



Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoito

- Opas sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle

D'Arcy Jaana

Kautto Seija

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoito
-Opas Jorvin sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle

D'Arcy Jaana
Kautto Seija
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

D'Arcy Jaana, Kautto Seija

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoito
-Opas Jorvin sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle

Vuosi 2011

Sivumäärä 52

Toiminnallisen opinnäytetyömme aiheena on kirjallinen opas mielenterveyspotilaan kohtaamisen ja hoitamisen tueksi Jorvin sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö koostuu sekä teoreettisesta osiosta että informatiivisesta oppaasta.

Psykiatrasta ja somaattista hoitoa on pitkään annettu omissa yksiköissään erillään toisistaan. Tämän vuoksi somaattisilla osastoilla työskentelevillä hoitajilla on usein puutteelliset taidot hoitaa mielenterveyspotilaita. Oppaan tavoitteena on kehittää hoitajien valmiuksia kohdata ja hoitaa mielenterveyden häiriöstä kärsivää potilasta. Oppaaseen olemme tiivistäneet teoria-osuudessa käsittelemämme aiheet. Hoitohenkilökunnan pyynnöstä lisäsimme oppaan loppuun myös tietoa hyödyllisistä Internet- sivustoista, hyvästä kirjallisuudesta, sekä Espoossa ja ympäristökunnissa toimivien mielenterveysjärjestöjen yhteystietoja.

Teoriaosuudessa käsittelemme mielenterveyttä, yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, niiden hoitoon käytettäviä yleisimpiä lääkkeitä sekä mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan kohtaamista. Lisäksi käsittelemme työssämme mielenterveyspotilaiden yleisimpiä somaattisia sairauksia.

D'Arcy Jaana, Kautto Seija

**Handle and care of patients with mental health disorder
-A guide for the nurses of Jorvi hospital medical ward**

Year	2011	Pages	52
------	------	-------	----

In this practice-based thesis we produced a guide for the nurses of Jorvi hospital medical ward to help them in the approach to and care of patients with mental health disorders. The thesis includes both a theoretical part and a practical guide.

For a long time there has been a separation between psychiatric care and somatic care. This is one of the main reasons why nurses working in somatic care units do not have all the skills needed to care for patients with mental health problems. The purpose of this guide was to develop the ability of the Jorvi's medical staff to better handle and care for mentally ill patients. In the guide we have summarized the theoretical part of our subject. Based upon the staff's request, at the end of the guide, we have also added a list of useful Internet sites, useful literature as well as contact information of mental health associations in Espoo and other local authorities.

In the theoretical part, we discuss mental health, the most common mental health disorders, the most commonly used medications for those illnesses, as well as how to handle patients with mental health disorders. Furthermore, we study the most common somatic illnesses suffered by mental health patients.

Keywords: Mental health, approach and care for patients with mental disorders, medication

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	6
3	Jorvin sisätautiosasto S6	8
4	Mielenterveys	9
5	Mielenterveyden häiriöt	9
5.1	Psykoosit.....	10
5.1.1	Skitsofrenia.....	12
5.1.2	Muut psykoosit	12
5.1.3	Psykoosien hoito.....	13
5.2	Depressio	14
5.2.1	Depression hoito.....	15
5.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	16
5.3.1	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito	17
6	Mielenterveyspotilaan somaattiset sairaudet	18
7	Mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen ja hoito.....	19
7.1	Hoitosuhde ja auttava vuorovaikutus.....	20
7.2	Hoitajan ammatillisuus ja etiikka	22
8	Pohdinta.....	24
	Lähteet	26
	Liite 1	29

1 Johdanto

Suomessa mielenterveysongelmat ovat yksi keskeisistä kansantaudeistamme sydän- ja verisuonisairauksien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ohella. Vaikka mielenterveysongelmien määrä ei olekaan lisääntynyt, niiden merkitystä ei voida vähätellä. Terveys 2000- tutkimuksessa tuli ilmi, että tutkimukseen osallistuneista 20- 25 % kuvasi omaan vointiinsa vaikuttavia psyykkisiä oireita. Siis noin joka viides, kenties joka neljäs suomalainen kärsii jostakin mielenterveyshäiriöstä. Näistä psykoosien, erityisesti skitsofrenian merkitys on kansanterveydellisesti merkittävä. Siihen sairastuu joka sadas ihminen. Näiden lukujen perusteella sitä sairastaa Suomessa noin 50 000 henkilöä. (Kilkku 2008, 13- 14.)

Suomen mielenterveysseuran teettämän mielenterveysbarometrin mukaan mielenterveyspotilaiden terveysongelmia ei oteta vakavasti. Barometrin mukaan joka neljäs mielenterveyspotilaista tai kuntoutujista arvioi, ettei heidän fyysisiin ongelmiinsa suhtauduta aina vakavasti. Hoitohenkilökunta arveli esimerkiksi kivun johtuvan masennuksesta. Ammattihenkilöt arvioivat tutkimuksessa mielenterveyspalveluja laadukkaiksi, mutta apua tarvitsevat ihmiset vaikeasti tavoitettavaksi ja tunnistettavaksi ryhmäksi. (Vuorinen 2010.)

Mielenterveyspalveluiden perustana tulisi olla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, joka auttaa hahmottamaan ihmisen psyykkistä ja fyysistä terveyttä kokonaisuutena. Mielenterveysongelmat heijastuvat kehoon ja fyysiset vaivat puolestaan psyykkiseen jaksamiseen ja hyvinvointiin. Psykiatrista ja somaattista hoitoa on pitkään annettu omissa yksiköissään erillään toisistaan. Tämän vuoksi somaattisilla osastoilla työskentelevillä hoitajilla on usein puutteelliset taidot hoitaa mielenterveyspotilaita. Mavundlan (2009,9.) mukaan myös kiireinen työympäristö, riittämätön hoitohenkilökunnan määrä ja potilasmäärien kasvu johtavat siihen, ettei aina ole tarpeeksi aikaa potilaille. Psykiatrisen ja somaattisen hoidon yhdentymisellä on pyritty vähentämään mielenterveyspotilaisiin kohdistuvaa leimautumista ja epätasa-arvoista kohtelua. Monissa tutkimuksissa on myös todettu, että mielenterveyspotilaisiin ja mielenterveyshäiriöihin suhtautumiseen vaikuttaa voimakkaimmin tietämättömyys sairauksien luonteesta. (Harjajärvi, Pirkola ja Wahlbeck 2006,17; Lehtinen 2010, 9-10; Noppari, Kiiltomäki, Pesonen, 2007,20.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä Jorvin sisätautiosaston hoitajille kirjallinen opas mielenterveyspotilaan kohtaamisen ja hoitamisen tueksi. Tarve oppaalle nousi esiin Jorvin sisätautiosasto S6:n osastonhoitajan ja työntekijöiden halusta kehittää ammattitaitoaan mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Oppaan tavoitteena on jakaa uusinta tietoa eri mielenterveyden häiriöistä sekä näiden sairauksien hoidosta.

Opinnäytetyö jakautuu kahteen kokonaisuuteen, eli teoriapohjaan, jossa käsitelimme työn taustaa, yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä sekä niiden hoidossa käytettäviä yleisimpiä lääkkeitä. Lisäksi käsittelemme teoriaosiossa mielenterveyspotilaiden sairastamia somaattisia sairauksia sekä hoitajien ammatillista osaamista sekä etiikkaa. Toinen kokonaisuus koostuu hoitohenkilökunnalle kootusta kirjallisesta oppaasta, jossa tiivistetyksi käsitellään teoriaosiossa käsiteltyjä mielenterveyden häiriöitä sekä niiden lääkehoitoa.

Hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajan kanssa käydyin keskustelun perusteella rajaamme opinnäytetyön sisällön osastolla yleisimmin kohdattaviin mielenterveyden häiriöihin, joita ovat psykoosisairaudet, masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoitohenkilökunta toivoi myös tietoa näiden sairauksien hoidossa käytettävistä yleisimmistä lääkkeistä sekä niiden erityispiirteistä, tietoa hyvästä kirjallisuudesta sekä tietoa Espoon ja ympäristökuntien mielenterveysjärjestöjen yhteystiedoista sekä hyödyllisistä Internet- sivuista. Niiden avulla hoitohenkilökunta saa tarvittaessa lisätietoa oman ja lähialueiden palveluista ohjatessaan omaisia ja potilaita. Lisäksi he toivoivat esimerkkejä erilaisista psyykkisen hyvinvoinnin kartoittamiseen käytettävistä kaavakkeista hoitotyön tueksi.

Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö on käytännönläheinen, ja sen tavoitteena on ohjata ammatillisuuden sekä ammatillisten teorioiden yhdistämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät sekä käytännön toteutus että kirjallinen raportointi, joka sisältää teoriaa ja tutkittua tietoa. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle, ja se tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista tai opastamista. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu kirja, kansio tai opas. Työelämälähtöisen opinnäytetyön etuja on myös se, että se tukee tekijöiden ammatillista kasvua. Tällöin tekijät pystyvät peilaamaan tietojaan ja taitojaan työelämään ja sen tarpeisiin. Samalla he pääsevät ratkaisemaan työelämälähtöistä ja käytännönläheistä ongelmaa. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 9-10,17, 41.)

Hyvän oppaan tulee laatukriteereiltään olla selkeä, ymmärrettävä, asiallinen ja tarkoituksen mukainen. Siinä käytettävän tiedon on oltava luotettavista lähteistä hankittua, tutkittua tietoa. Sanastoltaan ja rakenteeltaan oppaan sisällön on oltava helposti ymmärrettävää sekä loogisesti etenevää. Opas on ymmärrettävä, kun yhdessä kappaleessa kerrotaan vain yksi asiakokonaisuus. Otsikoilla sekä väliotsikoilla on tärkeä merkitys. Niiden avulla herätellään lukijan mielenkiinto aiheeseen. Olennaista on, että lukijan on helppo edetä tekstissä loppuun saakka. Opasta tehdessä tulee huolehtia siitä, että tärkeät asiat nousevat hyvin esille. Tekstin ja kuvien sommittelulla voidaan ohjata katsetta ja herättää mielenkiintoa. Opasta suunniteltaessa on hyvä muistaa, kenelle sitä kirjoitetaan ja kuka sitä lukee. (Kuvaja & Solin- Laakkonen. 2007, 37-38.)

Oppaan suunnittelemisen aloitimme keväällä 2010 keskustelemalla Jorvin sisätautiosasto S6:n osastonhoitajan kanssa. Keskustelussa kävi esille, että sisätautiosastolla S6 työskentelevät hoitajat halusivat lisätietoa mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ja hoidosta. Mielenterveyden häiriöistä skitsofrenia, psykoosit ja masennus olivat yleisimpiä osaston potilailla olevia mielenterveyden häiriöitä, joten sovimme että oppaaseen tulisi tietoa juuri näistä sairauksista. Teoriapohjaa keräsimme syksyn 2010 ja talven 2011 aikana. Onneksemme uutta ja monipuolista lähdemateriaalia oli paljon tarjolla, ja hyviä nettisivustoja löytyi kiitettävästi. Oppaan sisältöä kokosimme vuoden 2011 maaliskuuhun. Huhtikuun puolella välissä kävimme vielä keskustelemassa osaston hoitohenkilökunnan kanssa oppaan lopullisesta sisällöstä. He olivat tyytyväisiä oppaan sen hetkiseen sisältöön, ja toivoivat lisäksi saavansa siihen myös tietoa hyödyllisistä nettisivuista sekä Uudenmaan alueella toimivista mielenterveysseuroista, joista saisivat lisätietoa esim. potilaille ja heidän omaisilleen. Lupasimme toimittaa oppaasta kansallisen version lisäksi myös sähköisen version, jolloin opasta voidaan päivittää tarpeen mukaan.

3 Jorvin sisätautiosasto S6

Valtakunnalliset terveystalot koostuvat kansanterveystalain (28.1.1972/66) ja erikoissairaanhoidotlain (1.12.1989/1062) mukaisista palveluista. Kansanterveystalain mukaisiin palveluihin kuuluvat somaattisten sairauksien perusterveydenhoito ja mielenterveystyö. Erikoissairaanhoidotlain mukaisia palveluja ovat somaattisten sairauksien erikoissairaanhoido ja psykiatristen sairauksien hoito. Potilaan ensisijainen hoitopaikka on yleensä terveyskeskus, mutta mikäli potilasta ei pystytä siellä hoitamaan tai tutkimaan, ohjataan hänet erikoissairaanhoidon piiriin.(Kansanterveystalain, Erikoissairaanhoidotlain)

Jorvin sairaala on Espoossa toimiva yliopistosairaala, ja se kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) ja sen HYKS sairaanhoitoalueeseen. Jorvin sisätautiosastolla S6 hoidetaan yleissisätautisia potilaita, ja osastolla on 24 vuodepaikkaa. Hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista, perushoitajista ja lähihoitajista. Hoitajien työn kuvaan kuuluvat terveyden edistämisen ja sairauksien hoidon lisäksi myös paljon potilasohjausta. Osaston erikoisosaamista on diabeteksen hoito, ja osastolla hoidetaan usein myös mm. infektiopotilaita, sydämen vajaatoimintapotilaita sekä erilaisia veren hyytymishäiriöitä. Potilasvaihtuvuus osastolla on suurta, ja valtaosa osastolla hoidettavista potilaista on keski-ikäisiä tai sitä vanhempia. Osastolla hoidetaan myös potilaita, joilla on somaattisen sairauden lisäksi myös jokin mielenterveyshäiriön diagnoosi, kuten skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai masennus. Ajoittain osastolla hoidossa oleva potilas sairastuu myös ensipsykoosiin. Mielenterveyspotilaita on eri ikäryhmistä, mikä myös aiheuttaa haasteita hoitohenkilökunnalle.

