
KAKSOISDIAGNOOSIA SAIRASTAVAN HENKILÖN PUOLISON TUEN TARVE

Keinoja arjessa jaksamisen tueksi



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, syksy 2013

Kati Surma-aho

Marjaana Hänninen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijät	Kati Surma-aho Marjaana Hänninen	Vuosi 2013
Työn nimi	Kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolison tuen tarve – Keinoja arjessa jaksamisen tueksi	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolison tuen tarvetta. Lisäksi selvitettiin, minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voitiin vastata. Opinnäytetyö koostuu kaksoisdiagnoosia käsittelevästä teoretisestä, tutkimusprosessista, ja tuotoksellisena osana koottiin opaslehti puolisolle.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä sovellettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista muotoa. Tiedonhaku suoritettiin internetin, kirjaston ja kahden tietokannan avulla. Tiedon haussa käytettiin CINAHL- ja Medic -tietokantoja, joista haettiin tieto yksittäis- ja yhdistelmähaulla. Tiedon haussa hyödynnettiin myös muiden aineistojen lähdeluetteloita sekä yhteistyökumppanilta saatuja hyödyllisiä kirjallisuusvinkkejä. Aineistoina toimivat kirjat, pro gradu -tutkielmat, tutkimukset ja opinnäytetyöt. Aineistot valittiin hakusanojen ja ennalta määrättyjen valintakriteereiden perusteella. Aineiston analysoinnissa sovellettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Sovelletusta kirjallisuuskatsauksesta nousi esille neljä yläkategoriaa, jotka kuvasivat puolison tuen tarvetta. Näiden kategorioiden mukaan kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsi tukea parisuhteeseen ja vuorovaikutukseen, tiedon tarpeeseen, omaan jaksamiseen sekä arjen tukemiseen. Opinnäytetyössä selvitettiin myös erilaisia keinoja, joilla voidaan vastata näihin tuen tarpeisiin. Näitä keinoja olivat muun muassa läheisiltä saatu tuki, tiedon antaminen sekä vertaistuki.

Avainsanat kaksoisdiagnoosi, masennus, alkoholismi, puoliso, tuki

Sivut 46 s. + liitteet 7 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Kati Surma-aho
Marjaana Hänninen

Year 2013

Subject of Bachelor's thesis

The Spouses Need for Support when Living with Person Suffering from Dual Diagnosis – Ways to cope in everyday life

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to find out the need for support for persons whose spouse suffers from dual diagnosis. This study was carried out by a literature review. In addition, the aim was also to find out what kind of ways there are to meet these needs of support. This Bachelor's thesis consist of a theory part on dual diagnosis, the research process and an output in the form of a guidebook to the spouse.

The Bachelor's thesis study method was applied descriptive and descriptive literature review. Information search was carried out with the help of the internet, library and two databases. These databases were CINAHL and Medic. Information search was carried out with individual and combination search in these databases. In the information search a list of references of other materials and useful literature tips from a co-operation partner. Bachelor's thesis literature consists of books, Master's theses, Bachelor's theses and researches. The Literature was selected on the basis of keywords and predetermined selection criterions. The literature was analyzed by using inductive content analysis.

The applied literature review revealed four top categories which described the spouses' needs for support. These top categories were relationship and interaction, need for information, own ability to cope and everyday life support. The purpose of the Bachelor's thesis was also to find out what kind of ways there are to meet these needs of support. These ways were for example support from people close you, giving information and peer support.

Keywords dual diagnosis, depression, alcoholism, spouse, support

Pages 46 p. + appendices 7 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	2
3	KAKSOISDIAGNOOSI.....	2
3.1	Masennus.....	6
3.1.1	Oireet ja diagnosointi	6
3.1.2	Erlaisia masennustiloja.....	7
3.1.3	Aiheuttavat ja altistavat tekijät	9
3.1.4	Hoito	9
3.2	Alkoholismi.....	11
3.2.1	Alkoholinkäytön haitat	12
3.2.2	Alkoholin riskikäyttö ja haitallinen käyttö	13
3.2.3	Alkoholiriippuvuus.....	14
3.2.4	Aiheuttavat ja altistavat tekijät	15
3.2.5	Alkoholismin hoidon linjauksia	16
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus	18
4.2	Tiedonhaku.....	19
4.3	Aineiston analysointi.....	22
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	24
5.1	Parisuhde ja vuorovaikutus	25
5.1.1	Selviytymiskeinoja parisuhteen ongelmiin ja vuorovaikutukseen	27
5.2	Tiedon tarve.....	29
5.2.1	Keinoja tiedon tarpeeseen.....	29
5.3	Oma jaksaminen	31
5.3.1	Selviytymiskeinoja oman jaksamisen tueksi	33
5.4	Arjen tukeminen.....	34
5.4.1	Arjenhallinnan selviytymiskeinoja	35
6	OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS	36
7	POHDINTA.....	38
7.1	Johtopäätökset	39
7.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	40
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	41
	LÄHTEET	42
Liite 1	Puolisollani on masennus ja alkoholiongelma – Opaslehti oman jaksamisen tueksi	

1 JOHDANTO

On mahdollista, että pähteet aiheuttavat erilaisia psyykkisiä oireita. Esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireita voi aiheuttaa alkoholi. Psykiatrissa häiriötä potevilla henkilöillä noin 30 %:lla on päihdeongelma jossakin vaiheessa. Eri psykiatrisissa häiriöissä luku kuitenkin vaihtelee. Esimerkiksi noin puolella skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on myös päihdeongelma. Kun puhutaan kaksoisdiagnoosista, niin tarkoitetaan päihdeongelman ja psykiatrisen häiriön yhtäaikaista esiintymistä. Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä. Niiden hoidossa huomioidaan päihdeongelma sekä psykiatrinen häiriö. (Aalto 2009.)

Opinnäytetyössämme olemme rajanneet kaksoisdiagnoosin tarkoittamaan masennuksen ja alkoholismien sairastamista yhtäaikaisesti. Opinnäytetyön aiheesta ja rajauksesta keskustelimme myös yhteistyökumppanimme Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry:n toiminnanjohtajan kanssa. Sairastuneella osapuolella tarkoitamme henkilöä, joka on saanut jo diagnoosin, ja on jo hoidon piirissä. Yksilötasolla ihmiset määrittelevät perheen eri tavoin (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11). Tässä opinnäytetyössä käsite perheenjäseneet, tarkoittaa ihmisen itsensä läheisiksi kokemia henkilöitä. Puolisolla tarkoitamme opinnäytetyössä henkilöä, joka on esimerkiksi avo- tai avioliitossa sairastuneen kanssa. Puoliso voi myös olla sairastuneen seurustelukumppani, joka on tiiviisti sairastuneen arjessa mukana.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitä tukea kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsee ja minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voidaan vastata. Opinnäytetyöhön kuuluu kaksoisdiagnoosia käsittelevä teoriaosa, tutkimusprosessi sekä tuotoksellisena osana opaslehti. Opaslehti on tarkoitettu kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolisolle ja sen tarkoituksena on tarjota tietoa ja keinoja, jotka tukevat puolison arjessa jaksamista. Opaslehdessä on myös esimerkiksi hyödyllisiä internet linkkejä ja yhteystietoja, jotta puoliso voi tarvittaessa hakea lisää tietoa ja apua.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä tukea kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsee. Samalla selvitettiin myös, minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voitiin vastata. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota opinnäytetyön tuloksista opaslehti puolisolle.

Selvitimme opinnäytetyössä vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaista tukea kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsee?
2. Minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voidaan vastata?

3 KAKSOISDIAGNOOSI

Kaksoisdiagnoosista puhutaan, kun potilaalla on sekä päihderiippuvuus että vakava mielenterveyshäiriö. Ilmiötä voidaan kutsua myös komorbiditeetiksi, joka tarkoittaa kahden tai useamman itsenäisen sairauden samanaikaista esiintymistä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 124.) Noin 40–50 %:lla alkoholin ongelmakäyttäjistä on jossakin elämänsä vaiheessa jokin alkoholista riippumaton psykiatrinen häiriö. (Aalto 2010c, 184.) Sekä noin 30 %:lla psykiatrisen häiriön omaavista on päihdeongelma jossakin vaiheessa. Luku kuitenkin vaihtelee paljon eri psykiatrisissa häiriöissä. (Aalto 2009.) Geneettinen riski sairastua masennukseen ja alkoholismiin, voi olla osittain yhteinen. Myös monet sosiaaliset ja psykologiset riskitekijät, kuten lapsuusajan hyväksikäyttö tai puutteellinen tuki ystäviltä ja perheeltä, ovat yhteisiä riskitekijöitä niin alkoholin väärinkäytölle kuin mielenterveyshäiriöillekin. (Harvard Mental Health Letter 2003, 2.)

Syy-seuraussuhteita, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöiden syntyyn, on usein vaikea erottaa. Tämä johtuu siitä, että päihdeiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä häiriötiloja päihdevaikutuksen aikana, vieroitustilassa sekä jälkioireina. Toisaalta psyykinen häiriö taas altistaa päihdehäiriölle, joten voi olla vaikea todeta mistä kaikki on saanut alkunsa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 125.)

Varsin usein alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa vieroitus-vaiheessa enintään muutamia päiviä kestävästä masennuksesta, mikä on normaali reaktio. Alkoholin käyttö voi liittyä masennustilaan kolmella eri tavalla; alkoholin käytöllä ei ole vaikutusta masennustilaan, jolloin ensisijaisena on masennustilan hoito. Tai alkoholin käyttö pahentaa masennustilaa, jolloin henkilön tulisi vähentää tai lopettaa alkoholin käyttö. Viimeisenä, alkoholin käyttö aiheuttaa masennustilan, jolloin hoitona on pidättäytyminen alkoholista. Yleisin edellä mainituista tiloista on viimeinen, jossa alkoholi aiheuttaa masennustilan. Henkilö voi esimerkiksi kokea sairastavansa ensisijaisesti masennusta, mutta tosiasiaa masennus on alkoholin aiheuttama. Tai henkilö on esimerkiksi alkanut käyttää alkoholia lievittääkseen masennuk-

sen oireita, jotka ovat alun perin alkoholin aiheuttamia. (Aalto 2010c, 185–187.)

Jotta voidaan varmistua itsenäisen psykiatrisen häiriön laadusta ja olemassaolosta, tarvitaan riittävän pitkä raitis jakso. Monesti alkoholin käyttö on oltava hallinnassa tai loppunut kokonaan, jotta psykiatristen häiriöiden hoito onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla. (Aalto 2010c, 184.) Raittiuden vähimmäisvaatimus on 4–6 viikkoa. Tässä ajassa huomattava osa päihteiden aiheuttamista häiriötiloista yleensä normalisoituu, jonka jälkeen voidaan suunnitella mahdollisia psykologin testejä ja muita tutkimuksia sekä tehdä kattava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tutkimusjaksolla on tärkeää tavata potilaan perhettä ja hyödyntää heidän tietoaan potilaan aikaisemmasta mahdollisesta psyykkisestä oireilusta. Tiedot mahdollisesta psyykkisestä oireilusta tulee suhteuttaa myös päihteiden käytön aloittamiseen ja käyttöjaksoihin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 125.)

Kaksoisdiagnoosin hoidossa kiinnitetään huomiota alkoholiriippuvuuden ja psykiatrisen häiriön hoitamiseen. Kaksoisdiagnoosin hoidossa voidaan käyttää joko jaksoittaisen tai rinnakkaisen hoidon mallia. Molemmissa malleissa on kaksi hoitotahoa. Jaksoittaisessa mallissa hoidetaan ensin toista ongelmaa. Kun hoidosta on saatu riittävän hyvä hoitotulos, aloitetaan toisen ongelman hoito. Rinnakkaisessa mallissa hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta kummallekin häiriölle on oma erillinen hoitotahonsa. Rinnakkaisen ja jaksoittaisen hoito-mallin ongelmana on kuitenkin ollut hoitotahojen yhteisten toimintatapojen löytäminen sekä yhteydenpidon toteutuminen. Jaksoittaisen hoitomallin ongelma on se, että ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä hoito ei ehkä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla. (Aalto 2010c, 184.)

Uudempana hoitomallina on niin sanottu integroitu hoito, joka on usein tarpeen parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi (Aalto 2010c, 184). Integroidussa hoitomallissa otetaan huomioon niin mielenterveydenhäiriö kuin päihdehäiriökin. Hoito vaatii moniammatillista osaamista sekä potilaan perheen ja verkoston mukaan ottamista hoitoon. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 125.)

Potilaan, hänen läheistensä ja henkilökunnan ensikohtaaminen vaikuttaa potilaan ja hänen läheistensä hoitokokemukseen. Läheiset odottavat yleensä mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon. Sairastumiseen liittyvä epävarmuus ja huoli läheisen tulevaisuudesta voivat tuoda perheelle jopa ylivoimaiselta tuntuvia vaatimuksia. Läheinen haluaa usein olla sairastuneen perheenjäsenen vierellä auttamassa ja tukemassa. Hoitavan ammattihenkilön tehtävänä on auttaa läheistä löytämään oma tapansa hoitoon osallistumisessa. Potilaan hoitoon osallistumisen aste ja tapa on aina perhelähtöistä, jolloin läheisille tulee olla aito valinnanmahdollisuus osallistua tai olla myös osallistumatta potilaan hoitoon. Läheisen hoitoon osallistuminen ei kuitenkaan saa missään tilanteessa vaarantaa potilaan terveyttä. (Nikki & Paavilainen 2010, 313.)

Psykiatrisen hoidon painopiste siirtyy jatkuvasti sairaaloista avohoitoon. Tämän vuoksi vastuu sairastuneesta siirtyy yhä enemmän perheille. Per-

heen ja läheisten huomioiminen osana psykiatrista hoitoa on vahvistunut hyvän hoitokäytännön mukaiseksi tavoitteeksi. (Johansson & Berg 2011, 46.)

Hyvään hoitamiseen kuuluu se, että potilaan perhe huomioidaan hoitotyössä. Tämä on tärkeää, koska yksilön ja perheen terveys ja hyvinvointi liittyvät toisiinsa. Kun perheessä tapahtuu odotettavissa olevia tai odottamattomia muutoksia, voi perheen ja perheenjäsenten terveys ja hyvinvointi vaihdella. Millaisin voimavaroin perhe toimii, määrittelee sen, onko muutoksilla myönteisiä vai kielteisiä vaikutuksia. Muissa perheenjäsenissä voi toisen perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa fyysisiä ja emotionaalisia tuntemuksia sekä tiedon tarvetta. Perheen tukemista voi tarkastella hoitotyön interventiona. (Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010, 142.)

Perheinterventiot ovat monimuotoisia ja ne sisältävät erilaisia hoitoja tai palveluja asiakkaalle. Tavoitteena on perheen selviytymiskeinojen vahvistuminen. Tämä tarkoittaa niiden keinojen löytämistä jotka edistävät sairastuneen toipumista ja jotka tukevat omaisten hyvinvointia. Näitä keinoja esitään yhdessä perheen kanssa. Tarkoituksena on tehdä perheen arjesta sujuvaa ja turvallista. Tarkoituksena on myös vaikuttaa kodin ilmapiiriin niin että se tukee toipumista ja läheisten hyvinvointia. Perheintervention päämääränä on vähentää sairastuneen sairaalahoidon tarvetta sekä helpottaa hänen paluutaan opiskelu- tai työelämään. Tämän lisäksi päämääränä on, ehkäisemällä huolenpidon negatiivisia seuraamuksia perheessä, vähentää perheenjäsenten riskiä uupua tai masentua itse. (Johansson & Berg 2011, 37, 54.)

Perheen kokemaa ahdistusta ja avuttomuutta voi vähentää hoitohenkilökunnalta saatu yksilöllinen tuki ja tieto läheisen tilanteesta. Saatu tuki ja tieto lisää myös potilaan ja perheen hyvinvointia. Joskus perhe saattaa aiheuttaa ongelmia potilaan hoidossa. Tämä ilmenee esimerkiksi potilaan puolesta puhumisena, potilasta väsyttävänä vierailuina tai ylihuolehtimisena. Joskus perheiden tukemisen tekee vaativaksi se, että potilas torjuu perheensä. Keskeistä perheen tukemisessa on se kuinka hoitava henkilö osaa kohdata potilaan perheen ja läheiset. Kohtaaminen voi olla varauksellista tai ohittavaa sen sijaan, että se olisi vahvistavaa. Perheenjäsenten hyväksyntä ja heistä välittäminen tulee esille vahvistavassa kohtaamisessa. (Rantanen ym. 2010, 142–143.) Vahvistavassa kohtaamisessa tulisi välittyä hyväksyntä sekä aito välittäminen ja näiden lisäksi asiantuntijuus sekä lupa ilmaista monenlaisia tunteita. Hoitajalta vahvistava kohtaaminen edellyttää eläytymiskykyä. (Paavilainen 2012, 20.)

Läheisen ja potilaan tukeminen on vuorovaikutusta ja siihen sisältyy tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki. Tiedollinen tuki sisältää ohjauksen, neuvonnan, tiedonsaannin sekä auttamisen ongelmien ratkaisemisessa. Läheiset tarvitsevat tietoa muun muassa sairaudesta ja hoitomenetelmistä, jotta he tietävät mitä odottaa ja pystyvät auttamaan potilasta. Myös tiedon avulla he tuntevat hallitsevansa tilanteen. Annetun tiedon pitää olla rehellistä ja luotettavaa sekä se tulee antaa ymmärrettävästi. Emotionaalinen tuki tarkoittaa läheisyyden, arvostuksen ja luottamuksen osoittamista toiselle ihmiselle sekä rohkaisemista ja tunteiden ilmaisemis-

ta. Potilaalle ja läheisille sairastuminen aiheuttaa pelkoa ja epävarmuutta. Konkreettinen tuki on muun muassa sitä, että perheenjäsenet voivat osallistua potilaan hoitoon. Tuki, jota hoitohenkilökunta antaa, tulee perustua yksilölliseen kohtaamiseen, turvallisuudentunteen lisäämiseen ja henkisen ahdistuneisuuden vähentämiseen sekä tulevaisuudenuskon vahvistamiseen ja luottamukseen. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä edistää emotionaalisen tuen lisäksi turvallinen ja palvelualtis ilmapiiri. (Liimatainen, Mattila, Koivula & Åstedt-Kurki 2011, 176; Rantanen ym. 2010, 143.)

Omaista voi sosiaalisesti tukea kolmella eri tasolla. Nämä tasot ovat primaari-, sekundaari- ja tertiaaritaso. Yksilön perhe ja läheiset ihmiset antavat tukea primaaritasolla, kun taas ystävät ja sukulaiset antavat tukea sekundaaritasolla. Tertiaaritasolla tukea antaa tuttavat ja viranomaiset, johon kuuluu myös hoitohenkilökunta. Riittävästi sosiaalista tukea saava omainen selviytyy kriisistä paremmin kuin omainen, joka ei saa tukea tarpeeksi. (Lehto, Laitinen-Junkkari & Turunen 2000, 67.)

Lainsäädäntö ei vielä toistaiseksi määrittele perhetyötä itsenäiseksi sosiaalipalveluksi, jonka vuoksi perhetyö nähdään useimmiten lähinnä työmenetelmänä. Perhetyölle ei myöskään ole olemassa yhtä tarkkaa määritelmää tai vakiintunutta työmuotoa. Perhetyö on sosiaalista ja yhteiskunnallista työtä, jonka tavoitteena on ratkaista perheiden arkielämässä esille tulleita ongelmia ja haastavia elämäntilanteita. Perhetyö on työntekijän tavoitteellista ja ammatillista työskentelyä perheen tukemiseksi erilaisissa elämäntilanteissa. Perhetyö muotoutuu sen mukaan, millaisessa tilanteessa, missä ja mihin tavoitteeseen sitä tarvitaan. Perheen tukemisessa pyritään toimimaan perheen tarpeiden mukaan sekä niihin vastaten. Perhetyössä hyödynnetään myös eri ammattiryhmien osaamista ja taitoa, jotta perhe saa mahdollisimman hyvän palvelun ja avun. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 10, 15.)

Perhetyön sisältö, toimintamuodot, tavoitteet, organisointi ja tekijät vaihtelevat eri paikkakunnilla. Perhetyön tulee olla mahdollisimman suunnitelmallista sekä tavoitteellista ja perhe-työn kestolle ei ole olemassa selkeitä määräaikoja. Työskentelyn tarve ja tavoitteet kartoitetaan yleensä heti työskentelyprosessin alkaessa. Työskentelyn suunnitelmat laaditaan aina yhdessä perheen kanssa, jolloin pyritään myös motivoimaan ja sitouttamaan perhettä yhteiseen työskentelyyn. (Reijonen 2013.)

Sairastuneen perhe nähdään keskeisenä hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavana tekijänä sekä hoitohenkilökunnan yhteistyökumppanina. Psykoedukatiivisen perhetyön tavoitteena on kehittää sairastuneen ja hänen perheensä omia taitoja ja kykyjä selvittää perheenä ja ratkaista ongelmia. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 152–153.)

