

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

PANIIKKIHÄIRIÖN VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN
TOIMINTAKYKYYN

Paniikkihäiriötä sairastavien kokemuksia sairaudestaan ja sen hoidosta

Kakko Eija siki32

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK

Eija Kakko

Paniikkihäiriön vaikutukset sosiaaliseen toimintakykyyn

Paniikkihäiriötä sairastavien kokemuksia sairaudestaan ja sen hoidosta

Opinnäytetyö, 40 sivua ja 3 liitettä

Ohjaajat: Anne Puro ja Elli Peteri

9.4.2012

Asiasanat: Paniikkihäiriö, psykoterapia, sosiaalinen toimintakyky

Paniikkihäiriö on kohtauksittain esiintyvä ahdistuneisuushäiriö, joka aiheuttaa hoitamattomana merkittävää sosiaalisen toimintakyvyn alenemista. Paniikkihäiriötä sairastavat hakevat useimmiten ensin hoitoa perusterveydenhuollosta, mutta sairaus jää usein tunnistamatta. Paniikkihäiriötä hoidetaan kognitiivisilla terapioidella, sekä lääkehoidolla tai niiden yhdistelmällä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kokemuksia sairaudestaan ja sen oireista sekä vaikutuksista sosiaaliseen toimintakykyyn. Tavoitteena on, että tietoa voivat hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijat ja muut asiasta kiinnostuneet.

Tutkimuksessa on käytetty kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin käyttämällä teemahaastattelumenetelmää.

Paniikkihäiriö oireilee monin eri tavoin vaikeuttaen paniikkihäiriötä sairastavan sosiaalista toimintakykyä. Oireita ovat sydämen hakkaaminen, pyöräytyminen, rinnanahdistus, kärsien hikoaminen, univaikeudet, raajojen puutumisen sekä verenpaineen ja sykkeen nousu. Tutkimustulosten mukaan kohtausten pelko vaikeuttaa asiointia ja työssäkäyntiä, sekä vaikuttaa ihmissuhteisiin ja harrastuksiin. Paniikkihäiriön hoito koettiin hyödylliseksi, mutta tutkimuksen mukaan erilaiset elämän kriisit laukaisevat sairauden oireet usein uudelleen.

ABSTRACT

Kemi- Tornio Polytechnic
Health care and Social Services
Degree Programme in Nursing
Nurse (Bachelor)

Eija Kakko
Panic disorder effects of social performance
Panic disorder sufferers experience their illness and its treatment

Thesis, 40 pages, 3 appendixes

Supervisors: Anne Puro & Elli Peteri

9.4.2012

Keywords: Panic disorder, psychotherapy, social function

Panic disorder is paroxysmal occurring anxiety disorder, which if untreated, causes a significant decrease in social functioning. Patients with panic disorder often first seek treatment for primary health care, but the disease often go unrecognized. Panic disorder is treated with cognitive therapy, as well as drug therapy or a combination thereof.

Purpose of this study is to describe the panic disorder patients' experiences of their illness and its symptoms and effects on social functioning. The goal is that student nurses and other interested parties can take advantage of the information.

It is used qualitative research methods in this study. The study's data collection was implemented by using the theme of the interview method.

Based on the results of the study panic disorder presents symptoms in many different ways complicating the ones ,suffering from panic disorder, social functioning. Symptoms include heart pulsation, dizziness, chest pain, perspiration of the hands, difficulty in sleeping, numbness of the limbs as well as increased blood pressure and palpitation. According to research's results fear of the seizures complicates daily chores and working and also affects to relationships and hobbies. Treatment of panic disorder was felt to be useful, but the study shows that different life crises often trigger symptoms of the disease again.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	5
2 PANIIKKIHÄIRIÖ.....	6
2.1 Paniikkihäiriön oireet.....	7
2.2 Paniikkihäiriön etiologia.....	8
3 PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO.....	10
3.1 Psykoterapia.....	11
3.2 Paniikkihäiriön lääkehoito	12
4 PANIIKKIHÄIRIÖN VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN TOIMINTAKYKYYN.....	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	16
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	17
6.2 Aineiston analyysi.....	18
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	20
7.1 Paniikkihäiriötä sairastavien oireet	21
7.2 Paniikkihäiriön vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn.	23
7.3 Paniikkihäiriöpotilaiden kokemus saamastaan hoidosta.....	25
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	28
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	31
11 POHDINTA.....	32
LÄHTEET.....	34
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Paniikkihäiriö on yleinen psykiatrinen sairaus. Se on ahdistuneisuushäiriö ja siihen liittyy usein muita samanaikaisia psykiatrisia sairauksia. Se uusii herkästi ja sen kroonistuminen on tavallista. Se aiheuttaa elämänlaadun sekä toiminta- ja työkyvyn huomattavaa heikkenemistä. Paniikkihäiriöstä kärsivät hakevat usein apua terveydenhuollosta. Tästä huolimatta häiriö jää usein tunnistamatta ja hoitamatta. Paniikkihäiriön ennuste on hyvä, jos sairaus todetaan varhain ja hoito aloitetaan nopeasti. (Tilli & Suominen & Karlsson, 2008.)

Paniikkihäiriön esiintyvyydestä ja ilmaantuvuudesta Suomessa ei ole tehty luotettavia tutkimuksia. Muualla maailmassa aiheesta on kuitenkin tutkimuksia, joiden mukaan elinikäinen esiintyvyys on noin 3 prosenttia. Myös matalampia ja korkeampia arvioita on saatu diagnostisista kriteereistä, tutkimusmenetelmistä ja tutkittavasta väestöstä riippuen. Yksittäisiä paniikkikohtauksia esiintyy huomattavasti useammilla ihmisillä. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim.) Jopa 35 prosenttia väestöstä voi saada jossakin elämänsä vaiheessa paniikkikohtauksen. Naisilla paniikkihäiriötä esiintyy kaksi kertaa enemmän kuin miehillä. (Lepola & Koponen & Leinonen & Joukamaa & Isohanni & Hakola 2002, 85.)

Paniikkihäiriö on yleinen, usein nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä alkava sairaus. Keskimääräinen alkamisikä on 25 vuotta, mutta sairastumisessa voidaan havaita kaksijakoisuutta. Ensimmäinen sairastumishuippu on noin 20-vuoden iässä ja toinen 30 – 40 vuoden iässä. (Lepola ym. 2002, 85.)

Tarkoituksena tällä opinnäytetyöllä on kuvailla paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kokemuksia sairaudestaan. Tavoitteena on, että tietoa voivat hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijat ja muut asiasta kiinnostuneet. Oma kiinnostukseni paniikkihäiriön tutkimiseen heräsi, kun huomasin, että se on varsin yleinen mielenterveyden häiriö suomalaisten keskuudessa. Tieto mielenterveydenhäiriöistä auttaa sairaanhoitajaa hoitamaan ihmistä kokonaisvaltaisesti työskenneltäessä millä erikoisalalla tahansa.

2 PANIIKKIHÄIRIÖ

Paniikkihäiriö on kohtauksittain esiintyvä ahdistuneisuushäiriö, jolle tunnusomaisia ovat toistuvat, voimakkaat ahdistuskohtaukset. Kohtauksiin liittyy monenlaisia autonomisen hermoston oireita ja usein kontrollin menettämisen, sekoamisen tai kuoleman pelkoa. Kohtaukset tulevat yllättäen milloin ja missä tahansa tai ennakkoon pelätyissä, sekä vältetyissä paikoissa. (Lepola ym. 2002, 84.)

Paniikkihäiriössä keskeisintä ovat ahdistus- eli paniikkikohtaukset. Paniikkikohtaus on voimakkaan ahdistuksen tai pelon jakso, joka alkaa äkkiä. (Lepola ym. 2002, 85.) Paniikkikohtaus saavuttaa yleensä huippunsa muutamassa minuutissa ja kestää yleensä muutamista minuuteista 10 – 30 minuuttiin (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2000). Paniikkihäiriö on yleensä krooninen tai toistuva. Se aiheuttaa elämänlaadun sekä toiminta- ja työkyvyn selvää heikkenemistä. (Tilli ym. 2008.)

Paniikkihäiriö voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muotoon. Lievässä muodossa potilaalla on alle neljä kohtausta neljän edeltävän viikon aikana. Keskivaikeassa muodossa potilaalla esiintyy neljä tai useampi kohtausta neljän viikon aikana. Vaikeassa muodossa potilaalla esiintyy vähintään neljä kohtausta viikossa kuukauden aikana. Paniikkihäiriön vaikeusastetta arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota myös kohtausten lukumäärän lisäksi niiden ahdistavuuteen, ennakoivaan ahdistukseen, julkisten paikkojen pelkoon, ruumiillisten tuntemusten pelkoon sekä työkyvyn ja sosiaalisten taitojen heikentymiseen. (Lepola & Koponen & Leinonen 1998, 21.)

Joskus voi olla vaikeaa erottaa toisistaan sosiaalista fobiaa ja paniikkihäiriötä, varsinkin sellaisissa tapauksissa, joissa henkilöllä esiintyy voimakkaita pelkotiloja sosiaalisissa tilanteissa ja erilaisia somaattisia oireita. Kyseessä on sosiaalinen fobia, jos henkilö ensisijaisesti pelkää ennakkoon sosiaalisia tilanteita. Kyseessä on paniikkihäiriö, jos henkilö kokee olevansa muiden kontrolloima vuorovaikutustilanteessa ja pelkona on hallinnan menetys. Seurauskuvitelmat liittyvät silloin sekoamiseen tai somaattiseen katastrofiin. Toisinaan rajan vetäminen voi olla vaikeaa, koska edellä kuvatut pelkosisällöt voivat myös esiintyä joskus yhdessä ja seurauskuvitelmat voivat myös sisältää yhteisiä aineksia. (Toskala 2002.)