4 Mielenterveys

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2009) määrittää mielenterveyden inhimillisenä, elämään myönteisesti vaikuttavana voimavarana, joka mahdollistaa oman elämän elämisen mahdollisimman täysipainoisesti. Mielenterveys on erottamaton osa ihmisen terveyttä ja se muodostaa ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustan. Mielenterveys muotoutuu läpi koko elämän ihmisen ja hänen elinympäristönsä välisissä yhteyksissä.

Mielenterveys on käsitteenä monimuotoinen ja sen tarkka määritteleminen on vaikeaa. Mielenterveyteen vaikuttavat hyvin monet tekijät, kuten muun muassa perimä, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset, ihmissuhteet ja sosiaalinen verkosto sekä elämäntilanteen kuormittavuus. Mielenterveyden tilan kuvaamisen ongelmallisuutta lisää myös, että se vaihtelee samalla tavoin kuin muukin terveydentila. Jokainen ihminen määrittelee omaa mielenterveyttään omien yksilöllisten tekijöiden ja kokemusten mukaan. Mielenterveyttä voidaan kuvata yksilön henkisenä vastustuskykyinä ja hyvinvoinnin tilana. Tämä tarkoittaa, että yksilö ymmärtää omat kykynsä ja kykenee toimimaan niiden mukaan elämän normaaleissa stressitilanteissa. (Toivio & Nordling 2009, 84; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 19.)

Savolaisen (2008) mukaan mielenterveyttä suojaaviksi tekijöiksi kutsutaan niitä tekijöitä, jotka kannattelevat elämän vaikeuksissa, auttavat kohtaamaan vastoinkäymisiä ja löytämään niihin oikeanlaisia ratkaisuja. Ne myös tukevat mielenterveyttä ja elämäntilannetta sekä toimintakykyä. Suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä fyysinen terveys sekä perimä, ongelmanratkaisutaidot, vuorovaikutustaidot ja sosiaalinen tukiverkosto. Mielenterveyden riskitekijät vastaavasti vaarantavat elämän ja toimintojen jatkuvuutta sekä turvallisuuden tunteen kokemisen. Riskit tarkoittavat niitä yksilön ja ympäristön vaikutuksia, jotka heikentävät mahdollisuuksia elää terveellisesti ja tasapainoisesti. Riskitekijöitä ovat biologiset tekijät, kuten erilaiset sairaudet ja kehityshäiriöt, heikko sosiaalinen verkosto, elämän kriisit ja eristäytyneisyys. Mitä enemmän riskitekijöitä ihmisellä on, sitä suurempi riski on sairastua mielenterveyden häiriöihin.

5 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöistä on kyse silloin, kun oireet aiheuttavat kärsimystä tai psyykkistä vajaa-kuntoisuutta tai rajoittavat toiminta- ja työkykyä. Vakavimmillaan ne voivat vammauttaa lähes täysin ja sulkea yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys hyvinkin erilaisille psykiatrisille häiriöille. Niitä ovat mm. klassiset mielisairaudet eli psykoosit, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt ja käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt. Mielenterveyden häiriöihin liittyy aina

toimintakyvyn menetystä ja elämän laadun heikkenemistä. Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat syntyperältään monitekijäisiä, ja ne voivat olla sekä somaattisia että psyykkisiä. Ne voivat olla yhteydessä myös sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Psyykkisen häiriön kehittyminen eli psyykinen sairastuminen katsotaan syntyvän altistavien, suojaavien, yksilön kehitykseen liittyvien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Heiskanen, Salonen & Sassi, 2006,114; Lönnqvist ja Lehtonen 2009, 14- 16.)

Psyykkisen sairauden hoidossa tarvitaan erikoislääkärin apua. Erittäin vaikeissa sairauksissa voidaan joutua turvautumaan sairaalahoitoon. Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) veloitetaan huomioimaan jokaisen potilaan itsemääräämisoikeus sekä muut perusoikeudet, joita saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan itsensä tai toisen henkilön turvallisuuden takaaminen niin vaatii. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/ 785) vastaavasti turvaa ja määrää potilaan asemaa ja oikeuksia terveydenhuollossa. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan itsemääräämisoikeus velvoittaa siihen, että potilasta on hoidettava tavalla, joka on hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista. Hoitohenkilökunnan tulisi kertoa hoitovaihtoehdot ymmärrettävästi, ja auttaa potilasta päätöksen teossa. Potilas tekee päätöksen hoidostaan elämäkatsomuksensa ja arvomaailmansa mukaisesti.

Käsitlemme seuraavaksi neljää mielenterveyden häiriötä, jotka ovat psykoosit, niihin kuuluvaa skitsofreniaa, depressiota, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä näiden sairauksien hoitomuotoja.

5.1 Psykoosit

Psykoosilla tarkoitetaan mielentilaa, jossa yksilö tulkitsee todellisuutta ja ihmisiä poikkeavalla tavalla. Tällöin yksilön ajatus- ja havaintokyky on vääristynyt tavalla tai toisella. Psykoosissa olevan ihmisen on vaikea erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Ihminen saattaa kuitenkin toimia joillakin osa-alueilla myös jäsentyneesti. Hänen puheensa saattaa olla myös hajanaista ja vaikeaa ymmärtää. (Kuhanen ym. 2010, 187.)

Psykoosit ovat monitahoisia mielenterveyden häiriöitä. Ero muihin mielenterveyden häiriöihin on todellisuudentajun menetys ja realiteettien hämärtyminen. Psykoottinen henkilö voi nähdä, kuulla, haistaa, maistaa tai tuntea sellaista, mitä ei todellisuudessa ole. Ongelmat syntyvät yleensä silloin, kun oman itsensä ja ympäristön todellisuus ristiriitaisesti kohtaavat. Psykoottisen ihmisen käyttäytyminen voi olla eriskummallista ja pelottavaa. Tilana psykoosi on kokonaisvaltainen aiheuttaen keskittymiskyvyn puutetta, muistivaikeuksia, päättämättömyyttä, suunnitelmallisuuden puutetta sekä kykenemättömyyttä kokea nautintoa. (Hentinen, Iija & Mattila, 2009, 40-41.)

Psykoosia pidetään diagnostisesti yhtenä vaikeammista mielenterveyden häiriöistä. Psykoottinen henkilö voi olla pelokas, uhkaava, sekava tai jopa aggressiivinen. Hänen käsityksensä omasta itsestään ja ympäristöstään on usein vääristynyt. Varhaisen tunnistamisen merkitystä korostetaan. Psykoottisia oireita ja kokemuksia voi ilmetä monissa psykiatrissa sairauksissa. Jaksottaiset harha-aistimukset, harhaluulot ja outo käytös ovat ominaista skitsofreniassa. Itsepäiset harhaluulot ovat tyypillistä erilaisissa harhaluuloisuushäiriöissä. Näitä oireita voi myös joskus ilmentyä vakavassa depressiossa ja manioissa. Tällöin tilaa kutsutaan psykoottiseksi masennustilaksi ja maniaksi. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 40-41; Huttunen 2010.)

Psykiatrisessa diagnostiikassa on olennaista erottaa toiminnalliset ja elimelliset psykoosit. Toiminnalliset psykoosit esiintyvät skitsofreniassa, äkillisissä ja väliaikaisissa psykoottisissa häiriöissä, harhaluuloisuushäiriöissä ja mielialahäiriöiden psykoottisissa jaksoissa. Toiminnallisilla psykooseilla on usein taipumus uusiutua. Elimelliset psykoosit puolestaan johtuvat somaattisista sairauksista tai toksisista tiloista, esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyvästä deliriumtilasta. Hoidon kannalta on tärkeää, että toiminnalliset ja elimelliset psykoosit voitaisiin erottaa toisistaan. (Hentinen, ym. 2009, 41.)

Psykoosien syihin ei ole yhtä ainoaa syytä. Geneettinen perimä on pystytty näyttämään tieteellisesti toteen. Psykoosipotilailla on voitu osoittaa tutkimuksissa keskushermoston rakenteellisia muutoksia. Myös psykososiaalisilla tekijöillä on todettu olevan vaikutuksia psykoosin puhkeamiselle. Syitä pohdittaessa on muistettava, ettei yhtä syytä ole, eikä perinnöllisyys automaattisesti syy sairastumiselle. (Hentinen, ym. 2009, 41-42.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että psykoottisten oireiden varhaisella tunnistamisella voidaan sairastumisen ennustetta parantaa. Ennako-oireita voivat olla ahdistuneisuus, levottomuus, ärtyisyys, masennus, mielialan heilahtelut, apaattisuus sekä oudot kokemukset, kuten havaintovääristymät. Lisäksi voi esiintyä ruokahalun muutoksia, energian puutetta, keskittymiskyvyttömyyttä, epäileväisyyttä, pakkoajatuksia ja -toimintoja sekä käyttäytymisen muutoksia. Näiden oireiden varhainen tunnistaminen jo perusterveydenhuollossa olisi tärkeää, ja hoitoon hakeutuminen riittävän ajoissa edesauttaisi yksilön ennustetta. Ennako-oireista kärsivä potilas tulisi saada tarkempiin tutkimuksiin psykiatriaan erikoistuneeseen hoitoyksikköön, jossa on kokemusta ennako-oireiden tunnistamisesta. (Kuhanen ym. 2010, 189 - 190.)

Psykoottinen potilas voi olla itse täysin sairaudentunnoton. Psykoottiset kokemukset voivat aiheuttaa hämmennystä ja siitä seuraa usein pelkoa sekä epävarmuutta. Hoitajan tulee luoda potilaaseen luottamuksellinen suhde, ja hoitosuhteen luomisen lähtökohtana on empaattinen neuvottelemine ja ongelmalähtöinen ajattelu. Hoitajan tulee myös olla potilaan tavoitettavissa, ja olemalla valmis keskustelemaan potilaan esille tuomista asioista vähättelemättä niitä. Sekä poti-

laan että hänen läheistensä aitoon kohtaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Myös psykoosiin sairastuneen läheiset tarvitseva tukea ja hoitajan on huomioitava, että heille kokemus voi olla hämmentävä ja pelottava. (Kuhanen ym. 2010, 191.)

5.1.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi psykoottisista sairauksista. Tutkimusten mukaan siihen sairastuu 0,5-1 % väestöstä jossain vaiheessa elämäänsä. Keskimääräisesti sairaus puhkeaa 20-32 vuoden iässä. Noin 75 % skitsofreniaan sairastuneista kärsii lievistä psykoosia edeltävistä ennakko-oireista. On kuitenkin muistettava, ettei kaikki ennakko-oireista kärsivät sairastu psykoosiin. Näyttää on, että lääkityksellä ja kognitiivisella psykoterapialla voidaan estää tai siirtää psykoosivaarassa olevan psykoosiin sairastumista. (Kuhanen ym. 2010, 188; Käypä hoito: Skitsofrenia 2008.)

Skitsofrenian yhteydessä puhutaan sen positiivista ja negatiivisista oireista. Positiivisia oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita taas ovat tunteiden latistuminen, toimintakyvyn lasku, puheen köyhtyminen, tahdottomuus sekä kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Skitsofreniaa jaotellaan eri alatyyppeihin oireiden mukaan. Näitä ovat muun muassa paranoidinen skitsofrenia, hebefreeninen skitsofrenia ja erilaistumaton skitsofrenia. Skitsofrenian diagnoosin tekee psykiatrian erikoislääkäri IDC-10 tautiluokituksen kriteerien perusteella. (Kuhanen ym. 2010, 188; Käypä hoito: Skitsofrenia 2008)

Ennakko-oireita voivat olla mielialan vaihtelut, masentuneisuus, aggressiivisuus, epäluuloisuus, oudot ajatukset ja -käytökset sekä keskittymisvaikeudet. Muita ennakko-oireita voivat olla huono stressinsietokyky, unihäiriöt, päihteiden ja huumeiden lisääntynyt käyttö sekä ruokahalun muutokset. Ainakin kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuneesta nuoresta tai aikuisesta ilmenee erilaisia ennakko-oireita eli prodromaalioireita kuukausia tai joskus 2-3 vuotta ennen sairauden varsinaista ensijaksoa. Hakeutuminen asianmukaiseen hoitoon tässä vaiheessa saattaa estää tai viivästyttää sairauden ilmenemistä tai lievittää sen voimakkuutta. (Kuhanen ym. 2010, 189 - 190.)

5.1.2 Muut psykoosit

Vaikeaan masennukseen tai maniaan voi liittyä aistiharjoja ja harhaluuloista ajattelua, jolloin puhutaan psykoottisesta masennuksesta tai psykoottisesta kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Niin sanotut elimelliset psykoosit liittyvät yleensä aivosairauksiin tai päihteiden käyttöön. Lähes kaikkiin aivosairauksiin, kuten infektioihin, verenkiertohäiriöihin, kasvaimiin ja epilepsiaan voi liittyä psykoottista oireilua, varsinkin hyvin äkillisesti alkaneessa psykoosissa, johon liittyy näkö-,

maku- tai tuntoaistin harhoja, sekavuutta ja orientoituneisuuden häiriöitä. Niin sanottuja kemiallisia psykooseja ovat vastaavasti pitkäaikaisen alkoholin käytön vieroitusvaiheessa ilmenevä seka- vuustila eli delirium, johon liittyy tyypillisiä näköharhoja ja unettomuutta. Huumeista amfeta- miini aiheuttaa paranoidista skitsofreniaa muistuttavan psykoosin ja kannabis voi laukaista myös skitsofreenisen psykoosin. (Salokangas 2007, 18- 19.)

