

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Akseli Paalanen
Antti Papunen

KUN LÄHEISENI SAIRASTUU KAKSISUUNTAISEEN MIELIALAHÄIRIÖÖN
-opaslehtinen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
0504054816

Tekijät
Akseli Paalanen, Antti Papunen

Nimeke
Kun läheiseni sairastuu kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön - opaslehtinen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille
Toimeksiantaja
P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry

Tiivistelmä

Kaksisuuntainen mielialalahäiriö on psyykkinen sairaus, jossa mielialat ja tunnetilat vaihtelevat voimakkaasti. Kaksisuuntainen mielialahäiriö koostuu tyypillisesti mania- ja masennusjaksoista. Manian tyypillisimpiä oireita ovat ärtynyt mieliala, yliaktiivisuus ja kohonnut itsetunto. Masennuksen tyypillisimpiä oireita ovat laskenut mieliala, vähäinen itsekunnoitus ja itsetuhoiset ajatukset. Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä nuoruusiässä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan yleensä lääkehoidolla, psykoterapialla ja psykoedukaatiolla.

Vaikeimpia asioita, joita perheet voivat joutua kohtaamaan, on omaisen psyykkinen sairastuminen. Tämän vuoksi omaiset tarvitsevat tietoa sairaudesta ja ongelmanratkaisukeinoista, joita sairaus tuo mukanaan. Omaisten tuki on tärkeää sairastuneen hoidon kannalta.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantajana toimi P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry. Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa tietoa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaiselle. Tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen omaisille, joiden läheinen on sairastunut kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Opaslehtinen sisältää muun muassa tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja mitä omaisten tulisi huomioida läheisen sairastuessa. Opaslehtisessä kerrotaan myös Suomen mielenterveysomaisten liitoista ja niiden toiminnasta.

Jatkokehitysidea opinnäytetyölle voisi olla, miten omaiset kokevat saavansa tukea hoitohenkilökunnalta perheenjäsenensä sairastuessa tai tutkimus, miten omaiset arvioivat hoitohenkilökunnalta saamansa tuen laadun.

Kieli
suomi

Sivuja 31
Liitteet 1
Liitesivumäärä 7

Asiasanat
kaksisuuntainen mielialahäiriö, omainen, opaslehtinen



THESIS
April 2016
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author(s)
Akseli Paalanen & Antti Papunen

Title
Pioplar disorder – when a family member is diagnosed

Commissioned by
The Family Association Promoting Mental Health in North Karelia

Abstract
Bipolar (affective) disorder is a mental illness that is characterised by extreme changes in mood; typically from mania to depression. Mania often manifests itself in irritable mood, hyperactivity and elevated self-esteem. Typical symptoms of depression are low mood, low self-esteem as well as suicidal thoughts. Bipolar disorder often develops in adolescence, and its treatment involves medication, psychotherapy and psychoeducation.

Mental illness is devastating for the whole family; therefore, there is a need for information about the disorder and related problem-solving methods. The support of family members is essential in the treatment of bipolar disorder.

This thesis was commissioned by the regional North Karelian association of the National Family Association promoting Mental Health in Finland. The purpose of this study was to provide information for the families affected by bipolar disorder and write a guide about the disorder for them. Among other things, this guide contains information about bipolar disorder and a guideline for families of things to consider when a family member has been diagnosed with bipolar disorder. Also, the guide provides information about regional associations of the National Family Association promoting Mental Health in Finland and their activities.

Language
Finnish

Pages 31
Appendices 1
Pages of Appendices 7

Keywords
bipolar (affective) disorder, family, guide

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	6
2.1	Kaksisuuntainen mielialahäiriö yleisesti	6
2.2	Masennus kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä	8
2.3	Mania ja hypomania	10
2.4	Sekamuotoinen jakso	11
3	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito	11
3.1	Hoito yleisesti	11
3.2	Hoitotyö kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä	14
3.3	Tahdosta riippumaton hoito.....	16
4	Hoidon järjestäminen	17
5	Sairastuneen omaiset	18
5.1	Sairastuminen perheessä	18
5.2	Omaisien hyvinvointiin vaikuttavat tekijät	19
5.3	Vertaistuki ja omaisyhdistykset	21
6	Mielenterveyskuntoutuminen	23
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	24
8	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	25
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	25
8.2	Opaslehtisen toteutus.....	26
8.3	Opaslehtisen arviointi.....	27
9	Luotettavuus ja eettisyys.....	28
10	Pohdinta.....	29
11	Jatkokehittämisidea	30
	Lähteet.....	31

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opaslehtinen

1 Johdanto

Maailmanlaajuisesti kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on sairastunut noin 60 miljoona ihmistä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö koostuu tyypillisesti sekä mania- että masennusjaksoista, joiden välillä yleensä esiintyy oireettomia jaksoja. Maniajaksoihin liittyy ärtynyttä mielialaa, yliaktiivisuutta, kohonnutta itsetuntoa sekä vähentyneenä unen tarvetta. Masennuksen tyypilliset oireet ovat suru, vähäinen itsekkunnioitus, unihäiriöt ja itsetuhoisuus. (WHO 2015.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on sairaus, joka alkaa yleensä nuoruusiässä. Sairaudesta koostuu kahdesta päämuodosta: tyypin 1 sairaudenkuva koostuu kaikenlaisista sairausjaksoista, tyypin 2 sairaudenkuva koostuu masennusjaksoista ja hypomanioista, mutta ei tyypillisistä mania jaksoista. Sosiaalisella tuella on todettu olevan tärkeä merkitys kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen hoidolla. Omaisten tarjoama tuki edesauttaa potilaan kykyä hyväksyä sairaus ja vastaanottaa hoitoa. Sairaanhoidajan rooliin kuuluu antaa tietoa sairaudesta, tukea hoito-omyyntyyttä, opettaa tunnistamaan sairausjaksojen varomerkit ja ohjata rakentavaa kanssakäymistä omaisten kanssa sekä auttaa hyväksymään elämäniäinen sairaustaipumus. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 194-206.)

Opinnäytetyön tarkoitus on antaa tietoa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille. Tehtävänä on tuottaa opaslehtinen omaisille, joiden läheinen on sairastunut kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Yleensä omaisella tarkoitetaan perheenjäsentä tai lähisukulaista (Palomäki 2005, 6). Työ on toiminnallinen opinnäytetyö ja toimeksiantaja toimii P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry.

2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

2.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö yleisesti

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö on psyykkinen sairaus, jossa mielialat ja tunnetilat vaihtelevat voimakkaasti. Taudin kuvaan kuuluu masennus-, mania- ja hypomaniajaksoja. Perinteisesti bipolaarihäiriö jaetaan kahteen tyyppiin, jotka ovat tyyppin 1 kaksisuuntainen mielialahäiriö ja tyyppin 2 kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Sadeniemi, Aer, Jänkälä, Sorvaniemi & Stenberg 2013, 19–20.) Manialla tarkoitetaan jatkuvasti koholla olevaa mielialaa, ärtyneisyyttä tai poikkeuksellista avoimuutta, joka johtaa toimintakyvyn laskuun. Hypomaniassa oireet ovat samankaltaisia kuin maniassa, mutta esiintyvät lievempinä. (Käypähoito 2014.)

Tyyppin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ilmenee masennusjaksoja ja perinteisiä maniajaksoja. Taudin kuvaan kuuluu myös mahdollisuus sekamuotoisiin jaksoihin. Harvinaisiin tapauksiin liittyy myös mahdollisuus, että kaksisuuntainen mielialahäiriö esiintyy ainoastaan toistuvina maniajaksoina. Tyyppin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ei ilmaannu lainkaan perinteisiä maniajaksoja, vaan pelkästään masennus- ja hypomaniakausia. (Sadeniemi ym. 2013, 25.)

Bipolaarihäiriön diagnosoiminen on haastavaa. Taudin diagnoosin toteamiseen tarvitaan aikaa ja mieluiten useita käyntejä psykiatrian erikoislääkärin luona. Diagnoointi tapahtuu haastattelemalla ja havainnoimalla henkilöä, jolla epäillään kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Taudin selvittämiseen ei ole kuvantamistutkimuksia, joten diagnostiikkaa helpottaakseen on hyödyllistä selvittää sairaushistoria sekä haastatella sukulaisia ja lähipiiriä. (Sadeniemi ym. 2013, 71.) Esimerkiksi masennuspotilailta on tärkeää selvittää, onko heillä aikaisemmin esiintynyt maanisia tai hypomaanisia jaksoja (Lönngqvist ym. 2011, 198).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä. Sairastumisikä voi kuitenkin vaihdella lapsuudesta vanhuuteen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriö voi alkaa millä tahansa mielialahäiriötyypillä, joita ovat masennus, mania, hypomania tai sekamuotoinen jakso. Taudin diagnosointi kestää keskimäärin kahdeksan vuotta ensioireiden ilmaantumisesta. Suurin osa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneista hakeutuu hoitoon vasta masennusjakson alettua. Tämän vuoksi mahdolliset mania- tai hypomaniajaksot jäävät huomiotta, ja henkilö saa diagnoosin masennuksesta. Virheellisen diagnoosin takia sairautta hoidetaan pelkästään masennuslääkkeillä, jotka saattavat laukaista maniajakson. Oirekuva voi pahentua, koska masennuslääkkeet saattavat nopeuttaa oirejaksojen kiertoa. (Sadeniemi ym. 2013, 28.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön takia hoitoa hakevista henkilöistä enemmistöllä on samanaikaisesti ilmentynyt lisäksi jokin muu psykiatrinen sairaus, esimerkiksi päihderiippuvuus, syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö tai persoonallisuushäiriö. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneet ihmiset sairastavat keskimäärin myös enemmän fyysisiä sairauksia muuhun väestöön verrattuna. Merkittävimmät somaattiset sairaudet ovat verenkiertoelinsairaudet ja aikuistyyppin diabetes. (Heiskanen & Huttunen 2011, 329.)

Lääkehoidolla on tärkeä rooli kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Lääkehoidolla pyritään hoitamaan käynnissä oleva mielialahäiriöjakso ja samalla ehkäisemään uusien mielialahäiriöjaksojen syntyminen estolääkityksellä. Lääkettä, jolla on saatu parannettua masennus- tai maniajakson oireita, jatketaan myös yleisesti estolääkkeenä, pois lukien masennuslääkkeet, joita käytetään masennusjaksojen aikana lyhytaikaisina kuureina. Estolääkityksen annosta voidaan nostaa, jos mielialaoireita ilmenee, tai lisätä rinnalle toinen lääke. (Sadeniemi ym. 2013, 179.)

