

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Johanna Huovinen

LÄHEISENI ON SAIRASTUNUT MASENNUKSEEN
-opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2015



OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
050 405 4816

Tekijä
Johanna Huovinen

Nimeke
Läheiseni on sairastunut masennukseen – opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi

Toimeksiantaja
Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry

Tiivistelmä

Masennus on yleinen mielenterveyden ongelma, ja nykyisin ihmisten kiireinen elämäntyyli johtaa siihen, että kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Läheiset ovat yleensä ensimmäisiä, jotka huomaavat muutokset masentuneessa henkilössä. Läheisillä on tärkeä merkitys masentuneen hoidon onnistumisen vuoksi, ja siksi läheisten on pidettävä hyvä huoli itsestään.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:lle. Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa masentuneiden läheisille tietoa masennuksesta ja siitä, kuinka he voivat tukea omaa jaksamistaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi. Opaslehtisen tavoitteena oli toimia tukiaineistona läheisille, heidän saadessaan ensitietoa masennuksesta ammattihenkilöstön kanssa käydyissä keskusteluissa.

Opinnäytetyötä voi jatkossa hyödyntää erilaisissa masentuneiden läheisille tarkoitetuissa tilaisuuksissa ja heidän kanssaan käydyissä keskusteluissa. Jatkokehitysideana voisi esimerkiksi selvittää, mistä muualta kolmannen sektorin palveluista kuin Omaiset mielenterveyden tukena ry:stä psykiatristen potilaiden läheiset saavat tukea tai vertaistukea Pohjois-Karjalassa. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla, kuinka hoitohenkilökunta huomioi yleisesti toiminnassaan psykiatrisen potilaan läheisten jaksamisen ja tukemisen läheisten näkökulmasta.

Kieli
suomi

Sivuja 59
Liitteet 6
Liitesivumäärä 16

Asiasanat
masennus, masentunut henkilö, läheinen, opaslehtinen



THESIS
June 2015
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI- 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author
Johanna Huovinen

Title
My Family Member Suffers from Depression – An Information Leaflet to Support the Family

Commissioned by
The Family Association Promoting Mental Health in North Karelia

Abstract

Depression is a common mental disorder and nowadays, because of a rushed lifestyle, anyone can become ill with depression. The family is often the first to notice changes in the depressed person. The family has an important role in the depressed person's treatment success, and that is why family members have to take good care of themselves.

This practise-based thesis was commissioned by the Family Association Promoting Mental Health in North Karelia. The purpose of the thesis was to give information on depression to the family of a depressed person and also to tell how family members can support their own well-being. The assignment was to produce an information leaflet to support the family of a depressed person. The information leaflet can be used as support material, when families discuss depression with professionals.

In the future, this thesis can be used in different kinds of events targeted at families and also in discussions with them. As a further development idea it could be, for example, explored what other third sector services there are, in addition to the Family Association Promoting Mental Health in North Karelia, where families of psychiatric patients could get support or peer support here in North Karelia. Another idea for a further study could be to explore how nursing staff in general takes into account the well-being of the family of a depressed person and provides them with support.

Language
Finnish

Pages 56
Appendices 6
Pages of Appendices 16

Keywords
depression, depressed person, family member, information leaflet

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Masentuneen henkilön muuttunut maailma | 6 |
| 2.1 | Masennus sairautena | 6 |
| 2.2 | Masennuksen oireet | 7 |
| 2.3 | Masennuksen laukaisevat ja altistavat tekijät | 9 |
| 3 | Masentuneen potilaan hoitokokonaisuus | 12 |
| 3.1 | Masentuneen potilaan hoito Suomessa | 12 |
| 3.2 | Masentuneen potilaan hoitotyö | 14 |
| 3.3 | Masennuksen hoidossa käytettävä lääkehoito | 17 |
| 3.4 | Psykoterapiamenetelmät masennuspotilaan hoidossa | 20 |
| 3.5 | Sähköhoito, valohoito ja liikunta masennuksen hoitomenetelmänä | 22 |
| 4 | Masennus eri elämänvaiheissa | 24 |
| 4.1 | Masennus lapsuus- ja nuoruusiässä | 24 |
| 4.2 | Työikäisten työuupumus ja masennus | 26 |
| 4.3 | lääkäiden masennus | 28 |
| 5 | Masentuneen henkilön läheiset | 29 |
| 5.1 | Masennuksen vaikutus läheisiin | 29 |
| 5.2 | Läheisten oman jaksamisen tukeminen | 32 |
| 5.3 | Omaiset mielenterveystyön tukena yhdistys | 35 |
| 5.4 | Vertaistuki | 36 |
| 6 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät | 38 |
| 7 | Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat | 39 |
| 7.1 | Toiminnallinen opinnäytetyö | 39 |
| 7.2 | Opaslehtisen toteutus | 40 |
| 7.3 | Opaslehtisen arviointi | 45 |
| 8 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 46 |
| 9 | Pohdinta | 50 |
| 10 | Jatkokehittämissideat | 52 |
| | Lähteet | 53 |

Liitteet

| | |
|---------|--|
| Liite 1 | Beckin masennuskysely (BDI) |
| Liite 2 | lääkäiden masennuksen arvioinnissa käytetty GDS-mittari |
| Liite 3 | lääkäiden masennustilan arvioinnissa käytetty CSDD-mittari |
| Liite 4 | lääkäiden masennusasteikon arvioinnissa käytetty MADRS-mittari |
| Liite 5 | Toimeksiantosopimus |
| Liite 6 | Opaslehtinen |

