

OPINNÄYTETYÖ

**Marianne Heikkilä ja Sanna-Reetta Mäki
2013**

**Kun läheinen sairastuu -
tukiopas mielenterveyspotilaan omaisille**



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences
LUC

RAMK HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOITOTYÖ

Opinnäytetyö

**Kun läheinen sairastuu -
tukiopas mielenterveyspotilaan omaisille**

Marianne Heikkilä ja Sanna-Reetta Mäki

2013

Toimeksiantaja: Balanssi Ry

Ohjaaja: Leena Välimaa

Hyväksytty ___/___ 2013



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusoh-
jelma
Sairaanhoitaja

Opinnäytetyön
tiivistelmä

Tekijät	Marianne Heikkilä Sanna-Reetta Mäki	Vuosi	2013
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemen mielenterveysyhdistys Balanssi ry Kun läheinen sairastuu – tukiopas mielenterveyspotilaan omaisille		
Sivu- ja liitemäärä	38 + 1 (opas)		

Opinnäytetyönämme tuotimme tukioppaan mielenterveyspotilaan omaisille. Tutkimusten ja teorian avulla selvitimme, millaista tukea mielenterveyspotilaan omaiset tarvitsevat. Lisäksi saimme Balanssi ry:n omais- ja läheisryhmän ohjaajalta ja ryhmään osallistuneilta omaisilta mielipiteitä siitä, mitä asioita oppaassa olisi hyvä käsitellä. Oppaan valmistamisprosessista kirjoitimme raportin. Oppaan tavoitteena on tarjota mielenterveyspotilaan omaisille tukea ja tietoa selkeästi oppaan muodossa. Saimme toimeksiannon opinnäytetyöllemme Rovaniemen mielenterveysyhdistys Balanssi ry:ltä.

Psykiatrisella puolella hoitoajat ovat lyhentyneet ja omaisten vastuu sairastuneesta läheisestään on kasvanut. Tukemalla omaisten hyvinvointia parannetaan perheiden valmiuksia huolehtia jäsenistään. Oppaassa halusimme tuoda esille sen, että omaisen on tärkeä huolehtia myös omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Lisäksi valitsimme viisi yleistä psyykkistä sairautta, joita käsitellään oppaassa. Oppaan lopussa tuomme esille erilaisia vaihtoehtoja, mistä omaisen voi saada tukea Rovaniemen alueella ja valtakunnallisestikin.

Koemme aiheen tärkeäksi sairaanhoitajan ammatillista osaamista ajatellen, sillä potilasta hoitaessa ollaan tekemisissä myös hänen omaistensa kanssa, riippumatta potilaan sairaudesta. Sairaanhoitajan tulee tietää omaisille suunnatuista palveluista, osatakseen ohjata omaisia palveluiden piiriin. Tämän prosessin aikana olemme oppineet ymmärtämään omaisen roolin tärkeyden potilaan hoidossa ja osaamme varmasti huomioida heidät entistä paremmin hoitotyössä.

Avainsanat: mielenterveyspotilaan omainen, omaisten hyvinvointi, omaisten tukeminen ja psyykkiset sairaudet

Muita tietoja: tukiopas

Authors	Marianne Heikkilä Sanna-Reetta Mäki	Year	2013
Commissioned by Subject of thesis	Rovaniemi registered mental health association Balanssi When Somebody Close to You Gets Sick – A Guidebook to Support Mental Health Patient's Close Relative		
Number of pages	38 + 1 (guidebook)		

Our thesis deals with mental health patient's close relatives. In this thesis we made a guidebook to support the relatives of a mental health patient. With the help of studies and facts we found out, what kind of support the relative needs. In addition we got opinions from the Balanssi association's relative group and the group leader about what the guidebook should include. We wrote a report about the process of making the guidebook. The aim of this thesis and the guidebook is to give support and reliable information to mental health patient's close relatives. The thesis was commissioned by the Rovaniemi registered mental health association Balanssi.

Treatment times in psychiatric care have become shorter and the close relative's responsibility of the patient has grown. Supporting close relative's well-being helps to improve the families preparedness to take care of their members. In the guidebook we wanted to say; how important is for a close relative to take care of their own healthy and coping. In addition we chose five general mental disorders that are dealt with in the guidebook. At the end of the guidebook we bring out different kinds of options, in Rovaniemi and nationwide, where close relative can get help and support.

We think that this topic is really important if we think of nurse's professional expertise, because when a nurse treats a patient, there are usually also a relative included regardless of what kind of a disease the patient has. The nurse has to know what kind of services there are for the relatives so that the relative can be informed. During this process we have learned to understand the importance of the relative's role in patient care and in nursing we can surely pay attention to them even better in the future.

Key words: close relative of mental health patient, close relative's well-being, supporting close relative, mental disorders

Special remarks: This thesis includes a guidebook to support the mental health patient's close relative

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	4
3 MIELENTERVEYSPOTILAAN OMAISEN HYVINVOINTI.....	5
3.1 PSYYKKISEN SAIRAUDEN VAIKUTUKSET OMAISEN HYVINVOINTIIN	5
3.2 YLEISIMMÄT PSYYKKISET SAIRAUDET	9
3.2.1 <i>Masennus</i>	9
3.2.2 <i>Psykoosi ja skitsofrenia</i>	10
3.2.3 <i>Kaksisuuntainen mielialahäiriö</i>	12
3.2.4 <i>Persoonallisuushäiriöt</i>	14
3.2.5 <i>Paniikkihäiriö</i>	15
3.3 OMAISTEN TUKEMINEN	16
3.4 OMAISTEN TUKIPALVELUT	18
4 TUKIOPPAAN TUOTEKEHITYSPROSESSI	23
4.1 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	23
4.2 TARPEEN MÄÄRITTELY, IDEAVAIHE JA LUONNOSTELUVAIHE.....	24
4.3 KEHITTELY- JA VIIMEISTELYVAIHE	26
5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	29
6 POHDINTA	32
LÄHTEET	35
LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Yksilön terveyteen vaikuttaa se, miten hänen läheisensä voivat ja perheen terveyteen vaikuttaa jokaisen perheenjäsenen terveydentila. Mielenterveyspotilaan ja perheen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa, minkä vuoksi perhe tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa. Perhe on oman terveytensä asiantuntija ja se on oikeutettu tekemään terveyttään koskevat päätökset. (Kuhanen—Oittinen—Kanerva—Seuri—Schubert 2010, 94.) Vielä nykypäivänäkin mielenterveysongelmiin liittyy vahva häpeän tunne, kun taas somaattiset sairaudet koetaan hyväksyttävimmiksi (Saarelainen—Stengård—Vuori-Kemilä 2003, 186).

Toiminnallisen opinnäytetyömme aihepiiri kohdistuu psyykkisesti sairaan omaisiin. Tarkoituksena on tuottaa tukiopas mielenterveyspotilaan omaisille ja oppaan valmistusprosessista kirjoitamme raportin. Ne muodostavat yhdessä opinnäytetyömme. Opinnäytetyömme tavoitteena on tarjota mielenterveyspotilaan omaisille tukea ja tietoa oppaan muodossa. Meidän näkökulmastamme kyseinen aihe on oiva valinta opinnäytetyöhön, sillä kiinnostuksemme suuntautuu psykiatriseen hoitotyöhön ja haluamme laajentaa osaamistamme mielenterveystyöstä. Työmme toimeksiantaja on Rovaniemellä toimiva mielenterveysyhdistys Balanssi ry, jonka toimintaan sisältyy muun muassa psyykkisesti sairaiden omaisryhmä. Työmme keskeisiä käsitteitä ovat mielenterveyspotilaan omainen, omaisten tukeminen, omaisten psyykinen hyvinvointi ja psyykkiset sairaudet. Omaiset ovat työmme keskiössä, sillä opas on suunnattu nimenomaan heille. Avaamme käsitteet johdannon loppupuolella.

Työmme tarpeellisuutta voidaan perustella yksilön, perheen ja yhteiskunnan näkökulmasta. Lisäämällä ja tukemalla omaisten hyvinvointia parannetaan perheiden valmiuksia huolehtia jäsenistään. Tuen antaminen ennaltaehkäisee myös rasitusta, jota psyykinen sairaus aiheuttaa perheessä. (Kuhanen ym. 2010, 96.) Koemme aiheen tärkeäksi myös sairaanhoitajan ammatillista osaamista ajatellen, sillä potilasta hoitaessa ollaan usein myös tekemisissä hänen omaistensa kanssa, riippumatta potilaan sairaudesta. Sairaanhoitajan

tulisi tietää omaisille suunnatuista palveluista, osatakseen ohjata omaisia palveluiden piiriin.

1980-luvun jälkeen psykiatrisia sairaanhoitopaikkoja on vähennetty tasaisesti ja avohoitoa on pyritty kehittämään. Avohoito ei ole kuitenkaan kehittynyt samassa suhteessa kuin sairaanhoitopaikkoja on vähennetty. Tästä johtuen moni aikaisemmin pitkäaikaishoitoon jäänyt palaa nykyisin yhteiskuntaan. Hoitoajat ovat lyhentyneet, minkä vuoksi sairastuneet palaavat omaistensa luo nopeammin ja omaisten vastuu sairastuneesta läheisestään on kasvanut. Monet omaiset ovat kuitenkin päätyneet tähän tilanteeseen ilman riittävää määrää tietoja, taitoja tai tukea. Näiden muutosten vuoksi omaiset ovat myös itse aktivoituneet mielenterveystyössä ja Suomessa on perustettu lukuisia omaisyhdistyksiä ja näiden kaikkien keskusliitto, Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. (Nyman—Stengård 2004, 15.)

Mielenterveystyössä mielenterveyspotilaan omaisella tarkoitetaan ydinperheen jäsentä, verisukulaista ja hänen puolisoaan. Hoidossa voi olla mukana muita potilaalle tärkeitä ihmisiä, esimerkiksi sukulaisia, ystäviä, työtovereita ja naapureita. Tällöin omaisiksi määritellään kaikki henkilöt, jotka kuuluvat keskeisesti tietyn ihmisen ihmissuhdeverkostoon. (Saarelainen ym. 2003, 184.) Suomessa toimii Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, joka näkee omaisina kaikki ne henkilöt, jotka kantavat huolta mielenterveysongelmasta läheisestään, kuten perheenjäsen, ystävä tai työtoveri (Luodemäki—Ray—Hirstiö-Snellman 2009, 8). Omaisten tukemisella autetaan perheenjäseniä käsittelemään läheisensä sairastumista ja tunteita, joita se heissä herättää. Heitä kannustetaan ylläpitämään omia selviytymiskeinojaan. Tuen tarve riippuu siitä, miten kauan läheinen on sairastanut ja miten hyvin perhe on käsitellyt asian. Tukitoimet sopeutetaan perheen senhetkisen tilanteen mukaan. (Saarelainen ym. 2003, 191.)

