

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Elina Kinnunen
Paula Pappinen

”MIEHÄN OON SELVIITYJÄ”
Selviytymistarinoita masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä

Opinnäytetyö
Helmikuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät

Elina Kinnunen, Paula Pappinen

Nimeke

”Miehän oon selviytyjä” – Selviytymistarinoita masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (P-KSSK), osasto 56

Tiivistelmä

Mielenterveyshäiriöt ovat nykyisin yleisiä sairauksia, mutta niihin suhtaudutaan edelleen negatiivisesti ja varauksella. Mielenterveydellä on merkittävä osuus ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja näin ollen myös työkykyyn. Masennus on Suomessa merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava mielen­terveyshäiriö. Myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosointi on lisääntynyt.

Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se toteutettiin toimeksiantona Paiholan sairaalan viikko-osastolle 56. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa neljä selviytymistarinaa masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. tarinat julkaistaan P-KSSK:n osaston 56 internet-sivuilla, ja ne ovat kaikkien luettavissa.

Opinnäytetyötä varten haastattelimme neljää henkilöä, ja haastatteluiden pohjalta syntyi neljä yksilöllistä tarinaa, joiden pääpaino oli selviytyminen kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai masennuksesta. Tarinoiden tarkoituksena on luoda toivoa ja uskoa selviytymiseen masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiville henkilöille ja heidän läheisilleen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää mielen­terveyshoitotyötä selviytymistarinoiden ja jo olemassa olevien tutkimusten pohjalta. Jatkoa ajatellen toimeksiantajan mielestä tarpeeseen tulisivat myös selviytymistarinat skitsofreniasta ja anoreksiasta.

Kieli

suomi

Sivuja 35

Liitteet 4

Asiasanat

selviytyminen, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, mielen­terveyshoitotyö



THESIS
February 2014
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Elina Kinnunen, Paula Pappinen

Title

“I’m a survivor”
Cases of Depression and Bipolar Disorder

Commissioned by

The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, department 56.

Abstract

Disorders relating to mental health are encountered frequently in the health sector, yet they are regarded with suspicion and overall negativity. Mental health plays a significant role in the overall well-being of a person, thus having a significant effect on their working capacity. In Finland, depression ranks as the number one mental disorder causing working disability, and cases of bipolar disorder are on the increase as well.

This thesis is functional in nature and was produced for the outpatient department 56 of Paihola hospital. The objective of this study was to gather four case studies of depression and bipolar disorder. These studies are available online on the Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia.

By interviewing four individuals, we gained four individual stories that described the survival process from depression and bipolar disorder. These stories serve to foster hope and belief in the survival process for not only to patients suffering from depression and bipolar disorder but also to their relatives.

This thesis and its results seek to contribute to mental health nursing. For further studies the commissioner would like to gather survival stories of disorders, such as schizophrenia and anorexia.

Language

Finnish

Pages 35

Appendices 4

Keywords

survival, depression, bipolar disorder, mental health nursing

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Masennus.....	6
3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	8
4	Selviytyminen	11
5	Mielenterveyshoitotyö.....	14
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	16
7	Opinnäytetyön toteutus	16
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	17
7.2	Kohderyhmä ja lähtötilanteen kartoitus.....	17
7.3	Hyvän selviytymistarinan tuntomerkit.....	18
7.4	Opinnäytetyöprosessin kuvaus	19
8	Tulokset.....	23
8.1	Selviytymistarina masennuksesta 1	23
8.2	Selviytymistarina masennuksesta 2	24
8.3	Selviytymistarina kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 1	26
8.4	Selviytymistarina kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 2	28
9	Opinnäytetyön luotettavuus	29
10	Opinnäytetyön eettisyys	31
11	Oppimisprosessi.....	32
12	Kehittämisideat.....	33
	Lähteet.....	34

Liitteet

Liite 1	Taulukko 1. Kymmenen potilasmääriltään yleisintä päädiagnoosia sairaalahoidossa vuonna 2011
Liite 2	Haastattelurunko
Liite 3	Tiedote haastatteluun osallistuville
Liite 4	Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Hyvä mielenterveys sisältää monia ihmiselle tärkeitä kykyjä. Näitä ovat muun muassa kyky luoda ja ylläpitää ihmissuhteita sekä kyetä välittämään ja rakastamaan toista. Tärkeä osa hyvää mielenterveyttä on taito tunnistaa ja ilmaista henkilökohtaisia tunnetiloja sekä pystyä vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa. Hyvään mielenterveyteen kuuluu myös taito pitää omia puoliaan haastavissa tilanteissa siten, ettei jää toisten uhriksi. Olenaisena osana on myös kyky tehdä työtä ja olla itsenäinen ja muista riippumaton. (Pylkkänen 2008.)

Jokainen henkilö kohtaa elämänsä aikana mielenterveyden kannalta haastavia tapahtumia, joita kutsutaan yleisesti myös kriiseiksi. Jokaisella henkilöllä on käytössä omat yksilölliset selviytymiskeinonsa, joiden avulla henkilö selviytyy kriisitilanteista. Selviytyminen on prosessinomainen tapahtuma, johon liittyy muun muassa tilanteen ja omien voimavarojen arviointia ja tarkastelua. (Iivainen & Syväoja 2010, 86, 89.)

Vuonna 2011 psykiatrisessa sairaalahoidossa masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö olivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoinnin mukaan (liite 1) kolmen yleisimmän päädiagnoosin joukossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Psykkisiin sairauksiin suhtaudutaan edelleen eri tavalla kuin somaattisiin sairauksiin. Psykkisiä sairauksia häpeillään, ja niitä ei haluta tuoda julki. Kynnys avun hakemiselle on suurempi, ja harva ihminen haluaa kertoa psyykkisestä sairaudestaan julkisesti, vaikka psyyken sairaudet pitäisi ajatella sairauksina muiden joukossa. (Vähäkylä 2004, 9.)

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa toimeksiantajallemme Paiholan sairaalan viikko-osastolle 56 neljä selviytymistarinaa, jotka julkaistaan osaston Internet - sivuilla. Selviytymistarinat ovat kaikkien luettavissa ja hyödynnettävissä.

Selviytymistarinoiden tarkoitus on antaa uskoa ja toivoa selviytymiseen niille henkilöille, jotka elävät masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää mielenterveyshoitotyötä selviytymistarinoiden pohjalta. Tarinoista tulee esille ideoita ja huomioita käytännön mielenterveyshoitotyön kehittämiseen.

2 Masennus

Arkikielen terminä masennus on monitulkintainen, ja ihmiset käyttävät termiä monin tavoin muun muassa surun ja alakulon tunteiden yhteydessä. Ihmisen perustunteisiin kuuluvat masennuksen tunne ja ajoittaiset mielialan laskut, mutta niillä ei ole suurta merkitystä arkipäivään. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 8.) Verrattuna normaaleihin tunnekokemuksiin, kuten suruun ja menetykseen, masennuksessa tunteet ovat voimakkaampia ja pitkäkestoisempia sekä ne vaikuttavat merkittävästi henkilön toimintakykyyn. WHO:n teettämän tutkimuksen mukaan on todettu, että masennus on yksi merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä Yhdysvalloissa sekä maailmanlaajuisesti. (Hunter 2014.)

Masennus on kansainvälisesti merkittävä mielenterveyshäiriö, joka koskettaa valtaosaa ihmisistä jollain tavalla joko heidän itsensä tai läheisten ihmisten sairastuessa masennukseen (Hunter 2014). Masennus on yksi suurimpia kansanterveyden ongelmia Suomessa, ja mielenterveyden häiriöistä se on keskeisin. Masennus on naisilla huomattavasti yleisempää kuin miehillä, ja siitä kärsii kaikkiaan viisi prosenttia aikuisväestöstä. Vuosittain tehdään vähintään 6000–7000 masennukseen liittyvää itsemurhayritystä, joista joka kymmenes johtaa itsemurhaan. (Lönngvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 154.)

Masennuksen kehittymiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti kolmeen pääryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä ovat elämäntilanteeseen vaikuttavat tekijät, kuten esimerkiksi työhön ja taloudelliseen tilanteeseen liittyvä turvattomuus, ihmissuhteisiin liittyvät tekijät sekä pitkäaikaisen somaattisen sairauden

saaminen. Toisessa ryhmässä ovat biologiset ja psyykkiset tekijät, esimerkiksi muun muassa perinnöllinen alttius masennukseen, sukurasite sekä naissukupuoli ja hormonaaliset muutokset. Aiemmat masennusjaksot sekä epävakaa tunne-elämä voivat olla altistavia tekijöitä. Myös muut somaattiset sairaudet ja päihdeongelmat ja muut mielenterveyshäiriöt ovat masennuksen riskitekijöitä. (Heiskanen ym. 2011, 10.)

Masennuksen keskeisimpiä oireita pitkään kestäneen masentuneen mielialan lisäksi ovat mielihyvän kokemuksen menetys, väsymys ja ahdistuneisuus. Alkuvaiheessa masennusoireet voivat näkyä myös psykosomaattisina oireina, joita voivat olla esimerkiksi päänsärky, puristava tunne rinnassa ja epämääräiset selittämättömät kivut. (Heiskanen ym. 2011, 11.) Tyypillisiä oireita masennuksessa ovat myös itseluottamuksen ja itsearvostuksen menetys sekä kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne. Unihäiriöitä, ruokahalun ja painon vaihtelua sekä muutoksia psykomotoriikassa voi myös esiintyä, samoin kuin itsetuhoisia ajatuksia tai käyttäytymistä. (Lönngqvist ym. 2011, 155–156.)

Masennus on psykiatrinen sairaus, joka on luokiteltu Suomessa käytössä olevan kansainvälisen tautiluokituksen ICD-10:n mukaan mielialahäiriöiden luokaan F30-F39 (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011). ICD-10 -tautiluokituksen mukaan masennusdiagnoosiin vaaditaan ”vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennus ja vähintään kaksi seuraavista oireista:

1. masentunut mieliala suurimman osa aikaa
2. kiinnostuksen tai mielihyvän menetys
3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys”. (Käypä hoito -suositus 2013).