Bernier (1992) määritteli psykoedukaation niin, että se voidaan ymmärtää osaksi yleistä terveystasoa, jonka tavoitteena on joko psyykkisesti tai somaattisesti sairaiden potilaiden terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen (Johansson & Berg 2011, 36; Hentinen ym. 2009, 151). Psykoedukaation ymmärretään sisältävän psykiatrisia ja psykologisia ulottuvuuksia sekä opetuksellisen prosessin, jolla on tarkoitus vähentää perheen ahdistusta li-

säämällä ymmärrystä ja tietämystä, tarjota perheelle toimintatapoja, välineitä ja mahdollisuuksia ilmaista sekä tutkia eri vaihtoehtoja ja kokeilla uusia selviytymiskeinoja (Johansson & Berg 2011, 36).

Olemme rajanneet opinnäytetyössämme kaksoisdiagnoosin tarkoittamaan masennuksen ja alkoholismin yhtäaikaista sairastamista. Seuraavissa luvuissa käsitellään masennusta ja alkoholismia tarkemmin.

3.1 Masennus

Yleisiä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt. Mielialahäiriöissä keskeinen oire on mielenvireen tai mielialan pidempään kestävä muutos. Mielialahäiriöiden luokittelu perustuu oireiden laatuun sekä niiden vaikeusasteeseen ja kestoon. Mielialahäiriöitä ovat

- depressio eli mielialan lasku, johon liittyvät masennus elämyksellisenä kokemuksena, masentunut mieliala sekä masennustilat eli masennusoireyhtymät
- hypomania tai mania eli mielialan nousu
- kaksisuuntainen mielialahäiriö eli mielialan lasku ja nousu tai bipolaarihäiriö, tyyppi I ja tyyppi II. (Hietaharju & Nuutila 2010, 40.)

Masennuksesta kärsii noin 5 % väestöstä, ja se luokitellaan kansanterveysongelmaksi. Naisten sairastuminen masennukseen on lähes kaksi kertaa yleisempää kuin miesten sairastuminen. Suomessa kuolee vuosittain 600–700 henkilöä itsemurhiin, jotka liittyvät masennustiloihin. Masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja se on Suomessa yleisin työkyvyttömyyden psykiatrinen syy. On arvioitu, että 50 % masentuneista kärsii ahdistuneisuushäiriöistä ja 40–50 % kärsii persoonallisuushäiriöistä. Alkoholiriippuvuutta tai muuta päihdeongelmaa on arvioitu esiintyvän 20–40 %:lla masentuneista. (Karjalainen 2010.)

3.1.1 Oireet ja diagnosointi

Masennuksen varsinaisia oireita ovat mielialan ja energisyyden lasku, toimintakyvyn tai -tarmon väheneminen sekä mielihyvän kokemisen tai tuntemisen väheneminen. Muita oireita voivat olla muun muassa

- alakuloisuuden, turtuneisuuden, surun ja ärtyneisyyden tunne
- aloitekyvyttömyys, saamattomuuden tunne sekä väsymys ja voimattomuus
- motorinen hitaus
- mielihyvän sekä mielenkiinnon menettäminen asioihin, joista aiemmin on nauttinut
- kiinnostuksen menettäminen henkilökohtaiseen hygieniaan tai omaan ulkoasuun
- vaikeudet tulla toimeen muiden ihmisten kanssa
- syyllisyyden tunteet, jotka ovat aiheettomia

- kykenemättömyys tunteiden ilmaisuun
- vaikeudet keskittymisessä ja päätöksenteossa
- muistin heikkeneminen
- fyysiset tunteet, esimerkiksi ruokahaluttomuus, unihäiriöt sekä epämääräiset kivut ja säryt
- haluttomuus sekä seksuaalisten toimintojen häiriöt
- elämänilon väheneminen, kuoleman ajattelu sekä itsetuhoiset ajatukset. (Hietaharju & Nuutila 2010, 41.)

Masennuksen oireet eivät selity erilaisten menetysten aiheuttamasta ohimenevästä surureaktiosta. Ne eivät myöskään selity huumeen tai lääkkeen vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminnasta. (Luhtasaari 2009, 27.)

Mielenterveyden häiriöissä käytetään ICD-luokitusta (International Classification of Diseases), jonka on kehittänyt maailman terveysjärjestö. Suomessa ICD-10 luokitusta käytetään virallisena mielialahäiriön luokittelun perusteena. Vuonna 1996 Suomi hyväksyi ICD-10-kokonaisjärjestelmän yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa. ICD-10:ssä masennustilat jaetaan oireiden laadun ja vaikeusasteen perusteella. Masennustilat jaetaan lieviin (4 oiretta), keskivaikeisiin (6 oiretta), vaikeisiin (8 oiretta) ja psykoottisiin masennustiloihin. (Luhtasaari 2009, 17–18.) Masennusta voidaan mitata myös useilla erilaisilla mittareilla. Eräs näistä mittareista on BDI -kysely (Beck Depression Inventory), joka on itsearviointiasteikko. (Luhtasaari 2002, 16, 20.) Muita mittareita ovat muun muassa mielialakysely R-BDI lapsille, DEPS -seula aikuisille, Edinburgh Postnatal Depression Scale synnyttäjille ja GDS-15 myöhäisiä depressioseula ikääntyneille (Hietaharju & Nuutila 2010, 44).

3.1.2 Erilaisia masennustiloja

Masennustiloilla on taipumus uusiutua. Yhden masennusjakson jälkeen uusiutumisen riski on 50 %, kahden jakson jälkeen yli 70 % ja kolmen jakson jälkeen yli 90 %. Joillakin voi olla jopa kymmeniä masennusjaksoja elämänsä aikana. (Luhtasaari 2009, 26.)

Elämäntilanteeseen liittyvä masennus on useimmiten ohimenevä ja lievä. Sillä tarkoitetaan reaktiivisia ahdistus-, masennus- tai käyttäytymisoireina ilmeneviä tiloja. Se syntyy merkittävän elämänmuutoksen tai psyykkisesti kuormittavan kokemuksen jälkeen. Elämäntilanteeseen liittyvän masennuksen oireet kehittyvät yleensä kolmessa kuukaudessa stressitekijän ilmaannuttua elämään. (Luhtasaari 2002, 31–32.)

Dystyminen masennus on lieväästeinen, mutta krooninen masentuneisuuden muoto. Monesti tämä masennuksen muoto edeltää vakavaa masennusta. Dystymiassa monihäiriöisyys on yleistä, henkilöllä voi olla esimerkiksi ahdistuneisuutta, päihdeongelma tai persoonallisuushäiriö. Dystymisen masennuksen keskeinen oire on masentunut mieliala vähintään kahden vuoden ajan. Muita oireita ovat muun muassa unettomuus, toivotonmuuden tai epätoivon tunteet ja tunne, että ei selviä arkielämän vaatimuk-

sista. Kaksoismasennukseksi kutsutaan masennustilaa, jossa henkilöllä on diagnosoitu samanaikaisesti pitkäaikainen masennustila eli dystymia ja vakava masennustila. (Luhtasaari 2002, 33, 35.)

Mielialahäiriöt, joille luonteenomaista ovat toistuvat muutaman päivän mittaiset masennusjaksot, ovat nimeltään toistuvat lyhyet masennusjaksot. Oireiltaan toistuvat lyhyet masennusjaksot muistuttavat syviä masennusjaksoja. Muita oireita voivat olla muun muassa vihamielisyys, ristiriidat ihmissuhteissa ja ahdistuneisuusoireet. Masennusjaksoja ei pysty ennalta koimaan, sillä ne esiintyvät toistuvasti ilman säännönmukaisuutta. (Luhtasaari 2002, 36.)

Psykoottinen masennus on vaikea-asteinen masennustila. Siihen liittyy depression lisäksi voimakkaita aistiharhoja ja harhaluuloja. Usein psykoottiseen masennukseen liittyy somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio. Tämä masennustila on yleensä vaikea-asteinen ja psykoottinen. Muita tyypillisiä oireita melankoliselle depressiolle voivat olla muun muassa masentuneen mielialan vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys sekä voimakkaat syyllisyydentunteet. (Luhtasaari 2002, 36–37.)

Epätyypilliselle masennukselle ominaisia piirteitä ovat liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja lihominen, eli niin kutsutut vegetatiiviset oireet. Masentuneen tunnevireeseen vaikuttavat kielteiset ja myönteiset ympäristökäsitteet. (Luhtasaari 2002, 37.)

Äideistä noin 10–15 % sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Huttunen 2012). Synnytyksen jälkeisellä masennuksella tarkoitetaan vakavaa masennustilaa, joka alkaa neljän viikon kuluessa synnytyksen jälkeen. Masennuksen vaikeusaste vaihtelee lievistä oireista psykoottiseen masennustilaan. Synnytyksen jälkeistä herkistymistä ei kuitenkaan pidetä psykkisenä häiriönä. (Luhtasaari 2002, 38.) Herkistyminen on yleistä ja normaalia, ja sitä esiintyy yli puolella synnyttäneistä äideistä (Huttunen 2012). Herkistymisen oireet ovat lieviä ja ohimeneviä ja niitä ovat muun muassa itkuisuus, mielialan ailahtelu ja unihäiriöt (Luhtasaari 2002, 38).

Kaamosmasennukseksi kutsutaan masennustilaa, joka liittyy talvikauteen ja pimeyteen. Kaamosmasennuksen syy on nimenomaan kirkkaan päivänvalon puute, jolloin päivänvalo ei riitä tahdistamaan vuorokausirytmää, vaan rytmi alkaa kulkea sisäisen kellon mukaan eli jätättää. (Luhtasaari 2002, 39.)

Syklotymia eli mielialan heilahteluhäiriö, on kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievempi muoto. Siinä vuorottelevat hypomaanisuuden eli ylienergiisyyden ja lievän masentuneisuuden jaksot. Syklotymia on pitkäaikainen sairaus, se kestää vähintään kaksi vuotta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 46.)

3.1.3 Aiheuttavat ja altistavat tekijät

Masennuksen taustalta löytyy monia erilaisia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa perintötekijät, erilaiset fyysiset sairaudet sekä päihde- ja lääkeaineet. Edellä mainitut ja monet muut tekijät voivat aiheuttaa tai altistaa masennukselle. Perintötekijät eivät aiheuta masennusta, mutta voivat altistaa sille yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Masennuspotilaiden lähiomaisilla esiintyy masennusta huomattavasti enemmän kuin väestöllä keskimäärin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 42–43.)

Erilaiset rasiutilat voivat altistaa masennukselle. Näitä ovat esimerkiksi stressi, menetykset, univaje ja ihmissuhdeongelmat. Yhteiskunnan ja ihmisen omat odotukset itseään kohtaan voivat joskus olla niin suuret, että ihminen ei koe pystyvänsä täyttämään niitä. Tällainen tilanne voi altistaa masennukselle. Rikoksen uhriksi joutuminen, esimerkiksi raiskatuksi tuleminen voi aiheuttaa masennuksen. Myös omaishoitajana toimiminen altistaa masennuksen synnylle. (Hietaharju & Nuutila 2010, 42.)

Masennus voi johtua fyysisistä sairauksista, muun muassa diabeteksesta, kilpirauhasen vajaa- ja liikatoiminnasta, syöpäsairauksista sekä sepelvaltimotaudeista. Myös erilaiset elimistön puutostilat voivat aiheuttaa masennuksen. Masennusta aiheuttavia lääke- ja päihdeaineita ovat muun muassa antipsykootit, beetasalpaajat, anaboliset steroidit, alkoholi sekä amfetamiini ja kokaiini vieroitusvaiheessa (Luhtasaari 2002, 45).

Näiden edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös työuupumus voi aiheuttaa masennusta. Usein työuupumuksen oireet täyttävätkin vähintään keskivaikean masennustilan kriteerit (Luhtasaari 2002, 40.)

Piikkilän (2012) pro gradu -tutkielman mukaan naimisissa oleminen vähentää riskiä sairastua masennukseen. Erot ja menetykset puolestaan lisäävät sairastumisriskiä. Parisuhteiden erilaisuus saattaa johtaa myös siihen, että joissakin parisuhteissa eläminen vaarantaa ihmisen hyvinvoinnin sekä terveyden ja altistaa masennukseen sairastumiselle. Joskus taas avioero voi edistää masennuksesta toipumista enemmän kuin suhteessa jatkaminen.

3.1.4 Hoito

Toisten apuun turvautuminen voi olla monelle vaikeaa. Monesti tukea ja apua etsitään ensin lähipiirin ihmisistä. (Luhtasaari 2002, 65.) Koko perheen hyvinvointiin vaikuttaa perheenjäsenen masentuminen. Masennus estää kokemasta onnellisuutta ja hyvää oloa. Tämän lisäksi se vie voimia niin, että masentunut ei jaksa tehdä omaa hyvinvointiaan edistäviä tekoja. Masennus saa ihmisen näkemään maailman, itsensä ja muut usein negatiivisessa valossa. Nämä asiat tulevat esille myös parisuhteeseen ja vaikuttavat kumpaakin osapuoleen. Yleensä ihmiset pyrkivät käyttämään ensisijaisesti omia keinoja ja ohjeita masennuksesta selviytymiseen. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi paluu rutiineihin ja raatamiseen, arjesta irtautuminen ja asioiden pohdinta, tai muiden ihmisten kanssa puhuminen ja yhdessä-

olo. Jos näistä keinoista ei ole apua, niin vasta sitten haetaan apua ammattiauttajilta ja lääkkeistä. (Piikkilä 2012.)

Masennuksen hoidon suunnittelun kannalta on tärkeää selvittää, minkä asteista masennusta ihminen sairastaa. Asiantuntevan lääkärin tekemä diagnoosi sairaudesta on avain asemassa hoidon suunnittelun kannalta, sillä diagnoosi vaikuttaa mahdolliseen lääkehoidon sekä muiden biologisten hoitojen ja terapian tarpeeseen. Tärkeää on myös perehtyä mahdollisimman tarkasti ihmisen tilanteeseen. Oirekyselyt ja luokitusjärjestelmät ovat apuvälineitä hoidon suunnittelussa. (Luhtasaari 2009, 17, 26.) On hyvä myös muistaa, että masennuksen hoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa (Hietaharju & Nuutila 2010, 44). Yhdistelemällä eri hoitomuotoja saadaan useimmiten paras hoitotulos (Luhtasaari 2002, 50).

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidon perustana on tukea antava psykoterapeuttinen vuorovaikutteinen keskusteluhoito hoitosuhteessa sekä lääkehoito. Masentuneen potilaan hoitaminen vaatii usein sairaanhoitajalta pitkäjännittyneisyyttä, aikaa sekä yksilöllisiä auttamiskeinoja. Masentuneelle potilaalle psykoedukatiivinen hoito-ote ja toivon ylläpitäminen ovat toipumista edistäviä tekijöitä. Toipumisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat myös potilaan voimavarat ja ihmissuhteet. Potilaalle ja hänen läheisilleen tulee antaa tietoa muun muassa masennuksen oireista ja toipumiseen liittyvistä asioista. (Hentinen ym. 2009, 36.)

Ensimmäisen hoitosuunnitelman teon yhteydessä potilaan kanssa sovitaan hoitomuodot, asetetaan hoidon tavoitteet sekä sovitaan, milloin hoitosuunnitelmaa arvioidaan uudelleen. Hoitosuunnitelmasta on hyödyllistä antaa kopio myös potilaalle, koska silloin hän voi palata siihen ja tehdä itsearviointia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilaan terveydentilaa tulee arvioida vain hoitosuunnitelman yhteydessä, vaan suunnitelman tulee ”elää” koko hoidon ajan. Hoitoon saattaa sisältyä myös tarpeen mukaan muun muassa perhe- ja verkostotapaamisia, yhteistapaamisia työterveyshuollon ja työnantajan kanssa, sosiaalisen tilanteen kartoitus, psykologin tutkimuksia sekä työ- ja toimintakyvyn arvio. Kaikissa edellä mainituissa tilanteissa on huomioitava dialogisuus ja yhteistoiminnallisuus siten, että potilas tulee kuulluksi. (Hentinen ym. 2009, 37.)

Viimeisten vuosikymmenien aikana masennuslääkkeiden käyttöalue on laajentunut huomattavasti. Nykyisin masennuslääkkeet ovat ensisijaisia lääkkeitä myös muun muassa monien ahdistuneisuus- ja pelkotilojen sekä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. (Huttunen 2008, 68.) Lääkehoidon vaikutus tulee näkyviin asteittain 2–6 viikossa. Lääkehoidon kesto on yksilöllinen ja tavoitteena on kaikkien masennusoireiden häviäminen. (Luhtasaari 2002, 52, 54.)

Masennuksen lääkehoito jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat

1. akuuttivaiheen hoito, jonka tavoitteena on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen
2. jatkohoitovaihe, jossa ehkäistään sairaustilan välitöntä uusiutumista

- ylläpitovaihe, jossa pyritään suojaamaan todennäköiseltä sairauden uusiutumiselta. (Luhtasaari 2002, 52.)

Jotkut vakavat ja pitkittyneet masennustilat ovat paremmin hoidettavissa erilaisilla psyko- tai perheterapeuttisilla menetelmillä, kuin masennuslääkkeillä. Vakavaa sekä pidempään jatkuvaa lieväoireisempaa masentuneisuutta voidaan asianmukaisella lääkähoidolla lyhentää tai hoitaa sen merkittävää osaa. Useimmiten paras hoitotulos masennustiloissa saavutetaan, kun lääkehoitoon yhdistetään asianmukainen psykoterapia. (Huttunen 2008, 68–69.)

Psykoterapiaa antavat erillisen psykoterapiakoulutuksen suorittaneet henkilöt. Nämä henkilöt voivat olla peruskoulutukseltaan esimerkiksi erikoissairaanhoitajia, psykologeja, psykiatreja, sosiaalityöntekijöitä tai teologeja. (Mielenterveyden keskusliitto n.d.) Psykoterapia tarkoittaa asiakkaan ja hoitavan henkilön yhteistyöprosessia, joka toteutuu keskustelemalla. Se voidaan määritellä myös keinoksi, jolla saadaan tietoisesti ja ammatillisesti toisessa ihmisessä aikaan psyykkisiä muutoksia keskustelemalla, psykologisen vuorovaikutuksen kautta, ja jonka päämääränä on lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja niiden aiheuttamia kärsimyksiä. Psykoterapiassa keskeistä on asiakkaan oma motivaatio ja halu kyseiseen hoitoon. (Tamminen, Pylkkänen, Rechart, Saarinen & Taajamaa 2010, 45.)

Psykoterapiamuotoja on erilaisia. Kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään järjestelmällisesti paneutumaan asiakkaan kielteiseen ja vääristyneeseen ajatteluun. Psykodynaamisessa eli psykoanalyttisessä psykoterapiassa tavoitteena on asiakkaan lisääntyvän itsetuntemuksen ja oivalluksen kautta saavutettava kasvanut henkinen toimintakyky, pysyvästi parempi mielen toiminnan tasapaino ja persoonallisuuden kasvu. Interpersoonalinen psykoterapia pohjautuu psykodynaamiseen psykoterapiaan ja se keskittyy huomattavien ihmissuhdeongelmien korjaamiseen, jotka usein liittyvät masennukseen. Terapian aikana asiakasta yritetään saada tarkkailemaan omaa käytöstään ja häntä autetaan oppimaan uusia käyttäytymismalleja. (Tamminen ym. 2010, 46–47.)

Masennusta sairastavan hoidossa on myös aina huomioitava kohonnut itsemurhariski. Riski voi olla jopa kaksikymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. Hoidon alussa ja sopivin väliajoin hoidon kuluessa on syytä kysyä potilaalta mahdollisista itsetuhoisista ajatuksista. Kysyminen ei yllä masentunutta tekemään itsemurhaa, vaan moni masentunut kokee aiheesta keskustelemisen jopa helpottavaksi. (Hietaharju & Nuutila 2010, 44.)

3.2 Alkoholismi

Alkoholin käyttö on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti. Yli 90 % suomalaisista aikuisista käyttää alkoholia. Suomalaisista miehistä 27 % ja naisista 17 % käyttää alkoholia vähintään kerran viikossa. Suurimmalle osalle ihmisistä alkoholi ei aiheuta haittoja. Hyvin yleistä on kuitenkin alkoholin ongelmakäyttö. (Aalto 2010a, 11.) Vuonna 2011 Suomessa kuoli alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmaiseen alkoholimyrkytykseen 1889

henkilöä (Tilastokeskus 2012). Suomessa vuonna 2011 alkoholimyrkytyksiin kuoli 392 henkilöä. Heistä 80 % oli miehiä. Viime vuosina alkoholimyrkytyksiin kuolleiden määrä on vähentynyt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.)

