaisvastaanotosta on kokemuksia myös Vantaalta (Kokemusasiantuntijavastaanotto Vantaa). Sosiaalitoimen asiakkaita on ollut mukana kehittäjäkumppaneina palveluiden suunnittelussa (Muhonen 2016). On alettu tehdä myös kokemustutkimusta (Rissanen 2015). Käypä hoito-suosituksiin tulisi myös lisätä kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä hyvästä hoidosta.

Tulosten perusteella aikuisten kohdalla pitäisi tiivistää entisestään perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja työnantajien välistä kommunikaatioita masennuksen ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Liian tiukka raja-aitojen ylläpito ja tiedonkulun esteet kääntyvät potilaalle hyvän hoidon esteeksi. Selkeä vastuista sopiminen esimerkiksi hoitoketjun muodossa alueellisesti helpottaisi hoitoa. Matalan kynnyksen kohtaamista tarvittaisiin myös, jotta hoitoa ja tukea saisi oikea-aikaisesti.

6.5.6. Tutkimusaineiston ja –menetelmien arviointi ja pohdinta sekä tutkimuksen luotettavuus

6.5.6.1. Tutkimusaineiston arviointi

Tutkimukseen haluttiin mukaan sekä terveitä satunnaisotannalla valittuja että masennukseen sairastuneita ja heidän puolisoitaan erilaisten näkökulmien saamiseksi ilmiöön. Masentuneista mukaan otettiin viisi miestä ja viisi naista puolisoineen, joilla ei ollut ikä- eikä sairauskriteerejä. Puolisoiden osalta haluttiin hahmottaa myös heidän asemaansa sairastuneen läheisenä eläessään. Ikäryhmään 30-64 vuotiaat päädyttiin elämänhallinnan tunteen vakiintumis- ja eläkeiän välin tavoittamiseksi. Myös perheiden elämä lapsineen on aktiivisinta tässä ikäryhmässä. Vakavasti päihdeongelmaiset (AUDIT yli 21 pistettä) ja erikoissairaanhoidossa hoidetut masentuneet suljettiin pois, koska haluttiin tutkia nimenomaan terveyskeskuksessa hoidettavaa masennusta ja vakavasti päihdeongelmaiset eivät yleensä suostu tutkimuksiin tai pysy tutkimuksessa mukana seuranta-aikana. Selviytyjien coping- ryhmä ja haasteita kokenut stressiryhmä saatiin muodostettua BSCI-kyselyn tulosten pohjalta väestöotoksesta. Vastausprosentti oli alhainen (26,3 %), koska vastaaminen oli aikaa vievää ja toisen kierroksen kyselyä ei pystytty järjestämään. Väestöotoksesta poimituilla ei ollut vaatimusta parisuhteessa elämisestä, mutta kaikilla oli kuitenkin siitä kokemusta jossakin elämän vaiheessa. Kaikilla heillä ei ollut omia lapsia eikä sukupuolia kiintiöity. Ryhmien ajateltiin muodostavan matalan ja korkean riskiryhmän masennukseen sairastumisessa ja siten heidän avullaan voitaisiin luodata jatkumoa sairastumiselle ja he voisivat toimia verrokkeina siten masentuneille.

Tutkittavien ryhmien koko oli pieni, koska haastattelut olivat aikaa vieviä ja laajoja sisällöiltään, joten suurempien joukkojen mukaan ottaminen ei ollut mahdollista yhden tutkijan toteuttamana. Kattavaa kyllästyneisyysastetta ei vastausten perusteella näillä vastaajamäärillä saavutettu, mutta yleisiä trendejä voitiin silti käytetyillä lukumäärillä tunnistaa kyseisessä ikäryhmässä. Seurantakyselyt ja -haastattelut antoivat mahdollisuuden seurata kunkin ryhmän selviytymistä vuoden aikana ja stressiryhmällä vielä 5 vuoden kohdalla. Vaikka otokset olivat pieniä, haastattelujen anti oli syvällinen. Näiden työikäisten perheellisten 30-64- vuotiaiden tulokset voivat kenties toimia johdattelijana myös muiden ikäryhmien ja perheettömien tutkimiseen ja synnyttää siten jopa uusia, erilaisia tutkimuskysymyksiä.

Haastateltujen masentuneiden ryhmä oli tutkijalle läheinen, koska se edusti keskimäärin samaa ikäluokkaa, kulttuuritaustaa ja aluetta, jolla tutkija asui ja se oli käyttänyt terveysaseman palveluja avun hakemiseen ja edusti siten myös tutkijan omaa kokemusmaailmaa masentuneiden hoidosta. Muihin ryhmiin olisi ollut halukkaita vapaaehtoisia enemmän kuin mukaan voitiin ottaa palautelomakkeen mukaan. Vastanneet olivat kenties keskimääräistä tietoisempia ja kiinnostuneempia elämänhallinnasta kuin muut ja joidenkin ammatti liittyi joko kasvatus- tai hoitoalaan ja siksi pystyivät tuottamaan paljon sisältöä.

6.5.6.2. Tutkimusmenetelmien arviointi

Vastausten toivottiin tuovan esiin masennuksen monimuotoisia taustatekijöitä ja oirekuvaa ja voivan antaa myös viitteitä siitä, mikä heitä voisi auttaa toipumaan. Teoreettisesti elämänhallintaa pidettiin keskeisenä välittävänä tekijänä elämäntapahtumien ja masennuksen välillä (Feldt 2006, Eriksson 2007b, Hakanen 2007) ja siksi SOC:ia ja BSCI:tä tarkasteltiin tässä tarkemmin myös alaryhmien osalta, vaikka Antonovskyn (1988) mukaan SOC:n alaryhmiä ei pitäisi erotella analyysissä toisistaan (Flannery 1994, Hittner 2000) ja samoin Rahen (2002) näkemys oli ettei BSCI:tä pitäisi pilkkoa osiin. Tässä tutkimuksessa kuitenkin haluttiin nähdä olivatko osa-alueiden välisissä pisteissä eroa ryhmien välillä ja tapahtuvatko mahdolliset muutokset masentuneilla paranemisvaiheessa tasaisesti kaikilla osa-alueilla.

Vastauksia tutkimuskysymyksiin etsittiin yhdistämällä kahdella eri tutkimusorientaatiolla saatuja tietoja toisiinsa. Valmiita sopivia kyselylomakkeita ei suomenkielisenä ollut esim. masennusriskin arvioon tai stressitekijöiden ja selviytymiskeinojen välisen tasapainon arviointiin. Pienelle kielialueelle niitä on kallista laatia ja validoida ja niiden kääntäminen toisesta kielestä tai kulttuurista ei tuota yhtä luotettavia vastauksia kuin alkuperäisessä ympäristössä käytettäessä (Brannen 1995). Tutkimuksessa ei käytetty esitietoja lukuun ottamatta uusia kyselylomakkeita, mutta ideoita ja tarvetta sellaisten laatimiseen voitiin tunnistaa.

Haastatteluissa tuli kyselylomakkeita selkeämmin esille konteksti, situaatio, olosuhteet, ympäristö, historiallinen aika, arvot ja asenteet sekä vuorovaikutussuhteet vastaajien elämässä. Myös jokaisen yksilöllinen ainutlaatuinen elämätarina jäi unohtumattomasti mieleen, kun taas lomakevastauksista erottui vain ryhmien keskiarvot ja niiden välillä suoritetut tilastolliset vertailut. Eri tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia eri menetelmillä, kuten masennuksen, elämänhallinnan ja stressin välisistä yhteyksistä kyselylomakkeilla (luku 5.3.) ja perheen, parisuhteen, suvun ja läheisten merkityksestä (luvut 5.1. ja 5.2.) masentuneelle haastatteluilla. Työelämän roolia masennuksen synnyssä ei osattu otaksua niin vahvaksi tekijäksi kuin se haastatteluissa kävi ilmi, siksi siitä laadittiin oma tuloslukunsa (5.4.), joka pohjautuu pääosin haastatteluihin.

Haastattelujen osalta saatiin keskimäärin kahdessa tunnissa varsin kattava kuva vastaajien elämänvaiheista ja perheen ja lähiverkostojen rakenteista ja rooleista elämässä. Vastaava keskustelu olisi mahdollista käydä myös vastaanotto-olosuhteissa esim. depressiohoitajan tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkentamalla kuvaa masennuksen taustoista ja sen seurannaisvaikutuksista voidaan valita täsmällisempiä ja kenties tehokkaampia hoitokeinoja ja tukemisen tapoja masentuneelle.

Tutkimuksessa käytettiin monimenetelmällistä lähestymistapaa, jossa pääpaino oli laadullisessa, sisällönanalyysissä, jota tilastollisten menetelmien katsottiin täydentävän. Tämän menetelmätriangulaation tavoitteena oli tuottaa laajempialaista näkökulmaa masennukseen ja elämänhallintaan ilmiöinä ja luoda syvempää ymmärrystä niiden väliseen suhteeseen kuin pelkkien tilastollisten menetelmien. Lähtökohtaisesti eri menetelmät voivat tuottaa myös keskenään ristiriitaisia tuloksia, joka syntyy ryhmäkohtaisten objektiivisten mittauskeskiarvojen ja yksilökohtaisten kokemusten tieteenteoreettisten lähtökohtien erilaisuudesta (Brannen 1995). Tässä tapauksessa kuitenkin tulokset onnistuivat enemmänkin täydentämään toisiaan kuin johtamaan keskinäisiin ristiriitoihin. Tosin määrälliset menetelmät mittasivat osittain myös kokemusmaailman ilmiöitä, josta syystä tulokset saattoivat olla niinkin yhtenäisiä. (Perttula 2008, Wittink 2006, Mays 2000, Barbour 2000)

Määrälliset menetelmät

Käytetyistä lomakkeista osa oli kliinisestä työstä ennestään tuttuja (AUDIT, BDI) ja ne mittasivat tämän tutkimuksen tarpeisiin riittävän tarkasti päihteiden käyttöä ja mielialaa. Tarkoituksena ei ollut masennusdiagnoosin varmennus, vaan masennuskokemuksen subjektiivinen arviointi ja tilan seuranta ajan kuluessa, joka on ollut BDI:n tarkoitus alun perinkin (Beck 1961, Roivainen 2008). Sisäänottokriteeriksi ei haluttu tietynasteista masennusta tutkimuksen alkaessa ja siksi mukana oli sairauden eri vaiheessa olleita, kuten normaalioloissakin vastaanotolla. Depressiohoitajat ja heille potilaita ohjanneet lääkärit olivat kuitenkin todenneet ja varmistaneet sairauden masennukseksi alun perin käyttäen ICD-10- kriteeristöä. Tutkimukseen mukaan otettujen AUDIT- pisteet pysyttelivät alle 21:n eikä heidän alkoholin käytöllään näyttänyt olevan yhteyttä masennukseen tai stressiin sairastumiseen eikä niistä toipumiseen. BDI- pisteet kuvasivat hyvin tutkittujen kokemusta oireistaan, joihin tosin myös somaattisilla sairauksilla saattoi olla yhteys. Stressiryhmäläisten korkeat BDI-pisteet alussa ja vielä vuoden kohdalla olivat kuitenkin yllätys. He eivät itse mieltäneet itseään

mitenkään masentuneiksi ja se herättikin mielenkiinnon jatkaa stressiryhmän seurantaa 5 vuoteen saakka, johon heiltä oli ennakkoon kysytty lupa.

Elämänhallinnan tunteen mittaamisessa käytettiin sekä SOC- lomaketta että BSCI:tä, jossa oli myös stressipisteet mukana. Tutkimuksessa SOC- pisteet noudattivat samanlaista, joskin hitaampaa logiikkaa kuin BSCI suhteessa masennukseen ja itsetuntoon (taulukot 34 ja 35). BSCI:ssä edeltävän vuoden tapahtumat ja reagointitapa niihin muuttuivat nopeammin kuin kenties enemmän elämänasennetta kuvaavan SOC:n pisteet toipuessa (Antonovsky 1979, Rahe 2002, McAdams 1995). BSCI:n kysymyksistä osa liittyi masennuksen oireisiin ja mahdollisiin riskitekijöihin, joten niiden samansuuntainen käyttäytyminen BDI:n kanssa oli odotettavissa (Rahe 2002). Käytetyn suomenkielisen BSCI:n puutteena on ettei sitä ole validoitu Suomen olosuhteissa eikä käytetty isommissa aineistoissa aiemmin. Myöskään sen käyttö kliinisessä työssä ei ole mahdollista maksullisen lisenssin vuoksi. Sähköinen kyselylomake ja koneellinen pisteidenlaskumenetelmä olisi nopeuttanut tulosten laskemista ja pienentänyt riskiä virheisiin niin tallennus- kuin laskentavaiheissa. Sähköisen lomakkeen käyttö tutkimusta tehtäessä olisi saattanut vähentää osallistujien vastausmahdollisuuksia, jonka vuoksi tyydyttiin perinteiseen paperilomakkeeseen.

BSCI:n tyyppistä kyselylomaketta tarvittaisiin aikuisikäisten arviointiin samaan tapaan kuin SDQ (Vahvuudet ja Vaikeudet)- kyselylomaketta lapsilla (SDQ-lomake). BSCI lomake on kliiniseen työhön liian pitkä. Sen alkuperäisellä laatijalla Richard Rahella ei ole ollut suunnitelmissa laatia siitä lyhennettyä eikä yksinkertaistettua kliiniseen käyttöön tulevaa versiota (henkilökohtainen tiedonanto). Kysymyslomakkeen asetelma teoreettisesti olisi hedelmällinen keskustelun pohja kliinisessä työssä stressitekijöiden ja selviytymiskeinojen tasapainon tunnistamisessa ja sen pohdinnassa, mitä sen saavuttamiseksi olisi tehtävissä stressi-haavoittuvuusmallia mukaillen (Zubin 1977). On esitetty että etenkin psyykkisissä sairauksissa sairausdiagnoosin rinnalle asetettaisiin kuvaus myös voimavaroista, joita sairastuneella on käytössään ja niitä edistämällä voitaisiin parantaa sairastuneen toimintakykyä sairaudesta huolimatta (Tondora 2012). Tulevaan ICD-11-tautiluokitukseen onkin tulossa mukaan toimintakyvyn arviointiosio (THL ICF-luokitus).

Elämänhallinnan tunteen (SOC) mittari näyttää toimivalta murrosikäisestä ylöspäin, jolloin abstraktien käsitteiden ymmärtäminen on mahdollista (Honkinen 2009a). Se mahdollistaa elämänhallinnan tunteen yleisen jäsentämisen ei- sairauskeskeisesti. Sitä voisi käyttää esimerkiksi terveystarkastuksissa, sosiaalityössä tai työllistämispalveluissa kartoittamaan tilannetta yleisesti ennen tarkempia selvittelyjä. SOC:n tutkimuskäyttöön on pyydettävä lupa eikä sitä ole sallittua käyttää kaupallisiin eikä hoidollisiin tarkoituksiin (Aron Antonovskyn:n pojan Avishai Antonovskyn henkilökohtainen tiedonanto).

Itsetuntopisteet ovat kytköksissä BDI-pisteiden kanssa, koska itsetunnon heikkous liittyy masennusoireisiin (Tautiluokitus ICD-10). Masennus vaikuttaa elämänhallinnantunteeseen ja heikentää selviytymiskeinoja ja vääristää kuvaa elämästä vieläkin negatiivisempana kuin se todellisuudessa on (Eriksson 2006, Raitasalo 2004b). Mielenkiintoista tutkimuksessa oli tarkastella missä järjestyksessä muutokset tapahtuvat toipuessa. Itsetunto muokkautuu jo lapsen varhaisina vuosina ja sen muuttuminen aikuisiällä on hidas ja pitkäkestoinen prosessi (Rosenberg 1965/1989, Jaari 2004), kuten elämänhallinnan tunteenkin muutos (Antonovsky 1979). Itsearvioinnissa voi olla myös yksilöllisiä, kansallisia ja kulttuurisia piirteitä ja eroja, joten absoluuttisilla luvuilla tuloksissa ei ole niinkään merkitystä, vaan koetuissa muutoksissa. BSCI:n stressitekijöissä saattaa tapahtua nopeaa korjaantumista esim. työpaikan vaihdon vuoksi ja myös voimavaroja tulla lisää esim. taloudellisesti tai konkreettista apua saamalla tai sairauden oireiden hellittäessä, jolloin myös itsetunto alkaa kohentua. BSCI-pisteet voivat siten muuttua melko nopeastikin.

Mittareista Itsetunto, SOC ja BSCI voisivat toimia myös ennakoivina mittareina stressi- ja masennusherkkien yksilöiden tunnistamisessa silloin kun tila ei ole vielä kehittynyt masennukseksi.

Lomakkeita voisi käyttää jopa itsearviointiin. BSCI:n englanninkielinen versio onkin saatavana käyttöön maksullisena nettiversiona. Pisteiden ollessa poikkeavia tilannetta voitaisiin lähestyä voimavarojen kautta, olla vahvistamassa ja tukemassa niitä niin työssä kuin vapaa-aikana. Keinoja voivat tarjota muutkin kuin hoitoalan ammattilaiset tässä vaiheessa, kuten vertaiset. Haastattelua tarvitaan lomakekyselyiden lisäksi kuitenkin kokonaiskuvan saamiseksi tilanteesta taustatekijöiden, nykyisten elämänolosuhteiden vaikutuksen ja subjektiivisen merkityksenannon ymmärtämiseksi erilaisille elämäntapahtumille. Diagnostisia mittareita tarvitaan kun epäillään kliinistä sairautta.

Käytetyssä BSCI- kyselylomakkeessa aikuisiän negatiivisten, yli vuoden takaisten elämäntapahtumien osuus ei näkynyt, mutta paljastui haastattelemalla. Monilla tapahtumilla oli ollut vaikutusta jaksamiseen vuosia tapahtumien jälkeen, esim. lapsen, vanhemman tai läheisen ystävän kuolemalla tai vakavalla sairaudella tai vanhempien jatkuvilla ristiriidoilla lasten ollessa jo aikuisia. Masentuneilla tapahtui toipuessa ensin coping-keinojen lisääntymistä, jota depressiohoitajat kognitiivisen terapiasuuntauksen mukaisesti tavoittelivatkin heitä hoitaessaan. Hoidossa käydään läpi myös stressitekijöitä, joihin voi omilla toimillaan vaikuttaa. Toipumisen myötä omien ja verkostojen voimavarojen käyttöönotto paranee ja samalla käsitys itsestä vahvistuu ja koherenssin tunne lisääntyy. Joustavuus parantaa erilaisten tukielementtien, ratkaisumallien ja näkökulmien käyttöönottoa, sellaisienkin, joita ei olisi itse keksinyt. Ongelmanratkaisutaitojen lisääntyessä ihmisen mahdollisuudet oppia uutta paranevat edelleen.

Tilastollinen pohdinta

Pienten ryhmäkokojen vuoksi tilastollisessa käsittelyssä analyysien luotettavuudessa käytettiin pienten joukkojen analyysimenetelmiä (Metsämuuronen 2003). Kun muuttujat eivät olleet jatkuvia eivätkä normaalisti jakautuneita, käytettiin mediaaneja ja non-parametrisiä testejä. Ryhmien sisäisiä muutoksia aikaväleillä 0,1 ja 5 vuotta tarkasteltiin Friedmannin testillä (non-paramertinen, toisistaan riippuvien otosten Anova) ja kahden aikapisteen välillä (0,1 vuotta) käytettiin Wicoxonin signed rank testiä. Ryhmien välisiin vertailuihin samoissa aikapisteissä (0, 1 v) käytettiin Kruskal Wallisin One Way Analysis of Varinace on Ranks- testiä ja eri aikoina vertailuun Mann Whitneyn u-testiä. Standardideviaatiot ja keskiarvot/mediaanit kirjattiin ylös ja p-arvot $< 0,05$ merkittiin tilastollisesti merkitseviksi (*). Itsetunnon, elämänhallinnan ja mielialan tiettyjä osa-alueita tarkemmin kuvanneita väittämälauseita tarkasteltiin coping-ryhmäläisten ja masentuneiden kesken vielä Fisherin testillä nähdäksemme, miten ja miltä osin ryhmäläiset poikkeavat toisistaan. Väittämät muutettiin kaksiarvoisiksi paljon tai melko paljon tai vähän tai melko vähän- kohdat yhdistäen nelikenttään. Analyysit tehtiin Sigmaplot- ohjelmalla (Sigmaplot-ohjelma).

Pienistä ryhmittäisistä näytteiden lukumääristä johtuen sattumalla ja sekoittavilla tekijöillä voi olla suuri merkitys ryhmien sisäisten ja ryhmien välisten tulosten toistettavuuden kannalta (Metsämuuronen 2003). Tulokset näyttivät kuitenkin kirjallisuuden mukaista suuntaa eri ryhmien osalta.

Vastausprosentti väestöotokselle osoitettuun kyselyyn jäi matalaksi. Satunnaisotantaan tulleet valikoituivat varmasti omalla tavallaan myös. Katoanalyysiä ei voitu tehdä, paitsi iän ja sukupuolen suhteen. Kyselylomakkeisiin vastanneet ja otokseen tulleet eivät poikenneet olennaisesti alkuperäisestä 300:n väestöotoksesta em:n suhteen. Nimitietojen perusteella osa vastaamatta jättäneistä oli ulkomaalaistaustaisia ja osa julkisuuden henkilöitä tai tutkijalle ennestään tuttuja, joita ei ollut tarkoitus muutenkaan kelpuuttaa mukaan. Oletettavasti myös moniongelmaisimmat ja sairaimmat jättivät vastaamatta.

Kaikkiaan kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät eivät huomioi hoitojärjestelmä-, kulttuuri-, ihmissuhde-, olosuhde-, aika- ja ympäristötekijöitä riittävästi esim. kansainvälisissä randomoiduissa

kontrollitutkimuksissa. Tätä voidaan osittain välttää käyttämällä monimenetelmällistä tutkimustapaa, mutta se tekee tutkimuksen tekemisen kalliimmaksi ja vaativammaksi ja tulosten vertailun vaikeammaksi. Myöskään eri tekijöiden samanaikaisia potentoivia tai toisiaan kompensoivia ominaisuuksia ei kvantitatiivisin menetelmin pystytä tavoittamaan. Esim. stressaavien tapahtumien ajankohta, kesto ja intensiteetti jäävät huomioimatta usein kyselylomakkeissa. Kvantitatiiviset menetelmät eivät ota huomioon stressitekijöiden tai elämäntapahtumien kokemuksellista puolta, joka voi vaihdella varsin paljon yksilöiden välillä. Käyttämällä haastattelua lomaketutkimuksen lisäksi voidaan saada em. lisäksi selville vastaajien näkemys myös siitä, mikä heitä voisi auttaa. (Barbour 1998, Kylmä 2003, Perttula 2008, Janhonen 2001)

Perheiden ja yksilöiden elämässä on paljon erilaisia yksilöllisiä kuormitustekijöitä, joiden mahduttaminen kyselylomakkeisiin on lähes mahdotonta. Myöskään niiden merkityksen yksilöllinen arviointi ei ole näin mahdollista. Tässä tutkimuksessa käytetyt lomakkeet eivät sisältäneet suoria kysymyksiä masennuksen, työn ja perheen välisistä yhteyksistä, eivät myöskään kattavaa kuvaa tutkittavan elämän kulusta eikä perheen rakenteesta. Kyselylomakkeet tuottivat nopeasti numeerista vertailun mahdollistavaa tietoa ja vastauksiin saattoi palata haastatteluissa ja tarkentaa niiden merkityksiä. Strukturoitu lomaketutkimus on vähemmän altis virheille ja satunnaisvaihteluille, mutta se ei vastaa aina todellisuutta (ekologinen validiteetti heikko). (Sheeber 2001)

Perinteinen tilastollinen tarkastelu ryhmittäin ei kerro tarkemmin stressin tai coping-keinojen laadusta tai elämänhallinnan eri osa-alueiden muutoksista yksilötasolla toivuttaessa. Tässä vastoin suosituksia eroteltiin BSCI:n ja SOC:in eri osioiden pisteet toisistaan, mutta niitä ei voida virallisesti tarkastella, koska kyselyt on tarkoitettu käsiteltäviksi ja validoitu kokonaisuutena. Jos lomakkeita käytettäisiin yksilötyöskentelyssä, voitaisiin väittämiä käyttää tarkemman keskustelun pohjana ja siten lomakkeet ja keskustelu täydentäisivät toisiaan. Myös sellaiset stressin ja copingin aiheet tulisivat siten kenties esille, joita ei lomakkeissa ole mainittu. Sama tekijä tai kokemus saattoi olla toiselle myönteinen seurauksiltaan, toiselle kielteinen riippuen henkilön lähtökohdista, elämäntilanteesta ja päämääristä elämässä. Stressitekijän merkitys subjektiivisesti selvisi tutkittavaa haastattelemalla. Silti elämäntapalistoja voidaan pitää hyödyllisinä riskiyksilöiden tunnistamisessa (Dobson 2005).

Laadulliset menetelmät

Sukupuiden käyttö tutkimuksen välineenä edellyttää sukupuun teon ja analyysin systematisointia. On olemassa maksullisia sähköisiä sukupuiden analyysiohjelmia tieteelliseen käyttöön (esim. Genogram Pro), mutta niitä ei tässä tutkimuksessa käytetty taloudellisista syistä. Ohjelman päivitys oli kesken myös silloin kun tarve olisi ollut (Sheila Shellenberger, henkilökohtainen tiedonanto). Kliinisessä työssä ei ole samoja vaatimuksia validiteetin ja reliabiliteetin suhteen kuin tutkimuksessa, koska tavoitteena on muutoksen edesauttaminen ongelmatilanteissa. Sukupuutieto ei koskaan ole kaikilta osin täysin relevanttia, koska analysointi on subjektiiviseen arvioon perustuvaa. (Foster 2002)

Sairastumattomien (coping-ryhmäläiset ja terveet puolisot) henkilöiden kohdalla voitiin sukupuiden tarkastelussa käyttää erityisesti niitä vahvuuksia ja voimavaroja (ehkä heikkouksiakin), joita haastateltavalla oli käytössään (tavat, mallit, asenteet, suhteet, roolit) ja hahmottaa sukulaisuussuhteiden merkitystä yleisesti mahdollisina resursseina. McAdamsin mallin (McAdams 1995) mukaan elämäkertoja ei voida analysoida yhdistämättä laadullisia ja määrällisiä menetelmiä toisiinsa. Elämänhallinta ja coping-keinot rakentuvat em. mallin pohjalta perinnöllisten tekijöiden, lapsuusaikaisten ja myöhempien elämänkokemusten kautta vähitellen.

Sukupuuta tiedonkeruun välineenä käyttämällä pystyttiin nimeämään elämässä mukana olleet ja olevat toimijat lapsuusaikana ja aikuisiällä ja tarkastella niitä ulkoistamalla. Keskimäärin kahden tunnin vastausaika jakaantui aika tasaisesti puoliksi sukupuiden ja puoliksi elämäkerran

läpikäymiseen ja siinä mielessä voisi ajatella soveltuvan rungoiksi laajempiin vastaanotoilla tapahtuviin elämäntilanteen tai terapiasuhteen alkukartoituksiin. Seurantahaastattelujen mukaan vastaajat kokivat asioistaan puhumisen hyvin helpottavana ja huojentavana ja uskoivat sillä olleen interventionomaista vaikutusta heidän elämäänsä. Osa ilmoitti etteivät olleet koskaan aiemmin kertoneet kenellekään tarinaansa yhtä perusteellisesti. Kaikkien tarinat olivat kyllä sen arvoisia.

Puhuttu kieli on tärkeä väline kokemusperäisen tiedon kontekstualisoinnissa (Kangas 2001). Näin ollen haastatteluiden avulla saadaan parhaiten yksilöllistä tietoa kunkin elämästä ja olosuhteista. Sukupuun piirtäminen ja samanaikainen analysointi auttavat sekä haastateltavaa että haastattelijaa hahmottamaan lapsuuden ja nykyperheen rakennetta ja merkitystä elämänkulussa, voimavarojen kehittymisessä sekä haavoittuvuuden taustalla olevien tekijöiden tunnistamisessa (McGoldrick 1999, Stanion 1997, Papandopoulos 1997). Myös laajempaa sosiaalisen verkoston karttaa voidaan käyttää (Kenen 2001). Elämän kulun hahmottaminen lineaarisena piirroksena auttaa eri elämänvaiheiden tarkastelussa ja mahdollisesti niissä toistuvien kehityskulkujen huomioimisen ulkoistettuina ja helpotti siten niistä puhumista (Jokiranta 2003, Morgan 2000). Vaikka näkymä tutkittavaan asiaan oli retrospektiivinen ja osittain viiveen mahdollisesti muuntama, toi se esiin vastaajien tämänhetkisen käsityksen asiasta ja edusti heidän omaa kokemusmaailmaansa, joka saattoi erota siitä, miten muut asian näkivät tai miten asiat todellisuudessa olivat tapahtuneet. Jokaista voidaan pitää kuitenkin oman sisäisen maailmansa parhaana asiantuntijana (Giorgi 1970).