5.1.3 Psykoosien hoito

Psykoosilääkkeitä eli neurolepteja käytetään tiloissa, joissa potilaan todellisuudentaju on merkittävästi hämärtänyt psykoosisairauden vuoksi. Tavanomaiset psykoosilääkkeet vaikuttavat aivojen dopamiiniaineenvaihduntaan siten, että ne estävät dopamiinin vaikutuksia salpaamasta aivojen dopamiinireseptoreita. Psykoosilääkkeet rauhoittavat ja lievittävät ahdistuneisuutta, levottomuutta sekä aggressiivisuutta. Ne myös estävät ajatushäiriöitä ja aistiharhoja, joita psykooseissa esiintyy. Psykoosilääkkeisiin ei ole todettu kehittyvän kemiallista riippuvuutta. Lääkkeitä käytetään myös psykoosia sairastavilla ylläpitohoitona ehkäisemään sairauden akuuttia uusiutumista. Lääkehoidon rinnalla tulisi aina olla myös tukea antavaa hoitoa, psykoterapeuttisia hoitoja tai kuntouttavia toimenpiteitä. (Nurminen 2004, 259-260.)

Psykoosilääkkeillä on haittavaikutuksensa ja niiden käytön tulisikin olla lyhytaikaista. Skitsofrenian hoidossa se ei kuitenkaan ole mahdollista. Lääkeaineiden haittavaikutuksena voi ilmetä väsymystä ja ekstrapyramidaalioireita, kuten vapinaa, ilmeettömyyttä, lihasjäykkyyttä, töpöttävää kävelyä sekä psykomotorista kiihtyneisyyttä, kävelypakkoa, sydämen rytmihäiriöitä, painon nousua, ihottumaa, herkistymistä auringon valolle ja ihon keltaisuutta. Tyypillisiä haittavaikutuksia ovat antikolinergiset haittavaikutukset, kuten ummetus, suun kuivuminen ja huimaus. Hormonaalisina haittavaikutuksina neuroleptilääkitys saattaa aiheuttaa prolaktiinitason nousua. Tämä saattaa aiheuttaa miehille impotenssia sekä rintarauhasten liikakasvua (gynekomastia). Naiset taas saattavat tämän seurauksena kärsiä kuukautiskierron häiriöistä, sekä heille voi ilmaantua galaktoria eli maitovuotoa. (Nurminen 2004, 261; Toivio & Nordling 2009, 246; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 106.)

Klotsapiini on epätyypillinen psykoosilääke, jolla on saatu hyvä hoitovaste, jos muut psykoosilääkkeet eivät ole sopineet. Klotsapiini on kehitelty jo 1960-luvulla, mutta se poistettiin käytöstä vaarallisten haittavaikutusten vuoksi. Takaisin markkinoille se tuli taas 1990-luvulla. Lääkettä käyttävän tulee käydä säännöllisesti verenkuvan seurannassa. Klotsapiinin käyttöön leukopenian (leukosyyttitaso alle viitearvojen) ja agranulosytoosin (leukosyyttien kato) riski. Klotsapiini lääkitys tulee aina lopettaa suunnitellusti, annosta vähentämällä. Jos lääkitys kuitenkin joudutaan lopettamaan äkillisesti, tulee potilaan tilaa seurata huolellisesti lopettamiseen liittyvien oireiden varalta. Jos klotsapiini lääkitys joudutaan lopettamaan potilaalta valkosolujen

määrän tai absoluuttisen neutrofiinien määrän vähenemisen vuoksi, klotsapiinia ei saa aloittaa uudelleen. Klotsapiinilääkityksen haittavaikutuksia voivat olla myös ortostaattinen hypotensio ja sydänlihaksen tulehtumista. Näiden haittavaikutusten vuoksi hoitohenkilökunnan on hyvä tutustua lääkkeen tietoihin. (Nurminen 2004, 262; Kuhanen ym. 2010, 260; Raitasuo 2000.)

Psykoosipotilaan hoito koostuu hyvän hoitosuhteen ja ammatillisuuden varaan. Kuntoutuksen onnistumisen kannalta myös turvalliset vuorovaikutussuhteet ja yhteisöön kuuluminen ovat tärkeitä. Kattava psykiatrinen hoito sisältää lääkehoidon lisäksi yksilöllisten tarpeiden mukaisia psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Psykoterapiassa käsitellään yleensä potilaan arkielämään liittyviä ongelmia. Sairauteen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan avulla voidaan tukea potilaan sairauden kulkuun vaikuttavien stressitekijöiden sekä psykoosijaksoja ennakoivien oireiden tunnistamista ja hallitsemista. Kognitiivisbehavioraalista terapiaa vastaavasti käytetään ahdistavien aistiharhojen ja harhaluulojen hoitoon silloin, kun lääkehoito ei niihin ole riittävästi auttanut. Avohoidon parantuneista palveluista huolimatta osa vaikeimmin sairastuneista potilasta voi tarvita tuekseen pitkiäkin aikoja sairaalan turvallista ympäristöä. (Lönnqvist ym. 2009, 114-115, 119.)

5.2 Depressio

Depressio eli masennus on keskeinen kansanterveysongelma. Tutkimusten mukaan masennuksesta kärsii noin 5 % suomalaisista. Masennukseen liittyy työkyvyttömyyttä subjektiivisen kärsimyksen lisäksi. Somaattisesti sairastuneiden kohdalla masennuksen oireita esiintyy 20-60 %:lla. Diagnooseissa masennus jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Potilaat ovat niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon piirissä. Masennustilojen tunnistaminen ja erotusdiagnoosi ovat tärkeitä. Tämän suhteen päällimmäiseksi nousee kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja masennus tilan erottaminen. Somaattisten sairauksien oireiden ja masennuksen oireiden eroa voi olla vaikea erottaa. Tästä syystä hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa masennustilojen yksittäiset oireet ja niiden kesto. Masennuksen ilmenemismuodot ovat hyvin yksilölliset ja moninaiset. (Käypä hoito: Depressio 2010; Kuhanen ym. 2010, 201.)

Masennuksen oireita voivat olla mielialan lasku, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, mielihyvän tunteiden vähäisyys, unihäiriöt, ruokahaluttomuus, itsesyytökset, riittämättömyyden sekä syyllisyyden tunteet. Ihmisessä saattaa ilmetä painonmuutoksia, synkkiä ajatuksia, toivottomuutta ja arvottomuuden tunteita. Toimintakyky voi olla madaltunut ja arkipäiväisistä askareista voi olla vaikeuksia selvitä. Samalla itsestään huolehtiminen kärsii. Masennuksen syntyyn vaikuttavat yksilön sosiaaliset, biologiset sekä psykologiset tekijät. Masennuksen puhkeamiseen ja sen ennusteeseen vaikuttavat yksilön kielteiset elämäntapahtumat, kuten menetyskokemukset, ihmissuhdeongelmat, omat tai läheisen vakava sairastuminen, työttömyys jne.

Masennuksesta toipumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat masennustilan vaikeusaste sekä hoito- ja lääkitysmotivaatio. Yksilön sosiaalinen verkosto on merkittävä tuki ja voimavara toipumisen kannalta. (Kuhanen ym. 2010, 202.)

Masennus on kaikkien ikäryhmien sairaus ja sitä voidaan pitää Suomessa kansantautina. Suurin esiintyvyys on myöhäisen keski-ikä ikäryhmässä. Masennus liittyy usein vaikeisiin elämäntapahutumiin, menetyksiin ja vaikeisiin ihmissuhteisiin. Sairastumisherkyyteen vaikuttavat jokaisen henkilökohtaiset elämäkokemukset. Yleisyydestään huolimatta masennus on sairaus, joka jää yhä liian usein havaitsematta. (Holmberg, Hirschovits, Kymäläinen & Agge 2008, 127-128.)

5.2.1 Depression hoito

Depression lääkehoitona käytetään masennuslääkkeitä eli antidepressiiveja. Masennuslääkkeet jaetaan trisyklisiin masennuslääkkeisiin, selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin, selektiivisiin noradrenaliinin takaisinoton estäjiin, MAO-estäjiin sekä muihin masennuslääkkeisiin. Trisykliset masennuslääkkeet ovat vanhin käytössä oleva masennuslääkeryhmä, ja niihin kuuluvia lääkkeitä ovat mm. amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini ja nortriptyliini. Näiden lääkkeiden käyttö aloitetaan pieninä annoksina niiden aiheuttamien haittavaikutusten välttämiseksi, ja annosta lisätään asteittain tarpeen mukaan. Serotoniinin takaisinoton estäjät, niin sanotut SSRI- lääkkeet ovat eniten käytettyjä masennuslääkkeitä, ja niihin kuuluvat mm. essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini ja sitalopraami. Näiden lääkkeiden suosio perustuu yksinkertaiseen annostukseen, hyvään siedättävyyteen ja vähäiseen toksisuuteen yliannosten yhteydessä. Muita masennuslääkkeitä ovat mm. mirtatsapiini, venlafaksiini ja duloksetiini. Moklobemidi on ainoa Suomessa käytössä oleva monoamino- oksidaasin (MAO) estäjä, ja se on yleensä hyvin siedetty lääke vakavien masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2008)

Masennuksen aikana aivoissa tapahtuu biokemiallisia muutoksia, ja masennuslääkkeiden tehtävänä on korjata näitä muutoksia. Masennuslääkkeiden vaste tulee melko hitaasti ja mieliala kohoaa vasta kolmannelta tai neljänneltä hoitoviikosta eteenpäin. Tutkimusten mukaan keskimäärin kaksi kolmasosaa lääkehoitoa säännöllisesti käyttävistä potilaista hyötyy lääkkeitä, ja lähes puolella masennusoireet häviävät kokonaan. Mikäli lääkkeiden teho ei ole riittävä, voidaan kokeilla myös lääkemannoksen suurentamista. Lääkehoitoa tulisi jatkaa useita kuukausia, jotta masennuksen uusiutumisen vaara olisi mahdollisimman pieni. (Isometsä 2009, 172, 182- 183.)

Masennuslääkehoitoa jatketaan yleensä puolesta vuodesta yhdeksään kuukauteen, jos kyseessä on joko ensimmäinen masennusjakso tai jos potilas ei ole motivoitunut ylläpitohoitoon. Jos vastaavasti potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista, vähintään keskivaikeista masennuksista, on masennuslääkehoitoa hyvä jatkaa pitkäaikaisena estohoitona. Potilaan oltua oireeton usean

vuoden ajan, voidaan harkita lääkehoidon asteittaista lopettamista. Lääkehoito lopetetaan muutamana viikon aikana, koska sen äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa lopetusoireita. (Isometsä 2009, 184- 185.)

Trisyklisillä masennuslääkkeillä haittavaikutukset ovat pääasiassa väsymys ja antikolinergisinä haittavaikutuksina muun muassa suun kuivuminen, ummetus, virtsaamisvaikeudet ja näköhäiriöt. Serotoniinin takaisinoton estäjiä siedetään paremmin ja niiden haittavaikutukset ovat vähäisemmät. Tavallisimmin haittavaikutuksina voi esiintyä pahoinvointia, hikoilua, päänsärkyä, vapinaa, unihäiriötä sekä seksuaalitoimintojen muutoksia. Noradrenaliinin takaisinoton estäjät saattavat aiheuttaa lisäksi rytmihäiriötä, virtsaamisen vaikeutta, ortostaattista hypotoniaa ja pulssin nopeutumista. MAO-estäjät ovat hyvin siedetty lääkeyhmä. Joillekin potilaille se saattaa aiheuttaa unihäiriötä, huimausta, pahoinvointia, päänsärkyä sekä satunnaisesti sekavuustiloja. Muut masennuslääke ryhmään kuuluvat lääkkeet voivat haittavaikutuksena aiheuttaa huimausta, hikoilua, tuskaisuutta, hermostuneisuutta, pahoinvointia sekä suun kuivumista. (Nurminen 2004, 263-266.)

Lääkehoidon lisäksi depression akuuttihoitossa voidaan käyttää psykoterapiaa. Muita hoitomuotoja ovat kirkasvalohoito, sähköhoito tai transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito. Hoitomuoto määrätään yksilöllisesti depression vaikeuden ja potilaan elämäntilanteen mukaan. Akuuttihoitona tavoitteena on saada potilas mahdollisimman oireettomaksi, ja jatkohoidon avulla pyritään estämään oireiden palautuminen. Ylläpitohoitolla pyritään varmistamaan uuden sairausjakson puhkeaminen. Keskivaikeaan ja lievään masennustilaan tarvitaan usein myös lääkehoitoa, mutta he voivat parantua myös pelkällä psykoterapialla. Kun masennus on vaikea tai psykoottinen, hoito perustuu lääkehoidolle jota voidaan täydentää psykoterapialla. (Käypähoito: Depressio 2010)

5.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen alatyypiin. 1- tyypin kaksisuuntainen mielialahäiriö sisältää manian ja masennuksen vaihtelua sykleittäin sekä sekamuotoisia jaksoja. Tähän ryhmään kuuluu myös potilaalla toistuvat maniajaksoja. 2- tyypin kaksisuuntainen mielialahäiriö tarkoittaa hypomanian eli lieväasteisen vauhdikkuuden ja masennuksen vuorottelua. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy aina suurentunut itsemurhariski. Myös häiriötä sairastavat kärsivät somaattisista sairauksista enemmän muuhun väestöön verrattuna. Sairastumisikä on lapsuudesta vanhuuteen. Ensioireiden ilmaannuttua viive diagnoosiin on keskimäärin kahdeksan vuotta. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen sairaus, jonka perinnöllisyydestä on tutkimuksissa vahvaa näyttöä. Sairaus vaatii pitkäkestoista hoitoa, seurantaa sekä potilaan motivaatiota lääkitykseen ja hoitoon sitoutumiseen. (Kuhanen ym. 2010, 203.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vakava mielenterveyden häiriö, johon on tyypillisesti riski sairastua nuoruus- tai varhaisessa aikuisiässä. Sen laukaisevana tekijänä saattaa olla kuormittava elämänmuutos, johon liittyvät stressi ja unettomuus. Sairauden perusoire on mielialan huomattava vaihtelu mielialan kohoamisesta eli maniasta masentuneisuuteen ja ärtyneisyyteen. Mielialan vaihtelu voi altistaa ihmisen itsemurhalle, päihteiden väärinkäytölle ja ihmissuhdeongelmille. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy usein monihäiriöisyytenä ahdistuneisuus-, päihde-, tarkkaavaisuus- tai käytöshäiriö. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä psykoottiset oireet häviävät mielialan normalisoiduttua. (Noppi ym. 2007, 63.)

