

”Olen loppuun kulunut ihmisraunio”
Tutkimus mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvoinnista

Olli-Pekka Rimpiläinen, Y2201185
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Lapin Yliopisto
2025

Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: ”Olen loppuun kulunut ihmisraunio”: Tutkimus mielenterveys- ja päihdeomais-
ten hyvinvoinnista

Tekijä: Olli-Pekka Rimpiläinen

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä, liitteiden lukumäärä: 64, 1 liite

Vuosi: Kevät 2025

Tiivistelmä:

Läheisen henkilön mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri vaikutus omaisen hyvinvointiin. Mielenterveys- tai päihdeomaisille ovat yleisiä puutteet omassa terveydessä, turvallisuudessa ja jaksamisessa. Pro gradu -tutkielmani tarkasteli mielenterveys- tai päihdeomais-
ten hyvinvointia Erik Allardtin hahmotteleman hyvinvoinnin ulottuvuuksien näkökulmasta. Tutkielmani aineisto muodostui 27:stä omaisen kirjoittamasta tarinasta kokemuksistaan mielenterveys- tai päihdeomaisena. Kirjoituksissa omaiset kertoivat sairauksien vaikutuksista omaan elämään ja läheissuhteen rajaamiseen liittyvistä kokemuksista ja ajatuksista. Tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten omaiset kertovat sairauksien vaikutuksista omaan hyvinvointiin. Tutkielmassa aineiston analyysimenetelmänä on käytetty teorialähtöistä sisälönanalyysia.

Tutkimusaineiston perusteella sairaudet vaikuttavat monin tavoin negatiivisesti omaisten hyvinvointiin. Omaiset perustelivat läheisen sairaudella tai riippuvuudella omia terveyshaasteita, turvattomuuden ja pelon tunteita, tyytymättömyyttä ja haasteita ihmissuhteissa ja heikkoa itsetuntoa. Aineiston perusteella hyvinvointivaikutukset olivat moninaisia ja vahvoja. Hyvinvointivaikutukset ovat voimakkaimpia, kun sairastunut henkilö on oma vanhempi. Läheissuhteen rajaamisella omaiset kuvaavat olevan pääasiassa positiivisia hyvinvointivaikutuksia huolimatta rajaamisen toteuttamiseen liittyvistä vaikeista tunteista.

Tutkielmani tulokset vahvistavat mielenterveys- ja päihdeongelmien negatiivisia vaikutuksia myös muiden kuin sairaan omaan elämään ja hyvinvointiin. Mielenterveys- ja päihdeomaiset tarvitsevat turvaa, omaa aikaa ja kokemuksen siitä, että muut välittävät ja huomaavat heidän tilanteensa. Sairauden varjossa eläminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti omaisen hyvinvointiin. Puuttumattomuus tilanteeseen tekee ongelmista usein pitkäkestoisia ja ylisukupolvisia.

Avainsanat: mielenterveysongelmat, päihdeongelmat, hyvinvointi, omaiset

X Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän omia henkilötietoja.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOMAISET.....	4
2.1 Mielenterveysomaisia koskeva tutkimus.....	5
2.2 Päihdeomaisia koskeva tutkimus.....	7
2.3 Vaikutukset omaisiin aiemman tutkimuksen mukaan.....	9
3 HYVINVOINTITEORIAM.....	14
3.1 Teorioiden ja tutkimuksen kehitys ja nykytila.....	14
3.2 Erik Allardt'n hyvinvointiteoria.....	18
3.3 Elintaso.....	20
3.4 Yhteisyyssuhteet.....	21
3.5 Itsensä toteuttaminen.....	22
3.6 Hyvinvoinnin subjektiivinen ja objektiivinen tarkastelu.....	23
4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	25
4.1 Tutkimustehtävä.....	25
4.2 Aineisto.....	25
4.3 Teorialähtöinen analyysi ja toteutus.....	26
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus.....	30
5 TULOKSET.....	35
5.1 Vaikutukset elintason ulottuvuuteen.....	35
5.2 Vaikutukset yhteisyyssuhteiden ulottuvuuteen.....	39
5.3 Vaikutukset itsensä toteuttamisen ulottuvuuteen.....	43
5.4 Muut hyvinvointivaikutukset.....	49
5.5 Läheissuhteen rajaamisen vaikutukset omaisen hyvinvointiin.....	51
6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	55
LÄHTEET.....	61
LIITE 1. ANALYYSIRUNKO	

1 JOHDANTO

Käsittelen tässä teorialähtöisen sisällönanalyysin menetelmin tehdyssä tutkimuksessa mielen-terveys- ja päihdeomaisten hyvinvointia. Tutkimuskohteena on sekä mielen-terveys- että päihdepotilaan omaiset, sillä mielen-terveys- ja päihdeongelmat ovat usein päällekkäisiä ja vaikutukset omaisten elämään samankaltaisia. Tämän tutkimuksen aineistossa vastaajina on henkilöitä, joiden omaisella on mielen-terveys- tai päihdeongelma tai molemmat.

Hyvinvoinnin osatekijöitä ja mielen-terveys- ja päihdeongelmien vaikutuksia läheisen hyvinvointiin ja sen muodostumiseen tarkastelen suomalaisen yhteiskuntatieteilijän Erik Allardtin hahmotteleman hyvinvointiteorian näkökulmasta. Käytän Erik Allardtin hyvinvointiteoriaa hyvinvoinnin tarkasteluun sen kokonaisvaltaisen hyvinvointinäkemys-tyksen takia. Hyvinvointiteorian taustoituksessa hahmottelen Erik Allardtin teorian paikkaa laajemmassa hyvinvointiteorioita koskevassa keskusteluissa ja tutkimuksessa. Erik Allardtin teos *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia* (1976) ja Allardtin kirjoittama kirjan osa *Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka* (1998) J.P Roosin ja Tommi Hoikkalan toimittamassa teoksessa *Elämänpolitiikka* ovat pääasiallisina lähteinä Erik Allardtin hyvinvointiteorian havainnollistamisessa. Hyvinvointiteorian ohella mielen-terveys- ja päihdeomaisiin liittyvä aiempi tutkimus on tärkeänä osana tutkimuksen taustoitusta. Lähteinä tutkimuksessa käytän kotimaista ja kansainvälistä tieteellistä kirjallisuutta.

Aineistona tutkimuksessa käytän narratiivista kirjoitusaineistoa. Se koostuu 27:stä mielen-terveys- tai päihdeomaisen kirjoittamasta vapaamuotoisesta tarinasta läheissuhteiden rajaamisesta selviytymiskeinona. Kirjoittamissaan tarinoissa vastaajat kertovat lähes poikkeuksetta läheisen mielen-terveys- ja päihdeongelmien vaikutuksista omaan elämään ja hyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena on vastata kattavasti kysymyksiin, miten mielen-terveys- ja päihdeomaiset kertovat läheisen mielen-terveys- tai päihdeongelmien vaikutuksista omaan hyvinvointiinsa ja miten mielen-terveys- ja päihdeomaiset kertovat läheissuhteen rajaamisen vaikutuksesta omaan hyvinvointiinsa. Toisena tavoitteena on herättää mielenkiinto omaisten hyvinvointiin ja asemaan ja pohtia niitä tukevia ratkaisuja.

Mielen-terveys- ja päihdeongelmat ja niiden vaikutukset läheisten hyvinvointiin kiinnostavat minua, koska lähipiirin kautta olen havainnut läheltä molempien sairauksien vaikutuksia sekä sairaan omaan elämään, että myös hänen läheistensä elämään. Olen havainnut kuinka

mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat pahoinvointia sairaan elämään ja kuinka kyseiset sairaudet aiheuttavat huolta, surua, vihaa ja turvattomuutta läheisille. Mielenterveysongelmat ja päihderiippuvuudet ovat tekemieni havaintojeni perusteella harvoin vain yksilön henkilökohtainen sairaus, vaan ne koskettavat lähes aina suurempaa joukkoa ihmisiä varsinaisen mielenterveyspotilaan tai päihdeongelmaisen lähipiirissä. Ajattelen mielenterveys- ja päihdeongelmilla olevan vaikutusta erityisesti perheenjäseniin, jotka ovat päivittäin tekemisissä sairastuneen kanssa. Päihderiippuvuudesta voi huomata usein kerrottavan sen olevan koko perheen sairaus. Omakohtaisten kokemusten lisäksi omaa mielenkiintoa aihetta kohtaan lisää aihetta koskeva julkinen keskustelu tiedotusvälineissä ja sosiaalisessa mediassa, joiden kautta välittyy kuva erityisesti mielenterveys- mutta myös päihdeongelmien kasvavasta trendistä. Päihderiippuvuuksia kohtaan kokemani mielenkiinto juontuu etenkin huumeidenkäytön kasvavasta määrästä yhteiskunnassa ja niiden käyttöön liittyvästä poliittisesta keskustelusta.

Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvointi on sairastavien hyvinvoinnin ohella erittäin merkityksellinen keskustelun aihe. Mielenterveysongelmat ovat nykyisin yleisin syy pitkiin sairaspöissaoloihin ja niiden määrä on lähes kaksinkertaistunut vuoden 2016 jälkeen (Kansaneläkelaitos 2024). Huumeiden ongelmakäyttö, huumeisiin liittyvät kuolemat ja rikollisuus ovat moninkertaistuneet 2000-luvun aikana (Rönkä ym. 2020). Vaikka alkoholin tilastoitu kulutus ja siihen liittyvät haitat ovat olleet laskussa viimeisten viidentoista vuoden aikana, niin siitä aiheutuvia haittavaikutuksia on silti runsaasti sekä ongelmakäyttäjille itselleen että yhteiskunnalle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat paljon sairaspöissaoloja ja työkyvyttömyyttä, mitkä väistämättä vaikuttavat henkilön omaan ja hänen lähipiirinsä elämään sekä laajemmin yhteiskuntaan. Koska mielenterveys- ja päihdeongelmat kokonaisuutena yleistyvät suomalaisessa yhteiskunnassa, niin niitä läheistensä kautta kohtaavien määrä kasvaa myös oletettavasti samassa suhteessa. Hyvinvointivaltion toimintamahdollisuuksien vuoksi on erittäin merkityksellistä huolehtia niin sairaiden kuin heidän omaistensa ja läheistensä hyvinvoinnista ja jaksamisesta, jotta Suomessa olisi jatkossakin mahdollista tuottaa nykyisenlaiset maksuttomat palvelut kaikille ihmisille. Ilman hyvinvoivia ihmisiä ja työntekijöitä hyvinvointivaltion pohja murenee.

Mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niiden aiheuttamia haittoja ja vaikutuksia yksilölle, läheisille ja yhteiskunnalle on tutkittu laajasti niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin, mutta

painotus on kuitenkin sairastuneessa yksilössä tai yhteiskunnassa. Tutkimuksellisen mielenkiinnon kohdistaminen sairastuneiden omaisiin on kuitenkin noussut aiempaa suurempaan rooliin. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 5.) Omaisten tai läheisten huomioiminen on tärkeää niin tutkimuksessa kuin myös käytännössä, jotta he voivat kokea tulleeensa huomioituksi ja heidän hyvinvointinsa tulee turvatuksi. Julkisessa keskustelussa kyseinen kohderyhmä jää herkästi marginaaliin, eivätkä heidän kokemuksensa ole pinnalla samaan tapaan sairastuneiden ongelmien ja kokemusten kanssa. Omaisilla on vaarana jäädä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten varjoon.

Hyvinvointitutkimus tutkii sitä, mitä on hyvä elämä ja mitkä ovat hyvän elämän edellytyksiä sekä mitkä tekijät toimivat hyvää elämää estävinä (Uusitalo & Simpura 2017, 22). Suomalainen filosofi Georg Henrik von Wright käsitteli hyvyyden muunnelmia kirjassaan *The varieties of goodness* (1963). Hyvän elämän voi ajatella koostuvan kahdesta osasta; hyvinvoinnista ja onnellisuudesta. Käsitteenä hyvinvointi kertoo siitä, mitä ihminen tarvitsee ja haluaa, kun taas onnellisuus liittyy siihen, mistä ihminen pitää ja mistä hän nauttii. Käsitteet eivät kuitenkaan ole toisistaan täysin erillisiä. Ihmisen kokemaa onnellisuutta voidaan pitää hyvinvoinnin täyttymyksenä tai kruununa. (von Wright 1963, 87–88.) Myös Allardtin hyvinvointiteoriassa onnellisuus kietoutuu osittain hyvinvointiin, vaikka Allardt mieltääkin sen osittain erilliseksi käsitteeksi (Allardt 1976, 32). Tässä tutkimuksessa määritän hyvinvoinnin ja tarkastelen sitä Erik Allardtin hyvinvointiteorian kautta, mutta käsitteelen myös muuta hyvinvointiteoriaa ja -tutkimusta

Tämän pro gradu -tutkielman toisessa luvussa käsitteelen mielenterveys- ja päihdeomaisiin liittyvää aiempaa tutkimusta ja kirjallisuutta. Kolmannessa luvussa avaan tutkimuksen hyvinvointiteoreettista näkökulmaa. Neljännessä luvussa esittelen tutkimuksen aineiston, määrittelen tarkemmin tutkimusongelman ja esitän ja perustelen tekemiäni metodologisia valintoja. Lisäksi pohdin tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ja omaa asemaa tutkimuksessa. Viides luku kattaa tutkimuksen tulokset. Tutkielma päättyy pohdintaan ja johtopäätöksiin.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOMAISET

Mielenterveysomaisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmista kärsivän henkilön läheistä, joka voi olla mielenterveyspotilaan lapsi, vanhempi, puoliso tai muuten erittäin läheinen henkilö, kuten ystävä. Päihdeomaisella tarkoitetaan vastaavasti henkilöitä samoissa suhteissa, mutta ongelmana ovat mielenterveysongelmien sijaan päihdeongelmat. Päihdeongelmat kattavat tässä tutkimuksessa niin alkoholin käyttöön kuin huumeiden ja lääkkeiden käyttöön liittyvät riippuvuudet ja muut ongelmat. Tutkimuksellisesti päihdetutkimus on suuressa määrin alkoholin käyttöön liittyvää tutkimusta ja huumeisiin liittyvä tutkimus on hieman sitä vähäisempää.

Tässä luvussa käsittelen mielenterveys- ja päihdeomaisiin liittyvää aiempaa tutkimusta ja nostan esille aiemman tutkimuksen kautta ilmiöön olennaisesti liittyvää tematiikkaa. Yleisesti päihteidenkäyttöön ja omaisiin liittyvästä tutkimuksesta voi todeta, että aihetta on käsitelty pääasiassa siitä näkökulmasta, miten vanhempien päihteidenkäyttö vaikuttaa lapseen. Puoliso päihteidenkäyttäjänä nousee esille tutkimuksissa ja kirjallisuudessa hieman harvemmin ja vanhempien kokemukset ja ajatukset oman lapsen päihdeongelmasta ovat tutkimuksellisesti harvinaisempi asetelma ja näkökulma. Yleisesti tarkasteltuna mielenterveysomaisiin liittyvä tutkimus korostaa samankaltaista asetelmaa, jossa päähuomio on sairauden vaikutuksissa suhteessa sairastuneen lapseen, mutta myös muiden perheenjäsenten, kuten sisarusten tai vanhempien, näkökulmasta ilmiötä on tutkittu. Sairauksien ja riippuvuuksien vaikutukset käyttäjän lapseen ovat näkökulmana usein todennäköisesti siksi, että lapset ovat erityisen haavoittuvassa ja alisteisessa asemassa suhteessa omiin vanhempiinsa ja seuraukset tämän vuoksi vahvempia kuin muissa ihmissuhteissa.

Mielenterveys- ja päihdeomaisia käsittelevää tutkimusta taustoitan tässä luvussa toisistaan erillisinä, vaikka kokonaisuudessaan tutkimuksessani kyseiset ilmiöt ovat suhteellisen yhtenäisiä ja rinnastettuja. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhdistäminen on yleisesti tutkimuksessa tarpeellista, sillä päihdeongelmilla on yhteys mielenterveyteen ja päin vastoin. Runsaasti päihteitä käyttävä kärsii todennäköisesti samanaikaisesti jostain mielenterveyden häiriöstä. (THL 2023.) Esimerkiksi suomalaisten nuorten tapaturmaisien huumekuolemien taustoja tutkittaessa havaittiin, että lähes kaikilla huumeisiin kuolleilla oli jo aiemmin havaittuja mielenterveyden ongelmia. Huumeidenkäytön taustalla on usein pyrkimys ja tarve helpottaa omaa pahaa oloaan. (Onnettomuustutkimuskeskus 2024.) Mielenterveys- ja

päihdeongelmat ovat toisiaan ruokkivia, eikä ole helppoa määrittää, kumpi ongelma johtuu kummasta (Mielenterveystalo 2024). Tämän luvun viimeisessä alaluvussa yhdistän molempien ongelmien omaisvaikutukset yhteen.

2.1 Mielenterveysomaisia koskeva tutkimus

Rita Jähi (2004) käsittelee sosiaalipsykiatrian väitöskirjassaan lapsuudenkokemuksia psykisesti sairaan vanhemman lapseksi identifioituneiden aikuisten haastatteluiden kautta. Tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu yleisten kokemusten lisäksi vaille jäämisen, traumaattisten kokemusten, riskien ja uhkien sekä selviytymisen teemoihin. Väitöskirjaa varten tehdyt haastattelut on tehty 1990-luvun puolivälin tienoilla. Jähi on käsitellyt useassa artikkelissa, hieman eri näkökulmia painottaen, aikuisten kertomia lapsuudenkokemuksia elämästä, kun vanhemmalla on ollut psyykinen sairaus (Jähi 2001; Jähi 2003). Matti Inkinen ja Helena Santasalo (2001) tutkivat myös kokemuksia varttumisesta perheessä, jossa vanhempi on psyykkisesti sairas. Heidän kvalitatiivisen tutkimuksensa aineistona oli vertaisryhmätoiminnan keskustelut. Tytti Solantaus (2001) on tutkinut aiempaan tutkimukseen perustuvalla kirjallisuuskatsauksella mielenterveyshäiriöistä kärsivän vanhemman lapsen kehitystä ja kehityshäiriöiden syitä.

Kuten edellä mainituista tutkimuksista ja artikkeleista käy ilmi, mielenterveysomaisia käsittelevissä tutkimuksissa on laajasti käsitelty lapsuudenkokemuksia, kun vanhemmalla on jokin psyykinen sairaus. Haastateltavina kvalitatiivisissa tutkimuksissa on ollut useimmiten aikuinen, joka muistelee lapsuuttaan ja kokemukset ovat muistoja menneisyydestä, eikä tuoretta mielipidettä nykyisyydestä. On kuitenkin olemassa tutkimusta, jossa aineistona on kokemukset lasten sanoittamina. Sari-Anne Ervast (2001) tuo esiin 6–11 vuotiaiden lasten haastattelujen kautta lasten näkökulmia, joihin aikuistuminen ja aika eivät ole voineet päästä vaikuttamaan samalla tavalla kuin se on mahdollista tutkimuksissa, joissa aikuiset kertovat omista lapsuudenkokemuksistaan.

Mielenterveysomaisia koskevaa tutkimusta on tehty myös sairastuneen henkilön puolison tai sisaruksen näkökulmasta. Tuija Koponen ja kumppanit (2012) käsittelevät kvalitatiivisessa tutkimuksessaan diskurssianalyysin avulla sitä, millaisena mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen näyttäytyy. Tutkimuksen aineistona on vertaisryhmässä käydyt ja äänitetyt

keskustelut. Vertaisryhmän jäsenet koostuvat keski-ikäisistä tai sitä vanhemmista naisista, ja heidän suhteensa sairastuneeseen on useimmiten parisuhde.

Karoliina Maanmieli (2019) kirjoittaa artikkelissaan häpeästä ja stigmasta mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. Lapsuudenkokemukset ja kokemukset aikuisuuden ajalta ovat molemmat edustettuna Maanmielen tutkimuksessa. Omaisten lisäksi tutkimuksessa ääneen pääsevät sairaat, jotka kertovat oman sairauden lisäksi kokemuksista, joita heillä itsellään on ollut läheisten psyykkisiin sairauksiin liittyen ennen omaa sairastumistaan mielenterveyden sairauksiin. Elma Tainio (2024) käsittelee väitöskirjassaan mielenterveysomaisten laajasti kokemaa assosiativista stigmaa. Tainio erittelee tutkimuksessa ansiokkaasti stigman eri muotoja. Myös Orit Karnieli-Millerin ja kumppaneiden (2013) tutkimuksen tarkoituksena on syventää ymmärrystä stigmasta, jota vakavista mielenterveysongelmista kärsivän henkilön perheenjäsenet usein kokevat. Lisäksi tutkimuksessa keskitytään selviytymiskeinoihin tilanteessa, jossa läheisellä on vakava mielenterveysongelma. Muihin tässä mainittuihin tutkimuksiin nähden tämän tutkimuksen erityisyys on sen aineisto, joka koostuu suurimmalta osin sairastuneen henkilön vanhempien kokemuksista.

Britt Hedman Ahlström, Ingela Skärsäter ja Ella Danielson (2009) kuvaavat narratiivisen tutkimuksensa kautta perheiden tapoja elää, kun yhdellä perheenjäsenellä on vakava masennus. Tietoa kerättiin perheiden ryhmähaastatteluilla, joissa oli mukana sairastuneen lisäksi muut perheeseen kuuluvat henkilöt. Tutkimus tuo laajasti esiin kokemuksia eri ikävaiheista, sillä haastatteluissa mukana olevat lapset ovat iältään viiden ja kahdenkymmenenkuuden väliltä. Tutkimustapa, jossa mukana on koko perhe, mahdollistaa perheen yhteisten merkitysten ymmärtämisen.

Vaikka mielenterveysomaisten kokemuksiin perustuvaa tutkimusta on tehty paljon laadullisin menetelmin, niin mielenterveysomaisten hyvinvointiin keskittyvä tutkimus painottuu määrällisin menetelmin tehtyihin tutkimuksiin. Valtakunnallisessa hyvinvointitutkimuksessa kartoitettiin laajasti omaisten hyvinvoinnin osatekijöitä elämän eri osa-alueilla. Tutkimuksen aineisto koostuu pääasiassa väittämien avulla tuotetusta määrällisestä tiedosta, mutta se sisältää myös osittain avoimin kysymyksin kerättyä laadullista informaatiota. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten pohjalta perheenjäsenen mielenterveysongelmilla on runsaasti vaikutusta henkilön hyvinvointiin sen monella eri ulottuvuuden alueella. (Kallunki & Knaapi 2020; Martin & Kallunki 2020.)