Masennus voidaan luokitella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan tai psykoottiseen masennukseen riippuen oireista ja niiden määrästä. Lisäksi masennusoireita voi olla ajoittain tai toistuvasti, ja psykoottiseen masennukseen liittyy harhaluuloja ja hallusinaatioita. (Käypä hoito -suositus 2013.) Muita masennustilojen keskeisiä alaryhmiä ovat muun muassa synnytyksen jälkeinen masennus, vuodenaikaan liittyvä masennustila sekä vähintään kaksi vuotta kestänyt krooninen masennustila (Lönngqvist ym. 2011, 157).

Masennuksen hoito voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: akuuttiin hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuutilla hoidolla tarkoitetaan aikaa hoidon alkamisesta oireiden häviämiseen, ja sen tavoitteena on nopea toipuminen. Akuutin vaiheen jälkeen seuraava puoli vuotta on masennuksen jatkohoitoa, jonka tavoitteena on ehkäistä uutta masennustilaa. Tämän jakson jälkeen toistuvista masennusoireista kärsivillä alkaa hoidon ylläpitovaihe, jossa tärkein osa-alue on uuden masennusjakson ehkäisy. (Lönngqvist ym. 2011, 181.)

Hoitomuodoista antidepressiivinen lääkehoito on osoitettu tehokkaaksi hoidoksi masennustiloissa. Yleisemmin käytössä olevia masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinotonestäjät (SSRI) sekä trisykliset masennuslääkkeet. Mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse, sitä tärkeämpi lääkehoito on. Lääkevaste on pitkä (4-6 viikkoa), mutta sillä saavutetaan usein oireettomuus. Lääkehoidon tehoa ja arviointia on hyvä seurata ja arvioida kriittisesti varsinkin hoidon akuutissa vaiheessa. Lääkehoidon lisäksi masennuksen hoidossa käytetään muun muassa psykoterapian eri muotoja, sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoa. (Lönngqvist ym. 2011, 181.)

3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen sairaus, jossa masennus, hypomania, mania ja sekamuotoiset jaksot vuorottelevat yksilöllisesti. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala vaihtelee, ja siinä voi olla myös vähäoireisia tai oireettomia jaksoja. (Käypä hoito -suositus 2013.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö luokitellaan kansansairaudeksi, koska sitä esiintyy yli yhdellä prosentilla kaikissa väestöryhmissä (Ågren, Landén & Hetta 2013, 487). Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaotellaan yleensä oireiden mukaan kahteen tyyppiin, joista tyyppi I on yleisempi. Tyypille I ovat ominaisia maaniset-, masennus- ja sekamuotoiset jaksot. Tyypissä II oirekuvaan kuuluvat masennus ja hypomaaniset jaksot, mutta se ei koskaan yllä maniaksi asti. Perinnölliset tekijät vaikuttavat merkittävästi kaksisuuntaisen mielialahäiriön syntyyn. Taipumus sairauteen on vahvasti pe-

riytyvää, ja usein sairaus kulkee suvussa. (Lönqvist ym. 2011. 194, 202.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan henkilön lapsilla on neljä kertaa suurempi riski sairastua mielialahäiriöön ja lähes kolminkertainen riski saada joku muu psyykkinen sairaus (Miklowitz 2010. 36). Ympäristötekijöillä on merkitys sairauden syntyyn, mutta geneettinen alttius on suurin yksittäinen riskitekijä. Kaksos- ja perhetutkimuksissa on osoitettu, että sairauden periytyvyys on 60 – 80 prosenttia. (Ågren ym. 2013, 487.)

Hypomanialla tarkoitetaan manian lievempää muotoa, jossa yleinen vireystila on tavanomaista korkeampi, ja se voi ilmetä esimerkiksi yli-innokkuutena ja liiallisena energisyytenä. Harkintakyky voi heikentyä, ja ihminen on normaalia puheliaampi ja ajatuksiltaan idearikkaampi. Hypomaniavaiheen tyypillisiä oireita ovat unen tarpeen vähentyminen sekä vastuuton käyttäytyminen, joka voi näkyä esimerkiksi seksuaalisena yliaktiivisuutena tai holtittomana rahan käyttämisenä. Myös ympäristön aistimukset voidaan kokea voimakkaampina, minkä vuoksi keskittymisvaikeudet ja herkkyys ympäristön häiriötekijöille voivat yleistyä. Hypomaniajakso voi kestää tapauskohtaisesti muutamasta päivästä useisiin viikkoihin. (Vähäkylä 2004, 14.)

Hypomania ja mania ovat samankaltaisia, mutta varsinaisessa maniassa oireet ilmenevät voimakkaampina ja aiheuttavat siten enemmän haittaa muun muassa sosiaalisin suhteisiin ja alentavat yleistä toimintakykyä. Mania vaatii useimmiten sairaalahoitoa. Psykoottiset oireet, kuten harhaluulot ja harha-aistimukset, eivät myöskään ole vakavassa maniassa poissuljettuja. (Vähäkylä 2004, 15.) Harhaluulot eli deluusiot ja aistiharhat eli hallusinaatiot eivät kuitenkaan ole samanlaisia kuin skitsofreniassa. Psykoottiseen maniaan eivät kuulu esimerkiksi kommentoivat ja keskustelevat ääniharhat. Euforisen kohonnut mieliala ja sen mukainen toiminta ovat maniassa tyypillisiä oireita. Mieliala ja tunteet ohjaavat toimintaa. (Lönqvist ym. 2011, 196, 197.)

Maanisten ja masennusoireiden esiintyminen joko nopeasti vuorotellen tai samanaikaisesti on tyypillistä sekamuotoisessa kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä (Lönqvist ym. 2011, 198). Tätä sekamuotoista kaksisuuntaista mielialahäiriötä voidaan kutsua myös nimellä ”rapid cycling”. Siihen kuuluvat voimakkaat

mielialavaihtelut, jotka voivat mahdollisesti vaihdella päivän aikana laidasta laitaan. Diagnoosin saamiseksi henkilöllä tulee olla vuoden aikana vähintään neljä jaksoa, jossa mieliala vaihtelee voimakkaasti lyhyen aikavälillä. (Ågren ym. 2013, 487.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosointi on haastavaa. Esimerkiksi jotkut elimelliset sairaudet, kuten aivoinfarkti ja -kasvaimet sekä päihteiden ja alkoholin väärinkäytöstä johtuvat oireet saattavat muistuttaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireita. Tämä tekee kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosoinnin haasteelliseksi. Diagnosoinnin apuna voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita, joista Suomessa eniten käytetään mielialahäiriökyselyä (mood disorder questionnaire, MDQ). (Lönqvist ym. 2011, 198, 199.) Sekamuotoinen kaksisuuntaisen mielialahäiriö on erittäin haasteellista diagnosoida, koska oireet voivat olla hyvin samankaltaisia kuin tunne-elämältään epävakaassa persoonallisuushäiriössä (Ågren ym. 2013, 487).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon aloituksessa on tärkeää selvittää, mikä sairauden vaihe on kyseessä. Hoito on hyvin yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat esimerkiksi senhetkisten oireiden laatu ja aikaisemmat hoitajaksot. Maanisessa vaiheessa olevat potilaat vaativat yleensä sairaalahoitoa. Usein potilaat ovat ailahtelevaisia, sairautentunnettomia, ja yhteistyö heidän kanssaan voi olla haastavaa. Nopea hoitoon pääsy on lähes välttämätöntä, koska tilanne ei korjaannu nopeasti itsestään ja maniasta johtuvat seuraukset voivat olla potilaalle haitaksi tai vaikeuttaa heidän elämäänsä esimerkiksi taloudellisesti. Tämän vuoksi maaniset henkilöt joudutaan usein ottamaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Maanisen potilaan sairaalahoidon päätavoitteena on maanisten oireiden täydellinen oireettomuus. (Lönqvist ym. 2011, 208, 209.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tärkein hoitomuoto on lääkehoito. Maniavaiheessa tavallisimpia lääkkeitä on litium, valproaatti, tietyt psykoosiläkkeet ja näiden yhdistelmät. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen lääkehoito poikkeaa huomattavasti masennuksen lääkehoidosta. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialaa kohottavilla lääkkeillä ei yleensä ole hyvä vaste, ja pahimmassa tapauksessa ne voivat aiheuttaa manian puhkeamisen. Mielialaa

kohottavaa lääkettä ei koskaan käytetä yksin, vaan rinnalla tulee olla käytössä myös mielialaa tasaava lääke. Muista hoitomuodoista aivojen sähköhoitoa käytetään niin masennuksen kuin maniankin hoidossa. (Lönngqvist ym. 2011, 209–211.)

Koska kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen mielen sairaus, ylläpitohoito on merkittävässä osassa. Ylläpitohoito aloitetaan diagnoosin saamisen jälkeen, ja tällä pyritään ehkäisemään sekä mania- että masennusvaiheita. Kognitiivinen psykoterapia ja muut terapiamuodot, esimerkiksi perheterapia ja psykoedukatio, ovat hyväksi havaittuja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitomuotoja. Terapiahoidot ovat tehokkaita, mikäli potilas on sitoutunut hoitoonsa ja kantaa vastuun omasta hoidostaan. (Lönngqvist ym. 2011, 212–214).

4 Selviytyminen

Selviytyminen (coping) on psykoanalyttiseen stressiteoriaan pohjautuva käsite, jota käytetään paljon eri tieteissä. Stressi kuuluu luonnollisena ihmisen elämäntilanteeseen, ja se voidaan määritellä yksilön ja ympäristön väliseksi suhteeksi, joka näyttäytyy yksilöllisesti. Stressistä ja kriiseistä selviytyminen on yksilökohtaista. Stressinsietokyvyllä tarkoitetaan osittain samaa asiaa kuin selviytymiskyvyllä. (Iivanainen & Syväoja 2010, 87.)