2.1 Paniikkihäiriön oireet

Isometsän (2001, 197) mukaan paniikkikohtauksella tarkoitetaan voimakasta, äkillisesti ilmaantuvaa intensiivistä ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta, joka alkaa nopeasti muutaman minuutin kuluessa ja siihen liittyy voimakkaita somaattisia sekä kognitiivisia oireita. Paniikkikohtauksia on useita eri tyyppisiä. Tavallisin on odottamaton kohtaus, joka ei liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen ja jolla ei ole mitään laukaisevaa tekijää. Paniikkihäiriöstä kärsivä voi saada myös yöllisiä kohtauksia unen aikana. Ensimmäinen kohtaus tulee aina yllättäen. Osa potilaista on saattanut kokea jonkin psykologisesti tärkeän elämäntapahtuman muutamia viikkoja ennen kohtausta. (Lepola ym. 2002, 85.)

Tyypillisiä oireita ovat sydämen tykytys, hikoilu, vapina, suun kuivuminen, hengenhädistyksen tai tukehtumisen tunne, rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa, pahoinvointi tai vatsakipu, huimaus tai pyörryttävä olo sekä epätodellisuuden tunne. Usein kohtaukseen liittyy kuolemanpelkoa tai hallinnan menettämisen tai sekoamisen pelkoa. (Tilli ym. 2008.) Paniikkikohtausten tiheys vaihtelee, niitä voi ilmetä viikoittain tai harvemmin ja voimakkuudeltaan eriasteisina ryppäinä (Huttunen 2010.)

Paniikkihäiriötä luonnehtii yhtäkkinen ja äärimmäinen pelon tunne, johon liittyy pelko kehollisesta katastrofista tai mielen kontrollin menettämisestä. Somaattiset tuntemukset ovat hyvin korostuneita ja moninaisia. Ne toisaalta kuvastavat kyseistä paniikkitilaa ja toisaalta toimivat usein laukaisevana tekijänä paniikille. Ulkoiset tilanteet, joihin paniikkihäiriö liittyy, ovat tilanteita, missä henkilön kontrollin tunne on uhattuna. Hän on joko liian kontrolloitu ulkoapäin tai hänellä ei ole tarjolla riittävästi vihjeitä omasta turvallisuudesta. Esimerkiksi väentungos ja erilaiset suljetut tilat tai avonaiset paikat, yksin matkustaminen tai yleensä etääntyminen turvallisesta paikasta voivat aiheuttaa kohtauksen. (Toskala 2002.)

Paniikkikohtaukset liittyvät usein erilaisiin ulkoisiin tapahtumiin ja kohteisiin. Ne voivat olla odottamattomia paniikkikohtauksia, joilla ei ole mitään havaittavissa olevaa laukaisevaa tekijää, eikä niitä osaa etukäteen ennakoida. Tai sitten paniikkikohtaukset voivat olla tilannekohtaisia, jolloin ne esiintyvät säännönmukaisesti, jonkin tietyn ärsyksen tai tilanteen yhteydessä, esimerkiksi aina tietyn kaupan kassajonossa tai aina linja-autossa, jolloin sairastunut alkaa paniikkikohtauksen pelossa vältellä näitä tilantei-

ta. Tilanteelle altistumisen aiheuttama paniikkikohtaus tarkoittaa kohtauksia, jotka ilmaantuvat usein muttei aina tietyn ärsykkeen tai tilanteen yhteydessä. (Isometsä 2001, 197 - 198.)

2.2 Paniikkihäiriön etiologia

Joskus paniikkihäiriö voi ilmaantua jo lapsuusiässä. Monilla aikuisilla paniikkipotilailla sairaus on alkanut jo alle kymmenvuotiaana ja jatkunut aikuisuuteen asti. Paniikkihäiriöpotilaat ovat myös lapsuudessa joutuneet muita yleisemmin eroon vanhemmistaan esimerkiksi vanhemman kuoleman, avioeron tai muun syyn takia. Useat tutkimukset ovat päätyneet siihen, että mitä nuorempana sairaus alkaa sitä selvempi on perinnöllinen alttius. Lasten paniikkihäiriö muistuttaa nuorten ja aikuisten paniikkihäiriötä, mutta lasten paniikkihäiriö on joskus vaikea diagnosoida tai erottaa muista ahdistuneisuushäiriöistä. Sairaus alkaa harvoin yli 50 vuoden iässä. Iäkkäällä henkilöllä paniikkihäiriön laukaisee usein jokin ruumiillinen sairaus tai menetys. (Lepola ym. 2002, 88.)

Paniikkihäiriö esiintyy usein suvuittain. Tutkittaessa potilaiden perheenjäseniä, on ensimmäisen asteen sukulaisista todettu ahdistuneisuushäiriötä 13 – 49 prosentilla, kun verrokkiperheissä niistä kärsi vain 1 – 7 prosenttia. Normaaliväestössä tehdyn laajan kaksoistutkimuksen perusteella arvioitiin paniikkihäiriön periytyvyydeksi 30 – 40 prosenttia. Kaikki periytyvyystutkimukset ovat tukeneet käsitystä häiriön perinnöllisyydestä. (Isometsä 2001, 201.)

Ahdistuneisuushäiriöiden tutkimus on keskittynyt yhä enemmän biologisiin näkökohtiin ja tulokset vahvistavat biologisen taustan osuutta. Kaikissa ahdistuneisuushäiriöissä on arveltu olevan häiriötä hermovälittäjäaineiden toiminnoissa. Noradrenaliinitason kohoamisella on tärkeä merkitys ahdistuneisuushäiriöiden ja muun muassa paniikkikohtauksen aiheuttajana. Vielä keskeisempi osuus on mahdollisesti serotoniinijärjestelmällä, jonka toiminnoissa paniikkihäiriöpotilailla epäillään olevan häiriötä. Edellä mainituilla, sekä eräillä muillakin välittäjäaineilla, kuten dopamiinilla on lisäksi keskinäinen säätelyvaikutus. Kuvantamismenetelmillä, kuten positroniemissio-tomografialla, sekä magneetti- ja gammakuvauksella on havaittu muutoksia aivojen rakenteessa ja veren virtauksessa ahdistuneilla potilailla. Myös useat perinnöllisyystutkimukset ovat antaneet viitteitä elimelliseen alttiuteen. (Lepola ym. 1998, 14 – 15.)

Hengitysvaikeuksilla ja paniikkihäiriöllä on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteyttä toisiinsa. Paniikkipotilaista jopa 40 prosenttia on kärsinyt hengityselinsairauksista lapsuudessa, etenkin keuhkoputkentulehduksesta ja astmasta. Paniikkipotilaat reagoivat hiilidioksidipitoiseen ilmaan herkästi ahdistuneisuudella paniikkikohtauksilla. On esitetty arveluita, että aivorungon kemoreseptorit ovat erityisesti herkkiä veren hiilidioksidipitoisuuden kasvulle. Paniikkipotilailla on ollut usein lapsuudessa jokin kokemus, joka liittynyt tukehtumisen tunteeseen, esimerkiksi hukuksiin joutuminen. (Lepola ym. 2002, 87.)

3 PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO

Paniikkihäiriön hoidon tehostamisessa erityisen tärkeitä seikkoja ovat suunnitelmallisuus, pitkäjänteisyys ja hoitokontaktin jatkuvuus, mikä mahdollistaa myös riittävän psykoedukaation ja hoidon toteutumisen seurannan. Paniikkihäiriön hoitokäytäntöjä perusterveydenhuollossa olisi tärkeää kehittää. Paniikkihäiriö on alidiagnosoitu ja alihoidettu. Tämä näkyy erityisesti perusterveydenhuollossa, johon paniikkihäiriöpotilaista suurin osa hakeutuu. Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että paniikkihäiriön ennuste on hyvä, jos sairaus tunnistetaan ja hoito aloitetaan heti. (Tilli ym. 2008.)

Viime vuosina paniikkihäiriön hoito on kehittynyt ja monipuolistunut sekä biologisten hoitomuotojen, että kognitiivisten terapioiden myötä. Hoidon periaatteena on poistaa paniikkikohtaukset ja häiritsevä välttämiskäyttäytyminen sekä mahdolliset mielialahäiriöt. Paniikkikohtauksia hoidetaan useimmiten lääkityksellä tai kognitiivisella psykoterapialla. (Lepola, ym. 2002, 90.) Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen on tuonut hyviä tuloksia. Lääkehoito auttaa potilasta käyttämään terapiaa paremmin hyväkseen ja parantaa hänen toimintakykyään. Psykoterapia taas parantaa toimintakykyä pitkällä aikavälillä ja ehkäisee paniikkihäiriön uusimista. (Äärelä 1998.)

Paniikkihäiriön **itsehoidossa** on tärkeää estää paniikkikohtausten aiheuttama jokapäiväistä elämää kaventava sosiaalisten tilanteiden, liikennevälineiden, julkisten paikkojen ja muiden sellaisten välttäminen. Tämä on helpompi saavuttaa, jos paniikkihäiriötä sairastavan läheiset ymmärtävät odottamattomiin kohtauksiin liittyvän paniikinomaisen pelon asteen. Pelkojen vähätteleminen tai mitätöinti pahentaa niiden hallinnan oppimista. (Huttunen 2010.)