Maniajakso alkaa usein äkillisesti ja kestää hoitamattomana noin kahdesta viikosta viiteen kukauteen. Potilas on tyypillisesti puhelias, toimielias ja fyysisesti rauhaton. Hän on sosiaalisesti estoton ja hänellä on kohonnut itsetunto tai suuruusharhoja. Psykoottinen tila voi muuttua deliriumin kaltaiseksi sekavuustilaksi, joka vaatii välitöntä hoitoa. Manian aikana ihmisen mieliala on noussut, toiminnallisuus on huomattavasti lisääntynyt ja ajattelu on realiteeteista irrallaan. Se johtaa henkilön usein suuriin sosiaalisiin vaikeuksiin. Varsinaista maniajaksoa edeltää usein hypomaaninen vaihe, joka ennakoii manian puhkeamista. Henkilön vauhdikkuus lisääntyy, unet lyhenevät, ajatus lentää, ärtyneisyys ja aggressiivisuus lisääntyvät. Tällöin ihminen on kuitenkin vielä kosketuksissa todellisuuden kanssa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso vastaa depression oireita. Mielialan heilahdukset ääri-laidasta toiseen voivat tapahtua hyvinkin nopeasti. (Toivio & Nordling 2009, 128-129; Noppi ym. 2007, 63- 65.)

5.3.1 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

Hoitomuodoista lääkehoito on ensisijainen. Lääkehoidon avulla potilaan psyykinen tila saadaan sellaiseksi, että terapeuttisia keskusteluja voidaan käydä. Tavallisimmin kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitona käytetään litiumia. Äkillisten mania-kohtausten hoitojen lisäksi litiumia käytetään pitkäaikaislääkityksenä, jolloin sillä pyritään ehkäisemään tautivaiheen uusiutumista. Muita kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkityksiä on esimerkiksi karbamatsepiini ja valproaatti, jotka luokitellaan epilepsialääkkeisiin. Myös lääkehoitona voidaan käyttää toisen polven neuroleptejä. Keskeisenä lääkehoidossa on mielialaa tasaava lääkitys. (Nurminen 2004, 268; Kuhanen ym. 2010, 277; Toivio & Nordling 2009.245.)

Litiumin terapeuttinen leveys on kapea, jonka vuoksi hoito edellyttää säännöllistä seuranta. Lääkepitoisuutta verenkuvasta kontrolloidaan säännöllisesti. Litium voi lisätä virtsaamista (polyurea) sekä juomista liiallisesti (polydipsia). Liika-annostuksena se aiheuttaa munuaisvaurion ja virtsanerityksen ehtymisen. Lääkkeen pitkäaikaiskäytössä tulee seurata kilpirauhasten toimintaa, koska litium voi aiheuttaa kilpirauhasen vajaatoimintaa (hypotyreoosi). Haittavaikutuksina voi

esiintyä vapinaa sekä lihasheikkoutta. Samanaikainen diureettilääkitys saa aikaan sen, että litiumia kertyy elimistöön. Näissä tilanteissa tulee litiumpitoisuutta seurata tavallista tiheämmin. (Nurminen 2004,268.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalisen hoidon keskeisinä tavoitteina on potilaan tukeminen, mielialajaksojen tunnistamisessa auttaminen, potilaan lääkehoitoon sitoutumisen parantaminen ja potilaan ja hänen läheistensä vaikeuksissa auttaminen heidän sopeutuessaan sairauteen. Psykososiaalinen hoito voi olla joko yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa, ja hoidosta on eniten hyötyä juuri sairauden alkuvaiheessa. Tärkeää hoidossa on mielialajaksoille altistavien ja niitä laukaisevien tekijöiden tunnistaminen. Tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta lisäävät hoidon vaikuttavuutta sekä vähentävät mielialahäiriöjaksojen uusiutumiseriskiä. Lääkehoidosta annettu tieto parantaa oleellisesti lääkehoitoon sitoutumista, ja sitä kautta parantaa myös sairauden kokonaisuhoitoa. (Käypähoito: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008)

6 Mielenterveyspotilaan somaattiset sairaudet

Mielenterveyspotilaat sairastavat somaattisia sairauksia muuta väestöä keskimääräistä enemmän ja myös kuolevat keskimääräistä aikaisemmin. Monet mielenterveyspotilaat liikkuvat vähän, syövät yksipuolisesti, tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia. Syynä voi olla mm. se, että heidän on vaikeampi hankkia tietoa ja ehkäisevää hoitoa kuin muiden. Heidän oma aloitekykynsä ei myöskään usein riitä oman terveyden edistämiseen. (Etene 2009.)

Sekä suomalaisten että kansainvälisten tutkimusten mukaan psykoosia ja skitsofreniaa sairastavien fyysiset sairaudet ja niistä aiheutuva kuolleisuus ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat erityisen suuri kansantaloudellinen ongelma Suomessa. Kuolleisuus fyysisiin sairauksiin on kaksin-, jopa kolminkertainen verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön. Skitsofreniaa sairastavat potilaat sairastavat keskimääräistä useammin mm. sydän- ja aivoverenkiertosairauksia, hengityselinsairauksia, osteoporoosia ja syöpää. Heistä jopa 22 % sairastaa myös aikuistyyppin diabetesta; Sairastumisriski on lähes viisinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Psykoosiin sairastuneilla todettiin selvästi useammin keskivartalolihavuutta ja veren rasva-arvojen poikkeavuuksia muuhun väestöön verrattuna. Nämä lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Masennusta sairastavilla vastaavasti on enemmän mm. sydän- ja verisuonitauteja, aivoverenkiertosairauksia, keuhkosityöpää, diabetesta ja astmaa kuin muulla väestöllä keskimäärin. Mielenterveyspotilaat eivät aina tunnista kipua, ja sen vuoksi hoitoon hakeutuminen voi lykkääntyä. Myös heidän fyysiset terveysongelmansa saavat harvoin tarpeeksi huomiota. (Suvisaari 2008, 4-5.)

Somaattisiin sairauksiin kuten esim. syöpäsairauksiin saattaa liittyä myös masentuneisuutta. Yhtenä esimerkkinä voidaan pitää esim. haimasyöpää, joka saattaa ensin oireilla masentuneisuute-

na. Myös aivoinfarkti, Parkinsonin tauti, munuaissairaudet, diabetes sekä sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet voivat aiheuttaa mielialahäiriön. Selkeä yhteys mielialan vaihteluun on kilpirauhastoiminnan toimintahäiriöillä, sekä vajaa- että liikatoiminnalla. Psykoottisuutta voivat aiheuttaa vaskulaarinen dementia, monet keskushermostolliset sairaudet, maksa- ja munuaissairaudet sekä neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt. Jotkut lääkeaineet, kuten esim. verenpainelääkkeet ja hormonivalmisteet saattavat myös aiheuttaa masentuneisuutta. Vastaavasti psykoottisen häiriön voivat aiheuttaa kortikosteroidit ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. (Lönnqvist & Honkonen 2009,155; Toivio ym. 2009,105-106.)

Vanhuksilla on samoja mielenterveysongelmia kuin nuoremmilla. Lisäksi vanhusten arjessa selviytymistä vaikeuttavat fyysisen terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä erilaiset sairaudet. Myös läheisten puute ja menetykset vaikuttavat vanhuksen mielenterveyteen. Erityisesti mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja psykoosit ovat yleisiä. Vanhukset käyttävät ongelmiinsa nähden vähän mielenterveyspalveluita, mikä voi johtua siitä, että heidän oireensa virheellisesti liitetään vanhenemiseen. Ikääntymiseen kuuluu myös väistämättä luopumista ja menetyksiä. Suru on terve reaktio silloin, kun vanhuksen tai hänen läheisensä terveys ja toimintakyky laskevat merkittävästi, eikä omaisia tai ystäviä ole välttämättä tukena. Myös vaikeus sopeutua iän tuomiin muutoksiin altistaa masennukselle. Vanhuksen masennus jää usein tunnistamatta tai sitä ei hoideta riittävästi. Vanhuksilla esiintyy lievää masennusta enemmän mutta vakavaa masennusta vähemmän kuin nuoremmilla. Suurimmassa masennusriskissä ovat lesket, vaikeasti sairaat ja heikkokuntoiset vanhukset. (Etene 2009.)

7 Mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen ja hoito

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen ja hoitoon voi tuoda haastavuutta näiden sairauksien tuomat erilaiset ominaispiirteet, jolloin hänen kykynsä huolehtia itsestään voi olla puutteellista. Hän ei välttämättä myöskään tunnista itsessään häiriön oireita ja hän voi nähdä ja kokea oireensa erilaisina kuin auttajat. Esimerkiksi psykoottisen potilaan kohdalla haasteita tuo hänen harhainen ja sekava maailmankuva sekä usein heikentynyt yhteistyökyky. Yleistä on myös kaunan ja vihan tunteminen toisia kohtaan. Myös masentunut potilas voi olla täysin yhteistyökyvytön tai käyttäytyä vihamielisesti. Potilas voi kertoa tarvitsevänsä apua johonkin somaattiseen, ei mielenterveydelliseen vaivaan. Lisäksi on mahdollista, ettei potilas halua kertoa mielen-terveyshäiriöstään pelätessään ennakkoluuloja. Toisaalta hän ei välttämättä tunne itseään sairaaksi, jolloin hän voi myös vastustaa hoitoa. (Hentinen, Iija ja Mattila 2009,46.; Kuosmanen 2008, 480.; Rissanen 2007,37.)

Usein psykoottinen potilas voi olla täysin sairaudentunnoton. Psykoottiset kokemukset voivat aiheuttaa hämmennystä ja siitä seuraa usein pelkoa sekä epävarmuutta. Hoitajan tulee luoda poti-

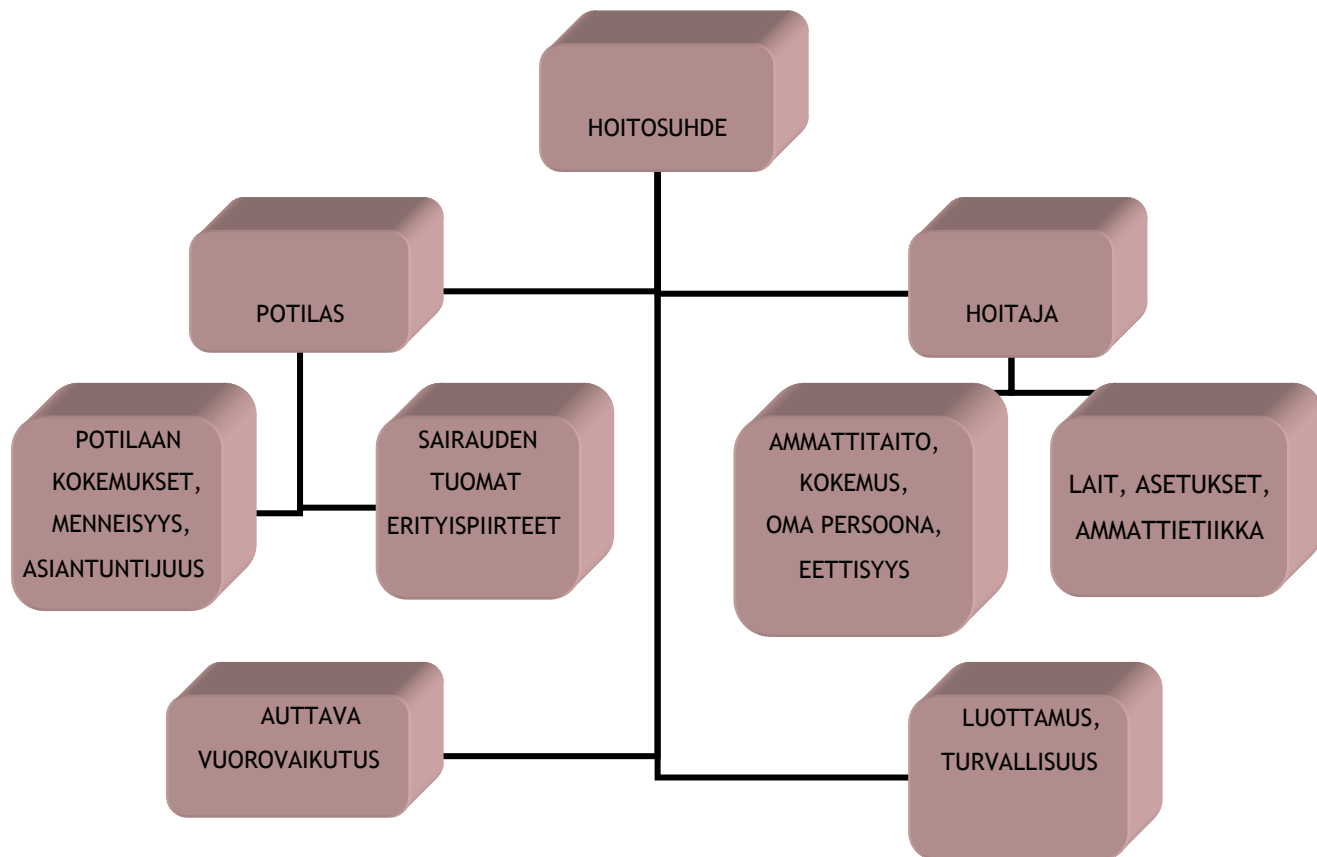
laaseen luottamuksellinen suhde. Lähtökohtana hoitosuhteen luomiselle on empaattinen neuvottelemine ja ongelmalähtöinen ajattelu. Hoitajan tulee myös olla potilaan tavoitettavissa ja olemaan valmis keskustelemaan potilaan esille tuomista asioista, vähättelemättä niitä. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, että kohtaamisessa pyritään luottamukselliseen, avoimeen ja turvallisuuden tunnetta herättävään vuorovaikutussuhteeseen, jolloin potilas uskaltaa kertoa omasta tilanteestaan. Potilaan kuunteleminen ja ymmärretyksi tulemisen tunne vahvistavat luottamuksen kehittymistä. Kuuntelemisen avulla hoitaja saa tärkeää tietoa potilaan tilanteesta, tarpeista ja toiveista. Kuuntelussa on myös kyse siitä, että potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa mieltä painavista asioistaan. Tämä vastaavasti mahdollistaa potilaan yksilöllisen auttamisen. Vuorovaikutukselliseen kohtamiseen liittyy myös erilaisten tunteiden käsittely. Esimerkiksi psykoosiin sairastumiseen voi liittyä monenlaisia tunteita, kuten surua, häpeää, syyllisyyttä tai epävarmuutta. Luottamuksellinen hoitosuhde mahdollistaa näistä tunteista puhumisen ja niiden käsittelyn hoitohenkilökunnan kanssa. (Hyvönen, 2004,7; Kilku 2008, 96, 99- 100; Kuhanen ym. 2010,191.)