2.2 Masennus kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

Masennus on psyykinen häiriö, jonka tyypillisimpinä oireina ovat mielialan lasku ja toimintakyvyn heikentyminen. Masennuksen aikana voi esiintyä seuraavia oireita: laskenut mieliala, mielihyvän ja itseluottamuksen menettäminen, uupumus, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne, itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen, keskittymisvaikeutta, uni-häiriöitä ja ruokahalun muutosta. (Heiskanen & Huttunen 2011, 7 - 20.)

Laskeneessa mielialassa henkilö tuntee itsensä suurimman osan ajasta alaluiseksi sekä masentuneeksi. Lievässä masennuksessa huomion kohdistaminen muualle voi poistaa hetkellisesti masennuksen tunteen, mutta mitä vaikeimmissa masennuksissa huomion kohdistaminen toisaalle on mahdotonta. Mielihyvän menetyksessä henkilö ei voi kokea mielihyvää tai tyydytystä asioista, jotka aikaisemmin ovat sitä tuottaneet. (Luhtasaari 2002, 9.)

Uupumuksen aikana henkilö on väsynyt koko ajan. Pienikin fyysinen tai psyykinen ponnistelu on raskasta ja toiminnon jälkeen henkilö tuntee itsensä väsyneeksi. Itseluottamuksen menetyksessä ilmenee esimerkiksi itsearvostuksen menettämisenä, heikentyneenä selviytymiskyynä elämässä ja itseluottamuksen puutteena. Masentunut ihminen on altis itsetuhoisille ajatuksille. Ajatukset kohdistuvat yleensä pessimistisiin asioihin, minkä seurauksena henkilö on ajatellut tai yrittänyt itsemurhaa. Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunteen aikana henkilön on vaikea tehdä helppoja arkisia päätöksiä tai keskittyä huomiota vaativiin toimintoihin. (Luhtasaari 2002, 16 - 25.)

Vaikeassa masennuksessa keskittymiskyvyn puute ilmentyy vaikeutena keskittyä tavalliseen keskusteluun. Psykomotorinen hidastuminen ilmenee arkisten toimintojen tekemisen huomattavalla hidastumisella. Psykomotorisessa kiihtymisessä henkilö voi olla äärimmäisen levoton, johon voivat lisäksi liittyä esimerkiksi tarkoituksettomat liikkeet ja raajojen levottomuudet. Unihäiriöt ovat yleisiä masennuksen aikana. Henkilöllä voi ilmaantua nukahtamisvaikeuksia, pinnallista unta tai unen katkonaisuutta. Mahdollista on myös epäsäännöllinen unirythmi. Masennukseen sairastuneella puuttuu yleensä ruokahalu. Henkilö voi ajatella ruokaa myös

vastenmielisenä, minkä seurauksena masennukseen liittyy yleisesti painonlaskua. (Luhtasaari 2002, 27.)

Masennus diagnosoidaan, kun aikaisemmin mainituista oireista puhkeaa vähintään neljä yhtä aikaa ja oireet kestävät vähintään kaksi viikkoa. Lisäksi pitää olla ainakin kaksi näistä seuraavista oireista, jotka ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys tai uupumus. Masennuksen diagnosointia voidaan tukea haastattelulla sekä erilaisilla oireasteikoilla. Oireasteikoita ovat Beckin masennuskysely (BDI), Hamiltonin masennusasteikko, DEPS ja Montgomery-Ålbergin masennusasteikko (MADRS). (Heiskanen & Huttunen 2011, 20-21.)

Diagnoosin perusteella masennus voidaan jakaa neljään eri kategoriaan, jotka olivat lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen masennus. Lievässä masennuksessa henkilön toimintakyky on lievästi heikentynyt ja arjen toimintojen tekeminen vaatii ponnisteluja. Keskivaikeassa masennuksessa toiminta- ja työkyky on huomattavasti alentunut, jolloin tarvitaan sairaalomaata toistuvasti. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa henkilö on selvästi työkyvytön. Henkilö tarvitsee myös jatkuvaa huolenpitoa ja seurantaa, usein sairaalanympäristössä. Yleisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitama keskivaikeaan, vaikeaan tai psykoottiseen masennukseen sairastuneet ja perusterveydenhuolto huolehtii lähinnä lievään tai keskivaikeaan masennukseen sairastuneita. (Heiskanen & Huttunen 2011, 20-21.)

Masennuksen puhkeamiseen vaikuttavat monet tekijät, mitkä luokitellaan sosiaalisiin, psykologisiin ja biologisiin tekijöihin. Sosiaalisia tekijöitä ovat muun muassa sosiaalisten suhteiden katkeaminen tai työn menettäminen. (Heiskanen & Huttunen 2011, 9-10.) Masennukseen altistavia psykologisia tekijöitä ovat itsetunnon hauraus, läheisriippuvuus ja negatiiviset ajatusmallit. Masennus voi toimia myös pakokeinona tunteiden kohtaamisen sijaan. (Huttunen 2013.)

Biologiset muutokset ovat riskitekijöitä sairastua masennukseen. Biologisiksi riskitekijöiksi luokitellaan perinnöllinen alttius, naissukupuoli, aiemmat masennusjaksot, herkkä ja epävakaa tunne-elämä ja hormonaaliset muutokset. Lisäksi elä-

mäntilanteen muutokset voivat altistaa masennukselle, kuten somaattinen sairaus, työkyvyttömyys, päihderiippuvuus tai läheisen kuolema. (Heiskanen & Huttunen 2011, 10.)

2.3 Mania ja hypomania

Manialla tarkoitetaan jaksoa, jolloin mieliala on toistuvasti koholla, ekspansiivinen tai ärtyisä. Ekspansiivisuudella tarkoitetaan oman merkityksen ja valtansa korostamista. Yleensä jaksot kestävät vähintään viikon. Maaninen jakso voi olla lyhyempikin, jos sairastunut pääsee nopeasti sairaalahoitoon. Mania voidaan diagnosoida, kun kohonneen mielialan tai ärtyneisyyden kanssa esiintyy vähintään kolme yhdeksästä oireesta. (Sadeniemi ym. 2013, 36.) Nämä oireet ovat ylikorostunut itseluottamus, sosiaalisten käytöstapojen häviäminen ja epäasianmukainen käyttäytyminen, puhetulva, ajatustoiminnan kiihtyminen, vähentynyt unentarve, keskittymiskyvyttömyys, levottomuus, seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen ja riskialtis käytös (Salokangas 1996, 53).

Hypomaniassa oireet ovat samankaltaisia kuin maniassa, mutta oireet ilmenevät lievempinä, ja ne eivät aiheuta huomattavia ongelmia henkilölle. Hypomaniassa henkilön ajattelu ja käyttäytyminen eivät vaihtele niin radikaalisti kuin maniassa. Hypomaaninen jakso voidaan todeta, kun mieliala on ollut koholla vähintään neljän päivän ajan. Hypomaaninen jakso voi kestää viikosta jopa useisiin kuukausiin. Tauti voi kehittyä maniaksi, jos sitä ei pystytä tunnistamaan ajoissa. Tämän vuoksi sairastuneen ja lähipiirinsä on opittava tunnistamaan myös lievän manian oireet. (Sadeniemi ym. 2013 23-24.) Hypomanian tunnistaminen on usein hankalaa. Henkilö voi luulla hypomaanisia jaksoja luonteeseensa kuuluviksi piirteiksi, varsinkin jos näitä jaksoja on esiintynyt jo useita vuosia. Hypomanian tunnistamista hankaloittaa usein myös samanaikainen päihteiden käyttö. Monet hypomaanisessa tilassa olevat henkilöt käyttävät runsaasti alkoholia ja joskus jopa erilaisia huumeita, kuten kokaiinia tai ekstaasia. (Lönqvist ym. 2011, 200.)

2.4 Sekamuotoinen jakso

Sekamuotoisella jaksolla tarkoitetaan maanisten ja masennusoireiden samanaikaista esiintymistä joko yhtäaikaisesti tai nopeasti vuorotellen. Henkilö voi esimerkiksi herätä aikaisin maanisena, mutta hänen mielialansa muuttuu päivän mittaan masentuneeksi. Tämä voi johtaa yön ajaksi vaikeaan masennustilaan, minkä jälkeen vointi voi vaihdella vuorokaudesta toiseen ääritilojen välillä. Oireet voivat esiintyä yhtäaikaisesti, jolloin esimerkiksi henkilö voi olla masentunut, mutta samanaikaisesti hänen puheensa voi olla vuolasta, ajatustoimintansa kiihdyttynyttä ja psykomotoriikkansa levotonta. (Lönqvist ym. 2011, 198.)

Sekamuotoiselle jaksolle on tyypillistä, että henkilön oireet vaihtelevat voimakkaasti sisältäen sekä ääritiloja että vaiheita, joissa molempien tilojen oireita esiintyy samanaikaisesti. (Lönqvist ym. 2011, 198.) Tilaan voi liittyä myös psykoottisia oireita. Sekamuotoisten jaksosten aikana itsetuhoisten tekojen riski on erityisen suuri. (Lönqvist ym. 2011, 201.)

3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

3.1 Hoito yleisesti

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon aloituksessa on tärkeää ensimmäisenä selvittää, mikä sairauden vaihe on sillä hetkellä meneillään (Lönqvist ym. 2011, 208). Hoidosta saadaan monipuolinen kokonaisuus, kun yhdistetään lääkkeelliset sekä lääkkeettömät hoitomuodot. Lääkehoidossa käytetään aina ylläpitohoitoa, eli estetään uusien sairausjaksojen syntyminen ja lievempiä oireita, jotka heikentävät toimintakykyä varsinaisten jaksosten välissä. (Mantere, Valtonen & Suominen 2011.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa yksi tärkeimmistä hoitomuodoista lääkehoidon lisäksi on psykoterapia (Heiskanen & Huttunen 2011, 330). Psykoter-

pia on hoitomuoto, joka perustuu kahden tai useamman henkilön väliseen vuorovaikutukseen (Suomen mielenterveysseura 2016). Psykoterapialla tuetaan henkilöä, pyritään sitouttamaan lääkehoitoon ja opetetaan tunnistamaan sairausjaksot mahdollisimman aikaisin. Sairaus on raskas sairastuneelle, kuten myös hänen läheisilleen, joten molempien tukeminen on tärkeää. (Heiskanen & Huttunen 2011, 330.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneelle pitää antaa tarpeeksi asiallista tietoa taudista, sekä kaikki tarvittava tuki ja aika. Tärkeä on saada henkilö ymmärtämään, että kyseessä on krooninen sairaus ja se tulee olemaan koko loppuelämän läsnä. Sairauden hoitotasapainon vuoksi on tärkeää, että henkilö ymmärtää oman sairautensa ja toimii oman hoitonsa asiantuntijana (Heiskanen & Huttunen 2011. 332 - 333).