Omilla elämäntapavalinnoilla voi edistää paniikkihäiriöstä parantumista. Riittävä uni, liikunta, kofeiinin, tupakan ja alkoholin välttäminen voivat vähentää oireita. Apua voi saada myös rentoutus- ja mielikuvaharjoituksista. (paniikkihäiriöyhdistys 2009.)

3.1 Psykoterapia

Psykoterapiassa keskeistä on oirevalistus sekä välttämiskäytöksen esto ja hoito. Ensimmäisiä vaihtoehtoja ovat kognitiivinen psykoterapia tai pelkoihin asteittain totuttava käyttäytymisterapia. (Huttunen 2010.) **Kognitiiviset** ja **kognitiivis-behavioraaliset** psykoterapiat ovat tehokkaita paniikkihäiriön hoidossa. Niiden tehokkuus perustuu ensisijaisesti altistukseen. (Lindeman 2008.)

Kognitiiviseen psykoterapiaan kuuluvat kaikki sellaiset psykoterapeuttiset lähestymiset, joissa ihmisen sisäiset tietoprosessit tulevat erityisen tarkastelun kohteeksi ja niiden pohjalle rakentuu keskeisesti sovellettava hoidollinen strategia. Tavallisinta on tarkastella ongelmalliseen kokemiseen liittyviä tunteita ja ajatuksia. Ajatukset pitävät sisällään selityksiä ja tulkintoja tunteista. Näin saavutetaan tunnetiedon ja ajattelun välinen ”dialogi”. (Toskala 2002.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa hoito aloitetaan käsitteellistämällä, eli potilaan kanssa tutkitaan yksittäisiä paniikkikohtauksia, jotta paniikkihäiriötä ylläpitävät tekijät löytyisivät. Johdatteluvaiheen tarkoitus on selittää paniikin synty ruumiin ja mielen tuntemusten katastrofitulkintaan perustuvina. Potilaan kanssa on tärkeää käydä läpi paniikkikohtaukseen kuuluvat oireet, jotta hän ymmärtää, että kyseessä on ahdistuskohtaus. Hoitovaiheessa keskeistä on altistaminen, jolloin potilaan tulee altistustilanteessa ottaa vastaan siinä syntyvä ahdistus ja asettua itsensä ulkopuolelle tarkkailemaan itseä. (Kajaste 2008, 148 – 149.)

Lukuisissa tutkimuksissa ja meta-analyyseissä on osoitettu kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehokkuus ja tuloksen pysyvyys paniikkihäiriön hoidossa. Psykoterapiaa pidetään tärkeänä vaihtoehtona ainakin niille potilaille, jotka eivät halua lääkettä tai saavat lääkkeitä häiritseviä sivuoireita sekä niille joiden vaste lääkehoitoon jää vajavaksi tai joilla oireet uusivat lääkityksen lopettamisen jälkeen. Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian keskeisiin elementteihin kuuluu psykoedukaatio, mikä tarkoittaa tiedon, tuen ja ohjauksen antamista sairastuneelle sekä hänen läheisilleen joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Paniikkihäiriötä sairastavan psykoedukaatioon kuuluu omien paniikkikohtauksiin liittyvien automaattisten ajatusten ja väärintulkintojen havaitseminen, kyseenalaistaminen, tutkiminen ja muokkaaminen sekä altistamisharjoitukset. (Tilli ym. 2008; Piirainen & Ärjä 2004.)

3.2 Paniikkihäiriön lääkehoito

Osa paniikkihäiriöpotilaista tarvitsee oireidensa hallitsemiseen lääkehoitoa. Lääkehoidolla paniikkikohtausten ilmeneminen voidaan joko kokonaan estää tai kohtausten voimakkuutta voidaan lievittää. (Huttunen 2002, 202.) Tehokkaita lääkkeitä paniikkihäiriöön on olemassa, mutta useilla potilailla on lääkkeille sivuvaikutuksia. Jatkuvasti tehdään uusia farmakologisia tutkimuksia, joissa yritetään ymmärtää paniikkihäiriön patofysiologiaa, jotta saataisiin kehitettyä uusia lääkkeitä paniikkihäiriöön. (Perna & Guerriero & Caldirola 2011.)

Lääkehoitona käytetään nykyisin ensisijaisesti **serotoniinin takaisinoton estäjiä**. Ne ovat lumelääkekontrolloitujen kaksoissokkotutkimusten mukaan tehokkaita ja turvallisia myös pitkäaikaiskäytössä. Koska masennuslääkkeiden teho tulee esille vasta 3-4 viikon kuluttua, hoidon alussa voidaan käyttää tukihoidona **bentsodiatsepiineja**. (Lepola ym. 2002, 90.)

Paniikkihäiriö- ja paniikkialttius ovat luonteeltaan potilaan biologiseen rakenteeseen liittyviä ominaisuuksia. Tämän vuoksi paniikkihäiriön lääkehoito on luonteeltaan yleensä suhteellisen pitkäaikaista, ensi vaiheessa 6- 12 kuukautta. Suuri osa potilaista kykenee hallitsemaan paniikkialttiutensa lääkehoidon ja psykoterapian turvin, eikä tarvitse pitkäaikaista säännöllistä lääkehoitoa. Säännöllisen lääkehoidon tarve tulee tutkia yhteistyössä potilaan kanssa 6 – 18 kuukauden kuluttua onnistuneesta hoidosta. Merkittävä osa potilaista tarvitsee kuitenkin vuosikausien säännöllisen lääkehoidon, jotta voidaan estää heidän toimintakykyään haittaavat paniikkikohtaukset. (Huttunen 2002, 202.) Lääkehoidon hoitovaste saadaan yleensä 3–6 viikon kuluessa. Hoitoa tulisi jatkaa vielä 6–12 kuukautta toipumisen jälkeen. Toistuvat uusiutumiset ovat peruste pitkäaikaiseen tai jopa pysyvään estohoitoon. (Duodecim 2000.)

Masennuslääkkeitä käytettäessä paniikkikohtausten estoon tulee lääkkeen aloitusannoksen ehdottomasti olla pieni. Tämä koskee, sekä serotoniiniselektiivisiä lääkkeitä, että uudempia masennuslääkkeitä. Tämän jälkeen lääkeannosta voidaan lisätä hoitovasteen mukaan. Annoksen asteittainen nosto perustuu siihen, että osalla paniikkihäiriöstä kärsivillä potilaista ilmenee herkästi ahdistavaa motorista levottomuutta liian suurien masennuslääkkeiden annoksien haittavaikutuksena. Tämä voidaan välttää aloittamalla lää-

ke pienellä annoksella ja lisäämällä annosta asteittain 2 – 3 viikon välein. (Huttunen 2002, 202.)

Korkeapotenttiset **bentsodiatsepiinit** estävät tehokkaasti paniikkikohtauksen. Niiden käytön haittana on kuitenkin lääke riippuvuuden kehittymisen riski, joka voi myöhemmin vaikeuttaa pyrkimyksiä lopettaa jo tarpeettomaksi käynyt säännöllinen lääkehoito. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää paniikkihäiriöpotilailla myös yhdistämällä ne masennuslääkkeiden käytön alkuvaiheeseen 2 – 4 viikon ajaksi. Tällöin bentsodiatsepiinien käyttö lopetetaan asteittain noin kuukauden hoidon jälkeen. Näin estetään turhan lääke riippuvuuden kehittyminen, joka usein liittyy pitkäaikaiseen käyttöön. (Huttunen 1996, 86.)

4 PANIIKKIHÄIRIÖN VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN TOIMINTAKYKYYN

Ihmisen toimintakyky kattaa hänen selviytymisensä arkisista askareista elämän suuriin haasteisiin. Toimintakykyä on hankala määritellä tai mitata yksiselitteisesti. Toimintakyky voidaan määritellä esimerkiksi mahdollisuutena tai kykynä selvittää senhetkisessä elämäntilanteessa jokapäiväisen elämän haasteista, kuten itsestä huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta ja harrastuksista. Toimintakyky on myös selviytymistä itselle asetetuista tavoitteista ja toiveista: lapsena leikistä, työikäisenä työstä, vanhana mahdollisimman suuresta itsenäisyydestä. Käytännössä henkilön toimintakykyä tarkastellaan usein psyykkisinä, sosiaalisina ja fyysisinä edellytyksinään selviytyä päivittäisistä askareista. (Karppi 2009.)

Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä yksilön ja yhteisön välisenä vuorovaikutuksena, johon sisältyy harrastukset, kontaktit ystäviin, tuttaviiin ja muihin läheisiin ihmisiin sekä kyky solmia uusia ihmissuhteita. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kykyä toimia yhteisössä. (Lyyra & Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21.) Arkielämä käy paniikkihäiriötä sairastavalle hankalaksi ja esimerkiksi kaupassa käynti on todella iso koitos, samoin, kuin lomalle lähtö. Paniikkihäiriöstä kärsivä ihminen tarkkailee kokoajan, ovatko kohtaukset alkamassa. Hän kokee myös paljon kaikenlaisia ikäviä oireita ja pelkää, että ne ovat merkki, jonkun valtavan sairauden puhkeamisesta. (Andre & Muzo 2004, 159.) Kohtausten pelko, sekä niihin liittyvä häpeä aiheuttavat sosiaalista eristäytymistä, mikä lisää alttiutta depressioihin, alkoholin liikakäyttöön, työkyvyttömyyteen ja itsetuhoisuuteen. (Huttunen 2010.)