7.1 Hoitosuhde ja auttava vuorovaikutus

Hoitosuhteen lähtökohtana on, että potilas ei ole passiivinen hoidon vastaanottaja, vaan aktiivinen hoitoonsa osallistuja. Potilaskeskeisellä toiminnalla voidaan nähdä kaksi tavoitetta, jotka ovat potilaan osallisuuden edistäminen ja hänen hoitonsa yksilöllisyys. Niiden avulla on arvioitu voitavan parantaa hoitoon sitoutumista ja hoidon laatua, jotka voivat edelleen myös vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Jokainen potilas kohdataan ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma menneisyytensä ja kokemuksensa tämänhetkisestä tilanteestaan ja tulevaisuudestaan. (Jahren, Kristoffersen & Nortvedt 2006,157.; Robinson, Callister, Berry ja Dearing 2008,20.)

Hoitajan ja potilaan yhteistyöhön perustuvassa hoitosuhteessa samanlaisuutta muihin ihmissuhteisiin on se, että huolimatta hoitajan ammatillisesta koulutuksesta ja kokemuksesta, myös hän on ihmisenä koko ajan läsnä. Hoitosuhteessa hoitaja käyttää omaa persoonaansa välineenä, ja hoitosuhteen ydin on avoimuudessa, vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa, jotka muodostavat perustan tälle hoitosuhteelle. Keskeistä siinä on myös läheisyyden, luottamuksen ja turvallisuuden kokemukset. Kuuleminen ja kuunteleminen sekä ymmärretyksi tulemisen tunne vahvistavat luottamuksen kehittymistä. Hoitosuhteessa on tärkeää myös muistaa, että ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erityisesti sanattomalla ilmaisulla ja viestinnällä on keskeinen osuus, sillä vuorovaikutuksesta jopa 70- 90 % on sanatonta. Sanattomassa viestinnässä on tärkeää sanojen, ilmeiden ja eleiden tasapaino, sekä katsekontakti puhujien välillä. (Kilku 2008, 96; Kiviniemi 2007, 89- 91.)

Kuviossa 1 esitämme näkemystämme potilaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteeseen vaikuttavista osatekijöistä.



Kuvio 1

Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu olennaisena osana myös potilaan motivointi ja ohjaus, vaikka se voi ajoittain olla hyvinkin haasteellista. Vuorovaikutustilanteissa voidaan käyttää esimerkiksi motivoivaa keskustelua ja ohjausta silloin, kun sairauden ehkäisyssä tai hoidossa tarvitaan muutoksia potilaan elämäntavoissa. Tyypillisimpiä tilanteita menetelmän käyttöön on tupakoinnin lopettaminen, alkoholin käytön vähentäminen, ravitsemus sekä liikuntaan liittyvät muutokset sekä pitkäaikaislääkityksen käyttöön motivoiminen. Tärkeää on muistaa, että keskustelussa on kaksi asiantuntijaa, hoitaja ja potilas. Hoitaja tuo keskusteluun asiantuntemuksensa, joka tukee potilasta ratkaisujen tekemiseen. Potilas on vastaavasti oman elämänsä asiantuntija, joka tietää millä tavalla eri ratkaisut toimivat hänen elämässään. (Mustajoki & Kunnamo, 2009)

Eettisestä näkökulmasta ajatellen ohjaus muodostuu laillisista, terveydenhuollon yhteisistä eettisistä lähtökohdista sekä ammattietiikasta. Lisäksi mukana on jokaisen hoitajan omat eettiset käsitteet. Ohjauksessa on kuitenkin muistettava, ettei hoitaja voi ohjata ainoastaan omista arvois-

ta käsin, vaan laillinen, terveydenhuollon yhteinen ammatillinen lähtökohta tekevät ohjauksesta ymmärrettävää ja perusteltua. Laillinen ja eettinen perusta luo taustan, jolloin erilaiset hoitajat persoonallisella tavallaan ovat hoitotyön rikkaus ja vahvuus. (Lahtinen, 2006, 8.)

Kun ihminen sairastuu vakavasti, myös hänen läheisensä tarvitsevat ohjausta ja tukea. Tutkimusten mukaan on todettu, että psyykkisesti sairaiden omaisilla on psyykkistä rasitusoireistoa huomattavasti enemmän kuin muulla väestöllä. Omaisten riski sairastua esimerkiksi masennukseen on 2-3 kertaa niin suuri kuin muulla väestöllä. Perheessä voi myös ilmetä eristäytymistä, koska sosiaalisten suhteiden ylläpito voi vaikeutua. Pelko leimaantumisesta saattaa olla syynä, että perhe ei uskalla puhua omasta tilanteestaan sukulaisille tai ystävilleen. Tärkeää tällaisessa tilanteessa onkin, että heitä tuetaan ja otetaan mukaan läheisensä hoitoon ja sen suunnitteluun, potilaan ja omaisten toiveita kunnioittaen. Sairastuneen potilaan läheisten hätää voi ratkaisevasti helpottaa hoitajan heihin luoma hyvä vuorovaikutus, sekä tiedon ja henkisen tuen antaminen. (Hentinen ym. 2009, 148-151.)

Potilaan lähipiiri on usein hoidon ja kuntoutuksen voimavara, koska heillä on usein paljon tietoa potilaan elämästä ja hänen vahvuuksistaan, joita voidaan käyttää apuna potilaan hoidossa. Sen vuoksi omaisten näkemysten kuunteleminen on tärkeää. Luottamuksellisen yhteistyön pohjana ovat tiedon antaminen ja myös vastaanottaminen. Tiedon antamisen lähtökohtana tulee olla omaisten tiedon tarve sekä heidän esittämänsä kysymykset. Tavallisesti heitä mietityttävät läheisen sairauden oireet, ennuste sekä hoito. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei heille aseteta liian suurta vastuuta omaisen hoidosta eli heidän yksilölliset voimavaransa tulee ottaa huomioon. (Stengård 2007, 154, 161- 162.)

7.2 Hoitajan ammatillisuus ja etiikka

Hoitohenkilöstö joutuu usein työssään käsittelemään potilaiden hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Eettinen osaaminen edellyttää työntekijältä herkkyyttä havainnoida eettisiä tilanteita ja kysymyksiä sekä pohtia niitä. Mielenterveyspotilaat tulevat usein leimatuksi sairautensa vuoksi, ja tästä syystä hoitohenkilöstön tulee toimia työssään leimautumisen eli stigman ja syrjäytymisen estämiseksi ja vähentämiseksi. Sairaanhoidajan ja potilaan välisen suhteen ei pitäisi pohjautua henkilökemiaan, koska siinä on kyse hoitosuhteesta. Potilaalla on oikeus hoitoon riippumatta hänen persoonallisuudestaan tai sairauksistaan. (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 144.; Kuhanen ym. 2010, 54-55.)

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet ovat laadittu tukemaan sairaanhoidajien eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssään. Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Toiminnastaan hän on ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat

hänen hoitoaan. Hän kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä huomioiden hänen arvonsa ja vakaumuksensa sekä tapansa ja tottumuksensa. Työssään hän kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta varmistuen potilaalle mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Jokaisen sairaanhoitajan tehtävänä on hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, iästä, äidinkielestä, sukupuolesta, rodusta, ihonväristä, poliittisesta mieltäpidestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. Hoitotyössä arvot eivät ole näkyviä, vaan ne ilmenevät ihmisen toiminnassa. Hoitajan henkilökohtaiset arvot luovat perustan sille, kuinka hän toimii omassa työssään. Hoitotyössä on kuitenkin vaikea osoittaa, millaiset arvot ja periaatteet yksittäisellä hoitajalla ovat, koska nämä ovat usein tiedostamattomia. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 60, 220; Sairaanhoitajaliitto 2011)

Myös sairaanhoitajan ammattipätevyys osoittaa, miten hän asennoituu ja käyttäytyy tietyissä työtilanteissa. Ammatillinen pätevyys kehittyy parhaiten oppimisprosessissa, jossa ihminen osallistuu itse oman työnsä kehittämiseen eli on niin sanottu oman työnsä kehittäjä, eikä pelkästään toteuttaja. Hoitotyön käytännössä sairaanhoitaja kykenee hoitamaan ammattitaitoisesti kaikkia yksikön potilaita sairaudesta riippumatta. Hänen tulee ylläpitää potilas - sairaanhoitajasuhteen eheyttä sekä tekemään perusteltuja hoitotyön päätöksiä. Hänen tulee myös kyetä arvioimaan omaa toimintaansa, kehittämään ja kouluttamaan itseään, sekä myös osata arvioida omia oppimistarpeitaan. Hoitaja tarvitsee hoitotieteellisen tietoperustan lisäksi myös muiden tieteenalojen tietopohjaa, erityisesti lääketieteen, psykologian ja muiden yhteiskuntatieteiden tietoa. Hänen tulee hallita myös tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiuksia. Sairaanhoitajalta edellytetään valmiuksia itsenäiseen päätöksen tekoon, ongelmanratkaisutaitoja, tarkkuutta, huolellisuutta sekä organisointi- ja koordinoitukykyä. Työn vaatimusten vuoksi sairaanhoitajan tulee myös kyetä kasvamaan sekä ihmisenä että ammatillisesti. Mäkitalon (2010) mukaan sairaanhoitajan työ vaatii myös herkkyyttä, sairauden tuntemusta, hyviä ohjausvalmiuksia sekä halua olla läsnä, kuunnella ja tukea. Ohjaustilanteessa hoitajalta vaaditaan myös rohkeutta puhua sellaisista asioista, mistä potilas ei välttämättä haluaisi keskustella. (Hilden 1999,21, 30- 31.; Kuhanen ym. 2010, 31; Ruotsalainen ja Tarvonen 2003, 20)

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on hyvä ja sitä parannetaan jatkuvasti. Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He valvovat yhdessä ettei oman ammattikunnan jäsenet tai muut hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Sairaanhoitajat tukevat työyhteisönsä moraalista ja eettistä kehitystä, sekä valvovat, että ammattikunnalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä. He huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. (Sairaanhoitajaliitto 2011; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785)

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme pohjalta voimme todeta, että mielenterveysosaamisen kehittäminen on tärkeää sisätautiosastolla toimivien hoitajien keskuudessa. Koko henkilöstön ammatillinen kasvu ja asiantuntijuuden kehittyminen ovat sekä työyhteisön että siellä toimivien hoitajien etu. Keräämämme teoriatieto on antanut pohjan sille, että mielenterveyshäiriöistä kertominen ja niiden ennaltaehkäisy ovat hoitotyön kannalta hyödyllisiä ja tarpeellisia. Valitsemamme aihe oli mielestämme käytännönläheinen ja työelämän käyttöön soveltuva. Toimeksiantajaltamme saamamme palautteen perusteella opinnäytetyömme koettiin sisätautiosastolla kattavaksi ja uutta tietoa antavaksi. Teimme oppaasta selkeän kokonaisuuden, josta jokainen hoitohenkilökunnan jäsen voisi nopeasti löytää tarvitsemaansa tietoa.

Opinnäytetyömme tärkeyttä lisää ihmisten ennakkoluuloinen asenne mielenterveyden häiriöitä kohtaan. Yksi syy varmasti löytyy siitä, etteivät he tiedä mielenterveyshäiriöistä riittävästi. Tämä puolestaan aiheuttaa sekä epävarmuuden että leimautumisen lisääntymistä. Psykkinen sairaus tulisi mielestämme nähdä sairautena muiden sairauksien joukossa. Opetuksen ja valistuksen avulla voimme parantaa asenteita mielenterveyden häiriöitä kohtaan. Jo ammattimme puolesta pidämme tärkeänä ennakkoluulojen poistamista ja sitä, että myös hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa mielenterveyden häiriöistä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on myös herätellä hoitajien mielenkiintoa ja keskustelua näitä asioita kohtaan. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä niiden yleisyyden vuoksi, ja mielestämme jokaisella potilaalla on oikeus kokonaisvaltaiseen hoitoon sairauksista ja hoitopaikasta riippumatta.

Koimme opinnäytetyön aiheen mielenkiintoiseksi, ja sen vuoksi sitä oli helppo työstää. Opinnäytetyön tekemiseen kului kuitenkin enemmän aikaa kuin kuvittelimme, ja aikataulumme petti useamman kerran. Siihen vaikuttivat mm. työharjoittelujaksomme syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana. Itse oppaan tekeminen sujui nopeammin, koska teoriaosuus oli meillä jo valmiina. Myös aiheen tarkka rajaaminen heti työn alkuvaiheessa helpotti tiedonhankintaa. Koko prosessin varrella olemme useaan kertaan saaneet positiivisia kommentteja aiheemme suhteen. Huhtikuussa 2011 osaston henkilökunnan kanssa käydyssä keskustelussa todettiin, että opas vastasi heidän tarpeitaan ja odotuksiaan. Käytännön työssä tämä opas varmasti parantaa hoitotyön laatua niin hoitajan kuin potilaankin näkökulmasta. Toivomme oppaan antavan työntekijöille tukea ja varmuutta kohdata mielenterveyspotilas sekä tunnistaa edellä mainittujen sairauksien ennako- oireita, jolloin asianmukainen hoito voitaisiin aloittaa mahdollisimman pian.