Alkoholi kuuluu päihteisiin. Päihde on yleisnimitys kemiallisille aineille, jotka tuottavat päihtymyksen tunteen ja humalatilan tai jommankumman niistä. Päihteet voidaan jaotella laillisiin, laittomiin ja muihin aineisiin. Laillisia päihteitä ovat esimerkiksi alkoholi, tupakka ja kahvi. Näitä voidaan kutsua myös sosiaalisiksi päihteiksi. Laittomia päihteitä ovat huumeaineet, kuten esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet ja opiaatit. Muita päihteitä ovat esimerkiksi myrkkysienet, liuottimet ja kaasut. Nämä voidaan luokitella myös myrkyiksi. Päihteillä on erilainen asema eri kulttuureissa. Esimerkiksi Suomessa alkoholikulttuuri mielletään yleensä vapaa-ajan vieton ja rentoutumisen muodoksi, jolla on myös sosiaalista elämää tukeva rooli. (Hietaharju & Nuutila 2010, 67–68.)

3.2.1 Alkoholinkäytön haitat

Alkoholilla on moninaisia haitallisia vaikutuksia terveyteen. Haitat voivat olla terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia, sekä ne voivat kohdistua yksilöön itseensä, hänen lähiympäristöönsä tai laajemmin yhteiskuntaan. (Aalto 2010a, 12.)

Alkoholin ongelmakäytön aiheuttamia tavallisia terveysongelmia ovat muun muassa tapaturmat, masennus, ahdistus, unettomuus, hermostoon liittyvät häiriöt, vatsan sairaudet sekä kohonnut verenpaine. Muita alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja ovat muun muassa mielialavaihtelut, paniikkikohtaukset, vainoharhaisuus, psykoosit, itsetuhoisuus, alkoholiriippuvuus, dementia, alkoholimyrkytykset sekä ennen aikainen kuolema. Alkoholin ongelmakäyttö voi johtaa myös aivoverenvuotoon ja sydämen rytmihäiriöön. Pitkäaikainen alkoholin ongelmakäyttö lisää vaaraa sairastua pitkäaikaiseen sairauteen. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi maksakirroosi, haimatulehdus, aivosurkastuma ja alkoholistiharhaisuus. (Aalto 2010a, 12–13.)

Alkoholiongelma voi näyttäytyä parisuhteessa myös parisuhdeväkivaltana. Parisuhdeväkivaltaan sisältyy erilaisia tunteita, kokemuksia ja tulkintoja. Sen määrittelyssä on sukupuolisia, yksilöllisiä, kulttuurisia ja eroja. Parisuhdeväkivalta on yleensä tarkoituksellista, eri tavoin toteutuvaa puolison tarpeiden, tahdon ja toiveiden hallintaa, joka loukkaa puolison itsemääräämisoikeutta tai pariskunnan yhteisiä sitoumuksia. Parisuhdeväkivalta voi olla epäsuoraa tai suoraa. Sen tarkoituksena on vahingoittaa puolisoa, ympäristöä tai omaisuutta. Parisuhdeväkivallan eri muodot ovat usein samanaikaisia ja molemmat puoliset voivat käyttää väkivaltaa parisuhteessa. (Flinck & Paavilainen 2009, 197.)

Alkoholi on alkoholipitoisissa juomissa etanolia. Kun veren alkoholipitoisuus on noin 2,5 promillea kyseessä on lievä alkoholimyrkytys. Jos taas veren alkoholipitoisuus on yli 3 promillea, kyseessä on vakava alkoholimyrkytys. Edellä mainitut määrät ovat suuntaa antavia, koska jo alle 3

promillen alkoholipitoisuus voi olla tappava nuorelle tai ikäihmisellä. On myös huomioitava, että alkoholisti tai riskikuluttaja voi kestää reilusti yli 5 promillen humalatilaa ilman tajunnan menetystä. Lievän ja kohtalaisen alkoholimyrkytyksen merkkejä ovat muun muassa fyysisen ja psyykkisen suorituskyvyn heikkeneminen, kivuntunnon sekä reaktiokyvyn huonontuminen sekä tajunnan tason alentuminen. Merkkejä vakavasta alkoholimyrkytyksestä ovat muun muassa puuttuva reaktio kipuun, matala verenpaine sekä hengityksen katkonaisuus tai hengityspysähdys. (Jokelainen 2010, 135.)

Muun muassa liuottimissa, jäänestoaineissa, maaleissa ja lasinpuhdistusnesteissä käytetään metanolia, joka on myrkyllinen alkoholi. Laittomasti valmistetussa alkoholissa saattaa olla myös metanolia. Noin 3 millilitran annos metanolia voi olla hengenvaarallinen, kuitenkin yksilölliset vaihtelevat myrkytysvaikutuksille ovat suuria. Metanoli imeytyy ruuansulatuskanavassa, mutta metanoli myrkytys voi syntyä myös ihon tai hengitysteiden kautta imeytyneestä metanolista. (Jokelainen 2010, 136–137.)

Alkoholivieroitusoireyhtymän vaikein muoto on alkoholidelirium, delirium tremens eli juoppohulluus. Alkoholideliriumin taustalla on aina alkoholiriippuvuus sekä sitä edeltää vuosikausia kestänyt runsas alkoholin käyttö. Yli 10 vuotta kestänyt runsas alkoholin käyttö lisää suuresti riskiä sairastua alkoholideliriumiin. Nopeamminkin deliriumiin voi sairastua. Tyypillisesti lievemmät vieroitusoireet ja mahdollisesti myös alkoholikouristukset edeltävät alkoholideliriumia. Alkoholidelirium alkaa 1–3 vuorokauden kuluessa siitä, kun pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholikäytön on lopettanut. Tyypillisiä alkoholideliriumin oireita ovat muun muassa sekavuus, levottomuus, hallusinaatiot, harhaluulot, vapina sekä pahoinvointi. Tavallisesti alkoholidelirium kestää 3–7 vuorokautta. Muita mahdollisia aiheuttajia on syytä epäillä, jos delirium pitkittyy. Tilat, jotka aiheuttavat deliriumin kaltaisia oireita voidaan sulkea pois kliinisen tutkimuksen ja laboratoriotutkimusten avulla. (Jokelainen & Aalto 2010, 141–143.)

3.2.2 Alkoholin riskikäyttö ja haitallinen käyttö

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan sitä, kun alkoholin käyttömäärät ja -tapa ovat sellaisia, että todennäköisyys haitoille on pieni. Ei voida kuitenkaan sanoa alkoholin käytön olevan täysin turvallista. Jossakin tilanteessa pienikin alkoholin määrä voi aiheuttaa jonkun akuutin riskin, esimerkiksi liukastumisen tai muun tapaturman. Yleistä turvarajaa alkoholin käytölle ei voida asettaa. (Seppä 2013.)

Alkoholin ongelmakäytöllä tarkoitetaan sitä, että juomiseen liittyy jokin haitta tai huomattava riski saada alkoholin aiheuttama haitta. Vaikka alkoholinkäyttöön ei liity riippuvuutta tai muita haittoja, alkoholinkäyttö voi olla silti liiallista. Usein alkoholinkäyttöä tarkastellaan myös juotujen annosten mukaan. Suomessa yksi alkoholiannos vastaa 33cl keskiolutta, 12cl mietoa viiniä tai 4cl väkeviä. (Aalto 2010a, 8, 10.)

Alkoholin ongelmakäyttö on jaettu riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Riskikäyttö aiheuttaa huomattavan vaaran saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Kuitenkaan merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta ei vielä esiinny. Riskikäytössä ylittyvät niin sanotut alkoholin riskikulutuksen rajat (Taulukko 1.). (Aalto 2010a, 7–8.)

TAULUKKO 1. Alkoholin riskikäytön rajat Suomessa.

Sukupuoli	Alkoholiannosta kerralla (vähintään)	Alkoholiannosta viikossa (vähintään)
Nainen	5	16
Mies	7	24

Riskikäytön rajat ovat kuitenkin ohjeelliset ja alkoholin aiheuttamia haittoja voi esiintyä käytettäessä alkoholia vähemmän. Rajat eivät myöskään määrittele turvallisen juomisen rajaa. Esimerkiksi raskaana oleville, nuorille, ikääntyville ja päihderiippuvaisille riskikäytön rajat eivät sovellu. (Aalto 2010a, 10.)

Haitallisessa käytössä alkoholin aiheuttamat fyysiset tai psyykkiset haitat ovat selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä. Mitä enemmän ihminen juo, sitä todennäköisemmin haitat ilmaantuvat. Arvioitaessa haitallista käyttöä alkoholin käyttömäärillä ei ole merkitystä, vaan merkitystä on sillä, aiheuttaako alkoholi haittoja ja jatkuuko juominen niistä huolimatta. Haitallinen käyttö on yleensä pitkäaikaista. Haitallista käyttöä ei luokitella sairaudeksi, vaikka se on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa. (Aalto 2010a, 9.)

Ongelmakäytön tunnistaminen ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä on tärkeää. Tunnistuksen keinoja ovat muun muassa alkoholin käyttömäärien selvittäminen, asiakkaan haastattelu, juomapäiväkirjan pitäminen, AUDIT -kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test), mini-interventio eli lyhytneuvonta ja laboratoriokokeet. (Aalto 2010d, 32–35.) Erityisesti terveystarkastustilanteessa AUDIT -kysely soveltuu alkoholin käyttöön liittyvän keskustelun ja terveysneuvonnan avaajaksi. AUDIT -kysely on eniten käytössä oleva seulontaväline, jolla mitataan riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos n.d.) Mini-intervention kohderyhmänä ovat riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät henkilöt. Tarkoituksena on keskustella alkoholin käyttömääristä ja niiden mahdollisesta yhteydestä henkilön oireisiin, sairauteen ja hoitoon. (Aalto 2010d, 36.)

3.2.3 Alkoholiriippuvuus

Alkoholiriippuvuus on ongelmakäytön vaikein muoto ja sille on oma tarkka määritelmänsä. Alkoholiriippuvuuden diagnosointi perustuu Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksen alkoholiriippuvuuden kriteereihin. (Aalto 2010b, 40.)

Alkoholiriippuvuus on asteittain kehittyvä ja itse aiheutettu aivojen sairaus. Kehittyttyään se tyypillisesti huonontaa yksilön terveydellistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Kiiänmaa 2010, 23.) Alkoholiriippuvuuteen liittyy runsas ja hallitsematon alkoholin käyttö. Alkoholin käyttöä on vaikea lopettaa ja alkoholin sietokyky alkaa kasvaa. Riippuvuudesta kertoo myös vieroitusoireiden esiintyminen ja esimerkiksi niitä lievittävien niin sanottujen krapularyyppyjen käyttäminen. Runsaasta alkoholin käytöstä seuraa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Usein ongelmakäyttäjä pyrkii puolustelemaan ja vähättelemään ongelmiaan. (Hieta-harju & Nuutila 2010, 68.) Riippuvuus ilmenee myös käyttäytymisen muuttumisena, joka on seurausta alkoholin aiheuttamista muutoksista sekä aivoissa että yksilön tavassa havainnoida, tuntea ja ajatella. Eri yksilöillä alkoholiriippuvuuden oireet tai piirteet painottuvat eri tavoin. (Aalto 2010a, 9.)

Alkoholiriippuvuus voi olla sekä psyykkistä että fyysistä. Psykkisesti riippuvaiselle on ominaista pakonomainen halu saada alkoholia, ja terveydellisistä sekä muista vakavista seurauksista huolimatta hän on kykenemätön pidättäytymään alkoholista. Olennaista on myös juomishimo sekä runsaan alkoholin käytön myötä kehittyvä fyysinen riippuvuus ja toleranssi eli alkoholin sietokyvyn kasvu. Jatkuva ja runsas alkoholin käyttö johtaa fyysiseen riippuvuuteen. Fyysinen riippuvuus ilmenee vieroitusoireina juomisen katketessa. Vieroitusoireita ovat muun muassa vapina, pahoinvointi, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja hikoilu. Riippuen edeltäneen alkoholin käytön kestosta ja rajuudesta, vieroitusoireiden vaikeusaste ja esiintulon ajankohta vaihtelevat. Lievimmillään vieroitusoireet muistuttavat krapulaa ja voimakkaimmillaan voi aiheutua juoppohulluus eli delirium tremens. (Kiiänmaa 2010, 25–26.)

3.2.4 Aiheuttavat ja altistavat tekijät

Taipumus alkoholiriippuvuuteen voi periytyä. Altistavien perintötekijöiden arvioidaan lisäävän alkoholisoitumisen riskiä noin 50 %. Pelkästään perintötekijät eivät kuitenkaan tee kenestäkään alkoholiriippuvaista, vaan ympäristötekijät usein provosoivat alkoholin käytön aloittamista. Ympäristötekijöitä ovat muun muassa seura, kasvatus ja perhesuhteet, alkoholin saatavuus ja yhteiskunnalliset olot. (Kiiänmaa 2010, 26–27.) Perintötekijät vaikuttavat alkoholismien kehittämisessä vasta, kun käyttö on jo alkanut. Riippuvuuden psykologisia taustatekijöitä voivat olla muun muassa lapsena koettu turvattomuus, syrjäytyminen, hyvien aikuissuhteiden puuttuminen, päihderiippuvuus perheessä ja huono itsetunto (Kujasalo & Nykänen 2005, 90, 91–92.)

Alkoholin käytöllä on virkistäviä, positiivisia tunnetiloja ja mielihyvää tuottavia vaikutuksia, jotka voivat olla tiedostamattomia tai tiedostettuja. Näitä pidetään käytön ensisijaisina syinä ja ne vahvistavat sekä edistävät alkoholin toistuvaa käyttöä. Usein alkoholia käytetäänkin itselääkityksenä stressin, masennuksen ja ahdistuneisuuden lievittämiseksi. Todellisuudessa alkoholin käyttö voi kuitenkin esimerkiksi lisätä masennusta. (Kiiänmaa 2010, 24.)

3.2.5 Alkoholismin hoidon linjauksia

Jos alkoholinkäytön säätely tai lopettaminen ei onnistu omin avuin eikä läheisten tuella, tarpeelliseksi tulee alkoholiriippuvuuden hoidon aloittaminen. Alkoholiriippuvainen hakeutuu usein hoitoon yksin, mutta hänellä voi olla myös mukanaan omainen, jonka mielipiteillä ja havainnoilla on merkitystä hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Hoitosuunnitelman tulee olla yksilöllinen ja se tulee tehdä yhteistyössä asiakkaan kanssa. Hyvän hoitosuunnitelman tulee sisältää alkoholiongelman lisäksi myös mahdolliset muut psyykkisen ja fyysisen hoitamisen tarpeet. Suunnitelman tulee olla aina ajan tasalla ja sitä voi tarpeen mukaan muokata tilanteeseen paremmin sopivaksi. (Mäkelä & Aalto 2010, 43, 51–52.)

Alkoholiongelmiin hoitojärjestelmä on monihaarainen ja monivaiheinen. Eri paikkakunnilla on erilaisia käytännön järjestelyitä, vaikka hoidon lakisääteiset perustat ovat samanlaiset koko maassa. (Mäkelä & Aalto 2010, 44.)

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Tarkoituksena on myös edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuollon palveluja tulee tarjota päihteiden ongelmakäyttäjien lisäksi myös heidän perheilleen ja muille läheisille. (Mäkelä & Aalto 2010, 44; Päihdehuoltolaki 1:1, 1:7 §.)

Päihdehoidon peruspalveluilla tarkoitetaan samoja paikkoja, missä hoideetaan terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Näillä paikoilla tarkoitetaan esimerkiksi terveys-keskusta, työterveyshuoltoa ja sosiaalitoimistoa. Päihdehoidon erityispalvelut jaetaan avohoito ja -kuntoutuspalveluihin, laitoshoidon ja -kuntoutuspalveluihin sekä muihin palveluihin. Avohoito ja -kuntoutuspalveluihin kuuluvat A-klinikat, nuorisoasemat sekä erikoissairaanhoidon poliklinikat. Laitoshoidon ja -kuntoutuspalveluihin kuuluvat katkaisu- ja kuntoutushoitoyksiköt sekä erikoissairaanhoidon sairaaloiden päihdepsykiatriset osastot. Muihin palveluihin kuuluvat asumispalvelut, ensisuojaajat ja päiväkeskukset. (Mäkelä & Aalto 2010, 46, 48.)

Alkoholiriippuvuuden lääkehoito tulisi kohdentaa sen mukaan, onko tavoitteena asiakkaan välitön täysraittius, raitistuminen vähitellen vai raittiuden ylläpitäminen. Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito on usein eri teorioihin perustuvien työtapojen ja menetelmien yhdistelmä. Se pyrkii vähentämään alkoholin pakonomaista käyttöä tai sen seurauksia. Menetelminä hoidossa käytetään tiedon antamista, keskustelua, erilaisia tehtäviä ja käytännön harjoituksia. Hoito voi tapahtua yksilöhoitona tai pienessä ryhmässä. Yleensä myös läheiset osallistutetaan jossain vaiheessa hoitoon. (Alho & Aalto 2010, 56–57.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka tavoite on voimistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen selvittämällä ja tutkimalla ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa eli ambivalenssia. Motivoivan haastattelun peruselementtejä ovat herättely, yhteistyö ja itseohjautuminen. Periaatteena on, että asiakkaassa itsessään on muutok-

sen edellytykset, jotka täytyy vain etsiä vetoamalla haastateltavan omiin arvoihin, havaintoihin ja tavoitteisiin. (Päihdelinkki 2011.)

Kun alkoholiongelmainen on toteuttamassa muutosta alkoholin käyttöönsä, voivat suureksi avuksi olla tavanomaiset ihmiskontaktit, kuten sukulaiset, työtoverit tai tuttavat. Myös vertaistukiryhmät tarjoavat päihdeetöntä sosiaalista toimintaa. (Mäkelä & Aalto 2010, 52–53.)

Tunnetuin alkoholiongelmaisten vertaistukijärjestelmä on AA (Anonymous Alcoholics) eli Nimettömät Alkoholistit. AA:ssa mies- sekä naisosallistujat jakavat keskenään kokemuksensa, toivonsa ja voimansa, ratkaistakseen yhteisen ongelmansa. Ainoa vaatimus jäseneksi pääsyyn on halu lopettaa juominen. Alkoholiongelmaisten läheisille vertaistukea tarjoavat Al-Anon-ryhmät. Jäseneksi pääsemisen edellytyksenä on perheenjäsenen tai ystävän alkoholiongelma. Alateen-ryhmät ovat 10–20-vuotiaille, joiden elämään vaikuttaa tai on vaikuttanut jonkun läheisen alkoholiongelma. A-kilta on päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä yhdistys, jonka tavoitteena on päihdeongelmaton elämäntapa. A-killan toimintaan kuuluvat muun muassa erilaiset keskusteluryhmät, päihdeongelmaisten edunvalvonta ja päiväkeskustoiminta. (Mäkelä & Aalto 2010, 52–53.)

Tärkeä voimavara alkoholiongelmien hoidossa ja ehkäisyssä on perhe sekä muut läheiset. Perheessä alkoholiongelmasta keskusteleminen voi auttaa tilanteen hahmottamiseen sekä mahdolliseen ulkopuolisen avun tarpeen ymmärtämiseen. Keskustelussa on muistettava pysyä asiassa. Kun keskustelu on aloitettu pääosin alkoholiongelmien innoittamana, pitää aiheen pysyä mukana koko keskustelun ajan. Oma kokemus on henkilön todeksi kokema näkökulma. Toisen esittämiä mielipiteitä ei siis saa heti mitätöidä tai tyrmätä. Yhteyden ottaminen ammattiauttajiin on vaihtoehtona silloin, jos perheen sisäinen keskustelu ei käynnisty tai puhumisesta huolimatta tilanne ei muutu parempaan suuntaan. Yhteyttä hoitopaikkaan ottaa toisinaan myös puoliso, joka ei vielä ole saanut alkoholiongelmaiselta kumppaniltaan lupaa hoitoon lähdestä. Työntekijän ja perheenjäsenten keskinäinen neuvottelu mahdollistaakin yleensä parhaimman ja realistisen tavoitteen asettamisen. (Mäkelä 2010, 73, 76, 78, 81.)

Mielenterveyslain mukaista lääkärin kirjoittamaa tahdosta riippumattoman hoidon lähetettä lyhyen sairaalahoidon käynnistämiseen saatetaan tarvita, jos vieroitusoireet menevät harhoiksi ja muiksi alkoholipsykoosin oireiksi. Päihdehuoltolaki tarjoaa mahdollisuuden tahdosta riippumattomaan laitoshoidon. Perusteena tahdosta riippumattomaan hoitoon on lääkärin arvioima välitön hengenmenon uhka tai sosiaaliviranomaisen toteama väkivaltaisuus. (Mäkelä 2010, 85.)

Sairastuminen ja sairaalahoidon joutuminen on ihmiselle poikkeuksellinen tilanne. Tällöin joutuu koetukselle kyky selviytyä tilanteen tuomista haasteista. Sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja sen hyvinvointiin. Läheisille tulee tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarpeita, koska he voivat kokea sairastumisen ja sairaalahoidon potilasta raskaammin. Läheisten tuen tarpeen tunnistamisessa ja tuen antamisessa on hoitohenkilökunta

avainasemassa. Turvallinen ja ystävällinen ilmapiiri sekä luottamus hoito-henkilökunnan työskentelyyn vaikuttavat läheisten kokemukseen tuesta. (Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009, 295.)