Suuri osa paniikkihäiriöpotilaista sairastuu myöhemmin masennukseen. Amerikkalaisessa väestötutkimuksessa on käynyt ilmi, että jos paniikkihäiriöstä kärsivä potilas on saanut hoitoa häiriöönsä, on hänen riskinsä sairastua masennukseen 19 %, kun taas hoitoa vaille jääneiden prosentti oli 45 %. Tämän tutkimuksen valossa onkin mahdollista, että tehokas paniikkihäiriön hoito voi vähentää näillä potilailla depressioepisodeja. Paniikkihäiriön hoito ehkäisee masennusta. (Salokangas 2001.)

Toistuvien kohtausten pelko saattaa johtaa jokapäiväisen elämän kaventumiseen henkilön alkaessa välttää tilanteita, joissa hän kokee kohtausten mahdollisen ilmenemisen hyvin kiusalliseksi. (Huttunen 2010.) Ben Furmanin (2002, 90) mukaan pelkääminen näyttölee paniikkihäiriössä niin keskeistä osaa, ettei ongelma saisi sellaisia mittasuhteita

ta, kuin se saa, elleivät paniikkikohtauksista kärsivät ihmiset pelkäisi kohtauksia niin kovasti.

Paniikkihäiriöpotilaista valtaosa, jopa lähes 90 prosenttia kärsii julkisten paikkojen pelosta. Sosiaalisten ongelmien ja alkoholin käytön lisäksi heillä on usein myös taloudellisia ongelmia. Alkoholin käyttö itsehoitolääkkeenä vain yleensä lisää oireita. Suurella osalla paniikkihäiriöpotilaista työkyky on alentunut, jopa yli puolet potilaista on menettänyt työkykynsä kokonaan. Paniikkihäiriöpotilaiden työttömyys on muuta väestöä yleisempää. (Lepola ym. 1998, 19.)

Australialaisen Elsevier-lehden artikkelissa on julkaistu tutkimus vuonna 2009 sosiaalisen ahdistuneisuushäiriön kommunikaatiotyylistä läheisissä ihmissuhteissa. Sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsivät ihmiset paljastavat itsestään vähemmän tietoa vuorovaikutuksessa vieraiden ihmisten kanssa, mikä on osa itsesuojelustrategiaa. Tyyli omaksutaan tilanteissa, joissa on suuri riski negatiiviseen kanssakäymiseen. Australialaisessa tutkimuksessa oli tutkittu tapahtuuko näin myös läheisissä ihmissuhteissa. (Cuming & Rapee 2009.)

Yli 300 ahdistuneisuushäiriötä sairastavaa henkilöä vastasi nettikyselyyn, joka koski sosiaalista ahdistuneisuutta ja masennusta, sekä mitä ahdistuneisuushäiriötä sairastava ihminen paljastaa itsestään läheisissä ihmissuhteissa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat sillä hetkellä sitoutuneessa heteroseksuaalisessa romanttisessa suhteessa. Vastajista 49 prosenttia oli naimisissa, 25 prosenttia oli ollut avoliitossa vähintään vuoden, ja 26 prosenttia olivat sitoutuneessa seurustelusuhteessa. Suurin osa vastaajista ilmoitti, että läheisin ystävä oli samaa sukupuolta kuin vastaaja itse. Tutkimuksen mukaan naisilla oli alentunut itsensä ilmaisemisen kyky romanttisissa ihmissuhteissa, mutta ei läheisissä ihmissuhteissa. Tutkimuksen mukaan avoimuus läheisissä ihmissuhteissa voi auttaa kehittämään sosiaalisesti ahdistuneita naisia harmonisempia ja tyydyttävämpiä läheisiä ihmissuhteita. (Cuming & Rapee 2009.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksella on aina tarkoitus tai tehtävä. Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoituksena pidetään neljää seikkaa. Tutkimus voi olla kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava. Tiettyyn tutkimukseen voi kuitenkin sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa varaudutaan siihen, että tutkimustehtävä saattaa muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2001, 114, 127).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kokemuksia sairaudestaan. Tavoitteena on, että tietoa voivat hyödyntää sairaanhoitaja-opiskelijat ja muut asiasta kiinnostuneet.

Tutkimustehtävät

1. Miten paniikkihäiriötä sairastavat kuvaavat sairauden oireita?
2. Miten paniikkihäiriö on vaikuttanut sairastuneen sosiaaliseen toimintakykyyn?
3. Millaista hoitoa paniikkihäiriötä sairastavat ovat saaneet?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuksessani käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle tunnusomaista on pyrkimys todellisen elämän kuvaamiseen ja tiedon kokonaisvaltaiseen hankintaan. Aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja sen avulla pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Laadullisessa tutkimuksessa ei yritetä testata ennako-oletuksia vaan tavoitteena on löytää uusia näkökulmia aineiston yksityiskohtaisen ja monipuolisen tarkastelun avulla. Tutkija pyrkii saamaan tietoa ihmisiltä keskustelujen ja havainnoinnin avulla. Tutkimuksen kohteita ei valita sattumanvaraisesti vaan harkintaa käyttäen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan tutkittavien näkökulmat esille ja huomioimaan jokaisen tapauksen ainutlaatuisuus. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 152–155.)

Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on ainutlaatuinen siinä suhteessa, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tästä seikasta on sekä etuja että haittoja. Suurimpana etuna pidetään joustavuutta aineistoa kerätessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

Haastattelu on eräänlaista keskustelua, jonka avulla tutkija pyrkii saamaan haastateltavilta mahdollisimman luotettavaa ja tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa. Haastattelu eroaa tavallisesta keskustelusta siinä, etteivät tutkija ja vastaaja osallistu keskusteluun tasaveroisesti. Tavallinen keskustelu on yleensä tasa-arvoista siten, että molemmat osapuolet tuovat ajatuksiaan esille. Haastattelussa keskustelua sen sijaan ohjaa tutkija. (Hirsjärvi ym. 2004, 196–197.) Haastattelun etuna verrattuna muihin tiedonkeruumuotoihin on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla ja vastaajia myötäillen. (Hirsjärvi ym. 2009, 205).

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.) Haastattelut kestävät yleensä tunnista kahteen tuntiin. Haastattelijan on varauduttava sekä puheliaisiin, että niukkasanaisiin haastateltaviin. Tämän vuoksi olisi syytä tehdä joitakin koehaastatteluja ennen varsinaisia haastatteluita. (Hirsjärvi ym. 2009, 211.)

Aineiston keruun tein haastatteluina. Haastattelumenetelmänä käytin tässä tutkimuksessa teemahaastattelua, jossa kaksi ennalta sovittua haastateltavaa kuvasivat omia kokemuksiaan paniikkihäiriöstä. Lisäksi tein yhden koehaastattelun. Koehaastattelua en ottanut mukaan tähän tutkimukseen. Totesin haastattelun teemat toimiviksi, enkä muuttanut teemahaastattelun runkoa. Haastateltavat olivat Pohjoissuomalaisen mielenterveysyhdistyksen ylläpitämän toimipaikan asiakkaita.

Lähetin haastateltaville saatekirjeen (liite 1), jossa kerroin haastattelun tarkoituksesta sekä nauhurin käyttämisestä haastattelun apuvälineenä. Haastatteluajankohdat sovimme sähköpostitse ja puhelimitse. Haastattelutilanteen alkaessa kertosin vielä suullisesti saatekirjeessä mainitut asiat haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta, haastateltavien henkilöllisyyden salassa pysymisestä, vaitiolovelvollisuudestani ja aineiston käsittelyn luottamuksellisuudesta.

Haastattelut suoritin vuoden 2011 joulukuussa ja 2012 tammikuussa. Haastattelut tehtiin rauhallisissa olosuhteissa. Yhteen haastatteluun oli varattu aikaa aina kaksi tuntia, mutta enimmillään haastattelu vei aikaa noin tunti ja neljäkymmentä minuuttia. Sovimme haastateltavien kanssa, että voin olla myöhemmin yhteydessä heihin, jos aineiston käsittelyn yhteydessä nousisi esille asioita, joihin tarvitsisin tehdä tarkennuksia.

6.2 Aineiston analyysi

Aineiston keruun ja tekstiksi kirjoituksen jälkeen, se täytyy analysoida, jotta tutkimuksen kohteet saadaan näkyviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Analyysi alkaa jo kenttätöväiheessä. Tutkijan opiskellessa, pohtiessa ja tarkentaessa jatkuvasti tutkimusprosessin aikana omaa aineistoaan, analyttinen ote tutkimukseen vahvistuu. (Syrjälä & Ahonen & Syrjäläinen & Saari 1994, 89.)