2.2 Päihdeomaisia koskeva tutkimus

Maritta Itäpuisto (2005) tarkastelee väitöskirjassaan, millaisia lapsuudenkokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eläminen synnyttää. Lapsuudenkokemusten lisäksi tutkimus tuottaa tietoa selviytymisen kokemuksista. Tutkimuksen aineisto koostuu aikuisten haastatteluista sekä kirjoituksista, joita ovat kirjoittaneet lähinnä aikuiset, jotka muistelevat teksteissä elämää ja lapsuutta alkoholiongelmaisen vanhemman varjossa. Tutkimus kertoo siten lapsen näkökulman, mutta aikuisen kertomana. Itäpuisto (2003) on käsitellyt aihetta aiemmin samasta näkökulmasta myös artikkelissa *Vanhempien alkoholiongelma, lasten ongelma*. Lapsuuden kokemuksia koskevaa tutkimusta elämästä juovan vanhemman kanssa ovat tehneet yhdessä myös Tarja Orjasniemi ja Anne Kurvinen (2017). He tarkastelevat tutkimuksessaan lapsuudenkokemuksia aikuisena kirjoitettujen omaelämäkerronnallisten tarinoiden kautta. Lapsuuden kokemukset päihdeongelmaisesta vanhemmasta ovat omaistutkimuksessa yleinen näkökulma, mutta pääasiassa aineistot koostuvat aikuistuneiden vastaajien muistoihin perustuvista haastatteluista tai kirjoitelmista, eikä lasten lapsena tuottamista mielipiteistä. Kokemukset voivat oletettavasti ajan kuluessa hieman muuttua ja muistot vääristyä, mikä voisi puoltaa tutkimusten tekoa lapsia haastatellen. Kuitenkin lasten haastatteluun liittyy omia haasteita etenkin siksi, että haastattelujen toteuttamiseen tulisi olla lupa haastateltavan lapsen vanhemmilta. Haittatutkimusta ilmiöstä on tehty myös kansainvälisesti. Laura Lander, Janie Howsare ja Marilyn Byrne (2013) raportoivat omaisen päihteidenkäytön omaisvaikutuksia aiempaan tutkimukseen perustuvassa katsauksessaan. Tutkimuksessa korostuvat vaikutukset päihteidenkäyttäjän lapsiin.

Marja Holmila ja Milla Ilva (2010) ovat tuoneet alaikäisten lasten ja nuorten kokemukset näkyväksi omassa tutkimuksessaan. Alaikäisten käyttäminen vastaajina on omaisten päihteidenkäyttöä koskevassa tutkimuksessa harvinaista, johtuen etenkin siitä, että tutkimuseettiset käytännöt edellyttävät usein vanhempien lupaa lasten haastattelemiseksi. Holmilan ja Ilvan (2010) tutkimuksessa vastaukset on kerätty internetin kautta kyselylomakkeella ja vastaajina on pääasiassa 12–18-vuotiaita nuoria, mutta mukana on joitain vastauksia myös alle 12-vuotiailta lapsilta. Tutkimus tuottaa laadullista tietoa lapsen mielipiteistä ja luo ymmärrystä siitä, mitä päihteitä käyttävien vanhempien kanssa elävän lapsen hyväksi voitaisiin tehdä. Lapset sanoittavat tutkimuksessa omia selviytymiskeinojaan, saatavilla olevaa apua ja avun hakemisen esteitä ja haasteita.

Kirjallisuus ja tutkimus vanhempien kokemuksista oman lapsen päihdeongelmista on muita näkökulmia vähäisempää, muttei kuitenkaan olematonta. Tarja Hiltusen ja Katri Kluukerin (2017) toimittamassa teoksessa *Kellarista kahvipöytään, vanhempien kokemuksia lastensa päihteidenkäytöstä* kirjoittajat tuovat esille koottujen kirjoitusten kautta vanhempien ajatuksia ja kokemuksia omien lastensa päihteidenkäytöstä ja sen vaikutuksista omaan elämään ja tunteisiin.

Määrällistä tietoa päihdeongelmaisen henkilön aiheuttamista haitoista läheiselle on laajasti esitelty Katariina Warpeniuksen, Marja Holmilan ja Christoffer Tigerstedtin (2013) toimittamassa teoksessa *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Holmila ja kumppanit (2013) avaavat edellä mainitussa teoksessa olevassa artikkelissa äitien päihteiden käytön vaikutuksia alle 7-vuotiaiden lasten elämään ja kasvuun. Tutkimus tuottaa tietoa muun muassa sairastavuuden, kuolleisuuden, tapaturmien, psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen eroavaisuuksista suhteessa muuhun väestöön. Myös Teuvo Peltoniemen (2003) 1990-luvun Lasinen lapsuus -hankkeen aineistoihin perustuva tutkimus käsittelee vanhempien päihteidenkäytön haittoja lapsen elämässä. Peltoniemen tutkimus kattaa haitat aikuisuuteen asti lapsen elämässä. Tutkimus tuottaa lisäksi tietoa ilmiön yleisyydestä. Lasinen lapsuus -hanke on tuottanut ilmiöstä aineistoa ja tietoa 2010-luvun taitteessa. Mira Roine ja Milla Ilva (2010) raportoivat tutkimuksessaan Lasinen lapsuus -kyselyn keskeisiä tuloksia. Tutkimuksessaan he käsittelevät ilmiön yleisyyttä ja lapsille vanhempien päihteidenkäytöstä aiheutuvia haittoja ja ongelmia.

Janna Takala ja Minna Roine (2013) tuottavat Warpeniuksen ja kumppanien (2013) toimittamassa teoksessa julkaistussa artikkelissa tietoa nuorten kokemuksista aikuisten alkoholin-käytöstä. Tutkimuksen aineisto koostuu internetkyselyn avulla kerätystä määrällisestä informaatiosta. Samassa teoksessa Minna Piispa (2013) käsittelee artikkelissaan alkoholinkäytön yhteyttä parisuhdeväkivaltatilanteisiin ja väkivallan uhrin kokemuksiin seurauksiin. Artikkelit pohjautuu aiempiin suomalaisiin ja kansainvälisiin tilastoaineistoihin, raportteihin ja tutkimuksiin. Samassa teoksessa Anni Vilkkonen ja kumppanit (2013) tuovat esiin ikäihmisten päihteidenkäyttöä. Tutkimuksessa tarkastelun kohteena on kotona asuvan iäkkään ihmisen alkoholinkäytön ja omaisen antaman hoivan ja avun kytkökset.

2.3 Vaikutukset omaisiin aiemman tutkimuksen mukaan

Omaisten mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat aiemman tutkimuksen mukaan huomattavia haittoja ihmisten elämään. Mielenterveys- ja päihdeongelmista aiheutuvat haitat ovat valtaosin yhteneväisiä, mutta jotkin sairaudesta ja sairastuneen henkilön käytöksestä aiheutuvat haitat korostuvat vahvemmin mielenterveysomaisilla ja jotkin taas päihdeomaisilla. Omaisten ja läheisten kokemat haitat ovat niin fyysisiä haittoja kuin myös henkisiä ja tunne-elämään liittyviä haittoja.

Häpeä on yleinen tunne, jota mielenterveys- ja päihdeomaiset joutuvat kokemaan. Vanheman päihdeongelma voi saada lapsen tuntemaan häpeää omaa vanhempaansa kohtaan. (Peltoniemi 2003, 57; Itäpuisto 2003, 37–38; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 132–133.) Myös vanhemmat tuntevat häpeää lapsen päihdeongelmista (Hiltunen 2017, 21). Myös omaisen mielenterveysongelmien on todettu aiheuttavan runsaasti häpeää (Jähi 2001, 59–60).

Stigma eli häpeäleima nousee esille etenkin mielenterveysomaisten kokemuksista, eikä leimaava puhe ole päihdeongelmaisen läheisellekään vieras kokemus. (Jähi 2001, 60; Inkinen & Santasalo 2001, 105; Itäpuisto 2005, 94–96.) Omaisen mielenterveysongelmista johtuva häpeä voi johtaa salailuun ja puhumattomuuteen asiasta (Maanmieli 2019, 184). Kuitenkin salaamisella on heikentävä vaikutus omaisen kokemaan elämänlaatuun (Martin & Kallunki 2020, 29–30). Salailu omaisen mielenterveysongelmista on silti ymmärrettävää, sillä omaiset kokevat läheisen mielenterveysongelmien vuoksi itse ulkopuolisten taholta torjuntaa, syyttelyä ja välttelyä, mikä lisää omaisen kokemaa tuskaa ja häpeää. Omaiset voivat kokea tulleensa hyljeksityiksi tai eristäytyneiksi, koska läheisen mielenterveysongelmien vuoksi yhteisö voi alkaa karttaa omaista. (Ahlström ym. 2009; Karnieli-Miller ym. 2013.) Lisäksi noin puolet mielenterveysomaisista kokee mielenterveysongelmista puhuttavan leimaavasti, mikä on osaltaan vaikuttamassa salailuun ja puhumattomuuteen läheisen ongelmista (Martin & Kallunki 2020, 29). Yhteisön suhtautumisen seurauksena ihmiset oppivat jo lapsena, että on jollain lailla häpeällistä sairastua psyykkisesti (Maanmieli 2019, 184). Mikäli mielenterveysongelmiin suhtauduttaisiin samankaltaisesti kuin muihinkin ihmisen sairauksiin, ongelmista olisi varmasti helpompi puhua ja sitä kautta omaisen kuormitus pienenisä. Avun hakeminenkin olisi ilman stigmaa huomattavasi helpompaa.

Edellisessä kappaleessa omaisten kokema stigma tuli tutkimusten kautta esille yleisemmin stigmana. Omaisten kokemaa stigmaa on tutkimuksessa kuitenkin kategorisoitu ja havaittu stigman erilaisia muotoja. Stigman voi jakaa rakenteelliseen stigmaan, sosiaaliseen stigmaan ja itsestigmatisaatioon. Rakenteellisella stigmalla tarkoitetaan poliittisen ohjauksen, institutionaalisten käytäntöjen ja riittämättömien palveluiden omaisille aiheuttamaa stigmaa. Sosiaalisen stigma voidaan jakaa työyhteisön, ammattilaisten ja ystävien sekä sukulaisten tuottamaan stigmaan. Itsestigmatisaatiolla tarkoitetaan loukkaavia puhumisen tapoja, syyllistämistä ja leimaantumisen pelkoa, joita kaikkia omaiset kohtaavat psyykkisesti sairaan henkilön kanssa eläessään. (Tainio 2024, 116–120.) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus on yleisesti yhteiskunnassa heikkoa ja riittämätöntä, mikä lisää ilmiöön liittyvää rakenteellista stigmaa.

Päihdeongelmaisten omaiset joutuvat kantamaan suurempaa vastuuta perheestä ja arjen sujuvuudesta. Lapset ja nuoret voivat joutua ottamaan tavallista suurempaa vastuuta itsestä, sisaruksista ja vanhemmista, jolloin perheen normaalit roolit ovat kääntyneet pääläelleen. (Holmila & Ilva 2010, 59; Lander ym. 2013; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 131.) Myös mielenterveysongelmaisen perheessä vastuu kasautuu terveille yksilöille ja arjen hallinta kokonaisuutena hankaloituu. (Inkinen & Santasalo 2001, 103; Ahlström ym. 2009.) Vanhemmuuden puute ja kysymys siitä, kuka pitäisi huolen minusta, voivat vaivata mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivän lasta (Jähi 2001, 60–61; Itäpuisto 2005, 81). Liian aikaisen ja suuren vastuunoton ja puuttuvan vanhemmuuden vuoksi lapsuus ja nuoruus voivat jäädä kesken ja sillä on väistämättä vaikutuksia henkilön myöhempään elämään ja kehitykseen.

Sekä mielenterveysomaiset että päihdeomaiset tuntevat suurta huolta läheisen sairaudesta (Ervast 2001, 82–83; Itäpuisto 2003, 37). Etenkin lapsissa vanhemman tai sisaruksen mielenterveysongelmat herättävät epä tietoisuutta, hämmennystä, epävarmuutta, avuttomuutta ja neuvottomuutta. Vanhemman tilanteesta voi aiheutua epä tietoisuutta, mikä on ilmiölle tyyppillistä, sillä psyykinen sairaus voi olla lapselle vaikeaa hahmottaa ja ymmärtää. (Inkinen & Santasalo 2001, 101; Jähi 2001, 57–59; Ahlström ym. 2009.) Henkilön päihteidenkäytön ja siitä johtuvan muuttuneen käytöksen yhteys on helpompaa hahmottaa kuin vaikeammin selitettävät ja ymmärrettävät mielen ongelmat (Jähi 2001, 57), minkä voi arvioida selittävän, miksi mielenterveysomaiset vaikuttavat sanoittavan epä tietoisuuden, hämmennyksen ja epävarmuuden tunteita huomattavasti päihdeomaisia enemmän.

Eri ikäisillä ja eri omaisen roolissa olevilla mielenterveys- ja päihdeongelmista aiheutuvat haitat voivat olla erilaisia. Etenkin mielenterveys- tai päihdeongelmaisen puolisona oleminen voi uuvuttaa ja kuluttaa omaisen energiaa ja vaikuttaa sitä kautta jaksamiseen arjessa. (Ahlström ym. 2009; Koponen ym. 2012, 147; Vilkkö ym. 2013, 72). Lapsilla ja nuorilla vanhemman päihdeongelman on todettu heikentävän sosiaalisia taitoja ja aiheuttavan haasteita koulunkäyntiin (Peltoniemi 2003, 57; Lander ym. 2013). Koulunkäynnin haasteiden voi ajatella olevan seurausta muista aiheutuvista haitoista, kuten turvattomuudesta ja liiallisesta vastuusta muista omaisista, jotka ovat henkilöä kuormittavia tekijöitä. Päihde- tai mielenterveysongelmaisen läheisellä ei välttämättä edellä mainituiden syiden takia löydy resursseja lepoon ja harjoitteluun.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat jossain määrin ylisukupolvisia ja perheenjäsenillä sairastumisen todennäköisyys kasvaa. Esimerkiksi masennuksen on todettu olevan huomattavasti muuta väestöä yleisempää niillä ihmisillä, joiden perheessä on ilmaantunut masennusta aiemmin. (Nyman & Stengård 2001, 69–70; Weissman ym. 2016.) Päihteidenkäyttäjien lapsilla todennäköisyys käyttää itse päihteitä on suurempaa kuin muilla (Lander ym. 2013). Ylisukupolvisuuteen vaikuttaa todennäköisesti suurella määrällä henkilön kasvuympäristö, mutta myös perinnöllisyys voi olla jossain määrin ylisukupolvisuutta selittävä tekijä. Päihdeongelmaisten lapsilla pelko omasta päihteidenkäytöstä ei nouse aiemmassa tutkimuksessa esille, mutta mielenterveysomaisilla pelko omasta sairastumisesta on yleistä. Oman vanhemman tai sisaruksen psyykkinen sairaus voi järkyttää ja synnyttää pelkoa omasta sairastumisesta. Läheisen sairastumiseen liittyvät tunteet ja tilanteen kuormittavuus voivat aiheuttaa omaisen omaa psyykkistä sairastumista. (Inkinen & Santasalo 2001, 101; Koponen ym. 2012, 143; Maanmieli 2019, 185.)

Selviytymisen teema nousee esille sekä mielenterveysomaisten että päihdeomaisten kokemuksia käsittelevissä tutkimuksissa. Vanhempien päihteidenkäyttö ja koettu väkivalta aiheuttavat lapsissa pelkoa ja turvattomuutta. Lapset kehittävät tilanteissa erilaisia selviytymiskeinoja, kuten alkoholin piilottamista ja laimentamista tai kotoa pois muuttamista. (Itäpuisto 2005, 85–86, 100–101.) Vanhempien mielenterveysongelmat voivat tehdä omaisen elämästä selviytymistä ja he voivat tarvita etäisyyden ottamista sairastuneeseen. Etäisyydenottaminen ei ole kuitenkaan aina ongelmatonta, sillä se voi herättää läheisessä syyllisyydentuntoa. (Jähi 2004; Koponen ym. 2012, 144.)

Läheisen mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa identiteetin muodostumiseen tai sen ylläpitoon. Läheisen mielenterveysongelmat aiheuttavat omaiselle kiirettä, kaaosta ja oman ajan puutetta. Mielenterveyspotilas voi viedä läheiseltä kaiken oman ajan ja läheisen sairaus ja siihen liittyvät ongelmat voivat määrittää pitkälti elämää. Läheisen ongelmien rajoittama ja säävyttämä elämä voi johtaa siihen, että henkilön oma minä tietyllä lailla katoaa kokonaan. (Koponen ym. 2012, 144.)

Aiemmin tässä luvussa olen raportoinut pääasiassa omaisten haittoja heidän kokemiensa tunteiden kautta. Omaiset kokevat hankalien ja kuormittavien tunteiden lisäksi fyysisiä haittoja. Päihdeperheissä kasvavat lapset kokevat muita enemmän fyysistä, henkistä ja seksuaalista väkivaltaa. Väkivaltaa kokevat myös mielenterveysongelmista kärsivien lähipiirissä elävät henkilöt (Jähi 2001, 66–67; Lander ym. 2013). Päihdeongelmaisten äitien pienillä 0–6-vuotiailla lapsilla on todettu olevan korkeampi tapaturmariski kuin muilla samanikäisillä lapsilla, ja he myös sairastavat muita lapsia enemmän (Holmila ym. 2013, 42). Väkivallan kokeminen tai sen näkeminen sekä väkivallan uhan alla eläminen vaikuttavat ikätasosta riippumatta ihmisen hyvinvointiin ja etenkin lapsen ja nuoren kehitykseen. Pelko ja turvattomuus ovat aiemman tutkimuksen mukaan läsnä mielenterveys- ja päihdeomaisten arjessa. Pelkoa esiintyy sekä lapsilla vanhempia kohtaan, että vanhemmilla sairastuneita lapsiaan kohtaan. (Itäpuisto 2005, 85–86; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 134–135; Hiltunen 2017). Päihteitä käyttävien vanhempien lapset kertovat, kuinka elämä on ennakoimatonta ja kuinka lasten luottamus vanhempaa kohtaan kärsii päihdeongelmien vuoksi (Takala & Roine 2013, 28–29; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 135). Arvioin luottamuksen puutteen ja ennakoimattoman tilanteen vaikuttavan siihen, että usein päihdeongelmaisen lapsi tuntee elävänsä pelon keskellä.

Aiempi tutkimus osoittaa, että läheisen henkilön mielenterveys- tai päihdeongelmilla on huomattavia vaikutuksia omaisen elämään ja hyvinvointiin. Yhteiskunnalla on mahdollisuus vaikuttaa sairauksien omaisvaikutuksiin ja sitä kautta parantaa omaisten asemaa ja hyvinvointia. Miia Männikkö ja Rita Jähi (2015) tutkivat mielenterveysomaisten vertaisryhmätöiminnan hyvinvointivaikutuksia. Tutkimuksessa havaittiin, että vertaisryhmätöiminnalla on positiivisia hyvinvointivaikutuksia omaisten elämään. Omaisten terveys, tyytyväisyys elämään, arvostuksen saaminen ja sosiaalisten suhteiden laatu paranivat vertaisryhmätöiminnan aikana.

Tutkimuksessani tarkastelen mielenterveys- ja päihdeongelmien omaisvaikutusten lisäksi myös läheissuhteen rajaamisen vaikutuksia hyvinvointiin. Edellä mainitut omaisvaikutukset ovat vaikuttamassa siihen, että osa mielenterveys- tai päihdeongelmaisen omaisista päätyy rajaamaan suhdetta. Läheissuhteen rajaamisella tarkoitan tässä tutkimuksessa suhteessa tapahtuvan kommunikaation sisällön ja määrän osittaista tai täydellistä rajoittamista. Mielenterveys- tai päihdeomaisen suhteenrajaaminen tutkimusaiheena on harvinainen. Joel Kallio (2024) tarkastelee pro gradu -tutkielmassaan läheissuhteen rajaamista selviytymiskeinona. Kallion tutkimuksessa läheissuhteen rajaaminen näyttäytyy haastavana, mutta hyödyllisenä prosessina omaisen elämässä.

3 HYVINVOINTITEORIAM

Kirjoitan tässä luvussa hyvinvointiteorioiden kehityksestä ja esittelen Erik Allardtin hyvinvointiteorian yksityiskohtaisesti ulottuvuus ulottuvuudelta. Hyvinvointiteorioiden kehitystä käsitellessä pohdin kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Hyvinvointiteorioiden ja hyvinvointitutkimuksen esittelyn avulla hahmottelen Erik Allardtin teorian paikkaa hyvinvointiteorioiden joukossa. Hyvinvointiteorioiden ohella käsittelen hyvinvointitutkimuksen moninaisuutta ja hyvinvoinnin mittaamisen tapojen moninaisuutta. Yleisesti hyvinvointi määritetään tutkimuksessa ja teorioissa monin eri tavoin, johtuen käytännössä tutkijan tutkimuksessaan painottamasta näkökulmasta. Jotta hyvinvointia voitaisiin mitata ja edistää, niin tarvitaan hyvinvoinnin teoriaa ja näkemystä siitä, mitä hyvinvointi on (Martela 2022, 565).

3.1 Teorioiden ja tutkimuksen kehitys ja nykytila

Hyvinvoinnin teorit on yleisesti jaoteltu kolmeen pääluokkaan, joita ovat hedonistiset teorit, haluteorit ja objektiivinen lista -teorit (Crisp 2013). Nykyisten hyvinvointiteorioiden jakaminen kyseisiin luokkiin ei ole aivan yksiselitteistä, mutta näiden perinteiden hahmottaminen auttaa parantamaan hyvinvoinnista ja sen teorioista käytävää keskustelua (Niemi ym. 2017, 168). Esimerkiksi myöhemmin tässä luvussa tarkemmin eriteltävän Erik Allardtin hyvinvointiteorian sijoittaminen ainoastaan yhteen pääluokkaan tuntuu mahdottomalta teorian kokonaisvaltaisuuden vuoksi.

Yleisesti hedonismi tarkoittaa ilon ja mielihyvän tavoittelua. Hyvinvointiteoreettisessa keskustelussa sillä tarkoitetaan nautinnon ja kärsimyksen mahdollisimman hyvää tasapainoa. Englantilaisen filosofin Jeremy Benthamin (1748) mukaan ihmiskunta on kärsimyksen ja nautinnon hallinnassa, sillä ne osoittavat, mitä ihmisen pitäisi tehdä ja mitä ei. Bentham kuvasi nautinnon arvoa määrääviksi tekijöiksi sen kestoa ja voimakkuutta. Toinen englantilainen filosofi John Stuart Mill kritisoi Benthamin ajattelussa sitä, että se ei ota huomioon nautintojen laatua, kun nautinnon arvo määrittyy vain keston ja voimakkuuden mukaan. Millin mukaan eri nautinnot ovat eriarvoisia niiden luonteen mukaan eli jokin nautinto voi tuottaa enemmän hyvinvointia kuin toinen. Yksinkertaistetusti hedonistisen ajattelun mukaan elämä on sitä parempaa, mitä enemmän siinä on nautintoa ja päinvastaisesti sitä huonompaa, mitä enemmän siinä on kärsimystä. Eli hyvinvointi muodostuu tällöin nautinnon ja kärsimyksen

kautta. (Crisp 2013). Päihteidenkäyttöön liittyvässä kontekstissa ihmisten voi ajatella jossain määrin tasapainoilevan nautinnon ja kärsimyksen kanssa. Maltillinen päihteidenkäyttö voi tuoda nautintoa elämään rentoutumisen kautta, mutta liian usein se aiheuttaa kuitenkin kärsimystä käyttäjälle itselleen ja hänen läheisilleen. Kärsimystä tuottavassa päihteidenkäytössä on luultavimmin kuitenkin kyse sairaudesta, joka hallitsee käyttäjää sen sijaan, että käyttäjä tavoittelisi nautintoa. Toisaalta päihteidenkäytössä voi olla kyse myös kärsimyksen pakou- lusta, mikäli käyttäjä pakenee lääkkeillä tai alkoholilla omia hankalia tunteitaan tai hoitaa sillä riippuvuudesta johtuvia oireitaan.