Koska alkoholiongelmilla on alttius toistua, suositellaan yleensä jatkohoi-toa. Kotioloissa kannattaa myös jatkaa hoidossa opittuja toimintatapoja. Ongelmat voivat kuitenkin kaikesta huolimatta toistua. Voi tulla joko äkilinen retkahdus tai alkoholin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lisääntyvät pikkuhiljaa. Tällöin on parasta unohtaa mustavalkoinen ajattelu, että asiat olisivat hyvin tai huonosti. Monesti asiat ovat jotakin siltä väliltä, edistystä ja takapakkia samaan aikaan. Tärkeää on muistaa myös positiiviset asiat. (Mäkelä 2010, 81–82.)

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme tiedonhaussa sovelsimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista muotoa. Aineistoa haimme CINAHL- ja Medic- tietokannoista sekä kirjastosta ja internetistä. Aineiston analyysissä sovelsimme induktiivista sisällönanalyysiä. Seuraavissa luvuissa kuvaamme tarkemmin opinnäytetyössä käytettyjä menetelmiä, tiedonhakua sekä opinnäytetyön toteuttamista.

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, joka käy analyttisesti läpi tietyn aihepiirin aiemmat tutkimukset. Kirjallisuuskatsauksessa esitellään tutkimusaiheeseen liittyvät eri menetelmin saavutetut tärkeimmät tutkimustulokset, keskeiset näkökulmat sekä metodiset ratkaisut. Tekijän on asetettava kirjallisuuskatsaukselle tavoite ja tarkoitus. (Jyväskylän yliopisto n.d.)

Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen. Tähän kirjallisuuteen kuuluvat muun muassa aikakauslehtitikkelit, tutkimuselosteet ja muut keskeiset julkaisut. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, miten ja mistä näkökulmasta asiaa on aiemmin tutkittu, sekä miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy aikaisempiin tutkimuksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 114–115.)

Kirjallisuuskatsaus on jaettu kolmeen eri perustyyppiin, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen katsaus sekä meta-analyysi. Yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota voi kuvailla yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Katsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta erottuu kaksi hieman erilaista suuntausta, jotka ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. (Salminen 2011, 6.)

Opinnäytetyössämme sovelsimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista muotoa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto. Usein narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta hankittu tutkimusaineisto ei ole käynyt läpi erityisen systemaattista

seuraa. (Salminen 2011, 7.) Valitsimme narratiivisen muodon juuri siksi, että se on kirjallisuuskatsauksen kevyin muoto. Opinnäytetyömme aineisto oli myös laajaa ja laaja-alaista, ja tietoa haettiin sekä hoito- että sosiaalitieteestä. Valintaamme vaikutti myös se, että opinnäytetyömme aineiston valintakriteerit eivät olleet tarkkarajaisia.

4.2 Tiedonhaku

Tietoa haimme vuoden 2013 aikana. Opinnäytetyössämme hyväksyimme väljemmät kriteerit aineiston hakuprosessissa sekä aineiston valinnassa ja analysoinnissa. Hakusanoina käytimme yksittäishauissa kaksoisdiagnoosi, masennus ja alkoholismi-sanoja. Yhdistelmähaussa edellisten sanojen lisäksi lisäsimme hakusanat: puoliso, perhe ja sosiaalinen tuki. Haimme myös masennus ja alkoholismi-hakusanoilla yhdistelmähaussa. Englanniksi vastaavat hakusanat ovat dual diagnosis, depression, alcoholism, spouse, family ja social support.

Tietokantahaun teimme CINAHL- ja Medic-tietokantoihin yksittäis- ja yhdistelmähaulla. Haimme tietoa myös internetin ja kirjaston kautta. Internetissä tiedonhaun työkaluna käytimme Google -hakukonetta. Opinnäytetyöt haimme Ammattikorkeakoulujen verkkokirjastosta, Theseuksesta. Valitsimme CINAHL-tietokannan, koska CINAHL on kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön viitekanta. Toinen valintamme oli Medic-tietokanta, joka sisältää viitteitä muun muassa suomalaisiin terveydenhuoltoalan väitöskirjoihin, lehtiartikkeleihin ja kokousjulkaisuihin. Kummastakin tietokannasta löytyy opinnäytetyömme kannalta hyödyllistä aineistoa ja molemmissa tietokannoissa on myös mahdollisuus kokoteksti aineistoon. Päädyimme näihin kahteen tietokantaan myös sen takia, että Hämeen ammattikorkeakoulun informaattikko suositteli niitä tiedonhakukoulutuksessa. Hyödynsimme tiedonhaussa myös muiden aineistojen lähdeluetteloita ja saimme opinnäytetyömme kannalta hyödyllisestä kirjallisuudesta vinkkejä yhteistyökumppaniltamme.

Aineistomme oli kirjallisuutta. Tutkittavaa aineistoa olivat kirjat, pro gradu -tutkielmat, opinnäytetyöt sekä tutkimukset (Taulukko 2.). Tutkittava aineisto valittiin hakusanojen ja valintakriteerien perusteella. Aineiston valintakriteereinä oli, että se on hoito- tai sosiaalitieteellistä ja liittyy opinnäytetyömme aiheeseen, sen sisältö on luotettavaa ja 2000 -luvulla julkaisua tietoa sekä aineistot ovat ilmaisia ja helposti saatavia. Tietokantahaussa valintakriteerinä oli lisäksi se, että aineistossa on kokoteksti saatavuus.

TAULUKKO 2. Tutkittavat aineistot.

Aineiston tyyppi	Aineiston nimi / tekijä	Julkaisu vuosi
Pro gradu -tutkielmat	Masennus parisuhteessa puolison kokemana / Piikkilä Eija	2012
	Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana / Vikman Mari	2011
Kirjat	Arjessa mukana / Luodemäki Sanna, Ray Kaija & Hirstiö-Snellman Paula	2009
	Mielenterveyden ensiapukirja / Heiskanen Tarja, Salonen Kristiina & Sassi Pirkko	2007
	Läheiseni on päihdeongelmainen / Koski-Jännes Anja & Hänninen Vilma	2004
	Yhdessä yksin? / Koskisuu Jari & Kulola Tarja	2005
	Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta / Saarelainen Ritva, Stengård Eija & Vuori-Kemilä Anne	2003
Tutkimukset	Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi / Nyman Markku & Stengård Eija	2001
	All in the family: Resources and Referrals for alcoholism / Barnett Mary Ann	2003
Opinnäytetyöt	Mielenterveyskuntoutujien omaisten tuen tarve ja sen toteutuminen / Rajanen Mikko	2013
	Opas masennuspotilaan omaisille / Mietola Julia & Mäntykoski Marianne	2012

CINAHL -tietokannan hakutulokset suomenkielisillä hakusanoilla yksittäis- ja yhdistelmähaulla tuottivat vain seitsemän hakutulosta. Näistä hakutuloksista emme valinneet mitään opinnäytetyöhömmä, koska ne eivät täyttäneet valintakriteereitä.

Medic-tietokannan hakutulokset suomenkielisillä hakusanoilla yksittäishauulla tuotti yhteensä 292 hakutulosta, kun hakusana sai esiintyä missä tekstin osassa tahansa. Koska hakutuloksia tuli niin paljon, suoritimme samaan tietokantaan haun, jossa hakusana esiintyi vain otsikossa. Tämän haun jälkeen hakutuloksia oli 40, joista valitsimme yhden aineiston opinäytetyöhömme valintakriteerien perusteella. (Taulukko 3.) Medic-tietokantaan suoritettu suomenkielinen yhdistelmähaun tuotti 26 hakutulosta ja näistä emme valinneet mitään opinäytetyöhömme, koska ne eivät täyttäneet valintakriteereitä.

TAULUKKO 3.

Hakusana	Tulokset (kpl)	Valitut (kpl)
Kaksoisdiagnoosi	0	0
Masennus	37	1
Alkoholismi	3	0

Englanninkielisiä hakusanoja yksittäishauissa olivat dual diagnosis, depression ja alcoholism. Tietokantahauissa haimme aineistoa niin, että englanninkielisen hakusanan tuli löytyä aineiston otsikosta. Haimme aineistoa tällä kriteerillä sen vuoksi, että hakutuloksia tuli todella paljon, jos hakusana sai olla mikä osa vain aineistoa. Esimerkiksi CINAHL-tietokannassa suoritettussa haussa dual diagnosis hakusanalla löytyi 2 778 hakutulosta ja depression hakusanalla 120 592 hakutulosta, kun hakusana esiintyi vain jossain kohdassa aineistossa. Suoritimme aluksi yksittäishakuja tietokantoihin. Hakutuloksia tuli näillä hakukerroilla paljon. Tämän vuoksi rajasimme haut niin, että jos yksittäishauulla tuli yli 100 hakutulosta, haimme aineistoa yhdistelmähaulla. Yhdistelmähakuihin lisäsimme hakusanoiksi spouse, family ja social support.

CINAHL-tietokannan englanninkielisillä hakusanoilla suoritettu yksittäishaku tuotti yhteensä 5 520 hakutulosta. Koska hakutuloksia tuli niin paljon, suoritimme samaan tietokantaan yhdistelmähaun, jonka jälkeen hakutuloksia oli 176 joista valitsimme yhden aineiston opinäytetyöhömme valintakriteerien perusteella. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4.

Hakusana(t)	Tulokset (kpl)	Valitut (kpl)
Dual diagnosis	73	0
Depression	5119	
Depression AND alcoholism	5	0
Depression AND spouse	0	0
Depression AND family	70	0
Depression AND social support	75	0
Alcoholism	328	
Alcoholism AND spouse	0	0
Alcoholism AND family	25	1
Alcoholism AND social support	1	0

Medic-tietokantaan suoritimme englanninkielisillä hakusanoilla yksittäishaun ja saimme 67 hakutulosta. Näistä hakutuloksista emme valinneet yhtään aineistoa opinnäytetyöhömmä, koska ne eivät täyttäneet valintakriteereitä.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysissä sovelsimme induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Se voi olla joko yksittäinen metodi tai laajemmin ymmärrettävä analyysikokonaisuuksien teoreettinen kehys. Sisällönanalyysin avulla kerätty tietoaineisto tiivistetään niin, että voidaan tarkastella tutkittavien asioiden ja ilmiöiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Tiedon analysointi n.d.)

Sisällönanalyysiä voi käyttää minkä tahansa dokumentin analysoinnissa. Dokumentti voi olla esimerkiksi kirja, haastattelu, artikkeli, puhe, raportti tai joku muu kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysin pyrkimyksenä on luoda hajanaisesta aineistosta yhtenäistä ja selkeää informaatiota, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko on mahdollista. Laadullisen aineiston analyysissä voi päättelyn logiikka olla deduktiivinen eli teorialähtöinen, induktiivinen eli aineistolähtöinen tai abduktiivinen eli teoriohjaava. (Tiedon analysointi n.d.)

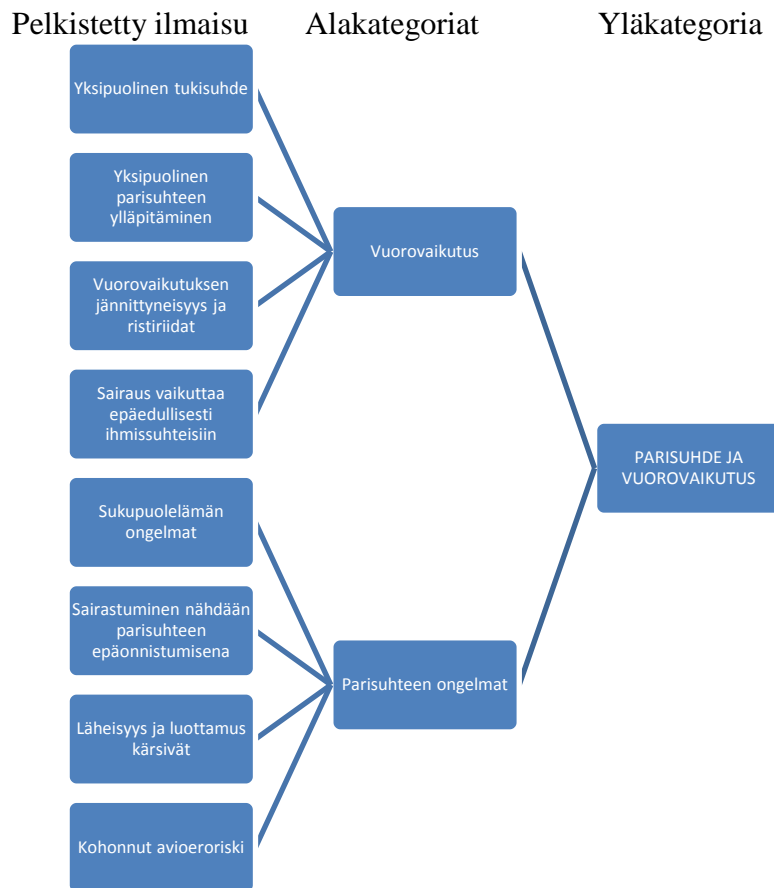
Ennen analyysin aloittamista on päätettävä analysoidaanko aineistosta vain selvästi esillä olevat ilmaisut vai analysoidaanko myös piilossa olevia viestejä. Tämän jälkeen määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi sana, lause tai lausuma. Kun analyysiyksikkö on määritetty, ai-

neisto luetaan aktiivisesti useita kertoja läpi. Tämän jälkeen aloitetaan analyysiprosessi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Induktiivisen sisällön analyysin analyysiprosessia kuvataan asioiden pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistäminen tarkoittaa että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Aineistoa pelkistetään esimerkiksi kysymällä aineistolta opinnäytetyökysymyksiä. Ryhmittelyssä aineiston tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa, jolloin niistä muodostuu yläkategorioita. Yläkategoriat nimetään niin, että nimi kuvastaa yläkategorian sisältämiä alakategorioita. Abstrahoinnissa tarkoituksena on muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6.)

Päätimme analysoida aineistosta vain selvästi esillä olevia ilmaisuja. Analyysiyksikkönämme toimivat lauseet. Aloitimme induktiivisen sisällön analyysin tutustumalla valittuihin aineistoihin. Luimme aineistoja aktiivisesti ja samalla etsimme opinnäytetyökysymyksiimme vastaavia ilmaisuja eli pelkistimme aineistoa. Teimme löydetyistä ilmaisuista listoja. Listan toiselle puolelle keräsimme aineistoista esiin nousseita tuen tarpeita ja toiselle puolelle keinoja, jotka vastasivat kyseisiin tuen tarpeisiin. Yhdistelimme pelkistettyjä tuen tarpeen ilmaisuja perustuen niiden samankaltaisuuden tai merkittävään yhteiseen tekijään ja muodostimme niistä alakategorioita. Seuraavaksi yhdistelimme alakategorioita ja muodostimme niistä yläkategoriat. Alakategorioita tuli yhteensä yhdeksän ja yläkategorioita tuli yhteensä neljä.

Yläkategorioita olivat parisuhde ja vuorovaikutus, tiedon tarve, oma jaksaminen sekä arjen tukeminen. Parisuhde ja vuorovaikutus yläkategorian alakategorioita olivat vuorovaikutus ja parisuhteen ongelmat. Tiedon tarpeen alakategorioita olivat tietoa ongelmallisista tilanteista, tietoa sairaudesta sekä erilaisten yritysten, yhdistysten ja järjestöjen yhteystietoja. Oman jaksamisen alakategorioita olivat tunteiden työstäminen ja omat voimavarat. Arjen tukemisen alakategorioita olivat arjen hallinta ja elämän muutokset. Kuvassa 1 on havainnollistettu sovelletun induktiivisen sisällönanalyysin etenemistä ja toteutusta.



Kuva 1. Esimerkki sovelletusta induktiivisesta sisällönanalyysistä.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Rakkaan ja läheisen ihmisen psyykinen sairastuminen on yksi vaikeimmista asioista, jonka perhe voi joutua kohtaamaan. Läheisen sairastuminen on kriisi koko perheelle ja se vaikuttaa kaikkien perheenjäsenten elämään. Parisuhteen toisen osapuolen psyykinen sairastuminen tuo myös väistämättömiä muutoksia parisuhteeseen. Myös sairaudesta toipuminen ja kuntoutuminen on koko perheen yhteinen haaste. Sairaus ja sen seuraukset näkyvät perheen toimintakyvyssä, arjessa sekä keskinäisissä suhteissa. (Koskisuu & Kulola 2005, 13.)

Omaisten tukemisen tavoitteena on auttaa heitä luomaan ja ylläpitämään toimivia selviytymiskeinoja sekä käsittelemään sairastumisen herättämiä tunteita. Tuen tarve vaihtelee sen mukaan, miten pitkään läheinen on sairastanut ja miten omaiset ovat kyenneet käsittelemään sairastumisesta aiheutuneen kriisin. Annettava tuki tuleekin sopeuttaa kunkin yksilön sen hetkisen tilanteen ja tarpeen mukaan. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 191.)

Seuraavissa luvuissa käsitellään kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Kirjallisuuskatsauksessa esille nousivat ongelmat parisuhteessa ja vuorovaikutuksessa, tietämättömyys sairaudesta ja omista oikeuksista sekä konkreettisten keinojen puuttuminen; mikä auttaa selviämään elämässä

eteenpäin. Myös puolison oma jaksaminen nousi esille ja siihen sisältyi omien voimavarojen rajallisuus ja tunteiden työstäminen. Esille nousi myös arjen tukeminen, mihin sisältyi arjen hallinta ja muutoksiin sopeutuminen. Näiden teemojen yhteydessä kuvataan myös, minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voidaan vastata.

5.1 Parisuhde ja vuorovaikutus

Läheisen sairastuessa psyykkisesti, voidaan parisuhdetta ja perhettä kohtaava kuormitus jakaa kahteen erilaiseen taakkaan: subjektiiviseen ja objektiiviseen. Subjektiivisella taakalla tarkoitetaan niitä henkilökohtaisia tunteita ja kokemuksia, joita läheisen sairastuminen aiheuttaa perheenjäsenissä ja puolisoissa. Nämä tunteet liittyvät keskeisesti surun ja luopumisen tunteisiin. Objektiivisella taakalla tarkoitetaan arjen haasteita tai päivittäisiä käytännön ongelmia, joita perheessä tai parisuhteessa kohdataan puolison sairastuttua. Näitä ovat esimerkiksi sairauden oireiden vaikutus perheen arkeen, mielenterveyspalveluiden riittämättömyys tai rajoitukset, käytännön vastuiden ja työnjaon muutokset sekä häpeän ja leimautumisen kokemukset. (Koskisuu & Kulola 2005, 62,70.)

Puoliso voi olla sidoksissa sairastuneeseen läheiseensä 24 tuntia vuorokaudessa vuodesta toiseen. (Saarelainen ym. 2003, 184). Mahdollinen uupumus ja voimattomuus saattaa saada sairastuneen vetäytymään arjen toimista. Tämä johtaa siihen, että sairastuneen osallistuminen arkisiin toimiin voi vähentyä ja tervettä puolisoa arjen toiminnot kuormittavat enemmän. Jokapäiväisessä arjessa masennus voi näyttäytyä sairaan puolison käytöksessä muun muassa kärsimättömyytenä ja äkkipikaisuutena. Sairaana puolison kyky ottaa muita huomioon saattaa myös heikentyä ja hänen kasvanut itsekeskeisyytensä voi olla haitaksi pariskunnan yhteiselämälle. Terve puoliso voi myös kokea, että sairas puoliso kohtelee häntä sairastumisensa jälkeen huonommin kuin aikaisemmin. (Piikkilä 2012) Sairastuneen passiivisuus saattaa myös kuormittaa parisuhdetta. Sairastunut ei välttämättä kykene ottamaan apua vastaan tai vaatimaan sitä. Mikäli sairastunut ei myöskään anna lupaa yhteistyön tekemiseen puolison kanssa, puoliso voi joutua poissuljetuksi läheisensä hoidosta, vaikka haluaisikin osallistua. Terveelle puolisolalle tämä voi aiheuttaa esimerkiksi turhautumisen tunteita. (Rajanan 2013; Saarelainen ym. 2003, 184.)