Puolisoiden näkökulmat toivat tarkennusta ja laajennusta masentuneiden kertomukseen elämästään. Huoli lapsista välittyi puolison kautta selkeämmin kuin masentuneen itsensä esittämänä. Masennus saattoi lisätä itsekeskeisyyttä ja myös heikentää kykyä huolehtia lasten tarpeista. Puolisot näkivät tilanteen kenties realistisemmin kuin masentuneet itse varsinkin pahimpina masennusaikoina.

Bass (2007) pohti kielen ja kulttuurin huomioimista masennusta koskevissa tutkimuksissa. Väestöllä voi olla käytössään ilmiöille erilaisia kielellisiä ilmauksia kuin tutkijoilla ja siksi käytetyt mittarit eivät kuvaa aidosti heidän todellisuuttaan. Hän esittää laadullisia ja määrällisiä menetelmiä yhdistettäviksi, joista laadullinen mittaisi paremmin kulttuurin ja kielen osuutta, juuri paikallisia olosuhteita ja puhumisen tapoja. Tässä tutkimuksessa keskusteluissa ei käytetty ammattikieltä ja pyrittiin siihen että haastattelija oli mahdollisimman näkymätön (sulkeistaminen), jotta vastaajat saisivat vapaasti kertoa kokemuksiaan ilman ennakoivaa johdattelua. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelijan, luokittelijan ja analysoijan taidot ratkaisevat, miten perusteellisesti tietoa saadaan kerättyä, miten luotettavasti kertomuksia osataan tulkita ja raportoida lopulta. Tässä tutkimuksessa lähestyttiin masennusta ja masennusherkkyyttä makrotasolta käsin, vastaajien kokemusten ja subjektiivisten tulkintojen kautta. Teoriapohja oli enemmän systeemiteoreettinen kuin luonnontieteellinen.

Käytetyt menetelmät muodostivat kattavan keinon hankkia tietoa masentuneista ja heidän puolisoistaan. Haastatteluaineiston analyysin tulosten pohjalta on mahdollista luoda uusia kyselylomakkeita perheen, suvun ja elämänkulun kvantitatiiviseen tarkasteluun. Ne voivat toimia pohjana myös uusien interventioiden suunnittelussa. Tässä tutkimuksessa käytetyt tiedonkeruumenetelmät täydensivät toisiaan ja soveltuvat pääosin myös kliiniseen käyttöön perusterveydenhuollossa. Sukupuun ja elämänviivan piirtäminen ovat sovelletusti käytössä jo perheterapiassa ja osa kyselylomakkeista on kliinisessä käytössä perusterveydenhuollossa, osa tutkimuskäytössä.

Laadullisin menetelmin voi tunnistaa myös sellaisia asioita, joita kyselylomakkeella ei osata kysyä, heikkoja signaaleja, jotka tuovat esiin uusia, ennalta odottamattomia asioita ja muutostrendejä. Haastattelut pitävät ajan hermolla ja antavat äänen potilaille. Postmodernissa yhteiskunnassa

laadullinen tutkimus voi tuoda esiin individualistista yksiköllisen kokemisen näkökulmaa. Se voi toimia myös kritiikkinä samalla valtavirran toimintatavoille. (Leinonen 2002)

Pääosa tieteellisistä tutkimuksista on tehty poikkileikkaustutkimuksina ja retrospektiivisesti. Prospektiivisia tutkimuksia tarvittaisiin lisää. Ongelmana on niiden kallis hinta ja mukana olevien kato tutkimuksen aikana. Myös tutkimuksiin osallistuvien valikoituminen voi vääristää tuloksia ja erilaiset valintakriteerit vaikuttavat tutkimustuloksiin. Tutkittavien joukko pitäisi siten kuvata tarkasti myös tilastollisia menetelmiä käytettäessä. Erilaisten otantaharhojen vuoksi eri tutkimusten tuloksia ei voi suoraan verrata toisiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa taustatekijöiden vaikutus tuloksiin on erityisen suuri ja myös itse tutkimustilanteesta ja tulosten käsittelystä johtuvia eroja ja virhelähteitä on enemmän laadullisessa tutkimuksessa, joten niiden vertailtavuus on vaikeampaa. Laadullinen tutkimus rakentaa käsitteitä ja teoriaa ja kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä ja luo ideoita määrällisen tutkimuksen teolle. (Barbour 1998, Mays 2000, Aira 2005 ja 2010, Kylmä 2003, Aaltola 2001)

Laadullisessa tutkimuksessa on tapana tuoda esiin tutkijan omat taustat, kokemus tutkittavasta asiasta ja näkemykset läpinäkyvästi, koska ne kaikesta sulkeistamisesta huolimatta vaikuttavat tutkimuksen tekoon, jo aiheesta lähtien. Myös tulosten tulkinnassa voi tutkijan motiiveilla, asenteilla ja arvoilla olla merkitystä, vaikka sitä ei aina aukikirjoiteta eikä edes tunnisteta. Tulosten lukija voi arvioida tulkintaa tietoisena näistä lähtökohdista. Laadullinen tutkimus on enemmän henkilökohtainen ja omannäköinen kuin määrällinen ja monesti siksi lukijalleen kiinnostava ja elävästä elämästä kertova. Sen tulosten siirrettävyys toiseen kohteeseen soveltuvaksi voi olla haasteellista johtuen juuri tutkijasta johtuvista seikoista. Laadullinen tutkimus objektiivisuudestaan huolimatta on vuorovaikutteista ja tutkimuksen anti väistämättä vaikuttaa tutkijan ajatteluun, tuo uusia näkökulmia, saattaa muuttaa hänen asenteitaan ja arvojaan. Niin kävi tässäkin tutkimuksessa. (Romakkaniemi 2011, Alasuutari 1995)

6.5.6.3. Ilmenneet ongelmat ja heikkoudet

Tutkimushaastatteluiden sopiminen oli melko työlästä johtuen omista ja vastaajien työajoista ja perhetilanteesta. Kodeissa oli paikalla muita perheenjäseniä, jolloin rauhallisen tilan löytäminen nauhoitukselle saattoi olla hankalaa. Työpaikalla haastateltaessa heikko äänieristys pakotti hiljentämään puheääntä etteivät työtoverit ja esimies olisi kuulleet haastattelun kulkua. Oman järjestelynsä vaati pääsy terveysasemille joko työpäivän aikana kun huoneita oli vapaana rajoitetusti tai illalla terveysasemien ollessa suljettuja. Neljän haastattelun nauhoituksessa oli teknisiä ongelmia: nauhoitus jäi kytkemättä päälle tai se ei tallentunut. Kaikkien haastattelujen aikana olin tehnyt kuitenkin runsaasti kirjallisia muistiinpanoja, piirtänyt sukupuut paperille kaikkine tietoineen ja myös elämänkulun graafisena esityksenä ja keskeiset kohdat tekstiksi kirjoitettuna niin että siitä oli jälkeenpäin nähtävissä suurin osa puheena olleista asioista eikä mitään oleellista tietoa kadonnut. Näiden haastattelujen osia siten ei ollut mahdollisuus suoraan siteerata, mutta niiden asiasisällöt huomioitiin silti kirjallisista muistiinpanoista litteroituna. Samaa tekniikkaa käytin myös puhelinhaastatteluissa.

Alun perin aloitetun artikkeliväitöskirjan sijasta päädyin monografiamuotoiseen esitystapaan, koska erityisesti laadullisia tuloksia oli vaikea saada tarpeeksi lyhyeen esitysmuotoon artikkeliksi. Monografiankin kirjoittaminen oli samasta syystä haasteellista. Aineistoa kertyi lopulta laajemmalti kuin olin otaksunut ja siksi kirjan sisältö paisui suunnitellusta. Tutkimuksen pitkän keston vuoksi tutkimustiedon seuraaminen kävi hankalaksi. Tietoa aiheesta on niin runsaasti että oli vaikea priorisoida mukaan otettavia lähteitä ja osa kerätystä tiedosta ehti käydä vanhaksi. Työn tekemisen motivaatio uhkasi sammua myös monta kertaa aikarajoitusten ja muiden kilpailevien tehtävien vuoksi.

Masennusta koskevia määrällisiä tutkimuksia valmistuu vuosi vuodelta yhä enemmän, mutta ne eivät tunnu tavoittavan asian ydintä eli mikä ihmisiä masentaa nykyajan hyvinvointiyhteiskunnassa ennaltaehkäisystä ja hoitoyrityksistä huolimatta. Suurin osa masennustutkimuksista keskittyy lääkehoitoon sairaalapotilailla. Laadullinen tutkimus pystyy paljastamaan nopealla aikataululla yhteiskunnallisia muutoksia ja viestimään myös heikkoja signaaleja, jotka jäävät tulematta esiin määrällisessä tutkimuksessa vakiolomakkeita käyttäen. Kyseessä on myös kahdenlainen totuus. Yksi aspekti on potilaan tai tutkittavan oma kokemus ja toinen tieteellinen ammattilaisten tieto, jota usein pidetään totuutena. Laadullinen tutkimus auttaa näkemään erilaisia totuuksia ja erilaisia merkityksenantoja ja olosuhteita, jotka avautuvat vasta pitkän keskustelun kuluessa, kuten tässä, eivätkä paljastu normaalilla, lyhyellä vastaanottokäynnillä.

Päätymiseni laadullisen tutkimusmenetelmän mukaanottoon oli käytännön sanelemaa, koska taloudellisia investointeja ei voinut tehdä ilman apurahaa eikä rekrytoida mukaan suuria potilasmääriä. Avustavaa henkilökuntaa ei myöskään ollut. Menetelmään perehtyminen teetti alkuun asiasta ennestään tietämättömälle melkoisen paljon töitä. Jos tutkimuksessa olisi käytetty pelkästään tilastollisia menetelmiä, olisi moni masennuksen taustalla oleva seikka jäänyt hahmottumatta ja näkökulma kapea-alaiseksi. Myös aikaperspektiivi olisi jäänyt heikolle huomiolle. Nyt myös pisimmillään 5 vuoden seuranta-aikaa voitiin hyödyntää ilmiöiden muutoksen havainnoimisessa. Mikäli tutkittavat ryhmät olisivat olleet suurempia ja sekoittavien tekijöiden hallinta mahdollista paremmin, olisi tilastollisia vertailuja voinut tehdä luotettavammin ryhmien välillä.

Monimenetelmällinen tutkimustapa vaati paljon työtä menetelmiin perehtymiseen. Myös niiden kuvaamisen ja pohtimiseen tarvittiin paljon tilaa ja aikaa. Tiedonkeruu tapahtui melkein samanaikaisesti molemmilla tavoilla, mutta en antanut lomakevastausten vaikuttaa haastattelujen kulkuun. Analysoin lomaketulokset ennen haastatteluja ja tiedotin niistä haastateltavia haastatteluosuuden jälkeen ikään kuin erillisenä asiana ja vasta loppupohdinnoissa vertailin tuloksia keskenään. Monimenetelmällisen tutkimuksen tekemisen perusteluksi Taanila (1997) esittää tutkittavan kohteen kompleksisuutta, kuten perhettä, jota on vaikea tavoittaa minkään kyselylomakkeen avulla. Tutkimusmenetelmän valinnassa on kysymys myös siitä, kenen ääntä halutaan tutkimuksessa kuulla ja mitä näkökulmaa painottaa tarkastelussa (Brannen 1995). Tässä masennuksen monimuotoisuus ja potilaiden ääni pääsivät hyvin esille.

Muiden kuin oman tieteenalan teorioiden ja käsitteiden suhteen jouduin käyttämään yksinkertaistettua kieltä, koska erityisesti monien englanninkielisten psykologisten termien ja käsitteiden kääntäminen suomeksi lyhyesti oli hankalaa eikä niihin ollut mahdollisuutta paneutua syvällisemmin.

6.5.6.4. Tutkimustulosten luotettavuus, yleistettävyys ja siirrettävyys

Määrälliset tulokset

Sisäinen validiteetti l. luotettavuus on sitä että mitataan niitä asioita, joita on tarkoitus mitata eli tarvittava luotettava tieto saadaan käytettävillä menetelmillä ja tuloksista osataan tehdä oikeanlaiset johtopäätökset (Saharinen 2013, Tuomi 2006, Metsämuuronen 2003). Tutkimusmenetelmät valitaan siten että tämä tavoite täyttyy mahdollisimman hyvin (Kylmä 2003). Rakennevaliditeetti mittaa sitä, miten laajasti mittari kattaa tutkittavana olevaa ilmiötä ja sisällön validiteetti tutkimuksessa käytettyjen mittareiden kykyä mitata mitattavia ominaisuuksia, sopivien menetelmien, aineiston käsittelytapojen ja käsitteiden valintaa. Tässä tutkimuksessa eri kyselylomakkeet ja laadulliset tiedonkeruutavat täydensivät toisiaan, koska mikään mittari ei yksinään olisi voinut yltää riittävään sisäiseen validiteettiin.

Ulkoinen validiteetti käsittää sen, miten laajasti mittari pystyy kuvamaan haluttua ilmiötä eli miten kattava ja edustava otos on ja onko kato hallittu. Mitä paremmin nämä tekijät ovat kohdallaan, sitä

laajemmalle joukolle tuloksia voidaan soveltaa (Saharinen 2013, Metsämuuronen 2003, Tuomi 2006). Tässä tutkimuksessa otoskoot olivat tarkoituksellisesti pieniä ja osittain valikoituja eivätkä tilastolliset tulokset edusta laajemman joukon ominaisuuksia kuin mitä käytettiin tutkittujen ryhmien valintaperusteina. Tarkoitus oli arvioida ääripäitä satunnaisotannalla valituista 30-64-vuotiaista ja yrittää ymmärtää, mistä erot johtuivat ja mitä siitä seurasi masennusta ajatellen mahdollisimman tarkasti ja kattavasti eri menetelmin. Täten tavoitteena oli siis korkea sisäinen validiteetti, mutta ei ulkoinen validiteetti.

Tutkijasta johtuvia virheitä lomaketutkimuksessa voi tulla vastausten siirtämisessä lomakkeilta sähköiseen muotoon ja vastauksia koodattaessa. Vastaajista johtuvia virheitä vähentääkseni pyysin tutkittavilta täydennystä lomakevastauksiin haastattelujen alussa, jos olin huomannut puutteita heidän vastauksissaan. Näin ollen ei syntynyt puuttuvien tietojen ongelmaa. Toki vastaajien tulkinnat kysymyksistä saattoivat erota toisistaan ja siten myös tapa vastata niihin, samoin myös tutkijan tulkinnasta.

Vaikka kyselylomakevastausten analyyseissä käytettiin pieniin otoskokoihin soveltuvia tilastollisia menetelmiä (Metsämuuronen 2003), otoskoon pienuus ja valikoituminen huomioiden tulokset olivat varsin rajallisia kuvaamaan ilmiöitä yleisemmin. Kuitenkin vastaukset noudattivat samoja trendejä kuin lähdekirjallisuudessa, joten jotain yleislinjoja niissä kuitenkin tavoitettiin. Seuranta-aika ja toistot sekä ilmiön lähestyminen eri näkökulmista eri menetelmin lisäsivät tulosten luotettavuutta (triangulaatio). Mukana oli sekä miehiä että naisia, mutta alle 30-vuotiaat ja 65-vuotta ja sen ylittäneet puuttuivat vastaajien joukosta. Yleisesti esim. osallistujien elinympäristö, seurannan pituus, sukupuoli, tutkimustyyppi (retrospektiivinen, prospektiivinen, poikkileikkaus) vaikuttavat tuloksiin ja haittaavat myös tulosten yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä muihin olosuhteisiin (Whisman 2001). Masennuksen synnyssä voi olla mukana muitakin kuin henkilökohtaisia elämäntapahtumatekijöitä, kuten mm. aivo-orgaaniset, metaboliset, hormonaaliset, geneettiset, iatrogeeniset, yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja uskonnolliset seikat, joihin tämän tutkimuksen lomakkeissa ei puututtu.

Kaikilla omassa tutkimuksessa mukana olleilla oli vakituinen asunto ja suurimmalla osalla oli myöskin perhe tukena. Jokaisella oli olemassa kiinteä sosiaalinen yhteisö, johon he pitivät lähes päivittäin yhteyttä. Kaikilla vastaajilla oli kokemusta työssä olemisesta. Mukana ei ollut vaikeasti masentuneita ja muutoinkin vaikeasti psyykkisesti ja somaattisesti sairaita tai vaikeasti päihdeongelmaisia, joiden toimintakyky olisi ollut pitkälti ulkopuolisen avun varassa. Käytännön vastaanottotyössä törmäämme kuitenkin niihinkin potilaisiin, joilta puuttuu osa tai lähes kaikki em. omaehtoiset elämänhallinnan mahdollisuudet. Heidän hoitoonsa tässä esitetyt havainnot ja toimenpide-ehdotukset eivät sovi eivätkä riitä. Myöskään heikosti suomea taitamattomille ja vain vähän aikaa Suomessa asuneille kyselylomakkeet eivät sovellu käyttöön eikä tuloksia siten voida siirtää koskemaan heitä.

Laadulliset tulokset

Laadullisen tutkimuksen tekemisen luotettavuutta arvioidaan mm. tavalla, jolla aineisto on kerätty ja miten osallistujia on etukäteen ohjeistettu valmistautumaan haastatteluun. Tutkijan täytyy onnistua tietoja kerätessään herättämään tutkittavissaan luottamus ja herkkyys kertoa puheenaolevasta asiasta mahdollisimman seikkaperäisesti ja vapaasti ja tutkittavan kuunnella herkällä korvalla eläytyen, mitä tutkittavalla on sanottavanaan. On osattava ohjata kuitenkin keskustelua niin että se pysyy tutkittavassa aiheessa ja sen sisältö muodostuu arviointikelpoiseksi tutkimusongelman ratkaisemisen kannalta eikä tutkija johdattele kerronnan sisältöä. (Tuomi 2006, Aaltoila 2001)
Puolistrukturoidussa haastattelussa huolehditaan että suunnitellut teema-alueet tulevat läpikäytyä haastattelurungon mukaan, mutta keskustelussa voidaan käsitellä muistakin esiin nousevia asioita aihepiiristä. (Tuomi 2006). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä esim. siitä että aihepiiri

on liian tuttu tutkijalle ja vääristää siten hänen näkemystään objektiivisesta totuudesta (Väänänen 2013). Myös tutkimusmenetelmän kohteellisuutta voidaan arvioida, vastaavatko tutkimuksen aineisto, menetelmät, käsitteet ja teoria todellisuutta niin että tutkimus antaa totuudenmukaisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä (Perttula 2008). Tutkimuksella oli rajoitteensa pienen otoskoon, käytettyjen menetelmien ja sirpaleisten teorioiden ja käsitteiden vuoksi, mutta nämä rajoitteet tiedostettiin tuloksia arvioitaessa. Tutkimuksen kulku noudatti laadittua suunnitelmaa ja sisällönanalyysissä pyrittiin objektiiviseen tarkasteluun ilman ennakko-oletuksia. Tutkimusmenetelmillä koetettiin päästä niin lähelle asian ydintä kuin mahdollista.

Reliabiliteetin avulla pyritään arvioimaan miten tarkasti mittari pystyy mittaamaan tutkittavaa ilmiötä tai ominaisuutta. Myös tutkimustilanne voi vaikuttaa mittaamisen tarkkuuteen, esim. tutkimusjärjestelyt, tutkijan persoona, levoton ympäristö tai tutkittavan keskittymiskyvyn puute. Myös tutkijaa koskevat virhelähteet, kuten tunnetilojen vaihtelevuus tai vireystila pitäisi vakioida. Olosuhteisiin liittyviä vaihteluita voidaan välttää riittävän ajan, rauhallisen paikan ja mahdollisimman samanlaisten olosuhteiden varaamisella haastatteluille ja kyselylomakkeisiin vastaamiselle. (Saharinen 2013, Metsämuuronen 2003

Sama tutkija toteutti aineiston keruun, analysoinnin ja raportoinnin. Tutkijan kliininen kokemus ja ammattikoulutus tukivat tässä luottamuksellisen suhteen muodostumista tutkittavien kanssa ja kirjalliset ja suulliset etukäteisohjeet auttoivat teknisessä toteutuksessa. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkija oli työskennellyt pitkään masentuneita hoitavana lääkärinä perusterveydenhuollossa ja hänellä oli taustallaan perhelääkärikoulutus. Lisäksi hänellä oli kokemusta psykiatristen potilaiden hoidosta myös erikoissairaanhoidossa. Olosuhteita ei voitu täysin vakioida haastatteluissa, jolla saattoi olla jossakin määrin vaikutusta kerronnan sisältöihin. Luotettavuutta olisi voitu lisätä myös käyttämällä toista analysoijaa laadulliselle aineistolle, mutta siihen ei ollut mahdollisuutta.

Enäkosken (2002) mukaan tulosten validiteetin arviointi ei kuulu laadullisen tutkimuksen tulosten arviointiin, koska se pyrkii käsitteen muodostukseen, ainakin induktiivinen menetelmä, ja siten ei voida arvioida eikä mitata miten hyvin se mittaa tutkittavaa asiaa. Validiteettia voidaan lisätä eri tutkijoiden luokituksia vertaamalla. Myös tutkittavien kanssa keskustelulla tai käyttämällä useampaa arvioijaa voidaan parantaa ja testata tutkimuksen validiteettia tulosten analysointivaiheessa. Lisäämällä laadulliseen tutkimukseen kyselylomakeosioita voidaan saada esiin sellaisia tiedostamattomia seikkoja, joita vastaaja ei osaa spontaanisti tuoda keskusteluissa esiin. Uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja todeksi vahvistettavuus ovat laadullisessa tutkimuksessa käytettyjä luotettavuuden arviointikriteerejä (Oikarinen 2008). Uskottavuus tarkoittaa totuudenmukaisuutta eli onko keskusteluissa puhuttu siitä, mistä pitikin luottamuksella, avoimesti, arvostaen ja rehellisesti. Puolistrukturoitu haastatteluformaatti toisaalta auttoi pysymään asiassa, toisaalta antoi vapauden rönsyillä sellaisille alueille, joista haastateltava oli erityisen innokas puhumaan ja jonka koki itsellensä merkitykselliseksi.

Oikarisen (2008) mukaan sama asuin-, työ- ja elinympäristö ja kulttuurinen tausta lapsuudesta saakka lisää tutkijan kulttuurista ja yhteisöllistä kompetenssia ymmärtää mistä tutkittavat puhuvat. Se muokkaa tutkijan esiymmärrystä asiasta jo ennen tutkimuksen aloitusta. Tutkimushaastatteluja tehdessäni tunsin ymmärtäväni, mistä haastateltavani puhuivat. Kansankielinen puhetapa helpotti puheena olleiden asioiden ymmärtämistä. Aktiivisilla avoimilla kysymyksillä ja kannustavilla kommenteilla keskustelussa voi luoda mielikuvaa että on kiinnostunut asiasta ja ymmärtää kuulijan käsityksiä ja kokemuksia ja voi motivoida jatkamaan vastaamista. Monet olivat maalta kotoisin alkujaan ja kokeneet sodan jälkeiset jälleenrakentamisen vuodet, irtautumisen aiempien sukupolvien ammateista ja sosiaaliluokasta kuten itsekin olin kokenut. Juurista puhuminen avasi silmäni näkemään, mitä masennuksen taustalla oikein oli. Aikuisiän elämän negatiiviset, raskaat elämänkokemukset olivat sittenkin vain jäävuoren huippu. Masennuksen siemen oli kylvetty jo

lapsuudessa erilaisten puutteellisten olosuhteiden keskellä. Osattomuuden kokemukset, mitätöinti, luopuminen elämälle välttämättömästä huolenpitäjästä ennen aikojaan kuoleman tai eron kautta oli vienyt luottamuksen, jota osa vastaajista ei koskaan pystynyt luomaan enää uudelleen. Siksi kolhut koskivat niin kovasti. Menetykset toistivat myöhemmin itseään, aiheuttaja vain vaihteli.

Sukupuolellani en kokenut olevan negatiivista merkitystä. Miehet ovat tottuneet puhumaan luontevasti asioistaan naispuolisille hoitajille ja lääkäreille. Iältään vastaajat olivat oman ikäni molemmin puolin, jolloin meillä oli samat kollektiiviset muistot, jotka helpottivat vastausten ymmärtämistä. Jos haastattelija olisi ollut mies, uskoisin että ilmaisut olisivat saattaneet jäädä rajoittuneemmiksi, enemmän objektiivisiksi ja vähemmän tunteita esille tuoviksi. Luotettavuutta lisäsi se että tutkija itse kirjoitti haastattelunauhat ja teki muistiinpanoja haastattelun aikana, jolloin tehdyistä piirroksista ja sanallisista muistiinpanoista saattoi tarkistaa joitakin nauhalla epäselviksi jääneitä asioita ja tarvittaessa ottaa ne esiin vielä vuoden kuluttua puhelinhaastatteluissa. Suorat tekstilainaukset auttavat lukijaa arvioimaan päätelmien luotettavuutta ja tuovat kuvaukseen elävyyttä. Toista arvioijaa ei tutkimuksessa käytetty tekstien luokittelussa, koska tekstimateriaalia oli runsaasti ja työ olisi ollut tavattoman aikaa vievää.

Tulosten siirrettävyys ei tarkoita yleistettävyyttä, vaan käyttökelpoisuutta muualla samankaltaisissa olosuhteissa. Tulokset eivät ole yleistettävissä koskemaan edes kaikkia samanikäisiä suomalaisia, koska masentuneiden otos oli valikoitunut. Satunnaisotannassa olleet muodostivat alun perin edustavan otoksen, vain osoitetietojen antamisen tällaiseen tarkoitukseen kieltäneet olivat joukosta poissa. Vastanneiden matala prosenttiosuus koko otoksesta heikensi tulosten yleistettävyyttä ja valikoitumista tapahtui. Vastaukset tuovat esiin kuitenkin kehityslinjoja, joita voi verrata toisiin samasta aihepiiristä peräisin oleviin tutkimuksiin (Kortteinen 1992, Jokiranta 2003, Jähi 2004, Paananen 2012, Väänänen 2013). Laajemman kuvan saamiseksi ilmiöstä pitäisi haastatella muunkinlaisia väestöryhmiä, kuten vanhempia, nuorempia tai yksineläviä, isommissa kaupungeissa tai maaseudulla eläviä. Perheen roolin tarkastelu sekä suhteessa lapsuuteen että aikuisiän perheeseen vaativat sopivaa etäisyyttä ja elämänvaihetta, josta käsin niitä voi arvioida. Sama koskee työssäoloa. Tässä tutkimuksessa käytettyjä keinoja suosittelisin vain työikäisten tutkimukseen.

Otoksen ideaalikokoa arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa saturaatioasteella, joka saavutetaan tutkimuksen kuluessa kun tutkija näkee tiettyjen teemojen alkavan toistua vastauksissa niin ettei lisähaastatteluilla enää saada olennaista lisätietoa asiasta (Tuomi 2006). Tässä tutkimuksessa otoskoko haastatteluihin määriteltiin etukäteen n. neljäksikymmeneksi, koska se muodosti ylärajan tutkimuksen tekniselle toteuttamiselle suunnitellulla tavalla yhden tutkijan toteuttamana. Suuremmalla ryhmäkoolla olisi saatettu saada tuloksiin lisää alakäsitteitä, mutta yläkäsitteet eivät olisi todennäköisesti juurikaan muuttuneet, toistoa esiintyi jo haastateltujen kohdallakin.

Laadullinen tutkimus kertoo vastaajien kokemuksellisuudesta ja tavasta jäsentää ja hahmottaa todellisuutta käsiteltävien kysymysten suhteen. Eksistentiaalisfenomenologisessa tutkimuksessa analyysin tavoitteena on löytää olennaiset merkitykset tarkasteltavasta asiasta, jotka syntyvät siitä minkä mielen ihmiset kullekin asialle antavat eli käsityksestä heidän todellisuudestaan. Tutkittavan kokemusmaailmaa ei saa pelkistää liialla yksinkertaistamisella tai rationalisoinnilla eikä antaa tutkijan kokemismaailman vaikuttaa siihen sekoittavasti. Esiymmärrystä voi kuitenkin analyysissä käyttää intuition synnyttämiseen asioiden luonteesta. Teorian mukaan tiedon synnyttäminen vaatii aina tulkintaa ja ymmärtämistä. Historiallisen taustan, traditioiden ja kielen tuntemista tarvitaan myös. Kaikki yksilön ilmaukset on suhteutettava kyseiseen aikakauteen. Tuloksia täytyy analysoida systemaattisesti, mutta tiedon keruussa käyttää intuitiota. Tällaisia tausta-ajatuksia käytin tutkimusta tehdessäni laadullisen aineiston osalta. Tietoa ja ymmärrystä potilaan subjektiivisista kokemuksista tarvitaan myös sairauden hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Enäkoski 2002, Perttula 2008)

Tässä tutkimuksessa tutkittavat saivat kertoa vapaasti puheena olleista asioista. Keskustelua ohjattiin vain suurien kokonaisuuksien osalta, mistä tietoja haluttiin. Kukin esitti oman käsityksensä asiasta eikä sen totuudellisuutta arvioitu. Esiymmärrys ohjasi analyysivaiheessa vastausten hahmottamista ja jäsennystä. Tutkijan oman taustan kuvaaminen auttaa ulkopuolista lukijaa suhteuttamaan tuloksia ja niiden tulkintaa suhteessa siihen.