Taloustieteilijöillä on vaikutusta siihen, miksi haluteorioilla on niin suuri merkitys nykypäi- vänä. Nautinto ja kärsimys ovat hankalasti mitattavia asioita, joten taloustieteilijät alkoivat nähdä ihmisen hyvinvoinnin muodostuvan halujen ja mieltymysten tyydyttämisen kautta. Raha on usein tekijä, mikä vaikuttaa henkilön mahdollisuuksiin tyydyttää omat halunsa. Yk- sinkertaisimmillaan haluteoria toimii niin, että yksilö voi sitä paremmin, miten hänen nykyi- set halunsa toteutuvat. (Crisp 2013.) Kuitenkin ihmiset saattavat hetkellisesti tai pidemmän aikaa syystä tai toisesta haluta asioita, jotka eivät palvele heidän hyvinvointiaan, joten teoria ei yksinkertaisessa muodossa sovellu kovinkaan hyvin ihmisten hyvinvoinnin kokonaisval- taiseen tarkasteluun. Esimerkiksi halu kokeilla päihteitä voi johtaa kokeiluun ja sitä kautta saa kyllä tyydytettyä halunsa, mutta seurauksena voi syntyä riippuvuus, mikä väistämättä heikentää henkilön hyvinvointia.

Kokonaisvaltainen haluteoria sisältää ajatuksen, että halut, jotka ohjaavat koko elämän suun- taa ja sisältöä ovat hyvinvoinnin kannalta merkityksellisimpiä. Käytännössä halut ovat täl- löin eriarvoisia hyvinvoinnin kannalta. Ihmiset eivät kuitenkaan aina tiedä kaikkia mahdol- lisuuksia, joten informoitu haluteoria pyrkii vastaamaan tähän ongelmaan. Siinä ydinajatuksena on, että paras elämä rakentuu sen pohjalle, että ihminen on täysin informoitu kaikista elämänmahdollisuuksista. Ongelmana informoidussa haluteoriassa on kuitenkin se, että tieto on aina jossain määrin rajoitettua, eikä kaikista mahdollisuuksista ole mahdollista saada tie- toa. (Crisp 2013.) Kuten edellä käy ilmi, niin haluteorioihin liittyy useita vivahteita ja auk- koja, jotka puoltavat kokonaisvaltaisen ja molempien sekä kokemuksellisen että objektiivisen näkökulman valitsemista hyvinvoinnin tutkimiseen.

Hedonististen ja haluteorioiden puutteet ohjaavat ajattelemaan hyvinvoinnin muodostumista objektiivisten listojen kautta. Objektiivinen lista -teoriat yrittävät luetella kaikki ne tekijät,

jotka vaikuttavat hyvinvointiin. Teorian haasteena on käytännössä listan muodostaminen. Listat ovat objektiivisia ja väittävät sillä olevien tekijöiden tuottavan hyvinvointia, vaikka ihminen ei niitä haluaisi tai niistä nauttisi. (Crisp 2013.) Yleisesti mikään teorioista ei ole täydellinen ja kattava, vaan kaikissa teorioissa on omat haasteensa ja puutteensa. Kuitenkin yhdistelemällä eri teorioiden vahvuuksia ja tunnistamalla niiden heikkoudet on ehkä mahdollista saada kokonaisvaltainen käsitys hyvinvoinnista ja sen muodostumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Hyvinvointiteorioiden tunteminen on tärkeää myös julkisessa keskustelussa ja politiikassa. Jos päätöksiä tehdessä poliittisilla päätöksentekijöillä ja viranhaltijoilla ei ole tiedossa, millaista hyvinvointia työllä tavoitellaan, voi sitä olla vaikea saavuttaa. Toki päätösten taustalla ei vaikuta ainoastaan hyvinvointi, vaan päättäjien tulee huomioida myös monia muita tekijöitä, kuten käytettävissä olevat taloudelliset resurssit ja lainsäädäntö. Demokraattisessa hyvinvointiyhteiskunnassa on nykypäivänä luonnollista, että päätöksenteossa vaikuttavat lisäksi koko maapallon hyvinvointi ja ihmisten tasa-arvoisen kohtelun vaaliminen. Poliitiikan tavoitteena tulee olla ihmisten ja ympäristön eettisesti kestävä ja oikeudenmukainen hyvinvointi, joka sisältää niin taloudelliset, terveydelliset, sosiaaliset kuin ympäristölliset vaikutukset. Jos hyvinvointi ymmärretään esimerkiksi vain terveyden ja talouden kautta, on täysin mahdotonta, että ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat sosiaaliset tekijät ja ympäristö tulisi tällöin huomioitua päätöksenteossa ja keskusteluissa.

Hyvinvointivaltiota koskevilla keskusteluilla hyvinvointi on käsitteenä olennainen. Kuitenkaan politiikassa ja tieteessä ei ole yhdenmukaista näkemystä ja ymmärrystä siitä, mitä hyvinvointi on. Hyvinvointia voidaan lähestyä lääketieteellisestä, psykologisesta, sosiaalisesta, taloustieteellisestä ja filosofisesta näkökulmasta. Näkökulmien lisäksi myös hyvinvoinnin mittaamisessa on monenlaista tapoja. (Niemi ym. 2017, 175.) Ehkä juuri vaihtelevien näkökulmien ja hyvinvoinnin moninaisuuden seurauksena hyvinvointitutkimuksessa on käytössä monia erilaisia mittaamisen tapoja. Usein taloustieteellinen ja lääketieteellinen näkökulma ohjaavat päätöksenteossa muita näkökulmia vahvemmin, mikä ei välttämättä palvele kokonaisuutta parhaalla mahdollisella tavalla (Niemi ym. 2017, 168). Taloustieteellisen näkökulman painottuminen on havaittavissa hyvinvointiyhteiskunnan palveluita koskevassa julkisessa keskustelussa. Keskusteluista käy ilmi, että palvelun hyöty pitäisi pystyä osoittamaan taloudellisena hyötynä, mikä on hankalaa esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta. On haastavaa osoittaa, että niihin palveluihin tehdyt panostukset selittävät

yksiselitteisesti joidenkin ihmisten paranemisen ja kasvamisen yhteiskunnalle hyödyllisiksi yksilöiksi ja veronmaksajiksi.

Kansakuntien hyvinvoinnin mittarina käytetään usein bruttokansantuotetta, mikä korostaa taloustieteellistä näkökulmaa hyvinvoinnissa. Bruttokansantuote ei kuitenkaan ota huomioon epätasaista tulonjakoa tai ympäristön kulumista ja pilaantumista, eikä monia muitakaan ihmisen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Toisaalta bruttokansantuotetta ei ole mittarina suunniteltukaan hyvinvoinnin tarkasteluun, vaan mittamaan palvelujen ja tavaroiden tuotannon tasoa. Hyvinvoinnin mittaamiseen se soveltuu huonosti etenkin Suomen kaltaisissa kehittyneissä maissa. (Hoffrén & Rättö 2011.) Bruttokansantuotteen käyttäminen mittarina kansakunnan hyvinvoinnin mittaamiseen ja käytettävien tulojen käyttäminen yksilön hyvinvoinnin tarkasteluun juontavat juurensa hyvinvoinnin taloustieteellisen tutkimuksen oletukseen siitä, että lisääntyvät valinnanmahdollisuudet kasvattavat hyvinvointia (Simpura & Uusitalo 2011, 108).

Kansakuntien hyvinvoinnin tarkasteluun on käytetty bruttokansantuotteen ohella myös muita mittareita. Makrotasoisessa elintasotutkimuksessa hyvinvoinnin käsitetään olevan objektiivinen ilmiö, joka voidaan jaotella erilaisiin osatekijöihin. Elintasotutkimuksessa tavoitteena on vertailla kansakuntien hyvinvointia taloudellisia mittareita suuremmalla indikaattorijoukolla. Brittiläisessä sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa elintason on ymmärretty määrittävän resurssien avulla, johon on sikäläisessä perinteessä luettu kuuluvaksi taloustieteellistä näkökulmaa laajemmin myös sosiaaliset suhteet ja turvallisuus. (Simpura & Uusitalo 2011, 110–111.)

Hyvinvointitutkimukseen tuovat oman vivahteensa myös elämäntyyli- ja elämäntapatutkimukset. Kokonaisvaltaisuus on tämän tutkimussuuntauksen taustalla, sillä elämäntyylin ja elämäntavan käsitetään kuvaavan ihmisen elämän kokonaisuutta. Tutkimussuuntauksen taustalla ei kuitenkaan ole minkäänlaisia standardoituja mittareita. (Simpura & Uusitalo 2011, 111.) Puuttuvat mittarit voivat estää tarkan hyvinvoinnin mittaamisen, mutta tutkimussuunta ohjaa kuitenkin hyvinvoinnin tutkijoita käsittämään hyvinvoinnin ennen kaikkea kokonaisuutena.

3.2 Erik Allardtin hyvinvointiteoria

Allardtin rakentaman mallin mukaisesti jaottelen seuraavaksi hyvinvoinnin ulottuvuudet kolmeen osaan ja käsittelen hyvinvoinnin objektiivisia ja subjektiivisia puolia. Sekä Allardt itse että suurin osa hyvinvointitutkijoista käyttävät Allardtin hahmottelemista hyvinvoinnin ulottuvuuksista niiden englanninkielisiä termejä, mutta tässä tutkimuksessa käytän ulottuvuuksista niiden suomenkielisiä vastineita. Tässä tutkimuksessa käytän termejä; elintaso, yhteisyysuhteet ja itsensä toteuttaminen yleisemmin tunnettujen *having*, *loving* ja *being* ulottuvuuksien tilalta.

Allardtin tutkimuksen syntyäikaan Pohjoismaisessa hyvinvointikeskustelussa korostui elintasotutkimus, joka keskittyi yksinomaan objektiiviseen näkökulmaan. Allardt oli sosiologi ja kiinnostunut myös sosiaalipsykologiasta. 1960-luvulla näissä tieteissä hyvinvointia oli tapana tutkia koetun hyvinvoinnin näkökulmasta. (Uusitalo & Simpura 2022, 24–25.) Allardt huomioi omassa tutkimuksessaan ja teoreettisessa hahmottelussaan myös hyvinvoinnin subjektiivista näkökulmaa (Allardt 1976), minkä voi ajatella olevan edelläkävijämäistä ja rai-kasta tuon ajan hyvinvointikeskustelussa. Allardt ajatteli hyvinvoinnin rakentumista ja sen tutkimista ennen kaikkea kokonaisuuden kautta ja yhdisti omassa tutkimuksessaan laajasti aiempaa tutkimusperinnettä (Uusitalo & Simpura 2022).

Allardtin teorian syntyäikaan yhteiskunta oli kovin erilainen kuin nykyään. Etenkin naisten elämän voi nähdä muuttuneen radikaalisti, koska nykypäivänä ei enää ole yhtä tavallista, että nainen hoitaa kotia ja mies käy töissä, vaan roolit ovat tasapainottuneet. Lisäksi ihmisten tekemät työt ovat jatkuvassa muutoksessa ja fyysisen työn rooli pienenee entisestään. Ihmisen perustarpeet ovat kuitenkin pitkälti ajanjaksosta riippumattomia, vaikka nykyään voidaan ajatella tarpeeksi sellaisia tekijöitä, joita ei vielä 1970-luvulla ole ollut olemassa-kaan, kuten internet, älypuhelin ja sosiaalinen media. Hyvinvointia tuottavat 2020-luvulla samalla tapaa ulottuvuuksiin kuuluvat osatekijät kuin 1970-luvullakin ja vastaavasti hyvinvointia rajoittavat puutteet niissä tekijöissä, jotka Allardt näkee ihmisen hyvinvoinnin rakentumiseen vaikuttavan.

Allardt on hahmotellut hyvinvointiteorian 1970-luvulla. Tutkimus julkaistiin aluksi ruotsin kielellä ja hyvinvoinnin ulottuvuuksien jaottelu levisikin aluksi oikeastaan vain kotimaisessa ja pohjoismaisessa hyvinvointikeskustelussa. Allardt julkaisi hyvinvoinnin ulottuvuuksia

käsittävän artikkelin englannin kielellä myöhemmin 1990-luvulla, jonka jälkeen teoria on saanut jalansijaa enemmän kansainvälisessä hyvinvointikeskustelussa. Allardtin tutkimuksen kansainvälinen maine ei perustu siinä raportoituihin tuloksiin Pohjoismaiden välisestä hyvinvointivertailusta, vaan tutkimuksen tärkein vaikutus hyvinvointikeskustelussa on hyvinvoinnin ulottuvuuksien kolmijako: *having, loving, being*. (Uusitalo & Simpura 2022, 60.) Allardtin hyvinvointiteoria eri ulottuvuuksineen ja niiden osatekijöineen on vielä nykyäänkin relevantti näkökulma hyvinvoinnin tutkimiseen. Erik Allardtin hyvinvointiteoriasta ja kolmijaon toimivuudesta on aika ajoin käyty keskustelua muun muassa siitä näkökulmasta, että olisiko malli toimivampi, jos se sisältäisi Allardtin itsensäkin pohtiman neljännen *doing*-ulottuvuuden (Martela 2022). Neljäs ulottuvuus ei sinänsä toisi välttämättä mitään uutta hyvinvoinnin osatekijää, vaan niiden jaottelu olisi hieman erilainen Allardtin alkuperäiseen malliin verrattuna.

Erik Allardtin hyvinvointiteoriassa ihmisen hyvinvointi muodostuu useiden eri ulottuvuuksien kautta ja ulottuvuudet rakentuvat erilaisten osatekijöiden varaan. Ihmisen kokemat perustarpeet ovat hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijöiden pohjana. Hyvinvoinnin astetta selittää se, kuinka hyvin tarpeet tulevat tyydyttyiksi. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavia osatekijöitä voidaan myös asettaa tärkeysjärjestykseen. Amerikkalaisen psykologin Abraham Maslow'n yleisesti tunnettu tarvehierarkia on vaikuttanut hyvinvointiteorian muodostumiseen. Vaikka tietyt osatekijät ovat toisia tärkeämpiä hyvinvoinnin muodostumisessa, niin ensisijaisuusasteikolla matalammalla olevat tarpeet ovat silti yksilön hyvinvoinnin muodostumisen kannalta merkityksellisiä tekijöitä. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat osatekijät ovat osittain toisiinsa kietoutuneita, koska ne voivat vaikuttaa toinen toisiinsa. Jotkin osatekijät voivat esimerkiksi olla mahdollistamassa toisen osatekijän saavuttamista. Hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijät on mahdollista nähdä resursseina, joilla ihminen täyttää henkilökohtaisia tarpeitaan. Hyvinvoinnin osatekijät rakentuvat näin ihmisten kokeminen tarpeiden kautta. (Allardt 1976; 1998.)

Osa ihmisen tarpeista ovat universaaleja ollen kaikille samoja, kuten ihmisen perustarpeet ravinnosta, nesteestä ja lämmöstä. On kuitenkin olemassa myös subjektiivisia asioita, joiden tarpeen eri henkilöt voivat tuntea eri tavoin. Lisäksi tarpeiden tasot voivat vaihdella eri henkilöiden välillä. Yksittäisen ihmisen hyvinvointia tarkastellessa on tärkeää tiedostaa, että henkilö voi kokea hyvinvointia, vaikka tilanne näyttäytyisi ulkopuolisen silmin tarkasteltuna toiselta. Ja tilanne voi olla myös päinvastainen.

3.3 Elintaso

Ihmisen hyvinvoinnin perustana pidetään elintason-ulottuvuutta. Elintason osatekijät ovat ilmaisemassa sitä, mitä ihmiset taustoista ja elämäntilasta riippumatta tarvitsevat elämäänsä. Esimerkiksi turvallisuus, terveys, tulotaso ja asunto-olot ovat osatekijöinä hyvinvoinnin muodostumisessa elintason ulottuvuudessa. Ihmisten fysiologiset tarpeet toimivat elintason-ulottuvuuden lähtökohtana. Hyvinvointia on tärkeä tutkia tarpeiden ohella myös resursien kautta. Tällöin tarkastelun ja arvioinnin kohteena ovat henkilön käytettävissä olevat resurssit, jotka mahdollistavat tarpeiden täyttämisen. Ihmisen tulotaso voidaan nähdä resursina, joka on mahdollistamassa fysiologisten tarpeiden, kuten ravinnon tarpeen täyttämisen. (Allardt 1976, 39–42, 50.)

Terveys, koulutus, työllisyys, tulotaso, asuinolosuhteet ja turvallisuus ovat kaikki elintason ulottuvuuden osatekijöitä. Elintason osatekijöiden vaikutukset toisten osatekijöiden täyttämiseksi ovat merkittävämpiä kuin muissa ulottuvuuksissa olevien osatekijöiden väliset yhteydet. Terveys ja koulutus vaikuttavat yksilön mahdollisuuksiin tulonhankinnassa ja tuloilla taas on vaikutusta parempien ja turvallisempien asuinolosuhteiden hankinnassa. Hyvät tulot tai asuinolosuhteet eivät kuitenkaan ole tae siitä, että henkilön asuinolosuhteet olisivat hyvinvointia tukevat tai että hän kokisi turvallisuuden tunnetta. Elintason osatekijöiden matalat tasot vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja sosiaaliseen organisaatioon (Allardt 1976, 41). Heikko turvallisuuden taso voi esimerkiksi vaikuttaa henkilön pelokkaaseen ja varovaiseen käyttäytymiseen ihmissuhteissa. Omaisen mielenterveys- ja päihdeongelmilla voi oletettavasti olla vaikutusta henkilön kokemaan turvallisuuden tunteeseen. Elintason ulottuvuuden osatekijöistä tulotasolla ja terveydellä on oletettavasti vaikutusta myös muiden ulottuvuuksien osatekijöiden täyttämiseen. Esimerkiksi fyysinen rajoite tai pienet tulot voivat vaikuttaa harrastus- ja vapaa-ajan mahdollisuuksiin.

Ravinto, neste ja lämpö ovat elintason osatekijöitä ja perustarpeita, joilla kaikilla on olemassa tietty minimitaso, jonka saavuttaminen on ylipäätään elämän edellytys. Elintason ulottuvuudessa osatekijät kertovat siitä, mitä jokainen ihminen tarvitsee oman hyvinvointinsa turvaamiseksi. (Allardt 1976, 40.) Hyvinvoinnin kannalta minimitason ylittäminen ei välttämättä tuota lisää hyvinvointia loputtomiin, mutta esimerkiksi tulotason nousu alarajalta ylemmäs voi vaikuttaa johonkin rajaan saakka henkilön hyvinvointiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmat oletettavasti aiheuttavat haasteita työelämässä ja rahankäytössä.

Perheenjäsenten perustarpeiden täytyminen voi olla haasteellista, jos käytettävät rahavarat kuluvat päihteisiin.

Allardtin (1976) mukaan koulutus ja työllisyys ovat välttämättömiä elintason turvaamiseksi. Ainakaan Suomen kaltaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa yksilön kannalta väite ei pidä paikkaansa. Hyvinvointiyhteiskunnassa pidetään huolta heikompiosaisista, kuten sairaista tai työttömistä. Työttömyysturva, sairauslomakorvaukset ja eläkkeet turvaavat hyvinvointiyhteiskunnassa kaikkien perustoimeentulon ja mahdollistavat perustarpeiden täyttämisen. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla yhteiskunnan tuet ovat näin turvaamassa muuten uhan alla olevaa tulovirtaa. Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna koko kansan yleinen koulutustaso ja työllisyyden taso ovat kuitenkin mahdollistamassa juuri edellä mainittujen etuuksien olemassaoloa suurempien verotulojen kautta.

3.4 Yhteisyysuhteet

Yhteisyysuhteiden ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisten hyvinvointiin vaikuttavia ihmisuhteiden verkostoa. Suurin osa ihmisistä kokee tarvetta kuulua osaksi sosiaalisten suhteiden verkostoa. Hyvinvointia syntyy yhteisyyden toteutuessa toisiin ihmisiin. Hyvällä yhteisyydellä tarkoitetaan suhdetta, joka on symmetrinen. Symmetrisessä suhteessa suhteen osapuolet sekä antavat oman panoksensa siihen että saavat suhteesta itse tarvitsemiaan asioita. (Allardt 1976, 43.) Ihmissuhteet luovat suojaa ja tukea henkilön elämään (Allardt 1998, 42). Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat oletettavasti vaikuttaa läheissuhteisiin. Ongelmat voivat järjestyttää suhteen symmetrisyyttä ja vaikuttaa suhteen tuottamaan turvallisuuteen. Yhteisyysuhteiden luomaa hyvinvointia voisikin olla tarkoituksenmukaista tutkia subjektiivisten mittareiden avulla, koska suhteet voivat huonosti toimiessaan olla rajoittamassa hyvinvoinnin kokemuksia ja saada aikaan onnettomuutta.

Yhteisyysuhteet-ulottuvuuden osatekijöinä oli Allardtin (1976) alkuperäisen määritelmän mukaisesti paikallisyhteisyys, perheyhteisyys ja ystävyysuhteet. Myöhemmin ulottuvuuteen on laskettu osatekijöiksi aiemmin mainittujen lisäksi muun muassa työyhteisöt, vähemmistöryhmät, uskontokunnat ja poliittiset ryhmät. Näiden on nähty olevan ympäristöjä, joissa luodut sosiaaliset kontaktit ovat merkittäviä ihmisen elämässä. (Allardt 1998, 43.) Mielenterveys- ja päihdeomaisilla läheisen sairauden voi nähdä vaikuttavan etenkin

perheyhteisyyteen, johon lasketaan kuuluvaksi parisuhteet, lapsen ja vanhemman väliset suhteet, sisarusuhteet ja muut läheiset sukulaisuussuhteet. Läheisen sairauden aiheuttamat tunteet voivat oletettavasti vaikuttaa myös muissa ulottuvuuden osatekijöissä, kuten ystävyysuhteissa ja työyhteisön ihmissuhteissa.

Rakkauden puute on yksi pahoinvointia lisäävä tekijä. Vaikka ihmisellä olisi hyvät tulot ja asuinolosuhteet, niin ihminen yleensä tarvitsee rakkautta ja välittämistä muiden ihmisten kautta voidakseen itse hyvin. Suurimmalle osalle ihmisistä on tarve hellille suhteille. Kuten muissakin suhteissa symmetrisyys on edellytyksenä myös rakkaussuhteissa. Symmetrisessä rakkaussuhteessa molemmat osapuolet sekä saavat että antavat rakkautta ja huolenpitoa tasapuolisesti. Ymmärrys toisesta, empatia ja yhteinen kieli ovat suhteen toimivuuden edellytyksiä. (Allardt 1976, 43–46.) Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat suhteissa luoda esteitä ja uhkaa symmetrisyydelle. Kuitenkaan ne eivät automaattisesti ole este toimivalle ja molempia palvelevalle ihmissuhteelle, jossa osapuolet voivat kokea molemminpuolista rakkautta ja huolenpitoa.