Sairastunut voi vetäytyä vuorovaikutuksesta puolisoonsa niin psyykkisellä kuin fyysisellä tasollakin. Parisuhteessa keskustelut saattavat vähentyä, koska sairastunut ei enää kerro asioistaan, puhu eikä kuuntele puolisoaan. Terveen puolison kosketuksiin tai lähestymisyhteyksiin sairastunut saattaa suhtautua välinpitämättömästi. Terve puoliso näkee paljon vaivaa pitääkseen yllä parisuhdetta sekä estääkseen sairastunutta eristäytymään hänestä kokonaan. (Piikkilä 2012)

Terve puoliso saattaa kokea, että suhde muuttuu yksipuoliseksi tukisuhteeksi ja puolisoitten välinen luottamus sekä läheisyys voivat kärsiä. Sairaudesta saattaa myös aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta tai muita sukupuolielämän ongelmia. (Saarelainen ym. 2003, 188.) Yleensä mielenterveysongelma tuokin mukanaan ongelmia seksin alueelle vaikka ongelmia on

voinut olla parisuhteessa psyykkisestä sairaudesta huolimattakin. Sairaus voi tuoda ongelmia myös parisuhteen läheisyyteen, hellyyteen ja fyysiseen rakkauteen. Masentuneelle ihmisille kaikenlainen läheisyys voi tuntua ajoittain liian vaativalta, jolloin seksi ei kiinnosta. Terveestä puolisoista tämä voi tuntua hylkäämiseltä. (Koskisuu & Kulola 2005, 105–107.)

Leimautuminen on monen puolison hyvinvointia uhkaava tekijä. Se voi näkyä myös konkreettisesti esimerkiksi sosiaalisissa suhteissa jos puoliso vetäytyy muiden ihmisten seurasta, pelätessään joutuvansa kohtaamaan muiden vieroksuntaa. (Luodemäki, Ray & Hirstiö-Snellman 2009, 22–23.)

Ystäviin ja sukulaisiin ei aina jakseta pitää yhteyttä samalla tavalla kuin aiemmin, koska sairauteen liittyvät ongelmat vievät pariskunnalta paljon voimavaroja (Saarelainen ym. 2003, 187). Myös sairastuneen yhteydenpito sukulaisiin, ystäviin ja kavereihin saattaa vähentyä tai jopa loppua kokonaan. Tämän vuoksi terve puoliso saattaa olla ainoa, joka ylläpitää pariskunnan sosiaalisia suhteita. (Piikkilä 2012) Ristiriidat sairastuneen ja muun lähipiirin välillä voivat lisätä puolison tilanteen rasittavuutta. Sairastuminen vaikuttaa usein myös puolisoitten keskinäisiin suhteisiin kielteisesti. (Nyman & Stengård 2001, 39.)

Mikäli sairastunut käyttää alkoholia, saattaa se tehdä sairastuneen enemmän poissaolevaksi suhteesta (Piikkilä 2012). Alkoholismi voikin vaikuttaa liiton laatuun, vakauteen ja tyytyväisyyteen. (Barnett 2003, 469). Sairastunut alkoholia käyttävä puoliso ei lakkaa kuitenkaan olemasta läheinen, johon suhtautumista sävyttävät myös kiintymys ja rakkaus. Nämä tunteet voivat herättää alkoholinkäytön yhteydessä kielteisiä tunteita kuten huolta alkoholia käyttävän puolison terveydestä ja hyvinvoinnista sekä surua menetetyistä onnellisista yhteiselämästä. (Hänninen 2004, 106.)

Alkoholi voi olla yritys ratkaista oireilua, parisuhdeongelmia tai yksinäisyyttä. Alkoholi ei tue toipumista ja se saattaa jopa pahentaa masennuksen oireita. Alkoholin ongelmakäyttö voi tuottaa myös merkittäviä lisäongelmia parisuhteeseen. Alkoholi- ja mielenterveysongelma yhdessä voivat johtaa esimerkiksi parisuhteen päättymiseen. Voi myös olla että parisuhde päättyy eroon todennäköisemmin, kun sairastuneella on yhtäaikaaisesti mielenterveys- ja päihdeongelma kuin että hänellä olisi vain toinen edellä mainituista ongelmista. (Koskisuu & Kulola 2005, 137–139.)

Erityisen raskasta terveelle puolisolalle voi olla itsemurhapuheiden kuunteleminen (Piikkilä 2012). Sairaana puolison itsemurhayritys voi tuntua terveestä puolisoista äärimmäiseltä hylkäämiseltä. Itsemurhaa harkitseva voi aidosti tuntea ja kokea, että perheen asiat olisivat paremmin ilman häntä. Puoliso taas voi kokea hänen yrityksensä jopa osoituksena siitä, ettei sairastunut enää rakasta häntä, välitä hänestä tai halua häntä. (Koskisuu & Kulola 2005, 133.)

Sairastuminen voidaan nähdä myös parisuhteen epäonnistumisena. Puolisoit voivat miettiä, että jos he olisivat tehneet asiat toisin, olisivat puhuneet enemmän tai eläneet eri tavalla, niin toinen ei olisi sairastunut. Tilanne voidaan nähdä myös osoituksena yhteisestä kyvyttömyydestä tai parisuh-

teen huonoudesta. Kumpikin voi kokea epäonnistuneensa puolisona. Sairastunut voi kokea epäonnistuneensa siinä, että sairastui eikä voinut estää sitä. Terve puoliso taas voi kokea epäonnistuneensa koska ei huomannut ajoissa sairastumista. Tällöin koko parisuhde voi näyttäytyä heikkona ja huonona. Mielenterveysongelmiin liittyy myös kohonnut avioeroriski. Moni pariskunta harkitsee eroa jossain vaiheessa sairastumisen jälkeen, joko erikseen tai yhdessä. (Koskisuus & Kulola 2005, 54, 141–142.) Terve puoliso voi pohtia eroa koska hänellä mahdollisesti on huoli ja pelko siitä, että parisuhteessa jatkaminen voisi johtaa oman terveydentilan huononemiseen (Piikkilä 2012).

5.1.1 Selviytymiskeinoja parisuhteen ongelmiin ja vuorovaikutukseen

Koskisuus & Kulola (2005, 78–79.) kuvasivat teoksessaan, että koetun tai havainnoitavan kuormituksen vastapainona on parisuhteen voimakkuuden ja voimavarojen ulottuvuus. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään usein termiä ”resilience” kuvaamaan tätä vahvuutta, joka joustaa mutta ei katkea. Termillä tarkoitetaan perheen voimavaroista, ongelmien ratkaisutavoista ja vahvuuksista rakentuvaa suojaverkkoa, joka auttaa sopeutumaan, toimimaan ja tulemaan toimeen kuormittavien tekijöiden kanssa. Parisuhteen yhdessä jaetut käsitykset, kokemukset, uskomukset sekä yhteinen tarina vahvistavat koherenssin tunnetta, jolla tarkoitetaan pariskunnan tai yksilön käsitystä elämän tai elämäntilanteen hallittavuudesta, ymmärrettävyydestä ja mielekkyydestä.

Ensisijainen selviytymiskeino on yleensä, että puoliso toimii itse ongelman poistamiseksi. Alkoholisoituneen puolison kohdalla kyse on siis toiminnasta, jonka tavoitteena on, että hän vähentäisi käyttämistä tai lopettaisi sen. Toinen selviytymiskeino on kulissien ylläpito. Ongelma pyritään pitämään piilossa ja perheen julkisivu puhtaana. Tällä tavalla puoliso pyrkii hallitsemaan häpeän tunnetta. Havainto omasta voimattomuudesta suhteessa puolison alkoholinkäyttöön voi johdattaa myös täysin toisenlaiseen selviytymisstrategiaan eli tilanteesta irrottautumiseen henkisesti tai fyysisesti. Konkreettisin tapa irrottautua puolisoista on avioero. (Hänninen 2004, 107–108.)

Eron mahdollisuuden esille ottaminen voi pakottaa puoliset katsomaan tilannetta uudella tavalla. Eron esille nostaminen voi myös murtaa paikoilleen juuttuneen tilanteen ja johtaa parisuhteen tilanteen uudelleen arviointiin. (Koskisuus & Kulola 2005, 143.)

Jotkut voivat kuitenkin valita juovan puolison ja siitä johtuvan elämäntavan. Terve puoliso voi perustella valintaansa esimerkiksi taloudellisilla tekijöillä. Tällaisessa tilanteessa terveydenhuollon työntekijän tehtävänä on auttaa puolisoa kestäämään sekä opastaa häntä suojaamaan itseään suhteeseen mahdollisesti liittyvältä psyykkiseltä ja fyysiseltä väkivallalta. (Saarelainen ym. 2003, 193.)

Puolison on voitava irrottautua tiiviistä kanssakäymisestä sairastuneen kanssa riittävän usein sekä riittävän pitkäksi aikaa. Esimerkiksi pitkäaikaisesta masennusta sairastavan asiakkaan intervallihoito sairaalassa saattaa

ajoittain olla jopa välttämätöntä puolison jaksamisen kannalta. Toivon ylläpitäminen ja pientenkin edistysaskelien osoittaminen voivat auttaa puolisoa jaksamaan ja uskomaan sairastuneen toipumiseen. Myös ryhmätöinnistä on saatu hyviä kokemuksia esimerkiksi depressiokoulu-ryhmissä. Depressiokoulu-ryhmissä sekä sairastuneet että heidän puolisonsa voivat oppia uusia ajattelu- ja toimintamalleja, jotka mahdollisesti ennaltaehkäisevät masennusta ja lyhentävät masennuksen kestoja. (Saarelainen ym. 2003, 194–195.)

Sosiaalisen tuen etsiminen on myös yleinen selviytymiskeino kun on vaikeuksia (Hänninen 2004, 108). Sosiaalinen tuki on puolisoille hyvin tärkeää. Puolisoiden sosiaalisena tukena vertaistuellalla on erityisen merkittävä rooli. Vertaistukiryhmissä voidaan käsitellä muun muassa leimautumisen ja häpeän tunteita. Vertaistuki on kuitenkin vain yksi tuen muoto. Muita ovat esimerkiksi tuki, jota voi saada perheenjäseniltä, sukulaisilta, naapureilta ja ystäviltä sekä ammatillinen tuki. Ystävät ja muut läheiset ovatkin yleensä voimavara, joka tukee puolison jaksamista ja lisää tyytyväisyyttä elämään. (Luodemäki ym. 2009, 23, 25, 30.)

Vikmanin (2011) pro gradu -tutkielmassa todettiin myös, että perheet kokivat parhaaksi toimivuuden osa-alueeksi perheenjäsenten väliset suhteet. Perheet kokivat myös, että heidän perheissään välitetään toisista ja tuetaan toisia. Myös verkostotyössä asiakkaan puoliso ja muut omaiset katsotaan hoidon ja kuntoutuksen voimavaraksi. Omaisten osallistumista hoitoon pidetään myös tärkeänä. (Saarelainen ym. 2003, 184.)

Myös masentuneelle ihmiselle läheisten tuki on erityisen tärkeää. Terveen puolison on tärkeää muistaa, että tarkkailee tilannetta niin sanotusti ulkopuolisin silmin, eikä mene liikaa mukaan toisen tunteisiin. Terve puoliso voi tukea kuuntelemalla, innostamalla harrastuksiin, tukemalla arjessa selviytymistä sekä välttämällä tilanteen vähättelemistä. Sosiaalista tukea voi olla myös hyvin järjestetty työ. Sairastuneen mielialaa voi selvittää ja ottaa puheeksi esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla

- Olet ollut viime aikoina poissaoleva ja alakuloinen. Voisinko auttaa jotenkin?
- Haluaisitko puhua asiasta? (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 134.)

Parisuhteessa vastuu on molemmilla, mutta väliaikaisesti vastuu voi siirtyä toiselle. Jos muutos on pitkäaikainen, molemmat tarvitsevat ja ovat oikeutettuja tukeen nimenomaan puolisoina. Jokaisella on oma vastuu omasta elämästään. Puolison ei täydy ottaa vastuuta toisen terveydestä määräämättömäksi ajaksi. Kysymys ei ole jättämisestä tai hylkäämisestä vaan omien rajojen ja jaksamisen tunnistamisesta. Kumpikaan puoliso ei voi olla vastuussa toisen kuntoutumisesta, vaan sitä voi ainoastaan tukea. (Koskisu & Kulola 2005, 104, 170.)

5.2 Tiedon tarve

Jos puolison huolenpitotehtävästä on muodostunut pysyvä osa arkea, niin sillä on myös vaarana levittäytyä määrittämään koko elämää. Tässä vaiheessa puoliso kaipaa usein tietoa stressistä ja sen hallinnasta, ongelmatilanteiden ratkomisesta sekä omista oikeuksista ja oma-aputoiminnasta. (Luodemäki ym. 2009, 40.)

Puoliso voi tarvita opastusta myös vuorovaikutustaidoissa. Asiatiedon lisäksi puoliso voi haluta selkeät ohjeet siitä, miten arkipäivän ongelmatilanteissa tulee toimia. Puolisolla voi olla myös tarvetta saada tietoa sairastuneen raha-asioiden hoitamisesta, testamentin laatimisesta tai erilaisten hoitokotien tarjoamista asumismahdollisuuksista. Tämän lisäksi puoliso tarvitsee myös tukea siinä, että hänellä on oikeus elää omaa elämäänsä. (Saarelainen ym. 2003, 196.)

Puoliso tarvitsee yleensä tietoa sairauden luonteesta, hoitomuodoista ja paranemisenusteesta. Usein hän kaipaa tietoa myös siitä, miten hän voi itse auttaa sairastunutta ja miten toimia hänen kanssaan. Tämän lisäksi on tärkeää tietää, mistä saa apua ja mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Mietola & Mäntyselä 2012) Myös psyykenlääkitys ja sen mahdolliset haittavaikutukset voivat mietityttää puolisoa (Saarelainen ym. 2003, 192).

Sairauden alussa puoliso tarvitsee paljon konkreettista ja selkeää tietoa (Rajanen 2013). Terveelle puolisolle voi olla vaikeaa kohdata masennukseen liittyviä oireita. Tämän vuoksi puoliso tarvitsee jo sairastumisen alkuvaiheessa tietoa siitä, miten suhtautua sairauden oireisiin. Masennus on herkästi tarttuva tunne ja puoliso voi helposti joutuakin samaan tunnetilaan sairastuneen kanssa. Myös syyllisyyden, toivottomuuden ja arvottomuuden tunteet sekä itsetuhoajatukset ovat puolisolle hyvin ahdistavia. (Saarelainen ym. 2003, 193–194.) Puoliso pyrkii myös ymmärtämään masentumiseen johtaneita syitä (Piikkilä 2012).

Suhde ympäröivään yhteisöön muuttuu yleensä siten, että sairastunut ja hänen puolisonsa joutuvat ennestään tuntemattoman palvelujärjestelmän piiriin. Sairastuneen ja puolison on etsittävä aktiivisesti tietoa erilaisista sosiaaliturvaan sisältyvistä etuuksista sekä yhteiskunnan tarjoamista hoito- ja kuntoutuspalveluista. (Saarelainen ym. 2003, 187.) Pariskunta ei välttämättä saa riittävästi neuvoja, tukea tai konkreettista apua sosiaaliturvakysymyksissä ja eläkeasioissa. Pariskunta, joka ei ole aiemmin käyttänyt toimeentulotukea tai muita sosiaalitoimen palveluita, voi myös kokea avun hakemisen nöyryyttävänä. (Koskisuu & Kulola 2005, 85–86.)

5.2.1 Keinoja tiedon tarpeeseen

Kun diagnoosi saadaan, nimen saaminen omille kokemuksille voi helpottaa ja tuoda hallinnan tunnetta puolisolle. Diagnoosi voi myös vähentää pelkoja ja epävarmuutta. Realisoituminen on tosiasioiden ja tilanteen tunnistamista. Oleellinen osa realisoitumista on ammattihenkilöltä saatava tieto ja toivo. (Koskisuu & Kulola 2005, 45, 61.)

Tietoa sairaudesta puoliso voi saada muun muassa terveydenhoitohenkilöstöltä kuten psykiatriselta sairaanhoitajalta. Tietoa voi saada myös erilaisilta yhdistyksiltä. Puoliso voi hakea itse tietoa sairaudesta esimerkiksi kirjallisuudesta tai internetistä. Juridisiin ja taloudellisiin asioihin liittyen neuvoa ja apua voi hakea esimerkiksi kansaneläkelaitokselta ja poliisilta. Tietoa oman jaksamisen kannalta puoliso voi saada vertaistuen kautta sekä ystäviltään.

Tiedon antaminen mahdollistaa luottamuksellisen yhteistyösuhteen puolisojen kanssa. Puolisot pohtivat lähes aina sairastumiseen johtaneita syitä, joten on tärkeää keskustella heidän kanssa aiheettomien syyllisyyden tunteiden ehkäisemiseksi. Terveen puolison on tärkeää saada tietoa myös siitä, että vaikka alkoholiongelma sairastuttaa ruumiillisesti sekä psykologisella, henkisellä ja sosiaalisella tasolla, alkoholin käyttö on siitä huolimatta aina yksilön oma valinta. (Saarelainen ym. 2003, 192.)

Puolisoiden on hyvä oppia erottamaan sairauden uusiutumista ennakoivat varomerkit pysyväisoireista sekä laatia selkeä toimintasuunnitelma mahdollisten kriisitilanteiden varalle arjen hallinnan kannalta. Perhetapaamisten lisäksi perheille tarkoitettua sopeutumisvalmennus- ja perhekurssit voivat myös ohjeistaa, kuinka arkipäivän ongelmatilanteissa tulee toimia. Puolison osallistuminen tukitoimintaan esimerkiksi omaisyhdistyksissä tarjoaa hänelle myös mahdollisuuden saada käytännön neuvoja arkielämän tilanteisiin. (Saarelainen ym. 2003, 185, 196.)

Puolison on syytä etsiä pikaisesti apua, jos sairastunut on viestinyt jollakin tavoin itsemurha-ajatuksia. Jos sairastunut ei itse halua ottaa yhteyttä ammattiauttajiin, voi puoliso ottaa yhteyttä esimerkiksi Mielenterveysseuran valtakunnalliseen kriisipuhelimeen. Lähiympäristön merkitys turvaverkkoa korostuu, kun ulkoa päin tulevat paineet voimistuvat. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että olipa sosiaalinen turvaverkko kuinka vahva tahansa, itsemurha saattaa siltikin tapahtua. Aina viime kädessä itsemurha on ihmisen oma ratkaisu. (Heiskanen ym. 2007, 55.)

Terveen puolison on hyvä opetella puhumaan itsemurhavaarassa olevan kanssa moralisoimatta ja syyllistämättä. On kuitenkin hyvä puhua avoimesti ja asioiden oikeilla nimillä. Jos alkoholi on lääke masennukseen, on kehoitettava hakemaan apua nopeasti. Itsetuhoisen ihmisen kanssa on toimittava rauhallisesti, ei saa hätäntyä. Kriisitilanteessa on hyvä lähteä saattamaan henkilö hoitoon. Suora kysymys itsemurha-ajatuksista ei johda itsetuhoiseen käyttäytymiseen, vaan kertoo siitä, että kysyjä haluaa auttaa. Itsetuhoiset ajatukset voi ottaa puheeksi esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla:

- Onko sinulla ollut viime aikoina kovasti paineita?
- Oletko ollut viime aikoina masentunut?
- Osaatko sanoa, mikä sinua masentaa?
- Onko sinulla ollut itsemurha-ajatuksia? (Heiskanen ym. 2007, 56.)

Vaikeissa mielenterveydenhäiriöissä, joissa jatkuva lääkitys on asiakkaan kannalta tärkeä, on tärkeää antaa puolisolalle tietoa lääkityksen eduista ja mahdollisista sivuvaikutuksista. Näin voidaan poistaa turhia huolia, ja puoliso voi omalta osaltaan tukea asiakkaan lääkkeidenkäyttöä. (Saarelainen ym. 2003, 192.)

Vikmanin (2011) pro gradu -tutkielmassa avohoitopotilaiden perheenjäseneet kokivat sosiaalisen tuen melko hyväksi ja parhaiten toteutunut tuen muoto oli konkreettinen tuki. Tutkimuksessa avohoitopotilaiden perheenjäsenistä noin puolet koki saaneensa hyvin tietoa lääkehoidosta. Avohoidossa pitkäkestoiset hoitosuhteet myös mahdollistivat pitkäjänteisen perheiden tukemisen.