Ihmisen terveys koostuu Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Psykyinen hyvinvointi ei ole pysyvä tila vaan se voi vaihdella muuttuvien tilanteiden ja

ympäristön mukaan. Negatiiviset tapahtumat elämässä, kuten läheisen kuolema tai vakava sairastuminen, muovaavat yksilön mielenterveyttä. Mielenterveyden voidaan ajatella olevan yksilön henkinen vastustuskyky, joka auttaa toimimaan erilaisissa elämän stressitilanteissa. (Kuhanen ym. 2010, 17, 19.)

Mielenterveyden häiriöt ovat hajanainen sairausryhmä, jotka käsittävät erilaisia psyykkisiä oireita ja sairauksia. Oireet voivat ilmetä monin eri tavoin, ja diagnostiikka perustuu sovittuihin luokituksiin. (Kuhanen ym. 2010, 176.) Käsittelemme oppaassa viittä eri mielenterveyshäiriötä; masennusta, skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, persoonallisuushäiriöitä ja paniikkihäiriötä. Valitsimme nämä sairaudet, koska se oli toimeksiantajan toive ja ne ovat myös keskeisimpiä psyykkisiä sairauksia.

On tutkittu mielenterveysyksiköiden kirjallisia ohjeita ja kartoitettu, millaisille ohjeille on tarvetta. Selvisi, että psykiatrisille potilaille ja heidän omaisilleen laadittuja ohjeita on vähän. Tutkimuksessa vain osa ohjeista täytti niille annetut kriteerit, joiden mukaan potilasohje on potilaan tai hänen läheisensä terveydenhuollon ammattilaiselta saamaa kirjallista ohjetta, jossa on tietoa sairauksista, tutkimuksista, toimenpiteisiin valmistautumisesta, jälkihoidosta, toipumisesta, kotihoidosta sekä itsehoidosta. Tulokset tukevat näkemystä siitä, että tiedon antaminen tapahtuu edelleen lähinnä suullisesti, vaikka kirjalliset potilasohjeet yhdessä suullisen ohjauksen kanssa on osoitettu tehokkaammaksi kuin joko suullinen tai kirjallinen ohjaus. Tutkimuksessa selvisi, että henkilöstön mielestä ohjeiden tulisi käsitellä sairautta, sen hoitoa ja palvelujärjestelmää. Lisäksi henkilöstö toivoi potilasohjeiden sisältävän potilaan ja läheistensä selviytymistä ja tukea koskevaa tietoa. Tutkimus osoitti, kuinka tärkeää on liittää kirjallinen tieto tiiviisti osaksi suullista informaatiota. Kirjalliset potilasohjeet antavat myös läheisille ajantasaista tietoa, sillä läheisten vastuu kasvaa avohoitopainotteisessa palvelujärjestelmässä. (Pitkänen—Mäki—Salminen—Kaunonen 2012, 14–21.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tukiopas tehtyjen tutkimusten ja teorian tiedon avulla siitä, millaista tukea mielenterveyspotilaan omaiset tarvitsevat. Lisäksi saimme Balanssi ry:n omais- ja läheisryhmän ohjaajalta ja ryhmään osallistuneilta omaisilta mielipiteitä siitä, mitä asioita oppaassa olisi hyvä käsitellä. Oppaan valmistamisprosessista kirjoitimme raportin. Oppaan tavoitteena on tarjota mielenterveyspotilaan omaisille tukea ja tietoa koottuna selkeästi oppaan muodossa. Saimme toimeksiannon Balanssi ry:ltä, jonka toiveena oli nimenomaan useampia sairauksia käsittelevä omaisten tukiopas vain yhteen sairauteen keskittyvän oppaan sijasta.

Toivomme omaisten saavan tukea oppaasta ja haluammekin tuottaa jotakin konkreettista apua mielenterveystyöhön. Olemme käytännössä huomanneet sairastuneen omaisten epätietoisuudesta johtuvan ahdistuksen, johon on vähän tarjolla luotettavaa tietoa sisältäviä oppaita. Uskomme, että oppaan avulla omaisten arki ja henkinen jaksaminen asian kanssa helpottuisi.

Potilaan omaiset ovat keskeisessä asemassa sairaanhoitajan työssä ja heidän tukeminen ja ohjaus on haastavaa etenkin mielenterveyspuolella. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on, että tulevassa työssämme osaisimme huomioida potilaan omaiset paremmin. Uskomme tästä prosessista olevan hyötyä meille tulevaisuudessa käytännön työkentillä omaisten ohjauksessa ja tukemisessa.

3 MIELENTERVEYSPOTILAAN OMAISEN HYVINVOINTI

3.1 Psyykkisen sairauden vaikutukset omaisen hyvinvointiin

Perheenjäsenen psyykinen sairaus vaikuttaa vahvasti myös koko muuhun perheeseen ja omaisten elämään. Läheisen sairastuminen psyykkisesti voi vaikeuttaa omaisen omaa elämää, kuten työssäkäyntiä tai raha-asioita. Omaiset tarvitsevat tietoa, tukea ja neuvontaa, jotta he jaksaisivat vaikeassa tilanteessa ja muutosten keskellä. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2012.) Psyykinen sairastuminen koetaan usein kriisiksi ja äkilliseksi suureksi muutokseksi usealla elämänalueella. Kriisi koskettaa sairastuneen lisäksi myös hänen läheisiä ihmisiä ja aiheuttaa stressiä sekä paineita muutoksiin arkielämässä. Näkyväksi tämä kriisi tulee usein silloin, kun läheinen toimitetaan psykiatriseen sairaalahoitoon ja hänestä tulee siellä potilas. (Hentinen—Iija—Mattila 2009, 147.)

Läheisen sairastuminen aiheuttaa useimmiten seuraavia tunteita: jännitystä, huolta tulevaisuudesta, syyllisyyttä, epävarmuutta, vihaa, suuttumusta, ahdistusta, masennusta ja surua. Syyllisyydentunne tulee usein siitä, että omainen kokee jotenkin itse vaikuttaneen läheisensä sairastumiseen tai hän ei ole huomannut läheisensä oireilevan. Omat vihan tunteet läheisen sairastumista kohtaan voivat myös aiheuttaa syyllisyyttä. Alkuun omaiset pyrkivät kieltämään asian ja vasta myöhemmin nimeävät sen psyykkiseksi sairaudeksi. Toiset voivat kokea diagnoosin kuulemisen helpottavana, ja toiset järkyttävänä asiana. Tilanteeseen sopeutuminen on hyvin yksilöllistä jokaisella. (Hentinen ym. 2009, 147.)

Sopeutumisprosessi voidaan kuitenkin jakaa eri vaiheisiin Terkelsenin jaotteen mukaan, jossa vaiheita ovat: shokkivaihe, tilanteen realisoitumisvaihe, selviytymisvaihe ja edunvalvontavaihe. Shokki- ja realisoitumisvaiheessa kriisi kohdataan, tehdään surutyötä ja hyväksytään tilanne. Selviytymisvaiheessa tilannetta arvioidaan ja tehdään suunnitelmia perheen hyvinvoinnin edis-

tämiseksi. Edunvalvontavaihe on uusien toimintamallien sisäistämisen vaihe, jossa usko perheen mahdollisuuksiin palaa. (Luodemäki ym. 2009, 38–39.)

Sopeutuminen alkaa jo ennen läheisen sairauden diagnosointia, jolloin sairaus vaikuttaa jo perheen arkeen. Diagnosoinnin jälkeen sairaudesta tulee todellinen ja tunteita voi olla helpompi käsitellä, kun niille löytyy jokin selitys. Kriisivaiheen jälkeen omainen voi alkaa etsiä syitä läheisen psyykkisille ongelmille. Tällöin herää myös kiinnostus ottaa selvää, mistä sairaudesta on kyse ja miten läheistä voisi auttaa. Vähitellen omainen alkaa ymmärtää, että läheinen ei palaa enää entiselleen ja että sairaus ei ole ohimenevää. Sairautta kohtaan omainen voi tuntea katkeruutta ja vihaa. Omainen kantaa huolta läheisestään ja tämä tehtävä on myös pysyvä osa perheen arkea. Tunteiden käsittely vie oman aikansa, jonka jälkeen hyväksytään läheisen psyykkinen sairaus ja sairaus saa oman paikkansa perheessä. Tämän jälkeen omainen alkaa myös kiinnostua omasta terveydestään ja jaksamisestaan. (Luodemäki ym. 2009, 39–42.)

Perheenjäsenen sairastuessa sekä perheenjäsenten että työntekijöiden huomio kohdistuu usein ensisijaisesti apua tarvitsevaan ja muiden perheenjäsenten tarpeet nähdään toissijaisina. Yhteiset vaikeudet voivat lähentää sairastuneen ja hänen omaisensa suhdetta, mutta omainen voi myös kokea läheisensä sairastumisen seuraamisen raskaana. Omainen voi kokea itsensä avuttomaksi ja voimattomaksi, sillä hän haluaisi auttaa, mutta ei välttämättä tiedä mitä tehdä. Omaiset voivat surra sairastuneelle aiheutunutta terveyden ja toimintakyvyn menetystä sekä hänen tulevaisuutensa muuttumista. Tulevaisuus voi myös tuntua pelottavalta ja ennakoimattomalta. (Saarelainen ym. 2003, 185–186.)

Sairastuneen omaiset voivat tukea häntä paranemisessa ja kuntoutumisessa, mutta heidän on tärkeä muistaa huolehtia myös omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Moni mielenterveyspotilaan omainen kärsii masennuksesta. Ihmisen normaaliin käyttäytymiseen kuuluu toisista huolehtiminen, mutta jos-

kus huolehtimisesta tulee pakkomielle. Silloin voidaan puhua läheisriippuvuudesta. (Mielenterveyden keskusliitto 2012.)

Moni omainen kantaa huolta läheisestään ja toimii huolenpitotehtävässä esimerkiksi omaishoitajana. Tämä tehtävä rasittaa, mutta sillä on myös positiivisia ja palkitsevia puolia. Rasitus tarkoittaa sellaisia läheisen sairastamiseen liittyviä ongelmia ja ikäviä tapahtumia, jotka vaikuttavat omaisten elämään. Rasittuneisuus voidaan jakaa subjektiiviseen ja objektiiviseen. Subjektiivisella rasittuneisuudella tarkoitetaan omaisen tunteita ja reaktioita, jotka liittyvät läheisen sairauteen. Objektiivisella rasittuneisuudella tarkoitetaan potilaasta ja hänen käyttäytymisestä johtuvia ongelmia omaisen elämässä. (Hentinen ym. 2009, 148.)

Tutkimusten mukaan psyykkisesti sairaiden omaiset kärsivät psyykkisistä rasitusoireista, kuten unettomuudesta, selvästi enemmän kuin muu väestö. 60 prosentilla omaisista on itsellään psyykkisiä rasitusoireita ja noin 40 prosenttia kärsii masennuksesta. Riski sairastua masennukseen on omaisilla kaksin- kolminkertainen muuhun väestöön nähden. Moni perhe voi tässä tilanteessa eristäytyä, sillä suhteiden ylläpitäminen perheen ulkopuolelle voi vaikeutua. Tämä taas johtaa sosiaalisen verkoston pienenemiseen ja tuen menettämiseen, mikä lisää omaisten kuormittuneisuutta. Akuuttivaiheessa omaiset voivat hyötyä eniten tiedon saamisesta sairaudesta ja käytännön asioista. Pitkään sairastuneen omaiset voivat kokea merkityksellisemmäksi kokemusten jakamisen ja tuen saamisen omaan jaksamiseen. Ammattilaisten tulee ottaa hoitotyössä huomioon myös omaiset ja heidän jaksaminen sekä ohjata heitä tarvittavien tukitoimien pariin. (Hentinen ym. 2009, 148–150.)