3.5 Itsensä toteuttaminen

Kolmas Allardtin muodostelema hyvinvoinnin ulottuvuus on itsensä toteuttaminen. Ulottuvuus pitää sisällään enemmän kuin vain suomenkielisen käännöksen sananmukaisen itsensä toteuttamisen. Ulottuvuuteen sisältyy osatekijöinä arvonanto, korvaamattomuus, poliittiset resurssit, vapaa-ajan toiminnan ja harrastusten mahdollisuudet ja luonnosta saatavat elämykset. Arvonanto hyvinvoinnin osatekijänä tarkoittaa ihmisen saamaa tunnustusta ja kunnioitusta omista tekemisistä. Ihmiselle tuottaa hyvinvointia omasta tekemisestä saatu arvostus. Korvaamattomuudella tarkoitetaan sitä, että henkilö on hankalasti vaihdettavissa tai häntä on mahdotonta vaihtaa toiseen henkilöön. Kokemus siitä, että on hankalasti korvattavissa voi tuottaa hyvinvointia. Poliittinen resurssi viittaa osatekijänä henkilön omakohtaisiin mahdollisuuksiin vaikuttaa oman elämän kulkuun. Itsensä toteuttamisen ulottuvuus käsittää kietytetysti ihmisen tarpeen itsensä toteuttamisesta, identiteetin muodostamisesta ja sen ylläpidosta. (Allardt 1976, 47–48; 1998; 45–46.)

Yleisesti mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat henkilön käytökseen ja sen myötä niillä on väistämättä vaikutuksia myös läheisten elämään. On oletettavaa, että ongelmat

vaikuttavat jollain tasolla läheisten mahdollisuuksiin vaikuttaa oman elämänsä kulkuun ja vapaa-ajan käyttöön. Toisaalta ongelmat voivat myös tuottaa hyvinvointia synnyttämällä läheisissä korvaamattomuuden tunnetta, jolloin läheinen tuntee itsensä tärkeäksi ja voi saada arvontoa ympäröivältä yhteisöltä tai lähipiiriltä omasta toiminnastaan sairaan omaisena.

Ihminen luo omalla toiminnallaan erilaisissa vapaa-ajan toiminnoissa, harrastuksissa ja yhdistyksissä sosiaalisia yhteyksiä toisiin ihmisiin. Ihmisen sosiaalisella passiivisuudella ja toiminnan puutteella on selvä yhteys ja yhteisyys on tärkeä resurssi, joka myötävaikuttaa muiden hyvinvointiin vaikuttavien osatekijöiden saavuttamisen. (Allardt 1976, 43, 48.) Yhteisöt ja yhteisyys niissä vaikuttavien ihmisten kanssa voivat vaikuttaa merkittävästi yksilön identiteetin rakentumiseen ja sen ylläpitoon (Allardt 1998, 43). Mielenterveys- tai päihdeomaisilla voi olla vaarana identiteetin rakentuminen jossain määrin omaisen ongelman varaan. Esimerkiksi lapsi voi ajatella olevan identiteetiltään alkoholistin lapsi tai aikuinen voi nähdä itsensä mielenterveyspotilaan puolisona.

3.6 Hyvinvoinnin subjektiivinen ja objektiivinen tarkastelu

Hyvän elämän osa-alueista hyvinvointi nähdään enemmän objektiivisena kategoriana kuin onnellisuus, joka mielletään liittyvän ihmisen subjektiivisiin elämyksiin ja tunteisiin (Allardt 1976, 32). Vaikka hyvinvointi määritellään usein objektiivisuuden kautta, niin yksilön hyvinvointia on mahdollista tarkastella myös subjektiivisesti. Hyvinvointia objektiivisesti tarkasteltuna sitä mitataan tiettyjen mittarien avulla, kun taas subjektiivisesti tulkittuna sitä arvioidaan yksilön tyytymättömyyden ja tyytyväisyyden, onnettomuuden ja onnellisuuden tai muiden omakohtaisten tunteiden ja kokemusten kautta. (Allardt 1998, 39–41.) Jos hyvinvointia tutkitaan vain objektiivisesti, niin virheiden mahdollisuus kasvaa. Esimerkiksi ihmisen elintaso voi olla objektiivisesti tarkasteltuna heikko, mutta sama yksilö voi silti kokea tyytyväisyyttä omaan elintasoonsa ja kokea sen omaa hyvinvointia tukevana. Tai vastaavasti toisinpäin.

Objektiivisesti elintason ulottuvuutta arvioitaessa mittareina käytetään esimerkiksi ihmisen tulotasoa ja terveyttä. Subjektiivisesti tarkasteltaessa mittareina ovat ihmisen oma tyytyväisyys tai tyytymättömyys kyseisiä osatekijöitä kohtaan. Yhteisyyssuhteiden ulottuvuuden objektiivista tasoa mitattaessa tarkastelun kohteena voi olla esimerkiksi ystävien lukumäärä tai

kontaktien määrä työyhteisössä. Subjektiiivisesti tarkasteltuna hyvinvoinnin yhteisyyssuhteiden ulottuvuuden indikaattoreina on yksilön yhteisyyteen liittyvät onnellisuuden ja onnettomuuden elämykset. Objektiiivisesti itsensä toteuttamisen ulottuvuutta mitattaessa indikaattoreina voivat olla aktiiviset harrastukset ja korvaamattomuus työssä. Subjektiiivisesti tarkasteltaessa mittareina ovat yksilön omat kokemukset itsensä toteuttamisen mahdollisuuksista ja sen toteutumisesta. (Allardt 1998, 40–41.) On mahdollista, että mielenterveys- tai päihdeomaisen läheissuhde voi objektiiivisesti mitaten näyttäytyä hyvinvointia tukevana, mutta yksilön subjektiiivinen kokemus voi olla silti päinvastoin hyvinvointia estävä tekijä.

Aiempi hyvinvointitutkimus ja sen moninaisuus huomioon ottaen on selvää ja yksiselitteistä, että hyvinvoinnin tarkastelussa on tärkeää ottaa huomioon kokonaisuus, eikä vain keskittyä kapeakatseisesti esimerkiksi terveyteen, talouteen tai ihmissuhteiden määrään. Hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien huomioimisen kautta on mahdollista saada kokonaisvaltainen kuva yksilön hyvinvoinnista. Kokonaiskuvan kannalta sekä ennalta asetettujen mittarien mukaan rakentuva objektiiivinen näkökulma että yksilön oma subjektiiivinen näkökulma ovat merkityksellisiä.

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen tutkimuskysymykset, tutkimuksessa käytettävän aineiston ja aineiston teorialähtöisen analysointiprosessin. Pohdin analysoinnin kohteena olevan aineiston ja menetelmien soveltuvuutta tässä tutkimuksessa. Lisäksi pohdin tutkimuseettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät yleisesti laadullisen tutkimuksen tekoon ja tutkimuksen tekoon sosiaalityön ilmiöiden parissa sekä pohdin niitä suhteutettuna tämän tutkimuksen eri vaiheisiin. Lisäksi arvioin tutkimuksen luotettavuutta eri käsitteiden kautta.

4.1 Tutkimustehtävä

Tutkimuksen aiheena on mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvointi. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, miten mielenterveys- ja päihdeomaiset kertovat läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmien vaikutuksista omaan hyvinvointiin. Hyvinvointia tarkastelen ja arvioin Erik Allardtin muodostaman hyvinvoinnin ulottuvuuksien ja niiden osatekijöiden kautta. Lisäksi tehtävänä on kuvata, miten mielenterveys- ja päihdeomaiset kertovat läheissuhteen rajaamisen vaikutuksesta omaan hyvinvointiinsa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikutuksista sekä läheissuhteen rajaamisen vaikutuksista läheisten hyvinvoinnille ja samalla tehdä mielenterveys- ja päihdeomaisten osa, heidän tarpeensa ja mahdolliset yhteiskunnalliset kehityksen paikat paremmin näkyviksi.

4.2 Aineisto

Tutkimuksen aineistona on Joel Kallion keräämä kirjoitusaineisto *Kokemuksia läheissuhteiden rajaamisesta mielenterveys- ja päihdeomaisten selviytymiskeinona 2023–2024*, joka on saatu käytettäväksi tutkimuskäyttöä ja pro gradu -tutkielmaa varten Yhteiskuntatieteellisestä tietoarkistosta. Aineisto on alun perin kerätty Kallion (2024) yhteiskuntatieteiden pro gradu -tutkielmaa varten, jossa Kallio tarkastelee läheissuhteen rajaamista mielenterveys- ja päihdeomaisten selviytymiskeinona. Aineisto on kerätty yhteistyössä Mielenterveystyö Pirkanmaa – FinFami Ry:n kanssa. Kirjoituskutsu on lähetetty sähköpostitse Pirkanmaan FinFamin jäsenistölle sekä sitä on jaettu FinFamin sosiaalisen median kanavilla ja yhdistyksen

internet-sivuilla, ja Kallio on jakanut kutsua lisäksi omilla sosiaalisen median kanavillaan. Aineisto on kerätty marraskuun 2023 ja tammikuun 2024 välisenä aikana. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2024.)

Kirjotusohjeessa kirjoittajia pyydettiin vapaamuotoisesti kertomaan mielenterveysongelmien tai riippuvuuden vaikutuksista omaan elämään, läheissuhteen rajaamisesta ja siihen liittyvistä tunteista ja haasteista sekä rajaamisen vaikutuksesta hyvinvointiin, jaksamiseen ja ihmissuhteisiin. Aineiston keräämisen päätavoitteena on ollut tuottaa kokemustietoa läheissuhteen rajaamisesta mielenterveys- ja päihdeomaisten selviytymiskeinona. Kallion pro gradu -tutkielmassa aineisto käsitti kaikkiaan 33 omaisten tuottamaa kirjoitusta, mutta kaikki vastaajat eivät antaneet lupaa omien kirjoitustensa arkistointiin ja jatkotutkimuskäyttöön. Tästä syystä tämän tutkimuksen aineisto on hieman suppeampi ja käsittää 27 mielenterveys- tai päihdeomaisen kirjoitusta läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmien vaikutuksista omaan elämään.

Vaikka aineiston keräämisessä mielenkiinto ja painopiste on ollut läheissuhteen rajaamisessa, niin kirjoitusohjeen ensimmäinen kysymys; *miten läheisen mielenterveysongelma tai riippuvuus on vaikuttanut elämääsi?* ohjaa vastaajia tuottamaan kokemustietoa mielenterveysongelmien tai riippuvuuksien vaikutuksista läheisen elämään. Kyseisen kysymyksenasettelun ja aineiston sisällön perusteella aineisto on tarkoituksenmukainen mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvoinnin tutkimiseen. Lisäksi läheissuhteen rajaamisen osalta kirjoituskutsussa kysyttiin muun muassa seuraavat kysymykset; *millä tavoin rajaaminen on näkynyt omassa elämässäsi (tunteet, oma hyvinvointi)? ja millä tavoin läheissuhteen rajaaminen on tukenut omaa jaksamistasi?* Edellä mainittujen kysymysten ohjaamana omaiset ovat tuottaneet aineistoon runsaasti tietoa ilmiön hyvinvointivaikutuksista.

4.3 Teorialähtöinen analyysi ja toteutus

Narratiivinen eli kerronnallinen tutkimus on mitä tahansa tutkimusta, jossa käytetään tai analysoidaan narratiivisia materiaaleja. Toisin sanoen se kiinnittää huomion kertomuksiin ja kertomiseen tiedon tuottajana ja välittäjänä. (Lieblich ym. 1998, 2; Heikkinen 2015, 151.) Narratiivinen materiaali on tarinan muodossa kerättyä dataa ja se voi olla esimerkiksi haastattelu tai kirjallinen työ. (Lieblich ym. 1998, 2.) Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto on

narratiivinen, sillä se koostuu mielenterveys- ja päihdeomaisten vapaamuotoisista kertomuksista omasta elämästä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, miten vastaajat kertovat läheisen mielenterveys- ja päihdeongelmien ja läheissuhteen rajaamisen vaikutuksista omaan hyvinvointiinsa.

Tutkimuksen ja kertomuksen välisen suhteen voi hahmottaa kahdesta eri päänäkökulmasta. Tutkimuksessa usein käytetään aineistona kertomuksia ja toisaalta tutkimus voidaan nähdä maailmasta tuotetuksi kertomukseksi. Kertomukset ja tarinat ovat keskeisiä narratiivisuuden käsitteitä. Tarina on kertomuksen tapahtumarakenne ja kertomus on taas tapa, jolla tarina esitetään. (Heikkinen 2015, 151–152.) Tässä tutkimuksessa aineistomateriaalina ovat omaisten kertomukset ja itse tutkimus kokonaisuutena on kertomus, jolla kerrotaan tarinaa mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvoinnista.

Narratiivisessa tarkastelussa muodostetaan usein aineiston perusteella ilmiöstä tyyppikertomuksia, joita voidaan nimittää esimerkiksi sisältöselostuksiksi tai juonitiivistelmiksi. Näiden tyyppikertomusten perusteella on mahdollista muodostaa uusi perustarina, joka kuvaa aineiston kokonaisuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä tutkimuksessa muodostan ilmiöstä aineiston ja teorian avulla eräänlaisia sisältöselostuksia. Tässä tutkimuksessa sisältöselostukset ovat Erik Allardtin teorian ohjaamana hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijöitä, joita aineistosta tehtävät lainaukset ja poiminnat tukevat ja perustelevat. Tässä tutkimuksessa kyseisistä sisältöselostuksista ei ole tarkoitus muodostaa uutta ilmiötä kuvaavaa perustarinaa, vaan ne ovat osa hyvinvoinnin kokonaisuutta. Analyysin tulosten raportointi on enemmän ilmiötä teorian kautta kuvailevaa kuin kokonaan uuden tarinan muodostamista.

Ihmiset ovat luonnostaan tarinankertojia ja tarinat esittävät tarinankertojan sisäistä todellisuutta ulkopuoliselle maailmalle (Lieblich ym. 1998, 7). Kertomusten avulla kokemukset sanoitetaan ymmärrettäviksi ja kertomus on itsessään tietämisen muoto. Lisäksi kertomuksissa ilmenee ihmisille merkitykselliset ja tärkeät asiat, sillä sen mikä tulee kerrotuksi, on oltava riittävän merkityksellistä. (Salo 2008, 83, 85.) Näistä syistä tarinoiden ja kertomusten käyttö on ihmisen kokemuksia ja ilmiötä tutkittaessa perusteltua ja tehokasta. Tarinoiden kautta mielenterveys- ja päihdeongelmat tulevat ulkopuolisille ymmärrettävämmiksi ja näkyväksi, sillä ulkoapäin tarkastelevalle omaisten elämä voi näyttää normaalilta ja tasapainoiselta, vaikka todellisuus olisi aivan toinen. Todellisuus voi olla usein piilossa ja

näkymätöntä, sillä omaiset voivat salata perheessä esiintyviä sekä mielenterveys- että päihdeongelmia ulkopuolisilta (Jähi 2001, 59–60).

Laadullisessa tutkimuksessa teoria voi olla apuväline, joka mahdollistaa tulkintojen tekemisen tutkimusaineistosta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kun tutkimuksen analyysi pohjautuu johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai ajatteluun, niin kyseessä on teorialähtöinen analyysi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Tämä tutkimus pohjautuu vahvasti Erik Allardtin teoriaan ja hyvinvointiajatteluun ja on siten narratiivista aineistoa hyödyntävä teorialähtöinen tutkimus.

Teorialähtöisessä tutkimuksessa teoria on ohjaamassa ja määrittämässä koko tutkimuksen tekoa sen jokaisessa vaiheessa. Yleensä myös aineisto on teorialähtöisesti kerättyä. Teoriaohjaavassa analyysissä aineiston analyysi tehdään osittain aineistolähtöisesti ilman teoriaa ja osittain teoria ohjaamana. Teoriaohjaavassa tutkimuksessa aineiston keruu on teorioilta vapaata. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 111–112.) Aineiston muodostuminen ja kirjoittamista ohjaavat kysymykset ovat tässä tutkimuksessa olleet suhteellisen vapaita, eikä aineiston keruuta ole ohjannut ennalta mikään teoria. Tämä puoltaisi teoriaohjaavan analyysimuodon valintaa. Kuitenkin Erik Allardtin hyvinvointiteoria on ollut määrittämässä analyysirunkoani ja tehtävää tulkintaa alusta alkaen, joten tutkimukseni paikantuu lähemmäksi teorialähtöistä kuin teoriaohjaavaa.

Ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on analyysirungon tai analyysimatriisin muodostaminen. Kyseinen analyysirunko tai matriisi eivät perustu tutkimuksen tekijän ajatuksiin tai aineiston sisältöön, vaan ne perustuvat aikaisempaan tutkimustietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 131; Elo ym. 2022, 222.) Aineiston analyysia ohjaavat hyvinvoinnin ulottuvuuksien kategoriat ja niiden sisällä olevat yksittäiset tekijät. Erik Allardtin hyvinvointiteoria on siten tämän laadullisen tutkimuksen apuväline, joka mahdollistaa ja ohjaa tulkintojen tekemistä aineistosta. Tämän tutkimuksen liitteenä (Liite 1) on visuaalinen malli analyysirungosta, jonka mukaisesti analyysi on toteutettu.

Laadullisen tutkimuksen aineisto käydään aluksi huolellisesti läpi ja merkitään ne asiat, jotka sisältyvät omaan kiinnostukseen. Tätä kutsutaan myös koodaamiseksi. Muu aineiston sisältö jätetään tutkimuksesta pois. Koodaamisen tarkoituksena on toimia tekstin kuvailun apuvälineenä ja sen avulla jäsennetään sitä, mitä aineistossa käsitellään. (Tuomi & Sarajärvi 2018,

104–105.) Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteenani on mielenterveys- ja päihdeomaisten hyvinvointi ja etsin aineistosta kohtia, jotka mielestäni kuvasivat omaisten hyvinvointia. Aineistosta pois jätettäviä asioita olivat ne osat, jotka eivät kertoneet hyvinvoinnista.

Koodaamisen jälkeen tutkimuksessa luokitellaan, teemoitetaan ja tyypitellään aineisto (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105–107) tai toisin sanoen poimitaan aineistosta analyysirunkoon kaikki ne kohdat, jotka siihen kuuluvat (Elo ym. 2022, 222). On mahdollista, että aineistosta nousee kohtia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen, mutta eivät sovi teorian pohjalta muodostettuun analyysirunkoon. Nämä tekijät kootaan omaksi listakseen ja niille tehdään aineistolähtöisen analyysin mukainen luokittelu. Näin saatu tulos voi laajentaa jo olemassa olevaa teoriaa. (Elo ym. 2022, 222–223.) Käytännössä esitin analyysissä aineistolle tarkempia hyvinvoinnin osatekijöitä koskevia kysymyksiä, jotka ohjasivat poimimaan koodauksessa merkityt aineiston osat oikeisiin luokkiin. Analyysirungossa (Liite 1) pääluokkina ovat kolme hyvinvoinnin ulottuvuutta, yläluokkina hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijät ja alaluokkina osatekijöitä selittävät tekijät, esimerkiksi elintaso-pääluokan turvallisuus-yläluokkaa selittävinä tekijöinä ovat pelon kokemukset ja fyysinen väkivalta. Analyysirungossa alaluokkien alle poimin nostoja aineistosta, jotka kuvaavat osatekijöitä selittäviä tekijöitä. Kaikista osatekijöistä ei erikseen ole alaluokkia, vaan aineistonostot kuvaavat suoraan yläluokkaa.

Analyysin jälkeen seuraa tulosten raportointi. Sisällönanalyysissä tulosten raportointi aloitetaan muodostettujen pääluokkien ohjaamana. Tulososion otsikoinnin voi muodostaa pääluokkien varaan ja alaotsikot taas alaluokkien pohjalle. (Elo ym. 2022, 223.) Erik Allardtin hyvinvointiteorian ohjaamana pääluokkina sekä tulososion alaotsikoina ovat hyvinvoinnin eri ulottuvuudet. Alempitasoista otsikointia en käytä, koska osa ylä- ja alaluokista jäisi liian suppeaksi ja tekstistä tulisi rikkonaista. Jokainen ulottuvuuksien yksittäinen osatekijä ei esiinny tutkimuksessa käytetyssä aineistossa, joten näitä puuttuvia osatekijöitä ei luonnollisesti tulososiossa käsitellä. Tulososion käytän hyvinvointivaikutusten havainnollistamiseksi alkuperäisiä lainauksia aineistosta.

4.4 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus ja sen tuottamat tulokset ovat eettisesti hyväksyttäviä ja luotettavia vain silloin kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Peruseriaatteita hyvässä tieteellisessä käytännössä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (TENK 2024.)

Traumaattisia elämäntapahtumia tutkiessa kysymyksenasetteluun liittyy eettistä pohdintaa. Kysymyksenasettelussa tutkija rajaa sitä, millaisia tarinoita hän tutkijana haluaa kuulla ja välittää. Kysymysten tulee olla riittävän väljiä, jotta ne sallivat vastaajien sanoittaa asiakokonaisuutta monista ulottuvuuksista, mutta silti niin tarkka, että tutkimuskysymyksiin on mahdollista vastata. (Laitinen & Uusitalo 2008, 118.) Aineistonkeruussa vastaajien kirjoittamia tarinoita ohjasivat muun muassa kysymyslomakkeen seuraavat kysymykset; *Miten läheisen mielenterveysongelma tai riippuvuus on vaikuttanut elämääsi? Millä tavoin rajaaminen on näkynyt omassa elämässäsi (tunteet, oma hyvinvointi)?* Kysymysten voi arvioida olevan riittävän väljiä, eivätkä ne rajaa liikaa sitä, mitä vastaajat ilmiöstä kertovat. Samalla ne ovat riittävän tarkkoja, että ne tuottavat tuloksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskohteena on ollut pääasiassa henkilöt, jotka ovat jollain lailla kytköksissä Pirkanmaan mielenterveysomaisten FinFami -järjestöön. Oletettavasti vastaajat kertovat ilmiön negatiivisista vaikutuksista, eikä vastausten joukossa ole vastaajia, joilla ilmiön vaikutus omaan elämään olisi vähäinen. Tutkimuksella haluan tuoda esille ilmiöiden moninaisia vaikutuksia omaisten elämään ja tutkimuskohteen valinnalla ja kysymyksenasettelulla se on mahdollista, vaikkakaan aineisto ei ole itseni keräämää. Teorialähtöinen aineistonkeruutapa ei välttämättä olisi ollut riittävän väljä tunnistamaan kaikkia ilmiöön liittyviä näkökulmia, joten on hyvä, että aineistonkeruu on toteutettu vapaasti.