Lopullinen analyysi edellyttää, että koko aineisto on koossa. Tämän jälkeen alkaa karkea luokitus, joka perustuu tutkimustehtävään. Haastattelurungosta tutkija saa valmiita luokkia, joiden avulla karkea luokitus tehdään. (Syrjälä ym. 1994, 89.) Sisällön analyysin avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

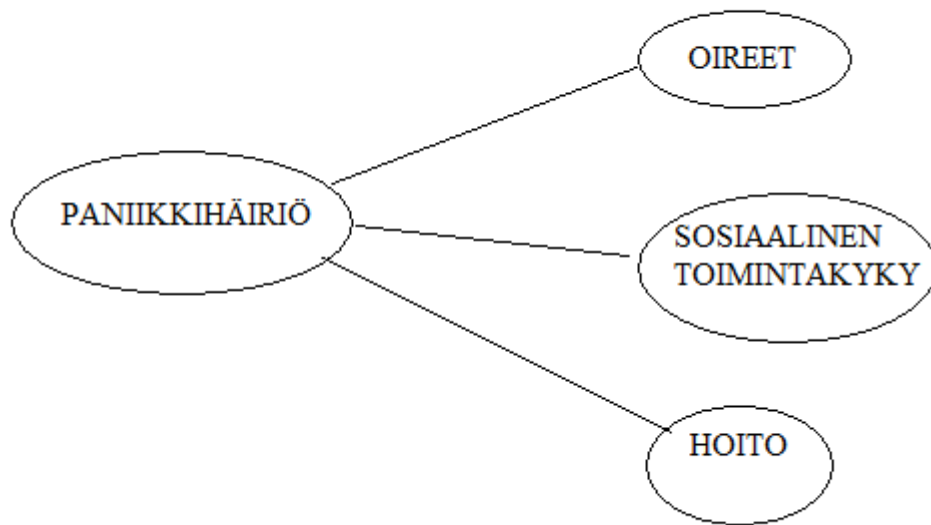
Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, ja sitä ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu. Analyysissä etsitään vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Induktiivisessä analyysissä aineisto puretaan ensi osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineiston tiivistyminen on oleellista ja analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittava ilmiö tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Olen analysoinut aineiston käyttäen induktiivista sisällönanalyysin menetelmää. Aineiston analysoinnin aloitin litteroinnilla eli muuttamalla nauhoitetut haastattelut kirjalliseen muotoon. Analysoin vain sanalliset ilmaisut, huokaukset ja tauot jätin pois analysoinnista. Aineiston litterointi oli aikaa vievää ja hidasta, yhden haastattelun litterointiin minulla kului aikaa yli kymmenen tuntia. Litteroitua tekstiä kahdesta haastattelusta tuli yhteensä 22 sivua, rivinväli ykköstä käyttäen. Puhtaaksi kirjoitetun tekstin luin useaan kertaan läpi saadakseni kokonaiskuvan haastatteluista.

Litteroinnin eli aineiston puhtaaksikirjoituksen jälkeen kävin koko aineiston läpi poimien sieltä alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Alkuperäisilmausujen kirjoituksen jälkeen tein haastateltavien käyttämille lausumille pelkistettyjä ilmauksia ja yhdistin sisällöllisesti samankaltaiset ilmaukset samaan kategoriaan. Yhdistelyn jälkeen nimesin kategorialuokat sen sisältöä kuvaavalla nimellä. Tällä tavalla sain muodostettua tutkimustulokset.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

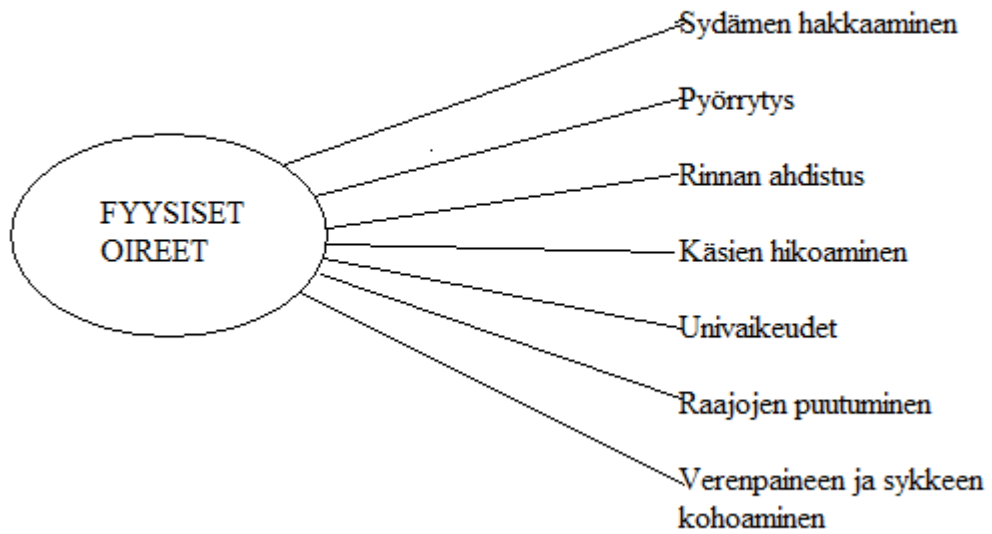
Kuvailen paniikkihäiriötä sairastavien asiakkaiden kokemuksia sairaudestaan ja sen oireista sekä vaikutuksista sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkimuksessa käydään myös läpi tutkimukseen osallistuneiden kokemuksia hoidosta, jota he ovat paniikkihäiriöön saaneet. (Kuvio 1.).



KUVIO 1. Paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kokemus sairaudestaan.

7.1 Paniikkihäiriötä sairastavien oireet

Tämän tutkimuksen mukaan paniikkihäiriö vaikutti vastaajiin monella eri tavalla ja heillä oli paljon erilaisia fyysisiä oireita. Tutkimukseen osallistuneet toivat esiin, että paniikkihäiriö tulee pintaan ajoittain pitkänkin oireettoman jakson jälkeen. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Potilaiden kokemus paniikkihäiriön fyysisistä oireista

Sydämen hakkaaminen oli yleisin paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kuvailema oire. Paniikkikohtauksen koettiin alkavan sydämen hakkaamisella ja sitä seurasivat muut oireet, kuten **pyöritys** ja **rinnanahdistus**, mikä koettiin puristavana tunteena rinnassa. Pyöritys tuntui ympäristön keinumisena ja aiheutti pyörtymisen pelkoa. Rinnanahdistus aiheutti tunteen ja pelon siitä, että sydänkohtaus on tulossa ja sydän jopa pysähtyy. Näistä oireista seurasi haastateltaville, jopa kuolemanpelkoa. Kohtauksen aikana haastateltavien **kädet hikosivat**, mahassa oli ahdistava ja outo tunne, tuli myös tukehtumisen pelko.

”Se alkaa sillä sydämen hakkaamisella, ja alkaa ahistamaan rintaa ihan niin kuin syväntohtaus tulee samalla, sitten tulee se kuolemanpelko.”

”Mahassa kummallinen tunne, puristaa rinnasta, pyörryttää, kädet hikosivat. Tuntuu, että tukehtuu ja kuolee.”

Tutkimuksen mukaan paniikkihäiriön oireet tuntuivat koko kehossa. Pelko paniikkikohtauksesta aiheutti myös **univaikeuksia** ja ajoittain tutkimukseen osallistuneet nukkuivat yönsä vain lyhyissä pätkissä. Haastateltavat kertoivat oireina myös **raajojen puutumisen**, mikä tuntui jalkojen ja käsien puutumisenä ja pistelynä. Lisäksi toinen haastateltavista kertoi, että kohtauksen aikana **sydän hakkasi** ja **syke nousi erittäin korkeaksi**. Verenpaine saattoi myös olla todella korkea kohtauksen aikaan.

”Nukkuminen oli hankalaa, välissä nukuin vain pari tuntia yössä”

”Tulee myös raajojen puutumista.”

”Sitten siinä on verenpaine ja syke korkialla.”

Haastateltavat kokivat, että elämän kriisitilanteet ja vaikeudet laukaisevat paniikkihäiriön oireet ja pahentavat niitä. Molemmat vastaajat olivat sairastaneet paniikkihäiriötä vuosia, välillä on ollut oireettomia jaksoja. Vastaajat kuitenkin kokivat, että sairaus on läsnä oireettominakin aikoina ja alttius paniikkikohtauksiin on säilynyt koko ajan.

”Oireet tulee yleensä elämän radikaaleista muutoksissa.”
”Elämäntilanteen vaikeudet pahentavat oireita.”

7.2 Paniikkihäiriön vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn.

Tämän tutkimuksen mukaan paniikkihäiriö vaikuttaa suuresti sairastuneen sosiaaliseen toimintakykyyn. Paniikkihäiriöiset kuvasivat sairauden aiheuttaneen pelkoa uusista kohtauksista. Lisäksi haastateltavat kokivat paniikkihäiriön vaikeuttaneen asiointia ja työssäkäyntiä, myös harrastukset ja ystävyysuhteet olivat vähentyneet. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Potilaiden kokemus paniikkihäiriön vaikutuksista sosiaaliseen toimintakykyyn

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat paniikkikohtauksen aiheuttaneen **pelkoa** kohtauksista, joka on rajoittanut **asioiden hoitamista**. Kaupassa tutkimukseen osallistuneet kävivät mielellään hiljaisimpina aukioloaikoina, ja välttivät kauppojen ruuhkahuippuja. Usein jo kotoa lähteminen koettiin vaikeaksi ja haastateltava saattoi palata kotiovelta takaisin, jos oli lähdössä jonnekin. Molemmat tutkimukseen osallistuneet kertoivat **pelkäävänsä julkisia paikkoja** sekä julkisia kulkuvälineitä ja välttelevänsä niitä, koska ne aiheuttavat pelkoa ahdistuksesta ja paniikkikohtauksesta. Toinen tutkimukseen osallistuneista kertoi myös välttelevänsä paikkoja, joissa oli aikaisemmin saanut paniikkikohtauksen.

”Täydessä bussissa tai kaupan kassajonossa, pelottaa aina, että ahdistus tulee uudestaan

”Julkisen paikan kammo kuuluu myös osana oireisiin.”

”Suuret marketit on olleet ylitsepääsemättömiä paikkoja pahimmassa vaiheessa.”

”Käyn kaupassa aikasin aamulla tai myöhään illalla, ettei siellä ole paljon muita ihmisiä.”