Omaisen masennus -projektin (2000–2002) aikana tehtiin Mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointi -tutkimus. Sen toteuttivat Markku Nyman ja Eija Stengård Tampereen yliopiston psykologian laitokselta. Tavoitteena tällä tutkimuksella oli kartoittaa omaisten hyvinvointia, huolenpitotehtävään liittyviä riskitekijöitä sekä jaksamista tukevia voimavaroja. Tulokset osoittivat, että

moni omainen on hyvin kuormittunut läheisensä tilanteesta. Heidän oma hyvinvointinsa on vaarassa, jolloin riski sairastua masennukseen kasvaa. Tutkimuksessa selvisi myös, että omaisen voimavaroja lisää tiedon ja tuen saaminen. Myös myönteinen asenne ja myönteisten merkitysten korostaminen auttaa omaista jaksamaan ja moni kertoi saavansa voimaa arjen pienistä iloista. Perhe ja ystävät, kontaktit toisiin omaisiin, liikunta sekä omat harrastukset ovat tärkeinä pidettyjä asioita jaksamisen kannalta. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2012.)

Hoitotyössä usein ajatellaan, että omainen on mukana läheisensä hoidossa ja kantaa hänestä myös vastuuta. Omaisilla on liian vähän valtaa vaikuttaa tilanteeseensa ja moni joutuu toimimaan läheisensä apuna ilman riittävää tukea ja tietoa. Mielenterveysomaisten oikeuksilla halutaan kiinnittää huomiota omaisten kokemuksiin epäkohtiin, joihin vaaditaan muutosta. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto laati oikeudet vuonna 2010. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2010.)

Omaisella on oikeus omaan elämään, virkistykseen ja lomaan ja hänen tulee saada levätä ja saada myös omaa aikaa, vaikka hän olisikin valmis ottamaan paljon vastuuta läheisensä hoidosta. Omaisella on oikeus omaishoidon tukeen ja tukitoimiin. Voimia vievässä omaishoitotyössä tuen tulee vastata parhaalla mahdollisella tavalla omaishoitajan yksilöllisiä tarpeita. Omaisella on oikeus työelämän joustoihin. Hänellä on oikeus tarvittaessa lyhentää työpäiväänsä tai jäädä määräajaksi pois työstä kuormittavassa tilanteessa. Omaisella on oikeus omaan talouteen ja taloudelliseen tukeen. Esimerkiksi toimeentulotukea tulisi muuttaa siten, että omainen saisi taloudellista tukea, kun hän on joutunut itse taloudelliseen hätään autettuaan sairastunutta läheistään. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2010.)

Omaisella on myös oikeus terveystarkastuksiin, joissa voidaan puuttua ajoissa omaisen terveyttä uhkaaviin asioihin ja ohjata häntä palveluiden tai kuntoutuksen piiriin. Mielenterveysomaisilla on suurempi riski sairastua masennukseen ja stressiperäisiin sairauksiin. Omaisten kuormittuneisuus tulee ny-

kyistä paremmin tunnistaa terveydenhuollossa. Omaisella on oikeus omaisvastaavaan, joka voi ohjata omaisen esimerkiksi omaisyhdistykseen tai muuhun paikkaan, josta hän voi saada itselleen tukea. Lisäksi hänellä on oikeus saada riittävä tieto läheisen sairaudesta ja hoidosta. Omaisilla on usein hätä ja huoli läheisistään ja heitä rauhoittaa yleensä jo pelkkä tieto siitä, että läheinen on sairaalassa. Jos potilas on kerran kieltänyt tiedonannon asioistaan omaiselle, asiasta on hyvä keskustella hänen kanssaan myöhemmin. Omaisella on oikeus lapsuuteen, kun vanhempi sairastaa. Lastensuojelulaki velvoittaa, että lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattavariittävä hoito ja tuki, kun esimerkiksi vanhempi saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2010.)

3.2 Yleisimmät psyykkiset sairaudet

3.2.1 Masennus

Masennus voi saada alkunsa jostain elämän kriisistä tai pettymyksestä. Masennuksen syntyyn ei ole vain yhtä syytä, vaan siihen vaikuttaa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. (Heiskanen—Huttunen 2011, 9-10.) Masennus puhkeaa usein jo nuorena, jolloin se haittaa esimerkiksi opiskeluja ja työelämään siirtymistä. (Haarala ym. 2010, 9-10).

Masennus eli toiselta nimeltään depressio, on yleinen, helposti uusiutuva sairaus, joka voi joskus muuttua pitkäaikaiseksi. Masennuksen taustat voivat olla monenlaisia. Elämään kuuluu normaalistikin mielialan vaihtelua, mutta masennukseen sairastunut kokee pidempiaikaista alakuloa. Masentunut mieliala on sairauden keskeisin oire. Muita oireita ovat esimerkiksi uupumus, keskittymiskyvyttömyys ja unihäiriöt. Sairauden alussa voi olla myös fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä ja rintatuntemuksia. (Heiskanen—Huttunen 2011, 7, 11.)

Lääkehoidon ohella masennusta hoidetaan käyttämällä sähkö- ja kirkasvalo- hoitoa. Sähköhoidolla voidaan saada vakavaan masennukseen liittyvät har-

ha-ajatukset häviämään. Sitä käytetään vakavan masennuksen hoidossa myös silloin, kun masennuslääkityksen toteuttamisessa on ongelmia. Psykoterapia on tehokas psykososiaalinen menetelmä masennuksen hoidossa. (Noppiari—Kiiltomäki—Pesonen 2007, 57–58.) Hoito määräytyy oireiden ja masennuksen puhkeamisen syiden perusteella. Lievässä masennuksessa omat toimet voivat riittää, keskivaikeassa ja vaikeassa on tarpeellista lääkitys ja psykoterapia tai niiden yhdistelmä. (Heiskanen—Huttunen 2011, 11.)

Lääkehoidon merkitys kasvaa mitä vakavammasta ja pitempään kestävästä masennuksesta on kyse. Yleisimpiä masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Rinnalle on tullut myös muita lääkkeitä, kuten SNRI-lääkkeet, jotka ovat serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä. Näiden lisäksi edelleen käytetään myös trisyklisiä masennuslääkkeitä. (Heiskanen—Huttunen 2011, 7-11.) Lääkityksen tavoitteena on masennusoireiden poistaminen kokonaan. Tavallisesti menee joitakin viikkoja, ennen kuin lääkityksen myönteiset tulokset alkavat näkyä. Usein läheiset näkevät nämä muutokset aikaisemmin kuin masentunut itse, joten on tärkeää, että läheinen kertoo näistä huomioistaan sairastuneelle. Myös masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi käytetään lääkehoitoa. Masennus uusiutuu vähintään kerran noin 75 prosentilla masentuneista. Lääkityksen huono puoli on siitä johtuvat erilaiset sivuvaikutukset. (Gustavson 2006, 59–60, 62.)

3.2.2 Psykoosi ja skitsofrenia

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen hajanaisuutena tai outona käytöksenä. Skitsofrenia on psykoosisairauksista vaikea-asteisin ja sille on ominaista ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden häiriintyminen. Tavallisia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot sekä hajanainen ja vaikeasti ymmärrettävä puhe. Myös tunneilmaisuus on skitsofreniassa usein köyhtynyttä. Psykoottisuus voi usein ilmetä pelkästään harhaluuloisuutena ilman, että kyseessä olisi skitsofrenia. (Terveyskirjasto 2009.)

Psykoosiin sairastutaan yleensä elämän toisella tai kolmannella vuosikymmenellä, jolloin nuori itsenäistyy, perustaa perhettä ja rakentaa uraa sekä ihmissuhteita (French—Morrison 2008, 23). Naiset sairastuvat keskimäärin 24-32-vuotiaana, ja miehet 20-28-vuotiaana (Kuhanen ym. 2010, 188). Sairastuminen tässä iässä vaikuttaa siis yksilön lisäksi myös perheeseen ja ystäviin (French—Morrison 2008, 23). Psykoosilla tarkoitetaan sitä, että ihmisen ajatus- ja havaintokyky on vääristynyt. Hän tulkitsee sen vuoksi ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavasti. Psykoosiin sairastuneen on hankala erottaa, mikä on totta ja mikä ei, ja hänen käyttäytymisensä tai puheensa voi olla vaikeasti ymmärrettävää. (Kuhanen ym. 2010, 187.)

Psykoottisia oireita ovat kuulo- ja näköharhat, harhaluulot, ajattelun- ja puheenhäiriöt ja erilaiset käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt. Henkilö voi myös kokea ahdistuneisuutta, pelkoa ja unihäiriöitä. Pitkään psykoosia sairastaneella toimintakyky ja tunne-elämä voi latistua, ja he saattavat eristäytyä. Psykoosin oireet voidaan jakaa positiivisiin, joita ovat esimerkiksi aistiharhat, ja negatiivisiin joita on esimerkiksi puheenköyhtyminen. Psykoosiin tai skitsofreniaan voi sairastua henkilö, jolla on perinnöllinen tai varhaiskehityksen tuoma alttius sairastua. Oireiden puhkeamiseen vaikuttavat erilaiset stressitekijät, kuten elämänmuutos tai keskushermostovamma. On myös tutkittu että kannabiksen käyttö altistaa skitsofrenialle. (Kuhanen ym. 2010, 187.)

75 prosenttia skitsofreniaan sairastuneista kärsii psykoosia edeltävistä oireista, kuten unihäiriöistä ja ahdistuneisuudesta. Näiden ennakko-oireiden tunnistaminen on tärkeää hoidon aloittamisen kannalta, koska sillä pystytään siirtämään tai estämään psykoosin puhkeamista. Psykoosin sairastuneen potilaan hoito tapahtuu usein avohoidossa. Perheen ja lähipiirin saaminen mukaan hoitoon heti alussa on tärkeää. Hoidon lähtökohtana on luottamuksen synty potilaan ja häntä hoitavan tahon välillä. Hoito voidaan toteuttaa kotikäyntien muodossa tai vastaanottokäynteinä. Yleensä psykoosin akuutissa vaiheessa hoito on tiivistä, ja hoitokäyntejä harvennetaan voinnin parantuessa. (Kuhanen ym. 2010, 188, 190.)

Sairastuminen on sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen kriisitilanne ja raskas kokemus. Potilaan läheiset voivat kokea epävarmuutta siitä, ettei tiedä miten toimia ja mitä läheiselle tapahtuu. Perhe tarvitsee alussa kriisiapua, koska he ovat huolissaan ja surullisia. Sairastuminen on myös omaiselle raskastekijä ja stressaantunut perhe ei jaksakaan tukea läheistään, mikä voi vaikeuttaa potilaan sairautta entisestään. (Kuhanen ym. 2010, 191,193.)