Ihmisoikeudet muodostavat eettisen perustan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoiseen suostumukseen. Suostumuksen voi perua missä vaiheessa vain, joko tutkimuksen aikana tai sen jälkeen. Antaessaan suostumusta tutkijan on varmistettava, että osallistuja ymmärtää suostumuksen merkityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156.) Tämän tutkimuksen aineisto koostuu kirjoituksista, joiden kirjoittajat ovat antaneet luvan kirjoitusten arkistointiin ja niiden käyttämisen tutkimus-, opetus- ja opiskelukäyttöön. Luvan antaneiden voidaan olettaa ymmärtäneen, että annettuja vastauksia käytetään myös muuhun tutkimukseen kuin mitä varten ne on alun perin kerätty.

Tärkeä osa tutkimukseen osallistuvien suojaan on heidän oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Osallistumisen ei pidä aiheuttaa vastaajille vahinkoa. Lisäksi tutkimuksessa saatavat tiedot ovat luottamuksellisia ja osallistujat saavat halutessaan olla nimettömiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156.) Edellisessä kappaleessa mainittu vapaaehtoinen suostumus turvaa osallistujien hyvinvointia. Kirjoituskutsussa osallistujia tavoiteltiin verkkosivujen kautta ja osallistuja on voinut käyttää omaa harkintaansa, osallistuuko hän tutkimukseen, ja osallistuessaankin on voinut päättää, minkä verran omista kokemuksistaan kirjoittaa. Osallistuminen on voinut olla jopa henkilön hyvinvointia tukevaa, kun on kirjoittamalla purkanut omia tuntemuksiaan. Tutkimukseen osallistuneet ovat vastanneet nimettömästi, eikä kirjoituksista tai tämän tutkimuksen tuloksista voi saada selville osallistujan henkilöllisyyttä. Osallistujien henkilöllisyydet eivät ole tutkimusaineiston kerääjän tiedossa.

Yleensä metodikirjallisuudessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuin tarkasti mittari mittaa sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tuloksiin eivät vaikuta mitkään satunnaistekijät, kuten tutkija itse tai mittausolosuhteet (Heikkinen 2015, 163). Laadullisessa tutkimuksessa validiteetin ja reliabiliteetin asema on kuitenkin heikompi kuin määrällisessä tutkimuksessa, jossa kyseiset käsitteet ovat alun perin syntyneet ja muodostuneet (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160–161). Yleisesti laadullisen tutkimuksen tekijät ovat kiinnostuneita ilmiöiden syvällisestä ymmärtämisestä sen sijaan, että tutkimuksella pyrittäisiin yksittäiseen totuuteen tai yleistettävyyteen (Patton 2002, 577–582). Myös tässä laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ilmiön kuvailu, eivätkä tarkat ja ainoan totuuden sisältämät tulokset. Mittarin tai analyysin avulla on oletettavasti mahdollista kuvata omaisten hyvinvointia totuudenmukaisesti. Minä tutkijana tarkastelen ilmiötä omasta kokemusmaailmasta ja teoriasta käsin ja on mahdollista, että toinen tutkija voi tulkita aineistoa eri tavoin ja siten saada aikaan hieman eri asioita painottavia tuloksia.

Yvonna Lincoln ja Egon Guba (1985) ovat hahmotelleet laadulliselle tutkimukselle omat arviointi kriteerit, joita on myöhemmin suositeltu käyttämään tutkimuksissa, joissa menetelmänä on sisällönanalyysi (Bengtsson 2016). Lincoln ja Guba loivat uskottavuuden (credibility), luotettavuuden (dependability), siirrettävyyden (transferability) ja vahvistettavuuden (confirmability) käsitteet laadullisen tutkimuksen arviointia varten. Englanninkielisille termeille ei ole määritetty yksiselitteisiä suomenkielisiä vastineita, vaan kunkin kutakin

käsitettä on hahmotettu suomenkielisessä tutkimuskirjallisuudessa hieman eri sanoin ja tavoin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 161–163). Käyn seuraavaksi läpi kyseiset käsitteet lukuun ottamatta vahvistettavuuden käsitettä, jolla tarkoitetaan auditointiprosessia, jossa ulkopuolinen henkilö arvioi tutkimuksen prosessit ja toteutuksen (Lincoln & Guba 1985). Pro gradu -tutkielmassa tämän kaltainen auditointiprosessi ei ole tarpeellinen.

Uskottavuuden (credibility) käsitteellä viitataan tutkimusprosessiin eli sen selvittämiseen, miten aineisto ja analyysimenetelmät ovat toteutettu, ja sen varmistamiseen, että mitään olennaisia tietoja ei ole jätetty pois (Bengtsson 2016). Kirjallisuudessa uskottavuutta on käsitelty myös sen kautta, että vastaavatko tutkijan tuottamat tulokset tutkittavien todellisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165). Tutkimukseen sitoutuminen, jatkuva havainnointi, vertaiskeskustelu ja vastaajien tekemä tulosten tarkastus ovat esimerkkejä tekijöistä, jotka lisäävät tutkimuksen uskottavuutta (Lincoln & Guba 1985). Riittävä aika on yleisestikin laadullisen tutkimuksen perusvaatimus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165). Olen tähän tutkimukseen varannut runsaasti aikaa sen jokaiseen vaiheeseen. Ilmiön ja teorian taustoitus aiemman tutkimuksen avulla kesti yli kaksi kuukautta. Analyysivaiheeseen ja tulosten raportointiin käytin aikaa noin kaksi kuukautta, mikä on aineiston laajuus huomioiden riittävä aika, jotta aineistosta oli mahdollista löytää kaikki olennaiset tiedot. Lisäksi vertaiskeskustelua tutkimuksen teon eri vaiheista kävin säännöllisesti opiskelutovereiden kanssa. Tuloksia ei ole ollut mahdollista tarkastuttaa kirjoitusten kirjoittajilla, koska heidän henkilöllisyytensä ei ole tiedossani. Analyysimenetelmän valinta vahvistaa tutkimukseni uskottavuutta, sillä sisällönanalyysin on todettu olevan suhteellisen yksinkertainen laadullisen analyysin metodi, jonka toteuttaminen laadukkaalla tavalla on suhteellisen helppoa aloittelevallekin tutkijalle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 145).

Luotettavuuden (dependability) käsite viittaa osaltaan pysyvyyteen eli siihen, missä määrin tiedot muuttuvat ajan kuluessa ja analyysin vaiheissa. Keskeistä luotettavuudessa on koodauspäätösten seuraaminen, muistiinpanojen tekeminen ja uudelleen koodaus. (Bengtsson 2016.) Tätä luotettavuuden käsitettä on suomalaisessa kirjallisuudessa hahmoteltu myös varmuuden ja riippuvuuden kautta. Varmuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija ottaa huomioon tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat tekijät. Riippuvuus taas viittaa tutkimuksen suhdetta tieteellistä tutkimusta ohjaaviin yleisiin periaatteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162.) Analyysirunko ja koodauspäätökset pohjautuvat aiempaan teoriaan, joten tässä tutkimuksessa tieto ja analyysi pysyvät suuressa määrin muuttumattomina. Teorialähtöinen

sisällönanalyysi helpottaa koodauspäättösten seuraamista ja muistiinpanojen tekemistä, koska se on todella yksiselitteistä. Valitsemani teoria ohjaa tutkimaan hyvinvointia siinä muodossa, miten se kyseisessä teoriassa käsitetään. Olen kuitenkin tutkimuksessani ja analyysissäni ottanut huomioon sen, että aineistosta voi nousta tärkeää tietoa ilmiöstä, mikä ei välttämättä asemoidu mihinkään analyysirungon teorian sanelemaan pääluokkaan. Tästä syystä analyysirunkoon sisältyy muut-luokka, joka voi sisältää teorian ulkopuolista hyvinvointi-informaatiota. Tutkimusprosessin luotettavuutta voidaan lisätä ulkopuolisen tekeillä tarkastuksella (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165). Tämän tutkimuksen tekoa ja sen prosesseja on arvioinut säännöllisesti pro gradun ohjaaja, ja samalla itse tutkimus on muotoutunut luotettavammaksi monessa suhteessa.

Siirrettävyys (transferability) laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerinä tarkoittaa sitä, missä määrin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä ja sovellettavissa toisessa samankaltaisessa tutkimuskontekstissa (Bengtsson 2016; Tuomi & Sarajärvi 2018, 162). Laadullisen tutkimuksen otoskoot voivat olla pieniä jopa yksittäistapauksia, sillä laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on usein ilmiön ymmärtäminen, eikä niinkään tilastollisten yhteyksien löytyminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Laadullisen tutkimuksen luonne voi osaltaan rajoittaa tulosten siirrettävyyttä, mutta tässä tutkimuksessa vastaajien joukko on kuitenkin melko suuri, jolloin voidaan olettaa tulosten olevan suhteellisen samankaltaisia, mikäli samoin menetelmin ja samalla teoreettisella näkökulmalla toteutettaisiin tutkimus vastaavanlaisessa kontekstissa.

Tutkimusta tehdessä tutkija joutuu aina arvioimaan aineiston kokoa, vaikka laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei välttämättä ole vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole olemassa mitään tiettyä määrää, minkä voisi katsoa riittäväksi otoskooksi ilmiön tarkastelua varten. Aineiston riittävyttä voidaan arvioida saturaa-tion eli kylläntymisen näkökulmasta. Se tarkoittaa, että aineisto on riittävä, kun kasvava aineiston määrä alkaa toistaa aiempia havaintoja, eikä tuota lisää uutta tietoa. (Eskola & Suoranta 1998.) Aineiston laatu ja koko ovat tekijöitä, joiden voi ajatella liittyvän myös tutkimuksen siirrettävyyteen ja uskottavuuteen. Kun aineisto on riittävän kattava, niin se tukee tulosten siirrettävyyttä ja uskottavuutta. Tämän tutkimuksen aineiston arvioin olevan riittävän suuri, koska tehdyt havainnot ilmiöstä toistuvat aineistossa samankaltaisina. Aineistosta tehtyjen havaintojen samankaltaisuus myös vahvistaa ajatusta siitä, että tutkimukset tulokset ovat siirrettävissä.

Aineistoa analysoidessa ja tuloksia raportoidessa tutkijan on tärkeää tiedostaa omat asenteensa ja ennakkoluulonsa ilmiötä kohtaan. Tarkastelen ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti valmiin aineiston pohjalta, eikä minulla ole tutkittaviin minkäänlaista suhdetta. Minulla ei myöskään ole itsellä henkilökohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmaisen omaisena. Täydellinen objektiivisuus vaatisi kuitenkin sulkemaan täysin oman ajattelun ja asenteet tutkimusta tehdessä, eikä se ole mahdollista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Omat ennakkoluulot omaisten hyvinvoinnista ovat olleet vaikuttamassa jo aiheen valintaan, enkä voi täysin irrottautua analyysia tehdessä siitä ennakkoluulosta, että omaisen mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat negatiivisesti henkilön hyvinvointiin. Teorialähtöisen analyysin voi ajatella auttavan objektiivisessa tarkastelussa, sillä teoria antaa selkeät suuntaviivat analyysin tekoon ja tulkintaan ja jättää vähemmän tilaa tutkijan omille asenteille.

5 TULOKSET

5.1 Vaikutukset elintason ulottuvuuteen

Erik Allardtin elintason ulottuvuus sisältää useita osatekijöitä, jotka vaikuttavat henkilön hyvinvointiin. Omaisten kokemusten perusteella läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmilla on vaikutusta etenkin terveyden, turvallisuuden ja perustarpeiden osatekijöihin. Tässä alaluvussa käyn aluksi läpi terveysvaikutuksia. Terveysvaikutusten jälkeen jatkan turvallisuusvaikutusten tarkastelua ja alaluvun päättää turvallisuuden lisäksi omaisten kertomat vaikutukset muihin perustarpeisiin, kuten vaatetukseen. Kokemuksissa on vain vähän viittauksia omaisen sairauden vaikutuksesta omaan talouteen. Omaiset eivät sanoittaneet puutteita ravinnosta tai asuinolosuhteista, vaikka on oletettavaa, että ne tarpeet eivät aina tule täyteen. Lapsuudenkokemuksia kertovat omaiset sanoittavat, kuinka viinaan riitti aina rahaa, mutta omiin tarpeisiin ei.

Omaisen mielenterveys- tai päihdeongelmilla on kiistaton vaikutus henkilön terveyteen ja sitä kautta henkilön hyvinvointiin ja sen elintason ulottuvuuteen. Terveysvaikutukset syntyvät usein omaisen sairaudesta aiheutuvan kuormittavuuden ja etenkin kaltoinkohtelun seurauksena. Omaisen sairauden vaikutukset näkyvät vahvimmin niillä, joilla sairastunut henkilö on oma vanhempi. Lapset kärsivät sairaiden tai riippuvaisten vanhempien käytöksen vuoksi vielä aikuisuudessakin, varsinkin silloin, jos traumaattista tilannetta ei ole päässyt purkamaan kenenkään turvallisen aikuisen tai ammattilaisen kanssa. Yleisimmin terveysvaikutukset ovat omaisten kokemusten mukaan masennusoireita, ahdistuneisuushäiriöitä ja traumaperäistä stressiä, mikä myös vahvistaa aiemman tutkimuksen osoittamia tuloksia (ks. Lander ym. 2013; Weissman ym. 2016).

Aloin itse oireilemaan ahdistusta ja traumaperäistä stressiä. Siinä kohtaa oli pakko tunnustaa tosiasiat ja myöntää, että vanhempani ovat suuri paino hartioillani. (nainen 18–29 vuotta)

Aloitin joitain vuosia sitten terapian, jossa paljastui, että useat minulle vuosia masennusta ja ahdistusta ja kyvyttömyyttä toimia sosiaalisissa tilanteissa aiheuttaneet haasteeni liittyivät turvattomaan lapsuuteeni. (nainen, 30–39 vuotta)

Kärsin C-PTSD:stä ja masennuksesta, sekä epäluottamuksesta ihmisiin vanhempieni riippuvuuksien takia. Elän jatkuvassa hermostollisessa stressitilassa.

(nainen 18–29 vuotta)

Omaisiet kuvaavat läheisen sairaudesta tai riippuvuudesta aiheutuvia terveysvaikutuksia pääasiassa henkisinä oireina. Aineistosta ei nouse esille omaisten kertomana fyysisiä terveysvaikutuksia, jos ei ota huomioon fyysisestä väkivallasta todennäköisesti aiheutuneita seurauksia. Toisaalta masennus ja ahdistus heijastuvat myös fyysiseen terveyteen (Mielenterveystalo 2024). Omaisen sairauden vaikutuksista voi seurata sairauslomaa ja työkyvyttömyyttä, mikä voi pitkään jatkuessaan vaikuttaa vahvasti kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin pienempien tulojen ja vähenevien sosiaalisten kontaktien ja kanssakäymisen kautta.

Minulla on diagnosoitu em. syistä johtuen traumaperäinen stressihäiriö, vaikeasteinen masennus ja ahdistuneisuushäiriö. Olen näistä syistä työkyvyttömänä. En tiedä kuntoudunko enää ollenkaan työkykyiseksi. (nainen, 40–49 vuotta)

Aineisto osoittaa, että mielenterveysongelmat ja päihderiippuvuus ovat usein ylisukupolvisia ja sairaus voi ikään kuin tarttua perheenjäsenestä toiseen. Tämä tulos vahvistaa myös aiemman tutkimuksen vastaavanlaisia tuloksia. (ks. Lander ym. 2013; Maanmieli 2019, 188.) Yksilön sairauden kuvataan olevan koko perheen sairaus, kuten seuraavassa tekstikatkelmassa, jossa itsekin mielenterveysongelmista kärsinyt nainen avaa mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta ja vaikutusta perhepiirissä;

Olen oppinut, että kun perhepiirissä on mt-ongelmia yhdellä, niitä on jossain muodossa todennäköisesti koko perhepiirissä ja yhden sairastuminen todella vaikuttaa kaikkiin, enemmän tai vähemmän. (nainen, 30–39 vuotta)

Omaiselle syntyvät mielenterveysongelmat, kuten traumaperäiset stressihäiriöt kytkeytyvät jollain tasolla myöhemmin tässä luvussa käsiteltäviin pelon ja turvattomuuden teemoihin. Turvaton lapsuus sekä omat masennus ja ahdistusoireet yhdistyvät useamman vastaajan kertomuksissa. Esimerkiksi eräs mielenterveysongelmaisen äidin kanssa kasvanut tyttö kuvasi omien mielenterveysongelmien taustalla vaikuttavaa turvatonta lapsuuttaan ja vanhemman haitallista käytöstä seuraavasti;

Varsinkin äitini, mutta myös hänen vaikutuspiirissään olleiden ja olevien isäni ja isosiskoni ovat traumatisoineet minua elämäni alusta alkaen esim. rajattomilla puheillaan (yksityiskohtaiset mm. kauhua, pelkoja ja turvattomuutta aiheuttaneet kuvaukset väkivaltaisista teoista, mikä tuntui siltä kuin ne oltaisiin tehty minulle fyysisesti ja aiheutti vastaavanlaisia oireita kuin kidutustrauamat sekä lisäksi minua häpäisevät ja kritisoivat puheet mm. heidän puheistaan triggeröityneiden traumareaktioideni vuoksi). (nainen, 40–49 vuotta)

Turvattomuus on yksi omaisten kertomuksista vahvasti ilmenevä teema, mikä toistuu myös aiemmassa tutkimuksessa (ks. Jähi 2001, 66–68; Peltoniemi 2003, 57). Omaiset sanoittavat runsaasti pelkoa ja turvattomuutta, joita mielenterveys- tai päihdeongelmaisen käytös synnyttää. Pelko ja turvattomuus liittyvät etenkin lapsuudenkokemuksiin, mikä voi johtua lapsen alisteisesta asemasta suhteessa omaan vanhempaansa ja myös kyvyttömyyteen puolustautua vahvempaa aikuista vastaan. Kirjoitettujen kokemusten perusteella lapsuudessa koettu pelko voi jatkua ja tuntua myös aikuisuudessa (ks. Peltoniemi 2003, 57).

Pelkäsin kotona isän poissaollessa, sillä äiti saattoi olla hyvin arvaamaton, rai-vostuen hetkessä silmittömästi. (nainen, 30–39 vuotta)

Vaikka väkivallan uhka on omaisten kokemusten perusteella suurimmilta osin lapsuudessa koettua, niin omaisen voi kokea sitä myös silloin, kun sairastunut henkilö on oma lapsi, puoliso tai sisarus (ks. Piispa 2013; Hiltunen 2017). Turvattomuutta voi lisätä myös kokemus siitä, että apua ei ole tarjolla, eikä kukaan viranomainen tai muu ulkopuolinen henkilö laita rajoja sairastuneen henkilön käytökselle. Seuraavassa katkelmassa päihde- ja mielenterveysongelmaisen henkilön sisko kuvaa koko perheelle aiheutuvaa turvattomuutta ja avuttomuutta;

Myönnän, että ajoittain tunnen vihaa veljeäni kohtaan. Syytän häntä monista asioista. Tunnen myös pelkoa häntä kohtaan. Pelkään sekä omasta että perheeni ja sisareni ja vanhempiemme puolesta. Se että veljeni on mahdollisesti vaaraksi meille muille, mutta kukaan ulkopuolinen ei auta, on aika kamala ajatus. (nainen, 50–59 vuotta)

Väkivallan uhka selittää suurimman osan omaisten kokemista pelon tunteista ja turvattomuudesta. Turvattomuutta kuitenkin aiheuttaa myös sairaan vanhemman piittaamattomuus turvallisuudesta. Turvattomuutta voi olla aiheuttamassa myös ympäristön ihmisten, kuten naapurien, koulun henkilökunnan ja muiden tilanteen tuntevien viranomaisten välinpitämättömyys. Muiden henkilöiden puuttumattomuudesta ja välinpitämättömyydestä lisää myöhemmässä luvussa.

Autoon istuessani tajusin äitini olevan ympärillänsä ja rukoilin häntä päästämään minut pois auton kyydistä. Äiti ei pysähtynyt eikä päästänyt minua ulos ja jollakin ihmeellisellä tavalla selvisimme ehjin nahoin ja autoa tieltä ulos ajamatta kotiin. (nainen, 40–49 vuotta)

Omaiset kertovat myös fyysisestä väkivallasta, jota he ovat joutuneet kokemaan mielenterveys- tai päihdeongelmaisen läheisenä. Väkivalta liittyy pelon ja turvattomuuden kokemusten ohella vahvasti lapsuudenkokemuksiin. Väkivaltaisen, mielen terveys- ja päihdeongelmista kärsineen äidin kanssa lapsuutta elänyt nainen kuvaa omaisten kokemaa väkivaltaa seuraavasti;

Hän pahoinpiteli pikkusisaruksiani. En muista pahoinpitelikö hän minua. (nainen, 30–39 vuotta)

Fyysinen väkivalta on kuitenkin omaisten kertomien kokemusten perusteella vähäistä. Se on hieman yllättävää, sillä aiemmassa tutkimuksessa etenkin päihteet ja väkivalta liittyvät vahvasti toisiinsa (vrt. Peltoniemi 2003, 57; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 136–137). Lisäksi vastauksista välittyy vahvasti omaisten ja etenkin lapsuudenaikainen pelko, turvattomuus ja väkivallan uhka, joten fyysisen väkivallan kokemusten vähäinen määrä omaisten kirjoittamissa tarinoissa on siinäkin mielessä yllättävää. Väkivalta on voinut olla läsnä myös kirjoittajien elämässä, mutta siitä ei välttämättä kerrota suoraan, vaan tarinoissa on viitteitä, jotka saavat epäilemään väkivallan olemassaoloa. Seuraavassa tekstikatkelmassa nuori nainen kertoo pelon kokemuksesta oman vanhempansa alkoholismin värittämästä lapsuudestaan;

Vanhemman kanssa ajan viettäminen tuntui raskaalta ja ajoittain pelkäsin häntä ikävien lapsuusmuistojen takia. (nainen, 18–29 vuotta)

Elintason ulottuvuuden osatekijöiden taustalla ovat jokaisen ihmisen perustarpeet, kuten turvallisuus, asunto, ravinto ja vaatetus (Allardt 1976). Turvallisuuden puutetta omaiset sanoittavat paljon, mutta puutteita muissakin perustarpeissa ilmenee mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivien omaisilla. Esimerkiksi eräs omainen kuvasi lapsuuttaan alkoholismista kärsivän isän kanssa seuraavasti;

Lisäksi hänellä on ilmeisesti sosiaalisten tilanteiden pelko, joka rajoitti hänen elämänsä ainakin silloin kun olin lapsi, ja hänen olisi pitänyt huolehtia perustarpeistani. Esim. vaatekaupoille olisi pitänyt mennä autolla ja siis selvinpäin, ja pystyä kysymään myyjiltä apua. Siihen hän ei pystynyt, joten meille lapsille jäi vaatteet hankkimatta. (nainen, 30–39 vuotta)

Puutteet perustarpeissa vaikuttavat heikentävästi hyvinvointiin. Omaisten kokemuksissa perustarpeiden puutteet tulevat näkyväksi ainoastaan lapsuudenkokemuksia kerrottaessa. Perustarpeiden puutteet tulevat kirjoituksista esille, kun vastaajat kertovat kokemastaan ”lainlyönnistä”. Omaiset mainitsivat vain vähän mielenterveys tai päihdeongelmien vaikutuksesta talouteen, mikä on hieman yllättävää, koska ongelmat aiheuttavat usein haasteita taloudenpitoon (vrt. Kallunki & Knaapi 2020).