Kohtausten pelko aiheutti tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa **mielialan laskua**, jonka seurauksena **työssäkäynti vaikeutui** ja siitä seurasi sairauslomien tarvetta. Toinen tutkimukseen osallistujista oli ollut lyhyen jakson sairauslomalla paniikkihäiriöön sairastumisen alkuvaiheessa. Toinen haastateltavista ei ollut työssä lainkaan haastatteluhetkellä. Pahantuulisuus etenkin läheisiä ihmisiä kohtaan ja toisten **ihmisten välttely** koettiin kuuluvan paniikkihäiriöön sen akuutissa vaiheessa. Sosiaalinen ja psyykkisen toimintakyvyn koettiin vaikuttavan toinen toisiinsa, haastateltavat kokivat, että paniikkihäiriö ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen oli aiheuttanut heissä masentuneisuutta. Tämän lisäksi esiintyi pahantuulisuutta ja ärtyisää oloa, ja etenkin läheisille ihmisille tutkimukseen osallistuneet kokivat sanovansa joskus asioita pahasti, mikä jälkeenpäin usein kadutti.

”Ärtyisä olet ja saatat sanoa pahasti.” ”Masennusta on ollut.”

”Alkuun oli sairauslomalla.”

Tutkimuksen mukaan puhelimeen vastaaminen koettiin pelottavaksi puhelimen soidesa, saattoi tulla paniikkikohtauksen oireita ja silloin toinen haastateltavista mielellään hiljensi puhelimen ja jätti vastaamatta. Puhelimeen vastaaminen koettiin jopa vaikeammaksi, kuin kasvokkain puhuminen. Haastateltavat toivat esiin yksin viihtymisen kotona ja ihmiskontaktien välttämisen, mikä on vaikuttanut harrastuksiin sekä ystävyys-suhteisiin ja vähentänyt niitä. Vastajat toivat esille myös liiallisen itsetutkiskelun ja **pelot** esimerkiksi **erilaisia sairauksia** kohtaan. Jonkin kivun esimerkiksi päänsäryn tai vatsakivun yhteydessä tuli heti pelko vakavasta sairaudesta tai sairaskohtauksesta. Paniikkihäiriön akuutissa vaiheessa, pelon koettiin hallitsevan elämää päivittäin.

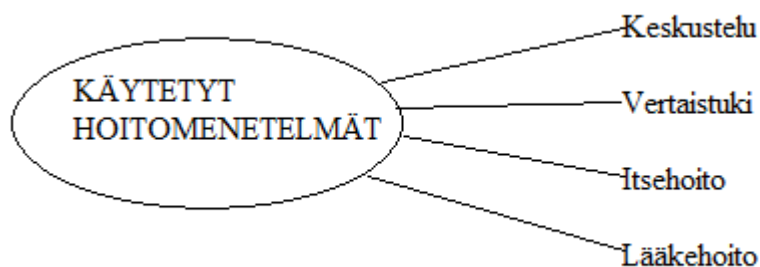
”Välttää ihmiskontakteja, viihtyy yksin ja ei uskalla lähteä. Monesti jos lähtee voi palata takaisin.”

”En välttämättä vastannut puhelimeen, kun joku soitti. Tunne oli kaoottinen”.

”Saattaa alkaa kuvittelemaan, että on joku paikka kipii, vaikka ei todellisuudessa oookkaan.”

7. 3 Paniikkihäiriöpotilaiden kokemus saamastaan hoidosta

Tämän tutkimuksen mukaan käytettyinä hoitomenetelminä paniikkihäiriöiset kuvasivat keskustelun sekä terveydenhuollon ammattilaisen, että vertaistukihenkilöiden kanssa, itsehoitomenetelmät ja lääkehoidon. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Potilaiden kokemus saamastaan hoidosta.

Molemmat haastateltavat olivat saaneet hoitoa oireisiinsa. Toinen haastateltavista koki, että perusterveydenhuollossa ei alkuun otettu oireita vakavasti, ja tämän vuoksi avun saanti viivästyi. Hoitokontakti syntyi vasta, kun tilanne oli kärjistynyt niin pahaksi, että tutkittava joutui hakemaan apua päivystyksellisesti erikoissairaanhoidosta. Haastateltavien hoitosuhteen solmimisen jälkeen molemmat kokivat hyötynensä hoidosta.

”Alussa oli vaikia saada apua terveystieteistä”

”Tuli valtava helpotus, kun huomasi, etten kuolekaan tähän”

Molemmat haastateltavat olivat saaneet ammatillista **keskusteluapua**, johon lääkäri oli heidät ohjannut. Lisäksi he olivat saaneet keskusteluapua **vertaistuesta**, jota löytyi mielenterveysyhdistysten tarjoamasta toiminnasta. Keskustelu koettiin hyödylliseksi ja siitä koettiin olevan apua.

”Sairaanhoitajan tykönä keskustelin oireista, käytiin läpi elämäntilannetta ja miten sitä saataisiin parannettua”

”Aina on apua, kun pääsee johonkin keskustelemaan.”

Molemmat tutkimukseen osallistujat pitivät hyödyllisenä **itsehoitoa**. Tärkeiksi itsehoitomenetelmiksi koettiin säännöllinen liikunta ja alkoholin välttäminen. Etenkin runsaan alkoholin käytön kuvattiin pahentavan paniikkihäiriön oireita. Lisäksi haastateltavat kokivat, ettei paniikkihäiriön vuoksi pidä eristäytyä muusta maailmasta. Välttämiskäyttäytyminen koettiin oireita pahentavaksi ja tutkimukseen osallistuneet kokivat, että kynnyksen lähteä kotoa kasvaa, ellei sosiaalisia kontakteja pidä yllä.

”Lenkillä käyn kolme kertaa viikossa, auttaa tosi paljon.”

”Alkoholi pahensi oireita, teki päätöksen etten ota.”

”Kaikista pahin on jäähä kotia. Sosiaalinen elämä jää täysin. Pelkää ja ei haluakaan lähteä.”

Toinen tutkimukseen osallistujista oli oppinut ennakoimaan paniikkikohtauksen oireita ja koki, että omalla toiminnalla sai usein ehkäistyä kohtauksen päälle tulemisen. Paniikkikohtausta ehkäiseväksi toiminnaksi koettiin rauhoittuminen ja muiden asioiden ajattelu, jotka vievät ajatukset kokonaan muualle paniikista.

”Yks hengenveto jää väliin, tietää mistä se johtuu ja ossaa rauhoittaa itensä.”

”Ajattelee muita asioita, tekee jotain muuta, että saa ajatukset saa pois paniikista.”

Molemmilla haastateltavista oli ollut vuosia käytössään **lääkehoitona** serotoniinin takaisinoton estäjä, joka on yleinen lääke masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. SSRI-lääkkeiden tehon arvellaan perustuvan siihen, että ne tehostavat serotoniinin vaikutuksia keskushermostossa (Huttunen 2008). Molemmat haastateltavat kokivat lääkehoidosta olevan apua ja serotoniinin takaisinoton estäjä toimii heillä eräänlaisena estolääkkeenä.

”Sain Cipramili eli mieltätasaava lääke”

”Olen ollut SSRI- lääkityksellä melkein koko ajan, kun minulla on ollut paniikkihäiriö”

Lisäksi toinen haastateltavista oli hoidon alussa akuutissa tilanteessa väliaikaisesti käyttänyt bentsodiatsepiineja (Diapam), jotka lievittävät ahdistuneisuutta, rentouttavat lihaksia, vähentävät vireyttä ja estävät kouristuksia. (Leppävuori 2002). Bentsodiatsepiineja suositellaan vain lyhytaikaiseen käyttöön.

”Alussa käytettiin lisänä myös rauhoittavia, Diapamia pieninä annoksia aamulla ja illalla.”

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tieteellisen tutkimuksen on tarkoitus tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta, selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133 – 135.)

Haastatellessani tutkimukseen osallistujia, varmistin, että he ymmärsivät kysymyksen ja tarvittaessa toistin sen. Kirjoitin haastattelut auki heti, kun ne oli tehty, joten ne olivat tuoreessa muistissa. Palasin niihin tarvittaessa vaiheittain tutkimustulosten analysoinnin yhteydessä. Haastattelurungon esitestaus, tässä tapauksessa koehaastattelu on lisännyt tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yleisillä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä tai laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuus näkyy siinä, että olen huolehtinut käyttämäni teoria-aineiston luotettavuudesta. Haastattelujen nauhoitus ja suorien lainausten käyttäminen tutkimuksessa lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksessa olen kuvannut mahdollisimman tarkasti kaikki tutkimuksen vaiheet, jotka lisäävät tutkimuksen vahvistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuutta voi olla kuitenkin vaikea arvioida, koska toinen tutkija ei välttämättä pääse samaan tulokseen, vaikka käytettävissä olisi sama aineisto. Tutkimustulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia paniikkihäiriöstä, joten tulokset ovat mielestäni siirrettävissä, jos uusi samansuuntainen tutkimus tehtäisiin. Luotettavuutta lisää myös se, että haastattelihoita oli vain yksi, joten molemmat haastattelut tehtiin samalla tavalla ja samantyyppisessä tilanteessa. Refleksiivisyyden olen huomionut tiedostamalla omien ennakkokäsitysten ja aikaisemman tiedon vaikuttavuuden tutkimukseen. Aikaisempaa tietoa ja kokemusta paniikkihäiriöstä minulla on jonkin verran.

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.

Tutkimuksessani nousi keskeiseksi se, että paniikkihäiriö heikentää huomattavasti sairastuneen elämänlaatua erilaisine oireineen. Haastateltavat kuvasivat erilaisia fyysisiä oireita kuten sydämen hakkaaminen, pyörrytys, rinnanahdistus, käsien hikoaminen, uni-vaikkeudet, raajojen puutuminen sekä verenpaineen ja sykkeen nousu. (vrt. Tilli ym.)