Antipsykoottinen lääkitys on keskeistä psykoosin hoidossa, mutta lisäksi tarvitaan kuntouttavia toimenpiteitä, kuten psykoedukaatiota ja perheinterventioita. Lääkehoito vähentää merkittävästi oireita, uusia sairausjaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. Lääkitys aloitetaan mahdollisimman nopeasti, jotta toipuminen ei viivästyisi. Lääkkeitä annostellaan suunkautta ja lihakseen sisäisesti, joko lyhytvaikutteisina tai pitkävaikutteisina. Säännöllinen lääkitys on tärkeää uusiutumisen riskin pienentämiseksi. (Lönngqvist—Henriksson—Marttunen—Partonen. 2011, 107, 109,113, 121.)

3.2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Maanis-depressiivisyys eli kaksisuuntainen mielialahäiriö on psyykinen sairaus, jossa maaniset tai hypomaaniset ja depressiiviset jaksot vaihtelevat. Sairastuneella on vähintään kaksi jaksoa: toisessa mieliala kohonnut ja toisessa mieliala heikentynyt. Masennusjaksossa häiriöitä tapahtuu kognitiivisissa toiminnoissa, kuten keskittymisessä ja lähimuistissa. Hypomaanisessa vaiheessa ihminen on puhelias ja vilkas ja hänen on vaikea keskittyä. Unen tarve vähenee voimakkaasti ja seksuaalivietti voimistuu tässä vaiheessa. Jaksojen välissä on täysin oireeton aika. Kaksisuuntainen mielialahäiriö kestää koko elämän ja sille altistaa muun muassa lapsuuden vaikeat traumat tai perimä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 149.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä nuoruusiässä tai nuorella aikuisiällä. Perinnöllisyydellä on sairaudessa suuri merkitys ja tutkimuksissa periytyvyys vaihtelee 60–90 prosenttiin. (Lönngqvist ym. 2011, 194.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallinnan perusedellytys on kyky hyväksyä altti-

tensa sairastua toistuviin mania- ja depressiojaksoihin. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivälle on tärkeää, jos hänen läheisensä voivat tukea häntä sairauden eri vaiheissa. Läheinen huomaa manian esioireet hoitavaa lääkäriä aikaisemmin, mutta suhteita voi kuitenkin kiristää, jos pikkuriidat tai tavanomaiset mielialan vaihtelut nähdään aina sairauden esioireina. (Terveyskirjasto 2012.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa voidaan käyttää erilaisia terapioita, kuten yksilöpsykoterapiaa, pari- ja perheterapiaa ja potilasopetusta. Yksilöpsykoterapiassa tavoitteena on, että potilas oppii tuntemaan sairauttaan ja sopeutumaan siihen, tunnistamaan itsessään esioireita, jonka avulla sairausjaksojen kehittyminen voidaan estää ajoissa. Samalla opetellaan stressinhallintakeinoja, vuorovaikutustaitoja ja tuetaan potilaan lääkemyöntyvyyttä. Perheinterventioissa arvioidaan perheen miljöötä, opetetaan potilasta kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja tehdään ongelmanratkaisuharjoituksia. Potilasopetuksessa opetetaan esimerkiksi esioireiden tunnistamista. (Lönngqvist ym. 2011, 213–214.)

Hypomaniaa hoidetaan avohoidossa lääkityksen ja hoitosuhteen avulla, mutta maanisessa tilassa ihminen tarvitsee psykiatrista hoitoa. Sairastuneelle itselleen ja hänen läheisilleen mielialavaihtelut ovat stressitekijä, joita pelätään etukäteen. Mielialavaihteluiden vuoksi tulevaisuus on epävarmaa ja jatkuva epävarmuus voi altistaa itsemurhaan. Pitkäjänteinen hoitosuhde on tärkeä, koska tuttu hoitaja huomaa mielialavaihtelut herkemmin. Lääkitys on keskeinen hoitomuoto, Litiumia, valproaattia ja karbamatsepiinia käytetään yleisesti mielialan tasaamisessa. Hoito- ja estolääkkeenä käytetään olantsapiiniä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 150.)

3.2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöissä ihmisen yksilöityminen on jäänyt kesken. Psykykkiset vauriot ovat syntyneet varhain ja taustalla on usein traumaattisia kokemuksia, hylkäämistä ja epävakaa lapsuutta. Häiriöt ovat pitkäaikaisia ja

heikentävät ihmisen kykyä toimia ihmissuhteissa eri elämäntilanteissa. Sairastuneella ei ole empatiakykyä ja usein hän ei koe sairauttaan yhtä vakavana kuin hänen läheisensä. Häiriö esiintyy poikkeavina luonteenpiirteinä, kuten huomionhakuisuutena, narsistisuutena ja vaativuutena. Persoonallisuushäiriöt esiintyvät monesti päällekkäin ja yhdessä ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kanssa. Monelle persoonallisuushäiriöiselle on ominaista se, ettei voi asettua toisen ihmisen asemaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 155.)

Persoonallisuushäiriöitä on monenlaisia ja kullakin on erilainen käytösmallinsa, kuten esimerkiksi epäluuloisuus tai epäsosiaalisuus. Häiriöihin liittyvät käytöstavat eivät oikeastaan ole tahdonalaisia vaan usein kehityksen edetessä opittuja tapoja reagoida erilaisiin tunnetiloihin. Käyttäytymisen taustalla voi myös olla muutoksia tunteita ja niiden hallintaa säätelevissä keskushermoston toiminnoissa. (Huttunen 2006, 177.) Persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen ei aina itse kärsi sairauden aiheuttamista oireista, jotka pakottaisivat hänet menemään lääkäriin. Sen sijaan sairastuneen lähiympäristö voi kokea henkilön käyttäytymisen haitallisena. (Lönngqvist ym. 2011, 485.)

Persoonallisuushäiriöiden hoitoon käytettäviä psykoterapioita ja lääkkeitä on tutkittu melko vähän. Osa voi hyötyä sekä terapiasta että lääkityksestä huomattavasti ja lääkitys aloitetaan eri lääkeryhmien kriittisellä kokeilulla. Lääkehoidosta hyötyminen on yksilöllistä, joku saa apua pienistä annoksista antipsykooteja ja toinen masennuslääkkeistä. Ahdistusta lievittävät ja mielialaa tasaavat lääkkeet voivat myös olla jollekin hyödyksi. (Huttunen 2006, 177.) Sairauden vaikuttaessa vahvasti myös sairastuneen lähipiiriin, hoitoon kuuluu myös läheisten selviytymisen tukeminen ja kärsimysten lievittäminen (Lönngqvist ym. 2011, 485).

3.2.5 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriölle ovat ominaisia tiheästi toistuvat paniikkikohtaukset, jatkuva huoli niiden uusiutumisesta tai kohtausten pelon aiheuttama käytöksen muu-

tos. Kohtauksille on ominaista äkillisyys ja odottamattomuus. Kohtaus kestää yleensä useimmiten alle puoli tuntia, joskus harvoin jopa tunteja. Kohtauksen aikana voi ilmetä erilaisia oireita, kuten sydämentykytys, hengenahdistus, tukehtumisen tai kuristumisen tunne. Seurauksena oireista on usein kuoleman, itsensä hallitsemisen menetyksen tai sekoamisen pelko, epätodellisuuden tunne tai itsensä vieraaksi tunteminen. (Terveyskirjasto 2011.)

Paniikkihäiriötä esiintyy enemmän nuorilla ja keski-ikäisillä kuin vanhuksilla. Tavanomaista enemmän sitä esiintyy myös astmasta tai keuhkohtaumataudista kärsivillä potilailla. Naisilla häiriötä esiintyy kaksi kertaa enemmän miehiin verrattuna. Tiedetään että paniikkihäiriötä esiintyy usein suvuittain ja että sillä on jokin perinnöllinen tausta. (Lönqvist ym. 2011, 223–224.)

Kohtaukset liittyvät usein ulkoisiin tapahtumiin ja kohteisiin. Odottamattomat paniikkikohtaukset ilmaantuvat ilman mitään erityistä havaittavissa olevaa laukaisevaa tekijää. Tilanteelle altistumisen aiheuttama kohtaus ilmaantuu usein, muttei välttämättä aina, tietyn ärsykkeen yhteydessä. Tilannesidonnaiset paniikkikohtaukset esiintyvät aina jonkin tietyn tilanteen tai ärsykkeen yhteydessä, kuten esimerkiksi aina autolla ajaessa. (Lönqvist ym. 2011, 220.)

Kognitiiviset psykoterapiat ovat tehokkaita paniikkihäiriön hoitomuotoja ja niiden vaikutus kohdistuu paniikkikohtauksiin ja välttämiskäyttäytymiseen. Keskeistä hoidossa on altistaminen itseen kohdistuneen tarkkaavaisuuden vähentäminen ja kognitiivinen restrukturointi. (Lönqvist ym. 2011, 230.) Läheisten tulisi ymmärtää odottamattomiin kohtauksiin liittyvän paniikinomaisen pelon aste. Pelkojen väheksyminen tai mitätöinti pahentaa niiden hallinnan oppimista. Kahvi ja kofeiinipitoiset juomat sekä alkoholi ja muut päihteet lisäävät alttiutta saada paniikkikohtauksia. Jooga, meditaatio ja erilaiset rentoutusharjoitukset sekä säännöllinen liikunta voivat vähentää paniikkikohtauksia. Paniikkikohtauksista ja -häiriöstä kärsiville on monilla paikkakunnilla järjestetty erilaisia oma apu- ja rentoutusryhmiä. (Terveyskirjasto 2011.)

Lääkkeiden avulla kyetään tehokkaasti estämään kohtausten toistumista. Lääkkeinä useimmiten käytetään joko serotoniinin aineenvaihduntaan vaikuttavia masennuslääkkeitä tai bentsodiatsepiineja. (Terveyskirjasto 2011.) Oireettomuuden jälkeen läikehoitoa tulisi jatkaa ainakin puolen vuoden ajan, sillä lyhyen oireettoman jakson jälkeen oireiden uusiutumisen riski on suuri. Tapauksissa joissa kohtaukset ovat aina palanneet lääkkeiden lopettamisen jälkeen, voidaan harkita loppuelämän kestävää lääkitystä, jotta vältettäisiin sairauden uusiutumisvaiheet. (Lönqvist ym. 2011, 233.)

3.3 Omaisten tukeminen

Omaisten tilannetta ja tuen tarvetta on tutkittu ja siitä on tehty opinnäytetöitä. Tutkija Eija Stengårdin väitöskirja *Journey of Hope and Despair (2005)* koostuu viidestä erillisestä tutkimuksesta. Tutkimuksissa selvitettiin uusien skitsofreniapotilaiden sairauden kulkua kahden vuoden seurannassa sekä omaisten tilannetta ja tuen tarvetta. Myös omaisille tarkoitettujen koulutusryhmien vaikuttavuutta tutkittiin. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 227 skitsofreniapotilaasta sekä 1 224 omaista ja tutkimusmenetelminä käytettiin kyselylomakkeita, strukturoituja haastatteluja sekä hoitokertomustietoja. (Stengård 2005, 116–117.)