5.2 Vaikutukset yhteisyyssuhteiden ulottuvuuteen

Tämä yhteisyyssuhteiden ulottuvuuden alaluku keskittyy pääasiassa omaisen sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen, ystävyysuhteeseen sekä lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen. Aloitan alaluvun erittelemällä mielenterveys- tai päihdeongelmien vaikutuksia puolisojen väliseen rakkaussuhteeseen ja jatkaen niiden vaikutuksilla lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa. Kirjoitan tämän alaluvun lopuksi myös aiemman mielenterveys- tai päihdeongelman sävyttämän suhteen vaikutuksista henkilön nykyisiin muihin suhteisiin ja sosiaaliseen elämään.

Kun omalla puolisolalla tai ystävällä on mielenterveys- tai päihdeongelmia, voi se vaikuttaa suhteen symmetrisyyteen eli suhteen tasapainoon. Allardtin (1976) mukaan symmetrisyys on toimivan suhteen ja yhteisyyden edellytys. Mielenterveys- tai päihdeongelmien sävyttämän suhteen terve osapuoli voi kokea antavansa suhteeseen paljon enemmän kuin se

vastaavasti hänelle antaa takaisin. Puoliso tai ystävä voi joutua kokemaan esimerkiksi huolenpidossa ja huomion antamisessa ja niiden saamisessa suurta epätasa-arvoa. Lisäksi paritai ystävyysuhteissa olevat vastaajat sanoittivat, että he joutuvat välillä välttelemään omia tunteiden ilmaisuja, jolloin väistämättä omat tarpeet ja tunteet eivät tule kuulluksi ja suhde yksipuolistuu.

Puolisollani on epävakaata persoonallisuushäiriötä, jonka vuoksi reilu seitsemän vuotta kestänyt suhteemme on ollut paikoitellen hyvinkin kaoottista... Olen huomannut, miten vuosien saatossa ikään kuin katosin suhteeseen ja oman elämäni parrasvalot osuivat enemmänkin puolisoni mielenterveysongelmaan eikä minuun. (nainen, 18–29 vuotta)

Omista huolistani on vaikea kertoa läheiselle, koska keskustelu saattaa kääntyä hyvin synkkään suuntaan arvaamatta. (mies, 18–29 vuotta)

Mielenterveys- tai päihdeongelmat voivat aiheuttaa parisuhteessa epätasapainoa ja terve osapuoli voi kuormittua kohtuuttomasti. Arjen raskaus ja äärimmäinen kuormitus toistuvat myös aiemmassa tutkimuksessa. (ks. Ahlström ym. 2009; Koponen ym. 2012, 143–147; Vilkkonen ym. 2013, 72.) Näin kokemustaan oman puolison mielenterveyden ongelmien kuormitusvaikutuksesta kuvaa lopulta suhteestaan eroon päättänyt mies;

Henkinen kuormitus on ollut pahimmillaan massiivista sekä pitkäkestoista. (mies, 40–49 vuotta)

Mielenterveys- tai päihdeongelmilla on vaikutusta parisuhteen ohella myös vanhemman ja lapsen välisen suhteen tasapainoisuuteen. Vanhemman ja lapsen suhteen ei toki oletetakaan olevan samalla tavalla tasavertainen suhde kuin millainen se kahden aikuisen välillä on, mutta silti lapsen voi olettaa saavan suhteesta tarvitsemaansa kuuntelua ja ymmärrystä. Omaisten kokemuksissa vanhemman ja lapsen välinen suhde näyttäytyy epävakaana, koska lapset kokevat vanhempien olevan taakka, eivätkä he koe omille tunteille ja tarpeille olevan tilaa kyseisissä ihmissuhteissa. Lapsuutensa sairaan vanhemman lapsena kasvaneet kuvaavat lisäksi olevansa ”hyljättyjä lapsia” tai heidän tarpeidensa ja tunteidensa olevan merkityksettömiä. Omien tarpeiden merkityksettömyys ja ”hyljätyn lapsen” kokemus kytkeytyvät jollain tasolla aiemmassakin tutkimuksessa nousseeseen lapsuuskokemukseen, että kuka pitäisi

huolta (ks. Jähi 2001, 61–62). Epävakaassa vanhempi-suhteessa kasvaneet lapset voivat myös kokea puutetta kiintymyssuhteessa, minkä muodostuminen on tärkeää tasapainoisen kasvun ja mahdollisen oman vanhemmuuden kannalta.

En edelleenkään koe luontevaksi puhua omista asioistani vanhemmilleni, eivätkä he niitä juuri kyselekään. (nainen, 30–39 vuotta)

Itse vanhemmaksi tullessani ymmärsin myös sen, miten vajaaksi oma kiintymyssuhteeni vanhempiini oli jäänyt ja kuinka olin koko elämäni tuntenut arvottomuutta, kun humala meni aina minun ja tarpeideni ohitse. (nainen, 40–49 vuotta)

Yksipuolinen ja vain toisen tarpeet ja toiveet huomioiva suhde, jossa toinen jää toisen varjoon, vaikuttaa tyytyväisyyteen suhteesta. Suhde voi muodostua kuormittavaksi, kuten molempien vanhempiensa mielenterveysongelmien vaikutuksista kärsinyt nainen ja veljensä yhtäaikaisista mielenterveys- ja päihdeongelmista johtuvista käytöshäiriöistä kärsinyt mies kuvaavat seuraavissa tekstikatkelmissa;

Vanhempani ovat suuri paino hartioillani... Vanhempien aiheuttama taakka on aika ajoin niin iso, että olen pelännyt uupuvani niin paljon, että harkitsen itsemurhaa. (nainen, 18–29 vuotta)

Suurin osa vuorovaikutuksesta hänen kanssaan on liian kuluttavaa. (mies, 30–39 vuotta)

Mielenterveys- tai päihdeongelmaisen vanhemman varjossa kasvavat lapset voivat kokea elämässään suurta yksinäisyyttä. Useat vastaajat kertovat lapsuudenkokemuksista, joissa he ovat kokeneet yksinäisyyttä ja ulkopuolisuutta. Yksinäisyyden kokemus ei välttämättä johdu sosiaalisten kontaktien vähyydestä, vaan siitä, että lapset ovat kokeneet olevansa aivan yksin vanhempien ongelmien kanssa, eikä kukaan lähipiiristä tai ulkopuolisista puutu vaikeaan tilanteeseen. Omaisten kokemukset ympäristön piittaamattomuudesta ja hyljättyksi tulemisestä ovat havaittu myös aiemmassa tutkimuksessa (ks. Itäpuisto 2005, 90-92).

Lapsena olisin kaivannut tukea ulkopuolisilta tilanteeseen. Olin täysin yksin eikä kukaan ulkopuolinen kuten naapurit, opettajat tai ystävien vanhemmat puuttuneet tilanteeseen. (nainen, 18–29 vuotta)

Yksinäisyyden kokemukset eivät rajoitu pelkästään hetkiin, jolloin omaisen mielenterveys- tai päihdeongelmat ovat läsnä jokapäiväisessä elämässä, kuten lapsella, joka asuu sairaiden vanhempiansa kanssa. Vastaajat kertovat kärsivänsä aikuisuudessakin puuttuvasta tai puutteellisesta suhteesta omaan vanhempaansa tai molempiin vanhempiinsa.

Minulla ei ole vanhempia joihin tukeutua tai joille soittaa tai vastaavaa. (mies, 30–39 vuotta)

Omaiset kuvaavat itselle läheisen henkilön mielenterveys- tai päihdeongelmilla olevan vaikutusta omiin nykyisiin ihmissuhteisiin. Osa vastaajista kuvaa vaikutuksia yksityiskohtaisemmin ja osa vain kertoo ongelmien vaikuttaneen omiin nykyisiin ihmissuhteisiin ja puolison valintaan. Vaikutukset juontuvat epävakaasta suhteesta ja luottamuksen puutteesta henkilöön, joka on ollut omassa elämässä ja kasvussa merkittävässä roolissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen lapsena kasvaneilla voi olla vaikea luoda läheistä suhdetta ja luottaa toisiin ihmisiin. Negatiiviset vaikutukset myöhempisiin ihmissuhteisiin ovat kuitenkin luonnollisia, sillä esimerkiksi lapsuutta päihdeperheissä eläneillä on muita heikommat sosiaaliset taidot (ks. Lander ym. 2013).

Kärsin C-PTSD:stä ja masennuksesta, sekä epäluottamuksesta ihmisiin vanhempieni riippuvuuksien takia. (nainen, 18–29 vuotta)

Läheiseni kielenkäyttö humalassa oli äänekkästä, rivoakin ajoittain, valehtelua, salassa juomista, toisten nälvimistä. Se on vaikuttanut myöhempisiin ihmissuhteisiin ja puolisovalintaan. (nainen, 50–59 vuotta)

Eräs äitinsä mielenterveys- ja päihdeongelmien varjossa turvatonta lapsuutta elänyt nainen kuvasi oman äitisuhteensa vaikutusta aikuisuuden ihmissuhteissa ja sosiaalisissa tilanteissa seuraavasti;

Nämä seikat ovat vaikuttaneet ihmissuhteisiini siten, että pelkään aina, että ihmiset suuttuvat yhtäkkisesti, ja luottamukseni ihmisiin on heikko. Epäilen heidän tarkoituseriään ja minun on vaikea päästää ketään lähelleni.

(nainen, 30–39 vuotta)

Mielenterveys- tai päihdeomaisen suhde sairastuneen kanssa näyttäytyy kokemusten perusteella haasteellisena ja vaikeana sekä suhteena, josta seuraa omaiselle paljon pahaa. Kuitenkin omaiset sanoittavat suhteen ja siinä olevan läheisen olevan heille tärkeitä. Suhteen tärkeyden ja tuhoavuuden yhtäaikaisuus nousee esille myös aiemmassa tutkimuksessa. (ks. Jähi 2004.) Ehkä juuri suhteen tärkeyden vuoksi myös ongelmien vaikutukset läheiseen ovat voimakkaita ja jopa koko elämää mullistavia.

5.3 Vaikutukset itsensä toteuttamisen ulottuvuuteen

Itsensä toteuttamisen ulottuvuuden osatekijöistä omaisten kokemuksissa välittyy voimakkaasti läheisen henkilön mielenterveys- tai päihdeongelmien vaikutus omaan identiteettiin ja sen rakentumiseen. Lisäksi arvostuksen puute korostuu omaisten kokemuksissa. Tässä alaluvussa käsitellän itsensä toteuttamisen ulottuvuuden osatekijöistä identiteetin ja arvostuksen lisäksi myös vapaa-ajan ja harrastusten mahdollisuuksia sekä henkilön poliittisia resursseja eli oman elämän vaikutusmahdollisuuksia.

Omaisen mielenterveys- tai päihdeongelmilla on vahvasti vaikutusta identiteetin muodostumiseen. Vaikutukset omaisen identiteetin muodostumisessa ovat nähtävissä etenkin tilanteissa, joissa lapsi joutuu kasvamaan vanhemman sairauden tai vanhempien sairauksien varjossa. Lapset joutuvat usein ottamaan vastuuta sellaisista perheen asioista ja tehtävistä, jotka lähtökohtaisesti kuuluvat perheen aikuisille.

Olen perheemme lapsista vanhin, joten jouduin todella nuoresta asti ottamaan perheessämme ”aikuisen” roolia, johon kuului pikkusisaruksen suojelu ja hoiva sekä toisen vanhemman emotionaalisenä tukena toimiminen.

(nainen, 18–29 vuotta)

Kotona asuessani kannoin ikätasoani suurempaa huolta ja vastuuta vanhemmistani ja arjestamme ainoana lapsena. (nainen, 40–49 vuotta)

Lapsuuden ja nuoruuden kokemukset vaikuttavat monella tapaa henkilön identiteettiin myöhemmässä elämässä. Kokemuksilla voi olla vaikutusta omiin elämänvalintoihin. Omien kokemusten vaikutukset omaan elämään ja omien valintojen taustalla on syytä tiedostaa, kuten seuraavassa tekstissä käy ilmi;

Lapsuuden ja nuoruuden kokemukseni päihdeperheen lapsena vaikuttivat opiskeluvalintaani ja halusin päästä opiskelemaan sosiaali- ja terveysalaa. Opintojen kautta ymmärsin myös sen, että minun on itse käytävä kokemukseni läpi terapeuttisesti, jotta voisin tulevaisuudessa työskennellä täysipainoisesti ja auttaa muita mahdollisesti samankaltaisissa tilanteissa kamppailevia lapsia, nuoria ja perheitä. (nainen, 40–49 vuotta)

Omainen joutuu usein sopeutumaan tilanteeseen ja muuttamaan jollain tapaa omaa toimintaa ja tekemisiään, kun läheisellä on mielenterveys- tai päihdeongelma. Tunteiden ja niiden ilmaisun kieltäminen vaikuttavat väistämättä henkilön itsetuntoon ja identiteetin muodostumiseen. Omaiset sanoittavat pakkoa tukahduttaa omia tunteitaan ja tarpeitaan, koska sairastuneen elämä näyttäytyy tärkeämpänä ja omien tunteiden ilmaisusta voi seurata syyttelyä ja hylkäämisen kokemuksia. Lopulta omien tunteiden ja itsensä piilottaminen vaikuttavat itsensä arvostamiseen.

Olen joutunut olemaan kameleontti, joka sulautuu tilanteeseen kun tilanteeseen. (nainen, 18–29 vuotta)

Minulla ei ollut omaa elämää vaan elin heidän kauttaan. (nainen, 18–29 vuotta)

Läheisen juominen paheni, oma naiseuteni oli piilossa, itsetuntoni ei ollut paras mahdollinen. (nainen 50–59 vuotta)

Olen huomannut, miten vuosien saatossa ikään kuin katosin suhteeseen. (nainen, 18–29 vuotta)

Omaisets sanoittavat lisäksi minuutta ja omaa identiteettiään sairaan henkilön läheisenä muun muassa niin, että he ovat ”näkymättömiä lapsia” tai niin, että heillä on ”mielenterveysomaisen leima”. Myös aiemmassa tutkimuksessa omaiset ovat sanoittaneet oman minän katoamista (ks. Koponen ym. 2012, 144).

Omaisets kokemus näkymättömänä olemisena ja kokemus siitä, ettei omia tunteitaan ole sallittua ilmaista vaikuttavat henkilön statukseen ja siihen, kokeeko hän arvostusta muilta ihmisiltä. Jollain tavalla muilta saatu tai saamatta jäänyt arvostus kytkeytyy henkilön identiteetin ja itsetunnon muodostumiseen. On oletettavaa, että kun omaisets tunteet ja tarpeet eivät ole arvostettuja, niin omaisets voi tuntea itsensä vähemmän arvokkaaksi ja tärkeäksi henkilöksi läheisilleen.

Perhesysteemiin kun on elämäni alusta alkaen kuulunut sekin, että en saa tuntea negatiivisina pitämiään tunteita enkä ilmaista tarpeita, joista äiti voisi suuttua / loukkaantua / pettyä tms. (nainen, 40–49 vuotta)

Heidän tarpeensa ja toiveensa menivät minun edelle. (nainen, 18–29 vuotta)

Omaisets sanoittavat paljon haukkumisen ja lyttämisen kokemuksia, mikä on henkistä väkivaltaa. Tällaisella haukkumisella ja mielipiteiden lyttämisellä on väistämättä vaikutusta omaisets kokemaan arvostukseen ja itsetunnon kehittymiseen. Heikolla itsetunnolla on vaikutusta siihen, millaisena henkilö itsensä näkee eli omaan identiteettiin. Heikko itsetunto yhdistyy päihdeperheissä kasvaneisiin myös aiemmassa ilmiötä koskevassa tutkimuksessa (ks. Peltoniemi 2003, 57).

Äitini on sätinyt minua lapsena paljon, josta syystä minulla on puutteita itsetunnossa. Minulla ei myös hyvin pitkään aikaan aikuisena ollut harrastuksia, sillä lapsena minulle oli istutettu päähän että (minun) harrastaminen on resursisien hukkaa. (nainen, 30–39 vuotta)

Isällä ja minulla oli erilaiset maailmankatsomukset ja käytti automatkat aina minun ja mielipiteideni haukkumiseen. Ei itse asiassa yleensä edes kysynyt minulta mitään mielipiteitä, vaan oletti ne kysymättä, ja sitten haukkui lyttyyn. (nainen, 30–39 vuotta)

Omaisien rooli ei näy aineiston perusteella olevan arvostettu rooli. Omaiset eivät sanoita saavansa arvostusta tekemisistään, vaikka toipumisen kannalta omaisen rooli on todella merkittävä. Arvostusta toivottaisiin saatavan myös viranomaisilta. Arvostuksen puute viranomaisien taholta ei sinänsä ole seurausta sairastuneesta, mutta liittyy kuitenkin olennaisesti mielenterveys- tai päihdeomaisen kokemaan arvostukseen omasta roolistaan.

En koe tulleeni lääkäreiden / psykiatrien taholta juurikaan kuulluksi, vaikka olen yrittänyt selittää näitä asioita heille, lähes joka kerta tahtomattani vaihtuville lääkäreille, jotta en olisi ollut ja olisi niin yksin ratkomassa tätä kaikkea.

(nainen, 40–49 vuotta)

Henkilön mielenterveysongelmat tai päihderiippuvuudet vaikuttavat jollain tasolla omaisen mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämäänsä. Sairastunut vaatii tukea läheiseltä, mikä vaikuttaa omaisen mahdollisuuksiin ottaa omaa aikaa. Sairaus vaikuttaa määrittävän omaisen elämää ja ajankäyttöä. Lisäksi sairaus vie energiaa ja voimavaroja myös terveeltä omaiselta, mikä taas voi vaikuttaa jaksamisen kautta harrastamiseen ja vapaa-ajan viettoon (ks. Koponen ym. 2012, 144).

Se vie energiaa omasta elämästä. Harrastuksiin käytetty aika on vahvasti vähentynyt. Se muuttaa monia päätöksiä, koska toisen tukena pitää olla.

(mies, 18–29 vuotta)

Lapsi ei pysty samalla tavalla vaikuttamaan omaan elämäänsä kuin aikuiset ihmiset. Lapset voivat yrittää muuttaa elämänsä, mutta tarvitsevat siihen apua läheisiltään, muilta henkilöiltä tai ympäröivältä yhteiskunnalta. Omaiset sanoittavat lapsuudessa olleen usein tarvetta sille, että joku huomaisi tilanteen ja puuttuisi siihen. Turvallisen aikuisen puuttuessa mahdollisuus omaan elämään vaikuttamiseen voi lapsella olla haasteellista. Lapset ja nuoret tarvitsevat tukea muilta, jotta voivat suojella itseään omaisen sairauden tai riippuvuuden haitallisilta vaikutuksilta. Lapsuudenkokemuksia sanoittaneet omaiset ovat usein kertoneet tilanteestaan ulkopuolisille, mutta kaivattua muutosta ei silti ole tapahtunut. Ympäristön puuttumattomuuden kokemukset toistuvat myös aiemmassa tutkimuksessa (ks. Itäpuisto 2005, 90–91).

Lapsuudessa kaipasin kovasti sitä, että joku huomaisi tilanteemme.

(nainen, 30–39 vuotta)

Koskaan kukaan ei kuitenkaan puuttunut vanhempieni toimintaan.

(nainen, 40–49 vuotta)

Omaan elämään vaikuttaminen voi estyä monista syistä. Vastaajat kertovat paljon häpeästä ja leimasta, jonka he ovat saaneet tai kokevat omaisen sairauden tai riippuvuuden seurauksena. Koettu sairauteen liittyvä stigma voi vaikuttaa monella tavoin henkilön elämään. Häpeä voi estää omaista pyytämästä tai vastaanottamasta apua, vaikka tarve sille olisikin suurta. Myös aiemmassa tutkimuksessa perheenjäsenen sairaudesta koetun häpeän on todettu aiheuttavan salailua ja puhumattomuutta (ks. Maanmieli 2019, 184).

Lapsena olisin toki tarvinnut apua valtavasti, mutta en varmaan olisi suostunut hyväksymään sitä, jos joku olisi sitä tarjonnut. Elin kuitenkin niin vahvan häpeän sisällä, että en halunnut myöntää edes itselleni, miten sekopäistä se meidän perheen elämä oli. (mies, 30–39 vuotta)

Omaiset kertovat paljon yrityksistä saada apua itselle tai läheiselle, jotta haastavaan tilanteeseen olisi mahdollista saada muutos. Julkisten palveluiden vähyyys ja niiden hankala saatavuus vaikuttavat henkilöiden mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämään ja jaksamiseen. Lisäksi järjestelmän puutteet eivät tue omaisia yrityksissä muuttaa oman ja läheisen elämän suuntaa. Avun saaminen voi olla vaikeaa ja sen hakeminen kuormittavaa (ks. Itäpuisto 2005; Ahlström ym. 2009).

Keskusteluavun saaminen on osoittautunut vaikeaksi silloin, kun sellaista olisi tarvinnut. (nainen, 40–49 vuotta)

Apua ei ole saatu, koska veli ei hakeudu hoitoon itse eivätkä pakkohoidon kriteerit täyty. Yhteiskunta ei auta perheitä, joita läheinen piinaa laillisuuden rajoissa. (nainen, 50–59 vuotta)

Hain pariinkin otteeseen keskusteluapua itselleni koska tilanne oli sietämätön. Ensimmäisillä kerroilla en saanut apua, vaan minut käännytettiin vastaanotolta pois. Jouduin keräämään jaksamista ja voimia jotta jaksoin vielä yrittää jälleen hakea apua ja vaatimalla vaatia itselleni keskustelutukea, jonka vihdoinkin sain.
(nainen, 18–29 vuotta)

Hyvä tuki palvelujärjestelmästä auttaa omaista haastavassa tilanteessa ja tukee jaksamista. Se on siten parantamassa omaisen mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään. Omaisilla positiiviset kokemukset ovat harvinaisempia, mutta harvatkin kokemukset kertovat toimivan palvelujärjestelmän merkityksestä omaisen hyvinvoinnille.

Omalla kohdallani koen saaneeni hyvän tuen paikkakuntani palvelujärjestelmässä, itseasiassa erittäin hyvän tuen. Asiat eteni nopeasti ja tulini kuulluksi.
(nainen, 50–59 vuotta)

Omaiset sanoittavat runsaasti omaa korvaamattomuuttaan. Korvaamattomuus ilmenee omaisilla kokemuksena siitä, että on jollain lailla yksin ja ainoana vastuussa sairaan elämästä ja hoidosta tai kokonaisuutena perheen arjesta. Vaikka korvaamattomuus voi olla hyvinvointia tuottava tekijä, se ei kuitenkaan näyttäydy tässä aineistossa ja kontekstissa hyvinvointia tuottavana tekijänä, vaan korvaamattomuus koetaan enemmän taakkana ja vastuuna, jollaista ei haluaisi olla kantamassa (vrt. Allardt 1976).