Ihmiset muodostavat henkilökohtaisia selviytymiskeinoja, ja jokaisen keinot ovat yksilöllisiä. Ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa käydä läpi elämän asettamia haasteita ja kriisejä. Jokaisen selviytymiskeinot muovautuvat elämäntilanteiden mukaan, ja ne voivat vaihdella tilanteesta ja haasteista riippuen. Läheisten ihmisten ja sosiaalisen turvaverkon merkitys on tärkeä osa ihmisen selviytymisprosessia. (Punkanen 2001, 11.)

Selviytymiskeinot voidaan ryhmitellä sen luonteen mukaisesti ongelmasuuntautuneisiin, emotiosuuntautuneisiin sekä aktiivisiin ja passiivisiin selviytymiskei-

noihin. Ongelmasuuntautuneissa selviytymiskeinoissa pääpaino on ongelman ratkaisulla ja tiedonetsinnällä. Emotiosuuntautuneissa tunteiden näyttämällä ja käsittelyllä pyritään löytämään ratkaisuja. Aktiiviset ja passiiviset selviytymiskeinot ovat yllä mainittujen keinojen eri muotoja. Esimerkiksi passiivinen ongelmasuuntautunut henkilö välttelee asioiden käsittelyä, kun taas aktiivinen emotiosuuntautunut hyödyntää selviytymisprosessissaan muun muassa sururitualeja. (Iivanainen & Syväoja 2010, 88.)

Netta Luodon (2005, 54) pro gradu -tutkielmassa tulee ilmi masentuneiden miesten toipumis- ja selviytymiskeinoja masennuksesta. Tutkimukseen osallistuneet miehet näkivät selviytymisen prosessina. Prosessiin kuului muun muassa sairauden tunnistaminen ja sen hyväksyminen itsellään sekä tiedon saanti ja masennuksen hoito. Muita selviytymistä auttavia tekijöitä olivat terveelliset elämäntavat, vakaa taloudellinen tilanne, ympäristöstä saatu tuki sekä oma aktiivisuus.

Tutkimukseen osallistuneet miehet kokivat masennuksesta selviytymisen tapahtuvan hitaasti etenevänä prosessina, johon kuului myös vastoinkäymisiä ja pieniä arkisia asioita. Nämä arkipäiväiset asiat, esimerkiksi ajan antaminen itselleen, riittävä lepo, liikunta, ravinto ja päihteiden vähentäminen, olivat kuitenkin merkittäviä asioita selviytymisprosessissa. Selviytymisprosessissa merkittävänä tekijänä olivat myös muun muassa sosiaalisen kanssakäymisen lisääntyminen ja kiinnostuksen kasvaminen muita ihmisiä ja ympärillä olevia asioita kohtaan. Miehet alkoivat vähitellen suunnitella myös tulevaisuuttaan ja hyväksyivät sairauden osaksi itseään, mikä suurimmalle osalle tarkoitti selviytymistä masennuksesta.

Liisa Kiviniemi (2008, 36, 85) on tutkinut väitöskirjassaan psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia ja selviytymiskeinoja. Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena haastattelemalla 12:sta psykiatrisessa hoidossa ollutta nuorta aikuista. Tutkimuksen keskeisinä lähtökohtina oli selvittää nuorten (18 – 35-vuotiaiden) kokemuksia elämästään yleisesti sekä tutkia nuorten selviytymiseen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksessa ilmeni, että nuoret kokivat voimavaroikseen muun muassa sisarusten, vanhempien ja muun suvun henkisen tuen.

Nuorten selviytymiskeinoja olivat esimerkiksi fyysinen suoritus, taiteen eri muodot: musiikin kuuntelu, soittaminen, kirjoittaminen ja maalaaminen. Myös ulkoilu ja luonnossa liikkuminen koettiin selviytymiskeinona. Mielenterveyspalvelut ja kuntoutustoiminta koettiin myös edesauttavana tekijänä selviytymisessä. Elämän säännöllisyys esimerkiksi opiskelun ja työn kautta koettiin merkittäväksi tekijäksi selviytymisprosessissa. Ne, joilla ei ollut opiskelu- tai työpaikkaa, hyötyivät kuntouttavista mielenterveyspalveluista ja säännöllisistä tapaamisista muun muassa vertaistukiryhmissä. Vertaistukiryhmissä olevat vastaavissa tilanteissa olevat ihmiset koettiin tärkeinä tekijöinä. (Kiviniemi 2008, 85.)

Vertaistukiryhmä määritellään Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (2014) mukaan ryhmäksi ihmisiä, jotka kokoontuvat säännöllisesti keskustelemaan tietystä aihepiiristä. Vertaistukiryhmän päätarkoituksena on kokemusten ja tuntemusten jakaminen sekä niiden läpikäyminen yhdessä. Yleensä ryhmä toimii vapaaehtoisesti, mutta mukana ja ryhmän vetäjänä voi olla myös esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilö. Liisa Kiviniemen (2008, 81) mukaan mielenterveyshoitotyössä tehokas ja toimiva vertaistukiryhmä vaatii toimiakseen ammattihenkilön ryhmän johtamiseen.

Selviytymisprosessia tukevia apukeinoja ovat myös erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot. On olemassa runsaasti erilaisia psykoterapiasuuntauksia ja tekniikoita, esimerkiksi kognitiivinen psykoterapia ja ryhmäterapiat. Terapian päätarkoituksena on hoitaa ihmistä, jolla on jokin psyykinen häiriö tai joku muu ongelma, johon terapian keinoin voidaan saada apua. Tavoitteena on psyykkisten häiriöiden lieventyminen, ihmisen psyykkisen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä ihmisen ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen. Ryhmäterapiassa hoidetaan useaa samankaltaisessa tilanteessa olevaa henkilöä ryhmänä yhden tai useamman terapeutin johdolla. Ryhmäterapiassa voidaan yhdessä käsitellä ongelmia ja kehittää esimerkiksi itseilmaisua ja vuorovaikutustaitoja. (Lönqvist ym. 2011, 658-659, 701.)

Opinnäytetyötä varten kerätyissä selviytymistarinoissa tuli myös ilmi yhtenä selviytymiskeinona hengellinen tuki. Hengellistä tukea tarjoavat esimerkiksi eri seurakunnat ja heidän työntekijänsä. Karvisen, Kankkusen ja Nikkosen (2014)

mukaan käytännön hoitotyössä hengellinen tuki voidaan käsittää muun muassa läsnäolona, erilaisten uskonnollisten rituaalien mahdollistamisena sekä esimerkiksi rukoilemisena potilaan kanssa.

5 Mielensterveyshoitotyö

”Mielensterveyshoitotyö on sairaanhoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä” (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert. 2013, 12). Mielensterveyshoitotyö luokitellaan osaksi mielensterveystyötä, jossa potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi. Mielensterveyshoitotyössä keskeisiä elementtejä ovat vuorovaikutukselliset auttamismenetelmät sekä hoitajan ja potilaan välinen tiivis hoitosuhde. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

Mielensterveyshoitotyön toteuttamisessa halutaan painottaa lainsäädännön tarkkaa tuntemista. Esimerkiksi tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät tai potilaan oikeuksiin liittyvät asiat voivat tulla esiin käytännön mielensterveyshoitotyössä. Mielensterveyshoitotyössä korostuvat mielensterveyden edistäminen, mielensterveysongelmien ehkäiseminen, lievittäminen ja niiden hoito. Yleinen harhakäsitys on, että mielensterveystyö on vain sairauksien hoitamista, mutta sen merkittävin osa-alue on kuitenkin mielensterveyden edistämisessä. (Kuhanen ym. 2013, 25.)

Mielensterveyshoitotyössä keskeistä on sairaanhoitajan kyky tunnistaa ihmisen psyykkinen tila ja sen poikkeavuudet. Hoitotyössä sairaanhoitajan työnkuvassa olennaista on varhainen puuttuminen ongelmatilanteissa, kriisiavun antaminen ja mielensterveyden sekä potilaan yleisen elämänlaadun parantaminen. Keskeistä mielensterveyshoitotyössä on hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti sekä huomioida hänen perheensä ja läheisten merkitys osana hoitotyötä. Sairaanhoitajan tulee työssään etsiä ja tukea potilaan voimavaroja ja positiivista mielensterveyttä. (Kuhanen ym. 2013, 30, 31.)

Mielenterveyshoitotyössä sairaanhoitaja voi käyttää apuvälineenä näyttöön perustuvia hoitotyön auttamismenetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi toivon ja itsetunnon ylläpitäminen, selviytymiskeinojen etsiminen, huolenpito, lääkehoidon toteuttaminen ja sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen. Myös omahoitajuus ja omaan ammattitaitoon ja intuitioon luottaminen voidaan laskea auttamismenetelmiksi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän teettämän selvityksen mukaan masentuneen potilaan hoitotyössä tarvitaan näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä. (Sainola-Rodriquez, Kekkonen & Pöppönen, 2007, 52–59.)

Potilaille (N=14) tehdyssä haastattelussa tuli ilmi, että eri hoitotyön auttamismenetelmien tärkeys ja merkitys vaihteli yksilökohtaisesti. Kuitenkin useimmat haastatteluun osallistuneet henkilöt kokivat auttamismenetelmät erittäin tärkeänä osana hoitoa. Kaikkein tärkeimpänä hoitotyön auttamismenetelmänä koettiin läsnäolo. Tärkeinä asioina koettiin myös itsetunnon ylläpitäminen ja unen turvaaminen sekä niihin liittyvät asiat. Suurin osa haastateltavista koki hengellisyden huomioimisen vähemmän tärkeäksi hoitotyön auttamismenetelmäksi. Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitohenkilökunnan tulisi huomioida potilaan yksilöllisyys ja siihen liittyvät toiveet ja tarpeet. (Sainola-Rodriquez ym. 2007, 52–59.)