5.3 Oma jaksaminen

Jos sairausvaihe kestää kauan, siitä voi seurata puolison voimavarojen kuluminen (Koskisu & Kulola 2005, 95). Sairaana puolison mielenterveyden järkkäytyminen herättää terveessä puolisosssa hyvin erilaisia tunteita (Saarelainen ym. 2003, 185). Puolison sairastuminen masennukseen voi herättää terveessä puolisosssa psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia tuntemuksia. Psyykkisiä tuntemuksia ovat muun muassa viha, raivo, kyynisyys, turvattomuus, avuttomuus, huoli ja ahdistus. Fyysisiä tuntemuksia ovat esimerkiksi väsymys, uupumus sekä voimattomuus ja terve puoliso saattaa kokea oman jaksamisensa huonoksi. Yksinäisyyden kokeminen sekä haluttomuus muistella kipeitä muistoja, joita puolison sairastuminen aiheutti, ovat esimerkkejä sosiaalisista tuntemuksista. (Mietola & Mäntyselkä 2012)

Usein puoliso haluaisi auttaa mutta ei tiedä, että mitä hän voisi tehdä. Tällöin terve puoliso saattaa kokea itsensä avuttomaksi ja voimattomaksi. Tilanteesta aiheutuva epävarmuus voi myös ahdistaa puolisoa voimakkaasti. Läheisen sairastuminen aiheuttaa myös pelon ja surun tunteita. Tulevaisuus voi tuntua ennakoimattomalta ja pelottavalta. Mielenterveysongelmiin liittyy edelleen myös häpeän tunteita. Myös alkoholiongelmaisen puolison mielessä voivat risteillä monenlaiset tunteet. Puoliso voi esimerkiksi kokea olevansa ”tyhjän päällä”. Usein puoliso joutuu elämään kahta elämää. ”Selvänä päivänä” asiat ovat yhdellä tavalla ja ”juomispäivänä” kaikki on toisin. Alkoholiongelmaisten puolisoille tyypillisiä tunteita ovat toivottomuus, pelko, järkytys, viha ja syyllisyys. (Saarelainen ym. 2003, 185–186.)

Läheisen sairauden aiheuttamat muutokset voivat pitkään jatkuessaan vaarantaa puolison fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin. Puolisolle saattaa tulla psykosomaattisia oireita tai hänellä ennestään olleet sairaudet voivat pahentua. Puoliso tarvitsee kuuntelijan, jonka kanssa hän voi käsitellä tapahtuneen herättämiä tunteita. Puoliso tarvitsee myös aikaa selvittääkseen rauhassa, mitä on tapahtunut ja miten jatkaa eteenpäin. (Saarelainen ym. 2003, 190, 195.)

Puolison vähäiset voimavarat voivat lisätä kuormittumista ja riskiä masentua. Tervettä puolisoa voivat myös kuormittaa erilaiset stressitekijät, joita ovat muun muassa heikko taloudellinen tilanne, sairastuneen kanssa asu-

minen, sairastuneen huono toimintakyky sekä vaikea huolenpitotilanne. Vaikea huolenpitotilanne myös lisää masentumisriskiä. Puoliso kokee usein haikeuden, surun ja luopumisen tuskan tunteita. Sairautta kohtaan voidaan kokea myös vihaa ja katkeruutta. (Luodemäki ym. 2009, 19.) On myös luonnollista, että itsemurhayritys herättää terveessä puolisosssa vihan tunteita, vaikka hänen järkensä kuinka sanoisi, että tekoon on johtanut sietämätön henkinen kipu (Koskisuu & Kulola 2005, 134).

Terveelle puolisolalle sairastuneesta yksin vastuuseen jääminen voi olla erittäin kuormittava kokemus (Rajananen 2013). Terve puoliso voi kokea raskeana sairastuneen mielialanvaihtelun, huonon kohtelun ja sen, että sairastuneen osallistuminen arkisiin toimintoihin vähentyy. Terve puoliso voi myös kokea, että sairastunut purkaa pahaa oloaan häneen epäoikeudenmukaisesti. Kun terve puoliso joutuu hoitamaan myös sairastuneen puolesta arkiaskareita, se kuormittaa häntä entistä enemmän. (Piikkilä 2012)

Terve puoliso voi kokea, ettei hänellä itsellään ole varaa hellittää tai masentua, koska hän kokee tehtäväkseen viedä yhteistä arkea ja elämää eteenpäin. Masentuneen henkilön puolisolalla saattaa esiintyä masennukselle ominaisia tunteita itselläänkin, kuten toivottomuutta, avuttomuutta ja ilottomuutta. Terve puoliso voi myös tämän lisäksi kokea, ettei hänellä ole oikeutta olla onnellinen kun toinen on sairas. (Piikkilä 2012)

Vastuun ja tehtävien lisääntyttä terveelle puolisolalle ei välttämättä jää mahdollisuutta levätä tai elpyä riittävästi. Usein voi käydä myös niin, että pariskunnan yhteinen koti alkaa tuntua terveestä puolisossta paikalta, joka lisää omaa pahaa oloa. Tämän vuoksi puoliso ei välttämättä halua tai voi pyytää kotiinsa ystäviä tai sukulaisia käymään. (Piikkilä 2012)

Puolison alkoholiongelma, varsinkin pitkään jatkuneena, voi altistaa terveen puolison mielenterveysongelmille. Alkoholistin kanssa eläminen ja jatkuva vaikea perhetilanne on usein uuvuttavaa ja voi joissakin tapauksissa johtaa puolison masennuksen puhkeamiseen. (Koskisuu & Kulola 2005, 138.) Yleensä puoliso yrittää kaikkensa saadakseen alkoholisoituneen tajuamaan tilanteen vakavuuden tai auttaakseen tätä selviytymään ongelmastaan. Tulokset voivat jäädä heikoiksi, ja se puolestaan voi aiheuttaa puolisosssa negatiivisia tunteita kuten vihaa, pettymystä, ahdistusta, syyllisyyttä ja toivottomuutta. Puoliso saattaa tällöin purkaa hätänsä tavoilla, joka entisestään heikentää tilannetta. Hän voi myös salata ongelman ja peittää huolensa, jolloin hän voi itse vielä huonommin. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 8–9.) Alkoholiongelmaisen puoliso voi myös pelätä omia aggressiivisia impulsejaan. Alkoholiongelman luonteesta juontuvia kielteisiä tunteita ovat vastenmielisyys ja inho, joita juopuneen fyysinen ja moraalinen alennustila voivat tuottaa. Epätoivon tunne lisää muiden kielteisten tunteiden painoa. (Hänninen 2004, 105–106.)

Kun parisuhteen vuorovaikutus on jo kärsinyt sairauden oireiden seurauksena ja kun sairastunut tuntuu vihamieliseltä, etäiseltä tai muuten vaikeasti lähestyttävältä, voi terveelle puolisolalle syntyä helposti huoli tai tunne siitä, että sairastunut uskoo hänen aiheuttaneen tilanteen. Terve puoliso voi myös itse alkaa uskoa, että näin todella on. Terve puoliso syyttää usein it-

seään siitä, ettei hän aikaisemmin tajunnut mistä on kysymys. Hän voi kokea, että jos hän olisi aikaisemmin puuttunut tilanteeseen ja olisi saanut sairastuneen hoitoon aikaisemmin, tilanne voisi olla helpompi. Syyllisyyttä siitä, ettei osannut auttaa ajoissa tai havainnut tilannetta oikein, voi olla hyvinkin voimakas. Myös eroamisen ajatuksen tai mahdollisuuden pelkkä ajattelu voi herättää terveessä puolisosessa syyllisyyttä. Puoliso voi kokea, että hän on hylkäämässä sairaan ihmisen. Tällöin omat toiveet, tarpeet ja jaksaminen voivat ainakin aluksi peittyä syyllisyyden alle. (Koskisu & Kulola 2005, 53, 142.)

5.3.1 Selviytymiskeinoja oman jaksamisen tueksi

Puolison jaksamista tukevia ja tyytyväisyyttä omaan elämään lisääviä voimavaroja ovat muun muassa ystävät, liikunta, töissä käynti, arjen pienet ilot, harrastukset, keskustelu sekä positiivinen asenne (Luodemäki ym. 2009, 25; Nyman & Stengård 2001, 83; Rajanen 2013). Selviytymiskeinoiniin kuuluvat paitsi puolison voimavarat, myös käytännön ongelmanratkaisukeinot (Nyman & Stengård 2001, 64).

Omaan mielenterveyteensä voi vaikuttaa tunnistamalla paremmin omat selviytymistavat. Erilaisissa selviytymistilanteissa jokaisella ihmisellä on tietoja, taitoja ja keinoja, jotka auttavat selviytymään. Selviytyäkseen parhaiten, täytyy osata käyttää kaikkia keinoja hyväkseen sekä valita keinoista parhaiten tilanteeseen sopiva. Jotta, nämä tiedot, taidot ja keinot voi ottaa tietoisesti käyttöön, ne täytyy tunnistaa. Ofra Ayalon on israelilainen kriisipsykologi, joka on määritellyt kuusi selviytymistyyppiä ja ne ovat

1. henkisesti suuntautunut selviytyjä joka turvautuu sekä etsii tukea omista arvoistaan ja ideologiastaan.
2. emotionaalinen selviytyjä joka ei patoa tunteitaan vaan purkaa ne teoiksi.
3. sosiaalisesti suuntautunut selviytyjä joka hakee tukea, ottaa apua vastaan sekä keskustelee vaikeuksistaan.
4. luova selviytyjä joka käyttää mielikuvitustaan löytääkseen ratkaisun sekä välttääkseen epämiellyttäviä asioita.
5. kognitiivinen selviytyjä joka laittaa asioita tärkeysjärjestykseen, hankkii tietoa, ratkaisee ongelmia sekä tekee toimintasuunnitelmia.
6. fysiologinen selviytyjä joka purkaa paineensa toimintaan. (Heiskanen ym. 2007, 25.)

Hyvin tärkeää on, että puoliso kykenee suremaan tapahtunutta sekä kokeaamaan menetyksiä (Saarelainen ym. 2003, 195). Kun aikaa on kulunut riittävästi, terve puoliso oppii yleensä hyväksymään myös sen tosiasian että hänen läheisensä on psyykkisesti sairas. Positiivinen asennoituminen ja kyky ottaa ilo irti pienistäkin asioista voivat edesauttaa terveen puolison jaksamista. Surun käsittelyn ja muun purkamisen koetaan myös usein puhdistavan ilmaa ja antavan uutta voimaa jatkaa. (Luodemäki ym. 2009, 25–26, 40.) Myös puolison sairastumisen johdosta syntyneillä vihan ja raivon tunteilla voi olla myönteinen puoli. Viha antaa voimaa pitää omia puolia sekä saada aikaan muutoksia. Anteeksianto ja tyyneys ovat puoles-

taan kokemuksia, joissa tunteiden ristiriita on kyetty sovittamaan. (Hänninen 2004, 106.)

Puolison olisi hyvä löytää tasapaino huolenpitämisen ja oman jaksamisen välillä. Omien voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto auttavat häntä jaksamaan arjessa. (Saarelainen ym. 2003, 190.) Sairastuneen puolison hyvien puolien ja voimavarojen muistaminen ja näkeminen voi helpottaa terveen puolison oloa sekä luoda toivoa paremmasta tulevaisuudesta (Piikkilä 2012). Myös henkiset tai hengelliset arvot voivat auttaa hyvän tasapainon löytämisessä (Saarelainen ym. 2003, 190).

Omaakohtaisesti koetut kriisit voivat opettaa puolisoa ymmärtämään myös muita vaikeuksissa olevia. Huolenpito sairaasta läheisestä voi myös sinänsä olla palkitsevaa ja antaa mahdollisuuden kokea itsensä tarpeelliseksi. (Saarelainen ym. 2003, 189.) Positiivisena tunteena voidaan myös nähdä kiitollisuus siitä että on selvinnyt vaikeista asioista (Rajanan 2013).

Yleensä puoliso kokee vaikeista asioista puhumisen tärkeäksi. Puhuminen koetaan myös usein selviytymiskeinona. Muita selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi omaistoiminta ja vertaistuki sekä erilaiset tunteiden purkumenetelmät. (Rajanan 2013) Myös Al-Anon-ryhmissä tai auttavassa puhelimessa on mahdollisuus puhua toisille samaa kokeneille (Hänninen 2004, 108–109).

Jokaisessa sairastumisen vaiheessa omaisten keskinäisellä vertaistuella on suuri merkitys. Vertaistukiryhmissä on mahdollista jakaa kokemuksia ja käsitellä tunteita toisten, samassa tilanteessa elävien kanssa. Puolison olisi voitava tuntea, että myös hänen tarpeensa ja hätänsä tulevat kuulluiksi ja että muut ottavat ne vakavasti. Joillakin paikkakunnilla omaisille on tarjolla myös tukihenkilöitä. Joskus läheisen sairastuminen voi aiheuttaa puolisolalle niin vakavan kriisin, että hänet tulee ohjata saamaan ammattiapua. (Saarelainen ym. 2003, 195, 197.)

5.4 Arjen tukeminen

Osa puolisoista kokee elämänsä vaikeutuvan jollakin elämänalueella kun toinen puoliso sairastuu. Näitä elämänalueita voivat olla esimerkiksi taloudellinen tilanne, työssäkäynti, sosiaaliset suhteet sekä käytännön asioiden hoitaminen. Sairastuneen oireilu tai toimintakyvyttömyys pakottaa yleensä jakamaan arkielämään liittyvän vastuun ja tehtävät uudella tavalla. Puolison sairastuessa terve puoliso joutuu mahdollisesti ottamaan enemmän vastuuta käytännön arkielämän sujumisesta. Koska sairastunut voi olla voimaton ja aloitekyvytön, terve puoliso ottaa herkästi vastuun käytännön asioista. (Saarelainen ym. 2003, 185–186, 188, 194.) Joissakin tapauksissa terve puoliso voi tarvita konkreettista tukea arkeen ja asioiden hoitoon. Tällaista apua voi olla esimerkiksi siivouspalvelu. (Mietola & Mäntykoski 2012)

Vastuun jaon siirtyminen terveen puolison harteille tarkoittaa yleensä työnjaon muuttumista, erilaisten asioiden ja puheenaiheiden välttelyä kuten myös joidenkin tilanteiden välttelyä sekä joskus jopa eristäytymistä.

Mitä suurempi muutos arjessa tapahtuu, sitä suurempi haaste tilanne on terveelle puolisolle. Kun sairastuneella on yhtäaikaaisesti mielenterveydenhäiriö ja päihdeongelma, seurauksena saattaa olla myös väkivaltaisuutta ja kotielämän rikkinäisyyttä. Tällöin terve puoliso voi myös turvautua päih-teisiin ainakin osittain kyseisen tilanteen seurauksena. (Koskisuus & Kulola 2005, 33, 92, 138.)

Puolison sairastumisen vaikutukset pariskunnan taloudelliseen tilanteeseen ja toimeentuloon voivat johtua siitä, että sairastuneella on rahankäytön ja elämänhallinnan ongelmia. Käytännössä puoliso voi joutua tukemaan sairastunutta puolisoaan monenlaisissa välttämättömissä hankinnoissa. Lisäksi puolisollla voi olla huolia ja pelkoja siitä, miten sairastunut selviytyy taloudellisesta tulevaisuudesta. Varsinkin itsemurhavaarassa olevien sairastuneiden valvominen voi johtaa siihen, että puoliso joutuu luopumaan opiskelusta ja työssäkäynnistä. (Nyman & Stengård 2001, 36–37.)

Lähes aina kun kyseessä on pitkäaikainen ongelma, niin siitä seuraa myös jonkintasoinen elintason ja käytettävissä olevan rahamäärän aleneminen. Jatkuvat taloudelliset huolet eivät edistä sairastuneen toipumista ja kuntoutumista tai puolison jaksamista. Erityisen hankalaksi on myös koettu kuntoutustuki- ja eläkepäätösten odottelu sekä mahdollisesti jo myönnettyjen tukien maksatuksen viivästymiset. (Koskisuus & Kulola 2005, 85.)

Alkoholiongelma voi heikentää perheen kapasiteettia suunnitella aktiiviteettia ja tarttumista rutiineihin (Barnett 2003, 469). Sairastuneen tukeminen voi rajoittaa myös puolison mahdollisuuksia virkistymiseen ja aktiiviseen vapaa-ajanviettoon. Usein tämä johtuu huolenpitotehtävästä johtuvan ajan puutteesta sekä vähäisistä taloudellisista mahdollisuuksista. (Nyman & Stengård 2001, 38.) Yhteisen vapaa-ajan suunnittelu ja vietto saattavat hankaloitua myös, koska voi olla vaikeaa suunnitella yhteistä aikaa, kun sairastuneen jaksamista ja vointia ei voi tietää ennakolta (Saarelainen ym. 2003, 187).

5.4.1 Arjenhallinnan selviytymiskeinoja

Nyman ja Stengård (2001, 42) kuvasivat tutkimuksessaan tilanteeseen -, merkityksen hallintaan, - sekä stressin hallintaan liittyviä selviytymiskeinoja. Tilanteen hallintaan liittyviä selviytymiskeinoja olivat muun muassa vain välttämättömien asioiden tekeminen, sairaudesta oppiminen niin paljon kuin mahdollista sekä toiminnan keksiminen sairastuneelle. Merkityksen hallintaan liittyviä selviytymiskeinoja olivat esimerkiksi aiempien hyvin aikojen ajattelu, pyrkimys ymmärtää sairauden laatua sekä sairastuneen hyväksyminen sellaisena kuin hän on. Stressin hallintaan liittyviä selviytymiskeinoja olivat muun muassa liikunnan harrastaminen, television katsominen, lukeminen, syöminen sekä ajan viettäminen yksin.

Mielenterveydestä voi huolehtia kiinnittämällä huomiota psyykkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Myös läheisten mielenterveyttä voi tukea erilaisin tavoin. Mielenterveydestä voi huolehtia keinoilla, joita ovat muun muassa

- arjen rytmistä kiinnittäminen
- riittävä lepo ja uni
- itselleen sopivan rentoutumismuodon löytäminen
- monipuolinen syöminen
- mielihyvää tuottava tekeminen
- lupauksien pitäminen
- avun pyytäminen ja tarjoaminen epäröimättä
- kuunteleminen
- harrastuksissa käyminen
- toivon ylläpitäminen ja elämänhalun säilyttäminen. (Heiskanen ym. 2007, 27.)

Riittävä lepo ja mahdollisuus irtautua arjesta voivat antaa terveelle puolisolalle uusia voimavaroja. Monet yhdistykset järjestävät virkistystapahtumia, retkiä ja tuettuja lomiam, joihin omaiset ja sairastuneet voivat osallistua. (Saarelainen ym. 2003, 196.) Selviytymiskeinoja voivat olla myös kirjoittaminen, ongelman sanoiksi pukeminen, luottamus Jumalaan sekä luonnossa liikkuminen (Hänninen 2004, 109).

6 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena kokosimme opaslehden kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolisolalle. Opaslehden kohderyhmänä ovat henkilöt, joiden puolisoilla on alkoholiongelma ja masennus. Sairastuneet henkilöt ovat jo hoidon piirissä ja sairauden akuutti vaihe on jo ohi. Sairastuneiden puolisoilla on jo kenties jotakin tietoa sairaudesta ja sen tuomista muutoksista parisuhteeseen ja elämään. Opaslehden tarkoituksena on tukea sairastuneen puolisoa, antaa tietoa sekä lisätä tietämystä siitä, mistä apua ja tukea voi hakea lisää.

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina oli Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry. Omaiset mielenterveystyön tukena on yhdistys joka on tarkoitettu henkilölle, jonka läheinen on sairastunut psyykkisesti. Yhdistys järjestää muun muassa vertaistukiryhmiä, omaisneuvontaa, luentoja sekä virkistystoimintaa. (Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry 2013.) Opinnäytetyömme tuotos, opaslehti puolisolalle, on tarkoitettu jaettavaksi yhdistyksen asiakkaille.

Opaslehden sisältämät aiheet valitsimme kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella. Kirjallisuuskatsauksessa esille nousivat seuraavat teemat: parisuhde ja vuorovaikutus, tiedon tarve, oma jaksaminen sekä arjen tukeminen. Näiden teemojen yhteydessä kuvasimme myös, minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voitiin vastata. Valitsimme opaslehden aiheet, jotka koimme puolison näkökulmasta tärkeimmiksi ja hyödyllisimmiksi. Aiheet myös esiintyivät yleisimmin tutkimusaineistossamme.

Hyödynsimme hyvän opaslehden arvioinnissa lähteitä, jotka käsitelivät hyvän potilasohjeen tekemistä. Hyvän ohjeen kirjoittaminen ei ole aina helppoa, sillä tekstin pitäisi olla helposti ymmärrettävä sekä sisällöltään kattava. Sen tulisi myös kannustaa lukijaa omaan toimintaan. Tärkeintä

ohjeen kirjoittamisessa on, että sen kirjoittaa juuri sille kohderyhmälle, kenelle ohje on tarkoitettu. (Hyvärinen 2005, 1769.)

Hyvä ohje puhuttelee lukijaa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36). Lukijan tarvitsema tieto pitäisi tarjota hänelle mahdollisimman yleiskieli-
sesti, sanastoltaan ja lauserakenteiltaan selkeästi. Suurin yksittäinen oh-
jeen ymmärrettävyyteen vaikuttava tekijä on asioiden esittämisjärjestys.
Yleensä toimivin esittämisjärjestys on, että lukijan kannalta tärkein asia
esitetään ensin. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.)