Opinnäytetyön tekeminen on suuritöinen projekti, jonka suuruuden hahmottaa todellisuudessaan vasta, kun sen saa päätökseen. Meille opiskelijoille opinnäytetyön prosessointi on ollut kasvua ja kehittymistä kohti asiantuntijuutta. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet kokemusta

pitkäjänteisestä työskentelystä sekä kirjallisen oppaan suunnittelusta ja toteuttamisesta. Oppaan ja kirjallisen osion tekeminen lisäsi paljon omaa tietouttamme mielenterveyshäiriöistä sekä mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta. Tästä on itsellemme paljon hyötyä tulevaa sairaanhoitajan työtä ajatellen. Opinnäytetyön kautta olemme myös saaneet työssä jaksamisen välineitä tulevaisuuteen työskennellessämme sairaanhoitajan tehtävissä työpaikasta riippumatta. Lääkehoidon osiota kirjoittaessamme olimme yllättyneitä, kuinka paljon erilaisia lääkkeitä mielenterveyden häiriöiden hoitoon on markkinoilla, ja miten erilaisia haittavaikutuksia näillä lääkkeillä on. Lääkehoito on oleellinen osa sairaanhoitajan työnkuvaa sekä mielenterveyden häiriöiden hoitoa, ja sen vuoksi lääkkeen antajan on oltava perillä mielenterveyspotilaiden lääkehoidon tarkoituksesta, hyödyistä ja haitoista.

Koska opinnäytetyössämme käsitelimme vain neljää mielenterveyshäiriötä, ja ehdotamme jatkotutkimuksen kannalta mahdollisiksi aiheiksi muiden mielenterveyshäiriöiden käsittelemistä kuin mitä tässä työssä on käsitelty. Samoin olisi mielenkiintoista selvittää mielenterveyspotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia sairaanhoitajien taidoista kohdata mielenterveyspotilas sisätautiosastolla. Yhteistyön kehittäminen Jorvissa psykiatrian ja somatiikan välillä olisi myös yksi tärkeä kehittämisaalue. Yhteistyötä tehdään näiden yksiköiden välillä, mutta varmaankin asiantuntijuutta voitaisiin hyödyntää enemmän.

Lähteet

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Etene 2009. Mielenterveysetiikka- Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Etene- julkaisuja 25. Helsinki: Yliopistopaino.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Kuntatalon paino.

Heiskanen, T., Salonen, K., Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy.

Hentinen, K., Iija, A., & Mattila, E. (toim.).2009. Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi.

Hilden Raija. 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kymäläinen, P. & Agge, E. (toim.)2008. Tämä potilas kuuluu meille - Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Huttunen, M 2008. Masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeet. Viitattu 22.4.2011
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039&p_haku=%20SSRI#s2

Huttunen, M. 2010. Psykoosi. Viitattu 21.4.2011.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykoosi.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Isometsä, E. 2009. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T.(toim.)Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyöstä. Teoksesta Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A.(toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita Publishing.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kilkku 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen K., Seppänen, U-M., Vuokila- Oikkonen, P.2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kuosmanen, L. 2008. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K.(toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi.

Kuvaja, J. & Solin-Laakkonen, S. 2007. Postoperatiivisen kivun hoito. Opas henkilökunnalle. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Käypähoito. 2010. Depressio. Viitattu 5.4.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50023>.

Käypähoito 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 17.3.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50076>.

Käypähoito. 2008. Skitsofrenia. Viitattu 4.3.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lehtinen, V. Mielenterveyden häiriöt ja häpeä. 2010. Teoksessa Granqvist, N.-B. & Heikkinen, J. Eron häpeästä - Heikkous vahvuudeksi. Psykonomiopisto. Viitattu 6.1.2011.
http://www.psykonomiopisto.com/julkaisuja/hapea_kirja.pdf.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lönnqvist, J., Lehtonen, J. 2009. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mavundla T. 2000. Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), 1569–1578.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 17.11.2010.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 5.5.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147.

Mäkitalo, A. 2010. Mitä jos potilas ei noudata hoito-ohjeita? Viitattu 5.5.2011.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/ajankohtaista/tiedotteet/tiedotteet-2010/?x22045706=24604373>.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhoidossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito, 259-262. Juva: WSOY.

Raitasuo, V. 2000. Klotsapiini skitsofrenian hoidossa. Viitattu 5.3.2011.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Robinson, JH, Callister, LC, Berry, JA. & Dearing, KA. 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20.

Ruotsalainen, S. & Tarvonen, P. 2003, 20. Sairaanhoidajuu-sairaanhoitajien ja sairaanhoitaja-opiskelijoiden kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.

Sairaanhoitajaliitto. 2011. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 28.11.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Salokangas, R. 2007. Psykoosille altis potilas. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Savolainen, M. 2008. Mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen. Mielenterveyden ensiapuseminaari 21.2.2008. Viitattu 12.4.2011.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477740>.

Stengård, E. 2007. Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Vuori- Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. ja Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Suvisaari Jaana. 2008. Psykoosia sairastavilla muita huonompi fyysinen terveys. Kansanterveys 4/2008, 4-5.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Viitattu 5.8.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e>.

Toivio, T., Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Edita Publishing.

Vilkka, H., Airaksinen, T.2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, J.2010. Mielenterveysbarometri. Mielenterveyspotilaiden terveysongelmia ei oteta vakavasti. Suomen mielenterveysseura. Tiedotteet. Viitattu 1.12.2010
http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/tiedotteet/mielenterveysbarometri_mielenterveyspotilaiden_terveysongelmia_ei_oteta_vakavasti.html.

Liite 1

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoito



-Opas sisätautiosaston
hoitohenkilökunnalle

Sisältö

1	MASENNUS.....	3
2	KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ.....	8
3	PSYKOOSIT.....	11
4	SKITSOFRENIA.....	16
5	LÄÄKEHOITO.....	18
	5.1 Mielialahäiriöiden lääkehoito.....	18
	5.2 Psykoosien lääkehoito.....	20
6	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN.....	21
7	YHTEYSTIETOJA.....	22

1 MASENNUS

Masennus on mielialahäiriö, joka vaikeusasteeltaan vaihtelee lievästä oireilusta vakavaan psykoottistasoiseen ja vaikeasti invalidisoivaan sairauteen. Pahimmillaan se tuottaa henkilölle suurta henkistä kärsimystä. Masennus jaetaan kolmeen vaikeusasteeseen; lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Masennukselle on tyypillistä, että se esiintyy eripituisina ja myös erilaisina kausina. Oireettomia jaksoja voi olla masennuskausien välillä. Myös vuodenaajat voivat vaikuttaa masennuskausien esiintymiseen.

Altistavat tekijät:

Masennus on poikkeava reaktio menetyksiin. Alttiuden tällaiseen reagointiin katsotaan johtuvan traumaattisista puitteista, eroista ja menetyksistä varhaislapsuudessa.

Laukaisevina tekijöinä voivat olla:

- Läheisen henkilön menetys tai kuolema
- Pettymykset ihmissuhteissa
- Fyysisen tai psyykkisen terveyden menetys
- Osallisuus vakavassa onnettomuudessa tai katastrofissa
- Rikoksen uhriksi joutuminen
- Työttömyys
- Arvostuksen, maineen tai itseluottamuksen menetys
- Keski-ikä ja vaihdevuodet
- Vanhuus ja lähestyvä kuolema

Myös somaattisiin sairauksiin saattaa liittyä masentuneisuutta, ja erilaisiin syöpäsairauksiin liittyikin tyypillisesti masennustila. Myös aivoinfarkti, Parkinsonin tauti, munuaissairaudet, diabetes sekä sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet voivat aiheuttaa ns. elimellisen mielialahäiriön. Selkeä yhteys mielialan vaihteluun on kilpirauhastoiminnan toimintahäiriöllä, sekä vajaa- että liikatoiminnalla. Myös eräät lääkeaineet saattavat aiheuttaa masentuneisuutta, esimerkiksi verensäätölääkkeet ja hormonivalmisteet

Masennus voi ilmetä eri tavoin monenlaisina fyysisinä ja psyykkisinä oireina. Tyypillisessä lievässä, keskivaikeassa tai vaikeassa-asteisessa masennuksessa **tavallisimmat oireet** ovat:

- mielialan ja toimintakyvyn lasku
- tärkeiden ihmisten hylkääminen
- kyky nauttia asioista/ tuntea mielenkiintoa asioihin heikentyä

- heikentynyt keskittymis- ja huomiokyky
- heikentynyt itsetunto ja itseluottamus/ syällisyyden ja arvottomuuden kokemukset
- pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen
- suuicidaaliset ajatukset tai teot
- unihäiriöt
- ruokahaluttomuus
- väsymys ja uupumus pienestäkin aktiviteetista

Joskus ahdistuneisuus, tuskaisuus ja fyysinen levottomuus voivat olla hallitsevampia oireita kuin itse masennus. Masentunut voi myös olla ärtynyt ja käyttäytyä huomionhakuisesti. Riippuvuudet alkoholiin, lääkkeisiin tai/ ja huumeisiin voivat myös lisääntyä. Lisäksi potilaan erilaiset pelkotilat voivat lisääntyä.

Masennuksen hoito:

- Masennuslääkityksen vaikutus alkaa vasta viikkojen, joskus jopa kuukausien kuluttua.
- Lääkitys normalisoi keskushermoston aineenvaihduntaa vaikuttamalla serotoniini-, noradrenaliini- ja dopamiinitoimintaan.
- Masennuslääkkeisiin ei tule riippuvuutta.
- Jo muutaman kuukauden mittainen lääkehoito auttaa pääsemään pahimman yli mutta joskus lääkkeitä voidaan tarvita hyvinkin pitkään.
- Psykoterapia räätälöidään altistavien tekijöiden, kokemusten sekä masennuksen syntyt historian ja vaikeusasteen mukaan.

Vakava haittavaikutus SSRI-lääkkeitä käytettäessä:

Serotoniinisyndrooma

- Myrkytystila, jonka aiheuttaa keskushermostossa oleva liika serotoniini
- Syynä esim. SSRI-lääkkeiden yliannostus
- Myrkytyksen riskiä lisää serotoniiniaktiivisuutta lisäävien lääkkeiden yhteiskäyttö
- Oireet lievässä muodossa; takykardia, vapina, hikoilu, mustuaisten laajeneminen
- Vakavassa tilassa lisäksi RR:n kohoaminen, kuume, sekavuus, kiihtymys
- Joskus hengenvaarallinen; munuaisvaurio, kouristukset, kooma

BDI 21 -MASENNUSKYSELY

Valitse vaihtoehdoista se, joka kuvastaa oloasi tai tunnettasi parhaiten.

Vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Tarkista vielä lopuksi vastauksesi.

1. 0 En ole surullinen.
1 Olen surullinen.
2 Olen aina alakuloinen ja surullinen.
3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
1 Tulevaisuus pelottaa minua.
2 Tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavaa.
3 Tunnen että tulevaisuus on toivoton.

3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
1 Olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset.
2 Menneisyyteni on sarja epäonnistumisia.
3 Olen täysin epäonnistunut ihmisenä.

4. 0 Asiat tuottavat minulle edelleen tyydytystä.
1 En osaa nauttia asioista kuten ennen.
2 En saa tyydytystä mistään.
3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.

5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyydentunteita.
1 Minulla on usein syyllinen olo.
2 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
3 Tunnen syyllisyyttä suurimman osan ajasta.

6. 0 En koe, että minua rangaistaan.
1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
2 Odotan, että minua rangaistaan.
3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7. 0 En ole pettynyt itseeni.
1 Olen pettynyt itseeni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.

8. 0 Olen yhtä hyvä kuin kuka tahansa.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheistä.
3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.

9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutta en tee sitä.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi mahdollisuus.

10. 0 En itke tavallista enempää.
1 En pysty itkemään, vaikka haluaisin.
2 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
3 Itken nykyisin aina.

11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti.
1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Aiemmin raivostuttaneet asiat eivät liikuta minua.

12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua enää vähän.
2 En ole kiinnostunut muista juuri lainkaan.
3 Muut ihmiset eivät kiinnosta minua.

13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennen.
1 Lykkään usein päätöksien tekemistä.
2 Minun on vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty tekemään päätöksiä.

14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
1 Näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkonäköni on muuttunut epämiellyttäväksi.
3 Uskon olevani ruma.

15. 0 Työkykyni on suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen tuntuu vaikealta.
2 Minun on pakotettava itseni työhön.
3 En pysty tekemään työtä.

16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin enkä saa unta.
3 Herään useita tunteja liian aikaisin enkä saa unta.

17. 0 En väsy sen nopeammin kuin ennen.
1 Väsyn nopeammin kuin aikaisemmin.
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään.

18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
3 Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen.

19. 0 Painoni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

20. 0 En ole juuri huolissani terveydestäni.
1 En pysty ajattelemaan kuin ruumiillisia vaivojani.
2 Olen huolissani vaivoistani, säryistä jne.
3 Olen huolissani terveydestäni lähes koko ajan.

21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2 Kiinnostukseni seksiin on vähäistä.
3 En ole lainkaan kiinnostunut seksistä.