Tutkimukseen osallistuneista omaisista lähes 60 prosenttia koki psyykkistä kuormittuneisuutta ja 15–25 prosenttia omaisista koki huolenpidon sairastuneesta läheisestä niin kuormittavana, että heidän oma hyvinvointinsa oli vaarantunut. Viidennes omaisista oli tyytymätön tilanteeseen ja kolmannes oli tyytymätön psykiatriseen hoitojärjestelmään. Omaisille tarjottujen koulutusryhmien todettiin lisäävän omaisten tietoja skitsofreniasta ja vähentävän koettua kuormittuneisuutta. Tuloksista kävi ilmi, että läheiset tarvitsevat tietoa mielenterveydenhäiriöistä ja niiden hoidosta, sekä ohjausta käytännön ongelmatilanteissa ja emotionaalista ja taloudellista tukea. Osana potilaan hoitoa tulisi arvioida myös hänen omaistensa tuen tarvetta ja tarjota tukitoimia. (Stengård 2005, 117, 119.)

Weimand (2012) on tehnyt väitöskirjan vakavasti mielisairaiden omaisten kokemuksista ja tuen tarpeesta Norjassa. Analysoitavaa aineistoa tutkimukseensa hän hankki eri tavoin sekä omaisilta että hoitajilta, kyselyllä ja haastatteluilla. Tutkimuksessa selvisi, että omaiset kokivat heidän elämänsä olevan kietoutunut sairastuneen elämään ja läheisen sairaudesta koituva taakka vaikutti heidän terveyteensä. Heidän täytyi tasapainotella huolien kanssa ja tehdä päätöksiä muiden ja itsensä puolesta. Omaisten kokemukset kohtaamisista ammattilaisten kanssa olivat pääosin negatiivisia, vaikkakin joillain oli myös positiivisia kokemuksia. He olivat kokeneet jääneensä usein yksin kuormittavan vastuun kanssa. Hoitajat taas kokivat, että olivat ensisijaisesti vastuussa potilaasta ja joutuivat jättämään omaisten huomioimisen vähemmälle, mutta joskus kykenivät tukemaan heitä. (Weimand, 19-20, 42-46.)

Aiheesta on tehty opinnäytetöitä, joissa tuodaan esille omaisten tuen tarve. Yksi opinnäytetyö on Opas masennuspotilaan omaisille, jossa tuodaan selkeästi esille se, että omaiset kokevat saavansa liian vähän tietoa läheisensä sairaudesta ja hoidosta ja sen etenemisestä. Lisäksi esille nousee vertaistuen merkitys ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki. Omaiset toivoisivat myös enemmän tukea ja tietoa omaan jaksamiseen ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen. (Mäntykoski—Mietola 2012, 2.) Toinen opinnäytetyö käsittelee mielenterveyskuntoutujan omaisen tuen tarvetta ja jaksamista. Tutkimustulosten mukaan omaiset kaipaavat eniten tietoa, vertaistukea sekä hoitohenkilökunnan tukea. Myös omaisen oman ajan, harrastusten ja levon merkitys korostuvat tutkimustuloksissa. Kehittämisehdotuksissa omaiset tuovat esille päivätoiminnan kehittämisen mielenterveyskuntoutujille, tukihenkilötoiminnan aloittaminen sekä asiantuntijatiedon saaminen erityisesti sairauden alkuvaiheessa. (Honkapuro 2010, 21–24.)

Ihmisellä on luontainen tarve saada ja antaa tukea sekä vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. Tähän perustuu myös vertaistuen tarve. Ihmisen verratessa omaa tilannettaan ja arvioidessaan sitä muihin samassa tilanteessa oleviin, hän voi motivoitua selviytymään tilanteesta. Ryhmä voi antaa jäsenelleen myös myönteisessä mielessä sosiaalista painetta

muuttaa omaa terveystyytymistään toimivampaa suuntaan ja ryhmän tuella ihminen voi alkaa toimia terveellisemmin, välttää kuormitustekijöitä ja riskejä sairastua. Ihmisen omat kyvyt ja hallintamahdollisuudet paranevat ja siten terveystyytyminen on hyvinvointia tukevaa ja riski sairastua vähenee. (Terveyskirjasto 2007.)

Tuija Palomäki on tehnyt pro gradu-tutkielman mielenterveyspotilaiden iäkkeitä omaisia kuormittavista tekijöistä ja heidän kokemuksistaan vertaistuesta. Tutkimuksen mukaan oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa samanlaisia asioita kokeneiden ihmisten kanssa. Tämä helpottaa omien tunteiden tunnistamista ja niistä on myös helpompi puhua samoja asioita kokeneelle. Vertaistensa seurassa näkökulma omaan tilanteeseen laajenee, mikä mahdollistaa myönteisemmän suhtautumisen olemassa oleviin ongelmiin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että merkityksellinen osa vertaistukea on toivo, joka auttaa omaisia jaksamaan. Toivoa pitää yllä vertaisilta saatu kannustus ja lohdutus. Vertaistuksessa toista voi kannustaa monin eri keinoin, kuten ottamaan selvää virkistysmahdollisuuksista, tukiasioista ja oman ajan tärkeydestä. (Palomäki 2005, 38, 41.)

3.4 Omaisten tukipalvelut

Työmme toimeksiantaja on Rovaniemen alueella toimiva sosiaali- ja terveystyöalan kansalaisjärjestö ja mielenterveysyhdistys Balanssi ry. Yhdistys on perustettu vuonna 1986 ja sen tarkoituksena on parantaa mielenterveyden ongelmia kohdanneiden henkilöiden ja heidän läheistensä osallisuutta, edistää terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi Balanssi ry tekee ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä sekä kehittää mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja laatua. Yhdistys pyrkii vaikuttamaan siihen, että mielenterveyspalveluja tarvitsevien erityistarpeet otetaan kunnassa huomioon palveluista päätettäessä. Balanssin arvoja ovat jäsenkeskeinen toimintakulttuuri, yhteisöllisyys, luottamuksellisuus, erilaisuuden kunnioittaminen ja huomioiminen, sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden käyttäminen voimavarana. (Balanssi ry 2013.)

Toiminnassa on keskeistä erityisesti vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen sekä asenneilmapiiriin vaikuttaminen. Balanssi ry:n ryhmätoiminta sisältää toiminnallisia ryhmiä, keskusteluryhmiä ja erilaisia kursseja, joiden tavoitteena on yhdessä tekeminen, oppiminen ja kokemusten vaihto hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämiseksi. Balanssi ry:ssä voi toimia vapaaehtoisena esimerkiksi ryhmien ohjaajana, erilaisissa työryhmissä tai luottamustoimissa. Vapaaehtoisille järjestetään toiminnan tueksi työhönsä, koulutusta ja virkistystä palkkioksi arvokkaasta vapaaehtoistoiminnasta. Balanssissa toimii vuositasolla yli 20 eri vertaistukiryhmää. Balanssin toimintaa tukee ja rahoittaa Raha-automaattiyhdistys RAY. (Balanssi ry 2013.) Työmme tiimoilta tapasimme kevään 2013 aikana Rovaniemen psyykkisesti sairastuneiden omais- ja läheisryhmän ohjaajaa Ulla Kumpula-Turpeenniemeä.

Balanssi ry:n omais- ja läheisryhmä on tarkoitettu henkilöille, joiden läheisellä on mielenterveysongelmia. Ryhmän tavoitteena on kokemusten jakaminen, rohkeuden ylläpitäminen, vertaistuki, sosiaalisen verkoston vahvistuminen ja tiedon saaminen psyykkisistä sairauksista, hoidoista ja kuntoutuksesta sekä tarjolla olevista tukipalveluista. Ryhmä kokoontuu Balanssi ry:n tiloissa. (Balanssi ry 2013.) Omaisryhmällä on omat säännöt, joita jokainen ryhmänjäsen sitoutuu noudattamaan, esimerkiksi ryhmässä kuultuja asioita ei kerrota ulkopuolella. Ryhmässä kaikilla on oikeus puhua tai olla hiljaa ja jäsenet ovat kaikki tasavertaisessa asemassa. (Omaisryhmän säännöt 2013.) Keväällä 2013 Balanssin tiloissa aloitti myös uusi vertaistukiryhmä psyykkisesti sairastuneen nuoren läheisille (Balanssi ry 2013).

Omaisille on tarjolla erilaisia tukipalveluita, kuten valtakunnalliset yhdistykset ja järjestöt, jotka tarjoavat esimerkiksi vertaistukea. Rovaniemen alueella on Balanssi ry:n lisäksi myös muita omaisille suunnattuja palveluita. Joskus omaisen voi itsekin tarvita mielenterveyspalveluita raskaassa elämäntilanteessa tai kriisissä.

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry on mielenterveyskuntoutujien omaisten valtakunnallinen edunvalvoja ja omaistyön asiantuntijaorganisaatio. Keskusliitto on vuonna 1991 perustettu sosiaali- ja terveysalan järjestö, johon kuuluu 18 jäsenjärjestöä ympäri Suomea ja sen toimipiste sijaitsee Helsingissä. Keskusliitto tukee toiminnallaan mielenterveyskuntoutujien omaisten yhdistyksiä ja toimii omaisyhdistysten keskusjärjestönä. Keskusliitto kehittää omaistyötä yhdessä muiden toimijoiden kanssa, osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun ja ylläpitää kansainvälisiä yhteyksiä. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n vaikuttamistyö kohdistuu omaisia koskeviin asioihin poliittisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Keskusliitto tukee jäsenjärjestöjensä toimintaa koulutuksen sekä tiedottamisen kautta ja neljä kertaa vuodessa ilmestyvä Labyrintti-lehti on keskusliiton julkaisema jäsenlehti. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2013.)

Mielenterveyden keskusliitto ry on mielenterveyspotilaiden, kuntoutujien, kuntoutuneiden ja heidän läheistensä itsenäinen kansalaisjärjestö. Siihen kuuluu 190 jäsenyhdistystä eri puolilla Suomea ja yli 22 000 henkilöjäsentä. Mielenterveyden keskusliitto on Euroopan suurin mielenterveysalan kansalaisjärjestö ja liiton toiminnan päärahoittaja on Raha-automaattiyhdistys. Mielenterveyden keskusliiton tärkeimpiä tavoitteita on parantaa mielenterveysongelmien hoitoa sekä kuntoutumisen mahdollisuuksia. Kielteiset asenteet psyykkisiä sairauksia kohtaan vaikeuttavat mielenterveyskuntoutujien elämää ja liitto pyrkii muuttamaan näitä asenteita. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2013.)