Haastateltavilla oli kokemusta siitä, että perusterveydenhuollossa ei heti suhtauduttu vakavasti heidän oireisiinsa. (vrt. Tilli ym.) Paniikkihäiriön koettiin olevan osa elämää jatkuvasti, ja haastateltavat kokivat, että elämän kriisitilanteet ja elämänmuutokset laukaisivat paniikkihäiriön oireet usein uudelleen. (vrt. Lepola.)

Tämän tutkimuksen mukaan paniikkihäiriö alentaa merkittävästi sairastuneen sosiaalista toimintakykyä. Asioiminen esimerkiksi kaupoissa, pankeissa ja muissa virallisissa asiointipaikoissa vaikeutuu. Puhelimen soiminen saattaa aiheuttaa paniikkioireita, eikä sairastunut välttämättä uskalla vastata puhelimeen lainkaan. Kotoa lähteminen tuntuu pelottavalta ja hankalalta paniikkikohtauksen pelossa ja se aiheuttaa vaikeuksia osallistua esimerkiksi harrastuksiin, juhliin sekä erilaisiin tapahtumiin. Paniikkihäiriö aiheuttaa mielialan laskua, mistä seuraa sosiaalista eristäytyneisyyttä, masennusta ja jopa työkyvyttömyyttä. Tämän tutkimuksen perusteella pelko seuraavasta kohtauksesta hallitsee sairastuneen elämää etenkin paniikkihäiriön akuutissa vaiheessa. (vrt. Huttunen.)

Haastateltavat kuvasivat paniikkihäiriön ja sen aiheuttaman pelon aiheuttaneen alakuoloa, masennusalttiutta ja lisääntyneitä masennusjaksoja. (Vrt. Huttunen.) Lisäksi paniikkihäiriö oli aiheuttanut työssä vaikeita tilanteita ja heikentänyt työkykyä. (Vrt. Lepola ym.) Hoidon järjestytyttyä se koettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi. Kumpikaan haastateltavista ei ollut saanut varsinaista psykoterapeutin antamaa psykoterapiaa. Säännöllinen keskustelu sekä terveydenhuollon ammattilaisen, että vertaistukihenkilöiden kanssa yhdistettynä lääkehoitoon koettiin hyödylliseksi. (Vrt. Äärelä.)

Molemmat haastateltavat olivat käyttäneet itsehoitomenetelmiä. Omat elämäntavan valinnat koettiin tärkeäksi paniikkihäiriön hoitomuodoiksi. Tämän tutkimuksen tulokset liikunnan ja alkoholin välttämisen suhteen tukevat aikaisempiakin tutkimuksia paniikkihäiriön hoidosta. Molemmat tutkimukseen osallistuneet henkilöt kokivat liikunnan vaikutukset hyödylliseksi ja alkoholin käytön rajoittaminen oli vähentänyt paniikkikohtaus oireiden määrää merkittävästi. (Vrt. paniikkihäiriöyhdistys.) Vertaistukea ja toisten

ihmisten seuraan hakeutumista pidettiin myös tärkeänä itsehoitomenetelmänä. (Vrt. Huttunen.)

Lääkehoidosta molemmat haastateltavat kokivat hyötynensä, mikä tuntuu loogiselta, koska tutkimuksissa on vahvistettu biologisen taustan osuutta paniikkihäiriössä. (Vrt. Lepola ym.) Tutkimukseen osallistujat olivat käyttäneet usean vuoden ajan lääkkeenä serotoniinin takaisinoton estäjää, joka on ensisijainen paniikkihäiriön hoidossa käytettävä lääke. (Vrt. Lepola ym.) Paniikkihäiriön alkuvaiheessa toisella haastateltavista oli ollut käytössään pienellä annoksella bentsodiatsepiini, jota käytetään paniikkikohtaukseen estoon ja univaikeuksiin. Tutkimuksen mukaan tästä oli ollut hyötyä paniikkihäiriön akuutissa vaiheessa, vaikka bentsodiatsepiineja ei suositellakaan pitkäaikaiseen käyttöön. (Vrt. Huttunen.)

Tutkimukseni johtopäätöksenä totean, että haastattelun antamat tiedot tukevat aikaisempia paniikkihäiriöstä tehtyjä tutkimustuloksia, joiden mukaan paniikkihäiriö aiheuttaa runsaasti erilaisia fyysisiä oireita ja heikentää paniikkihäiriötä sairastavan sosiaalista toimintakykyä. Toistuvien kohtausten pelossa sairastunut saattaa alkaa vältellä tilanteita, jotka aiheuttavat paniikkioireita, ja tämä mahdollisesti johtaa jokapäiväisen elämän kaventumiseen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskuun. (vrt. Huttunen.) Tämän tutkimuksen mukaan paniikkihäiriö on kuitenkin läsnä sairastuneen elämässä oireettominakin jaksoina ja saattaa puhjeta uudelleen erilaisissa elämän kriisitilanteissa.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimusetiikassa on kyse useista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimusentekijän tulee ratkaista tutkimusprosessin eri vaiheissa. Jokaisen tutkimuksen tekijän on hyvä tuntea tutkimusetiikan taustekijöitä ymmärtääkseen etiikan merkityksen laajasti. Haastattelunauhojen ja –tekstien säilyttämisessä on huomioitava, että aineisto ei saa joutua ulkopuolisten käsiin. Tutkimukseen osallistuneiden ihmisten intimitetin suojele edellyttää, että tutkimuksen tekijän on säilytettävä tutkimukseen osallistuneiden tunnistetiedot erillään varsinaisesta aineistosta. Tutkimuksen tekijä on vastuussa aineiston säilyttämisestä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 111.)

Yleisesti todettuna, ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavien suojaan kuuluu se, että tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sillä tavoin, että tutkimukseen osallistujat pystyvät ne ymmärtämään. Tutkittavien suojaan kuuluu myös vapaaehtoisuus ja tutkijan on varmistettava, että osallistujat tietävät mistä tutkimuksessa on kyse. Lisäksi oleellinen osa tutkittavien suoja on, että osallistujien oikeudet ja hyvinvointi on turvattu, tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, eikä tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi 2002, 128.)

Olen pyrkinyt saamaan aiheeseen luotettavaa tutkittua tietoa ja hankkinut haastateltavilta luvan haastatteluun ja haastattelun nauhoitukseen. Olen huolehtinut luottamuksellisuudesta muun muassa huomioimalla haastattelunauhojen- ja tekstien säilyttämisessä sen, että aineisto ei ole joutunut missään tutkimuksen vaiheessa ulkopuolisten käsiin ja, että haastateltavien anonymiteetti eli nimettömyys säilyy. Olen opinnäytetyötä tehdessäni pyrkinyt siihen, etten tuo asioita esiin liian yksityiskohtaisesti, ettei tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti vaarantuisi. Tutkimuksen valmistuttua haastatteluaineisto tuhotaan. Tutkimuksessani olen soveltanut yleisiä sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyötä ohjaavia eettisiä periaatteita.

11 POHDINTA

Perusterveydenhuollossa kohtaa usein paniikkihäiriötä sairastavia ihmisiä ja on tärkeää ottaa heidän oireensa todesta, jotta he saavat avun mahdollisimman pian. Tutkimusta tehdessäni oli huolestuttavaa huomata, että paniikkihäiriötä sairastavat kokivat avunsaannin vaikeaksi.

Usein mielenterveyshäiriöistä kärsivällä ihmisellä on toimintakyvyn laskua tapahtunut jo siinä vaiheessa, kun he apua oireisiinsa hakevat, eikä heidän voimavaransa riitä hakemaan apua useasta eri paikasta. Myös somaattisella alueella työskenneltäessä kohtaa paniikkihäiriötä sairastavia ihmisiä, joten toivon, että tämä tutkimus antaa meille tuleville sairaanhoitajille eväitä kohdata näitä ihmisiä ja ymmärtää heidän kokemuksiaan sekä ohjata heitä saamaan apua oireisiinsa ajoissa.

Jo opiskelun alkuvaiheessa mielessäni oli pieni visio siitä, että haluaisin tehdä opinnäytetyön paniikkihäiriöstä ja se tarkentui koko ajan opintojen edetessä. Paniikkihäiriö on sairautena kiinnostanut aina, ja minulla oli siitä jo jonkin verran tietoa entuudestaan. Teoriatietoa etsiessä tuli kuitenkin paljon uutta mielenkiintoista tietoa lisää. Uutena teoriatietona koin etenkin sen, että lapsena tukehtumisen tunteen tai hukuksiin joutumisen tunteen kokenut omaa lisääntyneen riskin sairastua myöhemmin paniikkihäiriöön.

Opinnäytetyön tekeminen yksin oli haastavaa, ajoittain kaipasi henkilöä, jonka kanssa olisi voinut yhdessä pohtia asioita. Vaati erittäin paljon itsekuria tehdä tutkimus yksin ja pitää kiinni omista aikatauluista. Yksin tekemisessä on myös hyvät puolet, joita ovat itsenäisyys ja vapaus esimerkiksi aikataulutuksen suhteen.

En ole aikaisemmin tehnyt laadullista tutkimusta ja haasteellisena pidin aineiston litteointia, sekä olennaisen tiedon poimimista aineistosta. Aiheen rajaamisen koin myös hankalana, koska siitä olisi helposti saanut todella laajan. Olisin voinut ottaa tutkimukseen tarkemmin myös psyykkisen toimintakyvyn, mutta päätin keskittyä sosiaaliseen toimintakykyyn, koska se kytkeytyy pitkälti yhteen psyykkisen toimintakyvyn kanssa, onhan ihminen biopsykososiaalinen kokonaisuus.