Marjo Kollanen (2007) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan hoitotyön keinoja, jotka tukevat mielenterveyspotilaiden elämänlaatua. Tutkielma toteutettiin hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tarkoituksena oli saada tietoa, mitä hoitotyön keinoja hoitajat käyttävät työssään ja selvittää niihin liittyviä kehitysmahdollisuuksia. Tutkielmasta tuli ilmi kahdeksan hoitotyön keinoa, jotka tukivat mielenterveyspotilaan elämänlaatua. Esille tulleita hoitotyön keinoja olivat muun muassa sairastumiseen ja hoitoon liittyvän tiedon kerääminen ja välittäminen, vuorovaikutus, potilaan turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen, hoidon suunnitteleminen, perustarpeista huolehtiminen, moniammatillinen yhteistyö sekä jatkohoidon suunnittelu.

Haastatteluissa (N=13) kehitysideoita liittyivät muun muassa ammatilliseen osaamiseen. Tässä yhteydessä tärkeimpänä koettiin uusien työmenetelmien

kehittäminen ja mahdolliset lisäkoulutukset esimerkiksi perhekeskeiseen hoitotyöhön ja lainsäädännön tuntemiseen liittyen. Myös sairaala- ja avohoidon yhteistyötä haluttiin kehittää tehokkaammaksi ja potilaslähtöisemmäksi. Luovuutta ja erilaisia suunnitelmallisia ryhmiä toivottiin olevan enemmän ja niiden haluttiin tukevan enemmän potilaan hoitoa. Hoitotyön suunnittelun ja sisällön kehittäminen tuli myös ilmi hoitajien haastatteluissa. (Kollanen 2007, 45–54.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa toimeksiantajallemme Paiholan sairaalan viikko-osastolle 56 neljä selviytymistarinaa, jotka julkaistaan osaston Internet - sivuilla. Selviytymistarinat ovat kaikkien luettavissa ja hyödynnettävissä.

Selviytymistarinoiden tarkoitus on antaa uskoa ja toivoa selviytymiseen niille henkilöille, jotka kamppailevat masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää mielenterveyshoitotyötä selviytymistarinoiden pohjalta. Tarinoista tulee esille ideoita ja huomioita käytännön mielenterveyshoitotyön kehittämiseen.

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aiheen valitsimme molempien mieltymysten ja kiinnostuksen mukaisesti. Molempien mielenkiinto psykiatria ja mielenterveyshoitotyötä kohtaan kasvoi päihde- ja mielenterveyshoitotyön harjoittelujakson jälkeen, ja halusimme tehdä aihepiiriin liittyvän opinnäytetyön. Tärkein kriteeri opinnäytetyön aiheen valinnassa oli sen toiminnallisuus ja mielenkiintoisuus. Lisäksi halusimme, että opinnäytetyöllä olisi jokin konkreettinen merkitys ja siitä olisi toimeksiantajalle hyötyä.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä käytännönläheisyytensä takia. Sen tuotosta voi hyödyntää esimerkiksi hoitotyössä. Se voi olla esimerkiksi hoitohenkilökunnalle tai potilaille suunnattu opas tai ohjeistus. Toiminnallinen opinnäytetyö ei voi olla pelkästään tuotos, vaan toteutuksen täytyy perustua tutkittuun tietoon. Toimeksiantona tuleva opinnäytetyö kehittää ammattiosaamista, sillä se muokkaa työelämälähtöistä ja käytännönläheistä ongelmanratkaisua sekä yhdistää ammatillisuutta ja teorian tietoa. (Vilka & Airaksinen 2004, 9-10,17,56.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, ja sen toiminnallisuus tulee ilmi muun muassa haastatteluissa. Toimeksiantaja saa opinnäytetyömme tuloksena neljä selviytymistarinaa, joita voi hyödyntää käytännön hoitotyössä. Tarinoiden päätarkoitus on tuoda tietoa ja aitoja kokemuksia masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Akuutissa sairausvaiheessa olevat henkilöt voivat samaistua haastateltavien tarinoihin ja saada sitä kautta itselleen toivoa selviytymiseen. Myös sairastuneiden omaiset ja läheiset saavat tarinoiden kautta tietoa masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä.

Opinnäytetyömme pohjana on käytetty suomalaista ja kansainvälistä tutkimusaineistoa ja kirjallisuutta. Olemme pyrkineet käyttämään työssämme mahdollisimman uutta tutkittua tietoa. Opinnäytetyössä yhdistyvät näin ollen ammatillisuus ja teorian tieto sekä käytännön hyödynnettävyys.

7.2 Kohderyhmä ja lähtötilanteen kartoitus

Saimme opinnäytetyön aiheen toimeksiantajaltamme Paiholan sairaalan viikko-osastolta 56. Opettaja välitti tiedon toimeksiantajasta suullisesti luokallemme. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja päätimme ottaa tarkemmin selvää toimeksiantajien sisällöstä. Olimme ensin yhteyttä toimeksiantajaan ja pidimme tammikuussa 2013 palaverin opinnäytetyöstä. Keskustelimme heidän toimeksiantajistaan, toiveistaan ja resursseistamme sekä oppilaitoksen vaatimuksista. Opinnäyte-

työn tehtävänä oli alusta alkaen tuottaa selviytymistarinoita. Toimeksiantajan mukaan tarinoiden tarkoituksena on antaa tietoa ja toivoa sairauksista selviytymiseen ja toipumiseen. Osastolla ei ennestään ole selviytymistarinoita, joten he kokivat selviytymistarinat tarpeellisina. Henkilöt, jotka lukevat tarinoita, ovat selviytymisprosessin alkuvaiheessa. Tarinoiden avulla henkilöt saavat tunteen, että sairaudesta voi selviytyä ja sen kanssa pystyy elämään.

Alkuperäinen toimeksianto oli tuottaa haastattelujen avulla neljä selviytymistarinaa neljästä eri sairaudesta. Sairaudet olivat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, anoreksia ja skitsofrenia. Aihe oli kuitenkin liian laaja ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi, joten rajasimme sitä yhdessä toimeksiantajan kanssa keskittyen vain kahteen sairauteen: masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Sairaudet valikoituivat toimeksiantajan toiveiden mukaisesti sillä perusteella, että kyseiset sairaudet ovat Paiholan sairaalan osastolla 56 kaikkein yleisimmät. Toimeksiantajan tapaamisen jälkeen teimme ensin opinnäytetyön aihe suunnitelman, jota käsitelimme opinnäytetyöpienryhmässä. Ryhmäkeskustelujen jälkeen aloimme työstää opinnäytetyösuunnitelmaa aihe suunnitelman pohjalta. Ohjaavilta opettajilta saimme opastusta muun muassa siihen, miten toiminnallinen opinnäytetyö eroaa kvalitatiivisesta opinnäytetyöstä ja siitä, miten etenemme opinnäytetyössä.

Kävimme myös marraskuussa 2013 välikatsauksen toimeksiantajan kanssa työn etenemisestä. Tuolloin täytimme mm. toimeksiantosopimuksen ja kävimme opinnäytetyötä yleisesti läpi. Toimeksiantaja halusi ehdottomasti, että tulemme esittämään työn heille osastopalaverissa tammi-helmikuussa 2014 meidän aika- taulumme mukaan.

7.3 Hyvän selviytymistarinan tuntomerkit

Heikkisen (2007, 142) mukaan kertomusta ja tarinaa voidaan käsitteinä pitää lähestulkoon toistensa synonyymeina. Vastaavasti Hänninen (2000, 22) erittelee kertomuksen ja tarinan erillisiksi käsitteiksi. Hännisen mukaan tarinassa on alku, keskikohta sekä loppu ja keskeistä tarinoissa on juoni. Sisäisten tarinoiden

kautta ihminen käsittelee ja havainnoi elämäänsä mielensisäisesti prosessinomaisesti. Kertomuksella Hänninen puolestaan tarkoittaa tarinaa, jonka ihminen kertoo itsestään toisille ihmisille. Kertomuksessa aikamuotona on usein imperfekti, ja kerrotut asiat ovat jo tapahtuneet. Kertomusta voidaan käyttää oman elämän tulkitsemiseen.

Yleensä ihmiset eivät huomioi tai tiedosta sisäistä tarinaansa, mutta esimerkiksi elämänmuutokset, kuten sairastuminen, laittavat ihmisen pohtimaan ja tarkastelemaan omaa elämäänsä ja elämäntarinaansa. Tarinat ja kertomukset ovat yksilöllisiä, ja esimerkiksi saman diagnoosin saaneet henkilöt voivat kokea ja tulkita sairautensa aivan eri tavalla. Muille jaetut omaan sairauteen liittyvät kertomukset auttavat myös muita henkilöitä, joiden elämää sama sairaus koskettaa. Toisten tarinoiden kuuleminen voi esimerkiksi auttaa muokkaamaan omaa käsitystä sairaudesta. (Hänninen 2000, 142–144.)

Opinnäytetyössämme olemme huomioineet tarinalle ominaisen kronologisen aikajärjestyksen, joka tulee ilmi muun muassa haastattelukysymyksissä. Selvitystarinoihin muodostuu kysymysten avulla selkeä alkutilanne, keskikohta ja loppu, mutta tarinoiden keskiössä on kuitenkin selviytyminen eikä sairaus. Vaikka haasteltavilla henkilöillä on sama sairaus, kokemukset ja tarinat poikkesivat toisistaan merkittävästi. Kuten Hänninen (2000, 144) tuo ilmi, oman tarinan kertominen ja muiden tarinoiden kuuleminen voivat toimia apuna selviytymisprosessissa.

7.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Olemme koko opinnäytetyöprosessin ajan keränneet teorian tietoa monipuolisesti useista eri lähteistä, muun muassa väitöskirjoja sekä pro gradu -tutkielmia sekä vieraskielisiä tutkimusartikkeleita hyödyntäen. Löysimme myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivuilta opinnäytetyöhön sopivaa tilastotietoa. Varmistimme sähköpostitse Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, saako tilastotietoa käyttää opinnäytetyössä. Vastauksena saimme Terveiden ja hyvinvoinnin

laitokselta, että Internet-sivuilla oleva materiaali on julkista ja sitä on lupa käyttää.