Psykoedukaatiolla annetaan tietoa sairauden oireista, kulusta ja hoidosta. Hoidon vaikutusta voidaan myös lisätä antamalla opetusta sairauden varhaisoireiden tunnistamisesta. Tärkeää psykoedukaatiossa on käydä läpi sekä sairastuneen että omaisten sairaushistoria, jos löytyisi jotain tietoa taudin historiasta. Sairastuneen ja hänen omaistensa kanssa kannattaa selvittää mielialajaksojen laukaivevat tekijät, jotta on samalla helpompi selittää masennuksen ja manian varhaisoireet. (Heiskanen & Huttunen 2011. 333.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoja hoidetaan eri tavalla kuin normaalia masennusta. Masennuslääkityksen aikana pitää tarkasti seurata henkilön mielialoja, koska lääkkeitä ei voi käyttää, jos henkilölle on ilmaantunut maanisia oireita. Lääkkeinä masennusjakson hoitoon voidaan käyttää ketiapiiinia, litiumia, lamotrigiinia, valproaattia tai olantsapiinin ja masennuslääkkeen yhdistelmää. Lamotrigiinin käyttöä rajoittavat annoksen nostorajoitukset ihottumariskin takia, mutta lamotrigiinilla on tehokas vaikutus toistuvien masennusjaksojen ehkäisyssä. Erityisesti kaksoisvaikutteisten ja trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöä yritetään välttää, koska nämä lääkeryhmät altistavat muita helpommin masennuksen vaihtumista hypomaniaksi tai maniaksi. (Heiskanen & Huttunen 2011, 330.) Kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi amitriptyyli

ja duloksetiini. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ovat venlafaksiini ja milnasipraani. (Vainio 2011.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson aikana voidaan käyttää myös hoitokeinona aivojen sähköhoitoa. Jos psykoottisia oireita ilmaantuu masennusjakson aikana, pitää lisätä toisen polven psykoosilääke tukemaan hoidon tehokkuutta. Lääkehoito suunnitellaan jokaiselle henkilölle yksilöllisesti. (Heiskanen & Huttunen 2011, 330.)

Manian lääkehoidossa lääkkeet valitaan tarkkaillen hyöty-haittasuhteita. Käytössä olevat masennuslääkkeet on lopetettava. Tehokkain hoitomenetelmä maniassa on eri lääkehoitojen yhdistäminen. Litium ja valproaatti toimivat yhtäaikaisessa käytössä tehokkaimmin manian hoidossa, mutta tähän voidaan lisätä vielä uudemmat psykoosilääkkeet tehostamaan hoitoa. Muita yleisiä manian lääkehoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa risperidoni, ketiapiini ja olantsapiini. Manialääkityksen ohella usein määrätään tukilääkkeeksi bentsodiatsepiineja. Edellä mainituilla lääkkeillä hoidetaan myös sekamuotoista jaksoa, koska lääkehoitoa pidetään ensisijaisena hoitomuotona. Hypomanian lääkehoidossa lisätään ylläpitävän lääkityksen annosta, ja lopetetaan hypomanialle altistava masennuslääke. (Käypähoito 2014.) Taulukossa 1 esitetään yleisimpiä lääkeaineita ja lääkeannoksia kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.

Manian hoito yleensä vaatii psykiatrista sairaalahoitoa. Maaninen henkilö joudutaan usein toimittamaan tahdosta riippumattomaan hoitoon, koska henkilö on harvoin tarpeeksi sairaudentuntoinen ja yhteistyökykyinen ymmärtääkseen tilansa vakavuuden. Maanisen henkilön on päästävä hoitoon nopeasti, koska maniaan liittyvät haitalliset ja vakavat seuraamukset vaikeuttavat henkilön elämäntilannetta. Lisäksi maanisen tilan nopea korjautuminen itsestään on hyvin epätoennäköistä. (Lönngqvist ym. 2011, 208-209.)

Taulukko1. Lääkehoito (mukaillen Käypähoito 2014).

Lääkehoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä			
Lääkeaine	Masennusvaihe	Maniavaihe	Ylläpitovaihe
Ketiapiini	300 - 600 mg/vrk	300-800 mg/vrk	300-600 mg/vrk
Litium	0,8-1,2 mmol/l	0,8-1,2 mmol/l	0,6,-0,8 mmol/l
Lamotrigiini	50-200 mg/vrk	-	50-400 mg/vrk
Olantsapiini	-	5-20 mg/vrk	5-20 mg/vrk
Risperdoni	-	1-6 mg/vrk	-
Valproaatti	450-600 µmol/l	450-900 µmol/l	450-900 µmol/l

3.2 Hoitotyö kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitotyössä sairaanhoitajan tulee tarkkailla sairastuneen mielialaa, unirytmää, sosiaalista käyttäytymistä ja itsetuhoisuuden merkkejä. Sairaanhoitajan tulee mahdollistaa turvallinen ympäristö, jolla voidaan vähentää itsetuhoista käyttäytymistä. Unen laatua tarkkailemalla voidaan selvittää sairauden senhetkistä tilaa. Ohjeistamalla sairastuneelle tasaisempia unirytmeyksiä saadaan tasapainoisempi päivärytmi. Sairastuneen kanssa pitää rakentaa ja ylläpitää terapeutista hoitosuhdetta. (Istudentnurse 2015)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneella voi olla heikentyneet sosiaaliset taidot, mikä saattaa johtaa syrjäytymiseen. Hoitajan tulee auttaa sairastunutta kehittämään heikentyneitä sosiaalisia taitoja. Sosiaalisia taitoja voidaan kehittää esimerkiksi liittymällä toimintaryhmiin. Stressitilanteisiin rohkaistaan käyttämään mukautuvia selviytymiskeinoja. (Istudentnurse 2015.)

Sairaanhoitajan työnkuvaan voi kuulua psykoedukaatio kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Psykoedukaation avulla voidaan esimerkiksi selventää sairauden nykyinen tilanne, selittää sairastuneelle taudin hoitopolku sekä kehittää lääkehoitomyönteisyyttä (Istudentnurse 2015.)

Terapeuttisen hoitosuhteen rakentaminen kuuluu hoitotyöhön. Siihen sisältyy pysyvän ja turvallisen ympäristön varmistaminen. Vaikeissa tilanteissa voimankäytön hillitseminen sekä empaattinen ja tuomitsematon asenne sairastunutta kohtaan. (Istudentnurse 2015.)

Hoitotyön toiminnan lähtökohtana ovat potilaan tarpeet sekä potilaan tyytyväisyys. Potilaan hoitoa ja toipumista edesauttavat omaiset erityisesti silloin, jos he pystyvät olemaan tukena heti hoidon alettua. Potilas sekä omaiset kokevat tärkeäksi saada tarkempaa tietoa potilaan voinnista ja siitä, mistä hoidossa on kyse. Omaisilta odotetaan tulevaisuudessa aktiivisempaa osallistumista potilaan hoitotyöhön. Omaisten osallistuminen hoitoon voi olla erityisen stressaavaa ja raskasta, jos kyseessä on esimerkiksi pitkäaikainen sairaus. Sairaus voi aiheuttaa perheessä toimitapojen tai roolien muutoksia. Myös yhteiskunnan suhtautuminen sairastumiseen tuo lisätaakkaa perheelle, esimerkiksi sosiaalista painetta ja stressiä. Tämän vuoksi omaiset tarvitsevat paljon tukea ja tietoa. Tärkeässä roolissa tässä suhteessa ovat sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan kuuluu ottaa selvää omaisten tämänhetkisistä tiedosta sekä minkälaista tukea omaiset erityisesti näyttäisivät tarvitsevan. (Kivimäki 2008, 8.)

Perheellä on tärkeä merkitys sairastuneen hoidossa. Perhehoitotyössä sairaanhoitajalla pitää olla keinoja kohdella kaikkia perheessä tasapuolisesti ja huomioida kaikkien mielipiteet. On myös huomioitava, etteivät kaikki potilaat halua omaisiaan mukaan hoitoon. Myöskään kaikilla omaisilla ei ole valmiuksia olla osana hoitoa ja kantaa hoidosta aiheutuvia paineita. Sairaanhoitaja voi auttaa perhettä keskustelemaan edellä mainituista vaikeista asioista perheen tasolla. (Kivimäki 2008, 9)

Sairastuneen ja omaisten välisiä suhteita on ruvettu yhä enemmän ottamaan huomioon sairaanhoitajien toimesta. Huomioiden avulla on voitu kehittää hoitosuunnitelmaa sekä potilaan ongelmien kohtaamista. Perheen hyvinvointia on pystytty edistämään ajankohtaisilla kysymyksillä koskien perhettä. Kysymykset pohjautuvat huomioihin, mitä perheestä on tehty, ja näin hoitotiimi on saanut laajennettua näkemystään tarvittavasta hoidosta. Samalla mahdollistetaan positiivisempia hoitotuloksia. Sairaanhoitaja pystyy huomioimaan perheen odotukset ja tarpeet, jos hän tuntee potilaan sekä tämän sosiaalisen elämän.(Kivimäki 2008, 9.)

Tietyt ongelmakohdat saattavat aiheuttaa sairaanhoitajille haasteita huomioidessa perhettä. Nämä ongelmakohdat ovat elämäntilanne, tausta, arvot ja uskonto. Edellä mainitut kohdat saattavat huomattavasti erota sairaanhoitajan näkemyksistä, mikä voi aiheuttaa ristiriitoja. Mahdollisista ristiriidoista huolimatta sairaanhoitajan pitää kyetä asettumaan perheen asemaan pystyäkseen huomioimaan asioita, jotka ovat tärkeitä perheen hyvinvoinnille.(Kivimäki 2008 , 12.)

3.3 Tahdosta riippumaton hoito

Vuonna 1991 tulleen mielenterveyslain mukaan mielisairauteen sairastunut henkilö voidaan määrätä pakkohoitoon. Laki kuitenkin määrittelee tarkasti, millä edellytyksillä henkilö voidaan asettaa pakkohoitoon psykiatriseen sairaanhoitoon. Pakkohoidon kriteerit täytyvät, jos henkilö on todettu mielisairaaksi ja sairaus pahentuisi ilman hoitoa, henkilö on vaaraksi itselleen tai on vaaraksi muiden ihmisten turvallisuudelle ja terveydelle. (MtL 2:8§).