Prospektiivisia tutkimuksia tarvittaisiin lisää syy-seurauussuhteiden ja kehityskulkujen hahmottamiseksi, mutta ne ovat kalliita toteuttaa. Myös tutkittavien valikoitumista pitäisi vähentää, jotta tulokset antaisivat totuudenmukaisemman ja yleistettävämmän kuvan tutkittavasta asiasta koko väestöä ajatellen. Tuloksia tarkasteltaessa pitäisi tiedostetut rajoitukset ottaa huomioon ja kirjoittaa auki myös määrällisessä tutkimuksessa. (Fincham 1993)

7. Haasteet jatkotutkimukselle

Tutkimustulosten pohjalta voitiin synnyttää ideoita ennaltaehkäistä ja puuttua masennukseen jo sen varhaisvaiheessa. Ylisukupolvinen näkökulma ja läheisverkostojen ja yhteisöllisyyden puutteet nousivat vahvoina esiin masentuneiden kohdalla. Traumaattisten ja stressiä aiheuttaneiden pitkäkestoisten kokemusten sekä työsuhteissa tapahtuneiden isojen muutosten yhteys masennuksen synnyssä kaipaisi edelleen sekä tutkimuksellista että hoidollista huomiointia. Mitkä tekijät, millaisille ihmisille ja milloin saattavat laukaista masennusta? Näihin seikkoihin liittyvien interventioiden vaikuttavuutta pitäisi tutkia myös jatkossa.

Masennusta on tutkittu pääosin erikoissairaanhoidossa tai vapaaehtoisilla. Pääosa lääketieteellisestä tutkimuksesta on kohdistunut sairauden epidemiologiseen esiintymiseen ja lääkehoitoihin. Perusterveydenhuollon rooli sairauksien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa sekä hoito-olosuhteet poikkeavat kuitenkin erikoissairaanhoidosta melkoisesti. Hoidettavien masennusten vakavuusaste saattaa olla silti lähes samaa luokkaa kuin erikoissairaanhoidossa hoidettavien (Vuorilehto 2008b). Siksi masennusta pitäisi tutkia enemmän perusterveydenhuollon kontekstissa.

Sekä tutkimuksen että interventioiden pitäisi olla monialaisemmin ja yhteisöllisemmin rakennettuja ja riittävän pitkäkestoisia vaikutusten havaitsemiseksi. Tutkimuksen kohteena pitäisi olla myös lääkkeettömät hoito- ja kuntoutusmenetelmät. Laadullista tutkimusta tarvittaisiin yksilöllisten olosuhteiden ja taudinkulkujen esilletuomiseksi ja heikkojen signaalien havaitsemiseksi kyselylomakkeiden ulkopuolelta. Myös lisänäyttöä ennaltaehkäisevistä menetelmistä suomalaisessa toimintaympäristössä olemassa olevia resursseja käyttäen tarvittaisiin. Esimerkiksi aikuissosiaalityön keinot, vertaistuki ja sähköiset tuki- ja ohjausmenetelmät sekä työhön liittyvien kysymysten ratkominen voisivat tarjota lisäarvoa hoitoon liitettyinä ja tutkimuksen kohteina.

Tulosten perusteella heräsi kiinnostus tarkastella myös nuorempia ikäryhmiä heidän luontaisessa elinympäristössään. Heillä oman perheen ja työn rooli eivät voi olla samalla tavalla merkittäviä vielä kuin tässä mukana olleilla. Nuorempien kohdalla tutkimusmenetelmät ja tiedonkeruu pitäisi valita eri tavalla, esim. sosiaalisen median avulla tai koulun kautta. Mikäli lomakekyselyistä haluttaisiin tilastollisesti luotettavampia tuloksia, pitäisi mukaan otettavien lukumäärät olla huomattavasti suuremmat, jolloin taas haastattelujen toteuttaminen vastaavasti muodostuisi haasteelliseksi. Sähköiset kyselyt helpottaisivat tulosten keräämistä ja analysointia.

Launiksen (2005) kannanoton mukaan epidemiologisesti tuotettu tutkimustieto ei anna vastauksia enempää työterveyshuollon kuin muidenkaan sote- toimijoiden tarvitsemaan mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisytyöhön paikallistasolla. Nopeat muutokset vaatisivat notkeita ja nopeita signaaleja tuottamaan tietoa ja reagoimaan niihin, jotta uhkaavia ongelmia voitaisiin ehkäistä niin palvelutuotannossa kuin yhteiskunnassa muutoinkin. Ajan ilmiöitä olisi kyettävä käsitteellistämään ja mittaamaan. Uusien laadullisten tutkimustapojen käyttöön otto, esim. etnografisen haastattelu- ja havainnointimenetelmän, voisi tuoda ruohonjuuritasolta tietoa siitä, mitä siellä oikeasti tapahtuu.

Preventiivisten ja promotiivisten tutkimusten teko oireettomilla on usein vaikeaa runsaan kieltäytymisen ja keskeytysprosentin vuoksi. Myös masennus itsessään tekee osallistumisen vaikeammaksi kun jaksaminen ja motivaatio on heikentynyt. Tutkimusta pitäisi tehdä hoidossa olevilla potilailla. Lievemmin masentuneet jaksavat osallistua tutkimuksiin paremmin kuin vaikeammin masentuneet, joilla avun ja tutkimuksen tarve olisi suurin. Tutkittavia on vaikea motivoida tekemään asioita, joista ei koidu heille välitöntä hyötyä. Sama koskee myös masentuneiden lapsia, joiden osallistuminen edellyttää suostumusta sekä vanhemmilta että heiltä itseltään. Interventioiden hyödyt ja haitat näkyvät usein vasta pitkällä viiveellä, jonka vuoksi tarvittaisiin pitkiä seurantatutkimuksia, mutta ne ovat kalliita toteuttaa. (Solantaus 2010)

8. Suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia

1. Tuetaan lasten turvallista arkea

Lapsena perhe, varhaiskasvatus, koulu ja kaveripiiri muodostavat arkielämän kasvuperustan ja tukevat lapsen elämänhallinnan taitojen kehitystä yhteisöinä. Turvallinen elinympäristö, muutosten ennakointi ja tutut arkirutiinit vapauttavat lapsen voimavaroja uuden oppimiseen ja edistävät suojaavien tekijöiden, mm. resilienssin kehittymistä. Hyvä huolenpito ja sitä uhkaavien tekijöiden, kuten kiintymyssuhteen häiriöiden tunnistaminen ja käsittely ajoissa näyttävät luovan hyvän itsetunnon ja suojelevan masennusalttiudelta nuorena ja aikuisena. Yksilötasolla huomio pitäisi kiinnittää riskeihin erityisesti elämän siirtymävaiheissa. Hoitoa ja sen tarpeen arviointia perustasolla pitäisi tehostaa moniammatillisella yhteistyöllä heti huolen herättyä perustasolla esim. perhekeskuskontekstissa. Ennaltaehkäisevien toimien pääpaino pitäisi olla kohdennettu lasten ja nuorten elinympäristöihin.

2. Perhe ja läheiset tukemaan masentunutta

Hyvät vuorovaikutussuhteet vahvistavat itsetuntoa ja tukevat elämänhallintaa ja tunnetta siitä. Toimivat sosiaaliset verkostot luovat resursseja selviytymiseen haastavissa elämäntilanteissa. Perhe stabiilina turvapaikkana auttaa jaksamaan vaikeinakin hetkinä ja tukee masennukseen sairastunutta. Sitä pitäisi hyödyntää enemmän voimavarana hoidossa ja kuntoutuksessa ammattilaisten ohjaamana. Myös lapsille pitäisi kertoa vanhemman sairaudesta ikätasoisesti ja järjestää tukea jos vanhemman voimavarat heikkenevät. Perheen puuttuessa aikuisiällä tukiverkosto voidaan muodostaa muista läheisistä.

3. Puututaan haittaaviin stressi- ja kuormitustekijöihin ja vahvistetaan voimavaroja ja selviytymiskeinoja

Osa tutkimuksessa esille tuoduista stressitekijöistä olisi ollut mahdollista poistaa tai niiden vaikutuksia lieventää erilaisilla käytännön tukitoimenpiteillä ja hyvällä hoidolla sekä lapsena että aikuisena. Osallisuuden tunne ja vaikuttamismahdollisuudet itseä koskeviin asioihin vähentävät stressiä ja vieraantumista, vahvistavat itsetuntoa ja elämänhallinnan tunnetta ja ehkäisevät masennusta kaikenikäisillä. Masennuksen taustalla olevien lyhyempi- ja pidempikestoisten stressi- ja kuormitustekijöiden tarkempi kartoitus olisi tarpeen (lisädiagnoosiksi), jolloin niihin voitaisiin puuttua täsmällisemmin eri tahoilla. Myös voimavarojen ja selviytymiskeinojen esille tuominen ja vahvistaminen pitäisi tulla näkyväksi osaksi hoitoa. Kuunnellaan potilaan omia näkemyksiä ja käsityksiä siitä, mikä voisi auttaa selviytymään paremmin.

4. Otetaan käyttöön uusia keinoja työssä jaksamisen edistämiseen ja seuraamiseen ja minimoidaan työttömyydestä aiheutuvat haitat

Työ muodostaa vahvan osan yksilöiden identiteetistä, arvoista, turvallisuudesta, elannon hankkimisesta ja koherenssin tunteesta. Työ voi altistaa masennukselle, mutta myös olla auttamassa siitä toipumisessa. Hyvä johtaminen, kuulluksi tuleminen ja työyhteisön toimivuus auttavat jaksamaan. Myös ajoissa käynnistetyt varhaisen tuen menetelmät, työnohjaus ja kriisitilanteiden käsittely auttavat. Parhaimmillaan työ ja työyhteisö opettavat uusia coping-keinoja ja voivat olla vahvana tukena sairauden kanssa kamppailussa. Niitä pitäisi hyödyntää enemmän työikäisten kohdalla kuntoutumisen tukena. Työstressiä ja -uupumusta pitäisi seurata systemaattisemmin työpaikoilla tai käyttää siihen säännöllisesti esim. subjektiivista oma-arviointilomaketta ja helppokäyttöisiä objektiivisia stressi- ja uupumusmittareita, jotta varhaisvaiheen toimet saataisiin käynnistettyä ajoissa. Työsuhteiden päättyessä pitäisi työterveyshuollon olla tukemassa uuteen

työhön tai koulutukseen hakeutumisessa. Työttömänä olevien perustoimeentulosta ja työkyvystä olisi huolehdittava myöskin.

5. Otetaan käyttöön ennaltaehkäisevän työn ja varhaisen puheeksi oton menetelmät

Suomi on sitoutunut noudattamaan eurooppalaisia ja kansainvälisiä sopimuksia, joilla ohjataan mielenterveystyötä. Niissä pääpaino on lapsissa ja nuorissa ja muutoin haavoittuvassa asemassa olevissa. Heitä vahvistamalla ja proaktiivisesti toimimalla voitaisiin vähentää inhimillistä kärsimystä ja tarttua orastaviin haasteisiin ennen kuin ne kasvavat liian suuriksi. THL rakentaa työkalupakkia vaikuttaviksi todetuista ennaltaehkäisevän työn menetelmistä ja työntekijöitä koulutetaan käyttämään niitä. Väestön käyttöön saatetaan varhaisen tunnistamisen mittareita, joilla on mahdollisuus arvioida avun tarvettaan itse esim. sähköisten portaalien kautta. Itsetunto, elämänhallinta, perhe- ja parisuhdetilanteen arviointi, työstressin ja -uupumuksen tunnistus, päihteiden käyttö ja mielialan lasku sekä stressi-coping- tyyppinen aikuisikäisille kohdennettu mittari voisivat olla sellaisia.

6. Uudistetaan hoito- ja palvelujärjestelmää

Depressiohoitajajärjestelmästä on saatu hyviä kokemuksia eri puolilla Suomea matalan kynnyksen palveluna jo heti oireiden alkuvaiheessa. Ongelmia on enemmänkin pidempikestoista apua tarvitsevien kohdalla. Tarvittaisiin psykiatrisia sairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä/-ohjaajia perusterveydenhuollon moniammatilliseen työhön ja kenties myös työkykykoordinaattoreita huolehtimaan monipuolisesta tuesta ja kuntoutuksesta sairastumisen yhteydessä. Psykoterapiaa pitäisi saada iästä, työssä olemisesta, taloudellisesta ja maantieteellisestä asemasta riippumatta pienin kustannuksin. Myös lyhytterapioita ja muita monimuotoisempia terapioita sekä sosiaalista ja toiminnallista kuntoutusta pitäisi olla saatavilla. Varhaisvaiheessa parisuhdeongelmiin pitäisi olla mahdollista saada esim. perheterapiaa ilman psykiatrista diagnoosia. Nettiterapioista toivotaan täydennystä ja jopa osin korvaavaa hoitoa masennukseen niille, joilla vastaanotoilla käynti ei onnistu lähipalveluna. Psykologien työpanosta voitaisiin käyttää monipuolisemmin perustason terapeuttisten palvelujen toteuttamiseen, myös kouluterveydenhullossa. Myös kotiin vietävien palvelujen valikkoa voitaisiin laajentaa esim. pikkulapsiperheiden, vaikeasti masentuneiden, maahanmuuttajaperheiden tai vanhusten tukemiseksi esim. perhetyön tai kotihoidon keinoin.

7. Vaikutetaan mielenterveyttä koskeviin asenteisiin ja arvoihin ja päätöksentekoon

Tarvitaan myönteistä asennetta, arvostusta ja kiinnostusta mielenterveyttä kohtaan sekä stigman poistoa mielenterveyden häiriöihin ja sairauksiin sairastuneita kohtaan. Puuttuminen mielenterveyden häiriöiden riskitekijöihin pitäisi nähdä sekä taloudellisesti että inhimillisesti tärkeäksi, ja sairastumisen seurauksena syntyneet kulut vakavaksi yhteiskunnalliseksi, myös taloudelliseen tuottavuuteen vaikuttavaksi tekijäksi, joihin pitäisi kohdentaa nykyistä huomattavasti enemmän tuloksia tuottavia voimavaroja.

Sanotaan että mielenterveyspalveluiden kehitysaste on yhteiskunnan taloudellisen ja yleisen kehittyneisyyden indikaattori. Näinollen mielenterveyspalvelut tarvitsisivat edelleen jatkossa korvamerkittyä budjetointia ja laajaa palveluvalikkoa erilaisia tarpeita ja käyttäjiä varten. Muut Euroopan maat käyttävät n. 5 % terveysbudjetistaan mielenterveyspalveluihin. Eurooppalaiset suositukset mielenterveyspolitiikassa, joita Suomenkin pitäisi noudattaa, tähtäävät masennuksen ja itsemurhien ehkäisyyn, mielenterveyden edistämiseen, stigman poistamiseen ja mielenterveysongelmista kärsivien osallisuuden lisäämiseen yhteiskunnassa. Vastuu resursseista paikallisesti on poliittisilla päättäjillä, joita kuntalaiset ja muut yhteistyötahot, kuten ammattilaiset, voivat informaatio-ohjauksella ohjata. Yhteiskunnallisia päätöksiä tehtäessä niiden vaikutuksia ihmisten yleiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen pitäisi arvioida etukäteen lapsuusikäisistä lähtien (Lapsiin kohdistuvien vaikutusten arviointi).

Toivon että tämä tutkimus herättää innostusta ja ideoita tehdä masentuneiden auttamistyötä entistä asiakas-/potilaslähtöisemmin ja laaja-alaisemmin, terästää sairauden ennaltaehkäisyä ja voi kenties tarjota täsmällisempää apua erilaisista lähtökohdista syntyneiden masennusten hoitoon. Tulosten pohjalta syntyneistä ehdotuksista vain osa soveltuu suoraan terveydenhoitojärjestelmän käyttöön. Elämänhallinnan kysymykset kuuluvat kaikille hallinnonaloille ja palvelujen tuottajille sekä aivan jokaiselle kansalaiselle. Tutkimus voi tukea kohtaamaan masennus ja elämän mukanaan tuomat stressitekijät ratkaistavissa olevina haasteina toivon näkökulma säilyttäen. Mielen sairauden ei tarvitse olla vain stigmaa synnyttävä nöyryyttävä kokemus, vaan myös oppimisen ja kasvun paikka potilaalle ja hänen läheisilleen, kuten vastaajat totesivat.

Lähdeluettelo

15-D- mittari. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/ .Luettu 7.3.2017

Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M-L. Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2016;36:2191-2198.

Aaltola J, Valli R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä 2001.

Aaltonen J. Perheterapia. Duodecim 2006;122:722-729.

Aaltonen J. Turvataitoja nuorille 2012. https://www.julkari.fi/handle/10024/90817. Luettu 27.1.2017

Aaltonen T, Lind J. Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002-2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95, KELA, Helsinki 2008.

Ahokas A, Turtiainen S. Masennustilojen biologinen tausta. Suomen Lääkärilehti 1998;53(5):417.

Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A, Lönnqvist J. Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. Occup Environ Med. online 18.11.2008, luettu 2.12. 2008.

Ahola K, Hakanen J. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. Duodecim 2010;126: 2139-2146.

Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders 2005;88:55-62.

Ahola K, Joensuu M, Mattila-Holappa P, Tuisku K, Vahtera J, Virtanen M. Mielenterveyssyistä työkyvyttömien nuorten aikuisten tausta. Suomen Lääkärilehti 2014;50-52;3441-3448.

Aira M, Seppä K. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti 2010;9:805-810.

Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 2005;121:1073-1077.

Alasuutari P. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere 1995.

Aldwin CM, Sutton KJ, Lachman M. The Development of Coping Resources in Adulthood. Journal of Personality 1996;64(4):837-871.

Alho A. Se on siinä määrin arvokas lisätyö että se kannattaa ottaa. Pro gradu, Tampereen yliopisto 2013. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94646/Alho_gradu.pdf?sequence=1. Luettu 18.2.2016

Allardt E, Littunen Y. Sosiologia. WSOY 1961.

Andrews G, Poulton R, Skoog I. Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? British Journal of Psychiatry 2005;187:495-496.

Andrews G, Szabo M, Burns J. Preventing major depression in young people. British Journal of Psychology 2002;181:460-462.

Antikainen A. Kasvatus, elämänkulku ja yhteiskunta. Sanoma Pro Oy, WSOY 1998.

Antonovsky A, Sourani T. J of Marriage and Family 1988;50(1):79-92 http://psych.wfu.edu/furr/362/Family%20Sense%20of%20Coherence%20Scale.pdf

Antonovsky A. Health, Stress and Coping. Jossey-Bass, San Fransisco 1979.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11(1):11-18.

Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well? Josey-Bass Publishers, San Fransisco 1988.

Antonovsky A.The structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science of Medicine 1993;37:969-974.

Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E, Solin P. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen Lääkärilehti 2016;24:1759-1764.

Appelqvist-Schmidlechner K. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service. Tampereen yliopisto, Tampere 2011. http://tampub.uta.fi/handle/10024/66805

Aranda MA, Castaneda I, Lee P-J, Sobel E. Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms:Gender differences among Mexican Americans. Social Work Research 2001;25(1):37-48.

Arjen mieli-hanke. http://www.arjenmieli.fi/index.asp .Luettu 28.8.2016

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melks T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toiminta ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku 1989. https://helda.helsinki.fi/handle/10138/162843. Luettu 5.2.2017

Aromaa A, Koskinen S (toim.).Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Hakapaino Oy, Helsinki 2002. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78355/b3.pdf?sequence=1. Luettu 5.2.2017

Arthur AR. When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counseling schemes. Stress and Health 2005;21:273-280.

Bale TL. Stress sensitivity and the development of affective disorders. Hormones and behavior 2006;50(4):529-533.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review 1977;2(84):191-215. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.315.4567&rep=rep1&type=pdf

Barbour RS. Mixing Qualitative Methods: Quality Assurance or Qualitative Quagmire? Qualitative Health Research 1998;8:352-361.

Barbour RS. The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. J Health Search Res Policy 1999;4(1)39-43.

Barbour RS. The role of qualitative research in broadening the evidence base for clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2000;6(2):155-163.

Bass J, Bolton P, Murray L. Do not forget the culture when studying mental health? Lancet 2007;370(9591):918-919.

Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

Bebbington PE. Sex and depression. Psychological Medicine 1998;28:1-8.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock M, Erbaugh J. An invenrtory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-571.

Bennett P, Lowe R, Matthews V, Dourali M, Tattersall A. Stress in nurses: coping, managerial support and work. Stress and Health 2001;17:55-63.

Bertalanffy L. General system theory: foundations, development, applications. Allen Lane, London 1971.

Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. British Journal of Psychiatry 2004;184:10-20.

Billings AG, Cronkite RC, Moos RH. Social-Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls. Journal of Abnormal Psychology 1983;92(2)119-133.

Billings AG, Moos RH. Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. Journal of Personality and Social Psychology 1984;46(4):877-891.

Birtchnell J. Negative Modes of Relating, Marital Quality and Depression. British Journal of Psychiatry 1991;158:648-657.

Blomgren J, Einiö E. Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. Yhteiskuntapolitiikka 2015;80:4-15.

Boekarts M. Intensity of Emotions, Emotional Regulation, and Goal Framing: How Are They Related to Adolescents´ Choice of Coping Strategies? Anxiety, Stress and Coping 2002;15(4):401-412.

Boise L, White D. The family's role in person centered care: practice considerations. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42(5):12-20

Borg M, Karlsson B, Tondora J, Davidson J. Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve? Isr J Psychiatry Relat Sci. 2009;46(2):84-93. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827691 Luettu 9.2.2017

Borrell-Carrio´F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine 2004;2(6):576-582.

Bourdieu P. The Forms of Capital. Kirjassa Richarson J (Ed.). Handbook of Theory and Research for the Sociology and Education. Greenwood, New York 1986.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 2: Separation. Basic Books, New York 1973.

Brannen J. Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research. Ashgate Publishing Company, Avebury, GB, 1995.

Brantley PJ, Waggoner CD, Jones GN, Rappaport NB. A Daily Stress Inventory: Development, Reliability, and Validity. Journal of Behavioral Medicine 1985;10(1):61-74.

Bredbacka P-E. Vakavat mielialahäiriöt ja perinnöllisyys. Duodecim 1994;110:252-259.

Brissette I, Scheier MF, Carver CS. The Role of Optimism in Social Network Development, Coping, and Psychological Adjustment During a Life Transition. Journal of Personality and Social Psychology 2002;82(1):102-111.

Brofenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist 1977;Vol 32(7):513-531.

Brommelhoff JA, Conway K, Merikangas K, Levy BR. Higher Rates of Depression in Women: The Role of Gender Bias within the Family. Journal of Women`s Health 2004;13(1):69-76.

Brown GW. Genetic and population perspectives on life events and depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:363-372.

Brown JD, Siegel JM. Attributions for Negative Events and Depression: The Role of Perceived Control. Journal of Personality and Social Psychology 1988;54:316-322.

Burns J. Mental Health and inequity: A human rights approach to inequality, discrimination, and mental health disability. Health and Human Rights Journal 29.8. 2013;11(2).https://www.hhrjournal.org/2013/08/mental-health-and-inequity-a-human-rights-approach-to-inequality-discrimination-and-mental-disability/ .Luettu 17.3.2017

Bäärnhielm S, Rosso MC, Pattyi L. Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka. Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa. Duodecim, Bookwell, Porvoo 2010a.

Bäärnhiem S. Kulttuurinen haastattelu kliinikon apuna. Kirjassa Pakaslahti A, Huttunen M. (toim.). Kulttuurit ja lääketiede. Duodecim, WS Bookwell Oy, Porvoo 2010b.

Campbell T, Larivaara P. Working with families in primary care. Kirjassa Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C.(toim.). Oxford Textbook of Primary Care. Oxford University Press, New York 2004

Carstens JA, Spangenberg JJ. Major depression: a breakdown in sense of coherence? Psychol Rep 1997;80(3 Pt 2):1211-1220.

Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. Nature reviews/Neuroscinece 2006;7:583-590.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. Science 2003;301:386-389.

Caspi A, Wright BRE, Moffit TE, Silva PA. Early failure in the labor market. Childhood and adolescent predictors of unemployment in the transition to adulthood. American Sociological Review 1998;63:424-451.

Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M. Kognitiivinen toimintakyky voi heikentyä masennushäiriössä. Suomen Lääkärilehti 2009;3:161-167.

Cattan M, Tilford S. Mental Health Promotion. A Lifespan Approach. Open University Press, OZ Graf S.A. Poland, 2006.

Christensen A, Heavey CL. Gender and Social Structure in the Demand/Withdraw Pattern of Marital Conflict. Journal of Personality and Social Psychology 1990;59(1):73-81.

Cooper GL, Quick JC. The stress and loneliness of success. Counselling Psychology Quarterly 2003;16(1):1-7.

Couple therapy. Harvard Mental Health Letter 4/2007. http://harvardhealth.staywell.com/viewNewsletter.aspx?NLID=63&INC=yes .Luettu 2.4.2017

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150, 782-786.

Coyne JC, Aldwin C, Lazarus RS. Depression and Coping In Stressful Episodes. Journal of Abnormal Psychology 1981;90(5):439-447.

Coyne JC, Downey G. Social factors and psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes. Annu Rev Psychol 1991;42:401-425.

Coyne JC, Gallo SM, Klinkman MS et al. Effects of Recent and Past Major Depression and Distress on Self-Concept and Coping. Journal of Abnormal Psychology 1998;107(1):86-96.

Cuijpers P, Smit F, Willamse G. Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: a prospective study. Acta Psychiatr Scand 2005;111:133-138.

Cummings EM. Parental Depression and Family Functioning. Kirjassa Beach SRH (toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

Dantz B, Ashton AK, D´Mello DA, Hefner J, Leon FG, Matson GA, Montano CB, Pradko JF, Sussman N, Winsberg B. The scope of the problem: Physical symptoms of depression. The Journal of Family Practice Dec 2003 suppl: 6-8.

Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement. Draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. Qual Saf Health Care 2005;14:319-325. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744070/pdf/v014p00319.pdf .Luettu 5.4.2017

Davila J. Paths to Unhappiness: The Overlapping Course of Depression and Romantic Dysfunction. Kirjassa Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

de Bruijn T. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen Lääkärilehti 2006;61(41):4219-4225.

De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA et al, van Weel C. The need for research in primary care. The Lancet 2003;362:1314-1319.

Dobson A, Smith N, Pachama N. Some Problems With Life Event Lists and Health Outcomes. International Journal of Behavioral Medicine 2005:12(3):199-205.

Duggan C, Sham P, Minne C, Lee A, Murray R. Family history as a predictor of poor long-term outcome in depression. British Journal of Psychiatry 1998;173:527-530.

Dunkley DM, Blankstein KR, Halsall J, Williams M, Winkworth G. The Relation Between Perfectionism and Distress: Hassles, Coping, and Perceived Social Support as Mediators and Moderators. Journal of Counselling Psychology 2000;47(4):437-453.

Duvall EM. Marriage and family development. JB Lippincott, New York 1977.

Ehrenreich B. Petetty keskiluokka. Vastapaino, Tampere 2006.

Ellenbogen MA, Hodgins S. The impact of high neuroticism in parents on children`s psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: A family-environmental pathway of intergenerational risk. Development and Psychopathology 2004;16:113-136.

Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Kivimäki M. Reilu organisaatio ja henkilöstön terveys. Työterveyslääkäri 2006;1:32-34.

Eläketurvakeskus 2015. http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/taskutilasto/taskutilasto_2015_7.pdf . Luettu 10.12.2015

Eläketurvakeskus tilastoja. http://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-yha-harvemman-tyokyvyttomyyselakkeelle/ .Luettu 14.4.2017

Endler NS, Parker JDA. Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual. Multi-Health System, Toronto 1990.

Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 1977;196(4286):129-135.

Ensi- ja Turvakodit. http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/. Luettu 18.10.2016

Enäkoski M. Kun elämä satuttaa. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Kuopion yliopisto, Kuopio 2002.

Epel ES, Blackburn E, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD. Accelerated telomere shortening in response to life stress. PNAS 2004;49:17312-17315.

Erikson EH. Childhood and Society. Norton, New York 1950.

Eriksson M, Lindström B. Anthonovsky´s sense of coherence and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2006 May;60(5):376-381. http://jech.bmj.com/content/jech/59/6/460.full.pdf .Luettu 1.4.2017

Eriksson M, Lindström B. The salutogenic framework for well-being:implications for public policy. Kirjassa Hämäläinen TJ, Michaelson J. Well-being and Beyond. Broadening the Public and Policy Discourse. Sitra 2014. https://www.researchgate.net/publication/265166868_The_salutogenic_framework_for_well-being_Implications_for_public_policy. Luettu 9.2.2017.

Eriksson M, Sagy S, Lindström B, A salutogenetic perspective on mental health across the life time. Cultural aspects on the sense of coherence. Kirjassa Mayer C-H, Krause K.Exploring mental health: Theoretical and empirical discourses on salutogenesis. Pabst Publishers, 2012.

Eriksson M. Unravelling the Mystery of Salutogenesis. Folkhälsan Research Centre Research Report1/2007, Äbo Akademis Tryckeri, Turku 2007a.