Kun esittää ensin tärkeimmän asian, myös ne jotka lukevat vain alun, saa-
vat oleellisen tiedon. Lukijalle tärkeimmän asian kertominen ensin viestii
myös siitä, että ohjeen tekijä arvostaa lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Ohjeen luettavuuden kannalta tärkeitä osia ovat myös otsikot ja väliotsi-
kot. Hyvä pääotsikko ja väliotsikko kertovat alla olevan tekstin olennai-
simman asian. Silti on hyvä muistaa, että hyvä otsikko on vain kelpo alku,
joka herättää lukijan mielenkiinnon. Joskus myös kuvat herättävät mielen-
kiintoa ja havainnollistavat tekstin sisältöä. Ohjeessa voi myös olla lopus-
sa yhteystietoja ja vinkkejä lisätiedoista, jos lukija haluaa vielä lisää tietoa
aiheesta. (Torkkola ym. 2002, 39–40, 44.)

Opaslehden teimme mahdollisimman selkeän näköiseksi. Opaslehden fon-
tiksi valitsimme Century Gothic, joka on selkeä, mutta kuitenkin hieman
erilainen. Fonttikokona oli 12. Opaslehteen sijoitimme kuvia, joita olem-
me itse ottaneet. Kuvissa esiintyy Suomen neljä vuodenaikaa: syksy, talvi,
kevät ja kesä. Hyödynsimme myös Wordin Clip Art -kuvia. Opaslehden
sivut reunustimme mustalla reunuksella. Mustaan väriin liittyy vahvasti
synkkiä assosiaatioita. Mutta synkkyyden lisäksi musta väri edustaa muun
muassa tyylikkyyttä, eleganttisuutta, hienostuneisuutta sekä arvokkuutta.
Musta voi olla myös ylellinen väri. (Laine 2011.) Reunukset tuovat mie-
lestämme myös lisää selkeyttä opaslehteen.

Opaslehti sisältää kannen, sisällysluettelon, lukijalle -tekstin ja tietoa ly-
hyesti kaksoisdiagnoosista, masennuksesta ja alkoholiongelmasta. Opas-
lehti sisältää myös opinnäytetyössämme esiin nousseet tuen tarpeet ja kei-
noja niihin. Lopuksi opaslehdessä on esimerkkejä kirjoista ja internet si-
vuista, jotka käsittelevät aihetta. Opaslehdessä on myös muun muassa val-
takunnallisen kriisipuhelimen, Hämeenlinnan kriisineuvonnan sekä sairaal-
oiden puhelinnumerot.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen ja Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry -yhdistys koki myös, että opaslehdelle on tarvetta. Aluksia aiheen rajaaminen oli hankalaa, koska kaksoisdiagnoosi on käsitteenä laaja. Yhteistyökumppanimme kanssa keskusteltua päätimme rajata kaksoisdiagnoosin tarkoittamaan masennuksen ja alkoholiongelman yhtäaikaista esiintymistä. Yhteistyökumppanimme koki, että kyseenomaiselle opaslehdelle olisi tarvetta. Väliseminaarissa ja opintopiireissä saimme myös rakentavaa palautetta, mikä auttoi meitä aiheen tarkemmassa rajauksessa.

Opinnäytetyömme teoreettisia lähtökohtia aloimme kirjoittaa loppusyksyllä 2012. Teoria osan kirjoittamisessa suurin haasteemme oli rajaaminen. Tietoa löytyi masennuksesta ja alkoholismista hyvin, mutta yhdeksi haasteeksi nousi tiedon löytyminen kaksoisdiagnoosista. Tiedon hakua hankaloitti se, että olimme rajanneet kaksoisdiagnoosin käsittämään vain masennuksen ja alkoholismia, sillä monessa lähteessä käsiteltiin myös muita päihteitä ja mielenterveysongelmia. Teoria osuuden ollessa jo suurimmaksi osaksi valmis, aloimme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta soveltaen etsiä tietoa kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolison tuen tarpeesta. Samalla etsimme tietoa myös, millä keinoilla näihin tuen tarpeisiin voidaan vastata. Tiedon haun aloitimme vuoden 2013 alussa.

Opinnäytetyömme tuotoksellisen osana oli opaslehti kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolisolle. Pohdimme kauan minkä niminen tuotoksellinen osamme on. Vaihtoehtoina olivat muun muassa, tietotukipaketti, infolehti, opas ja opaslehti. Päädyimme kuitenkin opaslehti-sanaan, koska mielestämme se kuvasi parhaiten sisältöä ja sen tarkoitusta. Opaslehden sisällön määrittivät kirjallisuuskatsauksen tulokset. Näiden lisäksi lisäsimme opaslehden myös hyödyllisiä yhteystietoja ja esimerkiksi vinkkejä kirjoista, joista puoliso voi tarvittaessa hakea lisää tietoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opaslehti, jonka Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry voi ottaa käyttöönsä. Opaslehti on alustava, ja jotta siitä saisi parhaan mahdollisen, on siitä hyvä kerätä palautetta käyttäjiltä ja kehittää opaslehteä palautteen pohjalta. Tavoitteenamme oli että opaslehti on mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen. Tavoitteena oli myös, että asiat ovat kerrottu ymmärrettävästi sekä lyhyesti. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhömmä ja sen tuotokselliseen osaan, opaslehden. Opaslehdessä tuli sellainen kuin suunnittelimme.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme itse myös paljon. Opimme kaksoisdiagnoosista ja erityisesti masennuksen ja alkoholismia yhtäaikaista esiintymisestä. Olemme oppineet paljon tutkimustyön tekemisestä, tiedonhausta sekä lähdemerkinnöistä. Opinnäytetyöstämme saamiimme oppeja voimme hyödyntää tulevaisuudessa omassa työssämme.

7.1 Johtopäätökset

Perheessä käynnistyy eräänlainen suruprosessi, kun perheenjäsen sairastuu psyykkisesti. Tällöin voi joutua luopumaan tai muuttamaan tulevaisuuden suunnitelmia ja toiveita. Tilanteen kieltäminen on tavallista prosessin alkuvaiheessa. Muuttuneen tilanteen hyväksyminen ja uuden tasapainon löytäminen tapahtuu yleensä ajan myötä. Prosessin aikana perheenjäsenet käyvät läpi vihan, voimattomuuden ja pettymyksen tunteita. Useiden tutkimusten mukaan perheenjäsenen sairastuessa muut perheenjäsenet tarvitsevat asiallista, rehellistä, ymmärrettävää sekä johdonmukaista tietoa. Tietämättömyys vaikeuttaa perheen omien voimavarojen käyttöä sekä aiheuttaa epävarmuutta ja turvattomuutta. Tieto auttaa muodostamaan näkemyksen todellisuudesta sekä siitä miten perheen elämä tulee mahdollisesti muuttumaan. Lähtökohtana perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa ja hoitamisessa on yhteistyö terveydenhuollon henkilöiden ja perheen välillä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24, 55, 58.)

Selvitimme opinnäytetyössä, minkälaista tukea kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsee. Kirjallisuuskatsauksesta nousi esille neljä yläkategoriaa, jotka kuvaavat puolison tuen tarvetta. Näiden kategorioiden mukaan kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puoliso tarvitsee tukea parisuhteeseen ja vuorovaikutukseen, tiedon tarpeeseen, omaan jaksamiseen sekä arjen tukemiseen.

Parisuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvinä tuen tarpeina koettiin esimerkiksi sairauden epäedullinen vaikutus ihmissuhteisiin, yksipuolinen tukisuhde sekä vuorovaikutuksen jännittyneisyys ja ristiriidat. Tiedon tarvetta puolisoilla oli muun muassa sairaudesta, stressin hallinnasta, omista oikeuksista sekä siitä, mistä he voivat hakea apua. Omaan jaksamiseen liittyvinä tuen tarpeina puoliset kokivat muun muassa negatiivisten tunteiden tuntemisen, tunteiden käsittelyn sekä omien voimavarojen puuttumisen. Arjen tukemisen tuen tarpeina nähtiin taas muun muassa arjen pyörittäminen, taloudellinen tilanne, vastuun siirtyminen sekä muutokset arjessa.

Puolisoiden tuen tarpeiden lisäksi selvitimme, minkälaisilla keinoilla näihin tuen tarpeisiin voitiin vastata. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että tuen tarpeisiin voitiin vastata muun muassa sosiaalisella tuella, tiedon antamisella sekä konkreettisella tuella. Sosiaalista tukea oli esimerkiksi vertaistuki ja läheisiltä saatu tuki. Tietoa puolisoille tuli antaa muun muassa sairaudesta ja sen hoidosta, puolison omista oikeuksista sekä stressinhallintakeinoista. Konkreettista tukea oli esimerkiksi siivouspalvelu. Tärkeää oli myös muistuttaa puolisoa siitä, että hänellä on oikeus elää omaa elämäänsä, ja että hänen on tärkeää pitää huolta myös omasta hyvinvoinnistaan. Tukea puoliso voi saada esimerkiksi ystäviltä, sukulaisilta tai terveydenhuollon ammattihenkilöiltä.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan pitää, että kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolisollla on erilaisia tuen tarpeita. Tämän vuoksi hoitotyössä, ja etenkin mielenterveystyössä, olisi potilaan lisäksi erittäin tärkeää huomioida myös hänen puolisonsa tuen tarve. Puolison tuen tarpeet esiintyvät eri elämän alueilla. Jokaisella puolisollla on yksilölliset tuen tarpeet, mutta koemme kuitenkin, että opinnäytetyössämme esiintyvät yleisimmät

tuen tarpeet. Uskomme myös, että opinnäytetyömme tulokset helpottavat hoitohenkilökuntaa tunnistamaan näitä tuen tarpeita. Kun hoitohenkilökunta tunnistaa jokaisen puolison yksilölliset tuen tarpeet, he pystyvät vastaamaan niihin puolison tarvitsemalla tavalla.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa eettisyys merkitsee tapaa, jolla työn tekijä suhtautuu esimerkiksi työhönsä ja siihen liittyviin ongelmiin. Työn tekijän eettinen asenne näkyy muun muassa siinä, miten työn aihe valitaan, miten tietoa hankitaan ja miten tuloksia sovelletaan. Aineiston kokoamiseen, työstämiseen ja menetelmien sekä lähteiden käyttöön soveltuvat yleiset rehellisyyden periaatteet. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.)

Sovelsimme opinnäytetyössämme kuvailen kirjallisuuskatsauksen narratiivista muotoa. Olemme hyödyntäneet sitä tehdessämme teoriatietoa kirjallisuuskatsauksesta ja sen suorittamisesta. Soveltaessamme sisällönanalyysiä aineiston analysoinnissa, olemme myös pohjanneet toimintaamme teoriatietoon sisällönanalyysin suorittamisesta. Perustelimme menetelmien valintaa ja niiden soveltamista opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat - luvun alla. Käyttämämme menetelmien luotettavuutta tukevia tekijöitä ovat muun muassa lähteiden luotettavuus, opinnäytetyön tekijöiden avoin mieli, aineiston käyttö tarkoituksenmukaisesti sekä lähteiden asianmukainen merkintä.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkineet olemaan lähdekriittisiä. Olemme myös huolellisesti merkinneet lähdeviitteet tekstiimme ja olemme tässä käyttäneet apuna Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön lähdeviiteohjeistusta. Tietoa haimme vuoden 2013 aikana. Käytimme aineistoa hakiessa valintakriteereitä, jotka ovat

1. aineisto on hoito- tai sosiaalitieteellistä ja liittyy opinnäytetyömme aiheeseen
2. aineiston sisältö on luotettavaa
3. aineisto on 2000-luvulla julkaistua tietoa
4. aineistot ovat ilmaisia ja helposti saatavia
5. tietokantahaussa aineistoissa on kokoteksti saatavuus.

Haimme tietoa kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä internetistä. Saimme hyödyllisiä tietoja sekä lähteitä myös yhteistyökumppaniltamme. Käytimme myös CINAHL- ja Medic-tietokantoja, joihin suoritimme yksittäisiä ja yhdistelmähakuja käyttäen ennalta määrättyjä hakusanoja. Opinnäytetyössämme olemme hyödyntäneet sekä suomalaisia että ulkomaalaisia lähteitä. Lähteidemme luotettavuutta tarkastelimme muun muassa lähdeluettelon, tutkimustavan sekä julkaisijan perusteella. Hyödynsimme tiedonhaussamme myös kirjallisuuden ja tutkimusten lähdeluetteloita.

Tarkoituksenamme oli tehdä opinnäytetyö, josta olisi hyötyä yhteistyökumppanille. Opinnäytetyömme aiheen tarve tuli yhteistyökumppanilta ja olemme rajanneet aiheita myös yhdessä heidän kanssaan. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme tavanneet yhteistyökumppanimme tarpeen mu-

kaan. Olemme myös lähettäneet eri vaiheissa olevan opinnäytetyömme yhteistyökumppanille luettavaksi ja kommentoitavaksi. Olemme pyrkineet toimimaan ja muokkaamaan opinnäytetyötämme saadun palautteen pohjalta.

Opaslehti on koottu kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten perusteella. Olemme kokeilleet, että opaslehdessä mainitut internet sivut toimivat ja vastaavat aiheitamme. Oppaassa olevat puhelinnumerot on haettu luotettavista lähteistä, muun muassa kaupunkien ja sairaaloiden omilta internet sivuilta. Puhelinnumerot on lisätty opaslehden loppu syksystä 2013.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Emme sisällyttäneet opinnäytetyöprosessiimme opaslehden testausta kohderyhmällä. Jatkossa olisikin hyvä, jos opaslehden toimivuus testattaisiin ja sitä kehitettäisiin saadun palautteen perusteella. Opaslehteä voisi tulevaisuudessa jakaa myös esimerkiksi terveyskeskuksissa tai sairaaloissa. Opinnäytetyön tuloksista voi olla hyötyä myös erilaisille yhdistyksille ja järjestöille.

Kaksoisdiagnoosi on laaja käsite. Omassa opaslehdessämme käsitelimme vain masennuksen ja alkoholi-ongelman yhtäaikaista esiintymistä. Tulevaisuudessa voisi olla hyödyllistä käsitellä jonkin toisen mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman yhtäaikaista esiintymistä oppaan muodossa. Koska opaslehtemme koskee vain Kanta-Hämeen aluetta, voisi vastaavanlaisen oppaan tehdä myös muille alueille.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. Viitattu 15.9.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>
- Aalto, M. 2010a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7–16.
- Aalto, M. 2010b. Alkoholiriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39–42.
- Aalto, M. 2010c. Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 183–188.
- Aalto, M. 2010d. Ongelmakäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 31–38.
- Alho, H. & Aalto, M. 2010. Alkoholiriippuvuuden lääke- ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 55–64.
- Barnett, M. 2003. All in the family: Resources and Referrals for Alcoholism. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. Volume 15 (10), 467–472.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Flinck, A. & Paavilainen, E. 2009. Pettymysten ja piinan parisuhde – naisten ja miesten kokemuksia parisuhdeväkivaltaan johtavista tekijöistä. *Hoitotiede* 21 (3), 196–206.
- Harvard Mental Health Letter. 2003. Harvard Medical School. Dual Diagnosis: Part 1. Volume 20 (2), 1–4.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Huttunen, M. 2008. Psykenlääkeopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. 2012. Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.4.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. 121, 1769–1773. Viitattu 4.9.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Hänninen, V. 2004. Omaiskertomusten opettamaa. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. (toim.) Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy. 104–113.

Johansson, M. & Berg, L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Helsinki: Profami oy.

Jokelainen, K. 2010. Alkoholimyrkytys ja muut hätätilanteet. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 133–144.

Jokelainen, K. & Aalto, M. 2010. Alkoholimyrkytys ja muut hätätilanteet. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 133–144.

Jyväskylän yliopisto. n.d. Kirjallisista suoritusmuodoista. Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu. Viitattu 7.6.2013.
<https://www.jyu.fi/jsbe/opiskelu/opohj/suormuo>

Jyväskylän yliopisto. n.d. Ohjeita proseminarityöskentelyyn. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 7.6.2013.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/kas/opiskelu/info/proseminariohje/>

Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. Helsinki: Edita.

Karjalainen, M. 2010. Masennuslääkityksen yleisyys ja yhteys toipumiseen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailla. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholien vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17–30.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. (toim.) 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy.

- Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.
- Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää. Nainen alkoholin ansassa. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Laine, L. 2011. Värien viestit - Värien tehokas käyttö informaation välityksessä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viestinnän koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihtet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Lehto, B., Laitinen-Junkkari, P. & Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede* 12 (2), 66–76.
- Liimatainen, T., Mattila, E., Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitajakson aikana. *Hoitotiede* 23 (3), 175–184.
- Luhtasaari, S. 2009. Depis. Masennuksen eri muodot. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Luhtasaari, S. 2002. Masennus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Luodemäki, S., Ray, K. & Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki: Painotalo Miktor.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21 (4), 294–303.
- Mielenterveyden keskusliitto. n.d. Psykoterapia. Viitattu 7.11.2013. http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/
- Mietola, J. & Mäntykoski, M. 2012. Opas masennuspotilaan omaisille. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Mäkelä, R. 2010. Alkoholiongelmät ja perhe. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73–86.

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholi-riippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 43–54.

Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päi-vystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22 (4), 312–323.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hy-vinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry. 2013. Viitattu 13.10.2013. <http://www.omaisyhdistys.com/index.htm>

Paavilainen, E. 2012. Potilaan ja läheisten ohjaus. Viitattu 8.11.2013. http://www.epshp.fi/files/6152/Potilaan_ja_laheisten_ohjaus.pdf

Piikkilä, E. 2012. Masennus parisuhteessa puolison kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. *Hoitotiede*. Pro gradu -tutkielma.

Päihdehuoltolaki nro 41/1986. 17.1.1986.

Päihdelinkki. 2011. Motivoiva haastattelu. Viitattu 2.10.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>

Rajanen, M. 2013. Mielenterveyskuntoutujien omaisten tuen tarve ja sen toteutuminen. Laurea ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22 (2), 141–152.

Reijonen, M. 2013. Perhetyö. Sosiaaliportti. Viitattu 29.10.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/avohuolto/muuttukitoimet/perhetyo/>

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 7.6.2013. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Seppä, K. 2013. Juomisen luokittelu. Päihdelinkki. Viitattu 26.4.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/248-juomisen-luokittelu>

Tamminen, T., Pylkkänen, K., Rechartt, M., Saarinen, P. & Taajamaa, B. 2010. Psykoterapiat. Klaukkala: RECALLMED Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. n.d. Alkoholi ja tapaturmakuolemat. Viitattu 4.5.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/tilastot/tilastokatsaukset/alkoholi-ja-tapaturmakuolemat

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. n.d. Neuvolatyön tukena käytettäviä lomakkeita. Viitattu 7.11.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_neuvolatyohon

Tiedon analysointi. n.d. Liikenteen tutkimuskeskus Verne. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 15.10.2013.

<http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Tilastokeskus. 2012. Alkoholikuolleisuus väheni edelleen vuonna 2011. Viitattu 24.4.2013.

http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tie_001_fi.html

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Vikman, M. 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

Puolisollani on masennus ja alkoholiongelma – Opaslehti oman jaksamisen tueksi

**PUOLISOLLANI ON
MASENNUS JA
ALKOHOLIONGELMA**

**Opaslehti oman jaksamisen
tueksi**

Sisällysluettelo

LUKIJALLE	3
KAKSOISDIAGNOOSI	4
Masennus	5
Alkoholiongelma	7
TUEN TARPEET JA KEINOJA SELVIYTYMISEEN	9
Tiedon tarve	9
Keinoja tiedon tarpeeseen.....	9
Parisuhde ja vuorovaikutus	11
Selviytymiskeinoja parisuhteen ongelmiin ja vuorovaikutukseen.....	12
Arjen tukeminen	15
Arjenhallinnan selviytymiskeinoja	16
Oma jaksaminen.....	18
Selviytymiskeinoja oman jaksamisen tueksi.....	19
INTERNET LÄHTEITÄ	22
KIRJALLISUUTTA	24
YHTEYSTIETOJA.....	25
OMAT MUISTIINPANOT	26
LÄHTEET.....	27

~ 2 ~

LUKIJALLE

Tämä opaslehti on tarkoitettu Sinulle, jonka puoliso on masentunut ja alkoholiongelmainen. Tarkoituksena on tukea Sinua jaksamaan arjessa sekä tarjota yhteystietoja auttavista tahoista Kanta-Hämeen alueella.

Opaslehti pohjautuu Kaksoisdiagnoosia sairastavan henkilön puolison tuen tarve -opinnäytetyöhön. Opinnäytetyössä yhteistyökumppanina toimi Omaiset mielenterveystyön tukena Kanta-Häme ry. Kaksoisdiagnoosi on rajattu opaslehdessä niin, että se käsittää yhtäaikaisen masennuksen ja alkoholiongelman.

Toivomme, että opaslehdestä on Sinulle hyötyä!

Kati Surma-aho
Marjoana Hänninen

~ 3 ~

KAKSOISDIAGNOOSI

Kaksoisdiagnoosista puhutaan kun potilaalla on sekä päihderiippuvuus että vakava mielenterveyshäiriö.

Noin 40–50 %:lla alkoholin ongelmakäyttäjistä on jossakin elämänsä vaiheessa jokin alkoholista riippumaton psykiatrisen häiriö. Psykiatrisen häiriön omaavista noin 30 %:lla on päihdeongelma jossakin elämänsä vaiheessa.