Hyvän mielen talo on perustettu Oulussa vuonna 1989 ja se sai alkunsa omaisten vertaisryhmätoiminnasta. Henkilöjäseniä yhdistyksellä on noin 1900, yhteisöjäseniä 32, vapaaehtoistoiminnassa mukana noin 140 ihmistä ja työntekijöitä 10. Raha-automaattiyhdistys tukee Hyvän mielen talon toimintaa. Yhdistys tekee ennaltaehkäisevää, korjaavaa ja vahvistavaa mielenterveystyötä sekä järjestää omaistoimintaa. Yhdistyksen omaistoiminnan tarkoituksena on tukea psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden omaisten hyvinvointia omaisryhmien, koulutuksen, virkistytymisen ja erilaisten tapahtumien

avulla. Vertaistukiryhmiä toimii eri puolilla Lappia ja Pohjois-Suomea. Ryhmissä jaetaan kokemuksia, tunteita ja arjen vinkkejä yhdessä muiden omaisten kanssa. Koulutuksissa ja tapahtumissa keskitytään omaisten tiedon ja tuen tarpeisiin sekä tarjotaan omaisille myös mukavia kokemuksia ja irtiotoa arjesta. Yhdistys järjestää vuosittain paljon tapahtumia ja niiden lisäksi kaksi suurta teemaviikkoa; Hyvän mielen viikko ja Mielenterveysviikko. (Hyvän mielen talo 2013.)

Mielenterveyden keskusliitto ry:n alaisena toimiva Turvanen on tarkoitettu mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat erityistä tukea. Sen kulmakivet ovat turva-asuminen, kuntoutusohjaus ja yhteisölliseen toimintaan ohjaaminen ja tukeminen. Toimipaikat sijaitsevat Jyväskylässä ja Rovaniemellä. Turvasessa työskentelee kaksi kuntoutusohjaajaa, joilla on sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutus ja kokemusta mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelystä. Kuntoutusohjaus on maksutonta ja mukaan pääsee ottamalla yhteyttä kuntoutusohjaajiin. Rovaniemellä kuntoutusohjaajien työtilat sijaitsevat Rovaniemen aluekeskuksessa ja turva-asuntoja on kaksi. (Mielenterveyden keskusliitto 2013.) Olimme sähköpostitse yhteydessä Rovaniemen Turvaseseen ja kysyimme sieltä, kuinka he palvelevat tai voivat auttaa psyykkisesti sairaan omaista. Sieltä kerrottiin, että he antavat omaisille neuvontaa ja ohjausta sekä tarvittaessa myös kuntoutusohjausta.

Omainen voi raskaassa tilanteessa kokea tarvitsevansa myös itse mielenterveyspalveluja tai esimerkiksi keskusteluapua jonkun ammattilaisen kanssa. Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksen mielenterveysyksikköön pääsee vastaanotolle ajanvarauksella. Mielenterveysneuvontapuhelimeen soittamalla voi saada ajan vastaanotolle ja puhelimeen vastaa mielenterveystyön ammattihenkilö. (Rovaniemen kaupunki 2013.)

Kokosimme oppaaseen myös muutamia valtakunnallisia auttavia puhelinpalveluita. SOS–kriisikeskuksen valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa keskusteluapua kriisissä oleville ja pyrkii helpottamaan kriisissä olevan henkistä hätää puhumisen ja keskustelun avulla. Kriisipuhelimeen voi soittaa nimettömänä ja

puhelimessa vastaavat kriisityöntekijät ja koulutetut vapaaehtoiset tukihenkilöt 24 paikkakunnalla ympäri Suomea. (Suomen mielenterveysseura 2013.) Rovaniemellä kriisikeskus Lapin ensi- ja turvakodilla on ympäri vuorokauden päivystävä puhelin, johon voi soittaa, kun haluaa keskustella mieltä askarruttavista asioista. (Rovaniemen kaupunki 2013).

4 TUKIOPPAAN TUOTEKEHITYSPROSESSI

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulun toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on tavoitteena ohjeistaa ja opastaa käytännön toimintaa tai järjestää toimintaa. Se voi olla ammatilliseen käytäntöön kohdistettu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten esimerkiksi perehdyttämisopas tai turvallisuusohjeistus. Toiminnan järjestämistä on esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen. Tällaisessa opinnäytetyössä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilkkä—Airaksinen 2003, 9.) Halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön tutkimuksellisen sijaan, koska se kiinnosti meitä enemmän ja halusimme nimenomaan tehdä jonkin konkreettisen tuotteen, jota voisi käyttää ja josta olisi hyötyä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään viestinnällisin ja visuaalisin keinoin luomaan kokonaisilme, josta on tunnistettavissa tavoitellut päämäärät. Tuotteen tulisi olla yksilöllinen ja persoonallinen, jotta se erottuu joukosta. Tuotetta suunnitellessa tulee miettiä sen käytettävyyttä kohderyhmässä ja käyttöympäristössä sekä asiasisällön sopivuutta kohderyhmälle. Tulee kiinnittää myös huomiota tuotteen houkuttelevuuteen, informatiivisuuteen, selkeyteen ja johdonmukaisuuteen. (Vilkkä—Airaksinen 2003, 51, 53.) Pyrimme ottamaan edellä mainitut asiat huomioon oppaan tekoprosessin eri vaiheissa. Halusimme ennen kaikkea selkeän oppaan, joka antaa lukijalleen tarvittavan informaation.

Tekstiosuuksissa tulee käyttää kohderyhmää puhuttelevaa ja sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Näiden lisäksi tulee huomioida kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta sekä tuotteen käyttötarkoitus ja luonne. Tuotteesta on hyvä pyytää palautetta kirjoitusprosessin eri vaiheissa ja tekstin toimivuutta voi testata kohderyhmällä, sillä heiltä saadut parannusehdotukset ja kommentit ovat arvokkaita. (Vilkkä—Airaksinen 2003, 129.) Kirjoitimme oppaan asiatyylillä ja huomioimme kohderyhmän eli mielenterve-

ys potilaan omaiset sisältöä ja tyyliä miettiessämme. Pyysimme palautetta tuotteestamme työn keskivaiheilla Balanssi ry:n omais- ja läheisryhmältä ja kehitelimme opasta ryhmältä saadun palautteen mukaisesti.

4.2 Tarpeen määrittely, ideavaihe ja luonnosteluvaihe

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsenyvät tuotekehityksen perusvaiheiden mukaisesti. Tuotekehitysprosessi alkaa ongelmien tai kehittämistarpeiden tunnistamisella, jossa selvitetään onko ongelmaa tai tarvetta, jonka ratkaisemista tuotekehitys auttaisi. (Jämsä—Manninen 2000, 28.) Päätettyämme, että haluaisimme kohdistaa työmme mielenterveyspuolelle ja erityisesti omaisiin, otimme yhteyttä Balanssiin ja tiedustelimme, olisiko siellä tarvetta tällaiselle työlle. Toiminnanjohtaja Terhi Savilahti otti asian puheeksi kokouksessa ja yhdistys halusi toimia työmme toimeksiantajana. He kiinnostuivat tuoteideastamme ja kokivat tarvetta yhdistyksessä tällaiselle tuotteelle. Yhdistys koki myös, että tällaisesta oppaasta voisi olla omaisille apua. Balanssi järjestää monipuolista toimintaa ja yhdistyksen tiloissa käy psyykkisesti sairastuneiden omaisia, joten paikkana se on hyvä oppaamme eteenpäin jakamiselle. Koimme itse, että esimerkiksi potilasohjeita on tarjolla potilaille, mutta omaisille suunnattuja oppaita on vähemmän.

Kun tarve löytyy, alkaa ideavaihe, jossa käytetään luovan ongelmanratkaisun menetelmiä. Vaiheessa hyödynnetään eri tahoilta saatua tietoa, esimerkiksi ideapankkimenetelmää. Ideapankkimenetelmässä kerätään eri tahoilta tietoa ja ehdotuksia siitä, mitä ongelman ratkaisemiseksi voitaisiin tehdä. Ideavaiheen päätteeksi valitaan sellainen tuote, jolla voidaan mahdollisesti korjata ongelma ja vastata tarpeeseen. Tämän jälkeen syntyy tuotekonsepti, joka on esitys siitä, millainen tuote tulisi suunnitella, jotta se vastaisi tarvetta. (Jämsä—Manninen 2000, 35, 37, 85.)

Perehtyessämme tutkimustietoon ja keskusteluissa toimeksiantajamme kanssa, tuli esille, että omaiset haluavat kirjallisissa oppaissa teorian tiedon

lisäksi myös tukea, kannustusta ja vinkkejä läheisensä sairastuessa. Pelkkää teorian tietoa tietystä sairaudesta löytyy helposti kirjallisuudesta ja internetistä, joten ei ole järkevää tehdä opasta, jossa on kerrottu ainoastaan sairauksien oireista. Keskustelujemme perusteella sovimme, että psyykkisten sairauksien oirekuvauksien lisäksi kerromme läheisen psyykkisen sairastumisen herättämistä tunteista omaisessa, kuten häädystä, huolesta ja häpeästä sekä omaisen roolista. Valitsemistamme sairauksista kerromme, missä iässä sairaus puhkeaa, oireista ja mahdollisista hoitomuodoista. Sairauksista puhuttaessa tuomme esille myös uusiutumisen mahdollisuuden ja merkit, joihin omainen voisi kiinnittää huomiota. Oppaassa käsittelemme myös omaisten hyvinvointia ja sitä, kuinka omainen voi itse huolehtia omasta terveydestään ja jaksamisestaan.

Aloitimme ideoimisen sisällön määrittelyllä, mietimme mitä asioita oppaaseen tulee ja minkälaista tietoa omaiset tarvitsevat. Perehdyimme tutkimustietoon siitä, millaista tukea omaiset tarvitsevat ja keskustelimme näistä asioista myös toimeksiantajamme kanssa ja sovimme yhdessä oppaan sisällöstä. Tapasimme tammikuussa 2013 Balanssi ry:n omais- ja läheisryhmän ohjaajan kanssa ja saimme häneltä palautetta senhetkisestä työstämme, mielipiteitä oppaan sisällöstä sekä erilaisia valmiita oppaita, joista voimme poimia ideoita. Loimme hahmotelman tarvetta vastaavasta oppaasta ideoimisen ja keskustelujen tuloksena.

Luonnosteluvaiheessa hankitaan tietoa asiakkaista, aiheesta, toimintaympäristöstä, tuotteesta ja sen valmistamismenetelmistä sekä laatutekijöistä. Tässä vaiheessa tulee täsmentää tuotteen käyttäjät, jotta voidaan ottaa heidän tarpeet, kyvyt ja ominaisuudet huomioon. Palveluntarjoajan tarpeet ja näkemykset ovat myös selvitettävä. Luonnosteluvaiheessa sisällön ja tyylin muotoutumiseen vaikuttaa myös organisaation tai yksikön arvot ja periaatteet. Asiasisällön selvittämiseksi tulee tutustua tutkimustietoon aiheesta. Luonnosteluvaiheen tuloksena syntyy tuotekuvaus. (Jämsä—Manninen 2000, 43–44, 47, 49, 85.)