Eriksson M, Lindström B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland a special case? J Epidemiol Community Health 2007b Aug; 61(8): 684-688.

Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N. Kuntoutujasta kokemusasiantuntijuudeksi. Työpaperi, THL 39/2013, Juvenes Print Oy, Suomen yliopistopaino, Tampere 2013.

Farmer A, Redman K, Harris T. Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study. Br J of Psychiatry 2002;181:118-122.

Feldt T, Kinnunen U, Mauno S.(toim.) Työ leipälajina. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu 2005.

Feldt T, Leskinen E, Kinnunen U, Ruoppila I. The stablility of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow up study. Personality and Individual Differences 2003;35:1151-1165.

Feldt T, Leskinen E, Koskenvuo M, Suominen S, Vahtera J, Kivimaki M. Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. Quality of Life Research 2011;20(1): 69-79

Feldt T, Lintula H, Suominen S, Koskenvuo M, Vahtera J, Kivimäki M. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. Quality of Life Research 2007a Apr 16(3):483-93. Epub 8.11.2006. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17091360 .Luettu 1.4.2017

Feldt T, Metsäpelto R-L, Kinnunen U, Pulkkinen L. Sense of Coherence and Five-Factor Approach to Personality. Conceptual Relationships. European Psychologist 2007b;12(3):165-172.

Feldt T. Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. University of Jyväskylä, Jyväskylä 1999.

Fellitti VJ, Anda RF, Nordenberg MD, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Med 1998;14(4).

Felsten G. Minor stressors and depressed mood: reactivity is more strongly correlated than total stress. Stress and Health 2002;18:75-81.

Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to single parenthood in childhood and later mental health, educational, economic, and criminal behavior outcomes. Arch Gen Psychiatry 2007 Sep; 64(9):1089-95.

Fiese B, Sameroff AJ, Grotevant HD, Wamboldt FS, Dickstein S, Lewis Fravel D, Marjinsky K, Gorall D, Piper J, St Andre M, Seifer R, Schiller M. The stories that families tell: Narrative coherence, narrative interaction, and relationship beliefs. Monographs of the Society for Research in Child Development 1999;64(2).

Fincham FD, Bradbury TN. Marital Satisfaction, Depression, and Attributions: A Longitudinal Analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1993;64(3):442-452.

Finfami. http://www.finfami.fi/pagejarjesto/pagekohderyhmat. Luettu 5.2.2017

FinnBrain-tutkimus. http://www.utu.fi/fi/yksikot/finnbrain/osatutkimukset/Sivut/home.aspx .Luettu 14.4.2017

Fiori KL, Mcilvane JM, Brown EE, Antonucci TC. Social relations and depressive symptomatology: Self-efficacy as a mediator. Aging&Mental Health 2006;10(3):227-239.

Firth MT, Dyer M, Mardsen H, Savage D. Developing a social perspective in mental health services in primary care. Journal of Interpersonal Care 2003;17(3):251-261.

Firth-Cozens J, Hardy GE. Occupational stress, clinical treatment and changes in job perceptions. Journal of Occupational and Organizational Psychology 1992;65:81-88.

Flannery RB Jr, Perry JC, Penk WE, Flannery GJ. Validating Antonovsky´s Sense of Coherence Scale. Journal of Clinical Psychology 1994;50(4):575-577.

Folkman S, Lazarus RS. Stress Process and Depressive Symptomatology. Journal of Abnormal Psychology 1986;95(2):107-113.

Fondacaro MR, Moos RH. Life Stressors and Coping: A Longitudinal Analysis Among Depressed and Non-depressed Adults. Journal of Community Psychology 1989;17:330-340.

Forsberg H, Nätkin R. (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus, Helsinki 2002.

Foster M, Jurkovic G, Ferdinand L, Meadows L. The Impact of the Genogram on Couples: A Manualized Approach. The Family Journal 2002;10(1):34-40.

Friends- ohjelma. http://www.asemanlapset.fi/articles/311/. Luettu 28.1.2017

Fröjd S, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. Suomen Lääkärilehti 2007;62(12):1249-1254.

Fröjd 2009 myös lähteenä, tekstissä viittauksia

García-Moya I, Rivera F, Moreno C, Lindström B, Jiménez-Iglesias A. Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence. Scandinavian Journal of Public Health 2010; 40(4):333-339. doi:10.1177/1403494812449924
https://www.researchgate.net/publication/229075231_Analysis_of_the_importance_of_family_in_the_development_of_sense_of_coherence_during_adolescence. Luettu 9.2.2017

Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, van den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. Journal of Adolescence 2002;25:603-611.

GHQ-kysely.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psyykkinen_vt_110126.pdf .Luettu 13.3.2017

Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socio-economic status, familydisruption and residental stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. Psychological Medicine. 2003b;33:1341-1355.

Gilman SE, Kawachi I, Fritzmaurice GM, Buka SL. Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. Am J Psychiatry 2003a;160:939-946.

Giorgi A. Phenomenology and Psychological Research. Journal of Phenomenological Research 1994;25(2):190-220.

Giorgi A. Psychology as a Human Science. Harper et Row Publishers, New York 1970.

Glass D, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, Burnout, and Perceptions of Control in Hospital Nurses. Journal of Consulting Clinical Psychology 1993;61(1):147-155.

Goering PN, Lancee WJ, Freeman SJJ. Marital Support and Recovery from Depression. British Journal of Psychiatry 1992;160:76-82.

Goodyer IM, Herbert J,Tamplin A, Altham PME. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrostrerone and the onset of major depression in high-risk adolescents. The British Journal of Psychiatry 2000;177:499-504.

Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Pamela L, Mount JH. Prospective Investigation of Postpartum Depression: Factors Involved in Onset and Recovery. Journal of Abnormal Psychology 1991;100(2):122-132.

Gotlib IH, Whiffen VE. Stress, coping, and marital satisfaction in couples with a depressed wife. Canad J Behav Sci/Rev. Canad. Sci Comp 1989;21(4)401-414.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K ja työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1.

Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OECD, 2008. http://www.oecd.org/els/soc/41494435.pdf

Hakanen J. Työn imua, tuottavuutta ja kukoistavia työpaikkoja-kohti laadukasta työelämää? Työsuojelurahasto Tätä on tutkittu 2009. https://www.tsr.fi/tsarchive/files/Selvityksia/TSR_Tata_on_tutkittu2009.pdf .Luettu 25.3.2017

Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 2005.

Hakovirta M, Rantalaiho M. Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. KELAn tutkimusosasto, Helsinki 2012. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37848/Tutkimuksia124.pdf

Hall AS, Torres I. Partnerships in Preventing Adolescent Stress: Increasing Self-Esteem, Coping, and Support through Effective Counseling. Journal of Mental Health Counseling Apr2002;24(2):97-106.

Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatrry 1960;23:56-62.

Hammen C, Davila J, Brown G, Ellicott A, Gitlin M. Psychiatric History and Stress: Predictors of Severity of Unipolar Depression. Journal of Abnormal Psychology 1992;101(1)45-52.

Haravuori H, Suomalainen L, Marttunen M. Trauman kokenut nuori oireilee monimuotoisesti. Suomen Lääkärilehti 2009;6:485-492.

Harkonmäki K, Lahelma E, Väänänen J, Rahkonen O. Eläkeaikomukset ja varhaiseläkkeelle siirtyminen Helsingin kaupungin henkilöstön keskuudessa. Kuntien eläkevakuutus, Helsingin kaupungin tietokeskus, Tutkimuskatsauksia 4/2006, Helsinki 2006. http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/06_09_05_harkonmaki.pdf. Luettu 3.3.2017.

Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Liberman RF, Spiegelman D, Craemer DW. Demographic, family, and occupational characteristics associated with major depression: the Harvard study of moods and cycles. Acta Psychiatrica Scandinavica March 2002;105(3):209-217.

Harvard Mental Letter 4/2007.

Haven A. Psykoottinen potilas, lääkäri ja omainen. Duodecim 2000;116:1836-1840.

Headsted. https://headsted.fi/ohjelmat/

Heene ELS, Buysse A, van Oost P. Indirect Pathways Between Depresssive Symptoms and Marital Distress: The Role of Conflict Communication, Attributions, and Attachment Style. Family Process 2005;44(4):413-440.

Heikkilä J. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. Duodecim 2006;122:2113-2118.

Heikkinen E, Tuomi J. Suomalainen elämäkulku. Tummavuoren kirjapaino Ky, 2001.

Heikman P, Katila H, Kuoppasalmi K. Masennuspotilaan työkyvyn arviointi. Suomen Lääkärilehti 2002;20:2175-2180.

Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J (toim.). Masennus. Kustannus Oy Duodecim, Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2011.

Helakorpi S, Suominen S, Laitalainen E, Lindström B, Uutela A, Puska P. Suomen- ja ruotsinkielisten erot elintavoissa ja koetussa terveydessä. Suomen Lääkärilehti 2009; 36:2891-2899.

Henriksson M, Isometsä E, Huttunen MO, Lönnqvit J. Masennustilojen diagnostiikan keskeisiä käsitteitä ja ongelmia. Duodecim 1994;110;227-237.

Henriksson M, Lönnqvist J. Psyykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. 9-10 uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Keuruu 2013

Heponiemi T, Sinervo T, Elovainio M. Työn epävarmuus ja hyvinvointi. THL raportti 65/2011. Juvenes Print Tampereen yliopistopaino Oy 2011. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80396/197f1f21-588d-43e1-976c-7f0c3be4bdaf.pdf?sequence=1 .Luettu 28.8.2016

Herr NR, Hammen C. Current and Past Depression as Predictors of Family Functioning: A Comparison of Men and Women in a Community Sample. Journal of Family Psychology 2007;21(4):694-702.

Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychological Medicine 2002;32:889-902.

Herzberg T. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim 2000;116:1491-1497.

Higgins JE, Endler NS. Coping, life stress, and psychological and somatic distress. European Journal of Personality 1995;9:253-270.

Hill RG, Shepherd G, Hardy P. In sickness and in health: The experiences of friends and relatives for people with manic depression. Journal of Mental Health 1998;7(6):611-620.

Hintikka J, Kontula O, Koskela K, Viinamäki H. Viekö velka terveyden? Suomen Lääkärilehti 1999;34:4209-4212.

Hittner JB. Novel Methods for Analyzing Multifaceted Personality Scales: Sense of Coherence and Depression as an Example. Journal of Psychology 2000;134(2):199-209.

Hoikkala T, Roos J-P.(toim.) 2000-luvun elämä. Sosiologisia teorioita 2000-luvun vaihteesta. Gaudeamus Helsinki 2000:21-31.

Hoitosuunnitelma Valvira. https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdaan-yhteistyossa. Luettu 23.3.2017

Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC. Resource Loss, Resource Gain, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. Journal of Personality and Social Psychology 1999;77(3):620-629.

Holahan CJ, Moos RH. Personality, Coping, and Family Resources in Stress Resistance: A Longitudinal Analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1986;51(2):389-395.

Holahan JC, Moos RH. Life Stressors, Personal Social Resources, and Depression: A 4-Year Structural Model. Journal of Abnormal Psychology 1991;100(1):31-38.

Holma I. Long-term follow-up Study Focusing of MDD patients Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking. Väitöskirja HY, 2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104390/URN_ISBN_978-952-245-837-7.pdf?sequence=1

Homeostaasi. Määritelmä.http://www.dictionary.com/browse/homeostasis

Honkasalo M-L. Kulttuuri, terveys ja sairaus. Suomen Lääkärilehti 2000;12:1391-1396.

Honkinen P-L, Aromaa M, Suominen S, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents: A 15-year follow-up study. J Health Psychol 2009b;14(4):587-600.

Honkinen P-L. Nuorten koherenssin tunne: mittaaminen, ennustavat tekijät ja seuraukset. Väitöskirja. Turun yliopisto, 2009a. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44664/AnnalesC282Honkinen.pdf?sequenc. luettu 7.2.2014

Honkonen T, Lindström K, Kivimäki M. Psykososiaalinen työkuormitus mielenterveyden häiriöiden etiologiassa. Duodecim 2003;119:1327-1333.

Honkonen T. Gould R. Masennusperusteisen työkyvyttömyyden määrä on taittunut. Suomen Lääkärilehti 2011;66(44):3296-3297.

Horlow BL, Cohen LS, Otto MW, Liberman RF, Spiegelman D, Cramer DW. Demografic, family, and occupational characteristics associated with major depression: the Harward study of moods and cycles. Acta Psychiatr Scand 2002;105:209-217.

Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M, Vuori M, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A, Santalahti P. Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. THL Raportti 14/2017.

Huoli puheeksi-menetelmä. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/verkostodialogiset_menetelmat/huolen_puheeksi_ottaminen. Luettu 27.1.2017

Huoltosuhde. http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/indikaatori/Lists/links/Attachments/40/Demografinen%20ja%20taloudellinen%20huoltosuhde.pdf. Luettu 12.2.2016

Husserl E. Fenomenologian idea. Viisi luentoa. Suom. Himanka J, Hämäläinen J, Sivenius H. Loki-Kirjat, Helsinki 1995.(Alkup teos ilm 1950)

Huttunen J. Masennustilojen yhteydet muihin sairauksiin. Kirjassa Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J (toim.). Duodecim, Kariston kirjapaino Oy Hämeenlinna, 2011. .

Hyvinvointikertomus kunnan työvälineenä. http://www.soste.fi/elinvoimaiset-jarjestot/jarjestojen-ja-kuntien-yhteistyo/hyvinvointikertomus-kunnan-tyovalineena.html .Luettu 27.3.2017

Hyvinvointioppimisohjelma. https://peda.net/jyvaskyla/hyvinvointioppiminen. Luettu 18.2.2016

Hyvinvointioppimisohjelman sisältö. http://www.jyvaskyla.fi/ajankohtaista/arkisto/1/0/63563 Luettu 18.2.2018

Hyvä työpaikka TTL. http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote76_2013.aspx .Luettu 13.3.2016

Hyyppä M. Pohjanlahden rannikon suomenruotsalaiset säilyvät työkykyisinä. Suomen Lääkärilehti 1997;8:831-839.

Hyyppä MT. Sosiaalinen pääoma edistää terveyttä. Suomen Lääkärilehti 2008;46:4007-4011.

Hänninen V. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere University Press, Tampere 1999.

Ihmeelliset vuodet. http://ihmeellisetvuodet.fi/koulutukset Luettu 18.10.2016

Ilmarinen J. Työelämässä pysyminen –korvaako henkinen kasvu ja kokemus ikääntymisen haitat? Työterveyslääkäri 2006;1:42-44.

Integroitu palvelumalli. https://www.innokyla.fi/documents/1803120/044b9c2d-6d97-474f-abdc-8d8eb24e0051 .Luettu 5.2.2016

Irving K. Challenging Received Wisdom: Antidepressants and the Placebo Effect. McGill J Med 2008 Nov;11(2):219-222.

Ismail K. Correspondence. Cortisol, stress and depression. British Medical Journal of Psychiatry 2002;181:348-353.

Isoaho P. Kielellinen erityisvaikeus (SLI) ja sen kehitys ensimmäisinä kouluvuosina. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 2012.

Isohanni M, Miettunen J, Mäki P, Murray GK, Ridler K, Lauronen E, Moilanen K, Alaräisänen A, Haapea M, Isohanni I, Ivleva I, Tamminga C, McGrath J, Koponen H. Risk factors for schizophrenia. Follow-up data from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. World Psychiatry 2006 Oct; 5(3):168-171. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636118/. Luettu 5.2. 2017

Isometsä E. Vakavien masennustilojen kulku ja ennuste. Duodecim 1994;110(3):287

IVA THL. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/ihmisiin-kohdistuvien-vaikutusten-arviointi-iva/miten-iva-toteutetaan . Luettu 26.3.2017.

Izutsu T, Tsutsumi A, Asukai N, Kurita H, Kawamura N. Relationship between a traumatic life event and alteration in stress response. Stress and Health 2004;20:65-73.

Jaari A. Itsetunto, elämänhallinta ja arvot. Helsingin Yliopisto, Helsinki 2004.

Jackson CA. Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice? The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies 2007-1. http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2007-1/jackson.htm. Luettu 3.3.2017

Jacob K, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari J. Mental Health systems in countries: where are we now? Lancet 2007;370(9592):1061-1077.

Jacobs N, Kenis G, Peeters F, Derom C, Vlietinck R, van Os J. Stress-related negative affectivity and genetically altered serotonin transporter function; Evidence of synergism in shaping risk of depression. Arch Gen Psychiatry 2006;63:989-996.

Jahoda M, Lazarfeld PF, Zeisl H. Marienthal: The sociography of an umemployed community. Tavistock, London 1972.

Janhonen S, Nikkonen M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY 2001;116-126,238-263.

Jaser SS, Langrock AM, Keller G, Merchant MJ, Benson MA, Reeslund K, Champion JE, Compas BE. Coping With the Stress of Parental Depression II: Adolescent and Parent Reports of Coping and Adjustment. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2005;34(1):193-205.

Jenkins R, Minoletti A. Promoting mental health: a crucial component of all public policy. Kirjassa Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S(toim.). Seizing oppoutunities, implementing policies. STM, 2013. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104481/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1

Johtamisen laatukriteerit TTL. http://www.ttl.fi/partner/johtamisverkosto/laatukriteerit/sivut/default.aspx .Luettu 17.3.2017

Joiner TE Jr. Nodes of Consilience Between Interpersonal-Psychological Theories of Depression. Kirjassa Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001. viite puuttuu tekstistä

Joiner TE. Contagious Depression: Existence, Spesificity to Depressed Symptoms, and the Role of Reassurance Seeking. Journal of Personality and Social Psychology 1994;67(2):287-296.

Jokinen K, Saaristo K (toim.). Suomalainen yhteiskunta. WSOY, Helsinki 2002.

Jokiniva M. Hengähdyshetkiä. Opas stressittömään elämään. Gummerus Kustannus Oy, Jelgava Printing House, Latvia 2013.

Jokiranta H. Se on miehen elämää. Acta Universitatis Tamperensis 966. Tampere University Press, Tampere 2003.

Joukamaa M, Veijola J. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia. Suomen Lääkärilehti 2002;44:4473-4475.

Joutsenniemi K, Lipponen K. Resilienssi ja posttraumaatinen kasvu. Suomen Lääkärilehti 2015;39:2515-2519.

Julkunen R. Uuden työn paradoksit. Osuuskunta Vastapaino, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.

Junttila N. Kavereita nolla. Kustannusosakeyhtiö Tammi, EU 2015.

Juntunen J, Huunaan-Seppälä A, Telakivi T, Taipale I. Syrjäytyneet kansalaiset vakuutuslääketieteen näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 2002;51-52:5207-5213.

Juntunen J, Krats S. Perhe tutkimuksen puristuksessa. Perhetutkimusyksikön julkaisuja 6. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 1997

Jylhä P. Depression, Anxiety, Psychiatric Comorbidity and Dimensions of Temperament and Personality. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A6/2008.

Jyväsjärvi S. Frequent attenders in primary health care. A cross-sectional study of frequent attenders´ psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health care. Oulun yliopisto, Oulu, 2001.

Jähi R. Työstää, tarinoida, selviytyä. Acta Universitatis Tamperensis 1015. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere 2004.

Kaila ET, Varjonen J, Leino T. Masennus on hoidettavissa työterveyshuollossa. Suomen Lääkärilehti 2014;44:2885-2893.

Kalland M. Lapsen asema nykypäivän suomalaisessa yhteiskunnassa. Duodecim 2013;129:1387-1391.

Kaltiala-Heino R, Poutanen O, Välimäki M. Sairauden häpeällinen leima. Duodecim 2001;117:563-570

Kangas I. Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives. Health 2001;5(1):76-92.

Kantojärvi L, Läksy K, Koistinen P, Tamminen M, Korhonen T, Huusko H, Kinnuen A, Niva K, Salonius H, Merikanto K, Kiuttu J. Psykiatrisen potilaan työkyvyn arviointi 3. Tutkittavien kokemukset psykiatrisesta työkyvyn arvioinnista. Suomen Lääkärilehti 2002;23:2565-2569.

Karjalainen P. Suomen Lääkärilehti 2016;10:733-718

Karlsson H, Joukamaa M, Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care. Acta Psychiatr Scand 2000;102:354-358.

Karlsson H. Masennus systeemisairautena. Duodecim 2012;128:622-626.

Karlsson H. Oireiden ulottuvuuksia. Psykiatrinen tutkimus terveyspalvelujen suurkäyttäjistä. Stakes, Helsinki, 1996.

Karlsson L, Melartin T, Karlsson H. Lapsuuden stressi uhkaa aikuisiän terveyttä. Suomen Lääkärilehti 2007;37:3293-3299.

Karlsson L, Pelkonen M, Aalto-Setälä T, Marttunen M. Nuorten masennus- vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. Suomen Lääkärilehti 2005;27-29:2879-2883.

Karvonen JT. Somatisaatiosta. Erikoislääkäri 2008;18(3):139-142.

Kaslow NJ, Twomey H, Brooks A, Thompson M, Reynolds B. Perceptions of Family Functioning of Suicidal and Nonsuicidal African American Women. Kirjassa Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

Kaste-ohjelma 2008-2011. http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf .Luettu 12.2.2014

Kaste-ohjelma 2012-2015.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste .Luettu 12.2.2014

Katz J. Self-Verification Theory: Expanding Current Conceptualizations of the Link Between Marital Distress and Depression. Kirjassa Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

Kauhanen M-L, Rissanen P, Kiuttu J, Luotola J, Tuurinkoski T, Männistö L, Rivinoja M. Kengästä potkua työhön ja elämään. Psyykkinen varhaiskuntoutus moniammatillisena yhteistyönä. Suomen Lääkärilehti 2002;11:1281-1285.

Kekkonen M, Aavaluoma S, Rautiainen M. Vanhemmuuden monet roolit. Suomen Lääkärilehti 2006;61(8):847-851.

KELA kuntoutus. http://www.kela.fi/kuntoutus. Luettu 13.4.2027

KELA kuntoutuspsykoterapia. http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia. Luettu 10.3.2017.

KELAn tilastot 2003. KELAn sanomat 2003;2:23. http://www.kela.fi/documents/10180/1889281/SLT+2013_net.pdf/0758ba68-1886-4b69-bdb6-b7566e9daa2c

KELAn vanhempainraha. http://www.kela.fi/vanhempainvapaa_vanhempainraha. Luettu 4.12.2016

Keltikangas- Järvinen L. Temperamentti, stressi ja elämänhallinta.WS Bookwell Oy, Juva 2008a.

Keltikangas-Järvinen L. Tunne itsesi, suomalainen. WS Bookwell Oy, Juva 2008b.

Kenen R, Peters S. The Coloured, Eco-Genetic Relationship Map (CEGRM): A Conceptual Approach and Tool for Genetic Counseling Research. Journal of Genetic Counseling. 2001;10(4):289-301.

Kern R, Gfroerer K, Summers Y, Curlette W, Matheny K. Life-style, Personality, and Stress Coping. Individual Psychology 1996;52(1):42-53.

Kerätär R. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu 2016. http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-1086-5 .Luettu 17.3.2017.

Kerätär R. Ovatko työttömät sosiaalimedisiinan lainsuojattomia? Suomen Lääkärilehti 2003;8:961-962.

Kerätär R. Uupuneen työntekijän tarina. Suomen Lääkärilehti 1997;8:869-874.

Keski-Luopa L. Työnohjaus vai superviisaus. Työnohjausprosessien ja filosofisten ja kehityspykologisten perusteiden tarkastelua. Metanoiainstituutti 2011.

Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? Psychological medicine 2003;33:1177-1184.

Keyes CLM. Mental illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005;73(3):539-548.

Kiireettömän hoidon kriteerit STM. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116682/URN_ISBN_978-952-00-3520-4.pdf?sequence=1 .Luettu 23.3.2017

Kincaid SB, Caldwell RA. Initiator Status, Family Support, and Adjustment to Marital Separation: A Test of an Interaction Hypothesis. Journal of Community Psychology 1991 Vol 19(1):79-88.

Kinnunen E. Työkyvyttömästä kuntoutujaksi- mielenterveysongelmat ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Suomen Lääkärilehti 2002;36;3497-3499.

Kinnunen U, Feldt T. Hyvinvointi työssä. Kirjassa Kinnunen U, Feldt T, Mauno S (toim.). Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005a.

Kinnunen U, Hätinen M. Työuupumus ja jaksaminen työelämässä. Kinnunen U, Feldt T, Mauno S (toim.). Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005b.

Kirkengen AL. The Lived Experience of Violation. How Abused Children become Unhealthy Adults. Zetabooks, Bucarest, 2010.

Kirkon neuvonta. http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/DC0158A5AD979807C225748000295138?OpenDocument&lang=FI. Luettu 18.10.2016

Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Morikawa Y, Ishizaki M, Miura K, Naruse Y, Kido T, Sukigara M. Social support and individual styles of coping in the Japanese workplace: an occupational stress model by structural equation analysis. Stress and Health 2003;19:37-43.

Kiuttu J, Väisänen E. Perhelääkärin työskentelymallit ja yhteistyö. Duodecim 2000;116:2407-2413.

Kiuttu J. Perhekeskeisyys yleislääketieteessä. Tutkimus perhelääkärikoulutuksen vaikutuksista yleislääkärin työssä. Oulun Yliopisto 1994.

KiVa-koulu. http://www.kivakoulu.fi/. Luettu 28.10.2016

Kivekäs J, Gould R, Pellinen M. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. Suomen Lääkärilehti 2008;35:2815-2819.

Kivekäs J, Kinnunen E, Ahlblad Y. Mielenterveyspotilaan palveluketju takkuilee. Suomen Lääkärilehti 2006;18:2011-2014.

Kivimäki V. Battled Nerves: Finnish Soldiers´ War Experience; Trauma, and Military Psychiatry 1941-44. Turun yliopisto 2013.

Kivistö S, Kallio E, Turunen G. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. STM selvityksiä 2008:33.Yliopistopaino Oy, Helsinki 2008.

Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Durbin CE. Clinical Features of Major Depressive Disorder in Adolescent and Their Relatives: Impact on Familial Aggregation, Implications for Phenotype Definition, and Specifity of Transmission. Journal of Abnormal Psychology 2002;111(1):98-106.

Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T.(toim.) Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. THL, Juvenes Print-Suomen yliopistopaino, Tampere 2013.

Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Laaksonen M. Psykoterapioiden vaikuttavuus masennuksen pitkissä seurannoissa. Duodecim 2012;128:267-274.

Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 1979;37(1):1-11. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1

Koffert T, Kuusi K. Depressiokoulu. Suomen Mielenterveysseura 2007.

Kognitiivinen työergonomia. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf .Luettu 28.8.2016

Koivumaa-Honkanen H-T. Heikkinen A. Somatisoivan potilaan tutkimuskierre. Suomen Lääkärilehti 1996;51(13):1442-1445.

Kokemusasiantunijavastaanotto Vantaa. https://koulutus.fcg.fi/Portals/2/Ylönen_Hannu_Yhteenveto_Kokemusasiantuntija_päihdetyössä_Vantaan_terveysasemilla.pdf .Luettu 23.3.2017

Kokemusasiantuntijuus palveluissa TEKES. https://extranet.tekes.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_webapp=/ibi_apps&IBIC_server=EDASERVE&IBIWF_msgviewer=OFF&IBIF_ex=O_PROJEKTI_RAP1&CLICKED_ON=&YPROJEKTI=11771633&YTARKASTELU=Z&YKIELI=S&YHANKETYYPPI=11&IBIAPP_app=opendata&YMUOTO=HTML . Luettu 23.3.2017

Kokko E. Me, sotalapset. Minerva Kustannus Oy, WS Bookwell Oy, Juva, 2009.

Kokko K. Työttömyys ja psyykkinen pahoinvointi: altistumiata ja seurauksia. Kirjassa: Kinnunen U, Feldt T, Mauno S. toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005.

Komsi N, Pesonen A-K, Heinonen K, Räikkönen K. Temperamentti vauvaiässä. Suomen Lääkärilehti 2006;61(4):309-313.

Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL, Juvenes Print-Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere 2011. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1 . Luettu 23.3.2017

Kontula O. Parisuhdeonnen avaimet ja esteet. Perhebarometri 2009. Väestöntutkimuslaitos -Katsauksia E 38/2009. Väestöliitto 2009

Kontula O. Yhdessä vai erikseen? Perhebarometri 2013. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/e470cab3aa351646e2b61222e9ee2fe6/1391181107/application/pdf/2979010/Perhebarometri2013_web_1.pdf luettu 31.1.2014

Kopp M, Stauder A, Purebl G, Skrabski A. Work Stress and mental health in a changing society. European Journal of Public Health 2008;18(3):238-244.

Korkeila J. Somaattinen komorbiditeetti. Yleislääkäri 2012;4:8-10.

Korkeila J. Stressi, masennus ja avuntarve. Suomen Lääkärilehti 2005;43:4373-4377.

Korkeila J. Stressi, tunteiden säätely ja immuniteetti. Duodecim 2008;124:683-692.

Kortteinen M. Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hanki ja jää Oy. Hämeenlinna 1992.