Olen ainoa, joka tietää, kuinka pahaksi asiat ovat menneet, ja koen siksi velvollisuudekseni olla jatkuvasti läsnä ja tukea läheistäni mahdollisimman paljon.
(mies, 18–29 vuotta)

Tuntui pitkään että oli mun harteilla se, pysyikö toinen hengissä. Koin ahdistusta siitä, että mun oli pakko jaksaa hoitaa omat ja hänen asiat, koska jos en olisi jaksanut niin toinen ei olisi enää täällä. (nainen, 18–29 vuotta)

Lapsuudenkokemukset korvaamattomuudesta kytkeytyvät vahvasti lapsuudenkodin rooleihin, joissa lapsi hoitaa vanhemman, puolison ja terapeutin tehtäviä. Jollain tavalla kääntyneet roolit ja korvaamattomuus linkittyvät aiemmin tässä luvussa käsiteltyyn identiteetin muodostumiseen.

Kotona asuessani olin heille pariterapeutti, kodinhoitaja, pienempien ja isompien haavereiden paikkaaja, päivystykseen kuljettaja (ajokortin saatuaani), alkoholin ostaja (myös alaikäisenä), pihatöiden tekijä, autonkuljettaja ja mitä milloinkin tarvittiin. (nainen, 40–49 vuotta)

Olen lapsesta saakka ajatellut, että minä olen keskeisessä asemassa vanhempani hyvinvoinnin ja paranemisen edistämisessä. (nainen, 18–29 vuotta)

Aineiston omaiskokemukset toistavat vahvasti aiemman tutkimuksen tuloksia mielenterveys- tai päihdeomaisten lapsuudenperheessä vallitsevien roolien osalta. Yleisesti vastaajat kertovat lapsuudenkodissa oman vastuun kasvaneen kohtuuttomasti ja tilanteen seurauksena he ovat joutuneet lapsena ottamaan sellaista roolia vanhemmistaan ja sisaruksistaan, joka ei ole tavallista siinä ikävaiheessa. (ks. Ahlström ym. 2009; Holmila & Ilva 2010, 59.)

5.4 Muut hyvinvointivaikutukset

Mielenterveys- ja päihdeomaiset kuvaavat omia kokemuksiaan sanankääntein, jotka kertovat hyvinvointivaikutuksista, mutta eivät ole tulkittavissa kuuluviksi Erik Allardtin hyvinvointiteorian ulottuvuuksiin. Esimerkiksi osa vastaajien sanoittamista tunteista ja tilanteen kokonaisvaltaisista vaikutuksista kertoo kyllä hyvinvoinnista, mutta ei suoranaisesti liity ai-noastaan yhteen hyvinvoinnin ulottuvuuteen.

Omaiset kertovat läheisen mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikuttaneen omaan elämänsä ja omaan hyvinvointiinsa kokonaisvaltaisesti, mutta kuitenkin sen tarkemmin vaikutuksia erittelemättä. Vastauksista on kuitenkin tulkittavissa, että ongelmat ovat vaikuttaneet negatiivisesti hyvinvointiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamat haitat omaisille ovat aiemmankin tutkimuksen mukaan niin moninaisia, että kokonaisvaltaiset ja koko elämää mullistavat kokemukset ovat aivan luonnollisia (ks. Jähi 2001; Takala & Roine 2013).

Tämän kirjoituksen aiheena on oma äitini. Elin lapsuuteni hänen kanssaan, vaikka hän kärsi koko ajan vakavasta alkoholiongelmasta. Se vaikutti ja vaikuttaa minuun ja koko elämäni valtavasti. (mies, 30–39 vuotta)

Läheisen mielenterveysongelma (mm.persoonallisuushäiriöt ja psykoottisuus) on vaikuttanut elämäni hyvin merkittävästi. Voisin sanoa, että se on jopa mullistanut koko elämäni. Sekä elämäntilanteeseeni, että elämäkatsomukseen. Pelkoihin, tunteisiin, aika lailla kaikkeen. (mies, 40–49 vuotta)

Omaisten kirjoituksista välittyy myös vahvasti näköalattomuuden, toivottomuuden ja huolen kokemukset. Kokemuksilla on selvä vaikutus henkilön hyvinvointiin, mutta ei kuitenkaan selkeästi vain yhteen ainoaan ulottuvuuteen. Seuraavissa teksteissä huolen ja toivottomuuden kokemuksiaan kuvaavat veljensä mielenterveys- ja alkoholiongelmista kärsinyt ja poikansa masennuksesta ja huumeongelmista kärsivä äiti;

Nuoresta aikuisesta saakka olen huolehtinut ja pitänyt huolta veljestä. Sano taanko myös, että murehtinut ja surenut yhä enemmän ja enemmän. Voimattomana, toiveikkaana, jatkuvasti pettyneenä. (mies, 30–39 vuotta)

Tämä kaikki on tuottanut hirveää syyllisyyttä ja surua. Olen myös jäänyt sairaalomallem. Välillä on tosi vaikea uskoa tulevaisuuteen. (nainen, 50–59 vuotta)

Omaisten kokemuksista välittyvä toivottomuus, avuttomuus ja näköalattomuus kytkeytyvät vahvasti omaisten huoleen läheisen terveydestä, tyytymättömyyteen suhteesta, omiin vähäisiin ja tehottomiin auttamismahdollisuuksiin ja tyytymättömyyteen julkisiin palveluihin. Huoli läheisen terveydestä ja avuttomuuden kokemukset korostuvat myös aiemmissa mielenterveys- tai päihdetutkimuksissa (ks. Ervast 2001, 82–83; Itäpuisto 2003, 37; Hiltunen 2017). Julkisiin palveluihin on kokemusten perusteella vaikeaa päästä ja siihen vaikuttaa osaltaan palveluiden vähäinen määrä. Toisaalta on myös haastavaa saada hoitoa, mikäli henkilöllä on samanaikaisesti ongelmia sekä mielenterveyden että päihteiden kanssa.

5.5 Läheissuhteen rajaamisen vaikutukset omaisen hyvinvointiin

Läheissuhteen rajaaminen tarkoittaa tässä luvussa niitä omaisten tekemiä rajaustoimenpiteitä, joita he ovat tehneet suhteessa mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivään läheiseen ihmiseen. Rajaustoimenpiteet voivat olla kommunikoinnin rajoittamista sisällön tai määrän suhteen joko osittain tai kokonaan sekä fyysisten tapaamisten rajoittamista. Tässä luvussa käsittelemme omaisten kertomia rajaamisen seurauksia suhteessa hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijöihin.

Läheissuhteen rajaaminen koetaan yleisesti vastaajien joukossa positiivisena, vaikka itse rajaaminen aiheuttaa syyllisyyttä, ahdistusta ja on muutenkin omalle mielelle haastavaa toteuttaa. Huolimatta hankalista tunteista, joita rajaaminen itselle aiheuttaa, on läheissuhteen rajaamisella usein positiivisia vaikutuksia henkilön kokemaan terveyteen. Terveysvaikutukset ovat omaan mielenterveyteen kytkeytyviä. Rajaamisen seurauksena omaisten kertovat muun muassa stressin vähentymisestä ja paremmasta jaksamisesta. Seuraavissa tekstikatkelmissa rajaamisen positiivisia terveysvaikutuksia kuvaavat persoonallisuushäiriöistä ja psykoottisuudesta kärsivän henkilön puoliso ja vanhempiansa alkoholismista kärsinyt nainen;

Se on mahdollistanut mielenterveyden säilyttämisen. (mies, 40–49 vuotta)

Välien katkaiseminen vanhempiini on ollut elämäni parhaita päätöksiä. Stressin määrä vähentyi selkeästi, sekä traumojen triggeröityminen. Tuntui kun olisin päässyt hyvin vääristyneestä todellisuudesta ulos. (nainen, 18–29 vuotta)

Vaikka rajaamisen vaikutukset omaisen terveyteen ovat lähes poikkeuksetta positiivisia, niin sillä voi olla myös negatiivisia terveysvaikutuksia. Eräs rajaustoimenpiteitä tehnyt vastaaja kertoi joutuneensa rajaamisen seurauksena kokemaan henkistä ja fyysistä väkivaltaa, joilla on väistämättä vaikutusta henkilön terveyteen. Tässäkin tapauksessa rajaaminen nähtiin kaikesta negatiivisesta huolimatta kokonaisuudessaan positiivisena ja omaa hyvinvointia tukevana ratkaisuna.

Läheissuhteen rajaamisella on omaisten mukaan vaikutusta turvallisuuden kokemukseen. Useat mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivän henkilön omaiset kertovat turvattomasta ja pelon sävyttämästä lapsuudenkodistaan, josta he ovat heti mahdollisuuden tultua

muuttaneet pois. Tällöin kohtaamisten rajoittuessa omaiset kertovat kokevansa oman turvallisuuden kohentuneen. Seuraavassa tekstikatkelmassa päihde- ja mielenterveysongelmaisen veljensä väkivaltaisesta ja muuten häiritsevästä käytöksestä kärsinyt nainen kertoo rajaamisen vaikutuksesta omaan elämään;

Rajaaminen on ollut minulle toimiva keino elää normaalia elämää, vaikka lähi-piirissä on tuhoavasti käyttäytyvä ihminen. (nainen, 50–59 vuotta)

Suhteen rajaamisella on luonnollisesti vaikutusta kyseiseen suhteeseen, jossa rajaaminen toteutetaan ja siinä suhteessa koettuun yhteyteen. Osalla parisuhteissa eläneillä suhteen rajaaminen tarkoitti eroa. Osalla kahden tasavertaisen aikuisen välisissä suhteissa, joita parisuhteet ja ystävyysuhteet usein ovat, rajaaminen vaikuttaa suhteessa koettuun yhteisyyteen. Omaiset kertovat rajaavansa ja välttävänsä keskusteluja tietyistä puheenaiheista, koska haluavat suojella itseään ja sairastunutta hankalilta tilanteilta. Toisaalta samalla suhde arkistuu ja myös omat huolet jäävät vaille kaivattua keskustelua ja huomiota.

Läheissuhteen rajaamisella on omaisten mukaan vaikutusta myös muihin suhteisiin kuin rajauksen kohteena olevaan suhteeseen. Omaiset kokevat, että läheiset ja sukulaiset eivät aina ymmärrä tai hyväksy rajaamista, minkä seurauksena välit kyseisiin henkilöihin voivat muuttua ja viilentyä. Seuraavissa tekstikatkelmassa päihdeongelmaisiin vanhempiinsa välinsä katkaissut nainen ja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivään veljeensä välit katkaissut nainen kertovat rajaamisen vaikutuksista muihin perhesuhteisiin;

Tilanne vaikutti myös suhteisiin veljiini. Toinen veljeni ei ymmärtänyt päätöstäni välien katkaisemiselleni, varsinkin isäni sairastuessa syöpään sain paljon syyllistystä päätöksestäni. Tämän veljen kanssa olen hyvin vähän edes viestiyhteyksissä. (nainen, 18–29 vuotta)

Rajaaminen on vaikuttanut minun ja vanhempieni suhteeseen. Siihen tuli särö moniksi vuosiksi. (nainen, 50–59 vuotta)

Omaiset näkevät läheissuhteen rajaamisella olevan huomattavia vaikutuksia hyvinvoinnin itsensä toteuttamisen ulottuvuuteen. Omaiset kokevat usein mielenterveys- tai päihdeongelmaisen kanssa eläessään vähättelyä, syyttelyä ja arvottomuutta. Rajaamisen tai välien

katkaisemisen seurauksena omaisen ei tarvitse enää kuunnella itseä koskevaa epäasiallista haukkumista ja syyttelyä. Omaisten kokemuksista välittyy myös rajaamisen kautta lisääntynyt itsensä arvostaminen. Seuraavassa tekstikatkelmassa päihdeongelmaiseen äitiinsä välit katkaissut nainen kertoo rajaamiseen liittyvästä kokemuksesta;

Ei tarvitse pelätä ahdistavia yhteydenottoja. Se on myös voimauttanut minua. Omien rajojen asettaminen tuntuu hyvältä. Se saa tuntemaan, että pidän huolta itsestäni ja arvostan itseäni. (nainen, 30–39 vuotta)

Omaisets kuvaavat suhteen rajaamisella olevan vaikutuksia myös omaan identiteettiin. Omaisets kuvaavat identiteettivaikutuksia erilaisin sanankääntein, kuten uudennlaisella elämäntavalla.

Läheissuhteen rajaaminen on ollut välttämätöntä oman identiteetin rakentamisessa ja oman hyvinvoinnin turvaamisessa. (nainen, 18–29 vuotta)

Itsenäistymiseni lähti sisäisestä taistelutahdostani saada elämäni takaisin itseleni. Se piti – ja pitää – sisällään kokonaisen uudennlaisen tavan elää; teen asioita yksin, joita en ennen tehnyt (elokuviissa käynti, reissussa käynti jne.), asetin ja ylläpidän hyvin tarkkoja rajoja puolisololleni siitä, miten hän saa minulle esimerkiksi puhua. (nainen, 18–29 vuotta)

Identiteetin rakentuminen ja mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään yhdistyvät jollain tavalla edellisessä tekstikatkelmassa, kuten myös muissa omaisten kokemuksissa. Omaisille suhteen rajaamisesta seuraa usein paremmat mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämään, vapaa-aikaa ja harrastuksiin. Vahvimmin kasvaneet mahdollisuudet näyttäytyvät hetkissä, kun lapsi rajaa suhdetta sairaaseen vanhempaansa. Kasvavilla mahdollisuuksilla on positiivinen vaikutus henkilön hyvinvointiin (Allardt 1976).

Päätin lähteä kotoa heti yläasteen jälkeen, sillä aloin olla itsetuhoinen, enkä kokenut kotiin jäämisen olevan minulle sopiva ratkaisu. Muuton myötä pystyin päättämään hieman itsenäisemmin, milloin vietän aikaa vanhempieni seurassa ja mitä heille jaan omasta elämästäni. (nainen, 30–39 vuotta)

Irtiottoni kautta olen saanut mahdollisuuksia kokeilla lahjojan, uusia harrastuksia ja uutta ammattia. (mies, 30–39 vuotta)

Vaikka läheissuhteen rajaaminen on kokemusten perusteella vaikeaa toteuttaa, koska se herättää niin paljon syyllisyyttä ja muita vaikeita tunteita, niin yleisesti rajaaminen nähdään silti hyvinvointia tukevana ratkaisuna. Suhteen rajaaminen tukee yleisesti hyvinvointia.

6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä pro gradu -tutkielmassa olen tutkinut mielenterveys- tai päihdeomaisten hyvinvointia omaisten kirjoittamien kirjoitusten kautta. Tarkastelin omaisten hyvinvointia Erik Allardtin hahmotteleman hyvinvoinnin ulottuvuuksien näkökulmasta. Olin kiinnostunut siitä, miten omaiset kertovat mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikutuksista omaa hyvinvointiin ja miten omaisten sanoittamat kokemukset suhteutuvat hyvinvoinnin ulottuvuuksiin ja sen eri osatekijöihin. Allardtin hyvinvointiteoria ohjasi tarkastelemaan omaisten hyvinvointia elintason, yhteisyyssuhteiden ja itsensä toteuttamisen ulottuvuuksien ja tarkemmin niihin kuuluvien osatekijöiden kautta. Lisäksi tässä tutkielmassa tarkastelin läheissuhteen rajaamisen vaikutusta mielenterveys- tai päihdeomaisen hyvinvointiin. Tutkielman tavoitteena oli tutkimuskysymyksiin vastaamisen lisäksi herättää mielenkiintoa omaisten hyvinvointia kohtaan.

Mielenterveys- tai päihdeomaisten kertomuksissa läheisen henkilön sairauden vaikutukset omaan hyvinvointiin elintason ulottuvuudessa ilmenevät etenkin terveyden ja turvallisuuden osatekijöiden kautta. Omaiset sanoittivat kirjoituksissa paljon omia terveydellisiä haasteitaan ja selittivät niiden olevan seurausta läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmasta sekä niiden seurauksena muuttuneesta käytöksestä ja puutteellisesta hoivasta. Sairauden aiheuttama pitkään jatkunut stressi ja kuormitus vaikuttivat omaisten kertomusten mukaan heidän terveyteensä ja sitä kautta hyvinvointiin. Terveysongelmat ilmenivät vahvimmin niillä omaisilla, jotka olivat eläneet lapsuuttaan vanhemman mielenterveysongelmien tai päihdesairauden varjossa. Puutteellinen turvallisuus oli toinen merkittävä elintason ulottuvuuden osatekijä, joka korostui omaisten kertomuksissa omasta elämästään. Mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat henkilön käytökseen ja persoonallisuuteen, minkä seurauksena läheisten turvallisuus voi vaarantua. Omaiset sanoittivat omaa turvattomuuden tunnettaan ja uhkaa, jota he kokivat sairastuneen henkilön taholta. Terveysongelmien lisäksi myös turvattomuus korostui niillä omaisilla, joiden vanhempi kärsi mielenterveys- tai päihdeongelmista. Vaikka omaiset sanoittivat runsaasti turvattomuutta ja väkivallan uhkaa, niin fyysistä väkivaltaa he eivät kertoneet kokeneensa. Tästä huolimatta fyysiselle väkivallalle altistuminen on henkilön väkivallan ohella osa monen mielenterveys- tai päihdeomaisen elämää (ks. Rita 2001; Orjasniemi & Kurvinen 2017, 136–137).

Läheisen henkilön mielenterveys- tai päihdeongelmat vaikuttavat omaisten kertomusten perusteella vahvasti suhteesta rakentuvaan hyvinvoinnin kokemukseen. Omaiset kokivat läheisen ongelmien vaikuttaneen etenkin perheyhteisyyteen eli parisuhteeseen ja lapsi-vanhempi suhteeseen, mutta myös ystävyysuhteisiin ja paikallisyhteisyyden kokemuksiin. Parisuhteessa mielenterveys- tai päihdeongelmat aiheuttivat omaisten kokemusten mukaan epätasapainoa ja kuormittumista. Ongelmat vaikuttivat omaisten suhteesta kokemaan tyytyväisyyden negatiivisesti. Lapsilla vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttivat yksinäisyyttä ja he kokivat heidän osaltaan puutteellista vanhemmuutta. Lisäksi lapsilla oli haasteita kiintymyssuhteen rakentamisessa sairastuneeseen vanhempaan. Omaiset sanoittivat läheisen sairauden vaikuttaneen myös muihin suhteisiin kuin minkä osapuolena sairastunut henkilö on. Ongelmat herättivät stigmaa ja heikensivät näiden suhteiden tuottamaa tyytyväisyyttä. Mielenterveys- tai päihdeongelmien seurauksena omaiset kokivat myös tyytymättömyyttä paikallisyhteisyydessä. He sanoittivat viranomaisten ja muiden ympäristön henkilöiden olevan usein piittaamattomia ja kokivat ulkopuolisuutta.

Hyvinvoinnin itsensä toteuttamisen ulottuvuuteen ja sen osatekijöihin on vahvasti vaikutusta läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmilla. Kirjoituksissaan omaiset sanoittavat sairauden ja sen mukaan muuttuvien olosuhteiden muovaavan omaa identiteettiä. Identiteetin rakentamiseen vaikutti omaisten kokemusten mukaan mielenterveys- tai päihdeperheiden epänormaalit roolit ja heidän kokema stigma. Omaiset kertoivat lisäksi puutteellisesta arvostuksesta, heikosta itsetunnosta ja vähentyneistä mahdollisuuksista omiin harrastuksiin ja vapaaajan viettoon. Puutteellinen arvostus näkyi omaisten kokemassa haukkumisessa ja mielipiteiden lyttäämisessä, joilla oli vaikutusta myös itsetuntoon. Omaiset kokivat puutteellista arvostusta myös sen kautta, miten viranomaiset ja ympäristö suhtautuivat heidän asioihinsa. Kokonaisvaltainen kuormitus vie omaisten energiaa ja sairastuneen hoivaaminen vaatii aikaa, joiden seurauksena henkilön oma aika ja harrastusmahdollisuudet vähenevät. Oman korvaamattomuuden kokemus voi Allardtin (1976) mukaan tuottaa hyvinvointia, mutta omaisten sanoittama korvaamattomuus näyttäytyi aineistossa vahvasti hyvinvointia heikentävänä ja itseä kuormittavana tekijänä.

Mielenterveys- ja päihdeomaiset kertoivat näköalattomuuden, toivottomuuden ja huolen kokemuksia. Näillä kokemuksilla on vaikutusta henkilön kokemaan hyvinvointiin, mutta niiden tulkitseminen kuuluvaksi yhteen ainoaan hyvinvoinnin ulottuvuuteen on haasteellista. Kyseiset kokemukset kytkeytyvät muun muassa henkilön kokemaan turvallisuuteen,

tyytyväisyyteen suhteesta ja omiin vaikutusmahdollisuuksiin. Kokemukset sivuavat täten useaa eri hyvinvoinnin ulottuvuutta. Tämä havainnollistaa hyvinvoinnin moniulotteisuutta ja kaiken kattavan hyvinvointiteorian muodostamisen haasteellisuutta. Vaikka Allardtin hahmottelemia hyvinvoinnin ulottuvuuksia voidaan pitää erittäin kokonaisvaltaisena hyvinvointia ja sen rakentumista kuvaavana mallina, niin aivan kaikki tekijät eivät siihen mahdu. Toisaalta välttämättä kyse ei ole mallin puutteellisuudesta, vaan omaisten kokemusten moniulotteisuudesta. Kyseiset kokemukset olisi tietyllä tavalla sijoitettavissa jokaiseen kolmeen ulottuvuuteen kuuluvaksi. Tällöin vain perustelut eri ulottuvuuksiin sijoittamisen taustalla vaihtelisivat.

Läheissuhteen rajaaminen näyttäytyi omaisten kokemuksissa pääasiassa hyvinvointia parantavana ratkaisuna. Omaiset sanoittivat rajaamisen parantaneen heidän terveyttään ja turvallisuuttaan. Toisaalta joillain rajaaminen oli synnyttänyt konfliktin sairastuneen henkilön kanssa ja vaikuttanut hetkellisesti heikentävästi turvallisuuden kokemukseen. Perheyhteyteen rajaaminen vaikutti omaisten sanoittamana niin, että suhteesta johtuva kuormitus ja stressi vähenivät. Suhteen rajaamisella sairastuneeseen oli omaisten kokemusten mukaan joitain negatiivisia vaikutuksia omiin sisarus- tai sukulaisuussuhteisiin. Omaiset kokivat, että aina kaikki muut läheiset eivät hyväksyneet heidän rajaamistoimenpiteitään. Oman identiteetin muotoutumiseen, omaan ajankäyttöön ja harrastamiseen suhteen rajaamisella on omaisten mukaan selkeä positiivinen vaikutus. Rajaamisen jälkeen omaiset sanoittivat pystyneensä enemmän päättämään, miten käyttävät aikansa. Ilman läheisen sairauden asettamia rajoitteita omaiset sanoittivat pystyvänsä vapaammin olemaan oma itsensä.