Haastattelu soveltuu aineistonkeruumenetelmänä sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen. Haastattelumenetelmää käytetään myös työelämässä, joten se soveltuu hyvin myös toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Haastattelumenetelmiä ovat muun muassa strukturoitu tai strukturoimaton haastattelu, yksilö-, ryhmä- tai teemahaastattelu. Strukturoitu haastattelu sisältää haastattelulomakkeen ja tarkoin määritellyt kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Teemahaastattelu on edellä mainittua väljempi haastattelumuoto, jossa haastattelua ohjaavat muutamaiset pääkysymykset tai aiheet. (Kylmä & Juvakka 2007, 77–78.)

Haastattelun etuna on se, että aineistoa saadaan joustavasti haastattelun edessä ja tilanteessa voidaan tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastattelu antaa haastateltavalle mahdollisuuden kertoa asiat omin sanoin heidän omasta näkökulmastaan. Haastattelutilanteessa ollaan välittömässä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, joten haastattelun aihe voi olla arka tai vaikea. Haastateltaviin voidaan tarvittaessa olla vielä yhteydessä haastattelun jälkeenkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2010, 205–206.)

Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska se sopii opinnäytetyömme luonteeseen. Haastattelu on myös kyselylomaketta henkilökohtaisempi, ja haastattelun avulla saadaan persoonallisempaa tietoa ja siihen on helpompi samaistua. Haastateltavat voivat kertoa omin sanoin kokemuksistaan. Koska opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa selviytymistarinoita, haastattelu oli niiden tuottamiseen paras vaihtoehto. Haastattelu on helppo nauhoittaa ja sen muokkaaminen on mahdollista tehdä myöhemmin. Nauhoittamalla haastattelut pystyimme keskittymään paremmin itse haastattelutilanteisiin ja muistiinpanojen tekeminen ei vienyt aikaa tai huomiota haastatteluista.

Haastateltavien valinnassa oli tärkeintä se, että he eivät olleet haastattelujen aikaan akuutissa vaiheessa sairautta ja kokivat itse selviytyneensä sairaudestaan. Toimeksiantajan toiveen mukaisesti ensisijalla olivat henkilöt, jotka eivät

olleet osastohoidossa haastattelun aikana. Tästä syystä etsimme haastateltavia muun muassa vertaistukiryhmien sekä kolmannen sektorin toimijoiden kautta.

Laadimme itsellemme haastattelun tueksi haastattelurungon (liite 2), jonka pohjalta haastattelut toteutettiin. Haastattelurunko sisältää viisi avointa kysymystä, jotka ohjasivat meitä haastattelussa. Kysymykset laadittiin niin, että ne eivät johdattele haastateltavaa, mutta rajaavat kuitenkin aiheen olennaiseen. Kysymysten painotus on selviytymisessä, ei niinkään sairaudessa.

Suunnittelimme haastateltaville myös tiedotteen (liite 3), josta haastateltaville selviää oleellinen tieto opinnäytetyöstä ja haastatteluun liittyvistä asioista. Tiedotteessa kerrotaan myös muun muassa haastattelun tarkoituksesta, luottamuksellisuudesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta jättäytyä pois missä prosessin vaiheessa tahansa.

Löysimme kaksi haastateltavaa vertaistukiryhmästä, ja kahden muun haastateltavan kohdalla olimme yhteydessä kolmannen sektorin palveluihin ja sitä kautta palveluiden yhteyshenkilöihin. Yhteyshenkilöiden avustuksella saimme haastateltavien yhteystiedot, jonka jälkeen olimme suoraan yhteydessä haastateltaviin. Yhteistyö sujui hyvin kaikkien kanssa.

Toteutimme kaikki haastattelut marraskuussa 2013. Haastateltavien toiveiden mukaisesti haastattelut toteutettiin heidän kotonaan. Ehdotimme haastateltaville, jos haastattelut tehtäisiin esimerkiksi koulun luokka- tai pienryhmätiloissa, mutta kaikki haastateltavat halusivat haastattelun tehtävän heidän kotonaan. Meille järjestely sopi hyvin, ja oli mukava huomata, kuinka avoimesti haastateltavat kutsuivat meidät koteihinsa. Kaikki haastattelut kestivät keskimäärin 15–45 minuuttia haastateltavasta riippuen. Haastattelut menivät hyvin, ja haastattelutilanteet olivat rentoja, ja niissä vallitsi avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Saimme sovittua helposti kaikkien kanssa yhteisen ajan haastatteluun.

Haastattelurunko helpotti aineiston muokkaamista. Kaikki haastattelut toteutettiin samaa pohjaa käyttäen, jolloin muokkaaminen oli helpompaa. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin ja niistä poimittiin opinnäytetyön kannalta oleelliset sel-

viytymiseen liittyvät kohdat. Haastattelut litteroitiin eli purettiin äänitallenteelta kirjalliseen muotoon ja muokattiin tarinoiksi. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja haastattelut muokattiin siten, että niistä ei voi tunnistaa haastateltavaa henkilöä. Tämän jälkeen haastatteluista karsittiin muun muassa murre sanojen käyttöä ja tarinat kirjoitettiin kirjakiielelle. Jätimme kuitenkin joitain suoria lainauksia, jotta tarinat olisivat persoonallisempia ja lukija voisi paremmin samaistua tarinan kertojaan.

Kaikki haastattelut purettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, viimeistään seuraavana päivänä. Haastattelujen litteroinnin teimme yhteistyössä toisen kirjoittaessa tietokoneelle ja toisen purkaessa äänitallennetta nauhurista. Tämä osoittautui toimivaksi ja hyväksi tavaksi purkaa tallenne tekstimuotoon. Purimme tekstin ensimmäisenä sanatarkasti kirjalliseen muotoon, mutta poistimme tässä vaiheessa toistot ja asiaan kuulumattomat haastattelun osat, esimerkiksi aihealueen ulkopuolelle menneet ”rönsyilyt”. Litteroinnin seuraavassa vaiheessa poistimme tekstistä tunnistettavat tiedot haastateltavasta ja haastattelun aikana esille tulleista ulkopuolisista henkilöistä, muun muassa lääkärit, hoitohenkilökunta ja hoitopaikat sekä haastateltavien lähipiiriin kuuluvat henkilöt.

Sen jälkeen tiivistimme haastattelut ja muokkasimme ne kirjakiielelle ja poistimme viittaukset haastateltavan ikään ja sukupuoleen. Muokkauksen jälkeen lähetimme tarinat haastateltaville luettavaksi. Tämän tarkoituksena oli lisätä tarinoiden luotettavuutta ja todenmukaisuutta. Haastateltavat halusivat itsekin lukea tarinansa ennen julkaisua, että onko niissä jotain tunnistetietoja ja kuulostaako tarina omanlaiselta. Jotkin haastateltavat halusivat tehdä vielä pieniä tarkennuksia tekstiin, minkä jälkeen he hyväksyivät tarinansa.

Haastatteluiden purkamisen ja työstämisen jälkeen paneuduimme teorian tiedon keräämiseen. Etsimme lisää tutkimustietoa teoriapohjaan ja karsimme jo aikaisemmin kerättyä aineistoa ja valitsimme niistä opinnäytetyömme kannalta tärkeimmät ja hyödyllisimmät.

8 Tulokset

Haastattelujen tuloksena syntyi neljä erillistä selviytymistarinaa, jotka luetuimme muutamalla ulkopuolisella henkilöllä. Henkilöt antoivat palautetta tarinoista ja niiden ymmärrettävyydestä. Saadun palautteen pohjalta teimme tarinoihin pieniä muutoksia, esimerkiksi ammattitermien käytöstä.

8.1 Selviytymistarina masennuksesta 1

Diagnoosin saamisen aikoihin olin teini-iässä, ja masennukseni oli jo edennyt pitkälle. Olin paljon poissa koulusta ja tuntui, että nukuin paljon. Näin jälkempäin mietittäni olen varmaan oireillut koko lapsuuden tietyllä tavalla. Koin diagnoosin saamisen helpotuksena, mutta kyllähän se tietynlaisen kriisin toi. Mietin, että mitäs nyt, onko tämä sairaus koko loppuelämän kaverina. Diagnoosin saamisen aikoihin tiesin kyllä, että jotain on vialla.

Hoitoprosessini sai alkunsa siitä, kun ystäväni järjesti minut hoitoon. Hän oli huolissaan minusta. Sain ajan psykiatrian poliklinikalle ja sitä kautta omahoitajan. Se ei kuitenkaan auttanut tarpeeksi, vaan tilanteeni huononi. Lopetin koulun ja yritin asua itsenäisesti vuokra-asunnossa, mutta siitä ei tullut silloin mitään, joten muutin vanhempieni luokse takaisin. Tämän jälkeen pääsin tuetun asumisen piiriin. Asuminen tuetussa yhteisössä ei onnistunut sekään heti. Silloin oli vielä paljon rajojen etsimistä, kapinointia ja muuta vastaavaa. Sen jälkeen jouduin 1,5 kuukautta kestäväälle sairaalajaksole.

Sairaalassa vain lepäsin, koska en jaksanut tehdä muutakaan. Sairaalajakson jälkeen muutin takaisin tuetun asumisen piiriin ja sieltä lopulta omaan asuntoon. Hoitoprosessini on ollut pitkä. Olen kokenut tuetun asumisen olleen paras hoitomuoto minulle. Vertaistukea olen saanut tuetun asumisen kautta, koska siellä asuu muitakin saman kokeneita. Käynnit oman hoitajan luona ovat myös auttaneet selviytymisessä. Aikaisemmin käynnit sairaanhoitajan luona olivat viikoit-

taisia, jonka jälkeen ne harvenivat. Käyntejä on ollut ehkä kerran kuussa. Olen kokenut ystävien tuen merkittävänä tekijänä selviytymisessä. Perheeltäni en ole saanut tukea selviytymisprosessissa.