Testin tulkinassa voi käyttää seuraavia, suuntaa antavia pisterajoja: kokonaispistemäärä alle 10 pistettä = ei masennusoireita, 10-16 pistettä = lieviä masennusoireita, 17-29 pistettä = kohtalaisia masennusoireita, 30-63 pistettä = vakavia masennusoireita

Depressioseula DEPS

Kulunee kuukau- den aikana	Ei lainkaan	Jonkin ver- ran	Melko pal- jon	Erittäin pal- jon	Valintasi (0-3)
Kärsin unetto- muudesta	0	1	2	3	
Tunsin itseni su- rumieliseksi	0	1	2	3	
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta	0	1	2	3	
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3	
Tunsin itseni yk- sinäiseksi	0	1	2	3	
Tulevaisuus tun- tui toivottamalta	0	1	2	3	
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3	
Tunsin itseni ar- vottomaksi	0	1	2	3	
Tunsin, että kaikki ilo on hä- vinnyt elämästäni	0	1	2	3	
Minusta tuntui, ettei alakuloisuu- teni hellittänyt edes perheeni tai ystävieni avulla	0	1	2	3	
				Yhteensä:	

Tutkimuksen mukaan depressioseulassa vähintään 12 pistettä saaneista lähes puolella (47.3%) todettiin depressio. Yleisesti ottaen depression todennäköisyys kasvoi pistemäärän kasvaessa. Testiä tulkittaessa tulee huomioida, että tulos on aina yksilön kohdalla vain suuntaa antava ja pistemäärä voi vaihdella merkittävästi eri päivien välillä. Mikään depressioseulassa saatu pistemäärä ei välttämättä merkitse yksilön kohdalla, että hän kärsisi depressiosta. Diagnoosin tekemiseen tarvitaan aina lääkärin tutkimus. Diagnoosia ei voi tehdä pelkästään depressioseulan antaman tuloksen perusteella.

2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä luonnehtivat tavallisuudesta poikkeavat mielialojen vaihtelut. Sairaus on elinikäinen, mutta sairausjaksojen välillä potilas on useimmiten oireeton ja voi elää normaalia elämää. Hänen mielialansa, käyttäytymisensä ja ajattelunsa vaihtelevat hypomaanisten eli lievästi maanisten, maanisten ja depressiivisten jaksojen mukaan. Sekä manian että depression yhteydessä ovat tavallisia myös psykoottiset oireet. Silloin potilaan todellisuudentaju on vääristynyt, ja hänellä on harhaluuloja ja aistiharhoja tai hän uskoo todeksi asioita, joita ei ole olemassa. Tässä sairaudessa itsemurhariski on suuri, kuten muissakin vakavissa mielenterveyden häiriöissä. Itsemurhaa yrittää yli puolet hoidossa olevista potilaisista.

Maniavaiheen oireita voivat olla:

- unen tarpeen väheneminen
- mielialan kohoaminen
- toimeliaisuuden lisääntyminen
- fyysinen rauhattomuus
- puheliaisuuden lisääntyminen
- puheliaisuuden lisääntyminen
- epäasiallinen käyttäytyminen
- itsetunnon kohoaminen
- kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta
- keskittymisvaikeudet
- uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen
- lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös
- seurallisuuden ja tuttavallisuuden lisääntyminen
- sairaudentunto heikkenee, lääkehoito voi jäädä pois

Masennusjakso on maniaa yleisempi. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvät masennusjaksot ovat hyvin samantapaiset kuin tavanomaisissa masennustiloissa.

Niihin voi liittyä seuraavanlaisia **oireita**:

- synkkä mieliala
- mielenkiinnon puute
- yleinen haluttomuus
- keskittymiskyvyn aleneminen
- päättelykyvyn heikkeneminen

- muistin heikkeneminen
- väsymystä ja uupumista

Näiden häiriötyyppien lisäksi esiintyy erilaisia sekamuotoja. Alttius sairastumiseen on **perinnöllistä**. Ensimmäiset esioireet esiintyvät tyypillisesti teini-ikäisenä, ja sairauden puhkeaminen tapahtuu yleensä 15- 30:n vuoden iässä.

Laukaisevana tekijänä voi olla kuormittava stressitilanne, kuten avioero, työttömäksi jääminen tai vakavan sairauden puhkeaminen. Sairaus puhkeaa tavallisesti vähän yli 20 vuoden iässä jonkin kuormittavan elämänmuutoksen jälkeen. Yli 90 % potilaista jotka sairastavat yhden maanisen tai sekamuotoisen jakson sairastuu myöhemmin uudestaan.

Koska sairauden syy on tuntematon, sen varsinaiseen aiheuttajaan vaikuttavaa hoitoa ei ole. Oireet ovat kuitenkin useimmiten poistettavissa ja uudet sairausjaksot estettävissä. Hoidon tavoitteena on sairausprosessin pysäyttäminen. Hoidon avulla voidaan parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä ehkäistä sairauden kroonistumista. Hoidon kulmakiviä ovat hyvä ja luotettava hoitosuhde, mielialaa tasaava lääkehoito, psykoterapia ja yhteistyö potilaan perheen kanssa.



Mielialahäiriökysely MDQ

1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein ollut oma itsenne ja...	
a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkin mielestä ette ollut oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin?	Kyllä/ Ei
b) olitte niin ärtyisiä, että huusitte ihmisille, tai aloititte väittelyjä tai riitoja?	Kyllä/ Ei
c) itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi?	Kyllä/ Ei
d) nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta?	Kyllä/ Ei
e) olitte paljon puheliaampi tai puhuitte tavallista nopeammin	Kyllä/ Ei
f) ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan?	Kyllä/ Ei
g) ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyennyt keskittymään tai pysymään kärryillä?	Kyllä/ Ei
h) olitte paljon tavallista energisempi?	Kyllä/ Ei
i) olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti?	Kyllä/ Ei
j) olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäinsuuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä?	Kyllä/ Ei
k) olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä?	Kyllä/ Ei
l) teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisena?	Kyllä/ Ei
m) rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia?	Kyllä/ Ei
2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan ylläolevista, tapahtuiko useampi näistä saman ajanjakson aikana?	Kyllä/ Ei
3. Kuinka paljon ongelmia ylläolevat asiat aiheuttivat Teille - esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahaan tai virkavaltaan, työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja?	1 Ei ongelmia
Olkaa hyvä ja valitkaa vain yksi vaihtoehto.	2 Vähäisiä
	3 Kohtalaisia
	4 Vakavia

MDQ-seulan tulkintaohje

MDQ-seula on positiivinen, jos:

kohdassa 1 kyllä-vastauksia on vähintään 7 ja

kohtaan 2 on vastattu kyllä ja

kohtaan 3 on vastattu 3 tai 4

Tutkimuksen mukaan noin 40%:lla positiivisen seulan saaneilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Testin tulos on aina suuntaa antava eikä välttämättä merkitse että sinulla olisi kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Diagnoosin teko vaatii aina lääkärin tutkimuksen.

3 PSYKOOSIT

Psykoosit kuuluvat vakaviin mielenterveyshäiriöihin. Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt ja hänellä esiintyy psykoottisia oireita. Hän on vakuuttunut omien, sairalloisten kokemustensa todenperäisyydestä. Psykoosi saattaa olla kertaluonteinen tai uusiutuva, ja osalla onkin kyse elämän kestävästä sairaudesta, joka vaatii hoitoa. Psykoosin varhaisvaiheen ennako-oireiden varhainen toteaminen ja varhain aloitettu hoito voivat oleellisesti parantaa psykoosin ennustetta ja jopa estää sen puhkeamisen. Myöhäisvaiheen ennakkotilassa psykoosin riski kohoaa jo huomattavan suureksi. Hoidon aloituksen viivästyminen voi johtaa toimintakyvyn huononemiseen, hoidon vastustukseen ja sairauden uusimisvaiheen liittäytymiseen.

Varsinaista psykoosia edeltäviä oireita kutsutaan prodromaali- eli ennako-oireiksi. Oireet voivat olla hyvin moninaisia ja vaihtelevia.

Varhaisvaiheen ennako-oireita voivat olla mm.

- keskittymiskyvyn heikkeneminen
- energian ja motivaation puute
- depressiivisyys
- unihäiriöt
- ahdistuneisuus
- syrjään vetäytyminen
- ärtyisyys
- epäileväisyys
- koulu- ja työmenestyksen sekä muiden toimintojen heikkeneminen
- aggressiivisuus

Lisäksi voi esiintyä seuraavia **oireita**:

- kyvyttömyyttä jakaa huomiota
esim. vaikeus seurata tai tehdä kahta asiaa yhtä aikaa
- ajatusten häiriintymistä
esim. mieleen tulee häiritseviä asiaan kuulumattomia ajatuksia

- ajatusten 'tulvimista'
esim. mieleen tunkeutuu jatkuvalla syötöllä uusia ajatuksia
- ajatusten salpautumista
esim. ajatukset katkeilevat, ajatuksen ”punainen lanka” katoaa

Myöhäisvaiheen ennako-oireita voivat olla mm.

- Poikkeavat ajatukset, ajatusten ja puheen hajanaisuus
- Epäluuloisuus
- Suuruusajatukset
- Havaintojen vääristymät ja harha-aistimukset

Potilaalla voi olla tunne, että on toisten ihmisten huomion keskipisteenä. Omat ajatukset voivat tuntua vierailta, ja hänestä voi tuntua, että joku ulkopuolinen havaitsee ajatukset tai vaikuttaa niihin. Ympäristö tai läheiset ihmiset ovat hänen mielestään muuttuneet oudoiksi. Myös omaan ruumiiseen, syyllisyyteen, mustasukkaisuuteen tai uskontoon voi liittyä epätavallisia ajatuksia, samoin hänestä voi tuntua, että ihmiset ovat epäystävällisiä ja ilkeämielisiä, ja joku seuraa tai vainoo häntä. Vastaavasti hän voi myös tuntea olevansa muita ihmisiä parempi tai omaavansa erityisiä kykyjä tai lahjoja, esim. kokemus vallasta yli muiden tai olemisesta Jumalan valittu. Hänestä voi myös tuntua, että äänet ovat muuttuneet oudoiksi tai aiempaa voimakkaammiksi; hajut ja maut ovat muuttuneet. Henkilö myös kuulee outoja ääniä tai näkee kummallisia asioita. Lisäksi kehossa voi esiintyä outoja tuntemuksia, kuten sähköiskuja, kihelmöintiä, pistelyä tai puutumista. Henkilön ajatukset ovat sekavia, epäloogisia tai hänen on vaikea pitää ajatuksiaan koossa; Hän ei löydä oikeita sanoja ja käyttää väriä sanoja, ja hänen puheestaan on vaikea saada selvää.

Psykoosin oireita ovat:

- todellisuudentajun heikkeneminen
- hallusinaatiot eli aistiharhat (kuulo-, näkö- ja tuntoharhat)
- harhaluulot
- tunteiden latistuminen
- puheen köyhtyminen
- tahdottomuus
- kyvyttömyys tuntea mielihyvää

- passiivisuus
- aloitekyvyn puute

Oireet alkavat joko vähitellen tai nopeasti jonkin tilanteen laukaisemina. Sairastunut alkaa vähitellen eristäytyä ja vältellä muita. Hän puhlee itseksensä ajoittain omituisiakin asioita. Itsestä ja normaaleista asioista huolehtiminen on heikentynyt. Sairaudentunne saattaa myös puuttua täysin. Potilaalla voi olla vaikeuksia ymmärtää lukemaansa tai kuulemaansa, jopa yksinkertaisia lauseita. Hänellä voi olla myös vaikeuksia löytää sanoja tai muodostaa lauseita. Hän saattaa myös kysyä muilta, onko jokin asia todellista vai hänen omaa kuvitteluaan. Myös ympäristö voi tuntua vieraalta tai muuttuneelta, ja erilaiset ympäristön yksityiskohdat kiinnittävät häneen ylen määrin huomiota.

Psykoosien arvioinnissa on tärkeää muistaa biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus ja merkitys yksilöllisen taudinkuvan synnyssä. On runsaasti ns. epätyypillisiä psykooseja, joissa kuormitustekijät, kuten päihteet, lääkkeet ja somaattiset sairaudet voivat olla mukana etiologisina tekijöinä.

Psykooseille altistavia somaattisia sairauksia voivat olla:

- vaskulaarinen dementia
- lukuisat keskushermostolliset sairaudet
- endokriiniset ja aineenvaihdunnan sairaudet
- maksa- ja munuaissairaudet
- neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt

Lääkeaineista esim. kortikosteroidit ja kaikki keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet voivat aiheuttaa psykoosin. Tällaisissa tapauksissa psykoottisuus ei aina poistu välittömästi, vaikka altistuminen lääkeaineelle olisi loppunut. Oireet voivat jatkua usean viikon ajan, yksittäisissä tapauksissa jopa pidempäänkin.