Koko tutkimuksen ajan opin uutta ja uskon, että seuraavan tutkimuksen teko on jo helpompaa. Tämän työn kautta on tullut tutuksi laadullisen tutkimuksen tekeminen ja sen sisältö. Seuraavassa tutkimuksessani en tekisi näin tiukkaa aikataulua. Haastattelut teki-
sin aikaisemmin, jotta aineiston analysoinnille jäisi enemmän aikaa.

Alun perin tarkoitukseni oli, että tutkimukseen olisi osallistunut kolme paniikkihäiriötä sairastavaa henkilöä. Haastateltavien löytäminen oli kuitenkin yllättävän haastavaa, joten otin tutkimukseeni mukaan vain kaksi haastateltavaa. Suunnitellessani tutkimusta, luulin, että haastateltavien löytäminen olisi helpompaa. Haastateltavien pieni määrä voi mielestäni jonkin verran heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Paniikkihäiriö on kuitenkin aiheena arka ja usein siitä on hankala puhua.

Paniikkihäiriön tunnistaminen ajoissa olisi mielestäni yhteiskunnallisestikin tärkeää, ettei se ehtisi aiheuttaa sairastuneen toimintakykyyn haittoja, joita on myöhemmin vaikea korjata. Tiedotusvälineissä keskustellaan nykyisin paljon esimerkiksi nuorten syrjäytymisestä ja opintojen keskeytymisistä. Mietinkin, että voisiko syy löytyä mielenterveydellisistä ongelmista, kuten esimerkiksi paniikkihäiriöstä. Etenkin nuorilla voi olla usein iso kynnyks hakea apua, joten pitäisikö etsiä keinoja tunnistaa ongelmat ajoissa esimerkiksi kouluterveydenhuollossa tai opettajien keskuudessa lukioissa ja ammatillisissa kouluissa ja jopa yläasteella. Monet tutkimuksetkin ovat osoittaneet, että paniikkihäiriön ennuste on hyvä, jos sairaus tunnistetaan ja hoito aloitetaan heti (Tilli ym.).

Paniikkihäiriön varhainen diagnosointi ennaltaehkäisisi masennusta ja paniikkihäiriöstä kärsivän sosiaalisen toimintakyvyn laskua. Tästä voisi kehittää jatkotutkimusaiheen ottamalla tutkimuskohteeksi nuoret ja heidän kokemuksensa paniikkihäiriöstä sekä paniikkihäiriön vaikutuksista opiskeluun. Tutkimuksen voisi tehdä vaikka kyselylomakkein tai internetin avulla, jolloin tutkimukseen voisi olla helpompi saada tarpeeksi osallistujia.

Internet toimii nykyään hyvänä tiedon lähteenä meille kaikille. Siellä voi keskustella asioistaan myös anonyymisti. Mahdollisia jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöhöni voisi lisäksi olla esimerkiksi paniikkihäiriötä sairastavien kokemus internetin tarjoamasta vertaistuesta.

Toivon, että valmistuvat sairaanhoitajat pystyvät työssään hyödyntämään tutkimukseni esiin tulevia asioita. Itselläni on aina ollut suuri kiinnostus mielenterveydenhäiriötä kohtaan, joten tutkimuksen tekeminen oli mielekästä ja kiinnostavaa. Koin tämän tutkimuksen tekemisen hyödylliseksi, vaikka en opinnoissani suuntaudukaan psykiatriaan. Tieto mielenterveydenhäiriöstä on hyväksi kaikille sairaanhoitajille työskennellessä millä alueella tahansa.

LÄHTEET

- Cuming, Samantha & Rapee, Ronald M. 2009. Social anxiety and self-protective communication style in close relationships. Luettu 22.2.2012.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Social%20anxiety%20and%20self-protective%20communication%20style%20in%20close%20relationships>
- Cristophe Andre & Muzo. 2004. Pienet pelot ja suuret fobiat. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.
- Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula. 2005. Tutki ja Kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki
- Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula. 2004. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Huttunen Matti. 2002. Psykenlääkeopas. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Huttunen, Matti.O. 2008. Masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeet. Luettu 1.3.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039
- Huttunen, Matti 2010. Paniikkikohtaus. Luettu 17.9.2011.
 <http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=paniikkih%E4iri%F6>
- Huttunen, Matti. 2010. Paniikkihäiriö. Luettu 6.11.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00404
- Isometsä, Erkki. 2001. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 196 – 229.
- Kajaste, Soili. 2008. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Teoksessa Kähkönen, Seppo & Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 135 – 153.

Karppi, Sirkka-Liisa. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Luettu 21.11.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa. 1998. Paniikkihäiriö ja pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt sekä yleistynyt tuskaisuus. Teoksessa Achte, Kalle & Tamminen, Tapani. Psykiatrian käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa Matti & Isohanni Matti & Hakola Panu 2002. Psykiatria. Wsoy, Porvoo

Leppävuori. Antero. 2002. Bentsodiatsepiinien käyttö psykiatrisissa päivystystilanteissa. Luettu 1.3.2012.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?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__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fview-article%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92769&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Lindeman Sari 2008. Paniikkihäiriöpotilaan psykoterapia. Luettu 4.9.2011
<<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/xmedia/duo/duo96999.pdf>>

Lyyra, Tiina-Mari & Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita Oy, Helsinki.

Perna, G & Guerriero, G & Caldirola, D. 2011. Emerging drugs for panic disorder. Luettu 10.2.2012. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21999303

Paniikkihäiriöyhdistys ry. 2009. Luettu 10.11.2011.

<http://www.paniikki.net/paniikki.html>

Piirainen, Taina & Ärjä, Saila. 2004. Koulutuksellinen perhetyö psykiatrisessa hoitotyössä. Luettu 12.3.2012.

<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/psykoedukaatio.htm>

Salokangas Raimo, KR 2001. Paniikkihäiriön hoito ehkäisee masennusta. Luettu 17.9.2011

< http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=81&session_id=6646.4299626131>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia. 2000. Konsensuslausuma. Paniikkihäiriö. Luettu 28.8.2011. www.Paniikkihäiriöduodecim.pdf-Adobe reader.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 2000. Luettu 24.11.2011.

<http://paniikki.weebly.com/tietoa-paniikkihaumlirioumlstauml.html>

Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Tilli Virpi & Suominen Kirsi & Karlson Hasse 2008. Paniikkihäiriön hoito perusterveydenhuollossa. Luettu 28.8.2011.

<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/xmedia/duo/duo97216.pdf>>

Toskala Antero. 2002. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Teoksessa Kähkönen Seppo & Karila Irma & Holmberg Nils. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim, Helsinki.

111–121.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy. Helsinki.

Äärelä, Erkki. 1998. Kun potilaalla on paniikkihäiriö. Luettu 24.11.2011.

[http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cgi-](http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=13&session_id=63831.4732212231)

[cug/brs/brshowdoc.pl?start=13&session_id=63831.4732212231](http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=13&session_id=63831.4732212231)

LIITTEET

Liite 1/3 haastattelun infokirje

Liite 2/3 teemahaastattelun runko

Liite 3/3 Tutkijan polku

Sosiaali- ja Terveysalan yksikkö

Hyvä vastaanottaja.

Olen keväällä 2012 valmistuva sairaanhoitajaopiskelija Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Teen sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka aiheena on paniikkihäiriö. Tarkoituksena on kuvailla paniikkihäiriötä sairastavien potilaiden kokemuksia sairaudestaan. Tavoitteena on, että tietoa voivat hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijat ja muut asiasta kiinnostuneet. Tehtävässäni keskityn tutkimaan paniikkihäiriön hoitoa sekä paniikkihäiriön vaikutuksia muuhun elämään,

Osallistumalla tutkimukseen välitätte arvokasta kokemuksellista tietoa valmistuville sairaanhoitajille ja autatte osaltanne hoitotyön ammattilaisia ymmärtämään paniikkihäiriötä sairautena.

Haastattelussa tulen käyttämään nauhuria, jonka avulla puran haastattelut myöhemmin kirjalliseksi aineistoksi. Haastattelunauhaa käsittelen vain minä ja tutkimuksen valmistuttua nauhat tuhotaan. Tutkimuksen tekijänä minulla on **vaitiolovelvollisuus**, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa ulkopuolisille. Kirjallisen aineiston käsittelen niin, että vastausten perusteella on mahdotonta tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Jos olette kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen tai Teillä on jotain kysyttävää, voitte olla minuun yhteydessä, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Eija Kakko, sairaanhoitajaopiskelija, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

E-mail. Eija.Kakko @edu.tokem.fi puh: 0452342069

TEEMAAHAASTATTELUN RUNKO

1. Kuinka kauan sinulla on ollut paniikkihäiriön oireita?

2. Millaisissa tilanteissa paniikkihäiriön oireet ovat ilmenneet ja millaisia nämä oireet ovat olleet?

3. Miten paniikkihäiriö on vaikuttanut sosiaaliseen toimintakykyysi (esimerkiksi työssäkäyntiin, asiointiin kodin ulkopuolella tai ystävyyssuhteisiin)

4. Oletko saanut hoitoa paniikkihäiriön oireisiin ja jos olet, millaista hoitoa olet saanut?

Oliko hoidosta apua oireisiin?

ALKUPERÄISHAVAINNOT JA ALAKATEGORIAT

VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN TOIMINTAKYKYYN OSASTO