Luonnosteluvaiheen aikana selvitimme palveluntarjoajan tarpeita ja näkemyksiä käymällä keskustelua toimeksiantajamme yhdyshenkilön kanssa. Hankimme myös tietoa mielenterveyspotilaan omaisista sekä heille suunnatuista tukipalveluista ja kokosimme oppaan asiasisältöä. Sisältöä kokosimme kirjallisuuden ja tutkimuksien pohjalta. Lisäksi luonnostelimme oppaan ulkoasua, jonka suunnittelussa otimme huomioon toimeksiantajan toiveet.

Keskustellessamme toimeksiantajamme yhdyshenkilön kanssa, hän kertoi, että omaisryhmiä vetäessään päällimmäisenä omaisten mielessä läheisen sairastuessa oli se, että he olisivat halunneet enemmän tietoa itse sairaudesta. He myös toivoivat, että sairastuneen omainen ja heidän tukeminen olisi otettu enemmän huomioon. Kävimme myös yhdyshenkilömme kanssa läpi erityyppisiä oppaita, joista selkeimmistä otimme vinkkejä omaan tuotokseemme. Luonnostelimme oppaan ulkoasua siten, että se olisi selkeä ja lukijan mielenkiinto säilyisi sitä lukiessa. Suunnittelimme oppaaseen lyhyitä ja tiiviitä kappaleita, jotta yhdellä sivulla ei tule olemaan liikaa tekstiä.

Luonnosteluvaiheessa päätimme, että koska Balanssi ry on toimeksiantajamme, otamme sen oppaassa isoimpaan rooliin mielenterveyspotilaan omaisille suunnattujen tukipaikkojen esittelyssä. Myös sen vuoksi, että pääasiallisesti opas menee Rovaniemellä toimivan Balanssi ry:n käyttöön, halusimme esitellä oppaassamme lähinnä muutamia Rovaniemellä sijaitsevia tukipaikkoja. Näiden lisäksi esittelimme oppaassa valtakunnallisia liittoja ja järjestöjä sekä auttavia puhelimia.

4.3 Kehittely- ja viimeistelyvaihe

Tuotteen kehittelyvaiheessa tehdään tuote ja edetään luonnosteluvaiheessa suunniteltujen ratkaisujen mukaisesti. Tuotteen sisältö jäsenellään auki paperille. Tuotteen kehittelyssä tulee ottaa huomioon sisällön täsmällisyys ja ymmärrettävyys, sekä tiedon oikea määrä. Lopullinen ulkoasu määritellään myös tässä vaiheessa, ja tekstityyliksi valitaan asiatyyli. Tästä vaiheesta syntyy tuotteen mallikappale. Tässä vaiheessa tuotetta voidaan testata ja antaa

arvioitavaksi, jonka pohjalta sitä voidaan myöhemmin kehittää. (Jämsä—Manninen 2000, 54, 56, 85.)

Tuotteen kehittelyvaiheessa valmistimme oppaan tekemämme suunnitelman mukaisesti. Opasta kirjoittaessamme otimme kriittisesti huomioon sisällön täsmällisyyden ja tärkeyden sekä tiedon sopivan määrän. Tiedon sopiva määrä on tärkeä asia juuri luettavuuden ja oppaan merkityksen kannalta, koska liian suuri määrä informaatiota ei jää lukijan mieleen. Oppaassa on myös tärkeä tuoda esille ensisijaisesti omaiselle oleelliset asiat siinä vaiheessa, kun läheinen on sairastunut psyykkisesti. Määrittelimme myös oppaan lopullisen ulkoasun ja värityksen tässä vaiheessa.

Tuotteen kehittelyvaiheessa teimme oppaasta mallikappaleen, jota käytimme psyykkisesti sairastuneiden omaisryhmässä maaliskuussa 2013. Sieltä saimme palautetta ja kommentteja koskien oppaan sisältöä ja ulkoasua. Palautteen pohjalta karsimme tekstimäärää ja muokkasimme ulkoasua selkeämmäksi. Kirjoitimme oppaan asiatyylillä ja pyrimme ottamaan omaisen ja aiheen herkkyyden huomioon. Osallistuessamme omaisryhmään sitouduimme noudattamaan omaisryhmän sääntöjä, joihin sisältyi muun muassa se, että ryhmässä kuultuja asioita ei kerrota ryhmän ulkopuolella.

Ryhmänjäsenet keskustelivat ryhmässä omaisena olosta ja omaisen roolista. He olivat sitä mieltä, että omaisen rooli on hyvin merkittävä, sillä jos he eivät huolehtisi läheisistään niin kuka muukaan heistä huolehtisi. Moni oli kohdannut sellaisia tilanteita, joissa omaisia ei kuulla tai oteta tarpeeksi huomioon läheisensä hoitoon liittyen. He tunsivat oman roolinsa vaikeaksi ollessaan mukana läheistensä hoidoissa, sillä he kokivat, että he eivät voi vaikuttaa läheisensä hoitoon. Eräs omainen kuvasi oloaan neuvottomaksi.

Tuotteen viimeistelyvaiheessa korjataan ja viimeistellään tuotteen yksityiskohdat. Tuloksena syntyy käyttövalmis tuote. (Jämsä—Manninen 2000, 85.) Viimeistelyvaiheessa työstimme vielä opasta ja teimme pieniä muutoksia sekä tekstin että ulkoasun suhteen, jotta opas palvelisi mahdollisimman hyvin

omaisia. Lisäsimme kuvia ja muokkasimme tekstin ulkoasua. Pyrimme lukemaan opasta tarkasti ja miettimään, onko kaikki siinä oleva tieto olennaista vai puuttuuko kenties jotain olennaista vielä esimerkiksi jonkin sairauden kohdalta. Tämän vaiheen jälkeen tuote eli opas oli käyttövalmis.

5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka kuvaa oikeita tapoja toimia ja elää, ja sen tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään eettisesti oikeita valintoja. Se ei tarjoa valmiita vastauksia, mutta antaa ajattelun ja pohdinnan välineitä sekä haasteita. (Kuhanen ym. 2010, 55.) Mielen terveystyössä etiikka ja eettinen osaaminen korostuvat. Mielen terveystyössä tulisi hyväksyä se asia, että potilas on itsensä asiantuntija ja kykenee määrittämään hoitotavoitteensa yhdessä läheistensä kanssa. Ammatillinen tuki toimii tässä asiassa apuna. Tavoitteena on vahvistaa potilaan ja myös hänen omaistensa omia voimavaroja sekä auttaa heitä tunnistamaan avuntarpeensa. (Noppi ym. 2007, 133–134.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) laatimista terveydenhuollon eettisistä periaatteista meidän työssä näkyy oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus sekä itsemääräämisoikeus. Hyvän hoidon toteutuessa potilas ja hänen omaisensa kokevat olevansa asiantuntevissa ja turvallisissa käsissä. He tulevat hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi, heitä ymmärretään ja heidät hyväksytään. Tukeminen ja ymmärtävä suhtautuminen läheisten suruun sekä tarvittaessa ohjaus lisäavun piiriin ovat keskeisiä asioita. (Terveydenhuollon eettiset periaatteet 2001.) Työssämme olemme pyrkineet ottamaan tämän periaatteen huomioon opasta tehdessä, sillä asiat on ilmaistu hienotunteisesti ja olemme pyrkineet tiedon mahdollisimman hyvään luotettavuuteen. Yritimme esitellä oppaassa sellaisia tukipalveluita, joista ajattelimme olevan omaisille apua.

Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo ja ihmisarvon kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtelussa. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. (Terveydenhuollon eettiset periaatteet 2001.) Koemme, että tämä opas tulee lisäämään omaisten tiedonsaantia jollain tasolla. Osallistuessamme omais- ja läheisryhmään, kohtasimme mielen terveystiltaan omaisia, jotka suhtautuivat

meihin luottavaisesti, mikä näkyi avoimuutena ja keskusteluna. Myös me suhtauduimme heihin kunnioittavasti.

Itsemääräämisoikeus merkitsee ihmisen oikeutta päättää asioistaan oman elämäkatsomuksensa sekä arvomaailmansa mukaisesti. Terveystieteidenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja esimerkiksi sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. (Terveystieteidenhuollon eettiset periaatteet 2001.) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilas voisi valita itselleen tehtäväksi hoitotoimenpiteitä, vaan hoidon tulee kuitenkin olla lääketieteellisesti hyväksyttävää. Jos potilas voi niin huonosti, että hänen suostumustaan hoitoon ei voida kysyä, on suostumusta pyydettävä hänen edustajaltaan tai lähiomaiseltaan. (Kuhanen ym. 2010, 67–69.) Itsemääräämisoikeus on vahvasti läsnä mielenterveytystyössä. Omais- ja läheisryhmässäkkin heräsi keskustelua itsemääräämisoikeudesta ja omaiset kokivat joskus hankalaksi sen, että heidän mielipiteitään ei oteta huomioon. Hoitaja voi olla samassa tilanteessa pyrkiessään toimimaan tämän eettiseen periaatteen mukaan, mutta omaiset voivat eri mieltä potilaan hoidosta.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa tuodaan esille se, että sairaanhoitaja palvelee niin yksilöitä kuin perheitä ja yhteisöjäkin. Sairaanhoitaja toimii yhdessä myös potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. (Sairaanhoitajaliitto 2013.) Hoitajan tulisi omata tarvittavat tiedot ja taidot toimiakseen henkistä tukea edellyttävissä tilanteissa. Myös vuorovaikutustaidot painottuvat hoitajan toimiessa potilaan hoidossa mukana olevan hoitoryhmän kanssa. (Kuhanen ym. 2010, 84–85.)

Opasta tehdessä lähdekritiikki on erityisessä asemassa, sillä tulee pohtia mistä tiedot hankitaan. Kaikki löydetty tieto ei välttämättä ole yhtä ajantasaisista ja jokin tieto voi kumota toisen. (Vilkkä—Airaksinen 2003, 53.) Opinnäyte-työtä tehdessä olemme pyrkinneet käyttämään luotettavia lähteitä ja tarkastelleet kriittisesti lähdeaineistoa, jota olemme käyttäneet työssämme. Olemme pyrkinneet selvittämään alkuperäisen tiedon lähteen jos mahdollista, aina siinä

kuitenkaan onnistumatta. Työmme luotettavuus perustuu myös rehellisyyteen, sillä olemme olleet rehellisiä itsellemme ja työlle prosessin eri vaiheissa.

6 POHDINTA

Toiminnallisena opinnäytetyönämme teimme mielenterveysyhdistys Balanssi ry:lle oppaan, jonka tarkoituksena on antaa tukea ja tietoa mielenterveyspotilaan omaisille. Itsellämme oli tavoitteena syventää tietoja mielenterveystyöhön liittyen ja kehittyä psykiatrisen potilaan läheisten huomioimisessa. Koemme, että olemme saavuttaneet oppaalle asettamamme tavoitteet ja myös henkilökohtaiset tavoitteemme. Olemme melko tyytyväisiä lopputulokseen ja koemme, että olemme onnistuneet kokoamaan tiiviin tukioppaan omaisille. Emme ehtineet saada palautetta täysin valmiista oppaasta itse käyttäjiltä, eli omaisilta. Saimme kuitenkin positiivista palautetta työmme toimeksiantajan yhdyshenkilöltä, hän oli tyytyväinen oppaaseemme ja uskoi sen tulevan käyttöön ja tarpeeseen.