NUOREN HENKILÖN PSYKOOSIRISKIN PISTEYTYS

TUNNISTUSLISTA

Perhe on huolestunut _____
 Ylenmääräinen alkoholin käyttö _____
 Katulääkkeiden ja huumeiden käyttö _____
 Riitely perheen ja ystävien kanssa _____
 On paljon yksin _____
Yksi piste kustakin Yhteensä ____

Nukkumisvaikeudet _____
 Huono ruokahalu _____
 Masentunut mieliala _____
 Keskittymisvaikeudet _____
 Levottomuus _____
 Jännittyneisyys ja hermostuneisuus _____
 Vähentynyt mielihyvän kokeminen _____
Kaksi pistettä kustakin Yhteensä ____

Tunne että ihmiset katsovat sinua * _____
Tunnet/kuulet /näet asioita, joita muut ei tunne/ kuule/näe * _____
Kolme pistettä kustakin Yhteensä ____

Kohdistamisajatukset * (kokemus että ympäristön tapahtumat liittyvät sinuun) _____
Oudot uskomukset * _____
 Kummallinen tapa puhua tai ajatella _____
 Asiaankuulumaton tunneilmaisu _____
 Outo käytös tai ulkonäkö _____
Psykoosisairaus potilaan 1. asteen sukulaisella ja potilaalla itsellään todettu kohonnut stressi ja toimintakyvyn lasku * _____
Viisi pistettä kustakin Yhteensä ____

Kaikki yhteensä ____ pistettä

SUOSITUS:

• Jos yhteensä 20 pistettä tai yli, lähete tarkempaan arvioon

• Jos yhtään pistettä * -osioista, lähete tarkempaan arvioon, vaikka kokonaispistemäärä olisi alle 20 pistettä

PSYKOOSIRISKIN TARKISTUSLISTA	PISTEET
Perhe on huolestunut	
Ylenmääräinen alkoholin käyttö	
Huumeiden käyttö	
Riitely perheen ja ystävien kanssa	
On aiempaa enemmän yksin	
Kustakin YKSI piste	yht.
Uniongelmat	
Huono ruokahalu	
Masentunut mieliala	
Keskittymisvaikeudet	
Levottomuus	
Jännittyneisyys tai hermostuneisuus	
Mielihyvän kokeminen vähentynyt	
Kustakin KAKSI pistettä	yht.
Tunne että ihmiset katsovat minua *	
Tuntee tai kuulee sellaista mitä muut eivät kuule tai tunne *	
Kustakin KOLME pistettä	yht.
Suhteuttamisajatukset *	
Oudot uskomukset *	
Outo tapa ajatella tai puhua	
Epäadekvaatti tunnereaktio	
Outo käytös tai ulkonäkö	
Psykoosisairaus ensiasteen sukulaisella	
Kustakin VIIISI pistettä	yht.
Jos pisteet 20 tai sen yli, harkitse lähetettä. Jos pisteitä *osioista, harkitse lähetettä, vaikka pistemäärä alle 20.	

Jos fyysisiä oireita, ota huomioon

- huumeiden käyttö/ lääkeintoksikaatio
- maksan toimintahäiriö/keskushermoston toimintahäiriö
- yleisinfektio/ sydämen toimintahäiriö
- heikko ravitsemustila/ aineenvaihduntahäiriö

4 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisella alkava, psykoosiksi luokiteltu pitkäkestoinen mielenterveyden häiriö. Se vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen.

Skitsofreniaan saattavat **altistaa** seuraavat tekijät:

- lähisuvussa joku sairastunut skitsofreniaan
- ei-toivottu raskaus, vaikeat raskaus- ja synnytyskomplikaatiot
- eristäytyminen, luonteen muutos, oudot ajatukset ja outo käytös
- alkoholi- ja huumeongelmat, erityisesti kannabis

Skitsofrenian **ennakko-oireita**:

- mielialanvaihtelut
- masentuneisuus, vaikeus nauttia elämästä
- aggressiivisuus, herkkyys, ärtyneisyys
- epäluuloisuus, vetäytyminen ihmissuhteista
- oudot ajatukset, käytös ja teot
- keskittymisvaikeudet, muistivaikeudet
- tapaturma-alttius, itsetuhoisuus, itsemurha-alttius
- huono stressinsietokyky
- vaikeudet ihmissuhteissa, perhe-elämässä ja työssä
- unihäiriöt, ahdistuneisuus
- päihteiden ja huumeiden lisääntynyt käyttö, tupakoinnin aloittaminen
- ruokahalun ja painon muutokset

Tyypillisiä **oireita** ovat:

- harhaluulot
- aistiharhat
- puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus
- ns. negatiiviset oireet (tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus)

Skitsofreniapotilaan elämysmaailmaan voivat kuulua pelottavina kokemuksina vieraat, mielen työntyvät äänet, ulkoiset uhat ja vieraat voimat. Alakuloisuus ja suru, jopa masennustila ovat yleisiä seurauksia vakavasta ja pitkäaikaisesta sairaudesta, kuten skitsofreniasta. Masennukseen liittyy myös korostunut itsemurhavaara. Skitsofreniapotilaat myös tupakoivat enem-

män kuin muu väestö. Muut epäterveelliset elämäntavat ja terveyskäyttäytyminen, lääkitys ja huono hoitomyöntyvyys johtavat suurentuneeseen riskiin sairastua somaattisiin sairauksiin. He ovat myös alttiita tapaturmille, onnettomuuksille, myrkytyksille sekä tupakka- ja alkoholisairauksille.

Keskeistä skitsofrenian hoidossa on lääkehoidon, psykoterapian ja psykososiaalisen hoitomuodon yhdistäminen. Koska sairauden syytä ei tunneta, ei sairauteen ole tarkkaa parantavaa hoitoa. Hoidon ja kuntoutuksen avulla pyritään lievittämään oireita, parantamaan toimintakykyä ja sopeutumistaan sairauteen. tavoitteena on lisäksi uusien psykoosijaksojen estäminen tai ainakin niiden määrän vähentäminen ja vaikeusasteen lieventäminen.



5 LÄÄKEHOITO

5.1 Mielialahäiriöiden lääkehoito:

Lääkeaine	Huomioitavaa	Tavallisia haittavaikutuksia
Trisykliset masennuslääkkeet eli ns. vanhat masennuslääkkeet		
amitriptyliini Triptyl®		suun kuivuminen, ummetus, virtsaamisvaikeus, sydämen tykytys, lievä huimaus, orostaattinen hypotonia, painon nousu, vapina
doksepiini Doxal®		yleensä vain hoidon alkuvaiheessa; suun kuivuminen, ummetus, näön hämärtyminen, väsymys, sydämen tykytystä
nortriptyliini Noritren®		hikoilu, vapina, huimaus, päänsärky, näön tarkkuuden heikkeneminen, suun kuivuminen, ummetus, pahoinvointi, sydämen tykytys, makuaistin muutokset, painon nousu
trimipramiini Surmontil®		suun kuivuminen, virtsaamisvaikeus, ummetus, näön tarkkuuden heikkeneminen

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI- lääkkeet	Ovat ensilinjan lääkkeitä ja eniten käytössä. Vähän vakavia sivuvaikutuksia. Eivät väsytä.	
essitalopraami Ciprallex®		hikoilu, väsymys, unihäiriöt, huimaus, ruokahaluttomuus, ripuli ja ummetus
fluoksetiini Seronil®		pahoinvointi, hermostuneisuus, unettomuus, päänsärky, seksuaalisen halukkuuden heikkeneminen, ahdistuneisuus, suun kuivuminen, vapina, hikoilu ja ripuli
paroksetiini Paroxetin®		unihäiriöt, vapina, hikoilu, haukotteleminen, erilaiset vatsaoireet, päänsärky ja huimaus ovat mahdollisia
sertraliini Sertralin®		pahoinvointi ja ripuli sekä unihäiriöt, vapina, huimaus, ruokahaluttomuus ja suun kuivuminen.
sitalopraami Cipramil®		yleensä hoidon alkuvaiheessa; suun kuivuminen, päänsärky, hikoilu, unettomuus tai uneliaisuus, pahoinvointi ja vapina.

Muut masennuslääkkeet		
mirtatsapiini Mirtazapin®	käytetään myös uni- lääkkeenä	ruokahalun lisääntyminen, painon nousu, voi nostaa veren rasva-arvoja
duloksetiini Cymbalta®		päänsärky, huimaus, pahoinvointi, uneliaisuus ja suun kuivuminen
venlafaksiini Efexor®		yleensä lääkehoidon alkuvaiheessa; pahoinvointi, päänsärky ja hikoilu, verenpaineen nousu

Keskeisimmät mielialan tasaajat eli manialääkkeet:

Lääkeaine	Huomioitavaa	Yleisimmät haittavaikutukset
litium (Lito®)	säännöllinen seerumipitoisuuden, munuais- ja kilpirauhas- kokeiden seuranta, toksinen! Ei diureettipotilaille	vapina, ripuli, runsasvirtaisuus, myrkytystiloissa keskushermoston toimintahäiriöitä
valproaatti (Deprakine®, Absenor®)	voi aiheuttaa maksaentsyymimäärien kasvua (useimmiten vaaratonta)	vapina, painon nousu
karbamatsepiini (Tegretol®, Neurotol®)		huimaus, väsymys, kaksoiskuvat, pahoinvointi
lamotrigiini (Lamictal®)	Käytetään myös epilepsialääkkeenä	lho-oireet

5.2 Psykoosien lääkehoito

Lääkeaine		Psykoosilääkkeiden yleisempiä haittavaikutuksia
Vanhat neuroleptit eli psykoosilääkkeet		
levomepromatsiini Levozin®	sedatiivinen, siksi lähinnä unilääkekäyttö	väsymys, verenpaineen lasku, suun kuivuminen
perfenatsiini Peratsin®	hyvä antipsykootti varsinkin paranoidisuuteen	suun kuivuminen, miehillä rintojen suureneminen, maidon erittyminen rinnoista, kuukautisten poisjäänti, impotenssi, vapina, lihasjäykkyys
tsuklopentiksoli Cisordinol®	vahva antipsykootti ja vahvasti rauhoittava	hikoilu, vapina, lihasten nykiminen ja kouristukset, suun kuivuminen, mielialan vaihtelu ja ummetus
haloperidoli Serenase®		väsymys
melperoni Melpax®		uneliaisuus, huimaus, pahoinvointi ja suun kuivuminen
Uudet neuroleptit eli psykoosilääkkeet		
olantsapiini Zyprexa®		painon nousu, väsymys, huimaus, suun kuivuminen, RR:n lasku
risperidoni Risperdal®		väsymys, ekstrapyramidaalioireet eli vapina, lihasjäykkyys
klotsapiini Leponex®	Vaikeiden psykoosien hoitoon. Lääke voi merkittävästi vähentää valkosolujen määrää.	uneliaisuus, huimaus, sydämen tiheälyöntisyys ja ummetus sekä lisää syljen eritystä
aripipratsoli Abilify®	Voi voimistaa joidenkin RR-lääkkeiden vaikutusta	päänsärky, unihäiriöt ja pahoinvointi

6 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN

- Mielenterveyshäiriöisen ihmisen ensisijainen auttaminen tapahtuu lähinnä puhumalla ja kuuntelemalla.
- Rauhallisuus, selkeys ja johdonmukaisuus auttavat säilyttämään puheyhteyden.
- Auttajan olisi hyvä pyrkiä herättämään luottamus autettavaan, jotta yhteistyö sujuisi paremmin.
- Mielenterveyshäiriöstä kärsivä ihminen ei välttämättä tunnista itsessään häiriön oireita ja hän voi nähdä ja kokea oireensa erilaisina kuin auttajat. Henkilö voi esimerkiksi hakea apua johonkin somaattiseen vaivaan.
- Voi olla ettei henkilö halua kertoa mielenterveyshäiriöstään pelätessään ennakkoluuloja. Toisaalta ihmisellä ei välttämättä ole sairauden tuntoa, jolloin hän voi vastustaa hoitoon toimittamista.
- Myös henkilön aikaan ja paikkaan orientaatio on hyvä arvioida.
- Keskustellessa voidaan huomioida myös onko hänellä mahdollisesti harhoja tai kertooko hän niistä.
- Jos keskustelu vaikuttaa olevan turvallista, otetaan selville minkälainen ja -laatuinen mielenterveyshäiriö mahdollisesti on kyseessä.
- Selvitetään onko henkilöllä ollut mahdollisesti masentuneisuutta, itsemurha-aikeita, unettomuutta tai stressiä.
- Häneltä voidaan kysyä myös mahdollisista harhoista ja psykoottisuudesta eli onko henkilöllä ollut todellisuudentajun häiriötä.
- Tietoja voidaan kysyä omaisilta tai paikallaolijoilta, jos henkilö itse ei pysty kysymyksiin vastaamaan.
- Myös päihteiden käytöstä on hyvä kysyä.
- On huomattava, että myös hoitoa vaativa fyysinen sairaus voi aiheuttaa äkillisesti oireita, jotka muistuttavat mielenterveyshäiriöiltä vaikuttavilta oireilta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tulehdukset, myrkytykset, verensokeritasapainohäiriöt, verenkiertohäiriöt tai epilepsia. Mikäli tilanne sallii, tulee syke, verenpaine, happisaturaatio ja verensokeri mitata.

7 YHTEYSTIETOJA

PAIKALLISYHDISTYKSET:

Espoo

Espoon mielenterveysyhdistys EMY ry

Jäsentalo Lilla Karyll

Pappilantie 7

02770 Espoo

puh. (09) 859 2057

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

www.avomielin.fi

Kirkkonummi

Kirkkonummen Seudun Mielenterveysyhdistys Kisu ry

Kuninkaantie 5-7

02400 Kirkkonummi

puh. 046 887 7735

yhdistys[at]kirkkonummenkisu.fi

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

Vantaa

Vantaan Mielenterveysyhdistys Hyvät Tuulet ry

Lammaslammentie 17

01710 Vantaa

puh. (09) 853 2328

ja

Hiekkaharjuntie 13 A

01300 Vantaa

puh. (09) 873 4386, 050 337 6490

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

Helsinki

Tukiyhdistys Majakka ry

Teuvo Pakkalan tie 1 A

00400 Helsinki

puh. (09) 145 028, 050 469 8222, 041 432 3633

<http://www.kolumbus.fi/majakka.ry/>

Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.

Tukholmankatu 2, 7 krs.,

00250 HELSINKI Puh. 09 686 0260

<http://www.otu.fi>

Hyödyllisiä Internet sivuja:

Kelnet - mielenterveystalo.hus.fi

Mielenterveyskeskusliitto - www.mtkl.fi

Terveysportti - www.terveysportti.fi (esimerkiksi Sairaanhoidajan tietokanta, Lääkärin tietokanta, Duodecim lääketietokanta, Käypä hoito)

Kirjallisuutta:

Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. 2009 Hentinen, Iija, Mattila

Tämä potilas kuuluu meille - sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. 2008

Holmberg, Hirschovits, Kymäläinen, Agge.

Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. 2007 Noppari, Kiiltomäki, Pesonen

Lääkehoito. 2004 Nurminen