Mielenterveyslaissa on määritetty hoitoon määräämisen neljä eri vaihetta. Ne ovat tarkkailulähete M1, tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunto M2 ja päätös M3. M1-tarkkailulähetteen voivat kirjoittaa kaikki laillisesti toimivat lääkärit Suomessa. Lähetteen kirjoittamisen edellyttää, että lakisääteiset hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti toteutuvat, eli mielisairaus, hoidon tarve, sekä soveltumattomuus muiden mielenterveyspalveluiden osalta (Lönnqvist ym. 2011, 693.). Tarkkailuun ottamisessa henkilö otetaan psykiatriseen sairaalaan. Tarkkai-

lulähete psykiatriseen sairaalaan voi olla korkeintaan kolme päivää vanha. Henkilöä arvioidaan sairaalassa enintään neljän päivän ajan, jonka jälkeen lääkäri arvio, varmistuvatko edellytykset hoitoon määräämisestä. (MtL 2:11§).

Tarkkailulausunto M2 on ilmoitettava viimeistään neljännen päivän aikana tarkkailuun ottamisesta. Vastaavan lääkärin on tehtävä kirjallinen tarkkailulausunto, ja sen pitää sisältää kannanotto, että ovatko tahdosta riippumattoman hoidon määräämisen edellytykset olemassa. Jos edellytyksiä hoitoon ei ole, niin potilas on päästettävä heti pois sairaalasta, jos hän sitä haluaa. Päätös tehdään M3-lomakkeelle tahdosta riippumattomasta hoidosta. Päätöksen tekee psykiatrisen sairaalaan ylilääkäri tai tehtävään soveltuva psykiatrinen erikoislääkäri. Ennen päätöstä on kuultava tarkkailuun määrätyn mielipide. Alaikäisen potilaan huoltajilla pitää olla mahdollisuus tulla kuulluksi. Tieto päätöksestä on annettava potilaalle viipymättä ja päätöksentekijät tulisi ilmetä potilasasiakirjoissa. (MtL 2:10§).

4 Hoidon järjestäminen

Psykiatriset sairaalahoitopalvelut kuuluvat osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden järjestäminen kuuluu kunnalle. Kunnalla on mahdollista ostaa myös palvelut yksityisiltä tuottajilta tai toisilta sairaanhoitopiireiltä. (Mielenterveystalo 2015.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan kunnalla on vastuu järjestää asukkaalleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. Mielenterveystyö sisältää terveydenhuollon palveluihin kuuluvan ohjauksen ja neuvonnan, tarpeenmukaisen yksilön ja perheen psykososiaalisen tuen sekä mielenterveyspalvelut, jotka sisältävät mielenterveyden häiriöiden tutkimisen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutumisen. (MtL 1:3§).

Lääketieteellistä huomiota tarvitsevilla mielenterveyden häiriöissä hoito tapahtuu ensisijaisesti terveyskeskuksissa. Terveyskeskuslääkäri tekee lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon tilanteessa, jossa on kyseessä vakavammasta kuin lievästä tai keskivaikeasta oirehdinnasta tai jos terveyskeskuksessa aloitettu

hoito ei tuo toivottua tulosta. Ensisijaisesti hoidot pyritään tekemään polikliinisesti. (Mielenterveystalo 2015.)

Kuntien vastuulla olevien mielenterveyspalveluiden lisäksi tärkeänä apuna toimivat yksityisen sektorin mielenterveyspalvelut, seurakuntien mielenterveyspalvelut sekä paikalliset ja valtakunnalliset kolmannen sektorin palvelut. Kolmannen sektorin palvelut sisältävät muun muassa mielenterveysyhdistykset, kriisikeskukset ja potilasjärjestöt. (Mielenterveystalo 2015.)

5 Sairastuneen omaiset

5.1 Sairastuminen perheessä

Vaikeimpia asioita, joita perheet voivat joutua kohtaamaan, on omaisen psyykinen sairastuminen. Omaisen sairastuminen vaikuttaa jokaisen läheisen elämään ja on kriisi koko perheelle. Psykinen sairastuminen ja sen seuraukset näkyvät perheen toimintakyvyssä, arjessa ja perheen keskinäisissä suhteissa. (Koskisu & Kulola 2005, 13.) Perheenjäsenet kokevat syyllisyyttä, avuttomuutta ja epätoivoakin. Sairastuminen perheessä voi tuntua uhkaavalta ja herättää myös pelkoa omasta sairastumisesta. Sosiaalinen leimautuminen usein liitetään psyykkiseen sairastumiseen. Omaiset voivat kokea tämän taakkana tai kärsimyksenä. Sosiaalista leimaamista on vaikea käsitellä ja se voi aiheuttaa negatiivisia tunteita, kuten toivottomuutta, syyllisyyttä ja tuskaa. (Kivimäki 2008, 9.)

Läheisen psyykinen sairastuminen saattaa aiheuttaa omaisessa sosiaalista eristäytymistä, jos hän joutuu salaamaan asian lähipiiriltään, naapureiltaan tai työkavereilta. Psykinen sairaus voi aiheuttaa häpeän tunnetta, jonka vuoksi sairaus pidetään salassa. Sairauden nostattamat tunteet, kuten viha, voimattomuus ja pettymys, vaativat sopeutumista perheeltä. Sairauden monet vaikutukset usein hallitsevat omaisten elämää. Vaikutukset ulottuvat laajalti eri elämänalueisiin, kuten tunteisiin, omaan terveyteen, elämäntapaan, ihmissuhteisiin ja harras-

tuksiin. Siksi perheet tarvitsevat tietoa sairauden varomerkeistä ja ongelmanratkaisukeinoista haasteisiin, joita sairaus tuo mukanaan. Tällöin perhe pystyisi tukemaan sairastunutta hakeutumaan riittävän aikaisin hoitoon. (Kivimäki 2008, 10.) Tarvittaessa omainen voi hakea apua työterveyshuollosta tai omasta terveyskeskuksesta. Tärkeää omaisen jaksamisen kannalta on tunnistaa omat rajansa. (Mielenterveystalo 2015.)

Akuutissa vaiheessa omaiset voivat tuntea monia eri tuntemuksia läheisensä sairastumisesta. Yleisin reaktio on sokki ja tietämättömyys. Tilanteen vakautuessa omaisille saattaa ilmetä kieltämistä sairautta vastaan ja ilmetä ahdistusta sairaudesta puhuttaessa. Ylläpitovaiheessa omaisille saattaa jäädä päälle tulevaisuuden pelko esimerkiksi siitä, milloin sairauden oireet esiintyvät uudelleen. (Miklowitz 2008, 42.)

5.2 Omaisen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Kokonaisvaltaisesti omaisen hyvinvointia voidaan tarkastella viiden T:n jatkumona. Nämä ovat tilanne, tuki, toiminta, tulkinta ja tyytyväisyys. Aiemmissä tutkimuksissa, missä tarkastellaan omaisten hyvinvointia, kuormittuneisuus on jaettu objektiiviseen ja subjektiiviseen. Objektiivisella kuormittuneisuudella viitataan sairastuneen ongelma käyttäytymisellä sekä siitä aiheutuvista ongelmista omaisen eri elämänalueisiin. Subjektiivinen kuormittuvuus sisältää omaisen kokemat tunteet sekä reaktiot, jotka liittyvät läheisen sairastumiseen. (Nyman & Stengård 2001, 15.)

Tilanteella tarkoitetaan omaisen yhteiskunnallis-taloudellista taustatekijöitä: sukupuoli, ikää, siviilisäätyä, koulutusta, taloudellista tilannetta sekä sairastuneen ja omaisen välistä suhdetta. Tuella viitataan omaisen tukiverkoston kokonaisuuteen: perhetilanne, ystävyys-suhteet, asumisjärjestelyt ja harrastukset. Omaisten hyvinvoinnin kuormittuneisuuden on todettu olevan vähäisempää silloin, kun heillä on useampia selviytymiskeinoja käytössä sekä eheä tukiverkosto. (Nyman & Stengård 2001, 16-17.)

Toiminta sisältää omaisen huolenpitotehtävät, joista omaisen kantaa vastuun. Huolenpitotehtävät on jaettu neljään osa-alueeseen, joiden kuormittavuus painottuu eri tavalla sairastuneen ja omaisen suhteen mukaan. Huolenpitotehtävät ovat arjen rutiineiden huolehtiminen, sairastuneen valvominen itsetuhoisuuden takia, yleinen huolestuneisuus sekä sairastuneen ja omaisen vuorovaikutuksen ristiriidat. Omaiset joutuvat käyttämään voimavarojaan tehtäviin, joihin yhteiskunnalla ei ole tarvittavia resursseja vastata.(Nyman & Stengård 2001, 17-18.)

Tulkinta käsittää emotionaaliset ja tiedolliset prosessit, joiden avulla omaisen tulkitsee tilanteensa. Tilanteen tulkitsemiseen vaikuttavat omaisen arvot ja normit. Tulkinnat ohjaavat omaisen selviytymis- ja stressinhallintakeinoja sekä merkitysten muovautumista. Omaisen minäkuva vaikuttaa toimintaan ja huolenpitotehtävien kuormittavuuteen sekä hyvinvointiin.(Nyman & Stengård 2001, 17.)

Kaikki aikaisemmin mainitut tekijät vaikuttavat omalta osaltaan omaisen hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen elämäänsä. Omaisten selviytymiskeinot ja saamansa tuki eivät aina riitä parantamaan jaksamista joko tilanteen pitkäaikaisuuden tai kuormittavuuden vuoksi. Riski uupumiseen tai masentumiseen on näillä omaisilla selkeästi kohonnut, mikä lisää mahdollisuutta psyykkiselle oireilulle: unettomuutta, väsymystä ja ahdistuneisuutta. (Nyman & Stengård 2001, 18.) Omaisen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät on havainnollistettu taulukossa 2.

Taulukko 2. Omaisen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät (mukaan Nyman & Stengård 2001, 19).