Koskenvuo K, Mattila K, Koskenvuo M. Masennuksen koettu kuntoutustarve väestössä. KELAn työpaperi 104/2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/166662/Tyopapereita104.pdf?sequence=1 .Luettu 4.4.2016

Koskenvuo M. Aiheuttaako stressi somaattisia sairauksia? Duodecim 2000;116:2288-2295.

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.).Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL Raportti 68/2012. Juvenenes Print Suomen Yliopistopaino, Tampere 2012. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf. Luettu 5.2.2017

Koskinen S. Työsopimuksen päättäminen mielenterveyden ongelmien johdosta. Työterveyslääkäri 2006;1:58-62.

Kouluterveyskysely. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset. Luettu 5.2.2106

Kouros CD, Papp LM, Cumminngs EM. Interrelations and Moderators of Longitudinal Links Between Marital Satisfaction and Depressive Symptoms Among Couples in Established Relationships. Journal of Family Psychology 2008;22(5):667-677.

Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, Stafford M, Wilkinson R, Schneider J, Väänänen A, Virtanen M, Cox SJ, Pentti J, Elovainio M, Kivimäki M. Low workplace social capital as a predictor of depression. American Journal of Epidemiology 2008;167:1143-1151.

Kraaij V, Garnefski N, de Wilde EJ, Dijkstra A, Gebhart W, Maes S, ter Doest L. Negative Life Events and Depressive Symptoms in Late Adolescence: Bonding and Cognitive Coping as Vulnerability Factors? Journal of Youth and Adolescence 2003;32:185-193.

Kudielka BM, Kirschbaum C. Awakening cortisol responses are influenced by health status and awakening time but not by menstrual cycle. Psykoneuroendocrinology 2003;28:35-47.

Kumpulainen K, Säiniö M. Lapsen psyykkiset häiriöt, oppiminen ja koulunkäynti. Suomen Lääkärilehti 2001;6:663-666.

Kuntien hyvinvointikertomukset. http://shvk.kunnat.net/ Luettu 5.2.2016

Kunz-Ebrecht SR, Kirschbaum C, Steptoe A. Work stress, socioeconomic status and neuroendocrine activation over the working day. Social Science & Medicine 2004;58:1523-1530.

Kuorsalo A, Saloranta I(toim.). Sodan haavoittama lapsuus. Ajatus kirjat, WS Bookwell Oy, Juva, 2010.

Kupiainen R. Millaisen suhteessaolon virtuaalimaailma tarjoaa lapselle? Suomen Lääkärilehti 2012;5:328-329.

Kylmä J, Vehviläinen-Juntunen K, Lähdevirta J. Laadullinen terveystutkimus- mitä, miten ja miksi? Duodecim 2003;119:609-615.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999;11(1):3-11.

Kähärä K, Piikkilä S, Mattila K. Alueellinen verkostomalli mielenterveyspalvelujen parantamiseksi. Suomen Lääkärilehti 2008;63:649-653.

Laajasalo T, Pirkola S. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. THL raportti 47/2012, Juvenes Print, Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere 2012.

Laaksonen M. Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. National Institute for Health and Wellfare, Research 144, 2014.

Lahelma E, Winter T, Martikainen P, Rahkonen O. Työn ja perheen väliset ristiriidat ja niiden taustatekijät naisilla ja miehillä. Työ ja ihminen 2005; 19(1):73-82.

Laitila M. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia-Opas strategiseen suunnitteluun. THL Kide 22, 2013. http://www.julkari.fi/handle/10024/110524 .Luettu 23.3.2017.

Laitinen E, Kurki P-L, Ebeling H. Deprivaatio ja lapsen kehitys. Suomen Lääkärilehti 2001;6:657-660.

Laitinen J. Johtajan onnekkuus ja työyhteisön rasitus. Suomen Lääkärilehti 2005;1;70-73.

Lajunen K, Ylenius-Lehtonen M, Andell M. Tunne- ja turvataitoja lapsille. THL, 2015. https://www.julkari.fi/handle/10024/126027 Luettu 27.1.2017

Laki ehkäisevän päihdehuollon järjestämisestä. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523 .Luettu 24.3.2017

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12 §. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785 .Luettu 1.4.2017

Lam CLK.The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? Annals of Family Medicine 2004;2(2):S50-S54.

LaPe- muutosohjelma. http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut. Luettu 25.5.2018.

Lapsen ääni. http://www.socom.fi/wp-content/uploads/2015/06/Lastensuojelun_ja_perhetyon_osaamisklinikka.pdf. Luettu 26.8.2016

Lapsesta aikuiseksi- tutkimus. https://www.jyu.fi/ytk/laitokset/psykologia/tutkimus/laku/tutkimusvaiheet. Luettu 13.2.2016.

Lapset puheeksi-menetelmä. http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/lapset-ja-nuoret/toimiva-lapsi-perhe-ty%C3%B6. Luettu 28.1.2017

Lapset-Kaste. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104345/THL_RAP2013_003_verkko.pdf?sequence=1. Luettu 26.8.2016

Lapsiköyhyys Suomessa. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/stop-koyhyys/nakokulmia-teemaan/lapsikoyhyys-on-suomessa-kasvussa

Lapsivaikutusten arviointi. https://www.thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/johtamisen_tueksi/miten_arvioida/lapsivaikutusten_arviointi Luettu 5.2.2016.

Larivaara P, Lindroos S, Heikkilä T(toim.). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 2009.

Larivaara P. Perhelääketiede-uusi näkökulma lääkärin työhön. Duodecim 2000;116(21):2399-2400.

Larivaara P. Terveyskeskuksen lääkäripalvelujen suurkäyttäjät. Oulun Yliopisto 1987.

Larson R, Lee M. The Capacity to Be Alone as a Stress Buffer. The Journal of Social Psychology 1996;136(1)5-16.

Lasten mielenterveystalo. https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/Pages/Default.aspx .Luettu 12.5.2018

Lasten mielenterveystyön hoitoketju Keski-Suomessa. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01187&p_haku=lasten mielenterveystyön hoitoketju

Lasten oikeuksien sopimus. https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/sopimus-lyhennettyna/ luettu 5.12.2016

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14;2014.

Lastenneuvolakäsikirja.THL. https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja luettu 20.1.2017

Lastenpsykiatrinen hoitoketju Pirkanmaalla. http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=13466 . Luettu 13.2.2014

Lastensuojeluilmoitus. https://www.thl.fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluilmoitus-ja-lastensuojeluasian-vireilletulo/lastensuojeluilmoitus. Luettu 6.2.2016

Lastensuojelulaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417. Luettu 27.1.2017

Launis K, Gerlander E-M. Työn nopeutuva muutos haastaa työterveyshuoltoa uudenlaiseen ymmärrykseen työnsä kohteesta? Työterveyslääkäri 2005;3:356-3.

Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Edita Prima Oy, Stakes, Helsinki 2004. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1. Luettu 9.2.2017

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.

Lazarus RS. Stress and coping: an anthology. New York 1991.

Lehtinen V, Veijola J ,Lindholm T, Väisänen E, Moring J, Puukka P. Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. UKKI- tutkimuksen 16- vuotisseurannan päätulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Kansaneläkelaitos 2003.

Lehtinen V. Building Up Good Mental Health. Stakes, Helsinki 2008. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76087/buildingupgoodmentalhealth.pdf?sequence=1 Luettu 15.2.2017

Lehtola A, Tuulari JJ, Karlsson L, Parkkola R, Karlsson H, Scheinin NM. Miten varhainen stressi vaikuttaa aivojen kehitykseen? Duodecim 2016;132:1345-1351.

Leinonen J. Families in Struggle- Child mental health and family well-being in Finland during the economic recession of the 1990´s:the importance of parenting. Helsingin yliopisto, Helsinki 2004.

Leinonen P. Kohti postmodernismia- ja sen yli. Suomen Lääkärilehti 2002;13-14:1553-1555.

Leon FG, Ashton AK, D´MelloDA, Danz B, Hefner J, Matson GA, Montano CB, Bradko JF, Sussman N, Winsberg B. Depression and comorbid medical illness: Therapeutic and diagnostic challenges. The Journal of Family Practice Dec 2003 suppl:19-33.

Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S (toim.). Seizing opportuinities, implementing policies. STM, 2013. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104481/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1. Luettu 18.2.2016

Leppänen JM. Depressioon liittyvät emotionaaliset muutokset ja niiden hermostollinen perusta. Duodecim 2007;123:297-303.

Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013;48:3163-3169.

Leskelä U. Life events and social support among patients with depressive disorder. Helsingin yliopisto, Helsinki 2008. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-740-867-7

Lind J, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Suomen Lääkärilehti 2011;66:3213-3219.

Lindholm H, Gockel M. Stressin elinvaikutuksien mittaaminen. Duodecim 2000;116:2259-2265.

Linström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health 2005;59:440-442.

Lindström K. TIKKA- työkuormituksen arvioinnin uusi menetelmä työpaikkaselvitykseen. Työterveyslääkäri 2004;22(4):482-485.

Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H, Ukkola L. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2008;45(2):121-135. https://www.researchgate.net/publication/277237710_Henkiloston_kasitykset_potilasohjauksen_toimintaedellytyksista_ja_toteutuksesta_perusterveydenhuollossa . Luettu 14.4.2017

Lipsanen T. Dissosiaatio psykiatrisena ilmiönä. Suomen Lääkärilehti 2005;60(18-19):2063-2066.

Losoi H. Resilience and recovery from mild traumatic brain injury. Unigrafia, Helsinki 2015. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/157758/resilien.pdf?sequence=1. Luettu 31.1.2017

Luoma I, Tamminen T. Äidin masennus ja lapsen psyykkinen kehitys. Suomen Lääkärilehti 2002;57(41):4093-4096.

Lynch TR, Robins CJ, Morse JO. Couple Functioning in Depression: The Roles of Sociotropy and Autonomy. Journal of Clinical Psychology 2003;59(12):1349-1359

Lönnqvist J, Aalberg V. Psykiatria. Duodecim, Gummeruksen kirjapaino, Jyväskylä 2007.

Lönnqvist J. Johtamisen haaste. Erikoislääkäri 2013;23(1):7-10.

Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. British Journal of Psychiatry 2000;176:373-378.

Maestro-kurssit. http://www.sosiaalikollega.fi/hankkeet/tukeva/Maestro-kurssi.pdf, http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/81886_Maestro-ohjaajakoulutus.pdf. Luettu 6.2.2016

Maestro-ohjaajat.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/81886_Maestro-ohjaajakoulutus.pdf. Luettu 6.2.2016

Mak AS, Mueller J. Negative affectivity, perceived occupational stress, and health during organizational restructuring: a follow-up study. Psychology and Health 2001;16:125-137.

Makkonen P, Putkonen A, Korhonen J, Kuosmanen L, Kärkkäinen J. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. THL työpaperi 2016_035. THL, Helsinki 2016.

Manninen H, Santalahti P, Piha J. Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. Suomen Lääkärilehti 2008;22:2047-2053.

Mao W-C, Bardwell WA, Major JM, Dimsdale JE. Coping Strategies, Hostility, and Depressive Symptoms: A Path Model. International Journal of Behavioral Medicine 2003;10(4):331-342.

Marmot MG, Sapolsky R. Of Baboons and Men: Social Circumstances, Biology, and the Social Gradient in Health. Teoksessa Weinstein M, Lane MA (toim.). Socality, Hierarchy, Health. Comparative Biodemography. The National Academic Press, Washington D.C. 2014.

Martin T, Karlsson L, Marttunen M. Temperamentti ja kiintymyssuhde nuoruusiän masennuksen riskitekijöinä. Suomen Lääkärilehti 2011;7:547-552.

Marttunen M, Ranta K, Gerov V, Strandholm T, Ehrling L, Tainio V-M, Lindberg N. Nuorten depression psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 2015;46:3111-3124.

Marttunen M. Nuoruusiän mielialahäiriöiden tunnistaminen. Suomen Lääkärilehti 1996;51(27):2701-2707.

Mascaro N, Rosen DH. The Role of Existential Meaning as a Buffer Against Stress. Journal of Humanistic Psychology 2006;46:168-190.

Masennuksen Käypä hoito-suositus. Terveysportti, Duodecim 2016. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023

Masennuksen riskitesti Calgary. http://www.predictingdepression.com/survey/surveys/action/add .Luettu 13.4.2017

Masennuksen riskitesti UCL. http://www.ucl.ac.uk/predict-depression/demo_login.php .Luettu 13.4.2017

Masentuneiden omaiset Finfami. http://www.finfami.fi/pagetoiminta2. Luettu 18.10.2016

Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological Review, 1943.

Masto-hankkeen loppuraportti. STM selvityksiä 15, 2011. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111985/URN%3aNBN%3afi-fe201504223227.pdf?sequence=1 .Luettu 10.12.2015

Matheson K, Kelly O, Cole B et al. Parental bonding and depressive affect: The mediating role of coping resources. British Journal of Social Psychology 2005;44:371-395.

Mattila A, Brandt- Pihlström M, Katajainen A. Elämän tiehaarassa. Masennus: filosofinen ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Suomen Lääkärilehti 1997;9:1049-1053.

Mattila A. Näkökulman vaihtamisen taito. WSOY, Helsinki 2006.

Mattila J. Psykoanalyyttinen näkemys tunteista. Suomen Lääkärilehti 1999;54(18-19):2397-2404.

Mattila L, Rauramo P. Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki. Työturvallisuuskeskus TTK Palveluryhmä. Nykypaino Oy 2015.

Mauno S. Kinnunen U. Työn epävarmuus ja organisaatiomuutokset työhyvinvoinnin uhkina. Kirjassa: Kinnunen U, Feldt T, Mauno S. toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005.

Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial Work Environment and Depression: Epidemiologic Assessment of the Demand- Control Model. American Journal of Public Health 2000;90(11)1765-1770.

Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitiative research. British Medical Journal 2000; 320:50-52.

McAdams DP. What do we know when we know a person? Journal of personality 1995;63:3. https://www.sesp.northwestern.edu/docs/publications/557464623490a3fc35faeb.pdf. Luettu 21.2.2017

McDaid D. Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. European Union 2011. http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/mental_health/docs/long_term_sustainability_en.pdf. Luettu 3.3.2017.

McDaniel S, Campbell TL, Hepwoth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. Second Edition. Springer, USA 2005.

McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-Oriented Primary Care. Manual for Medical Providers. Berryville Graphics, Inc. Berryville, Virginia, 1990.

McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. Genograms. Assessment and Intervention. 2nd edition. W.W. Norton & Company Inc, New York 1999.

McGrath PJ, Sourander A, Lingley-Pottie P, Ristkari T, Cunningham C, Huttunen J, Filbert K, Aromaa M, Corkum P, Hinkka-Yli-Salomäki S, Kinnunen M, Lampi K, Penttinen A, Sinokki A, Unruh A, Vuorio J, Watters C. Remote

population-based intervention for disruptive behavior at age four: study protocol for a randomized trial of Internet-assisted parent training (Strongest families Finland-Canada). BMC Public Health 2013;13:985.

McKnight JD, Glass DC. Perceptions of Control, Burnout, and Depressive Symptomatology: A Replication and Extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995;63(3):490-494.

Mercer R. Hertzman C, Molina H, Vaghri Z. Promoting equity from the start through early child development and Health in All Policies. Kirjassa Leppo K, Peña S, Wismar M, Cook S (toim.). Seizing opporutinities, implementing policies. STM, 2013. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104481/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1. Luettu 18.2.2016

Meretoja P. Itsemurhaan altistavat kognitiiviset mallit. Suomen Lääkärilehti 2002;49-50:5045-5049.

Merikanto K, Kiuttu J. Tamminen M, Kantojärvi L, Läksy K. Psykiatrisen työkyvyn arviointi sairauspäivärahakaudella. Suomen Lääkärilehti 2002;22:2437-2440.

Merry SN. Preventing depression in adolescents: time for a new tack? JAMA Paediatrics, 2013. jamanetwork.com

Metsämuuronen J. Tilastolliset menetelmät ihmistieteissä. Gummerus, Jyväskylä, 2003.

Metsäpelto R-L, Feldt T (toim.). Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. PS-Kustannus Oy, 2009.

Meyers SA, Varkey S, Aguirre AM. Ecological Correlates of Family Functioning. American Journal of Family Therapy 2002;30:257-273.

Mielen avain- hanke. http://www.mielenavain.fi/3 .Luettu 28.8.2016

Mielenterveyden ensiapu. http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/mielenterveysosaaminen/mielenterveyden-ensiapu. Luettu 5.2.2017

Mielenterveyden määritelmä, WHO 2001. Strengthening mental health promotion, Fact sheet No 220, WHO 2001 http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM, Helsinki 2012. Luettu 10.12.2015 . http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1

Mielenterveysetiikka. ETENEn julkaisuja 2009. http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d luettu 7.11.2016

Mielenterveyslaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116 .Luettu 23.3.2017

Mielenterveystalo. Mielenterveystalo.fi

Mieli 2009- ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24, STM, Helsinki 2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1. Luettu 10.2.2017

Miessakit. http://www.miessakit.fi/. Luettu 18.10.2016

Miettola J. Terveyttä etsimässä. Salutogeneesin mahdollisuudet metabolisessa oireyhtymässä. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio, 2011.

Miller A, Rahe RH. Life changes scaleing for the 1990´s. Journal of Psychosomatic Research 1997;43(3):279-292.

Miller IW, Keitner GI, Whisman MA, Ryan CE, Epstein NB, Bishop DS. Depressed Patients with Dysfunctional Families: Description and Course of Illness. Journal of Abnormal Psychology 1992;101(4):637-646.

Miller IW, McDerumut W, Coop Gordon K, Keitner G, Ryan CE, Norman W. Personality and Family Functioning in Families of Depressed Patients. Journal of Abnormal Psychology 2000;109(3):539-545.

Miller SM. Lapsen stressi. Karisto, Hämeenlinna 1986.

Mitchell RE, Cronkite RC, Moos RH. Stress, Coping, and Depression Among Married Couples. Journal of Abnormal Psychoogy 1983;92(4):433-448

MLL nettineuvonta. http://www.mll.fi/. Luettu 18.10.2016

MLL nuortennetti. http://www.mll.fi/nuortennetti. Luettu 3.4.2016

MLL perhekahvilat. http://www.mll.fi/perheille/perhekahvilat/ Luettu 4.12.2016

MLL vanhempainnetti. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/. Luettu 3.4.2016

Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 1979;134:382-389.

Moos R, Cronkite RC, Moos BS. Family and Extrafamily Resources and the 10-Year Course of Treated Depression. Journal of Abnormal Psychology 1998a;107(3):450-460.

Moos RH, Cronkite RC, Moos BS. The Long-Term Interplay Between Family and Extrafamily Resources and Depression. Journal of Family Psychology 1998b;12(3):326-343.

Moos RH, Schaefer JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. Kirjassa Goldberger L, Breznitz S (toim). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. Free Press, New York 1993.

Morgan A. What is Narrative Therapy? An Easy-to-Read Introduction. Dulwich Centre Publications, Adelaide, S.Australia 2000.

Muhonen M. Kehittäjäkumppanuus sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaskohtaamisissa. Metropolia ammattikorkeakoulu 2016. http://docplayer.fi/40667040-Kehittajakumppanuus-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-asiakaskohtaamisissa.html .Luettu 23.3.2017

Mustonen U, Huurre T, Kiviruusu O, Berg N, Aro H, Marttunen M. Elämänkulku, mielenterveys ja hyvinvointi.(TAM-projekti) THL raportti 17/2013 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114509/URN_ISBN_978-952-245-962-6.pdf?sequence=1. Luettu 31.1.2017

Muutosturva. http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/jos_jaat_tyottomaksi/muutosturva/index.html .Luettu 17.11.2016

Müller K, Juntunen J, Liira J, Lönnqvist J. Aivot ja muuttuva työelämä. Suomen Lääkärilehti 2006;27-31:2951-2959.

Myllykangas S, Koskenvuo JW, Alastalo T-P. Uuden polven sekvensointimenetelmät geenidiagnostiikassa. Duodecim 2013;129:141-148.

Mäkelä J. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. Suomen Lääkärilehti 2005;14:1543-1549.

Mäkelä S, Pajulo M, Sourander A. Raskausajan psyykkinen oireilu ja lapsen kehitys. Duodecim 2010;126:1013-1019.

Mäkisalo-Ropponen M. Elämäntarina-ajattelu laadukkaan hoidon lähtökohtana. Dementoituneen ihmisen kohtaamisen ja auttamisen perusteita. Dementiauutiset 2007;3:10-12.

Mäkitalo J. Work-related Well-being in the Transformation of Nursing home Work. Väitöskirja Oulun yliopisto, Oulu 2005. http://jultika.oulu.fi/Record/isbn951-42-7767-8 .Luettu 17.3.2017

Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Duodecim 2003;119:459-465.

Mäntymaa M, Tamminen T. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykkinen kehitys. Duodecim 1999;115:2447-2453.

Mönkkönen K, Roos S. Työyhteisötaidot. UNPress, EU, 2010.

Nepsy ja Osmo. http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapsiperheiden-palvelut/lasten-terapiapalvelut/neptunus.html luettu 18.2.2016

Nettiturvakoti. https://www.turvakoti.net/site/. Luettu 18.10.2016

Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. British Journal of Psychiatry 2006;188:13-20.

Nezu AM, Nezu CM, Blissett SE. Sense of Humor as a Moderator of the Relation Between Stress Events and Psychological Distress: A Prospective Analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1988;54(3):520-525.

Niemi-Pynttäri M. Voimavara ja ratkaisukeskeinen näkökulma ohjauksessa. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti 7.6.2013. https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/06/07/voimavara-ja-ratkaisukeskeinen-nakokulma-ohjaustyossa/

Niilo Mäki- instituutti. http://www.nmi.fi/fi/julkaisut/nmi-julkaisut. Luettu 18.2.2016

Niiranen K. Työelämän tutkimus 2014; 12(1). http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Documents/Niiranen_ym_Artikkeli_Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n_tutkimus_1-2014.pdf . Luettu 5.12.2016

Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 1999;77(5):1-1

Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative Coping With Depressed Mood Following Loss. Journal of Personality and Social Psychology 1994;67(1):92-104.

Nollalinja. https://www.nollalinja.fi/. Luettu 29.1.2017

Nuorisotakuu. http://www.nuorisotakuu.fi/nuorisotakuu/info/tietoa_tilastoista_ja_nuorisotyottomyydesta. Luettu 6.2.2016

Nuorten mielenterveystalo. www.nuortenmielenterveystalo.fi. Luettu 28.4.2016

Nuorten terveystapatutkimus. http://www.uta.fi/hes/tutkimus/tutkimusryhmat/Kansanterveystiede/Nuorten_terveystapatutkimus.html.Luettu 5.2.2106

Nuotio T-M, Karukivi M, Saarijärvi S. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Suomen Lääkärilehti 2013;15:1089-1095.

Nuppu2-hankkeen loppuraportti. http://www.jyta.fi/sivu/media/Nuppu2_loppuraportti.pdf/format-pdf. Luettu 28.11.2016

Nuppu-hankkeen loppuraportti. http://varsinaissuomenpiiri-mll-fi-bin.directo.fi/@Bin/01283555973fe8a0f0e4cbac41ca4303/1472243171/application/pdf/123458/MLL_Loppuraportti_Tivistetty.pdf. Luettu 4.12.2016

Nurmela E. Nuorten naisten kokemuksia masennuksesta. Lapin yliopisto, 2011.

O´Connor TG. Toward Integrating Behavioral Genetics and Family Process. Families, Systems & Health 2006;4(24):416-424.

OECD-raportti 2008. http://www.oecd.org/els/soc/41494435.pdf

Oikarinen A. Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen- kulttuurinen näkökulma. OY, Oulu University Press, Oulu 2008.

Ojala T, Lehtinen K. Lääkäreiden käsitys taidoistaan tunnistaa ja hoitaa mielenterveysongelmia. Suomen Lääkärilehti 2001;19:2167-2170.

Ojanen M. Työn ja perheen ristiriidat, sairauspoissaolot ja avioeroriski suomalaisilla palkansaajilla. Väitöskirja, Tampereen yliopisto 2017.

Ojanen P, Tarkkonen J. Psykososiaalinen kuormitus ja sen hallinta työssä. Työturvallisuuskeskus, Helsinki 2012.

Omahoitopolut. Omahoitopolut.fi

Oppilashuoltolaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287. Luettu 27.1.2017

Ostrander R, Weinfurt KP, Nay WR. The role of age, family support, and negative cognitions in the prediction of depressive symptoms. School Psychology Review 1998;27(1):121-137.

OTUn oppaat. http://www.otu.fi/index.php/oppaat-ja-materiaalit/oppaat. Luettu 28.1.2017

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987- tutkimusaineiston valossa. THL Raportti 52/2012.

Paavonen EJ, Solantaus T, Paunio T. Geenit ja ympäristötekijät vuorovaikutuksessa. Suomen Lääkärilehti 2009;49:4255-4261.

Pajulo M. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Duodecim 2004;120543-2548.

Paltamaa J, Karppi S-L, Smolander J, Koho P, Vaara M, Hurri H. Suomessa käytössäolevia fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. Suomen Lääkärilehti 2006;5:459-464.

Papandopoulos L, Bor R. Genograms in Counselling Practice:a review (part1). Counselling Psychology Quarterly;1997;10(1).1-12.

Parikka R. (toim.) Suomalaisen työn historia. Korvesta konttoriin. SKS:n toimituksia 730. Suomalaisen kirjallisuuden Seura, Helsinki 1999.

Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim.). Kansallinen päihde- ja mielenterveyssuunnitelma 2009-2015. THL Yliopistopaino, Helsinki 2010. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71 .Luettu 3.2.2014

PARTY-hanke. http://www.vates.fi/vates/projektit/party-yhteishanke-2/party-uutiset/tyottoman-tyo-ja-toimintakyvyn-arviointiin-on-runsaasti-keinoja.html .Luettu 31.3.2017

Paso E, Mäkitalo J, Palonen J. Viimeinen TYKY-kirja. Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus, Keskinäinen eläkevakuutusyhtiö Tapiola. Art- Print Oy 2001.

Pasternack A, Raivio K. Perusteltu käsitys hoidosta. Duodecim 2004;120:2945-2947.

Pasternack I. Työ ja ilonpito. Työterveyslääkäri 2006;1:74-75.

Paunio T, Lindfors O, Kalska H, Karlsson H, Kurri K, Lehtovuori P, Melart P, Melartin T, Näätänen P, Pirkola S, Wahlström J. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. Suomen Lääkärilehti 2012;37:2547-2553.

Paykel ES. The Evolution of life events research in psychiatry. Journal of Affective Disorders 2001;62:141-149.

Pemberton CK, Neiderhiser JM, Leve LD, Natsuaki MN, Shaw DS, Reiss D, Ge X. Influence of Parental Depressive Symptoms on Adopted Toddler Behaviors: An Emerging Developmental Cascade of Genetic and Environmental Effects. Dev Psychopathol. 2010 Nov;22(4):803-818.

Pennix BWJH, van Tilburg T, Boeke AJP, Deeg DJH, Kriegsman DMW, van Eijk JTM. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Depressive Symptoms: Different for Various Chronic Diseases? Health Psychology 1998;17(6):551-558.

Perhebarometri. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/julkaisut/perhebarometri/. Luettu 27.5.2018

Perhebarometri 2013. Kontula O. Yhdessä vai erikseen? http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/8bc3a3831aac36bdcfa1d6570961841b/1485081601/application/pdf/2979010/Perhebarometri2013_web_1.pdf Luettu 27.5.2018

Perheentupa A. Synnytyksenjälkeinen masennus- onko vika hormoneissa? Suomen Lääkärilehti 2003;4:387-391.

Perttula J, Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi 2008.

Perttula J. (toim.). Lauri Rauhala psykologian uranuurtajana. Snellman-korkeakoulun seminaariraportti 1/1994. Porvoo 1994.

Peruskoulun opetussuunnitelma 2016. http://www.oph.fi/ops2016

Pesonen A-K. Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. Duodecim 2010;126:515-520.

Pesonen T. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 2011;66(22):1829-1834.

Phares V, Compas BE. The Role of Fathers in Child and Adolescent Psychopathology: Make Room for Daddy. Psychological Bulletin1992;111:387-412.

Piensoho T. Perheestä voimaa työhön ja työstä voimaa kotiin: työssä käyvien kokemuksia työn ja perheen tasapainosta. Helsingin yliopisto, Helsinki 2006.

Pietikäinen A. Joustava mieli- vapaudu stressin, uupumuksen ja masennuksen ylivallasta. Duodecim, WSBookwell Oy, Porvoo 2009.

Pietikäinen A. Kohti arvoistasi - suuntaa mielekkäisiin muutoksiin. Duodecim, Helsinki 2014.

Pietikäinen P, Turunen J. Oirekuvien historiaa- ahdingon diagnosointi ennen ja nyt. Duodecim 2007;123:1701-1708.

Pietilä A-M, Matero H, Kankkunen P, Häggman-Laitila A. Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä: systematisoitu katsaus pitkäaikaissairauksia käsittelevään kirjallisuuteen. Tutkiva Hoitotyö 2008;6(3):4-10.

Pihlakoski L, Sourander A, Aromaa M, Rönning JA, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M. Do Antenatal and Postnatal Parental Psychological Distress, and Recognized Need of Help Predict Preadolescent's Psychiatric Symptoms? The Finnish Family Competence Cohort Study. Child Psychiatry and Human Development 2013; 44(2):305-319.