Hyväksyin masennuksen vähitellen osaksi itseäni. Hyväksymistä helpotti se, että minulla on ystäviä, joilla on myös ollut masennusta. Helpotusta ja hyväksymistä on myös edesauttanut se, kun olen nähnyt ihmisiä, joilla on selkeästi elinikäinen sairaus, esimerkiksi skitsofrenia. Minusta tuntuu, että tietyt haasteet, mitkä ovat olleet ihan nuoruudesta asti, pysyvät varmasti koko elämän. Olen kokenut selviytyneeni masennuksesta silloin, kun pääsin muuttamaan omaan asuntoon. Itsenäistyminen on ollut merkittävässä osassa selviytymisprosessia.

8.2 Selviytymistarina masennuksesta 2

Kymmenen vuotta sitten minulla oli tosi syvä masennus ja tuntui siltä, että minä romahdin. Ystävät olivat silloin ihan ehdoton apu. He kävivät usein kylässä ja tulivat aina aamulla ja raahasivat minut sohvalta ylös ja lenkille. He eivät kuunnelleet sitä, että ”en mä jaksa”. Yritin olla mahdollisimman vähän lapsia rasittamatta sillä. Suku ja ystävät ovat kyllä olleet tärkeässä roolissa selviytymisessä. Sain myös seurakunnalta paljon tukea, esimerkiksi seurakunnan pastori soitti ja kävi juttelemassa usein. Minä ihmettelen niitä ihmisiä, jotka selviytyvät yksinään.

Kävin myös terapiassa säännöllisesti kolmen vuoden ajan. Aluksi käyntejä oli kaksi kertaa viikossa ja sen jälkeen kerran viikossa. Käynnit vähenivät pikkuhiljaa kerran kuukauteen. Olin masennuksen takia sairaalassa kolme viikkoa. Mielestäni hoitajat olivat tärkeässä roolissa ja koin saaneeni myös heiltä apua. Sairaalahoittoon meneminen oli iso kynnyks, mutta menin sairaalaan, koska ajattelin, että ”*eihän tää maailma tästä enää pahemmaks tule*”.

Olen kärsinyt masennuksesta ihan nuoruudesta saakka ja semmoisesta selittämättömästä pahoinvoinnista tai ahdistuksesta. Diagnoosin saaminen tuotti helpotusta. Oireista oli tullut niin tavallisia ja normaalia, että ei niitä sitten silleen

ajatellut. Niihin jollain lailla sopeutuu tai tottuu. Nyt minä olen ollut monta vuotta ilman lääkkeitä. Minulla nämä masennuskaudet saattavat olla aika pitkiäkin. Lääkitseen itseäni ainoastaan silloin, kun tulee pitkiä ahdistuskohtauksia. Silloinkin otan hyvin pienen annoksen ja tarvitsen ehkä noin puolikkaan tabletin kuu-kaudessa.

Terapian kautta on löytynyt ne oivallukset, miten tunnistaa oireita, mitä oireet tarkoittavat ja miten niiden kanssa eletään. Olen kokenut, että olen saanut to-della paljon apua terapiasta. Välillä minulla ei ole ollutkaan terapeuttia, mutta kun jätin ne lääkkeet pari vuotta sitten pois, niin minä sitten hakeuduin uudes-taan terapiaan.

Monet ajattelevat, että terapiasta ei ole mitään apua, mutta kyllä minulle on ol-lut. Olen hyötynyt siitä ihan selkeästi ja saanut sitä kautta työkaluja myös selviy-tymiseen. Ennen minulle tuli suurin piirtein paniikki, jos minua rupesi ahdistaa ja ihmettelin, että mikä minua vaivaa. Nykyään olen tiedostanut, että se kuuluu tähän minun masennukseeni. Ahdistus ei ole semmoinen paniikki, että mitä minulle tapahtuu, miksi minulla on tällainen olo. Käytän mielikuvia pal-jon. Tarinat ovat tavallaan kulkeneet mukana. Niissä konkretisoituu kuvaksi se, mikä minun tilani on kulloinkin ollut.

Olen kokenut, että tietoisuus sairaudesta ja siitä, että mistä on kysymys, on aut-tanut hyväksymään. Koen, että se on niin kun semmoinen minulle kuuluva asia, minun elämäni ja minun persoonaani ja luonteeseeni kuuluva asia. Kyllähän siihen hyväksymiseen pitkään meni, vuosia. Olen oppinut tiedostamaan sen, että kysymyksessä on sairaus, eikä vaan joku semmoinen epämääräinen asia.

Sitten kun sairauden hyväksyy, niin se ei ole enää semmoinen peikko. Sen tie-tää ja tuntee, että no tämä on nyt tätä ja tämän kanssa vaan eletään. Sitten kun on huonompia aikoja, niin sitten annetaan olla. Minä en tappele enää sitä vas-taan, minä annan sen vaan olla. Lähipiiri tietää, että minulla on tällainen sai-raus. Avoimuus on mielestäni hirmu tärkeä.

Masennus kulkee minulla mukana ihan koko ajan, että minä saatan tipahtaa masennukseen tuosta noin vaan. Ei se ole minun elämästä mihinkään hävinnyt, mutta minä elän sen kanssa. Eikä se sellaista ole, kun se oli kaikista pahimmillaan. Se on ihan eri maailma jo nyt. Että kyllä minä olen selvinnyt siitä, että minä elän ihan normaalia elämää. Olen selviytynyt, en ole vielä lopettanut elämää. Mutta silloin kun se oli kaikkein vaikeimmillaan, niin kyllä se oli ihan läsnä semmoinen ajatus koko ajan. Ei se mikään semmoinen outo ajatus ollut. Minulla oli siinäkin vaiheessa viisaita ystäviä.

Ja sitten se kynä ja paperi, se oli myös semmoinen apukeino selviytymiseen. Kirjoitin runoja kaikkein pahimman ahdistuksen ja masennuksen aikana. Sen jälkeen en olekaan kirjoittanut yhtään ainuttakaan runoa. Ensin ne olivat runoja, ja sitten se vähitellen muuttui suorasanaiseksi kertomukseksi. Pääasia, että sieltä jotain tuli ulos. Voin samaistua masentuneen ihmisen kokemuksiin ihan eri tavalla, kun jos en olisi itse kokenut samaa.

8.3 Selviytymistarina kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 1

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoprosessi sai alkunsa sairaalassa infektion hoidossa. Minulla oli tuolloin kova stressi työn takia. Osastolla minua hoitanut sairaanhoitaja huomasi, että infektion takana on jotain muutakin. Itse en olisi kehdannut enkä ymmärtänyt pyytää apua mielialan hoitoon. Jäin kiinni psyykkisestä sairaudestani sen sairaanhoitajan ansiosta, kun hän ehdotti, voisiko hän pyytää psykiatrin konsultaatiota, johon suostuin mielelläni. Hoitoprosessini sai alkunsa siitä ja pääsin hoitoon nopeasti. Olihan se sellainen sokki, kun tämmöisen ”koodinumeron” sai. Alkuun diagnoosi vaihteli. Mennessäni ensimmäisiä kertoja paikkaan, jossa hoidettiin mielenterveyspotilaita, katselin ympäristöön, etteihän kukaan näe minun menevän sisään.

Kävin hallintakurssin aiheesta, että miten kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa pärjätään päivittäisessä elämässä. Tapaamiset olivat kerran viikossa, ja pidimme työkirjaa aiheesta ja käsitelimme yhdessä viikon tapahtumia. Työkirjan täyttäminen oli ikään kuin itsensä tarkkailua ja kuinka tulisi käyttäytyä vastaa-

vissa tilanteissa. Hallintakurssin jälkeen osallistujista muodostui pienempi vapaamuotoinen vertaistukiryhmä, ja olemme kokoontuneet säännöllisesti esimerkiksi illallisen merkeissä. Ryhmässä olemme keskustelleet muun muassa kuulumisista, ajatuksista ja ”mitäs hurjia temppuja on tullut tehtyä”. Ryhmässä keskustellaan ja jaetaan sitä ”hyvvee, illoo ja surruu”. Olen kokenut vertaistukiryhmän hyvänä ja tarpeellisena. Hallintakurssin lisäksi olen käynyt psykodraamakurssin diagnoosin kanssa pärjäämiseen. Hoitojen myötä olen saanut työkaluja kriisitilanteiden ratkaisuun, että ikään kuin olisin saanut työkalupakin. Tiedon saaminen sairaudesta ja sen kanssa elämisestä on hirmuisen tärkeää.

Nykyään minulla ei ole ollut hoitosuhdetta terapeuttien kanssa. Silloin kun minulla oli hoitosuhde, niin minulla oli myös lääkitys ja säännöllinen terapia, joka oli alkuun kerran viikossa. Terapia kesti useamman vuoden. Käynnit terapiassa harvenivat vähitellen, jonka jälkeen ne vaihtuivat kontrollikäynteihin, kunnes loppuivat kokonaan. Vastuu hoidostani siirtyi itselle, mutta tarvittaessa pystyin ottamaan yhteyttä hoitavaan yksikköön. Läheisten ihmisten tuki on ollut tärkeää, mutta puoliso ei ole ollut hoitajana. Olen joutunut hyväksymään sairauden osaksi itseäni. Se on myös itsetuntokysymys, että onko sinut itsensä kanssa ja hyväksyykö sairauden. Hyväksymiseen auttavat terapiat ja muut, ne muokkaavat asennetta ja auttavat hyväksymään.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön omaava ihminen on yleensä luova ja innovatiivinen. Koen, että tällaisesta luovuudesta ja innovatiivisuudesta tulee maksaa vähän ekstraa. Olen kokenut musiikin ja taiteen voimavarana selviytymisessä. Ei tällaisia ominaisuuksia tasapaksuille ihmisille tule. Tällaiset ihmiset ovat aina kallellaan uuteen ja uteliaita. Tämä tekee elämästä jännittävää.