Taustatekijät	Kuormitustekijät	Välittävät tekijät	Hyvinvointi
Ikä, sukupuoli	Objektiiviset tekijät	Suojaavat tekijät	Psyykinen hyvinvointi
Suhde sairastuneeseen	Diagnoosi	Sosiaalinen tuki	Tyytyväisyys elämään
Sairastamisaika	Toimintakyky	Huolenpidon merkitys	Vähäiset massensuoreet
Asumisjärjestelyt	Subjektiiviset tekijät	Selviytymiskeinot	Fyysinen hyvinvointi
Työssä käynti	huoli, jännitys	Tilanteen hallinta	Terveys
Auttajien määrä	Huolenpidon laatu	Merkitysten hallinta	Toimintakyky
	Valvominen, kehottaminen	Stressin hallinta	

5.3 Vertaistuki ja omaisyhdistykset

Omaisille suunnattua tukitoimintaa tarjoaa valtakunnallisesti noin parikymmentä omaisyhdistystä. Omaisyhdistykset järjestävät vertaistukea, tietoon ja ohjaukseen pohjautuvia yksilö- ja perhetapaamisia, kursseja, luentoja, ryhmiä ja virkistystoimintaa. Omaisyhdistyksen toiminnassa keskeisin tukimuoto on vertaistuki. Omaisyhdistykset toimivat alueensa mielenterveystoimijoiden kanssa yhteistyössä edistääkseen omaisnäkökulmaa. (Mielenterveystalo 2015.) Vertaistuki tarkoittaa omaehtoista ja yhteisöllistä tukea henkilöiden kesken, joita samankaltainen elämäntilanne yhdistää (Mielenterveyden keskusliitto 2016). Vertaistuen

kolme pääperiaatetta ovat kuunteleminen, kunnioittaminen ja kannustaminen. Kuunteleminen on vuorovaikutussuhde, jossa ihmiset asettuvat kuuntelijan ja kuunneltavan rooliin. Kunnioittamisella tarkoitetaan jokaisen ryhmäläisen arvostamista. Kannustaminen toimii pohjana itsearvostuksen ja myönteisen minäkuvan rakentumisessa. (Palomäki 2005, 11.)

Samankaltaisten kokemusten jakaminen ja kuuleminen edistää kuntoutumista jopa vaikeinakin aikoina. Muiden kuntoutujien selviytymistarinoiden merkitys korostuu tilanteissa, joissa henkilö kokee leimautumista ja yksinäisyyttä. Kokemusten yhdessä jakaminen muiden kuntoutujien kesken poistaa pelkoa ja lievittää ahdistusta, jota psyykinen sairaus saattaa aiheuttaa. Monet kuntoutujat hyötyvät vertaistuesta. Samankaltaisten ongelmien läpikäyminen vertaisten kesken usein helpottaa tilannetta. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry. järjestää omaisille tarkoitettuja tukiryhmiä kerran kuukaudessa. Ryhmässä on mahdollista tavata muita omaisia, jotka ovat samankaltaisessa tilanteessa. Tukiryhmät ovat maksuttomia sekä avoimia kaikille. Käsitellyt asiat ovat luottamuksellisia. Tukiryhmät tarjoavat tietoa sairaudesta ja ajankohtaisista asioista. Tukiryhmistä omaiset voivat saada myös voimavarjoja sekä uusia ystäviä. Toiminta perustuu vapaaehtoiseen ja sitoutumattomaan mielenterveystyöhön. Yhdistyksen toimintaan sisältyvät vertaistoiminta, edunvalvonta, vertaistukeen perustuvat ryhmät, kohdennetut erikoisryhmät, yleisötilaisuudet, tiedotustoiminta sekä verkostoyhteistyö. (Tukitupa 2015.)

P-K:n mielenterveysomaiset kuuluu mielenterveysomaisten keskusliiton – FinFamin alaisuuteen. Suomessa mielenterveyskuntoutujan omaisille on perustettu Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami. Se on sosiaali- ja terveysalan järjestö, johon kuuluu 17 jäsenyhdistystä ympäri Suomea. Keskusliitto toimii omaisten valtakunnallisena edunvalvontaorganisaationa. Toimintaan sisältyy myös poliittisten päätösten tekemisen sekä palvelujärjestelmän edistäminen. (FinFami 2015.)

6 Mielenterveyskuntoutuminen

Mielenterveydessä kuntoutuksella tarkoitetaan jonkin psyykkisen sairauden aiheuttamien ongelmien ratkaisemista, toimintakyvyn parantamista ja haittojen minimointia. Yleensä mielenterveystyössä käytetään diagnoosilähtöistä kuntoutusnäkökulmaa, jolloin puhutaan esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön kuntoutuksesta. (Koskisu & Kulola 2005, 11.)

Mielenterveyskuntoutujilla tyypilliseksi ongelmaksi muodostuu hallintakäsitysten heikkous, eli omaan hallintaan ei luoteta tai oman toiminnan seuraamuksia ei osata tunnistaa. Kuntoutujan onkin helpompi hahmottaa omaa elämäänsä ulkoisten voimien vaikutuksen kautta. Heikon hallintakäsityksen ja alentuneen toimintakyvyn omaavilla ihmisillä on riski jäädä avuttomuuden ja riippuvuuden kierteeseen. Näissä tilanteissa ihminen pitää helppona ja yksinkertaisena ratkaisuna turvautua toisten ihmisten apuun, eikä hän ota vastuuta omasta toiminnastaan ja valinnoistaan. Ihminen ei kuitenkaan tietoisesti ryhdy riippuvaiseksi, vaan hallinnan menettämisen pelko ohjaa hänet siihen. (Koskisu 2004, 14).

Kuntoutumien ei ole ainoastaan kuntoutujan mielensisäistä ja yksityistä aluetta, vaan kuntoutuminen ja toipuminen ovat koko perheen ja erityisesti parisuhteen yhteinen haaste. Kuntoutumista ei tapahdu ainoastaan terapiassa tai hoidossa, vaan myös arjen keskellä, osana yhteistä elämää. (Koskisu & Kulola 2005, 13.) Psykkisesti sairastuneet sairastavat ja kuntoutuvat eri tavalla. Samoin myös perheet reagoivat sairastumiseen ja kuntoutumisen tukemiseen eri tavoin (Koskisu 2004, 181).

Kuntoutumisen prosessi omaisilla jakautuu neljään eri kategoriaan, jotka ovat shokkivaihe, tilanteen realisoitumisvaihe, coping-vaihe ja edunvalvontavaihe. (Spandol & Zipple 2000, Koskisuun 2004, 181 mukaan). Shokkivaiheessa, eli kriisi- ja kaaosvaiheessa perhe tarvitsee konkreettista tietoa sairaudesta, syistä, ennusteesta ja kuntoutumisen mahdollisuudesta. Tukea shokkivaiheessa omaiset kaipaavat välittömästi. Omaiset voivat tarvita rohkaisua vertaistukiryhmien yhteydenotossa. (Koskisu 2004, 182-183.)

Realisoitumisvaiheeseen kuuluu selkeytymisen ja jäsentymisen vaihe sekä päivittäisen selviytymisen vaihe. Tässä vaiheessa omaiset tarvitsevat tietoa oireiden merkityksestä, saatavilla olevasta tuesta, tietoa lääkityksestä sekä tietoa kuntoutumisen prosessista. Tukea, mitä omaiset tilanteessa tarvitsevat, ovat ammatillista tukea, mahdollisuutta tunteiden näyttämiseen ja perheiden sopeutumisvalmennusta. (Koskisuus 2004, 182-183.)

Coping-vaihe tarkoittaa elämäntilanteen uudelleen arvioimisen ja uudelleen suuntautumisen vaihetta. Omaiset saattavat tarvita tietoa omista oikeuksistaan ja kuinka ratkaista ongelmatilanteita. Perhe- ja omaisryhmät sekä perhe- ja parisuhdekuntoutuskurssit ovat yleisimmät tukimuodot tässä vaiheessa. (Koskisuus 2004, 182-183.)

Edunvalvontavaiheella tarkoitetaan oman ja perheen puolesta toimimista. Tässä vaiheessa omaiset saattavat tarvita tietoa erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista sekä palveluiden kehittämisen vaikutusmahdollisuuksista. Edunvalvontavaiheessa omaisen saattaa olla kiinnostunut toimimaan tukena muille omaisille. (Koskisuus 2004, 182-183)

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoitus on antaa tietoa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille. Tehtävänä on tuottaa opaslehtinen omaisille, joiden läheinen on sairastunut kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön.

8 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi mahdollisista opinnäytetyön muodoista ammattikorkeakoulussa. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Toimialasta riippuen toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi turvallisuusohje, ympäristöohjelma tai perehdyttämispas. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

Toteutustapana voidaan hyödyntää monia eri malleja kohderyhmän mukaan, kuten kirjana, vihkona tai portfoliona. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä raportointi tutkimusviestinnän tavoin (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta muodostetaan raportti. Raportti sisältää kuvauksen suunnittelusta, toteutuksesta sekä toiminnan arvioinnista. Raportin sisältämän tekstin tulee noudattaa tieteellisen kirjoittamisen vaatimuksia. Pohdinta on myös tärkeässä roolissa raportointia. Tarkoituksena on arvioida työstä suoriutumista eli tulosta sekä ammatillista kehitystä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65-66.)

Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi perustuu kolmeen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue on työn idea, johon voidaan luokitella idean, aihepiirin tai ongelman kuvaus, työlle asetetut tavoitteet, tietoperusta ja teoreettinen viitekehys sekä kohderyhmä. Toinen arvioitava kohde on työn toteutustapa, johon sisältyvät keinot tavoitteen saavuttamiseksi sekä aineistoin keräämiseen. Viimeinen arvioitava kohde on raportoinnissa ja opinnäytetyön kieliasussa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 154-159.)

8.2 Opaslehtisen toteutus

Valitsimme aiheeksi opaslehtisen tekemisen, joka on suunnattu psykiatrisesti sairastuneen omaisille. Samaan aikaan toinen opinnäytetyöpari teki opaslehtistä samalle toimeksiantajalle. Saimme toimeksiantajalta toiveen, että opaslehtiset tehdään samalla teemalla, koska toimeksiantajamme toive oli saada useamman opaslehtisen sarja. Toimeksiantaja oli luvannut kustantaa painatuksen ja siihen tarvittavat materiaalit. Heidän toimipisteessä oli mahdollisuus painattaa maksimissaan 28 sivun pituinen opaslehtinen. Alkuvaiheessa arvioitiin opaslehtisen pituudeksi noin 18-22 sivua. Ajatuksena oli tehdä opaslehtisestä selkeä ja helposti luettava.

Opaslehtinen alkaa tekijöiden esittelyllä ja miksi opaslehtinen on tehty. Samalla kerrotaan kenelle opaslehtinen on suunnattu. Sen jälkeen ruvetaan käsittelemään kaksisuuntaista mielialahäiriötä, mikä se on ja miten sitä hoidetaan. Seuraava aihe on sairastuneen omaiset. Opaslehtisessä kerrotaan miten sairastuminen vaikuttaa omaisiin ja minkälaista tukea omaiset voivat tarvita sairauden eri vaiheissa. Kerromme myös sairastuneen sekä omaisen kuntoutumisesta.

Seuraavaksi eritellään toimeksiantajastamme eli P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry. Opaslehtisessä kuvaillaan toimeksiantajan organisaatio ja minkälaista työtä he tekevät. Opaslehtisessä selitetään tahdosta riippumattomasta hoidosta ja eri psykiatrisista lähetteisistä. Nämä asiat ovat puuttuneet edeltävistä opaslehtisistä, joten lähetteet ovat olleet epäselviä omaisille.