Oppaan tekstin tulisi puhutella kohderyhmää. Lisäksi tulisi ottaa huomioon, kenelle opas on suunnattu ja mikä on sen käyttötarkoitus. (Vilkkua—Airaksinen 2003, 129.) Opasta tehdessä pohdimme useampaan otteeseen sitä, millainen oppaan sisältö tulee olemaan ja miten asiat on siinä ilmaistu. Opasta tehdessä pidimme tärkeänä asian hienotunteista ilmaisua, sillä aihe on herkkä ja tunteita herättävä, jonka vuoksi pyrimme esittämään asiat loukkaamatta mielenterveyspotilaan omaisia tai itse sairastunutta. Oppaan sisällön halusimme nimenomaan olevan omaisia tukeva ja mielestämme valmiin oppaan sisältö on onnistunut. Emme halunneet syyllistää tai antaa ainoita oikeita vastauksia. Omaisets tuntevat itse oman läheisensä parhaiten ja jokainen sairastunut on yksilö ja kaikilla sairaus voi ilmetä eri tavalla.

Oppaan suunnittelua ja tekoa helpotti se, että meidän ei itse tarvinnut miettiä painatusta, sillä kokosimme oppaan A4- kokoisena Word-tiedostona Balanssille. Olimme sopineet, että toimitamme oppaan sähköisessä muodossa Balanssille ja he saavat itse painattaa tarvittavan määrän oppaita. Toisaalta pohdimme sitä, millainen lopullinen painettu opas tulee olemaan, sillä emme itse ole tehneet tuotetta loppuun asti. Oppaan tekoprosessista ei siis koitunut meille kuluja. Teimme aikataulusuunnitelman opinnäytetyön teon aloitusvai-

heessa ja pyrimme pysymään siinä. Pysyimme aikataulussa kohtalaisesti, vaikka jokin työvaihe vei odotettua enemmän työaikaa. Teimme kuitenkin montaa asiaa yhtä aikaa, esimerkiksi perehdyimme kirjallisuuteen samalla kun kokosimme opasta ja kirjoitimme raporttia. Oli haastavaa keskittyä vain yhteen vaiheeseen kerralla ja jos jokin vaihe ei edennyt, siirryimme toiseen vaiheeseen.

Opinnäytetyötä teimme pääasiallisesti yhdessä, koska koimme sen meille molemmille luontevaksi tavaksi työskennellä. Meillä syntyi paljon keskustelua ja pohdimme aihetta eri näkökulmista, joka mielestämme vei opinnäytetyötämme eteenpäin. Pyrimme myös olemaan kriittisiä omaa työtämme kohtaan ja löytämään parannettavia ja korjattavia kohtia työstämme. Välillä kumpikin haki tietoa ja työskenteli myös itsenäisesti, jonka jälkeen kokoonnuimme ja kokosimme aikaansaannokset yhteen. Meillä ei ollut ongelmia aikataulujen sovittamisessa, sillä olimme molemmat motivoituneita tekemään työtä, kun sille oli lukujärjestyksessä annettu aikaa ja halusimme saada sitä eteenpäin.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä syntyneen tuotteen tulisi olla tekijöidensä näköinen ja poikkeavan jollain tavalla muista samanlaisista tuotteista. (Vilka—Airaksinen 2003, 53). Aluksi suunnittelimme oppaasta persoonallisempaa kuin siitä loppujen lopuksi tulikaan. Huomasimme kuitenkin, että oppaan ja sen tekstimäärän rajallinen pituus rajoitti myös meidän mielikuvitustamme, sillä keskityimme lähinnä saamaan tarvittavan informaation oppaaseen selkeästi esille. Luovuimme siis runsaasta kuvituksesta ja värikkäästä ulkoilmeestä aika reilusti, koska panostimme tekstisisältöön.

Oppaassa yhdistyvät sekä toimeksiantajamme että meidän omat näkemyksemme. Oppaan alussa on johdattelukappale, jonka jälkeen käsitellään omaisen hyvinvointia ja jaksamista, psyykkisiä sairauksia ja lopuksi esitellään tukipaikkoja. Asiasisällöltään opas on suunnitelmien mukainen. Käytimme kuvia, värejä ja aforismeja tekstin lisäksi. Tekstin asettelulla pyrimme miellyttävyyteen ja helppolukuisuuteen. Lopputuloksesta tuli selkeä ja tiivis, sisältäen tarvittavan informaation omaisille. Uskomme työmme olevan merkityksel-

linen. Aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja niitä ilmenee kaikissa ikäryhmissä.

Koemme, että yhteistyötaidot ja ongelmanratkaisukykyimme ovat kehittyneet tämän prosessin aikana. Ratkoimme yhdessä ongelmia, joita tuli eteen ja pyysimme apua muilta tarvittaessa. Prosessin aikana koimme useampaan otteeseen myös epätoivoa, kun emme esimerkiksi löytäneet tutkimustietoa aiheesta tai kirjoittaminen tuntui vaikealta. Prosessi opetti meille myös tiedon ja aiheen rajaamista, sillä oppaaseen ei voinut sisällyttää aivan kaikkea, jotta se pysyisi miellyttävänä lukea. Positiivinen palaute työstämme toimeksiantajan ja myös ohjaavan opettajan suunnalta työn eri vaiheissa auttoi ja kannusti meitä eteenpäin.

Meitä molempia kiinnosti tehdä työ, josta olisi konkreettisesti hyötyä jollekin ja koimme mielenterveyspotilaan omaiset tärkeäksi kohderyhmäksi. Psykyiset sairaudet esimerkiksi perheessä ovat aina ilmetessään hämmentäviä ja pelottaviakin asioita, joiden käsittelemiseen ei varmasti koskaan voi antaa liikaa tietoa ja tukea omaisille. Toivomme, että tämä opas auttaisi jollain tasolla edes yhtä omaista jaksamaan paremmin ja parhaassa tapauksessa useampaakin. Tulevina sairaanhoitajina haluamme ottaa omaiset mukaan hoitoon ja huomioida heitä paremmin. Toivomme, että meillä on valmistumisen jälkeen rohkeutta ja myös osaamista auttaa heitä tai ainakin tiedämme, minkä avun piiriin voimme omaisia ohjata, jos emme itse kykene tarjoamaan tarvittavaa apua.

LÄHTEET

- Balanssi ry 2012. Osoitteessa <http://balanssiry.com/> 17.11.2012
- Balanssi ry 2012. Ryhmäkalenteri. Osoitteessa http://balanssiry.com/?page_id=42 12.02.2013.
- Balanssi ry 2012. Toiminta. Osoitteessa http://balanssiry.com/?page_id=62 12.02.2013.
- Balanssi ry 2012. Arvot ja säännöt. Osoitteessa http://balanssiry.com/?page_id=764 12.02.2013.
- French, P. – Morrison, A.P. 2008. Psykoosin varhaisoireet. Tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Duodecim.
- Gustavson, C. 2006. Masennus, miten voit ehkäistä, lääkittää ja hoitaa. Helsinki: WSOY.
- Haarala, M. – Jääskeläinen, A. – Kilpinen, N. – Panhelainen, M. – Peräkoski, H. – Puukko, O. – Riihimäki, K. – Sundman, M. – Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen-Peltonen, R. – Innamaa, M. – Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Heiskanen, T. – Huttunen, M. O. – Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hentinen, K. – Iija, A. – Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Honkapuro, T. 2010. Mielenterveyskuntoutujan omaisen tuen tarve ja jakaminen. Osoitteessa <https://publications.theseus.fi/handle/10024/23271>
- Huttunen, M. 2012. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Terveyskirjasto. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378 31.10.2012.
- Huttunen, M. 2006. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M. 2011. Paniikkihäiriö. Terveyskirjasto. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00404&p_haku=paniikkihäiriö 1.11.2011.
- Hyvän mielen talo ry 2013. Osoitteessa <http://www.hyvanmielentalo.fi>
- Jämsä, K. – Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

- Kuhanen, C. – Oittinen, P. – Kanerva, A. – Seuri, T. – Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Duodecim. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kukkurainen, M.L. 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Terveyskirjasto. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322&p_haku=vertaistuki 27.11.2007.
- Luodemäki, S. – Ray, K. – Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Helsinki: RAY.
- Lönnqvist, J. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Lönnqvist, J. – Suvisaari, J. Psykoosi. Terveyskirjasto 2009. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066&p_haku=skitsofrenia. 19.1.2009.
- Mielenterveyden keskusliitto ry 2012. Tietopankki. Ystävät ja omaiset. Osoitteessa http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/ystavat_ja_omaiset/ 17.11.2012.
- Mäntykoksi, M. – Mietola, J. 2012. Opas masennuspotilaan omaisille. Osoitteessa <https://publications.theseus.fi/handle/10024/43348>
- Noppari, A. – Kiiltomäki, A. – Pesonen, A. 2007. Mielenterveys perusterveydenhuollossa. Tammi.
- Nyman, M. – Stengård, E. 2004. Mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2012. Mielenterveysomaisien oikeudet 2010. Osoitteessa http://www.omaisten.org/images/julkaisut/omaisten_oikeudet_vedos.pdf. 11.04.2013.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2013. Osoitteessa <http://www.omaisten.org/> 17.11.2012.
- Omaisryhmän säännöt 2013. Mielenterveysyhdistys Balanssi Ry.
- Palomäki, T. 2005. ”Elämää vuoristoradalla” Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Osoitteessa <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00792.pdf>
- Pitkänen, A. – Mäki, K. – Salminen, A-S. – Kaunonen, M. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. Tutkiva hoitotyö 4/2012, 14-21.
- Rovaniemen kaupunki 2013. Asukkaille. Terveys. Mielenterveys- ja päihde palvelut. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/suomeksi/Palveluhakemisto/Terveys/Mielenterveys--ja-paihdepalvelut> 12.1.2013.
- Rovaniemen kaupunki 2013. Asukkaille. Perhe- ja sosiaalipalvelut. Kriisipalvelut. Osoitteessa <https://www.rovaniemi.fi/suomeksi/>

Palveluhakemisto/Perhe--ja-sosiaalipalvelut/Kriisipalvelut
18.04.2013.

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

Sairaanhoitajaliitto 2013. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Sairaanhoitajan työ. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Osoitteessa http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. 16.1.2013.

Stengård, E. 2005. Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Tampereen yliopistopaino Oy.

Suomen mielenterveysseura 2013. SOS-kriisikeskus. Valtakunnallinen kriisi puhelin. Osoitteessa http://www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus/valtakunnallinen_kriisipuhelin 18.04.2013.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2001. Julkaisut ja muut aineistot. Lista ETENEn julkaisuista. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Osoitteessa http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf. 18.04.2013.

Vilka, H. – Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Weimand, B. M. 2012. Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness. Osoitteessa <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:513882/FULLTEXT02.pdf>

LIITTEET

Liite 1

Opas