Koen selviytyneeni kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä joka päivä. Mieliala vaihtelee usein, mutta ajattelen sen osaksi sairautta ja itseäni. Sain sairaseläkepäätöksen, mutta olen silti jatkanut työntekoa, koska koen työntekoa selviytymiskeinona. Näin jälkikäteen mietittynä kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireita on ollut jo nuorena. Oma kokemukseni psyykeen sairaudesta ja yleensäkin psyykestä on vaikuttanut myös muihin. Olen auttanut muita ihmisiä kuuntelemalla ja juttelemalla ja olemalla vierellä kulkijana näissä asioissa.

8.4 Selviytymistarina kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 2

Sairastuin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön avioeron jälkeen vuonna 2004. Oireina minulla oli raju mania ja sen perään vielä rajumpi masennus. Muuna aikana ei ole ollut mitään oireita.

Minulla on kuitenkin ollut oireita jo useita vuosia sitten ennen diagnoosin saamista. Synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi oli ensimmäinen psykoottinen jakso elämässäni. Ensiksi tuli mania ja sen jälkeen raju masennus. Synnytyksen jälkeen minulle ei kerrottu mitään, että mistä psykoottinen oireilu johtui ja mikä minulla vaivasi. Siinä vaiheessa minun olisi pitänyt jo silloin saada diagnoosi kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Minulle jäi raju pelko tapahtuneesta, koska sen jälkeen ei jäänyt mitään hoitosuhdetta minnekään. Lapsivuodepsykoosin jälkeen en tarvinnut hoitoa, lääkkeitä tai mitään. Koin itseni normaaliksi ja terveeksi.

Vuonna 2004 diagnoosin saaminen helpotti elämääni, koska silloin ymmärsin, mistä kaikki oireiluni johtui. Aluksi en ymmärtänyt, mitä kaksisuuntainen mielialahäiriö edes tarkoittaa. Olin masentunut saadessani diagnoosin ja silloin en ymmärtänyt ollenkaan, mitä diagnoosilla tarkoitetaan. Vähitellen minulle hahmottui, mitä kaksisuuntainen mielialahäiriö tarkoittaa ja pitää sisällään.

Minulle oli helpotus tietää, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on olemassa lääkkeitä, joiden kanssa pystyy elämään normaalisti. Minulla on jatkuva lääkitys masennusjaksoja vastaan. Kaamosaika on minulle haasteellinen.

Olen tarvinnut muun muassa vertaistukea ja läheisten ihmisten tukea selviytyäkseni, mutta kaikista tehokkaimpana olen kokenut yksilöterapian. Vertaistuen olen kokenut hyvänä, koska olen saanut huomata, etten ole ainut ihminen, joka on kamppaillut tai kamppailee kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa. Läheisten tuki on ollut myös merkittävässä roolissa, oma lapsi on ollut se tärkein. Sairastumiseni akuutissa vaiheessa koin oman äitini tuen tärkeänä. Olen omalla kohdallani kokenut, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla ihmisellä tulee olla elämä ja parisuhde mahdollisimman tasaista.

Olen saanut tietoa ja käynyt sairauttani läpi terapian ja sairautteen liittyvän hallintakurssin avulla. Onneksi minulle ei käynyt niin pahasti, että olisin maniassa ”tuhonnut” suhteita läheisiin ihmisiin kovin pahasti. Omalle lapselle oli aika rajua se, että vanhempi ei ole enää se, johon oli aikaisemmin tottunut.

Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstähän sanotaan hyvin viisaasti, että sehän on koko loppuelämän kestävä sairaus ja sairauden kanssa on opittava elämään. Diagnoosin jälkeen joka syksy olen huomannut itsestäni alttiutta masennukselle ja tämän takia olen käyttänyt masennuslääkettä hyvin pieninä annoksina. Olen myös huomannut D-vitamiinilisän auttaneen masennustilojen ennaltaehkäisyyn, vähän niin kuin estohoitona. Olen oppinut tiedostamaan itsestäni mielialamuu- tokset hyvin herkästi ja osaan nykyään reagoida niihin ajoissa. Hätäännyn heti esimerkiksi jos huomaan itsessäni unettomuutta ja ylivireyttä.

Tästä on nyt mennyt kohta kymmenen vuotta ja sen jälkeen on mennyt, että *”ei oo mitään lentoja ollu eikä oo tullu hulluja ajatuksia mieleen”*. Sen jälkeen elä- mässäni on ollut vastoinkäymisiä ja kriisitilanteita. Elämä on sairastumisenkin jälkeen opettanut. Pidän tämänhetkistä parisuhdetta erittäin hyvänä ja tasaise- na. Koen sen voimavarana ja tasapainottavana tekijänä.

9 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallista opinnäytetyötä ohjaavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuskri- teerit. Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida neljän eri näkökulman avulla. Näitä ovat esimerkiksi siirrettävyys, vahvistettavuus, uskottavuus ja ref- leksiivisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan opinnäytetyön tulosten käytettävyyttä muissa sa- mankaltaisissa tilanteissa. Vahvistettavuus näkyy työssä siten, että prosessin dokumentointi on toteutettu siten, että toinen tutkija voi niiden perusteella tehdä tutkimuksen uudestaan ja saada samankaltaiset tulokset. Uskottavuudella tar-

koitetaan opinnäytetyön todenperäisyyttä. Tämä voidaan varmistaa esimerkiksi tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ja tutkijoiden välisellä vuorovaikutuksella prosessin eri vaiheissa. Esimerkiksi tutkimustuloksia näytetään haastateltavalle ja varmistetaan siten sen paikkansapitävyys. Refleksiivisyys näkyy työssä siten, että opinnäytetyön tekijä on tietoinen esimerkiksi omien mielipiteidensä tai asenteidensa vaikuttavuudesta työhön ja ei anna niiden vaikuttaa työn sisältöön. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Tuomen ja Sarajärven (2003, 133–138) mukaan tutkimuksen luotettavuus määritellään usein validiteetin ja reliabiliteetin mukaan, mutta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ne eivät sovellu kovin hyvin. Validiteetilla eli tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sitä, vastaavatko tutkimustulokset tutkimuksen tarkoitusta. Reliabiliteetilla eli tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset voidaan toistaa ja pysyvät edelleen samana. Laadullista tutkimusta tulisi mieluummin arvioida johdonmukaisena kokonaisuutena, jossa tulisi ottaa huomioon mitä tutkitaan ja miksi. Tutkijan lähtökohdat tutkimuksen tekemiselle pitäisi tuoda ilmi tutkimusprosessin aikana, ja sille pitäisi antaa enemmän painoarvoa. Myös aineistonkeruu ja siihen liittyneet erityispiirteet, esimerkiksi haastattelut ja niihin liittyvät asiat, painottuvat laadullisessa tutkimuksessa.

Opinnäytetyössämme pyrimme lisäämään luotettavuutta käyttämällä teoriaosuudessa vain luotettavia lähteitä sekä tutkimuksia ja välttämällä sekundaari-lähteiden käyttöä. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut tuottaa yleistettävää tietoa, koska selviytymiskokemukset ovat henkilökohtaisia. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu oli paras vaihtoehto, koska se on kyselylomaketta luotettavampi. Haastattelurunko oli kaikille sama, ja haastattelut etenivät sen pohjalta. Laadimme haastattelupohjan ja kysymykset siten, että emme kysymysten avulla johdatelleet haastateltavaa vastaamaan tietyllä tavalla.

Opinnäytetyössä luotettavuus tulee ilmi esimerkiksi sen vahvistettavuudessa ja uskottavuudessa sekä refleksiivisyydessä. Vahvistettavuus ilmenee siten, että haastattelurungon pohjalta toinen tutkija pystyy toistamaan haastattelut sekä saamaan vastaavanlaiset tulokset. Tulosten uskottavuutta lisää esimerkiksi se,

että olemme opinnäytetyöprosessin aikana luetuttaneet selviytymistarinat haastateltavilla henkilöillä ja saaneet sitä kautta tarinoille heidän hyväksyntänsä. Refleksiivisyys on huomioitu opinnäytetyötä tehdessä, ja omat mielipiteet ja asenteet eivät tule ilmi opinnäytetyössä.

10 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvän ja pahan, sekä oikean ja väärän pohdinta on etiikalle tunnusomaista. Tutkimuksessa eettisten periaatteiden huomiointi ja toteutuminen on tekijän vastuulla. Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta varmistetaan eettisten periaatteiden toteutuminen. Lähtökohtaisesti työssä tulee ottaa huomioon ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat mukana vapaaehtoisesti ja heidän pitää saada riittävästi tietoa tutkimuksesta ja mahdollisista riskeistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23,25.)

Tuomi ja Sarajärvi (2003, 122) toteavat, että myös tiedonhankintamenetelmillä on vaikutusta tutkimuksen eettisyyteen. Vuorovaikutuspohjaisissa tiedonhankintatavoissa, esimerkiksi haastatteluissa, tutkimuksen liittyvät eettiset ongelmat tulevat esille. Käytimme opinnäytetyössä vuorovaikutuspohjaista tiedonhankintamenetelmää ja jouduimme pohdiskelemaan eettisyyttä tarkemmin.