Lopuksi liitämme loppuun organisaatioita, joihin omaiset voivat olla yhteydessä vaikeiden tilanteiden aikana. Organisaatioiden tiedoista laitamme vain internet-osoitteet, jotta omaiset voivat itse lisätä puhelinnumerot ja muut yhteystiedot. Tämän teemme siksi, koska aikaisemmissa töissä on ilmennyt ongelmaksi se, että organisaatioilla ovat vaihtuneet puhelinnumerot. Sen vuoksi emme halua antaa vanhentunutta tietoa ja omaiset itse voivat pitää yhteystiedot ajan tasalla.

Opaslehtiseen valittiin fontiksi Calibrin ja fontin kooksi 11. Tämä mahdollisti tehdä työstä helposti luettavan. Otsikon fonttina käytettiin Calibria ja koko 18. Näin saatiin työhön selkeät erot otsikoiden ja sisällön välille. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus ottaa kuvat itse työhön. Kuvien aiheiksi ajateltiin luontokuvat. Suunnitelma muuttui, kun saatiin ammattivalokuvaajalta lupa käyttää hänen luontokuvia, josta valittiin kaksi parasta kuvaa. Kuvat sopivat lehtisen ulkoasuun ja ovat erittäin hyvälaatuisia.

Ensimmäiseksi työhön tehtiin kansilehti ja suunniteltiin loogista järjestystä lehtisen sisältöön. Toisessa sivussa kerrotaan tekijät, toimeksiantajan, kuvien omistajan ja mistä aihe kertoo. Kolmas sivu työstä käsittelee aihetta pinnallisesti, jonka avulla päästiin avaamaan seuraaville seitsemälle sivulle aihetta syvemmin. Opaslehtisessä kerrotaan ensimmäiseksi masennuksesta, koska aihe on tunnetumpi kuin mania tai hypomania. Näiden aiheiden jälkeen selitetään sairauden hoidosta. Loput sivut opaslehtisestä koskettavat enemmänkin omaisia, minkä koimme tärkeäksi. Sivut sisältävät esimerkiksi omaisen sopeutumisvaiheet, tietoa omaisyhdistyksistä, vertaistuesta ja keinoista oman hyvinvointinsa tukemiseen. Opaslehtisen viimeiset sivut sisältävät lähteet, joita työssä on käytetty sekä tärkeitä internetosoitteita, joista omaiset voivat löytää lisätietoa.

8.3 Opaslehtisen arviointi

Opaslehtinen valmistui ensi kertaa arvioitavaksi helmikuussa 2016. Ensimmäisen arvioinnin opaslehtisestä teki toimeksiantajan hankkima omainen. Arviointitilanne tapahtui toimeksiantajan tiloissa. Omainen luki työn rauhassa, jonka jälkeen opaslehtinen käytiin yhdessä läpi. Korjattavat kohdat opaslehtisessä olivat: termien selitykset, loogisuus, varomerkit taudista, kirjoitusvirheet ja omaisista enemmän.

Korjausten jälkeen opimme itsenäisesti huomaamaan epäkohdat, joita työsämme oli. Poistimme opaslehtisestä pari kappaletta, jotka olivat epäloogisia. Maaliskuussa lähetimme työn toimeksiantajalle, jolloin saimme korjausehdotuksia kirjoitusvirheistä, yhden kappaleen loogisuudesta sekä tiedon toimeksiantajan nimen muutoksesta. Korjausten jälkeen luetutimme työn ulkopuolisella henkilöllä,

joka toi omia näkemyksiään työhön. Työstä löytyi vielä pari lausetta, jotka eivät olleet tarpeeksi loogisia ulkopuoliselle lukijalle, joten muotoilimme lauseet uudelleen. Viimeisen korjauksen jälkeen tapasimme toimeksiantajamme. Tapaamisessa kävimme läpi opaslehteä ja mitä mietteitä tekeminen on herättänyt. Toimeksiantajalta saimme erittäin positiivista palautetta opaslehtisestä sekä yhteistyöstä heidän kanssaan. Lopuksi päädyimme toimeksiantajamme kanssa siihen lopputulokseen, että opaslehtinen on nyt valmis painettavaksi.

9 Luotettavuus ja eettisyys

Ainoastaan tieteellinen tutkimus, joka on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä keinoilla, voi olla luotettava, eettisesti hyväksyttävä, ja sen tulokset uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksessa käytettävät tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät tulee olla tiedeyhteisön hyväksymiä. Tiedonhankinnassa hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan muun muassa sitä, että tutkija perehtyy tiedonhankinnassaan oman alansa tieteelliseen kirjallisuuteen ja asianmukaisiin tietolähteisiin. (Vilkkä 2005, 30.) Opinnäytetyössämme perehdyimme oman alamme tieteelliseen kirjallisuuteen sekä terveydenalan ammattilaisten kokoamiin internet-sivustoihin.

Tutkimusetiikassa vilpillinen ja epärehellinen toiminta jaetaan kahteen ryhmään: piittaamattomuuteen ja vilppiin. Piittaamattomuus johtuu tutkijan heikoista tiedoista ja tiedoista. Esimerkiksi tutkija voi yliarvioida omat tutkimustaidot suhteessa tutkimushankkeen tavoitteisiin nähden. Vilpillisellä toiminnalla tarkoitetaan toisten tuotosten plagiointia tai vääristelyä. (Vilkkä 2005, 31.) Plagioinilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin kopioimista ja esittämistä sitä omanaan. Vääristelyllä tarkoitetaan alkuperäisten havaintojen muuttamista tai esittämistä niin, että tulos vääristyy. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyössämme emme ole käyttäneet tutkimusetiikan vastaisia keinoja, kuten vilpillistä tai epärehellistä toimintaa.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on tärkeä suhtautua kriittisesti valmiisiin aineistoihin eli lähdekritiikki. Lähdekritiikin vuoksi on tärkeä perehtyä lähteen ikään, tiedon alkuperään, totuudellisuuteen sekä puolettomuuteen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109-110.) Luotettavuutta opinnäytetyössämme tukee se, että suurin osa lähteistä on lääketieteelliseen näyttöön perustuvien tutkimuksien tuloksia sekä raportoimme yksityiskohtaisesti ja huolellisesti kaikkia työn vaiheita.

10 Pohdinta

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on yksi vaikeimmin diagnosoitavista psykiatrisista sairauksista Suomessa. Molemmat olemme suuntautumassa psykiatriseen hoitotyöhön ja uskomme tämän opinnäytetyön auttavan meitä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitamisessa. Olemme olleet erittäin tyytyväisiä aiheeseen, jonka valitsimme työstettäväksi. Olimme jo aikaisemmin päättäneet, että teemme opinnäytetyön parina. Toiminallinen opinnäytetyö oli meille selkeä valinta, koska kvantitatiivinen tai kvantitatiivinen opinnäytetyö ei vain olisi sopinut meille.

Olimme onnekkaita toimeksiantajastamme, koska olimme aikaisemmin keväällä 2014 tehneet yhteistyötä. Tämän vuoksi toimeksiantajamme ja heidän toimintatavat olivat ennestään tutut. Toimeksiantaja on alusta asti ollut erittäin auttavainen opinnäytetyön ja opaslehtisen kanssa.

Työmme alku oli hieman vaikea. Emme löytäneet tarpeeksi luotettavia lähteitä, sekä syksyn harjoittelu vei suurimman osan ajasta ja voimista. Pyrimme myös siihen, että opaslehtisestä on hyötyä työntekijöille sekä opiskelijoille jatkokehittelyä varten.

Opinnäytetyön olemme kokeneet tekemisen aikana hankalaksi, koska koemme olevamme huonoja kirjoittamaan, minkä vuoksi motivaatio-ongelmia on esiintynyt työn eri vaiheissa. Aikataulumme olemme joutuneet uusimaan monta kertaa,

mutta keväällä 2016 olemme saaneet työstä eniten aikaan. Loppujen lopuksi työn hankaluus yllätti meidät molemmat, vaikka tiesimme, ettei tämä helppoa ole.

Motivoiduimme tekemään opinnäytetyötä keväällä 2016, kun aloimme käymään opparitallissa. Opparitalli sopi meille, koska käyntejä opinnäytetyöohjaajien kanssa oli säännöllisemmin ja tavoitteita asetimme aina seuraavalle kerralle. Ymmärsimme ohjaajien ansioista, mistä löytäisimme luotettavia lähteitä aiheeseen, josta löytyy vähän kirjallisuutta. Työn lopputulokseen olemme tyytyväisiä. Työsämme otimme huomioon luotettavuuden sekä eettisyyden. Vaikein vaihe työssä oli vähäisten lähteiden takia tekstin kirjoittaminen.

11 Jatkokehittämisidea

Jatkossa opinnäytetyötä voidaan käyttää kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille suunnatuissa tilanteissa sekä toimia tukena kerrottaessa sairaudesta. Jatkokehitysidea opinnäytetyölle voisi olla, miten omaiset kokevat saavansa tukea hoitohenkilökunnalta perheenjäsenensä sairastuessa tai tutkimus, miten omaiset arvioivat hoitohenkilökunnalta saamansa tuen laadun.

Lähteet

- Heiskanen, T. & Huttunen M. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.
- Huttunen, M. 2013. Masennus. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389#s2. 20.01.2015.
- Istudentnurse. 2015. Bipolar Disorder Care Plan. <http://www.istudentnurse.com/care-plan-bp/>. 27.8.2015.
- Kivimäki, A., 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78969/gradu02516.pdf?sequence=1>. 3.3.2016.
- Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin?. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Luhtasaari, S. 2002. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mantere, O., Valtonen, H. & Suominen, K. 2011. Ylläpitohoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99524. 12.1.2015.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2016. Vertaistoiminta. <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>. 1.3.2016.
- Mielenterveyslaki. 1990. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P3>. 19.4.2016.
- Mielenterveystalo 2015. Hoidon järjestäminen. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/tietopankki/mielenterveyspalvelut/hoidon_jarjestaminen/pages/default.aspx. 3.2.2016.
- Mielenterveystalo. 2015. Tietoa sairastuneen läheiselle. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/myos_laheinen_tarvitsee_tukea.aspx. 3.2.2016.
- Miklowitz, D. 2008. Bipolar disorder. New York: The Guildford Press
- Omaisat mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry. 2015. Yhdistys. http://www.tukitupa.fi/?page_id=15, http://www.tukitupa.fi/?page_id=20. 24.8.2015.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Palomäki, T. 2005. "Elämää vuoristoradalla" Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemukset vertaistuesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92984/gradu00792.pdf?sequence=1>. 4.3.2016.
- Sadeniemi, M., Aer, J., Jänkälä, K., Sorvaniemi, M. & Stenberg, J. 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Salokangas, R. 1996. Kliininen depressio. Porvoo: WSOY.

- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. 2014. Käypähoito. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>. 20.1.2015.
- Suomen Mielenterveysseura. 2016 <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/psykoterapia>. 17.2.2016.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. 4.9.2015
- Vainio, A. 2011. Masennuslääkkeet. Käypähoito. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00062. 3.4.2015.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- WHO. 2015. Bipolar affective disorder. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>. 7.12.2015.

Toimeksiantosopimus:



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry.
Toimeksiantajan edustaja:	Minna Turunen
Osoite:	Karjalankatu 4 a 2
Puhelinnumero:	050-564 8708
Sähköposti:	Minna.turunen@tukitupa.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1201294 Akseli Paalanen 1200147 Antti Papunen
Puhelinnumero:	050-3707146, 040-5359914
Sähköposti:	Akseli.paalanen@edu.karelia.fi, Antti.Papunen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Opaslehtinen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneiden omaisille
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö/ opaslehtinen
Aikataulu	Tavoitteena saada valmiiksi keväällä 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	0,00 €

Toimeksiantajan sitoumukset	
Opiskelijat voivat tulostaa ja kopioida opinnäytetyöhön tarvittavia aineistoja toimeksiantajan toimipisteessä maksutta.	
Opiskelijat voivat saada toimistotarvikkeita toimeksiantajalta.	
Opiskelijat voivat käyttää toimeksiantajan tiloja opinnäytetyöhön liittyvien kokousten ja tapaamisten järjestämiseen.	
Toimeksiantaja etsii mielenterveysomaisia, jotka voivat osallistua oppaan tekemiseen (palautteet, toiveet, arviointi, oman tarinan kertominen taustatiedoksi).	
Toimeksiantaja etsii verkostoistaan sairaanhoitajia, jotka voivat osallistua oppaan tekemiseen (palautteet, toiveet, arviointi).	
Toimeksiantajan ja opiskelijan on mahdollista suunnitella opaslehtinen yhdessä.	
Toimeksiantaja tulostaa ja kopioi valmiita oppaita opiskelijoiden käyttöön. Mikäli opas otetaan käyttöön eri toimipaikoissa, toimeksiantaja hoitaa sen kopioinnin ja jakelun.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija on vaitiolo- ja salassapitovelvollinen opinnäytetyöhön osallistuvien omaisten ja potilaiden henkilöllisyydestä ja yksityisasiasta.	
Henkilöiden tarinoita ei voi julkaista sellaisenaan, vaan asiat nostetaan julkisissa raporteissa yleisemmälle tasolle.	
Opiskelijan kanssa tehdään käyttöoikeussopimus valmiin tuotoksen käytöstä. Myös Internetissä julkaisusta neuvotellaan.	
Opiskelija tekee opaslehtisen sovitusta aiheesta.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	

Opaslehtinen:

Odottamaton matka



Opaslehtinen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneen omaisille.

Tämä opaslehtinen on suunnattu henkilöille, joiden omainen on sairastunut kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön.

Opaslehtisen tarkoitus on toimia tietopakettina omaisille, sekä keskustelun tukipaketina ammattihenkilöstölle.

Opaslehtisen on toteuttanut kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Karelia ammattikorkeakoulusta yhteistyössä P-K:n mielenterveysomaiset - [FinFami](#) ry:n kanssa. Opaslehtisen sisältämät tiedot on koottu tuoreimmista näyttöön perustuvan lääke- ja hoitotieteen lähteistä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana [toimii](#) P-K:n mielenterveysomaiset - [FinFami](#) ry.

Opinnäytetyön voi lukea kokonaisuudessaan osoitteessa www.theseus.fi

Opaslehtisen tekijänoikeudet: Akseli Paalanen & Antti Papunen

Opaslehtisen kuvien tekijänoikeudet: Akseli Väisänen

Opaslehtisen päivitysoikeudet ovat toimeksiantajalla

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli **bipolaarihäiriö** on psyykinen sairaus, **jossa mielialat ja tunnetilat vaihtelevat voimakkaasti**. Taudin kuvaan kuuluu **masennus-, mania- ja hypomaniajaksoja**. Perinteisesti bipolaarihäiriö jaetaan kahteen tyyppiin, jotka ovat tyyppin 1 kaksisuuntainen mielialahäiriö ja tyyppin 2 kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Tyyppin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ilmenee masennusjaksoja ja perinteisiä maniajaksoja.

Tyyppin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ei ilmaannu lainkaan perinteisiä maniajaksoja, vaan pelkästään masennus- ja hypomaniajaksoja.

Taudin kuvaan kuuluu myös mahdollisuus **sekamuotoisiin jaksoihin**. Harvinaisiin tapauksiin liittyy myös mahdollisuus, että kaksisuuntainen mielialahäiriö esiintyy ainoastaan toistuvina maniajaksoina.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö **yleensä puhkeaa nuorella aikuisiällä**. Sairastumisikä voi kuitenkin vaihdella lapsuudesta vanhuuteen.

Masennus

Masennus on psyykinen häiriö, jonka tyypillisimpinä oireina ovat mielialan lasku ja toimintakyvyn heikentyminen.

Masennus voidaan luokitella **lievään, keskivaiketaan, vaikeaan** ja **psykoottiseen** masennukseen.

Masennuksen aikana voi esiintyä seuraavia oireita:

- Laskenut mieliala
- Mielihyvän menettäminen
- Uupumus
- Itseluottamuksen menettäminen
- Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne
- Itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja
- Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen
- Keskittymisvaikeudet
- Unihäiriöt
- Ruokahalun muutos

Hypomania

Hypomaniassa oireet ovat samankaltaisia kuin maniaassa, mutta **oireet ilmenevät lievempinä**, ja oireet eivät aiheuta huomattavia ongelmia henkilölle.

Hypomaniassa henkilön ajattelu ja käyttäytyminen **eivät vaihtele niin radikaalisti** kuin maniaassa.

Hypomaaninen jakso voidaan todeta, kun mieliala on ollut koholla vähintään neljän päivän ajan.

Hypomaaninen jakso voi kestää viikosta jopa useisiin kuukausiin. Tauti **voi kehittyä** maniaksi, jos sitä ei pystytä tunnistamaan ajoissa.

Hypomanian tunnistaminen on usein hankalaa. Henkilö **voi luulla** hypomaanisia jaksosja hänen **luonteeseensa kuuluviksi piirteiksi**, varsinkin jos näitä jaksosja on esiintynyt jo useita vuosia

Sekamuotoinen jakso

Sekamuotoisella jaksolla tarkoitetaan maanisten ja masennusoireiden samanaikaista esiintymistä joko yhtäaikaisesti tai nopeasti vuorotellen

Henkilö voi esimerkiksi herätä aikaisin maanisenä, mutta hänen mielialansa muuttuu päivän mittaan masentuneeksi.

Sekamuotoiselle jaksolle on tyypillistä, että **henkilön oireet vaihtelevat voimakkaasti** sisältäen sekä ääritiloja että vaiheita joissa **molempien tilojen oireita esiintyy samanaikaisesti**.

Tilaan voi liittyä myös psyykoottisia oireita

Sekamuotoisten jaksosjen aikana itsetuhoisten tekojen riski on erityisen suuri.

Oletko huomannut tilan muutoksia/ sairauden oireita omaisessasi?

Masennus diagnosoidaan, kun aikaisemmin mainituista oireista puhkeaa vähintään neljä yhtä aikaa ja oireet kestävät vähintään kaksi viikkoa. Lisäksi pitää olla ainakin kaksi näistä seuraavista oireista, jotka ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys tai uupumus.

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla henkilöllä on masennusjaksoja lisäksi esiintynyt **hypomaanisia, maanisia tai sekamuotoisia jaksosja**.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksojen hoidot **eroavat huomattavasti** tavanomaisen masennuksen hoidosta, on siis tärkeää selvittää onko aikaisemmin esiintynyt hypomaanisia, maanisia tai sekamuotoisia sairausjaksoja.



Mania

Manialla tarkoitetaan jaksosja, jolloin **mieliala on toistuvasti koholla, ekspansivinen tai ärtyisä**. Ekspansivisuudella tarkoitetaan **oman merkityksen ja valtansa korostamista**.

Maaninen henkilö ei yleensä tunnista itseään sairaaksi.

Yleensä jaksot kestävät vähintään viikon.

Mania voidaan diagnosoida, kun kohonneen mielialan tai ärtyneisyyden kanssa esiintyy vähintään **kolme** seuraavista oireista:

- [Ylikorostunut itseluottamus](#)
- Sosiaalisten käytöstopojen häviäminen
- Epäasianmukainen käyttäytyminen
- Puhetulva
- Ajatustoiminnan kiihtyminen
- [Vähentynyt unentarve](#)
- Keskittymiskyvyttömyys
- Levottomuus
- Seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen
- Riskialtis käytös

Hoidon järjestäminen

Psykiatriset sairaalahoitopalvelut kuuluvat osana sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden järjestäminen kuuluu kunnalle.

Terveys- ja huoltolain mukaan kunnalla on vastuu järjestää asukkaalleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö.

Mielenterveystyö sisältää:

- Ohjauksen ja neuvonnan
- Tarpeenmukaisen yksilön ja perheen psykososiaalisen tuen
- Mielenterveyspalvelut (mielenterveyden häiriöiden tutkimisen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutumisen)

Hoito tapahtuu ensisijaisesti terveyskeskuksissa.

Terveyskeskuslääkäri tekeelähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon tilanteessa, jos on kyseessä vaikeammasta kuin lievästä tai keskivaikeasta oirehinnasta tai jos terveyskeskuksessa aloitettu hoito ei tuo toivottua tulosta.

Ensisijaisesti hoidot pyritään tekemään polikliinisesti.

Kuntien vastuulla olevien mielenterveyspalveluiden lisäksi tärkeänä apuna toimivat yksityisen sektorin mielenterveyspalvelut, seurakuntien mielenterveyspalvelut sekä paikalliset ja valtakunnalliset kolmannen sektorin palvelut, kuten omaishdistykset, mielenterveysyhdistykset, kriisikeskukset ja potilasjärjestöt.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitomuodot

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon aloituksessa on **tärkeää** ensimmäisenä **selvittää** mikä sairauden vaihe on parasta aikaa meneillään.

Hoidosta saadaan vahva kokonaisuus, kun yhdistetään **lääkkeelliset** sekä **lääkkeettömät hoitomuodot**.