Ennen tutkielmaani varten tekemääni analyysia uskoin läheisen mielenterveys- tai päihdeongelmien aiheuttavan omaisille puutteita taloudellisessa tilanteessa, jotka olisivat ilmenneet kirjoituksissa. Sairauksien vaikutukset omaisten talouteen olivat aineistossa kuitenkin vähäisiä. Vaikka talouden ongelmat eivät omaisten kokemuksissa tässä tutkimuksessa olekaan merkittäviä, niin yleisesti kyseiset mielenterveys- ja päihdesairaudet vaikuttavat huomattavasti henkilön työkykyyn ja sitä kautta koko perheen taloudelliseen tilanteeseen. Vanhempien sairaus, työllisyys ja heikentynyt taloustilanne voivat vaikuttaa myös lapsen kouluttautumiseen ja sitä kautta talouteen koko elämän mitassa. Ennen tutkielman tekoa uskoin mielenterveys- tai päihdeongelmien näkyvän vahvemmin tyytyväisyydessä rakkaussuhteeseen. Kuitenkin omaisten kokemuksissa nämä tyytymättömyyden kokemukset olivat

vähäisiä, mikä osaltaan varmasti selittyy sillä, että kirjoittajista vain pienellä osalla kirjoituksen aiheena oli suhde omaan puolisoon.

Tässä ja myös aiemmassa mielenterveys- ja päihdeomaistutkimuksessa on havaittu, että omaiset näkevät viranomaisten ja ympäristön ihmisten piittaamattomuuden ongelmana (ks. Itäpuisto 2005, 92–93). Omaisilla on halu ja tarve sille, että sairastuneen ja hänen perheensä tilanne huomataan ja siihen puututaan. Hyvinvoinnin kannalta jo omaisen tilanteen huomiointi ja siitä puhuminen voivat auttaa, sillä omaisilla on olo, että he ovat tilanteen kanssa yksin. On oletettavaa, että iso osa mielenterveys- tai päihdeomaisista ei ole lastensuojelun asiakkaita, eikä siten heidän hätäänsä välttämättä tunnusteta. Vaikka naapurina, opettajana tai muussa roolissa tilanteeseen puuttuminen voi olla hankalaa, niin lastensuojeluilmoituksen tekeminen on yksi askel parempaan suuntaan. Varmasti ilmoituksia tehdään jo nyt, mutta omaisten kokemus muiden henkilöiden piittaamattomuudesta kannustaa tekemään ilmoituksia ja toteuttamaan muita puuttumisen tapoja entistä rohkeammin.

Omaiset kokevat piittaamattomuuden ongelmana, joten piittaamattomuuden taustoja olisi tarpeen tutkia jatkossa. Omaiset kokevat, ettei tilanteeseen puututa, joten olisi tärkeää tietää miksi tilanteen tuntevat eivät puutu siihen. Ehkä puuttumista välttelevä henkilö suojaa hiljaisuudella itseään. Puuttumista estävien ja rajoittavien tekijöiden tunteminen voisi auttaa muuttamaan järjestelmää ja kulttuuria suuntaan, jossa ulkopuoliset rohkenisivat puuttua haittoja aiheuttavaan tilanteeseen.

Viime aikoina on julkisuudessa keskusteltu turvakotien puuttuvasta tarjonnasta Suomessa. Yleinen taloustilanne painostaa valtiota leikkaamaan hyvinvointialueiden ja kolmannen sektorin palveluiden rahoitusta. Tässä ja aiemmassa tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdeomaisten heikko turvallisuus on todettu olevan heitä häiritsevää (ks. Jähi 2001, 66–67; Peltoniemi 2003, 56–57). Omaisten kokema uhka ja turvattomuuden kokemukset asettavat turvakoteihin kohdistuvat leikkaukset kyseenalaiseen valoon. Tutkimuksen tulokset kertovat turvakotien ja muiden omaisille turvallisten tilojen suuresta tarpeesta.

Omaisten kokemusten mukaan mielenterveys- tai päihdepalvelut sairaille ja heidän omaisilleen ovat puutteellisia ja vaikeasti saatavissa olevia. Jo ennestään kuormittuneet sairaat ja omaiset väsyvät lisää, kun palveluiden ja avun saamiseksi joutuu näkemään kohtuuttomasti vaivaa vailla varmuutta siitä, että apua lopulta saisi. Helpommin saavutettavat palvelut

sairaille voisivat auttaa katkaisemaan tuloksissakin mainitun sairauksien ylisukupolvisuuden. Myös omaiset hyötyisivät sairaille annettavasta avusta. Omaisten hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää olla myös heille henkilökohtaisesti suunnattuja palveluita. Esimerkiksi helpommin saatava terapeuttiivinen tuki voisi auttaa omaisia käsittelemään vaikeita kokemuksia ja haitalliset seuraukset vähenisivät. Laajempi vertaistuki auttaisi vähentämään sairauksien omaisille aiheuttamia hyvinvointihaittoja (ks. Männikkö & Jähi 2015). Palvelutarpeen kattamiseksi ja omaisten aseman parantamiseksi olisi tärkeää tutkia jatkossa omaisten omia näkemyksiä siitä, millaisia palveluita he tarvitsisivat ja mitä yhteiskunta voisi tehdä enemmän tai paremmin tukeakseen heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan.

Tämän tutkielman teko on edennyt alkusyksystä suunnitellun aikataulun mukaisesti. Tutkielman sai lähtölaukauksen valmiin aineiston ja lähipiirissäni tekemiäni havaintojen yhteisvaikutuksesta. Oma mielenkiinto aihetta kohtaan on toiminut parhaana motivaattorina tutkielman teon aikana. Tutkimuksen teko jakautui karkeasti kolmeen eri vaiheeseen. Syys- ja lokakuulle ajoittunut ensimmäinen vaihe koostui tutkimukseen liittyviin ilmiöihin ja hyvinvointiteorioihin tutustumisesta sekä näiden aiheiden kirjallisesta taustoittamisesta. Ensimmäinen vaihe sisälsi myös tutkimusmetodologiaan kysymyksiin paneutumista ja menetelmien valinnan. Marras- ja joulukuulle ajoittuneessa tutkimuksen toisessa vaiheessa pureuduin aineiston huolelliseen analysointiin ja tulosten raportointiin. Tutkimuksen kolmas vaihe toteutui tammikuussa 2025, jolloin kävin pohdintaa tutkimuksen johtopäätöksistä ja viimeistelin tutkimuksen kielellisten, teknisten ja sisällöllisten seikkojen osalta. Tutkimuksen taustoitusta varten oli helposti saatavilla laajasti sekä kotimaista että kansainvälistä lähdekirjallisuutta, mikä osaltaan helpotti tutkimuksen tekoa.

Haasteena tämän tutkielman teossa oli tutkimusmenetelmän valinta ja sen soveltaminen. Isolta osin tämä haaste johtuu omasta kokemuksen puutteesta laadullisen tutkimuksen teossa. Tutkimusmetodina käytin teorialähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin valinta oli suhteellisen helppo, mutta päänvaivaa aiheutti, toteuttaisinko sen aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti vai teorialähtöisesti. Teorialähtöisyys valikoitui lopulta siksi, koska hyvinvointia voi tutkia niin monista eri näkökulmista ja halusin tutkimuksen teolle selkeät raamit. Lisäksi halusin tutkia aihetta kokonaisvaltaisesti, missä Erik Allardtin hyvinvointiteoria auttoi huomattavasti. Teorialähtöisyys auttoi tekemään analyysistäni systemaattisen ja tulosten raportoinnista selkeän. Tutkimukseni aineisto oli kuitenkin kerätty vapaasti ilman teorian vaikutusta, mikä mutkisti teorialähtöisen analyysin valintaa, koska yleensä teorialähtöisessä

tutkimuksessa teoria on läsnä myös aineistoa muodostaessa. Uskalsin kuitenkin soveltaa niin, että aineiston luonteesta ja keruutavasta huolimatta toteutin analyysin teorialähtöisesti.

Aineiston muodostumista ohjanneet kysymykset ovat voineet vaikuttaa tämän tutkimuksen tuloksiin. Kirjoituskutsussa vastaajilta on kysytty; *miten läheisen mielenterveysongelma tai riippuvuus on vaikuttanut elämääsi?* Kyseinen kysymys ohjaa vastaamaan vapaamuotoisesti. On mahdollista, että omaiset olisivat kertoneet vaikutuksista moninaisemmin ja tarkemmin, jos aineisto olisi kerätty teorialähtöisesti ja omaisilta olisi kysytty esimerkiksi yksityiskohtaisemmin ilmiön vaikutuksista omaan talouteen tai väkivallan kokemuksiin. Toisaalta omaisten kirjoittaessa suhteellisen vapaasti omaa kertomustaan elämästään, pääosaan nousevat ne kokemukset, mitkä ovat omaisen omassa elämässä merkittävimpiä.

LÄHTEET

- Ahlström, Britt Hedman & Skärsäter, Ingela & Danielson, Ella (2009) Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 309–316. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x>
- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin Ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.
- Allardt, Erik (1998) Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Teoksessa J.P. Roos & Tommi Hoikkala (toim.) *Elämänpolitiikka*. Helsinki: Gaudeamus, 34–53.
- Bengtsson, Mariette (2016) How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2. 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bentham, Jeremy (1948) *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. New York: Hafner Press.
- Crisp, Roger (2013) Well-Being. Teoksessa Zalta, Edward (toim.) *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <http://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/well-being>
- Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria (2022) Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. 34(4), 215–225.
- Ervast, Sari-Anne (2001) Vanhemman psyykinen sairaus lapsen kokemana. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 78–86.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Heikkinen, Hannu (2015) Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 149–167.
- Hiltunen, Tarja & Kluukeri, Katri (2017) Kellarista kahvipöytään. Vanhempien kokemuksia lastensa päihteidenkäytöstä. *Sininauhaliitto*. Jyväskylä.
- Hiltunen, Tarja (2017) Reaktiovaiheen vapina. Teoksessa Hiltunen, Tarja & Kluukeri, Katri (toim.) *Kellarista kahvipöytään. Vanhempien kokemuksia lastensa päihteidenkäytöstä*. Sininauhaliitto. Jyväskylä.
- Hoffrén, Jukka & Rättö, Hanna (2011) Hyvinvoinnin mittarit. Teoksessa Juho Saari (toim.) *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus. 219–239.
- Holmila, Marja & Ilva, Milla (2010) Näkymätön uhri vai pätevä toimija? Vanhempiensa päihteidenkäytöstä kärsivien lasten mielipiteitä ja selviytymiskeinoja. Teoksessa Mira Roine, Minna Ilva & Janne Takala (toim.) *Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä*. Raportteja 57. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 47–60.
- Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja & Autti-Rämö, Ilona & Notkola, Irma-Leena (2013) Päihdeongelmaisten äitien lapset. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 36–46
- Inkinen, Matti & Santasalo, Helena (2001) Miksi minulle ei järjestetty syntymäpäiviä. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 87–114.
- Itäpuisto, Maritta (2005) Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopio. Kuopion yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0075-1>
- Itäpuisto, Maritta (2003) Vanhempien alkoholiongelma, lasten ongelma. Teoksessa Marja Holmila & Janna Kantola (toim.) *Pullonkauloja. Kirjoituksia alkoholistien läheisistä*. Jyväskylä. Gummerrus, 30–51.
- Jähi, Rita (2001) Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenperheessä – aikuiset kertovat kokemuksistaan. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 53–77.

- Jähi, Rita (2003) Elämää psyykkisen sairauden varjossa. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Ilka Kangas & Ulla-Maija Seppälä (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 192–224.
- Jähi, Rita (2004) *Työstää, tarinoida, selviytyä: vanhemman psyykkinen sairaus lapsuudenkokemuksena*. Tampere. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5993-8>
- Kallio, Joel (2024) ”Rajaaminen on pelastanut sekä oman, että lasteni elämän”: Diskurssi-analyysi läheissuhteiden rajaamisesta mielenterveys- ja päihdeomaisten selviytymiskeinona. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalipolitiikan pro gradu –tutkielma.
- Kallunki, Minna & Knaapi, Emilia (2020) Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea. Valtakunnallinen mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami Ry. <https://finfami.fi/hyvinvointitutkimus/>
- Kansaneläkelaitos (2024) Mielenterveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspoissaololle vuonna 2023. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023> Viitattu 25.9.2024
- Karnieli-Miller, Orit & Perlick, Deborah A. & Nelson, Ann & Mattias, Kate & Corrigan, Patrick & Roe, David (2013) Family members of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. *Journal of Mental Health* 22(3). 254–262. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.779368> Viitattu 8.11.2024
- Koponen, Tuija & Jähi, Rita & Männikkö, Miia & Lipponen, Varpu & Åstedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija (2012) Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus: tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede* 24(2), 138–149.
- Laitinen, Merja & Uusitalo, Tuula (2008) Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Raimo Kaasila & Raimo Rajala & Kari Nurmi (toim.) *Narratiivikirja: menetelmiä ja esimerkkejä*. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus. 106–150.
- Lander, Laura & Howsare, Janie & Byrne, Marilyn (2013) The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work Public Health*. 28(3-4): 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Lieblich, Amia & Rivka Tuval-Mashiach, & Tammar B. Zilber (1998) *Narrative Research: Reading, Analysis and Interpretation*. Thousand Oaks: Sage.
- Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Maanmieli, Karoliina (2019) Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 56(3), 181–191. <https://doi.org/10.23990/sa.75490>
- Martela, Frank (2022) Hyvinvoinnin mittaus edellyttää hyvinvoinnin teoriaa – Erik Allardt'n hyvinvoinnin ulottuvuudet päivitettyinä nykyaikaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 87(5–6), 565–572. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112366604>
- Martin, Marjatta & Kallunki, Minna (2020) Omaisten tukeminen ja osallisuus julkisissa mielenterveyspalveluissa on välttämätöntä. *Labyrintti. Mielenterveysomaisten keskusliitto-FinFami* 2020(3), 28–30.
- Mielenterveystalo (2024) Masennuksen ja ahdistuksen fyysiset oireet. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/masennuksen-ja-ahdistuksen-fyysiset-oireet> Viitattu 26.11.2024.
- Mielenterveystalo (2024) Nuorten päihteiden käyttö. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/paihteet/nuorten-paihteiden-kaytto> Viitattu 13.11.2024.

- Männikkö, Miia & Jähi, Rita (2015) Mielenterveyspotilaiden omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 52(2), 163–169. <https://journal.fi/sla/article/view/52497>
- Niemi, Petteri & Rautiainen, Antti & Kannasoja, Sirpa & Haapakoski, Kaisa & Pellinen, Jukka & Mäntysaari, Mikko (2017) Hyvinvoinnin teorit hyvinvoinnin edistämässä ja poliittisessa päätöksenteossa. *Hallinnon tutkimus*. 36(3), 166–181. <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/98563>
- Nyman, Markku & Stengård, Eija (2001) Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Onnettomuustutkintakeskus (2024) Nuorten tapaturmaiset huumekuolemat vuonna 2023. https://turvallisuustutkinta.fi/material/sites/otkes/otkes/5ky90dpes/T2023-S1_Nuorten_huumekuolemat_tutkintaselostus.pdf
- Orjasniemi, Tarja & Kurvinen, Anne (2017) Häpeän päivät, pelon yöt – Lapsuuden kokemuksia ongelmajuovista vanhemmista. *Janus* 25(2), 127–143.
- Patton, Michael Quinn (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Peltoniemi, Teuvo (2003) Lapsen elämä suomalaisessa alkoholitiperheessä. Teoksessa Marja Holmila & Janna Kantola (toim.) *Pullonkauloja. Kirjoituksia alkoholistien läheisistä*. Jyväskylä: Gummerrus; 52–59.
- Piispa, Minna (2013) Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 78–88.
- Roine, Mira & Ilva, Minna (2010) Joka neljännessä suomalaisperheessä käytetään lasten näkökulmasta liikaa päihteitä. Teoksessa Mira Roine, Minna Ilva & Janne Takala (toim.) *Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. Raportteja 57*. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 26–37.
- Rönkä, Sanna & Brummer-Korvenkontio, Henriikki & Gunnar, Teemu & Hakkarainen, Pekka & Kailanto, Sanna & Karjalainen, Karoliina & Kriikku, Pirkko & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2020) Katsaus ajankohtaiseen huumetilanteeseen – Huumeiden käyttö ja haitat kasvaneet 2000-luvulla merkittävästi. *Tutkimuksesta tiiviisti* 33/2020. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140711>
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus> Viitattu 1.11.2024.
- Salo, Ulla-Maija (2008) Keskustelut, kertomukset ja performatiivisuus. Teoksessa Raimo Kaasila & Raimo Rajala & Kari Nurmi (toim.) *Narratiivikirja: menetelmiä ja esimerkkejä*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 68–104.
- Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011) Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. Teoksessa Juho Saari (toim.) *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus. 106–139.
- Solantaus, Tytti (2001) Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi 19–35.
- Tainio, Elma (2024) Perheenjäsenten assosiatiivinen stigma – psyykinen sairaus perheessä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-5358-2>
- Takala, Janna & Roine, Minna (2013). Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 24–35.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022) Päihdetilastollinen vuosikirja 2021: Alkoholi ja huumeet <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-817-0>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023) Nuorten päihteiden käyttö ja päihdehäiriöt. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot/nuorten-paihteiden-kaytto-ja-kaytoshairiot> Viitattu 13.11.2024.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK (2024) <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-hk> Viitattu 6.11.2024
- Uusitalo, Hannu & Simpura, Jussi (2022) Erik Allardt hyvinvoinnin tutkijana. Teoksessa Hannu Uusitalo, Jussi Simpura, Juho Saari, Tuomo Laihiala, Harri Melin & Katri Vataja (toim.) Hyvinvoinnin muutos ja pysyvyys: Allardt-hyvinvointi Suomessa 1972 ja 2017. Helsinki: Into. 19–63.
- Vilkko, Anni & Finne-Soveri, Harriet & Sohlman, Britta & Noro, Anja & Jokinen, Sari (2013) Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim). Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 63–77.
- von Wright, Georg Henrik (1963) *The varieties of goodness*. London, New York: Routledge & Kenagan Paul. The Humanities Press.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (2013) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Weissman, Myrna & Wickramaratne, Priya & Gameraoff, Marc & Warner, Virginia & Pilowsky, Daniel & Gathibandhe Kohad, Rajni & Verdelli, Helena & Skipper, Jamie & Talati, Ardesheer (2016) Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry* 173(10), 1024–1032. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15101327
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (2024) Kokemuksia läheissuhteiden rajaamisesta mielenterveys- ja päihdeomaisten selviytymiskeinona 2023–2024. <https://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD384>

LIITE 1. ANALYYSIRUNKO

Elintason ulottuvuus (pääluokka)			
Terveys		Turvallisuus	
Mielenterveys		Pelko	Fyysinen väkivalta
<p><i>Kärsin C-PTSD:stä ja masennuksesta, sekä epäluottamuksesta ihmisiin vanhempieni riippuvuuksien takia. Elän jatkuvassa hermostollisessa stressitilassa.</i> (nainen 18–29 vuotta)</p>		<p><i>Autoon istuessani tajusin äitini olevan ympärilläni ja rukoilin häntä päästämään minut pois auton kyydistä. Äiti ei pysähtynyt eikä päästänyt minua ulos ja jollakin ihmeellisellä tavalla selvisimme ehjin nahoin ja autoa tieltä ulos ajamatta kotiin.</i> (nainen, 40–49 vuotta)</p>	<p><i>Hän pahoinpiteli pikkusisaruksiani. En muista pahoinpitelikö hän minua.</i> (nainen, 30–39 vuotta)</p>
<p><i>Aloin itse oireilemaan ahdistusta ja traumaperäistä stressiä. Siinä kohtaa oli pakko tunnustaa tosiasiat ja myöntää, että vanhempani ovat suuri paino hartioillani.</i> (nainen 18–29 vuotta)</p>		<p><i>Pelkäsin kotona isän pois-saollessa, sillä äiti saattoi olla hyvin arvaamaton, rai-vostuen hetkessä silmittömästi.</i> (nainen, 30–39 vuotta)</p>	
Yhteisyyssuhteiden ulottuvuus (pääluokka)			
Perheyhteisyys ja ystävyysuhteet		Paikallisyhteisyys	
Parisuhde	Lapsen ja vanhemman suhde	Viranomais- ja muu ulkopuolinen yhteys	
<p><i>Puolisollani on epävakaapersoonallisuushäiriö, jonka vuoksi reilu seitsemän vuotta kestänyt suhteemme on ollut paikoitellen hyvinkin kaoottista.</i> (nainen, 18–29 vuotta)</p>	<p><i>En edelleenkään koe luontevaksi puhua omista asioistani vanhemmilleni, eivätkä he niitä juuri kysele-kään.</i> (nainen, 30–39 vuotta)</p>	<p><i>Lapsena olisin kaivannut tukea ulkopuolisilta tilanteeseen. Olin täysin yksin eikä kukaan ulkopuolinen kuten naapurit, opettajat tai ystävien vanhemmat puuttuneet tilanteeseen.</i> (nainen, 18–29 vuotta)</p>	
	<p><i>Suurin osa vuorovaikutuksesta hänen kanssaan on liian kuluttavaa.</i> (mies, 30–39 vuotta)</p>		

Itsensä toteuttamisen ulottuvuus (pääluokka)			
Identiteetin muodostuminen	Arvostus	Vapaa-ajan mahdollisuudet ja poliittiset resurssit	Korvaamattomuus
<i>Olen perheemme lapsista vanhin, joten jouduin todella nuoresta asti ottamaan perheessämme ”aikuisen” roolia, johon kuului pikkuisaruksen suojeleminen ja hoiva sekä toisen vanhemman emotionaalisenä tukena toimiminen. (nainen, 18–29 vuotta)</i>	<i>Perhesysteemiin kun on elämäni alusta alkaen kuulunut sekä, että en saa tunteita negatiivisina pitämiään tunteita enkä ilmaista tarpeita, joista äiti voisi suuttua / loukkaantua / pettyä tms. (nainen, 40–49 vuotta)</i>	<i>Hain pariinkin otteeseen keskusteluapua itselleni koska tilanne oli sietämätön. Ensimmäisillä kerroilla en saanut apua, vaan minut käännyttiin vastaanotolta pois. Jouduin keräämään jaksamista ja voimia jotta jaksoin vielä yrittää jälleen hakea apua ja vaatimalla vaatia itselleni keskustelutukea, jonka vihdoinkin sain. (nainen, 18–29 vuotta)</i>	<i>Tuntui pitkään että oli mun harteilla se, pysykö toinen hengissä. Koin ahdistusta siitä, että mun oli pakko jaksaa hoitaa omat ja hänen asiat, koska jos en olisi jaksanut niin toinen ei olisi enää täällä. (nainen, 18–29 vuotta)</i>
<i>Läheisen juominen paheni, oma naiseuteni oli piilossa, itsetuntoni ei ollut paras mahdollinen. (nainen 50–59 vuotta)</i>	<i>Heidän tarpeensa ja toiveensa menivät minun edelle. (nainen, 18–29 vuotta)</i>	<i>Se vie energiaa omasta elämästä. Harrastuksiin käytetty aika on vahvasti vähentynyt. Se muuttaa monia päätöksiä, koska toisen tukena pitää olla. (mies, 18–29 vuotta)</i>	<i>Olen lapsesta saakka ajatellut, että minä olen keskeisessä asemassa vanhempani hyvinvoinnin ja parantumisen edistämässä. (nainen, 18–29 vuotta)</i>