Eettisyyden huomiointi on tärkeä osa opinnäytetyötä. Eettisyys otettiin huomioon opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa, etenkin haastattelujen ja selviytymistarinoiden muokkaamisen aikana. Haastateltaville annettiin tiedotteessa etukäteen tietoa opinnäytetyöstämme ja haastatteluun liittyvistä asioista. Tiedotteessa käytiin läpi haastattelun osallistumisen vapaaehtoisuutta ja haastateltavan tunnistamattomuutta. Tiedotteessa tuli myös ilmi se, että tarinat ovat luotamuksellisia ja ne muokattiin niin, ettei niistä voitu tunnistaa haastateltavaa. Haastateltaville kerrottiin, että he voivat perua osallistumisensa missä prosessin vaiheessa tahansa, mikäli he eivät halua olla mukana. Osallistujille kerrottiin

etukäteen haastattelun kulusta ja siitä, että haastattelut nauhoitetaan ja poistetaan välittömästi niiden purkamisen jälkeen. Valmiit muokatut tarinat annettiin lopuksi luettavaksi haastateltaville. Tällä tavoin lisäsimme myös opinnäytetyön uskottavuutta ja varmistimme, että tarinat ovat haastateltavien mielestä totuudenmukaisia ja kuvaavat haastateltavien selviytymisprosessia.

11 Oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisvaltainen prosessi. Harjaannuimme ajankäytön hallinnassa, sillä opinnäytetyön tekeminen piti ajoittaa muiden kurssien oheen ja molempien tekijöiden aikatauluihin sopivaksi. Opinnäytetyöprosessin aikana myös tiimityöskentelytaidot ja työn tasapuolinen jakaminen saivat harjaannusta. Työskentely eri tahojen, esimerkiksi opettajien, toimeksiantajan ja haastateltavien kanssa on onnistunut moitteettomasti. Yhteistyö on kehittänyt meitä ammatillisesti.

Toimeksiantajan puolelta saimme melko ”vapaat kädet” toteuttaa toimeksianto ja haastattelut. Tämä oli toisaalta haastavaa, koska jouduimme muun muassa laatimaan itse haastattelukysymykset ja niihin kuuluvat eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät seikat. Tällä tavoin kuitenkin opimme prosessista enemmän, koska jouduimme tekemään kaiken haastatteluihin liittyvän itse alusta loppuun asti. Oppilaitoksen puolelta saimme kuitenkin ohjeistusta ja opastusta työn etenemiseen.

Opinnäytetyö on harjaannuttanut meitä tiedonhankinnassa ja kriittisessä ajattelussa. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet lähdekriittisyyttä ja arvioimaan lähteiden luotettavuutta sekä oleellisen tiedon hankintaa ja rajaamista. Prosessin aikana olemme syventäneet teoreettista ja käytännön tietoa masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä.

Oppimisprosessi on edennyt helposti, sillä aihe on ollut mielenkiintoinen ja haastattelujen avulla olemme saaneet arvokasta ja ainutlaatuista tietoa mielen-terveystyöstä, jota voimme soveltaa käytännön hoitotyössä. Haastattelujen toteutus oli itsessään opettavaista ja ammatillisesti kehittävää, koska haastattelut antoivat meille luottamuksellista ja henkilökohtaista tietoa omasta elämästään aiheen arkaluontoisuudesta huolimatta.

12 Kehittämissideat

Haastattelujen ja jo olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta saatiin tietoa yksittäisten henkilöiden selviytymisprosessista ja selviytymiseen liittyvistä tekijöistä. Haastatteluissa tuli esille esimerkiksi hoitajien käyttämien auttamismenetelmien merkitys selviytymiseen. Opinnäytetyö keskittyi selviytymiseen, joten emme tuoneet esille hoitohenkilökunnan merkitystä, mikäli haastateltavat eivät kokee sitä merkitykselliseksi selviytymisprosessissa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi sairaanhoitajien auttamismenetelmien tärkeys selviytymisprosessissa. Jotkut haastateltavat ottivatkin näitä asioita esille haastattelun yhteydessä, vaikka niitä ei erikseen kysytykään. Esille nousivat esimerkiksi hoitajan läsnäolon ja kuuntelemisen merkitys sekä herkkyys tulkita ja hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti hoitopaikasta riippumatta. Lisätietoa sairaanhoitajien käyttämien auttamismenetelmien merkityksestä voisi saada esimerkiksi haastatteleamalla tai keräämällä palautetta psykiatrisessa hoidossa olleilta henkilöiltä. Jatkoa ajatellen on mahdollista myös tehdä vastaavankaltainen opinnäytetyö toimeksiantajan ehdottamista kahdesta muusta sairaudesta: anoreksiasta ja skitsofreniasta.

Lähteet

- Heikkinen, H. 2007. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 142.
- Heiskanen, T., Huttunen, M.O. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hunter, J. 2014. Research on depression.
<http://psychcentral.com/disorders/depressionresearch.htm>.
 10.1.2014.
- Hänninen, V. 2000. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampereen Yliopisto.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. Hoida ja Kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Karvinen, I., Kankkunen, P. & Nikkonen, M. 2014. Haasteena hengellisyys. Sairaanhoidajaliitto.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2007/muut_artikkelit/haasteena_hengellisyys/.
 19.1.2014.
- Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kiviniemi, L., Läksy, M.-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Sepänen, U.-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.
- Kollanen, M. 2007. Mielenterveyspotilaiden elämänlaatua tukevat hoitotyön keinot hoitajien näkökulmasta psykiatrisessa osastohoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito -suositus.2013. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023.31.5.2013>.
- Luoto, N. 2005. 31–40 –vuotiaiden miesten kokemuksia masennuksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim
- Miklowitz, D. 2010. Bipolar disorder – A Family-Focused Treatment Approach. New York: The Guilford Press.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Pylkkänen, K. 2008. Positiivinen mielenterveys. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00144&p_haku=mielenterveys. 13.1.2014.

- Sainola-Rodriquez, K., Kekkonen, N. & Pöppönen, T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Joensuu. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto.
- Sairaanhoitajaliitto.2013. Mielensterveyshoitotyö.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty/mielensterveyshoitoty_.10.6.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2011. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termit ja tilasto-ohjeet.Helsinki:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>. 31.5.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2013. Psykiatrisen erikoissairaanhoito.Helsinki:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrisen. 31.5.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Vertaistuki päihdeongelmissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoaantavat-fi/vertaistuki. 10.1.2014.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vähäkylä, L. 2004. Mieli keinussa – tarinoita masennuksesta ja maniasta. Helsinki: Kirjapaja.
- Ågren, H., Landén, M. & Hetta, J. 2013. Bipolärt syndrom – en psykiatrisk kärnsjukdom. *Läkartidningen* 110 (9), 487–490.
<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=19320>. 10.1.2014.

Taulukko1. Kymmenen potilasmääriltään yleisintä päädiagnoosia sairaalahoitossa vuonna 2011 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Diagnoosi	Miehet	Naiset	Potilaat yhteensä
F20 Skitsofrenia	2 984	2 073	5 057
F32 Masennustila	1 806	2 495	4 301
F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1 143	1 454	2 597
F33 Toistuva masennus	813	1 728	2 541
F10 Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	1 620	540	2 160
F29 Ei-elimelliset psykoottiset häiriöt	1 095	971	2 066
F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt	606	908	1 514
F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt	488	795	1 283
F22 Krooninen harhaluuloisuushäiriö	364	594	958
F43 Vakava stressireaktio/sopeutumishäiriö	331	458	789
Potilaat yhteensä, 10 yleisintä (% kaikista potilaista)	11 250 (78 % miehistä)	12 076 (85 % naisista)	23 266 (82 % potilaista)

Haastattelurunko

1. Mitkä asiat (esim. hoitomuodot, vertaistuki, läheisten tuki ym.) ovat auttaneet sinua selviytymään masennuksesta/kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä?
2. Mitä tunteita diagnoosin saaminen sinussa herätti?
3. Missä vaiheessa hyväksyit masennuksen/kaksisuuntaisen mielialahäiriön osaksi itseäsi ja mitkä tekijät vaikuttivat siihen?
4. Missä vaiheessa koit selviytyneesi masennuksesta/kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä?
5. Haluatko kertoa vielä jotain?

Tiedote haastatteluun osallistuville**TIEDOTE HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE**

Hei!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta ja keräämme opinnäytetyöhömmme selviytymistarinoita masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Opinnäytetyö toteutetaan toimeksiantona Paiholan sairaalan viikko-osastolle 56. Valmiit selviytymistarinat julkaistaan Paiholan sairaalan viikko-osaston Internet-sivuilla, josta ihmiset voivat käydä lukemassa tarinoita. Selviytymistarinoiden tarkoitus on antaa uskoa ja toivoa selviytymiseen niille henkilöille, jotka kamppailevat masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa.

Osallistumisesi haastatteluun on täysin vapaaehtoista ja tarinasi julkaistaan nimettömänä. Voit myös halutessasi perua osallistumisesi missä vaiheessa prosessia tahansa. Haastattelu etenee haastattelurungon pohjalta ja se nauhoitetaan käsittelyä varten. Nauhoite ja kaikki tiedot säilytetään ja niitä käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään välittömästi niiden purkamisen ja muokkauksen jälkeen. Selviytymistarinasi muokataan siten, ettei niistä voi muuta tunnistaa sinua.

Kiitos osallistumisestasi!

Yhteistyöterveisin:

Elina Kinnunen ja Paula Pappinen

Yhteystiedot: Elina: puh.050-4642883. Email: elina.kinnunen@edu.karelia.fi
Paula: puh.044-5310189. Email: paula.m.pappinen@edu.karelia.fi

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	P-KSSK, osasto 56
Toimeksiantajan edustaja:	Kirsi Saanola-Rodriguez
Osoite:	Sairaalatie 6A, 00550 Paivola
Puhelinnumero:	050 3872542
Sähköposti:	Kirsi.saanola@pkssk.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1100127, 1102007, Elina Immonen, Paula Pappinen
Puhelinnumero:	050-4642883, 0445310189
Sähköposti:	elina.immonen@edu.karelia.fi, paula.m.pappinen@edu.karelia.fi
Toimeksiantajan sitoumukset: haastateltavia henkilöitä ei välitellä P-KSSK:n kautta	
Opiskelijan sitoumukset	
Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Kaija Taniskanen Heli Koponen
Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvitys
13.11.2013	Elina Immonen Paula Pappinen
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvitys
25.11.2013	Kaija Taniskanen, Heli Koponen