Pincus HA, Houtsinger JK, Bachman J, Keyser D. Depression In Primary Care: Bringing Behavioral Health Care Into The Mainstream. Health Affairs 2005; 24(1):271-276.

Pinquart M, Silbereisen RK. Coping With Increased Uncertainty in the Field of Work and Family Life. International Journal of Stress Management 2008;15(3):209-221.

Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009 Jan 10, 373(9658):147-53. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19097638. Luettu 3.3.2017

Pohjanmaa-hanke. http://www.epshp.fi/pohjanmaahanke/kehittamistyo/pohjanmaa-hanke .Luettu 28.8.2016

Pohjolainen T. Tule-sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden työkyvyttömyyskulut kasvussa. Suomen Lääkärilehti 2005;60(47):4891-4896.

Poijula S. Lapsi ja kriisi. Kirjapaja 2008.

Polasky LJ, Holahan CK. Maternal Self-Discrepancies, Interroli Conflict, and Negative Affect Among Married Professional Women With Children. Journal of Family Psychology 1998;12(3):388-401.

Pollio DE, North CS, Reid DL, Miletic MM, McClendon JR. Living with Severe Mental Illness – What Families and Friends Must Know: Evaluation of a One-Day Psychoeducation Workshop. Social Work 2006;51(1):31-38.

Poutanen O. Depressio terveyskeskuspotilaalla. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis, ser A, vol 474, 1996.

Poutanen O. Masennuksen diagnostiikan ongelmat terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 1998;53:1917.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M. No health without mental health. Lancet 2007;370(9590):859-877.

Prucno RA, Burant CJ, Peters ND. Coping Strategies of People Living in Multigenerational Households: Effects on Well-Being. Psychology and Ageing 1997;12(1):115-124.

Pulkki A, Holopainen L. Kartoitusmenetelmä oppimisvaikeuksiin työelämässä. Itä-Suomen yliopisto 2012. http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/tyoelama/Tutkimusraportti.pdf .Luettu 4.4.2017

Pulkkinen L. Lapsuusiän kasvatusilmapiiri ja aikuisiän sosiaalinen toimintakyky. Duodecim 2003;119:1801-1803.

Pulliainen V, Hänninen T, Kuikka P, Erkinjuntti T. Ikääntyvien aivojen terveys ja sairaus tietoyhteiskunnassa. Suomen Lääkärilehti 2006;61(27-31):2961-2966.

Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy 1995;6(1),65-78.

Puura K, Tamminen T. Kuka lohduttaisi Nyytiä?-lapsuusiän masennuksen tunnistaminen. Suomen Lääkärilehti 1997:11;1281-1286.

Pylkkänen K. Henkinen kuntoutus- onko sitä? Suomen Lääkärilehti 1998;17:2051-2058.

Rafnsson FD, Jonsson FH, Windle M. Coping Strategies, stressful life events, problem behaviors, and depressed affect. Anxiety, Stress & Coping 2006;19(3):241-257.

Rahe RH, Tolles RL. The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful Stress Management Instrument. International Journal of Stress Management 2002;9(2):61-7

Rahe, R.H, Veach, T.L., Tolles, R.T., and Murakami, K. The Stress and Coping Inventory: An educational and research instrument. Stress Medicine 2000; 16:199-208.

Raiskila T. Effects of Rehabilitation in First Episode Depression among Occupational Health Care Clients(Depression varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus). Tampereen yliopisto 2016.

Raitasalo R, Maaniemi K. Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat nuorille yhä enemmän sairauspoissaoloja. Sosiaalivakuutus 2009: 4; 22-24.

Raitasalo R, Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T. Masennuspotilaiden elämänhallinta, toipuminen ja työkyky. Suomen Lääkärilehti 2004b;30-32;2795-2800.

Raitasalo R. Elämänhallinnan perustekijät sosiaaliturvan kehittämisessä. Kirjassa Tutkimus suuntaa sosiaaliturvaa 2000-luvulle. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2000:109-120.

Raitasalo R. Elämänhallinta ja mielenterveys. Yksityislääkäri 2004a;1:35-36.

Raitasalo R. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1.Kelan omatarvepaino, Helsinki 1995.

Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. KELA 2007.

RAND-36 mittari. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/ .Luettu 7.3.2017

Ranki A. Henkilöstön selviytyminen kriisiytyneessä organisaatiossa. Tampereen yliopisto, Tampere 2000. https://www.uta.fi/kirjasto/vaitokset/2000/200077.html. Luettu 21.2.2017.

Rantanen J, Benach J, Muntaner C, Kawakami T, Kim R. Work, health and employment. Kirjassa Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies-Seizing opportunities, implementing policies. STM, 2013. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104481/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1. Luettu 18.2.2016

Rantanen J, Kinnunen U. Työn ja perhe-elämän vuorovaikutus. Kirjassa: Kinnunen U, Feldt T, Mauno S. toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005.

Rauhala L. Filosofin näkemys mielitaudin myytistä. Suomen Lääkärilehti 2002;3:318-323.

Rautiainen E-L. Co-construction and collaboration in couple therapy for depression. Jyväskylän Yliopisto, Jyväskylä 2010. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25184/9789513940348.pdf?sequence=1

Ravindran AV, Matheson K, Griffths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptula frame and emerging data. Journal of Affective Disorders. 2002;71:121-130.

Reifman A, Biemat M, Lang EL. Stress, social support, and health in married professional women with small children. Psychology of Women Quarterly 1991;15:431-445.

Reiss D. Transmission and treatment of depression. The American Journal of Psychiatry Sept 2008;165(9):1083-1085.

Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004;38:795-803.

Rifkin J. Työn loppu. WSOY 1997.

Riikonen E, Mattila A. Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja – luokitukset masentavia? Duodecim 1994;110(3):347-

Rimon R, Keltinkangas-Järvinen L, Söderlund S et al. Lyhyt kartoittava depressioasteikko(LKDA). Reports of Psychiatria Fennica 59, Helsinki 1984.

Rissanen P. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. http://hdl.handle.net/10138/157106. Luettu 5.2.2017

Ritala-Koskinen A. Onko uusperheestä perheeksi? JY, Jyväskylä 1993.

Riusala A. Perhekeskeinen työote hoitaa ja ehkäisee sairauksia. Suomen Lääkärilehti 2012;67(26-31):2056-2057.

Robinson EAR. Causal Attributions About Mental Illness: Relationship to Family Functioning. American Journal of Orthopsychiatry 1994; 66(2) April :282-295.

Roine RP. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D- mittarilla. Duodecim 2016;132:1537-1542.

Roisko R, Saari K. Wahlberg K. Skitsofrenian syyt, ehkäisy ja hoito perhenäkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 2003;33:3197-3201.

Roivainen E. Beckin depressioasteikon tulkinta. Duodecim 2008;124:2467-70.

Romakkaniemi M. Masennus- tutkimus kuntoutuksen kertomisen rakentumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto, 2011.

Roos J-P. Suomalainen elämä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Karisto, Helsinki 1987.

Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image. Princeton University Press, Princeton 1965/1989.

Rotter JB. Psychological Monographs: Generalized Expectances for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied 1966; Vol 80(1): 1-28. http://dx.doi.org/10.1037/h0092976

Rouvinen-Wilenius P, Koskinen-Ollonqvist P (toim.). Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Tekry 9/2011, Trio-Offset, Helsinki 2011.

Roza S, Hofstra M, van der Ende J, Verhulst F. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. American Journal of Psychiatry 2003;160(12):2116-2221.

Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. Psychological Inquiry 1998;9:1-28.

Räikkönen K, Paavonen EJ, Pesonen A-K. Lapsuusiän kehitykselliset riskitekijät ja aikuisiän sairastavuus. Duodecim 2008;124:678-682.

Räisänen K, Lestinen J. Kyllin hyvä. Työterveyslaitos 2013.

Räsänen E. Lapsuuden ja nuoruuden mielenterveyden häiriöt syrjäytymisen aiheuttajina. Suomen Lääkärilehti 1999;3:197-200.

Saarijärvi S, Joukamaa M. Kipu vai depressio- diagnostinen ja hoidollinen ongelma. Suomen Lääkärilehti 1993;16:1545.

Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T. Depressiopotilaiden tunneilmaisu elpyy masennusesta toivuttaessa. Duodecim 2002;118(2):203.

Saarinen P, Viinamäki H, Helminen A, Kaitokari P, Panula J, Penttinen J, Savolainen K, Lehtonen J. Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluja? Suomen Lääkärilehti 2007;45:4237-4243.

Saarni S. Health-related quality of life and mental health disorders in Finland. Helsingin yliopisto, Helsinki 2008.

Saarni SI, Pirkola S. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Duodecim 2010;126:2265-2273.

Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M, Joffe G, Kontio R, Malin M, Ala-Nikkola T, Wahlbeck K. Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? International Journal of Environmental Research and Public Health 2014;11:8743-8754. www.mdpi.com/journal/ijerph

Sadowski H, Ugarte B, Kolvin I, Kaplan C, Barnes J. Early life family disadvantages and major depression in adulthood. British Journal of Psychiatry 1999;174:112-128.

Saharinen T. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25-64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden laitos, 2013.

Sairenchi T, Haryama Y, Ishikawa Y, Wada K, Kimura K, Muto T. Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers: a cohort study. BMC Public Health 2011;11:205

Salminen J, Saarijärvi S, Tikka J, Rissanen S, Raitasalo R, Toikka T, Puukka P. Vakava masennus ja työkyky. Suomen Lääkärilehti 1997;22-23:2515-2521.

Salminen J, Saarijärvi S, Tikka J, Rissanen S, Raitasalo R, Toikka T, Puukka P. Vakavaa masennusta edeltäneet elämänmuutokset. Suomen Lääkärilehti 1998;13:1501-1506.

Salminen JK, Saarijärvi S, Tikka J, Raitasalo R, Toikka T, Puukka P, Rissanen S. Sairauslomalla masennuksen vuoksi-entä vuoden kuluttua? Suomen Lääkärilehti 2000;55(4):311-317.

Salminen JK. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. Suomen Lääkärilehti 2004;48:4745-4748.

Saloheimo P, Huttunen MO. Selittämättömistä somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. Duodecim 2008;124:703-710.

Salokangas RKR, Luutonen S, Graf von Reventlow H, Patterson P, Huttunen J, Nieminen M, Laine T, Karlsson H. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psyykkistä oireilua. Suomen Lääkärilehti 2006a;61(17):1835-1841.

Salokangas RKR, Poutanen O, Kaartinen-Pascalis M, Stengård E. Depression hoidon toteutuminen terveyskeskuksessa. Duodecim 1996;112:265.

Salokangas RKR, Stengård E, Poutanen O. DEPS- uusi apuväline depression seulontaan. Duodecim 1994;110:1141-1148.

Salokangas RKR. Aamusyljen kortisoli depression riskitekijänä. Suomen Lääkärilehti 2001;56(5)547.

Sandberg S. Lasten ja nuorten stressi. Duodecim 2000;116(20):2282-2287.

Sartorius N. Stigma and mental health. Lancet 2007;370(9590):810-811.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Drug and Alcohol Review 1990;10:313-321. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970 . Luettu 1.4.2017

Saxena S, Thomicroft G, Knapp M. Resources for mental health: scarcity, inequality, and inefficiency. Lancet 2007;370(9590):878-889.

Scattolon Y, Stoppard JM. "Getting on with Life": Women´s Experiences and Ways of Coping with Depression. Canadian Psychology 1999;40(2):205-219

Schubert C. Maahanmuuttajan psykoterapiasta. Kirjassa Pakaslahti A, Huttunen M. Kulttuurit ja lääketiede. Duodecim, WS Bookwell Oy, Porvoo 2010

SCID-1&2 http://www.scid4.org/info/refscid.html. Luettu 10.12.2015

Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. British Journal of Psychiatry 2003;183:92-94.

SDQ-lomake. www.sdqinfo.org. Luettu 14.1.2014

Sears SF Jr, Urizar GG Jr, Evans GD. Examining a Stress-Coping Model of Burnout and Depression in Extension Agents. Journal of Occupational Health Psychology 2000;5(1):56-62.

Seikkula J, Aaltonen J, Kalla O, Saarinen P, Tolvanen A. Couple Therapy for Depression in a Naturalistic Setting in Finland: A 2-year Radomized Trial. Journal of Family Therapy 2012;35(3):281-302.

Seikkula J, Alakare B. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim 2004;120:289-296. http://duodecimlehti.fi/duo10165

Selye H. The Stress of Life. McGraw Hill, New York 1956.

Sennett R. Työn uusi järjestys. Vastapaino, Tampere 2002.

Seppänen-Järvelä R, Karjalainen V (toim.). Kehittämistyön risteyksiä, Stakes, Gummerus, Vaajakoski 2007.

Seuri M. Voiko lääkäri arvioida työkykyä? Työterveyslääkäri 2006;1:68-70.

Sheeber L, Hops H, Davis B. Family Processes in Adolescent Depression. Clinical Child and Family Psychology Review 2001;4:19-35.

Shelton K, Harold GT. Interparental Conflict, Negative Parenting, and Children´s Adjustment: Bridging Links Between Parent´s Depression and Children´s Psychological Distress. Journal of Family Psychology 2008;22(5):712-724.

Sherbourne CD, Hays RD, Wells KB. Personal and Psychological Risk Factors for Physical and Mental Health Outcomes and Course of Depression Among Depressed Patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995;63(3):345-355.

Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring; Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2012;51(1):8-17.

Sigmaplot-ohjelma. http://www.sigmaplot.co.uk/products/sigmaplot/sigmaplot-details.php .Luettu 14.4.2017

Sihti- toimintamalli. https://www.julkari.fi/.../6d08bdc9-d676-4821-9a37-03caf1d42835.pdf. Luettu 5.2.2016

Siltala J. Työelämän huonontumisen lyhyt historia. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2004.

Siltala P. Tunteet, mitä ne ovat, mistä ne tulevat, mitä ne merkitsevät ihmisen mielenterveydelle ja sairaudelle. Suomen Lääkärilehti 2002;35:3369-3373.

Silverstein M, Bengtson VL, Lawton L. Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child –Parent Relationships in American Families. American Journal of Sociology 2002:103(2):429-460.

Silverstein M, Ruiz S. Breaking the Chain: How Grandparents Moderate the Transmission of Maternal Depression to Their Grandchildren. Family Relations 2006;55:601-612.

Sinikumpu J-J, Järvelin M-L. Köyhä, kouluttamaton pohjoissuomalainen- syrjäytyjän koko kuva? Suomen Lääkärilehti 1998;11:1269-1272.

Sinkkonen J. Kiintymyssuhdeteoria –tutkimuslöydöksistä käytännön sovellutuksiin. Duodecim 2004;120:1866-1873.

Sinokki M. Työyhteisö- uhka vai tuki mielenterveydelle. Duodecim 2010;126(15):1803-1809.

Sipponen J, Salmelainen U, Syrjäsuo S. Työkyvyn alenemisen varhainen tunnistaminen työterveyshuollossa. TOIMIA/Työikäisen toimintakyky-asiantuntijatyöryhmä 24.1.2011. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/tth_suositus_11_01_26.pdf. Luettu 5.12.2016.

Sisäasiainministeriön selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista. http://www.intermin.fi/julkaisu/352012?docID=36314. Luettu 27.1.2017

Skerfving A. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Barndom och uppväxtvillkor. Rapport i socialt arbete nr 149, Stockholms Universitet, Holmbergs, Malmö 2015. http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:846560/FULLTEXT01.pdf. Luettu 2.3.2017.

Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L, Fridlund B. Women`s conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenetic approach. Issues in Mental Health Nursing 2003;24:419-439.

Skärsäter I, Langius A, Ågren H, Häggström L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. International Journal of Mental Health Nursing 2005;14:258-264.

Skärsäter I, Rayens MK, Peden A, Hall L, Zhang M, Agren H, Prochazka H. Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. Arch Psychiatr Nurs 2009 Apr;23(2):119-27.

Slotte S, Mattila A, Salminen JK, Joukamaa M. Suomalaiset sukupolvet ja aleksitymia. Suomen Lääkelehti 2007;10:1005-1009.

Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. Psychological Bulletin 2003;129(4):614-636.

Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. Children`s Mental Health in Times of Economic Recession: Replication and Extension of the Family Economic Stress Model in Finland. Developmental Psychology 2004;40(3):412-429.

Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with parental depression: children´s psychosocial symptoms and prosocial behavior. Eur Child Adolesc Psychiatry 2.10.2010 online-julkaisu Springerlink.com.

Solantaus T, Paavonen EJ. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Duodecim 2009;125:1839-1844.

Solantaus T, Ringbom A. Mikä meidän vanhempia vaivaa? THL, Helsinki 2013

Somerfield MR, McCrae R. Stress and Coping Research: Methodological Challenges, Theoretical Advances and Clinical Applications. American Psychologist 2000;55:620-625.

Song L, Singer M. Life stress, social support, coping and depressive symptoms: a comparison between the general populations and family caregivers. Int J Social Welfare 2006;15:172-180.

Sosiaalihuoltolaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301. Luettu 27.1.2017

Sosku-hanke. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/hankkeet/33346 Luettu 18.11.2016

Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T, Huttunen J, Lingley-Pottie P, Hinkka-Yli-Salomäki S. Kinnunen M, Vuorio J, Sinokki A, Fossum S, Unruh A. Internet-Assisted Parent Training Intervention for Disruptive Behavior in 4-Year-Old Children. JAMA Psychiatry 2016;73(4):378-387.

Spangenberg JJ, Theron JC. Stress and Coping Strategies in Spouses of Depressed Patients. Journal of Psychology 1999;133(3):253-262.

Spinoza B. Ethics. In E. Curley (toim.). The collected works of Spinoza 1977:408-617.

STAKES: Tautiluokitus ICD-10. Systemaattinen osa. STAKES, Rauma 1999:2.

Stanion P, Papandopoulos L, Bor R. Genograms in Counselling Practice: Constructing a Genogram (Part2). Counselling Psychology Quarterly 1997;10(2):139-148.

STM kärkihankkeet. http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut. Luettu 15.10.2016

Strickland PL, Deakin JFW, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio-social origins of depression in the community. British Journal of Psychiatry 2002;180:168-173.

Sukujutut- ohjelma. http://www.sukujutut.fi/sukujut/index.htm .Luettu 4.3.2017

Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression. British Journal of Psychiatry 2004;184:293-298.

Suokas-Cunliffe A. Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa. Yleislääkäri 2006a;21(6):9-14.

Suokas-Cunliffe A, Van Der Hart O. Dissosiaatioäiriö-varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraus. Duodecim 2006b;16:2001

Suokas-Cunliffe A. Trauma- omaan elämäntarinaan yhdistymätön mielen loinen. Yleislääkäri 2006c;21(5):19-23.

Suominen K, Kronqvist K, Karjalainen K, Husman K, Katila-Keso L, Haanpää M. Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle? Suomen Lääkärilehti 2013;4:232-236.

Suominen S, Ahvenainen, Mattila A, Rautava, Koskenvuo M. Koherenssin tunne ja perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttö. Sosiaalilääketieteellinen aikakausikirja 2002;2:296-303.

Suominen S. Maamme ruotsin- ja suomenkielisen väestön terveyserot. Duodecim 2014;130:161-167.

Suvisaari J, Manninen M, Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttumalla ongelmiin varhain. Suomen Lääkärilehti 2009;27-32:2459-2464.

Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: A Meta-Analysis and Review of Job Insecurity and Its Consequences. Journal of Occupational Health Psychology 2002;Vol 7, No3:242-264. http://www.uv.es/interuni/doc/News/Seminars/Magnus_Sverke_2009/Sverke_et_al_(2002).pdf .Luettu 10.3.2017

Syrjäpalo K. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu University Press, Oulu 2006.

Syvälahti E. Biologiset tekijät vakavissa masennustiloissa. Duodecim 1994;110:261-266.

Sähköinen hyvinvointikertomus. https://www.hyvinvointikertomus.fi/#/welcome .Luettu 27.3.2017

Söderholm A, Kivitie-Kallio S.(toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. Duodecim, Bookwell Oy, Porvoo, 2012.

Taanila A. Factors supporting the coping process in chronically ill or disabled children. Väitöskirja. Oulun yliopisto 1997.

Taiminen T. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky. Duodecim 2011;127:987-993.

Tamminen N, Solin P (toim.). Mielenterveyden edistäminen työpaikalla. THL Juvenes Print- Suomen yliopistopaino Oy, Tampere 2014.

Tamminen T. Kohti kehityspsykiatrista diagnostiikkaa. Suomen Lääkärilehti 2003;37:3641.

Tanskanen A, Haatainen K, Hintikka J, Honkalampi K, Antikainen R, Viinamäki H. Tuoko raha onnea? Väestötutkimus onnellisuudesta. Suomen Lääkärilehti 2003;21:2291-2295.

Tautiluokitus ICD-10.Kirjapaino Oy West Point, Rauma 1995.

Terluin B, van Rhenen W, Schaufeli, de Haan M. The Four- Dimensional Symptom Questionnaire (DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. Work & Stress 2004;18(3):187-207.

Terrimäki P, Metsäalho S. Elämää masennuksen varjossa. Hämeen ammattikorkeakoulu, 2012.

Terveys 2015-ohjelma, STM. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015 .Luettu 7.11.2016

Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Hakapaino Oy, Helsinki 2002.

Terveystieto. http://www.edu.fi/perusopetus/terveystieto. Luettu 18.2.2016

Terveyttä edistävät koulut. http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=tekst.tonen&tid=3. Luettu 28.10.2016

The European Mental Health Action Plan 2013. WHA Regional Committee for Europe, Cesme, Izmir, Turkey 2013.

The European Pact of Mental Health and Well-Being: results and future action, 2011. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf. Luettu 14.2.2014

THL ICF-luokitus. https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/N%C3%A4in+k%C3%A4yt%C3%A4t+s%C3%A4hk%C3%B6ist%C3%A4+ICF-luokitusta/50e79560-a179-49d5-808c-2965408bfab9 .Luettu 23.3.2017

THL Lomakkeet koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon. Luettu 28.11.2016

THL Lomakkeet neuvolatyöhön. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_neuvolatyohon. Luettu 28.11.2016

THL yksinhuoltajuus. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/lapsiperhekysely/tuloksia/yksinhuoltajien-terveys

Thomas P. General Medical Practitioners Need to Be Aware of the Theories on Which Our Work Depends. Annals of Family Medicine 2006;4(5):450-454.

Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. Lancet 2007;370(9590):807-808.

Tietoa eurooppalaisista psykososiaalisen tuen menetelmistä. https://osha.europa.eu/en/topics/stress Luettu 15.2.2014

Tilastokeskus 2014. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html . Luettu 14.45.2017

Tilastokeskus 2016. http://tilastokeskus.fi/media/rss/2.0/tilastot/perh.rss .Luettu 14.4.2017

Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/perh/. Luettu 5.2.2106

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-3215. Helsinki:Tilastokeskus. Http://www.stat.fi/til/perh/index.html luettu 22.1.2017

Tilastollinen vuosikirja. https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/kokoomajulkaisut/sosiaali-ja-terveysalan-tilastollinen-vuosikirja Luettu 5.2.2016

Tisljarec DA. Adverse effects of psychotherapy: outcomes of a combined internet treatment for social anxiety disorder. Stockholm University, Department of Psychology 2013

TOIMIA BDI-21. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/83/ .Luettu 1.4.2017

TOIMIA SOFAS. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/88/ .Luettu 23.3.2017

TOIMIA WHODAS. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/160/ .Luettu 23.3.2017

TOIMIA-tietokanta. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/tth_suositus_11_01_26.pdf .Luettu 28.8.2016

Toivio T, Nordling E. Mielenterveyden psykologia. Edita, Helsinki 2009

Tolmunen T, Joensuu M, Saarinen P, Ahola P, Kuikka J, Lehtonen J. Aivojen kuvantamismenetelmät psykoterapian tuloksellisuuden tutkimisessa. Suomen Lääkärilehti 2003;3:283-287.

Tolonen T. Vanhemmuuden puutteen heijastuminen nuorten sosiaalisen pääoman puutteeseen. Nuorisotutkimus 2004;4(22):17-34.

Tondora J, Miller R, Davidson L. The Top Ten Concerns about Person-Centered Care Planning in Mental Care Systems. The International Journal of Person Centered Medicine 2012;3(2):410-420.

Tontti J. Masennuksen arkea: selityksiä surusta ilman syytä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, 2000. http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/vk/tontti/masennuk.pdf

Toppinen-Tanner S. Process of Burnout: structure, antecedents, and consequences. Väitöskirja Helsingin yliopisto, 2011. https://helda.helsinki.fi/handle/10138/26491 luettu 22.10.2016

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä-hoito-suositus. Duodecim 2014. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50080#K1 .Luettu 14.4.2017.

Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. Nursing and Health Sciences 2001;3:69-71.

Tukinainen. http://www.tukinainen.fi/

Tunne- ja turvataidot. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/turvataitokasvatus luettu 5.12.2015

Tuomainen R. Tehokas elämä- medikalisaatiosta uupumukseen. Suomen Lääkärilehti 2002;1:83-87.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.

Tuominen SK. Ehkäisevä mielenterveystyö terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 1998;30:3411-3413.

Tuulio-Henriksson A. Vakavien mielenterveyden häiriöiden syytekijöiden tutkimus: Onko endofenotyypeistä apua? Suomen Lääkärilehti 2008;45:3879-3884.

Työ ja terveys 2012. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/sivut/default.aspx luettu 28.8.2016

Työ ja terveys Suomessa 2012. Työterveyslaitos. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf .Luettu 12.2.2015

Työelämä 2020-hanke. http://www.tyoelama2020.fi/ luettu 5.12.2016

Työhyvinvointifoorumi. http://www.ttl.fi/partner/thf/Sivut/default.aspx/ .Luettu 5.12.2016

Työhyvinvointiverkosto. . http://www.ttl.fi/partner/tyhyverkosto/Sivut/default.aspx luettu 5.12.2016

Työn ja perheen yhteensovittaminen Akava. http://www.akava.fi/files/11170/Suositus_tyon_ja_perheen_tasapainottamisen_hyvista_kaytannosta_syksy_2013.pdf . Luettu 14.10.2016.

Työsuojelustrategian seurantaraportti 1998-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:13. Yliopistopaino, Helsinki 2008. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72862/julk_2008_23_tyosuojelustrategian_seurantaraportti_verkko.pdf?sequence=1 .Luettu 10.3.2017

Työterveysasetus 2012. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708, http://www.kela.fi/kun-sairaus-pitkittyy . Luettu 10.12.2015

Työterveyshuoltolain muutos 2016. Työterveyshuollon pidennetty järjestämisvelvollisuus. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskunnanVastaus/Sivut/EV_190+2016.aspx .Luettu 4.4.2017

Työterveyshuoltolaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383 .Luettu 17.3.2017.

Työterveyslaitoksen hankkeet. http://partner.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/sivut/default.aspx. Luettu 4.2.2017

Työterveyslaitos Työpiste. https://www.ttl.fi/tyopiste/ .Luettu 3.1.2012.

Työturvallisuuslaki. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738 .Luettu 13.3.2017

Törrönen M. Joustava rakkaus ja perheiden muutos. Työ ja ihminen 2005;19(1):6-16.

Ulbricht JA. The Role of Gene and Environment Interplay in the Interaction of Family Subsystems. The George Washington University, Proquest Dissertation Publishing 2010 https://search.proquest.com/openview/6199f5da3f9274549ca33a3f5d73a573/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y. Luettu 22.7.2017.

Upshur REG. Seven characteristics of medicine evidence. Journal of evaluation in Clinical Practice 2000;6(2):93-97.

Utrio K. Lapsen asema vanhassa maatalousyhteiskunnassa. Duodecim 2013;129:1381-1386.

Utrio K. Perhekirja. Eurooppalaisen perheen historia. Tammi, Helsinki 2001:349-388.

Uusitalo-Malmivaara L. (toim.) Positiivisen psykologian voima. Ps-kustannus, Bookwell Oy, Juva 2014.

Vahtera J, Uutela A. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresurssina. Duodecim 1994;110:1054-1060.

Van Voorhees BW, Paunesku D, Gollan J, Kuwahara S, Reincke M, Basu A. Predicting Future Risk of Depressive Episode in Adolescents: The Chigago Adolescent Depression Risk Assessment (CADRA). Annals of Family Medicine 2008;6(6):503-510.

Vanhempainryhmät 2017. http://www.valkeakoski.fi/portal/suomi/terveys/neuvolapalvelut/perhevalmennus/ luettu 22.1.2017

Vertti-ryhmät. http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/lapset-ja-nuoret/toimiva-lapsi-perhe-ty%C3%B6. Luettu 28.1.2017

Vihriälä L, Rutanen M. Lapsen psyykkisen trauman hoito. Duodecim 2010;126:2671-2677.

Viinamäki H, Hintikka J, Leppänen A, Heikkinen A, Kinnunen I, Lepola U. Masennuspotilaat kuntoutuksessa. Suomen Lääkärilehti 2003;36:3523-3527.

Viinamäki H, Honkalampi K, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A. Pitkäaikaiseen masentuneisuuteen liittyvät tekijät väestössä. Suomen Lääkärilehti 2001;6(11).:1255-1258.