Lääkehoidossa käytetään aina **ylläpitohoitoa, eli estetään** uusien sairausjaksojen syntyminen sekä lievennetään oireita, jotka heikentävät toimintakykyä varsinaisten sairausjaksojen välissä.

Ylläpitohoito kestää yleensä läpi sairastuneen elämän.

Yleisimpiä lääkkeitä, joita käytetään hoidossa ovat:

- Ketiapiini
- Litium
- Risperdoni
- Valproaatti

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä **ei ikinä suositella** käytettäväksi pelkästään masennuslääkkeitä, koska näillä on todettu riski laukaista maaninen tai hypomanen jakso.

Tärkeä lääkkeetön hoitomuoto on psykoterapia

Psykoterapia on hoitomuoto, joka perustuu kahden tai useamman henkilön väliseen vuorovaikutukseen

- Tuetaan sairastunutta, sekä omaisia.
- Pyritään sitouttamaan lääkehoitoon.
- Opetetaan tunnistamaan sairausjaksot mahdollisimman aikaiseen.

Psykoedukaatio:

Psykoedukaatiolla annetaan **tietoa** sairaudesta, sairauden **kulusta**, sekä **hoidosta**.

Psykoedukaatiota järjestää hoitohenkilökunta, esimerkiksi sairaanhoitaja.

Opetellaan **sairauden varomerkit**.

Käydään läpi omaisten sairaushistoria, jos löytyisi tietoa **sairauden historiasta**.

Selvitetään sairastuneen ja omaisten kanssa mahdolliset **laukaisevat tekijät**

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson aikana voidaan käyttää myös **hoitokeinona** aivojen **sähköhoitoa**

Tärkeää muistaa! Lääkehoito suunnitellaan jokaiselle henkilölle yksilöllisesti.

Läheinen sairastuu

Vaikempia asioita, joita perheet voivat joutua kohtaamaan, on läheisen psyykinen sairastuminen.

Läheisen sairastuminen vaikuttaa jokaisen läheisen elämään ja on kriisi koko perheelle

Psyykinen sairastuminen ja sen seuraukset näkyvät perheen toimintakyvyssä, arjessa ja perheen keskinäisissä suhteissa.

Omaisille sairastuminen voi herättää monia eri tuntemuksia, kuten häpeää, kieltämistä, ahdistusta, tulevaisuuden pelkoa sekä syyllisyyttä. Sairauden herättämät tunteet vaativat sopeutumista perheeltä.

Sairauden moninaiset vaikutukset usein hallitsevat omaisten elämää. Vaikutukset voi ulottaa laajalti eri elämäntilanteisiin, kuten tunteisiin, terveyteen, ihmissuhteisiin ja harrastuksiin.

Tämän vuoksi perheet tarvitsevat tietoa sairauden varomerkeistä ja ongelmien ratkaisukeinoista haasteisiin, joita sairaus tuo mukanaan.

Varomerkit:

Masennus: [laskenut mieliala, mielihyvän ja itseluottamuksen menettäminen, uupumus, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne, itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja ja unihäiriöitä.](#)

Mania: [ylikorostunut itseluottamus, epäasianmukainen käyttäytyminen, puhetulva, ajatustoiminnan kiihtyminen, vähentynyt unentarve, keskittymiskyvyttömyys, levottomuus, seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen ja riskialtis käytös.](#)

Miten sinä jaksat?

Sopeutuminen sairastumiseen vie aikaa, koska tilanne on kriisi koko lähipiirille.

Omaisen sairastuminen herättää monenlaisia tunteita, jotka kuuluvat asiaan.

Esimerkiksi häpeän, vihan ja turhautumisen tunteet.

Omaisille on tärkeää hankkia tietoa sairaudesta ja sen kulusta.

Tarvittaessa omaisen voi hakea apua työterveyshuollosta tai omalta terveyskeskuksesta.

Tärkeää jaksamisen kannalta on tunnistaa **omat rajansa!**

Miten minä jaksan?

Vertaistuki

Vertaistuki on **keskeisin tukimuoto** omaisyhdistysten toiminnassa.

Vertaistuki tarkoittaa omaehtoista ja yhteisöllistä tukea henkilöiden kesken, joita samankaltainen elämäntilanne yhdistää. Samankaltaisten kokemusten jakaminen ja kuuleminen edistää omaisten kuntoutumista jopa vaikeinakin aikoina. Muiden omaisten selviytymistarinoiden merkitys korostuu tilanteissa, joissa henkilö kokee leimautumista ja yksinäisyyttä.

Vertaistuen kolme pääperiaatetta ovat kuunteleminen, kunnioittaminen ja kannustaminen. Kuunteleminen on vuorovaikutussuhde, jossa ihmiset asettuvat kuuntelijan ja kuunneltavan rooliin. Kunnioittamisella tarkoitetaan jokaisen ryhmäläisen arvostamista. Kannustaminen toimii pohjana itsearvostuksen ja myönteisen minäkuvan rakentumisessa.

Kokemusten yhdessä jakaminen muiden omaisten kesken poistaa pelkoa ja lievittää ahdistusta, jota psyykinen sairaus saattaa aiheuttaa. Monet omaiset hyötyvät vertaistuesta. Samankaltaisten ongelmien läpikäyminen vertaisten kesken usein helpottaa tilannetta.

Omaisille suunnattua toimintaa tarjoaa valtakunnallisesti parhaimmillaan omaisyhdistystä.

Omaisyhdistykset

Omaisyhdistysten toimintamuotoja:

- Vertaistukitoiminta
- Tietoon ja ohjaukseen perustuvia yksilö- ja perhetapaamisia
- Ryhmiä
- Kursseja
- Luentoja
- Virkistystoimintaa
- Kokemusasiantuntija toiminta

Omaisyhdistykset tekevät myös alueen mielenterveysoimijoiden kanssa yhteistyötä omaisnäkökulman edistämiseksi.

Keinoja oman hyvinvointinsa tukemiseen

- Pidä huolta fyysisestä terveydestä
- Huolehdi ravitsemuksesta
- Pyri saamaan tarvittava määrä liikuntaa
- Kehitä tarvittaessa stressinhallintakeinojasi
- Pidä yllä sosiaalisia suhteita
- Huomioi omat voimavarasi
- Hanki tietoa sairaudesta
- Hyödynnä omaisyhdistyksen palveluita
- Uskalla kääntyä ammattihenkilökunnan puoleen
- Muista järjestää itsellesi sekä läheisillesi aikaa

Kuntoutuminen

Kuntoutuksella tarkoitetaan jonkin psyykkisen sairauden aiheuttamien ongelmien ratkaisemista, toimintakyvyn parantamista ja häiriöiden minimoimista.

Kuntoutumisen **ei ole** ainoastaan kuntoutujan mielensisäistä ja yksityistä aluetta, vaan kuntoutuminen ja toipuminen ovat **koko perheen ja erityisesti parisuhteen yhteinen haaste.**

Kuntoutumista ei tapahdu ainoastaan terapiassa tai hoidossa, vaan myös arjen keskellä, osana yhteistä elämää.

Psyykkisesti sairastuneet **sairastavat ja kuntoutuvat eritavalla.**

Myös perheet reagoivat sairastumiseen ja kuntoutumisen tukemiseen eritavoin.

Omaisien sopeutumisvaiheet

Omaisien sopeutusvaiheet jakautuvat neljään eri kategoriaan, jotka ovat **shokkivaihe, tilanteen realisoitumisvaihe, coping-vaihe ja edunvalvontavaihe.**

Shokkivaihe

Omaisiet tarvitsevat:

- Konkreettista tietoa sairaudesta
- Syytä sairastumiseen
- Ennusteesta
- Kuntoutumisesta
- Tukea shokkivaiheessa tarvitaan välittömästi!

Tilanteen realisoitumisvaihe

- Selkeytymisen ja jäsentymisen vaihe
- Omaisiet tarvitsevat tietoa: oireiden merkityksestä, saatavilla olevasta tuesta, lääkityksestä, sekä kuntoutumisen prosessista.
- Tukea mitä omaiset tilanteessa tarvitsevat ovat ammattillista tukea, mahdollisuutta tunteiden näyttämiseen ja perheiden sopeutumisvalmennusta.

Coping-vaihe

- Tarkoittaa elämäntilanteen uudelleen arvioimisen ja uudelleen suuntautumisen vaihetta
- Omaisiet saattavat tarvita tietoa omista oikeuksistaan ja kuinka ratkaista ongelmatilanteita.
- Perhe- ja omaisryhmät sekä perhe- ja parisuhdekuntoutuskurssit ovat yleisimmät tukimuodot tässä vaiheessa.

Edunvalvontavaihe

- Tarkoitetaan oman ja perheen puolesta toimimista.
- Omaisiet saattavat tarvita tietoa erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista, sekä palveluiden kehittämisen vaikutusmahdollisuuksista.
- Omaisten saattaa olla kiinnostunut toimimaan tukena muille perheille

P-K:n mielenterveysomaiset - FinFami ry

Yhdistyksen tarkoituksena on:

- Edistää mielenterveyskuntoutujien lähiverkoston hyvinvointia.
- Toimia heidän edunvalvojanaan.
- Kehittää mielenterveystyötä.

Yhdistyksen toimintaan sisältyy:

- Vertaistuki toiminta
- Omaisneuvonta
- Edunvalvonta
- Vertaistukeen perustuvat ryhmät
- Kohdennetut erikoisryhmät
- Yleisötilaisuudet
- Tiedotustoiminta
- Vapaaehtoisuustyö
- Verkostoyhteistyö

Mielenterveysomaisten keskusliiton – FinFami on alueellisten omaisyhdistysten keskusjärjestö.

Lähteitä, joita työssä on käytetty

T.Heiskanen & M.Huttunen – Masennus 2011

S.Luhtasaari – Masennus 2002

J.Lönnqvist ym. – Psykiatria 2011

M.Sadeniemi ym. – Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.

Duodecimlehti.fi – Ylläpitohoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

Tärkeitä Internet osoitteita, josta voi löytyä apua:

www.kaypahoito.fi

<http://finfamipirkanmaa.fi/>

www.terveyskirjasto.fi

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi>

<https://www.mielenterveystalo.fi>



**P-K:n mielenterveysomaiset -
FinFami ry**

Karjalankatu 4 a 2

80200 Joensuu

Puh. 050 534 6772

www.tukitupa.fi

Toiminnanjohtaja

Minna Turunen

Puh. 050-564 8708

E-mail: minna.turunen@tukitupa.fi

Omaistyöntekijä

Raija Korhonen-Pusa

Puh. 050-362 6818

E-mail: raija.korhonen-pusa@tukitupa.fi

Järjestösihteeri

Katja Pesonen

Puh. 050-534 6772

E-mail: katja.pesonen@tukitupa.fi