Syy-seuraussuhteita, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöiden syntyyn, on usein vaikea erottaa. Tämä johtuu siitä, että päihdeiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä häiriötiloja päihdevaikutuksen aikana, vieroitusstilassa sekä jälkioireina. Toisaalta psyykinen häiriö taas altistaa päihdehäiriölle, joten voi olla vaikea todeta mistä kaikki on saanut alkunsa.

Kaksoisdiagnoosin hoidossa kiinnitetään huomiota päihderiippuvuuden ja psykiatrisen häiriön hoitamiseen. Hoito vaatii moniammatillista osaamista sekä potilaan perheen ja verkoston mukaan ottamista hoitoon.

~ 4 ~

Masennus

Masennuksesta voidaan puhua kansanterveysongelmana. Masennuksen oireita ovat muun muassa

- mielialan lasku ja alakuloisuus
- aloitekyvyttömyys, väsymys ja voimattomuus
- kykenemättömyys tunteiden ilmaisuun
- haluttomuus sekä seksuaalisten toimintojen häiriöt
- elämänilon väheneminen sekä itsetuhoiset ajatukset
- mielihyvän sekä mielenkiinnon menettäminen asioihin, joista aiemmin on nauttinut.

Masennustiloja on erilaisia. Niitä ovat esimerkiksi elämäntilanteeseen liittyvä -, synnytyksen jälkeinen- sekä psykoottinen masennus. Masennustiloilla on myös taipumus uusiutua. Joillakin voi olla jopa kymmeniä masennusjaksoja elämänsä aikana.

Masennuksen taustalta löytyy monia erilaisia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa perintötekijät, erilaiset fyysiset sairaudet sekä päihde- ja lääkaineet.

~ 5 ~

Yleensä ihmiset pyrkivät käyttämään ensisijaisesti omia keinoja ja ohjeita masennuksesta selviytymiseen. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi paluu rutiineihin ja töihin, arjesta irtautuminen ja asioiden pohdinta tai muiden ihmisten kanssa puhuminen ja yhdessäolo.

Masennuksen hoidon suunnittelun kannalta on tärkeää selvittää, minkä asteista masennusta ihminen sairastaa. Diagnoosi sairaudesta on avainasemassa hoidon suunnittelun kannalta, sillä diagnoosi vaikuttaa mahdolliseen lääkehoidon sekä muiden biologisten hoitojen ja terapian tarpeeseen. Yhdistelemällä eri hoitomuotoja saadaan useimmiten paras hoitotulos.



~ 6 ~

Alkoholiongelma

Alkoholin ongelmakäyttö on hyvin yleistä. Alkoholilla on moninaisia haitallisia vaikutuksia. Haitat voivat olla terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia, sekä ne voivat kohdistua yksilöön itseensä, hänen lähiympäristöönsä tai laajemmin yhteiskuntaan.

Alkoholin ongelmakäytön aiheuttamia ongelmia ovat muun muassa unettomuus, mielialan vaihtelut, parisuhdeväkivalta, ahdistus sekä riski sairastua erilaisiin fyysisiin sairauksiin.

Usein alkoholia käytetään itselääkityksenä stressin, masennuksen ja ahdistuneisuuden lievittämiseksi. Todellisuudessa alkoholin käyttö voi kuitenkin esimerkiksi lisätä masennusta.

Alkoholiongelmien hoitojärjestelmä on monihaaraista ja monivaiheista. Eri paikkakunnilla on erilaisia käytännön järjestelyitä, vaikka hoidon lakisäätöiset perustat ovat samantyyppiset koko maassa.

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Tarkoituksena on myös edistää ongelmakäyttäjän ja hänen

~ 7 ~

läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuollon palveluja tulee tarjota päihteiden ongelmakäyttäjien lisäksi myös heidän perheilleen ja muille läheisille.



~ 8 ~

TUEN TARPEET JA KEINOJA SELVIYTYMISEEN

Tiedon tarve

Usein toisen sairastuttua puoliso kaipaa tietoa sairaudesta, arjen ongelmallisista tilanteista sekä erilaisten yhdistysten, järjestöjen ja yritysten yhteystietoja.

Tiedon tarve sairaudesta liittyy usein sairauden oireisiin, hoitomuotoihin sekä paranemisenusteeseen.

Arjen ongelmallisia tilanteita, joista puoliso kaipaa usein tietoa ovat esimerkiksi omat oikeudet sekä sairastuneen itsetuhoisuus.

Puolison on myös tärkeä tietää mistä saa apua ja mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Näiden lisäksi puoliso tarvitsee myös tukea siinä, että hänellä on oikeus elää omaa elämänsä.

Keinoja tiedon tarpeeseen

Tietoa sairaudesta voi saada muun muassa terveydenhoitohenkilöstöltä kuten psykiatriselta

~ 9 ~

sairaanhoidajalta. Tietoa voi saada myös erilaisilta yhdistyksiltä. Tietoa sairaudesta voi hakea itse esimerkiksi kirjallisuudesta tai internetistä.

Osallistuminen tukitoimintaan esimerkiksi omaisyhdistyksissä tarjoaa myös mahdollisuuden saada käytännön neuvoja arkielämän tilanteisiin.

Juridisiin ja taloudellisiin asioihin liittyen neuvoa ja apua voi hakea esimerkiksi kansaneläkelaitokselta ja poliisilta.

Itsetuhoisuudesta on hyvä puhua avoimesti ja asioiden oikeilla nimillä. Suora kysymys itsemurha-ajatuksista ei johda itsetuhoiseen käyttäytymiseen, vaan kertoo usein siitä, että kysyjä haluaa auttaa. Itsetuhoiset ajatukset voi ottaa puheeksi esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla

- Onko sinulla ollut viime aikoina kovasti paineita?
- Oletko ollut viime aikoina masentunut?
- Osaatko sanoa, mikä sinua masentaa?
- Onko sinulla ollut itsemurha-ajatuksia?

Opaslehden lopussa on aihetta käsitteleviä kirjallisuus ja internet lähteitä sekä yhteystietoja, joihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

~ 10 ~

Parisuhte ja vuorovaikutus

Parisuhteen toisen osapuolen sairastuessa, tuen tarve voi liittyä parisuhteen ongelmiin sekä vuorovaikutukseen.

Parisuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia voivat olla muun muassa

- sairastuneen käytöksen muuttuminen esimerkiksi lisääntynyt äkkikipaisuus, kärsimättömyys sekä itsekeskeisyys
- sairastuneen passiivisuus, jolloin hän ei välttämättä kykene ottamaan apua vastaan tai vaatimaan sitä
- terveen puolison kokemus siitä, että suhde muuttuu yksipuoliseksi tukisuhteeksi jolloin puolisoiden välinen luottamus sekä läheisyys voivat kärsiä
- sairauden aiheuttamat mahdolliset sukupuolielämän ongelmat sekä seksuaalinen haluttomuus
- sairastumisen näkeminen parisuhteen epäonnistumisena: tilanne voidaan nähdä osoituksena yhteisestä kyvyttömyydestä tai parisuhteen huonoudesta

~ 11 ~

- sairastuneen vetäytyminen vuorovaikutuksesta niin psyykkisellä kuin fyysisellä tasollakin: sairastunut voi puhua ja kuunnella vähemmän kuin aikaisemmin sekä hän voi suhtautua väläpitämättömiä lähestymisyrittäisiin ja kosketuksiin
- sosiaalisen yhteydenpidon vähentyminen: ystäviin ja sukulaisiin ei välttämättä jaksa pitää yhteyttä samalla tavalla kuin aiemmin, koska sairauteen liittyvät ongelmat vievät pariskunnalta voimavaroja.

Selviytymiskeinoja parisuhteen ongelmiin ja vuorovaikutukseen

Puolison on voitava irrottautua tiiviistä kanssakäymisestä sairastuneen kanssa riittävän usein sekä riittävän pitkäksi aikaa. Esimerkiksi pitkäaikaista masennusta sairastavan intervallihoido sairaalassa saattaa ajoittain olla jopa välttämätöntä puolison jaksamisen kannalta.

Sosiaalisen tuen etsiminen on yleinen selviytymiskeino. Sosiaalisena tukena vertaistuellalla on erityisen merkittävä rooli, mutta vertaistuki on kuitenkin vain yksi tuen muoto. Tukea voi myös

~ 12 ~

saada ystävilta, sukulaisilta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta.

Puolison on tärkeää muistaa, että tarkkailee tilannetta niin sanotusti ulkopuolisin silmin, eikä mene liikaa mukaan sairastuneen tunteisiin. Puoliso voi tukea sairastunutta kuuntelemalla, innostamalla harrastuksiin, tukemalla arjessa selviytymistä sekä välttämällä tilanteen vähättelemistä.

Sairastuneen mielialaa voi selvittää ja ottaa puheeksi muun muassa seuraavien esimerkkien avulla

- Olet ollut viime aikoina poissaoleva ja alakuloinen.
- Voisinko auttaa jotenkin?
- Haluaisitko puhua asiasta?

Parisuhteessa vastuu on molemmilla, mutta väliaikaisesti vastuu voi siirtyä toiselle. On kuitenkin hyvä muistaa, että jokaisella on oma vastuu omasta elämästään.

Eräs selviytymisstrategia on tilanteesta irrottautuminen henkisesti tai fyysisesti. Konkreettisin tapa irrottautua puolisosta on avioero. Eron mahdollisuuden esille ottaminen voi pakottaa

~ 13 ~

puoliset katsomaan tilannetta uudella tavalla. Eron esille nostaminen voi myös murtaa paikoilleen juuttuneen tilanteen ja johtaa parisuhteen tilanteen uudelleen arvioimiseen.



~ 14 ~

Arjen tukeminen

Arjen tuen tarpeet toisen sairastuessa liittyvät usein arjen hallintaan ja elämän muutoksiin.

Osa puolisoista kokee elämänsä vaikeutuvan jollakin elämänalueella kun toinen puoliso sairastuu. Sairastuneen oireilu tai toimintakyvyttömyys pakottaa yleensä jakamaan arkielämäänsä liittyvän vastuun ja tehtävät uudella tavalla. Puoliso voi tarvita esimerkiksi konkreettista tukea arkeen ja asioiden hoitoon.

Mitä suurempi muutos arjessa tapahtuu, sitä suurempi haaste tilanne on terveelle puolisolalle. Kun sairastuneella on yhtäaikaista mielenterveydenhäiriötä ja päihdeongelma, seurauksena saattaa olla myös väkivaltaisuutta ja kotielämän rikkinäisyyttä.

Usein toisen puolison sairastuminen vaikuttaa pariskunnan taloudelliseen tilanteeseen ja toimeentuloon. Tämä voi johtua siitä, että sairastuneella on esimerkiksi rahankäytön ja elämänhallinnan ongelmia.

Sairaus voi heikentää pariskunnan kapasiteettia suunnitella aktiviteettia ja tarttumista rutineihin. Yhteisen vapaa-ajan suunnittelu ja vietto saattavat

~ 15 ~

hankaloitua myös, koska voi olla vaikeaa suunnitella yhteistä aikaa, kun sairastuneen jaksamista ja vointia ei voi tietää ennakolta.

Arjenhallinnan selviytymiskeinoja

Arjessa jaksamisen kannalta on tärkeää huolehtia omasta mielenterveydestä. Mielenterveydestä voi huolehtia kiinnittämällä huomiota psyykkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Mielenterveydestä voi huolehtia keinoilla, joita ovat muun muassa

- arjen rytmistä kiinnipitäminen
- riittävä lepo ja uni
- itselleen sopivan rentoutumismuodon löytäminen
- monipuolinen syöminen
- mielihyvää tuottava tekeminen
- lupauksien pitäminen
- avun pyytäminen ja tarjoaminen epäröimättä
- kuunteleminen
- harrastuksissa käyminen
- toivon ylläpitäminen ja elämänhalun säilyttäminen.

~ 16 ~

Mahdollisuus irtautua arjesta voi antaa terveelle puolisolalle uusia voimavaroja. Monet yhdistykset järjestävätkin virkistystapahtumia, retkiä ja tuettuja lomia, joihin omaiset ja sairastuneet voivat osallistua.

Jokaisella on myös omia selviytymiskeinoja, jotka tukevat arjessa jaksamista. Näitä selviytymiskeinoja voivat olla esimerkiksi kirjoittaminen, ongelman sanoiksi pukeminen, luonnossa liikkuminen, television katsominen sekä lukeminen.



~ 17 ~

Oma jaksaminen

Oman jaksamisen tuen tarpeet puolison sairastuessa liittyvät usein omiin voimavaroihin ja tunteiden työstämiseen.

Puolison sairastuminen voi herättää terveessä puolisosssa psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia tuntemuksia.

- Psyykkisiä tuntemuksia ovat muun muassa viha, raivo, kyynisyys, turvattomuus, avuttomuus, huoli ja ahdistus
- Fyysisiä tuntemuksia ovat esimerkiksi väsymys, uupumus sekä voimattomuus ja terve puoliso saattaa kokea oman jaksamisensa huonoksi
- Sosiaalisia tuntemuksia ovat esimerkiksi yksinäisyyden kokeminen sekä haluttomuus muistella kipeitä muistoja, joita puolison sairastuminen aiheutti.

Sairauden aiheuttamat muutokset voivat pitkään jatkuessaan vaarantaa terveen puolison fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin. Esimerkiksi puolisoslla ennestään olleet sairaudet voivat pahentua.

Jos sairausvaihe kestää kauan, siitä voi seurata terveen puolison voimavarojen kuluminen. Puolison

~ 18 ~

vähäiset voimavarat voivat lisätä kuormittumista ja riskiä masentua.

Terve puoliso voi myös kokea, ettei hänellä itsellään ole varaa hellittää tai masentua, koska hän kokee tehtäväkseen viedä yhteistä arkea ja elämää eteenpäin. Vastuun ja tehtävien lisääntyttä puolisolalle ei välttämättä jää mahdollisuutta levätä tai elpyä riittävästi. Puoliso voi myös tämän lisäksi kokea, ettei hänellä ole oikeutta olla onnellinen kun toinen on sairas.

Selviytymiskeinoja oman jaksamisen tueksi

Erilaisissa selviytymistilanteissa jokaisella ihmisellä on taitoja, taitoja ja keinoja, jotka auttavat selviytymään. Selviytyäkseen parhaiten, täytyy osata käyttää kaikkia keinoja hyväkseen sekä valita keinoista parhaiten tilanteeseen sopiva. Jotta nämä tiedot, taidot ja keinot voi ottaa tietoisesti käyttöön, ne täytyy tunnistaa.

Ofra Ayalon on israelilainen kriisipsykologi, joka on määritellyt kuusi selviytymistyyppiä.

~ 19 ~

Ne ovat

1. henkisesti suuntautunut selviytyjä joka turvautuu sekä etsii tukea omista arvoistaan ja ideologiastaan
2. emotionaalinen selviytyjä joka ei patoa tunteitaan vaan purkaa ne teoiksi
3. sosiaalisesti suuntautunut selviytyjä joka hakee tukea, ottaa apua vastaan sekä keskustelee vaikeuksistaan
4. luova selviytyjä joka käyttää mielikuvitustaan löytääkseen ratkaisun sekä välttääkseen epämiellyttäviä asioita
5. kognitiivinen selviytyjä joka laittaa asioita tärkeysjärjestykseen, hankkii tietoa, ratkaisee ongelmia sekä tekee toimintasuunnitelmia
6. fysiologinen selviytyjä joka purkaa paineensa toimintaan.

Puolison olisi hyvä löytää tasapaino huolenpitämisen ja oman jaksamisen välillä. Omien voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto voivat auttaa puolisoa jaksamaan arjessa. Jaksamista tukevia ja tyytyväisyyttä omaan elämään lisääviä voimavaroja ovat muun muassa ystävät, liikunta, töissä käynti, arjen pienet ilot, harrastukset, keskustelu sekä positiivinen asenne.

~ 20 ~

Kun aikaa on kulunut riittävästi, puoliso oppii yleensä hyväksymään sen tosiasian että hänen puolisonsa on psyykkisesti sairas. Hyvin tärkeää on myös, että puoliso kykenee suremaan tapahtunutta sekä kokemiaan menetyksiä. Surun käsittely ja muun purkamisen koetaan myös usein puhdistavan ilmaa ja antavan uutta voimaa jatkaa.

Muita selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi omaistoiminta ja vertaistuki. Vertaistukiryhmissä on mahdollista jakaa kokemuksia ja käsitellä tunteita toisten, samassa tilanteessa elävien kanssa. Joskus puolison sairastuminen voi aiheuttaa niin vakavan kriisin, että puolison olisi hyödyllistä saada ammattiapua.

~ 21 ~

INTERNET LÄHTEITÄ

Seuraavista internet sivuista löytyy tietoa aiheesta sekä auttavista tahoista.

- Päihdelinkki -sivusto: www.paihdelinkki.fi
- Käypähoito: www.kaypahoito.fi
 - **Alkoholiongelman hoito**
 - **depressio**
- Mielenterveyden Keskusliitto: www.mtkl.fi
- Internetissä toimiva kriisikeskus: www.tukinet.net
- Yhdistys masennukseen sairastuneille ja heidän läheisilleen: mielimaastary.fi
- Hyvinvoinnin nettikirjasto: www.apua.info
- Kataja-Parisuhdekeskus ry.: www.katajary.fi
- Väestöliiton parisuhde -sivut: <http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/>
- Vertaistukea alkoholistien läheisille: www.al-anon.fi
- Suomen mielenterveysseura: <http://www.mielenterveysseura.fi/>
- Kansaneläkelaitos: <http://www.kela.fi/>

~ 22 ~

Paikallisia toimijoita:

- Hämeenlinnan terveysasemat: www.hameenlinna.fi (Terveys → Terveyspalvelut → Terveysasemat)
- Riihimäen terveyskeskus: www.riihimaenseudunterveyskeskus.fi
- Lopen terveysasema: www.loppi.fi (Kuntapalvelut → Terveyden- ja sairaanhoito)
- Forssan seudun terveydenhuolto: www.fstky.fi



~ 23 ~

KIRJALLISUUTTA

Esimerkkejä aihetta käsittelevistä kirjoista.

- Ikääntyminen ja alkoholi. 2007. / Anna Alanko & Ilka Haarni
- Mielenterveyden ensiapukirja. 2007. / Heiskanen Tarja, Salonen Kristiina & Sassi Pirkko
- Selviämistarina: alkoholi parisuhteessa. 2010. / Tuulevi ja Henrik Aschan
- Katson rohkeasti takaisin : psyykkisesti sairaiden omaiset kirjoittavat. 1996. / Peltoniemi Pentti.



~ 24 ~

YHTEYSTIETOJA

Valtakunnallisia puhelinnumeroita:

- **Parisuhdepuhelin puh. 0800 183 183.**
 - Torstaisin klo 12.00–14.00
- **AA:n valtakunnallinen Auttava Puhelin (myös läheisille): (09) 750 200**
 - klo 9.00–21.00 (joka päivä)
- **Valtakunnallinen kriisipuhelin puh. 01019 5202**
 - arkin klo 9.00–06.00
 - lauantaisin klo 15.00–06.00
 - sunnuntaisin klo 15.00–22.00
- **Väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneille: Naisten Linja puh. 0800 02400**
 - maanantai–perjantai klo 16.00–20.00

Paikallisia puhelinnumeroita:

- **Hämeenlinnan kriisineuvonta puh. 03 621 5071**
- **Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys: yhteydenotot hätäkeskuksen kautta, puh. 112**
 - sosiaalipäivystyksen toiminta-ajat:
 - ma – to klo 16.00 – 24.00
 - pe klo 16.00 – ma klo 8.00 ja arkipyhisin
- **Kanta-Hämeen keskussairaala puh. 03 6291 (vaihde)**

~ 25 ~

OMAT MUISTIINPANOT



~ 26 ~

LÄHTEET

- Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietokut/145-kaksoisdiagnoosi>
- Flinck, A. & Paavilainen, E. 2009. Pettymysten ja piinan parisuhde – naisten ja miesten kokemuksia parisuhdeväkivaltaan johtavista tekijöistä. Hoitotiede 21 (3).
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveytyö. Helsinki: Tammi.
- Karjalainen, M. 2010. Masennuslääkityksen yleisyys ja yhteys toipumiseen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailta. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Luhtasaari, S. 2002. Masennus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Luhtasaari, S. 2009. Depsi. Masennuksen eri muodot. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Piikkilä, E. 2012. Masennus parisuhteessa puolison kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Päihdehuoltolaki nro 41/1986. 17.1.1986.
- Seppä, K., Alho, H. & Kilianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Valokuvat: Marjaana Hänninen.

~ 27 ~

Omaiset mielenterveytyksen tukena Kanta-Häme ry.

www.omaishdistys.com

puh. 040 455 2162 / 040 455 2160

Raatihuoneenkatu 13 A 1, 13100
Hämeenlinna

~ 28 ~