Viinamäki H, Tanskanen A, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J. Miehet ja naiset toipuvat vakavasta masennustilasta yhtä hyvin. Suomen Lääkärilehti 2002;7:747-750

Viinamäki H, Tanskanen A, Hintikka J, Saarinen P, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Lehtonen J. Kuka toipuu masennuksesta. Suomen Lääkärilehti 1998;34:3903-3907.

Vilkuna K. Työ ja ilonpito, Otava 2004.

Virtanen M, Kivimäki M, Pentti J, Oksanen T, Klaukka T, Vahtera J. Mieleneterveyssyistä johtuvat sairauslomat lisääntyneet mutta eläkkeet vähentyneet kunta-alalla. Suomen Lääkärilehti 2009;43:3647-3653.

Voimaperheet- hanke. http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/voimaperheet/Sivut/home.aspx. Luettu 26.8.2016

Volanen S-M, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo K, Koskenvuo M, Silventoinen K. Sense of coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. BMC Public Health 2010;10:22.

Volanen S-M, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negaticve life events and stability of sense of coherence. A five-year follow up study of Finnish women and men. Scandinavian Journal of Psychology 2007;48;433-441.

Vuori J. Työttömyys, mielenterveys ja paluu työelämään. Suomen Lääkärilehti 1998;20-21:2297-2299.

Vuorilehto M, Kuosmanen L, Melartin T. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomen Lääkärilehti 2008a;3:190-192.

Vuorilehto M, Riihimäki K. Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2014;48:3259-3264.

Vuorilehto M. Depressive Disorders in Primary Care. Helsingin yliopisto, Helsinki 2008b. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22769/depressi.pdf?sequence=1

Vuorilehto M. Psykiatri terveyskeskuslääkäreiden apuna. Kunnallislääkäri 2003;6:24-26.

Vuorotteluvapaa. http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/loyda_toita/vuorotteluvapaa/index.html. Luettu 18.2.2016

Väestöliiton loppuraportti. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/f625e1f258d290f92b70bd29c7d65a4a/1389362764/application/pdf/2891987/Perheyst%C3%A4v%C3%A4llinen%20ty%C3%B6paikka%20loppuraportti%202013.pdf .Luettu 12.2.2016.

Vänskä K. Ohjauksen osaajat-Miten he sen tekevät? Terveysalan osaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu julkaisuja 132, 2012.

Väänänen R. Perheen rakenteen, dynamiikan ja arvojen merkitys lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, 2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1271-8/urn_isbn_978-952-61-1271-8.pdf luettu 7.2.2014

Wahlbeck K. Työ on myös masentuneen oikeus. Suomen Lääkärilehti 2011;66(43):3195.

Wang J, Patten SB. Perceived Work Stress and Major Depression in the Canadian Employed Population, 20-49 Years Old. Journal of Occupational Health Psychology 2001;6(4):283-289.

Wang J, Patten SB. The Moderating Effects of Coping Strategies on Major Depression in the General Population. Can J Psychiatry 2002;47(2):167-173.

Wei M, Heppner PP, Mallinckrodt B. Perceived Coping as a Mediator Between Attachment and Psychological Distress: A Structural Equation Modeling Approach. Journal of Counselling Psychology 2003;50(4):438-447.

Weich S, Blanchhard M, Prince M, Burton E, Erens B, Sproston K. Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. British Journal of Psychiatry 2002;180:428-433.

Wendisch I. Me sotilaiden lapset. Ajatus kirjat, Gummeruksen Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.

WHA Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Sixty-sixth World Health Assembly Agenda item 13.3,27 May, 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1 .Luettu 7.3.2017

Whisman MA, Sheldon CT, Goering P. Psychiatric Disorders and Dissatisfaction With Social Relationships: Does Type of Relationship Matter? Journal of Abnormal Psychology 2000;109(4):803-808.

Whisman MA. Depression and marital dissatisfaction. Kirjassa Beach SRH(toim.). Marital and family processes in depression. APA, Washington DC 2001.

Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, Pennell C, Barendregt JJ, Wang J. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2013 Aug;43(8):1569-85. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22883473 .Luettu 13.4.2017

WHO 2001. Strengthening mental health promotion, Fact sheet No 220, WHO 2001 http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health

WHO: The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe sixty-third session. WHO, Izmir, Turkey 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf .Luettu 7.3.2017

Wilhelm K, Roy K, Mitchell P, Brownhill S, Parker G. Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. Acta Psychiatr Scand 2002;106:45-53.

Wittchen H-U, Jacobi F. Size of burden of mental disorders in Europe –acritical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005;15:357-376.

Wittink MN, Barg FK, Gallo JJ. Unwritten Rules of Talking to Doctors About Depression: Integrating Qualitative and Quantitative Methods. Annals of Family Medicine 2006;4:302-309.

Wynne LC, Tienari P, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Naarala M, Läksy K, Wahlberg K-E, Miettunen J. I. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Genetic Liability and Global Family Rating in the Finnish Adoption Study. Family Process 2006;4(45):419-434.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37-49.

Yksinhuoltajien terveys. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/lapsiperhekysely/tuloksia/yksinhuoltajien-terveys

Ytti E. Ylisukupolviset perhevaikeudet ja palvelukokemukset -vanhempien ja sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä. Helsingin yliopisto 2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/163844/Ytti_Sosiaalityo.pdf?sequence=2. Luettu 5.2.2016

Zubin J. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. Apr 1977; Vol 86(2): 103-126.

Liitteet

Liite 1

Masennustilan (F32) diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaan:

Potilaalla esiintyy vähintään **kaksi** seuraavista pääoireista:

- masentunut mieliala suurimman osan aikaa
- kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen
- vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

ja

- ***lievässä*** masennustilassa ***F32.0***

vähintään 1-2 seuraavista lisäoireista(yhdessä edellisen kanssa vähintään 4)

- itseluottamuksen tai omanarvontunnon vähentyminen
- perusteettomat ja kohtuuttomat itsesyytökset
- toistuvat kuolemaan ja itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
- keskittymisvaikeudet
- psykomotorinen muutos(kiihtymys tai hidastuneisuus)
- unihäiriöt
- ruokahalun muutos, johon liittyy painon muutos

- ***keskivaikeassa*** masennustilassa ***F32.1***

vähintään 3-4 yllämainituista(yhdessä pääoireiden kanssa vähintään 6)

- ***vaikeassa*** masennustilassa ***F32.2***

kaikki kolme pääoiretta ja lisäksi **vähintään neljä** lisäoiretta, joista osa on vakavia

Diagnoosinumeroa F32 käytetään kun on kyseessä potilaan **ensimmäinen** masennusjakso ja em. oireita on esiintynyt **vähintään 2 viikon ajan**, oireet eivät liity päihteiden käyttöön(F10-19)eikä elimelliseen mielenterveyden häiriöön(F00-09) eikä kyseessä ole kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso(F31). Mikäli potilaalla oirekuvaa hallitsee somaattiset oireet, käytetään viidetttä merkkiä eli F32.01, F32.11, F32.21.
Psykoottistasoista masennustilaa kuvataan diagnoosinumerolla 32.3, joka on tässä tutkimuksessa poissulkukriteeri. F32 luokassa on vielä F32.8, joka on naamioitunut masennus ja F32.9 määrittelemätön masennus, joilla diagnooseilla potilaita ei myöskään selvyyden vuoksi tähän tutkimukseen oteta mukaan. F33 kuvaa kroonista, pitkäkestoista masennusta, joiksi osa sattaa osoittautua riippuen oireiden kestosta.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA Liite 2

Arvoisa tutkimukseen valittu,

työelämän muutokset ja yhteiskunnallinen murros mm. elinkeinorakenteessa ja koulutuksessa sekä globalisoituminen ovat muuttaneet monen työelämässä mukana olevan elämää melkoisesti. Perheet ovat pienentyneet ja siteet sukuun ja lapsuuden asuinympäristöön höltyneet. Sosiaaliset verkostot on luotava uudelleen. Työn jatkuvuus ei ole kenellekään itsestäänselvyys. Kaikki edellä esitetty vaikuttaa väistämättä jokapäiväisen elämämme kulkuun. Elämänhallinta on koetuksella. Mielen terveyden säilyttäminen kaikkien muutosten keskellä on vaativa tehtävä.

Mielenkiintoni kohdistuu etenkin työikäisten käytössä oleviin elämänhallintakeinoihin, miten kukin selviää elämänsä haasteista. Tarkastelen ihmistä mahdollisimman laaja-alaisesti ja monipuolisesti kokonaisuutena.

Olen jyväskyläläinen perhelääkärikoulutuksen käynyt terveyskeskuslääkäri ja tarkoitukseni on julkaista akateeminen opinnäytetyö elämänhallintaan vaikuttavista tekijöistä. Olen mukana Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen Akateeminen terveyskeskus- projektissa, johon Jyväskylän kaupungin terveyskeskus on liittynyt.

Kootakseni tietoa asiasta olen liittänyt oheen aikaisemmin jo muualla käytössä olleita tutkittavaa aihepiiriä käsitteleviä kyselylomakkeita, joihin toivon teidän vastaavan. Näiden lisäksi tutkimukseen kuuluu suullinen haastattelu osalle kysymyslomakkeisiin vastanneista. Se käsittelee suvun ja perheen rakennetta ja merkitystä sekä elämänkulkua yleensä. Haastateltaville tehdään uusintakysely vielä vuoden kuluttua kirjallisesti ja puhelinhaastattelu samoista teemoista kuin alkuperäinenkin. Lisäksi haastateltaville tehdään stressihormonimittaukset sylkinäytteistä, jotka osallistujat keräävät suullisen haastattelun jälkeisenä aamuna erillisen ohjeen mukaan. Kaikki tutkimukseen valitut ovat työikäisiä jyväskyläläisiä. Osa on valittu satunnaisotannalla väestörekisteristä, osa on joko psykiatrian erikoislääkärin tai terveyskeskuslääkärin hoidossa olevia mielialahäiriöistä kärsiviä potilaita, jotka on valittu ennakkoon määritellyillä perusteilla.

Tutkimustulokset ovat ehdottoman luottamuksellisia ja vastaajan henkilöllisyys tulee vain omaan käyttööni. Kaikki julkaistavat tiedot ilmaistaan nimettöminä ja muokattuina siten ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu. Halutessaan osallistujat voivat saada kirjallisen yhteenvedon tutkimusvastauksistaan ja siten hyödyntää tietoa oman elämänsä ymmärtämisessä ja siitä selviytymisessä. Pidempiin hoitosuhteisiin tulosten pohjalta ei ole mahdollisuus ryhtyä.

Kyselylomakkeen kysymyksissä voi olla päällekkäisyyksiä, mutta toivon että jaksaisitte vastata niihin kaikkiin, koska kutakin kyselylomaketta käsitellään kokonaisuutena ja puuttuvat vastaukset vaikeuttavat tulkintojen tekoa. Haastattelututkimukseen pääsevien valinta tehdään kyselylomakkeiden vastausten perusteella.

Tutkimukseen osallistumisen voivat haastateltavat keskeyttää halutessaan milloin vain. Mahdollisimman luotettavan tuloksen saamiseksi toivon kuitenkin että mielenkiintonne säilyisi vireänä koko tutkimuksen ajan.

Ohessa on tutkimukseen suostumuslomake ja lisäksi kyselylomakkeet kokonaisuudessaan. Niihin kaikkiin vastattuanne olette mukana jatkotutkimukseen mukaan otettavien valinnassa. Vastauslomakkeet voitte palauttaa oheisessa kuoressa.

Yhteistyöstä jo etukäteen kiittäen,

terveyskeskuslääkäri, LL Anneli Kuusinen

Jyväskylän kaupungin terveyskeskus,
Säynätsalon terveysasema,
Parviaisentie 7,
40 900 Säynätsalo
anneli.kuusinen@jkl.fi
p. 050-3001 640

Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Kansanterveystieteen laitos
Akateeminen terveyskeskus

Tutkimuksen ohjaajat:

professori Pekka Larivaara,
Kansanterveystieteen ja Yleislääketieteen laitos, Oulun Yliopisto

professori Jouko Lönnqvist,
Kansanterveyslaitos, Psykiatrian klinikka, Helsingin Yliopisto

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN Liite 3

_____

Perheen sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta elämänhallintaan

Tutkija: LL, terveyskeskuslääkäri Anneli Kuusinen

Olen tutustunut tutkimusasiakirjoihin ja saanut riittävästi sekä suullista että kirjallista tietoa yllä mainitusta tutkimuksesta. Olen tietoinen siitä että tutkimusmateriaali tulee vain tutkijan omaan käyttöön eikä sitä luovuteta ulkopuolisille ilman erillistä kirjallista suostumusta. Tutkimustiedoista koottavat tutkimustulokset julkaistaan siten ettei kenenkään osallistujan henkilöllisyys paljastu.

Olen tietoinen siitä että tutkimuksessa mukanaolon voi keskeyttää milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja ilman että se vaikuttaa hoitooni tai kohteluuni terveydenhoitopalveluiden piirissä nyt tai vastaisuudessa.

Saamani tiedon perusteella suostun:
- vastaamaan oheisiin kyselylomakkeisiin
- osallistumaan valituksi tultuani suulliseen haastatteluun
sekä antamaan kolme sylkinäytettä erillisen ohjeen mukaan ja
vastaamaan vuoden kuluttua tehtävään seurantakyselyyn ja
siihen liittyvään puhelinhaastatteluun
- annan luvan alla olevien yhteystietojen käyttöön ainoastaan tutkimuksen muista osioista sopimista ja niiden suorittamista varten tutkijan kanssa ja mahdollisen kirjallisen palautteen antoon

Luvanantajan

nimi_____

allekirjoitus_____

osoite_____

_____

puhelin kotiin_____työhön_____

sähköpostiosoite_____

aika ja paikka_____

Haluan kirjallisen/ sähköisen(tarpeeton yliviivataan) palautteen kyselylomakevastauksista

kyllä ☐ ei ☐

Luvan vastaanottajan allekirjoitus _____

ja nimen selvennys_____

Liite 4

Taustatietolomake _____

01. Sukupuolenne

1. nainen
2. mies

02. Ikänne ____v

03. Siviilisäätynne tällä hetkellä:
3. naimisissa
4. avoliitossa
5. eronnut
6. leski
7. naimaton

04. Äidinkielenne:
1. suomi
2. ruotsi
3. muu

05. Korkein koulutusaste, jonka olette saavuttaneet
1. kansakoulu
2. peruskoulun yläaste
3. lukio
4. ammatillinen perusasteen tutkinto
5. ammattikorkeakoulututkinto
6. opistoasteen tutkinto
7. alempi korkeakoulututkinto
8. ylempi korkeakoulututkinto

06. Ammattinne tällä hetkellä
1. ei ammattia
2. opiskelija
3. avustava työntekijä
4. itsenäinen ammatinharjoittaja
5. yrittäjä
6. palkkatyöntekijä
7. johtava viranhaltija

07. Perheenne vuositulot viime vuonna yhteensä(sairauspäivärahat, asumistuet, äitiys-vanhempainrahat, apurahat ym. huomioiden)

1. alle 20 000 euroa
2. 20 000- 40 000 euroa
3. 40 000-60 000 euroa
4. yli 60 000 euroa

08. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa

1. kokopäivätyössä
2. osa-aikatyössä
3. opiskelija
4. eläkkeellä
5. työtön tai lomautettu
6. hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäsentä
7. sairauspäivärahalla tai kuntoutustuella
8. muu

09. Onko lääkäri joskus todennut teillä psyykkisen tai mielenterveyteen liittyvän sairauden

1. kyllä, toteamisvuosi ____
2. ei, siirtykää kohtaan 13

10. Onko/oliko kyseessä	kyllä	ei
1. psykoosi	1	2
2. masennus	1	2
3. ahdistus	1	2
4. päihdeongelma	1	2
5. muu	1	2

11. Oletteko joskus ollut sen vuoksi sairaalahoidossa

1. kyllä
2. ei

12. Oletteko tällä hetkellä sen vuoksi erikoislääkärin(psykiatri) hoidossa

1. kyllä
2. ei

13. Onko lääkäri joskus todennut teidän nykyisellä puolisollanne psyykkiseen tai mielenterveyteen liittyvän sairauden

1. kyllä, toteamisvuosi ____
2. ei, siirtykää kohtaan 17

14. Onko/oliko kyseessä	kyllä	ei
1. psykoosi	1	2
2. masennus	1	2
3. ahdistus	1	2
4. päihdeongelma	1	2
5. muu	1	2

15. Onko nykyinen puolisonne ollut joskus sen vuoksi sairaalahoidossa?

1. kyllä
2. ei

16. Onko nykyinen puolisonne tällä hetkellä sen vuoksi erikoislääkärin(psykiatri) hoidossa

3. kyllä
4. ei

17. Onko kahdella tai useammalla lähisukulaisellanne(vanhemmat, isovanhemmat, sisarukset, serkut, lapset, lastenlapset) joskus todettu psyykkinen tai mielenterveyteen liittyvä sairaus

1. kyllä
2. ei, siirtykää kohtaan 19

18. Onko/oliko kyseessä	kyllä	ei
1. psykoosi	1	2
2. masennus	1	2
3. ahdistus	1	2
4. päihdeongelma	1	2
5. muu	1	2

19. Käytättekö tällä hetkellä jotain mielenterveysongelmien hoitoon tarkoitettua lääkettä(sis.unilääkkeet)

1. kyllä
2. ei, siirtykää kohtaan 21

20. Onko saamastanne lääkehoidosta ollut teille apua

1. erittäin paljon
2. melko paljon
3. jonkin verran
4. melko vähän
5. ei ollenkaan

21. Onko ruumiillinen kuntonne mielestänne

1. hyvä
2. melko hyvä
3. keskitasoinen
4. melko huono
5. huono

22. Kykenettekö menemään vaikeuksitta	kyllä	ei
a. ruokakauppaan	1	2
b. ystävien tai sukulaisten luo	1	2
c. naapurin luo	1	2
d. terveyskeskukseen	1	2
e. apteekkiin	1	2
f. virastoon	1	2
g. julkiseen kulkuneuvoon	1	2

Jos vastasitte johonkin kohtaan ei, miksi ette kykene?_____

_____

23. Jos tarvitsette apua jokapäiväisissä askareissanne, keneltä pyydätte apua	kyllä	ei
1. puolisolta	1	2
2. vanhemmilta	1	2
3. lapsilta tai heidän puolisoiltaan	1	2
4. sukulaisilta, naapureilta, ystäviltä tai tuttavilta	1	2
5. kotiavustajalta tai kodinhoitajalta	1	2
6. joltakulta muulta, keneltä_____		

24. Jos tarvitsette apua henkisissä vaikeuksissa, keneltä pyydätte ensisijaisesti apua	kyllä	ei
7. puolisolta	1	2
8. vanhemmilta	1	2
9. lapsilta tai heidän puolisoiltaan	1	2
10. sukulaisilta, naapureilta, ystäviltä tai tuttavilta	1	2
11. terveydenhuoltohenkilökunnalta	1	2
12. seurakunnan työntekijöiltä	1	2
13. palvelevasta puhelimesta	1	2
14. jostakin muualta, mistä?_____	1	2

25. Olen nykyiseen elämäntilanteeseeni

1. erittäin tyytyväinen
2. melko tyytyväinen
3. en tyytyväinen enkä tyytymätön
4. melko tyytymätön
5. erittäin tyytymätön

26. Jos ette ole ansiotyössä, onko työelämään osallistumisen esteenä

1. terveyteen tai toimintakykyyn liittyvät ongelmat
2. koulutukseen tai osaamiseen liittyvät ongelmat
3. työmahdollisuuksien puute
4. työmotivaation tai työhalujen väheneminen
5. työn ulkopuoliset seikat(perheessä, taloudellisessa tilanteessa yms.)

27. Oletteko harkinnut siirtyä täydelle eläkkeelle jo ennen normaalia vanhuuseläkeikää

1. en ole ajatellut
2. olen ajatellut joskus
3. olen ajatellut usein
4. olen jo jättänyt eläkehakemuksen

28. Oletteko harkinnut osa-aikaeläkkeelle siirtymistä

1. kyllä
2. ei

29. Oletteko koskaan olleet kuntoutuksessa

1. kyllä, millaisessa _____
2. ei

30. Koetteko tällä hetkellä tarvitsevanne kuntoutusta selviytyäksenne jokapäiväisestä elämästänne

1. kyllä, millaista_____
2. ei

Liite 5

Stressinhallintakysely

A Lapsuutta(alle 18-v.) koskevat taustatiedot

	kyllä=1	ei=2
1. Asuitteko perheessä, jossa oli molemmat vanhemmat/ kasvatusvanhemmat	1	2
2. Ottivatko vanhempanne tuona aikana avioeron tai tai muuttivatko he pysyvästi erilleen	1	2
3. Kuoliko äitinne ollessanne alle 18-vuotias	1	2
4. Kuoliko isänne ollessanne alle 18-vuotias	1	2
5. Jouduitteko erotetuksi koulusta kertaakaan	1	2
6. Jouduitteko kertaakaan poliisin pidättämäksi	1	2
7. Esiintyikö teillä alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttöä	1	2
8. Käytettiinkö teitä kohtaan fyysistä, seksuaalista tai henkistä väkivaltaa	1	2

	harvoin=0	joskus=1	usein=2
9. Miten usein saitte henkistä tukea vanhemmiltanne	0	1	2
10.Kuinka usein tapasitte lähisukulaisianne	0	1	2
11.Osallistuiko perheenne uskonnollisiin tilaisuuksiin	0	1	2
12.Riitelivätkö vanhempanne	0	1	2
13.Saitteko hyviä kouluarvosanoja	0	1	2
14.Harrastitteko urheilua kouluvuosina	0	1	2
15.Oliko teillä muita mielenkiintoisia harrastuksia	0	1	2
16.Seurustelitteko kouluvuosina	0	1	2
17.Oliko teillä laaja ystäväpiiri	0	1	2

B Äskettäiset elämänmuutokset

Onko teidän elämässänne tapahtunut seuraavia asioita **viimeisen vuoden aikana**

		kyllä=1	ei=2
I.	Terveydentilassa		
	1. Sairaus tai vamma, joka oli hyvin vakava	1	2
	2. Sairaus tai vamma, joka oli melko vakava	1	2
	3. Sairaus tai vamma, joka oli lievä	1	2
II.	Työssä		
	1. Uudenlaisen työn aloittaminen	1	2
	2. Muutos työskentelyolosuhteissa	1	2
	3. Muutos työn vastuullisuudessa	1	2
	4. Osallistuminen koulutukseen, joka auttoi työssä	1	2
	5. Ongelmia työpaikalla	1	2
	6. Suuria muutoksia työjärjestelyissä	1	2
	7. Työpaikan menetys	1	2
	8. Eläkkeelle jääminen	1	2

III.	Kotona ja perheessä	kyllä=1	ei=2
	1. Muutto toiseen asuntoon	1	2
	2. Suuria muutoksia elinolosuhteissa	1	2
	3. Muutoksia perheen kokoontumistavoissa	1	2
	4. Suuria muutoksia perheenjäsenen terveydessä tai käyttäytymisessä	1	2
	5. Avio-/avoliitto	1	2
	6. Raskaus	1	2
	7. Keskenmeno tai abortti	1	2
	8. Lapsen syntymä tai adoptio	1	2
	9. Puolison työhön meno tai työstä poisjääminen	1	2
	10.Muutos suhteessa puolisoon	1	2
	11.Ongelmia omien tai puolison sukulaisten kanssa	1	2
	12.Omien vanhempien ero	1	2
	13.Omien vanhempien uudelleen avioituminen	1	2
	14.Perheen vanhempien asuminen erillään työn tai välirikon vuoksi	1	2
	15.Lapsen muutto pois kotoa	1	2
	16.Sukulaisen muutto asumaan luoksenne	1	2
	17.Avioero omassa perheessä	1	2
	18.Lapsenlapsen syntymä	1	2
	19.Puolison kuolema	1	2
	20.Oman lapsen kuolema	1	2
	21.Oman vanhemman tai sisaruksen kuolema	1	2
IV.	Henkilökohtaisissa asioissa	kyllä=1	ei=2
	1. Muutoksia elämäntavoissa	1	2
	2. Opiskelun alkaminen tai loppuminen	1	2
	3. Opiskelupaikan vaihto tai valmistuminen	1	2
	4. Muutos poliittisissa mielipiteissä	1	2
	5. Muutos uskonnollisessa ajattelussa	1	2
	6. Muutos seuraelämään osallistumisessa	1	2
	7. Pitkä loma	1	2
	8. Uusi läheinen ihmissuhde	1	2
	9. Kihlautuminen	1	2
	10.Ihmissuhdevaikeuksia	1	2
	11.Seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia	1	2
	12.Joutuminen onnettomuuteen	1	2
	13.Sakkorangaistus	1	2
	14.Putkaan tai vankilaan joutuminen	1	2
	15.Suuri tulevaisuuteen vaikuttava päätös	1	2
	16.Suuri henkilökohtainen saavutus	1	2
	17.Läheisen ystävän kuolema	1	2
V.	Talouteen liittyvissä asioissa	kyllä=1	ei=2
	1. Suuri tulotason lasku	1	2
	2. Suuri tulotason nousu	1	2
	3. Omaisuuteen kohdistunut menetys/vahingonteko	1	2
	4. Suuren lainan ottaminen (yli 100 000€)	1	2

5. Pienen lainan ottaminen (alle 100 000€)	1	2
6. Ylivelkaantuminen	1	2

C Fyysiset oireet

Onko teillä ollut **viimeisen vuoden aikana** jotain seuraavista oireista

I. Hengitysteihin liittyviä	kyllä=1	ei=2
1. Oletteko kärsineet tukkoisesta nenästä	1	2
2. Onko kurkkunne ollut kipeä tai tulehtunut	1	2
3. Onko teillä ollut astmaoireita tai allergista nuhaa	1	2

II. Ruuansulatuskanavaan liittyviä	kyllä=1	ei=2
1. Onko teillä usein vatsavaivoja	1	2
2. Kärsittekö toistuvasta ripulista tai ummetuksesta	1	2
3. Onko teillä vaivaa peräpukamista	1	2

III. Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä	kyllä=1	ei=2
1. Onko verenpaineenne ollut koholla	1	2
2. Onko teillä esiintynyt rytmihäiriöitä	1	2
3. Oletteko tuntenut sydänperäistä rintakipua	1	2

IV. Yleistä terveyttä koskevia asioita	kyllä=1	ei=2
1. Oletteko yli- tai alipainoinen	1	2
2. Onko teillä ollut terveydellisiä ongelmia	1	2
3. Oletteko tuntenut itsenne uupuneeksi	1	2

V. Tuki- ja liikuntaelimistöä koskevia asioita	kyllä=1	ei=2
1. Oletteko tunteneet jäykkyyttä tai kipua lihaksissa	1	2
2. Oletteko kärsinyt selkäkivuista	1	2
3. Onko teillä ollut lihasjännityspäänsärkyä	1	2

VI Neurologisia sairauksia koskevaa	kyllä=1	ei=2
1. Onko teillä ollut migreeniä	1	2
2. Onko teillä esiintynyt puutumista tai pistelyä	1	2
3. Oletteko kärsinyt huimauksesta	1	2

VII. Sukupuolielimiin tai virtsateihin liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Onko teillä ollut munuaisten tai virtsarakon toimintaan liittyviä häiriöitä	1	2
2. Naisille: onko ollut kuukautisiin liittyviä ongelmia	1	2
3. Miehille: onko ollut eturauhasvaivoja	1	2

VIII. Ihotauteihin liittyviä	kyllä=1	ei=2
1. Kutiaako ihonne usein	1	2
2. Onko teillä ollut allergista ihottumaa	1	2
3. Onko teillä esiintynyt muunlaista ihottumaa	1	2

D Psyykkisiä oireita

Onko teillä ollut **viimeisen vuoden aikana** jotain seuraavista asioista

I.Ahdistuneisuutta koskevia	kyllä=1	ei=2
1.Oletteko tuntenut itsenne ahdistuneeksi	1	2
2.Ovatko vastoinkäymiset käyneet hermoillenne	1	2
3.Kärsittekö koskaan äkillisistä pelkotiloista	1	2
4.Onko mielessänne paljon ikäviä ja huolestuttavia ajatuksia	1	2
5.Oletteko menettänyt malttinne tavallista herkemmin	1	2
6.Onko teillä ollut univaikeuksia	1	2

II.Masentuneisuuteen liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Oletteko tunteneet itsenne surulliseksi ja yksinäiseksi	1	2
2.Oletteko tunteneet itsenne onnettomaksi ja ilottomaksi	1	2
3.Onko painonne muuttunut huomattavasti	1	2
4.Onko seksuaalinen mielenkiintonne vähentynyt	1	2
5.Näyttääkö elämänne täysin toivottomalta	1	2
6.Oletteko koskaan toivonut olevanne kuollut	1	2

E Käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyviä

I.Työelämään liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Teettekö paljon ylitöitä	1	2
2.Pystyttekö keskittymään työtehtäviinne kunnolla	1	2
3.Kykenettekö jakamaan työtehtäviänne muille	1	2
4.Onko teidän vaikea hyväksyä epätäydellisyyttä työssänne	1	2

II.Nopeuteen liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Käveletteköö, puhutteko ja ajatteko nopeasti	1	2
2.Onko teillä usein kiire	1	2
3.Otatteko toistuvasti riskejä	1	2
4.Tuletteko helposti vihaiseksi, jos liikenne etenee hitaasti	1	2

III.Minäkuvaan liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Oletteko harvoin onnellinen ja tyytyväinen	1	2
2.Tunnetko että olette menettänyt otteenne elämästä	1	2
3.Oletteko hyvin kilpailunhaluinen ihminen	1	2
4.Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi	1	2

IV.Itsetuntoon liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Kykenettekö vain harvoin puolustamaan itseänne	1	2
2.Kykenettekö vain harvoin sanomaan, mitä haluatte	1	2
3.Käyttävätkö toiset teitä hyödykseen	1	2
4.Kerrotteko kenellekään, jos teitä on pilkattu	1	2

V.Tunteita koskevia	kyllä=1	ei=2
1.Jos olette vihainen, pidättekö sen tavallisesti sisällänne	1	2
2.Jos olette onneton, kerrotteko sen vain harvoin muille	1	2
3.Jos ilmaisette vihan tunteita, koetteko siitä syyllisyyttä myöhemmin	1	2
4.Oletteko vain harvoin vihainen	1	2

VI.Vuorovaikutukseen liittyviä	kyllä=1	ei=2
1.Yritättekö yleensä välttää ristiriitoja muiden kanssa	1	2
2.Onko teidän vaikea pyytää muilta apua käytännön askareissa	1	2
3.Siirrättekö vaikeiden päätösten tekoa	1	2
4.Sorrutteko väittelemään vain ani harvoin	1	2

F Terveystottumuksiin liittyviä kysymyksiä	**kyllä=1**	**ei=2**
1. Tupakoitteko	1	2
2. Käytättekö alkoholia yli 7 ravintola-annosta/ viikko (määritelmä AUDIT-kyselysssä)	1	2
3. Käytättekö muita päihteitä	1	2
4. Oletteko huolissanne lääkkeiden käytöstänne	1	2
5. Kiinnitättekö erityistä huomiota siihen, mitä ja paljonko syötte	1	2
6. Syöttekö aterianne miellyttävässä ympäristössä	1	2
7. Syöttekö aterianne hitaasti ja rauhallisesti	1	2
8. Onko teillä säännöllisiä liikuntaharrastuksia	1	2
9. Onko liikuntanne kohtalaisesti kuormittavaa ja säännöllistä	1	2
10.Onko liikuntanne voimakkaasti kuormittavaa ja säännöllistä	1	2
11.Tunnetteko hallitsevanne elämänne rytmiä	1	2
12.Tunnetteko että teillä on riittävästi voimavaroja	1	2
13.Nukutteko riittävästi	1	2

G **Sosiaalista tukea koskevia väittämiä**	harvoin=0	joskus=1	usein=2
1. Kun minulla on huolia, pidän ne omana tietonani	0	1	2
2. Minulla on useita läheisiä ihmisiä, joiden kanssa voin viettää aikaani	0	1	2
3. Tunnen olevani ystäväpiirini ulkopuolella	0	1	2
4. Minulla on ystäviä, jotka tukevat aina minua	0	1	2
5. Minulla ei ole ketään, jolle kertoa huoliani	0	1	2
6. Olen aika yksinäinen	0	1	2
7. Osallistun useaan harrasteryhmään	0	1	2
8. Minut pyydetään usein mukaan tekemään			

mielenkiintoisia asioita	0	1	2

H Reagointi stressiin	harvoin=0	joskus=1	usein=2
1. Syytän itseäni ongelmistani	0	1	2
2. Kiinnitän huomiota elämän myönteisiin puoliin	0	1	2
3. Toivon että stressaava tilanne menee ohitse itsestään	0	1	2
4. Yritän unohtaa stressiä aiheuttaneen asian	0	1	2
5. Teen suunnitelman selvitäkseni stressaavista tilanteista	0	1	2
6. Yritän kasvaa ja muuttua ihmisenä myönteisellä tavalla	0	1	2
7. Moitin itseäni tekemistäni asioista	0	1	2
8. Pyyhin ongelman pois mielestäni	0	1	2
9. Pyydän neuvoa joltakulta, jota arvostan	0	1	2
10.Toivon että voisin muuttaa tunteitani haluamallani tavalla	0	1	2

I Tyydytystä tuottaneita asioita viime aikoina	harvoin=0	joskus=1	usein=2
1. Olen ollut tyytyväinen terveydentilaani	0	1	2
2. Olen ollut tyytymätön työtilanteeseeni	0	1	2
3. Olen ollut onnellinen työpaikkani säilymisestä	0	1	2
4. Olen ollut tyytymätön esimieheeni/esimiehiini	0	1	2
5. Olen ollut tyytyväinen läheisiin ihmissuhteisiini	0	1	2
6. Minulla on ollut perhehuolia	0	1	2
7. Olen tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseeni	0	1	2
8. Olen ollut tyytymätön nykyisiin asuinoloihini ja naapurustooni	0	1	2

J Elämän tarkoitusta koskevia väittämiä	harvoin=0	joskus=1	usein=2
1. Tunnen että elämäni on osa suurempaa suunnitelmaa	0	1	2
2. Tunnen että elämälläni ei ole suuntaa eikä tarkoitusta	0	1	2
3. Monet asiat elämässäni tuottavat minulle iloa	0	1	2
4. Kykenen antamaan anteeksi itselleni ja muille	0	1	2
5. Tunnen että elämälläni ei ole merkitystä	0	1	2
6. Arvoni ja uskomukseni ohjaavat päivittäistä elämääni	0	1	2
7. Tunnen eläväni sopusoinnussa ympärilläni olevien ihmisten kanssa	0	1	2
8. Olen tyytyväinen omaan osaani elämässä	0	1	2

Liite 6

Itsetuntokysely _____

Mikä seuraavista vaihtoehdoista (1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin eri mieltä) kuvaa parhaiten tämänhetkistä käsitystänne:

1. Mielestäni olen ihmisenä ainakin yhtä arvokas kuin muutkin.	1	2	3	4
2. Mielestäni minulla on koko joukko hyviä ominaisuuksia.	1	2	3	4
3. Pystyn hoitamaan asioita yhtä hyvin kuin muutkin ihmiset.	1	2	3	4
4. Minulla on myönteinen asenne itseeni.	1	2	3	4
5. Suurin piirtein olen tyytyväinen itseeni.	1	2	3	4
6. Kaiken kaikkiaan olen taipuvainen pitämään itseäni epäonnistuneena.	1	2	3	4
7. Mielestäni minulla ei ole paljoakaan syytä olla ylpeä itsestäni.	1	2	3	4
8. Toivon, että voisin arvostaa itseäni enemmän.	1	2	3	4
9. Tunnen itseni joskus todella hyödyttömäksi.	1	2	3	4
10. Joskus ajattelen, etten kelpaa kenellekään.	1	2	3	4

Liite 7

_____

Elämänhallintakysely

Mikä seuraavista vaihtoehdoista (1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin eri mieltä) kuvaa parhaiten tämänhetkistä käsitystänne:

1. Murehdin usein raha-asioitani.	1	2	3	4
2. Minulla on usein tunne, että olen oudossa tilanteessa.	1	2	3	4
3. Tunteeni ja ajatukseni ovat usein sekaisin.	1	2	3	4
4. Tietyissä tilanteissa koen usein olevani muiden ihmisten tiellä.	1	2	3	4
5. Päivittäisten tehtävien hoito on usein tuskallista ja ikävää.	1	2	3	4
6. Minulla on usein sellainen tunne etten välitä, mitä ympärilläni tapahtuu.	1	2	3	4
7. Kun jotain on tapahtunut, olen usein jälkikäteen todennut, että olin yli- tai aliarvioinut asian merkityksen.	1	2	3	4
8. Päivittäisten tehtävien hoito on suuren mielihyvän ja tyydytyksen lähde.	1	2	3	4
9. Olen usein pettynyt ihmisiin, joihin luotin.	1	2	3	4
10. Olen usein yllättynyt sellaisten ihmisten käytöksestä, jotka olen uskonut tuntevani hyvin.	1	2	3	4
11. Minulla on usein tunne, että minua kohdellaan epäoikeuden-mukaisesti.	1	2	3	4

12. Kun jotain on tapahtunut, olen usein jälkikäteen todennut, että olin nähnyt asian oikeassa mittakaavassa.	1	2	3	4
13. Usein minusta tuntuu, etten voi olla varma, pystynkö pitämään asiat hallinnassani.	1	2	3	4
14. Tunteeni ovat ristiriidassa keskenään.	1	2	3	4
15. Elämäni tuntuu olevan vailla tarkoitusta ja päämäärää.	1	2	3	4
16. Olen usein tietoinen huonosta itsekontrollistani.	1	2	3	4
17. Tähänastisen elämäni tarkoitus ja päämäärät ovat olleet täysin selvät.	1	2	3	4
18. Minulla on usein sellainen tunne, että päivittäiset tekemiseni ovat jokseenkin merkityksettömiä.	1	2	3	4

Liite 8

BDI- mielialakysely _____

Ohje: Ala on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Lukekaa kaikki yhden lauseryhmän väittämät(0-3) ja valitkaa niistä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnette itsenne tällä hetkellä. Rengastakaa kustakin lauseryhmästä vain yksi väittämä.

1. 0 En ole surullinen.
   1 Olen surullinen.
   2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
   3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
   1 Tulevaisuus pelottaa minua.
   2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
   3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton, enkä usko asioiden tästä paranevan.

3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
   1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
   2 Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
   3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.

4. 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
   1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
   2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
   3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.

5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
   1 Minulla on usein syyllinen olo.
   2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
   3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.

6. 0 En koe, että minua rangaistaan.
   1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
   2 Odotan, että minua rangaistaan.
   3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7. 0 En ole pettynyt itseeni.
   1 Olen pettynyt itseeni.
   2 Inhoan itseäni.
   3 Vihaan itseäni.

8. 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
   1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
   2 Moitin itseäni virheistä.
   3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.

9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
   1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
   2 Haluaisin tappaa itseni.
   3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

10. 0 En itke tavallista enempää.
   1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
   2 Itken nykyisin aina.
   3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty vaikka haluaisinkin.

11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin yleensäkään.
   1 Ärsyynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
   2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
   3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.

12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
   1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
   2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.
   3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.

13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennekin.
   1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.
   2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
   3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.

14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
   1 Pelkään että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
   2 Ulkonäössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
   3 Uskon olevani ruma.

15. 0 Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
   1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
   2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
   3 En kykene lainkaan tekemään työtä.

16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
   1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
   2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
   3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen enkä pääse udelleen uneen.

17. 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
   1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
   2 Väsyn lähes tyhjästä.
   3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään.

18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
   1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
   2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
   3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.

19. 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
    1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
    2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
    3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

    Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
    Kyllä ☐ Ei ☐

20. 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
    1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: säryistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
    2 Olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
    3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista etten pysty ajattelemaan mitään muuta.

21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
    1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
    2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen.
    3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Liite 9

AUDIT-KYSELY _____

Rengastakaa oikea vaihtoehto(a,b,c,d,e)

1. Kuinka usein käytätte alkoholia?
   a) En koskaan
   b) Kuukausittain tai harvemmin
   c) Kahdesta kolmeen kertaan viikossa
   d) Neljästi viikossa tai useammin

2. Kun käytätte alkoholia, montako annosta tavallisimmin otatte päivässä?
   a) 1-2
   b) 3-4 — 1 annos= 1 pullo(33cl) keskiolutta tai siideriä tai
   c) 5-6 — 1 lasi (12 cl) puna- tai valkoviiniä tai
   d) 7-9 — 1 pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai
   e) 10 tai enemmän — 1 ravintola-annos(4cl) väkeviä

3. Kuinka usein juotte kerrallaan vähintään kuusi annosta?
   a) En koskaan
   b) Harvemmin kuin kuukausittain
   c) Kuukausittain
   d) Viikoittain
   e) Lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana ette ole aloitettuanne pystynyt lopettamaan juomista?
   a) Pystyn aina lopettamaan
   b) Harvemmin kuin kuukausittain
   c) Kuukausittain
   d) Viikoittain
   e) Lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana ette ole juomisenne takia pystynyt tekemään mitä olitte aikonut?
   a) Juomiseni ei koskaan estä suunnitelmiani
   b) Harvemmin kuin kuukausittain
   c) Kuukausittain
   d) Viikoittain
   e) Lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olette tarvinnut krapularyyppyjä?
   a) En koskaan
   b) Harvemmin kuin kuukausittain
   c) Kuukausittain
   d) Viikoittain
   e) Lähes joka päivä

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olette tunteneet syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
    a) En koskaan
    b) Harvemmin kuin kuukausittain
    c) Kuukausittain
    d) Viikoittain
    e) Lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana ette juomisenne takia ole muistanut edellisen illan tapahtumia?
    a) Muistan aina, mitä tapahtui
    b) Harvemmin kuin kuukausittain
    c) Kuukausittain
    d) Viikoittain
    e) Lähes päivittäin

9. Oletteko juomisellanne aiheuttanut tapaturmia itsellenne tai seuralaisellenne?
    a) En
    b) Kyllä, mutten vuoden sisällä
    c) Kyllä, vuoden sisällä

10. Onko sukulaisenne, ystävänne, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestanne tai ehdottanut että vähentäisitte tai lopettaisitte juomisenne?
    a) Ei
    b) Kyllä, muttei vuoden sisällä
    c) Kyllä, vuoden sisällä

Liite 10

Loppuarvio kyselylomakkeista _____

Oliko tämän kyselylomakkeiston kysymyksiin vaikea vastata

1. kyllä
2. ei

Kommentteja:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Aikaa tämän kyselylomakkeiston täyttämiseen kului arviolta

A. alle 20 minuuttia
B. 20-40 minuuttia
C. 40-60 minuuttia
D. yli 1 tunti

Kiitos vaivannäöstänne!

Liitteet 11 ja 12 poistettu tästä tutkimuksesta

Liite 13

Haastattelurunko teemahaastatteluun:

Sukupuu:
-kerro ketä sukuusi kuuluu alkaen itsestäsi. Etene sitten vanhempiisi, sisaruksiisi, isovanhempiisi, vanhempiesi sisaruksiin ja heidän lapsiinsa, isovanhempiesi sisaruksiin, mahdollisesti heidän vanhempiinsa tai omiin lapsiisi ja lastenlapsiisi. Tarkoitus on piirtää kertomuksen aikana sukupuu neljästä nuorimmasta sukusi sukupolvesta. Jos mahdollista, ilmoita sisarusten etu- tai peitenimet ikäjärjestyksessä. Jos muistat puheenaolevan iän tai syntymä ja kuolinvuodet ja asuinpaikkakunnan, se on hyvä, mutta ei välttämätöntä.
Rungon piirtämisen jälkeen voit luonnehtia sukusi jäsenien merkitystä itsesi kannalta, mitä heistä on erityisesti jäänyt mieleen ja mitä merkitystä heillä on itsellesi elämässäsi ollut. Onko joku ihmissuhde ollut erityisen tärkeä ja miksi, onko joku ollut vaikea, miksi? Kenen kanssa olet tekemisissä, kenen kanssa et, miksi? Kerro vanhempien, puolison, lasten, lastenlasten merkityksestä omassa elämässä ennen ja nyt.

Elämänkaarianalyysi:
Kerro elämäsi kulusta syntymästäsi tähän päivään saakka merkittävimmistä elämäntapahtumista sellaisena kuin ne muistat tai sinulle on kerrottu. Kertoessasi ilmoita, minkä ikäinen olit kun kyseinen asia tapahtui tai oli.
Teema-alueet: lapsuuden perhe, nykyperhe, kouluvuodet ja opiskelu, työura, harrastukset, ystävät, talous, muutot, sairaudet, arvot, asenteet, yhteiskunnalliset tapahtumat, joilla merkitystä, tulevaisuudennäkymät eteenpäin, mitä toiveita, odotuksia, pelkoja?
Piirrän kertomuksesi aikana paperille muistiin merkittävimmät kertomasi asiat eräänlaiseen taulukkoon, jossa on aikajana alhaalla ja teema-alueet Y-akselilla. Lopputuloksena syntyy eräänlainen kartta elämäsi käännekohdista ja merkittävimmistä tapahtumista. Lopuksi voidaan vielä pohtia niiden merkitystä elämässäsi ja luoda tulevaisuudennäkymiä eteenpäin.

Liite 14

Sisäänottokriteerit haastattelututkimukseen

Satunnaisotoksen perusteella valittavat:
-peruskriteerit:

- jyväskyläläinen
- 30-64-vuotias nainen tai mies
- suomenkielinen
- ei sairaalahoitoja masennuksen vuoksi
- AUDIT-pisteet 21 tai vähemmän
- ei huumeiden käyttöä

-lisäksi:

-korkean riskin ryhmään valitaan vastanneista 10 matalimmat(vaihteluväli –15-+15) C-S pistemäärän saaneet edellä mainitut kriteerit täyttävää

- matalan riskin ryhmään valitaan vastanneista 10 korkeimmat C-S pistemäärän saaneet edellä mainitut kriteerit täyttävää

Masentuneiden ryhmään valittavat:

- peruskriteerit, kuten yllä paitsi
- edellytetään elävän parisuhteessa
- työdiagnoosina hoitoyksikössä(mielenterveystoimisto tai terveyskeskus) F32.0, F32.1 tai F32.2

Liite 15

MADRS

1. Alentunut mieliala

0 Neutraali mieliala.

2 Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.

4 Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.

6 Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.

2. Alakuloisuus

0 Neutraali mielentila. Voi tuntea sikä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.

2 Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.

4 Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.

6 Jatkuva, erittäin syvä masennus.

3. Ahdistuksen tunteet

0 Enimmäkseen rauhallinen.

2 Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.

4 Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.

6 Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhuntunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota potilas ei yksin pysty hallitsemaan.

4. Vähentynyt yöuni

0 Nukkuu tavalliseen tapaan.

2 Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.

4 Lyhentynyt nukkuma-aika(vähintään 2 tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.

6 Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi-kolme tuntia kaiken kaikkiaan.

5. Vähentynyt ruokahalu

0 Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.

2 Huono ruokahalu.

4 Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.

6 Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.

6. Keskittymisvaikeudet

0 Ei keskittymisvaikeuksia

2 Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.

4 Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.

6 Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.

7. Aloitekyvyttömyys

0 Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi.

2 Lieviä alkuvaikeuksia.

4 Vaikeuksia ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.

6 Kyvytön ryhtymään yksinkertaisiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.

8. Vähentynyt kyky kokea tunne-elämyksiä

0 Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.

2 Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyyntyä.

4 Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat samantekeviä.

6 Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskallinen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan.

9. Depressiivinen ajatusten sisältö

0 Ei pessimistisiä ajatuksia

2 Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuudentunteita silloin tällöin.

4 Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.

6 Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.

10. Elämään kyllästyneisyys ja itsemurha-ajatuksia

0 Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.

2 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.

4 Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa olevan ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.

6 Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja.

Liite 16

Arvoisa Elämänhallintatutkimukseen valittu!

Vuosi on vierähtänyt keskimäärin siitä, kun tapasimme haastattelun merkeissä! Sen jälkeen pyysin keräämään sylkinäytteitä elimistön stressihormonitasojen mittaamista varten. Nyt vihdoin olen saanut tulokset käyttööni. Lisäksi lupailin lähettää ne kyselylomakkeet vielä kerran täytettäväksenne. Tarkoitus on vielä kerran sen jälkeen puhelimessa vielä kerran kysellä kuluneen vuoden aikaisia kuulumisia ja kertoa kullekin hormonimittausten alustavia tulkintoja, joihin todellakin vaikuttaa hyvin monet eri tekijät ja tuloksiin täytyy suhtautua hyvin suurella varauksella toistaiseksi.

Osalle haastatelluista tulee vielä lisäksi erillinen pyyntölomake kyselylomakkeiden mukana, jonka pyydän niitä täyttämään, joiden kirjeessä se on mukana. Teen pyynnön kaiken varalta, jos vielä vuosien kuluttua innostun jatkamaan tämän alan tutkimusta ja kirjoittamaan niistä tuloksista vielä erillisen artikkelin.

Tulen lähiaikoina soittamaan teille kaikille sopiakseni rauhallisen soittoajan kuulumisten kyselyä, puuttuvien tietojen täydennystä ja alustavien tulosten kertomista varten. Laitan kyselylomakkeiden mukana yhteystietojen tarkistusosan, johon voitte merkitä yhteystiedoissanne vuoden aikana tapahtuneet muutokset lähinnä puhelinnumeroiden osalta, jotta saan teihin yhteyden. Puheluun kuluneen aikaa 10-20 minuuttia asioiden määrästä riippuen, joskus ehkä pidempäänkin.

Sen jälkeen kuitenkin urakka on suurimmalta osalta ohi ja on KIITOKSIEN AIKA!

SITTEN kun saan tutkimukseni siihen malliin että voin sen tuloksista yleisölle kertoa, tulen ilmoittamaan tilaisuudesta julkisesti ja olette kaikki tervetulleita kuulemaan, mitä olemme yhdessä kanssanne saaneet aikaan työmme kehittämiseksi ja ihmisten elämänhallintamahdollisuuksien parantamiseksi. Siihen kulunee vielä jokunen vuosi, mutta älkää unohtako asiaa!

Anneli Kuusinen,

tutkijalääkäri

Jyväskylän kaupungin terveyskeskus

Liite 17

Runko puhelinhaastatteluun vuoden kuluttua tutkimuksen alusta

-haastattelu tehdään kaikille tutkimukseen mukaan valituille vuosina 2006-2007

-ennen haastattelun alkua on täydennetään tarvittaessa puuttuvat kohdat puhelua edeltäneestä kyselylomakkeesta

Kerro viimeisen vuoden tapahtumista, niiden merkityksestä: miten olet selvinnyt elämästäsi, mahdollisista stressitekijöistä siinä, miten olet selviytynyt sairautesi kanssa, miten hoito ja kuntoutuminen, työssäolo tai työhön paluu ovat sujuneet, miten puolisosi on suhtautunut masennukseen. Jokaiselle esitetään spesifejä kysymyksiä omaan vuoden takaiseen tilanteeseen liittyen aiempien haastatteluvastausten perusteella, mikä jäi kesken tai mietityttämään, mikä oli erityisen haasteellista, mistä voimavaroja löytyi, millaiselta tulevaisuus näytti jne.

Liite 18

koodi_____

Suostumus jatkotutkimukseen

Olen osallistunut Elämänhallintatutkimuksen tiedonkeruujaksoon vuosina 2005-2007. Osalle osallistujista tullaan tekemään mahdollisesti muutaman vuoden kuluttua jatkoselvitys elämänkulusta näiden vuosien aikana ottamalla heihin henkilökohtaisesti yhteyttä ja käyttäen osittain samoja kyselylomakkeita kuin ensimmäisillä tiedonkeruujaksoilla.

Annan luvan säilyttää yhteystietojani tietosuojasäännösten edellyttämällä tavalla ulkopuolisilta salassa kyseiseen jatkotutkimusajankohtaan saakka ja annan luvan tutkija Anneli Kuusiselle ottaa minuun yhteyttä jatkotutkimusta koskevissa asioissa tuolloin aiemmin tutkimuksen yhteydessä ilmoittamiani yhteystietoja käyttäen.

Jyväskylässä_____

Tutkimukseen osallistujan nimi_____

Nimen selvennys_____

Liite 19

Laadullisen aineiston jäsennys haastatteluvaiheessa

Elämänkaarianalyysi:

1. Perhe ja suku: nykyisen perheen muodostuminen, perhe-elämän käännnekohdat,
2. Työ ja koulutus: koulu ja opiskeluaika, nykyinen työ, aiemmat työt, työelämän muutokset, työn merkitys elämässä, uhkakuvat, työssä jaksaminen, eläkkeelle jäänti,
3. Muut: harrastukset, arvot, aatteet, taloudellinen tilanne, muutot, lainkuuliaisuus, tulevaisuuden näkymät, terveydentila, historiallinen aika, ystävät, luonto

Sukupuut:

1. Suvun rakenne:

lapsuuden perhe

nykyinen perhe

isovanhemmat

sedät, tädit, enot

serkut

muut sukulaiset

2. Suvun jäsenten merkitykset:

vanhempien/kasvatusvanhempien/isä- tai äitipuolten

sisarusten

puolison

lasten

isovanhempien

setien, enojen ,tätien

serkkujen

muiden sukulaisten +/- -merkitys ennen ja nyt

Laadullisen aineiston jäsennys analyysivaiheessa

Lapsuudenperhe ja suku: perheen muodostuminen, kehitys, suhteet sukuun, puolisoiden keskinäinen suhde, sisarussuhteet, kasvatusperiaatteet, tuki lapsena/aikuisena, vanhempien hoiva, perintöasiat

Nykyinen perhe ja suku: perheen määrittely, muodostuminen, käännekohdat, perheen/puolison/ lasten/lastenlasten merkitys ennen ja nyt, suvun merkitys aikuisiällä, puolison suku

Koulutus ja opiskelu: koulutushistoria, koulutuksen ja työn suhde

Työelämässä pärjääminen: työhistoria, esimiessuhteet, työtoverit, työn merkitys elämässä ennen ja nyt, työstä poissaolot, eläkkeelle jääminen, työelämän muutokset, työttömyys

Terveydentila: fyysinen ja psyykkinen terveys ennen ja nyt, hoito ja hoidon tulos, hoidon saatavuus, terveydentilan vaikutukset elämässä ja työssä selviytymisessä, perheen ja suvun ja työn vaikutus sairauteen/terveyteen, ikääntyminen

Muut jaksamista edesauttaneet tai haitanneet tekijät: harrastukset, luonto, aatteet, arvot, talous, muutot, lainkuuliaisuus, historiallinen aika, ystävät, henkinen kasvu, alkoholi, muutot, sos.verkostot, yksinäisyys

Liite 20

Runko Elämänhallintatutkimuksen 5- vuotisseurannan puhelinhaastatteluun v. 2010:

-kohteena samat Stressiryhmäläiset(11 kpl) kuin edellisillä haastattelukerroilla v. 2005-2006 ja 2007-2008

Kerro elämäsi kulkusta pääpiirteittäin viime haastattelun jälkeen(2007-2008) itsesi, perheesi, sukusi, läheistesi ja työsi osalta.

Ovatko aiemmin kokemasi stressitekijät muuttuneet ja mihin suuntaan? Millaisia keinoja olet käyttänyt selvitäksesi niistä? Oletko oppinut uusia keinoja hallita elämäsi stressitekijöitä? Onko suhtautumistapasi niihin muuttunut viime vuosina? Onko ympäröivissä olosuhteissa tapahtunut muutoksia, joilla on voinut olla vaikutusta asiaan? Onko työssä selviytymisesi muuttunut viime vuosina? Minkä vuoksi? Koetko tällä hetkellä elämänhallintakykysi ja -mahdollisuutesi riittäväksi nykyisissä elämänolosuhteissa elämiseen? Mitä muutoksia toivoisit? Oletko hakenut apua selviytymiseesi joltakin tai jostakin viime vuosien aikana? Oletko saanut apua, millaista?

Mitä haluat sanoa palautteena osallistumisestasi tähän tutkimukseen?

Liite 21

Arvoisat Elämänhallintatutkimukseen 2005-2007 valitut!

On kulunut viisi vuotta siitä kun otin teistä ensimmäisiin yhteyttä Elämänhallintatutkimuksen merkeissä. Sen jälkeen tapasimme ja täytitte kyselylomakkeita. Soitin vielä kaikille v. 2007-2008 toisen kyselylomakekierroksen jälkeen. Pyysin luvan ottaa osaan teistä yhteyttä mahdollisesti myöhemmin kysyäkseni puhelimitse nykyisestä elämäntilanteestanne ja täyttämään vielä kerran kyselylomakkeet uudelleen.

Nyt se aika on koittanut! Lähetänkin jo nyt samalla kyseiset kyselylomakkeet täytettäviksi ja pyydän palauttamaan ne oheisessa palautuskuoressa 31.10.2010 mennessä allekirjoittaneelle. Otan sen jälkeen teihin puhelimitse yhteyttä ja sovin tarkemman puhelinhaastatteluajankohdan. Haastattelussa on tarkoitus luodata viimeisen 4-5 vuoden tapahtumia ja niiden merkitystä elämässänne samaan tapaan kuin aiemmilla haastattelukerroilla. Kerron myös palautetta kyselylomakevastauksista puhelinsoiton yhteydessä. Puhelun arvioitu kestoaika on 20-30 minuuttia. Mikäli ette halua jatkaa tutkimukseen osallistumista, voitte ilmoittaa siitä puhelimitse alla olevaan numeroon esim. tekstiviestillä. Toivon kuitenkin teidän harkitsevan mahdollisuutta olla mukana vielä tässä tutkimuksen viimeisessä osiossa.

Jo etukäteen tutkimusyhteistyöstä kiittäen,

Anneli Kuusinen, tutkijalääkäri,

Jyväskylän kaupunki, Keski- Suomen sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon yksikkö, Akateeminen terveyskeskus, Helsingin yliopisto