1 Johdanto

Masennus eli depressio on yleinen mielenterveysongelma ja maailmanlaajuisesti yli 350 miljoonaa ihmistä sairastaa masennusta. Naisilla riski sairastua masennukseen on suurempi kuin miehillä. (WHO 2012.) Masennuksella tarkoitetaan alentunutta mielialaa, kuten alakuloisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä tai pessimismisyyttä, joka on kestänyt pidemmän aikaa (Huttunen 2014a). Sairauksista masennus aiheuttaa enemmän toimintakyvyn laskua kuin muut sairaudet (Kopakkala 2009, 11).

Masentuminen tapahtuu usein vähitellen, ja masentuneiden läheiset ovat yleensä ensimmäisiä, jotka huomaavat muutokset masentuneessa. Läheiset voivat kuitenkin sopeutua tilanteeseen huomaamattaan. (Jähi, Koponen & Männikkö 2011a, 184.) Masennusdiagnoosin saaminen on helpottavaa potilaalle sekä hänen läheisilleen. Tässä vaiheessa hoitohenkilökunnan on tärkeä kertoa myös masentuneen läheisille tietoa masennuksesta, hoidosta, terveyspalveluista ja siitä, mistä läheiset itse voivat hakea tukea. Kun läheinen ymmärtää sairauden kulkua, voi hänestä tulla hyvä masentuneen henkilön tukija sekä asioiden hoitaja. (Jähi ym. 2011a, 184.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö käsittelee masennusta sekä masentuneiden läheisten tukemista. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry. Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa masentuneiden läheisille tietoa masennuksesta, ja siitä kuinka he voivat tukea omaa jaksamistaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi. Opaslehtisen tavoitteena oli toimia tukiaineistona läheisille, heidän saadessaan ensitietoa masennuksesta ammattihenkilöstön kanssa käydyissä keskusteluissa. Tässä opinnäytetyössä käsitteellä läheiset tarkoitetaan heitä, jotka masentunut henkilö kokee lähimmäisikseen, tuenantajiksi. Monilla masentuneilla tämä oma perhe, mutta joillakin esimerkiksi ystävyssuhteet voivat nousta perhettä tärkeämmiksi.

2 Masentuneen henkilön muuttunut maailma

2.1 Masennus sairautena

Masennus on mielialahäiriö, joka voi vaihdella lievästä, lähes normaalista alavireisyydestä vakavaan psykoottistasoiseen ja vaikeaan psyykkiseen sairauteen (Myllärniemi 2009, 19). Masennus sairautena tarkoittaa pidempää kestävästä alentunutta mielialaa tai tunnevirettä, kuten esimerkiksi alakuloisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä tai pessimismisyyttä (Huttunen 2014a). Psykiatriassa masennus luokitellaan kolmeen vaikeusasteeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Masennus voi ilmetä erilaisina henkisinä ja ruumiillisina oireina, ja yhdenmukaista ja tarkkaa oirekuvaa ei ole. (Myllärniemi 2009, 17, 19.)

Suomessa lieväasteista masennusta sairastaa vuosittain noin 10 - 15 % ihmistä ja vaikeaa, toimintakykyä alentavaa masennusta esiintyy 5 - 6 %:lla väestöstä. Naisilla riski sairastua masennukseen on 1,5 - 2 kertaa suurempi kuin miehillä. (Koskinen 2014.) Kansainvälisten tilastojen mukaan masennus on kasvanut 1900-luvulta alkaen 10 % joka vuosikymmenen kuluessa, ja masennuksen alkamisikä on laskenut merkittävästi. Suomessa sen sijaan masentuneiden määrä näyttää pysyvän melko samana vuosikymmenestä toiseen. (Kopakkala 2009, 12.)

On yleistä, että masentuneiden läheiset kokevat vaikeaksi, mikäli he eivät saa kontaktia masentuneeseen. Voi olla, ettei masentunut ole kiinnostunut mistään, eikä hän halua olla vuorovaikutuksessa. (Jähi ym. 2011a 184.) Masentunut kaipaa hyväksyntää ja rakkautta, mutta tästä huolimatta hän ei välttämättä itse pysty vastavuoroisuuteen, sillä pelkää torjuntaa. Tämän vuoksi masentunut on usein vaivaantunut sosiaalisissa tilanteissa. Usein masentunut on omasta halustaan huolimatta itsekeskeinen, ja ihmissuhteiden merkitys hänellä vähenee. Tämä johtuu siitä, ettei masentuneella ole voimavaroja olla kiinnostunut muista, ja tämän vuoksi hän voi vaikuttaa itsekeskeiseltä. Tällaisessa tilanteessa masentunut tulee usein väärin ymmärretyksi. Masentunut voi myös kokea, ettei

hän saa sitä mitä haluaa, vaikka masentuneen läheinen tekisi parhaansa hänen vuokseen. (Kopakkala 2009, 158–159.)

2.2 Masennuksen oireet

Usein masennustila alkaa vaihteittain. Oireet ovat aluksi viikkoja tai kuukausia kestäviä lieviä esioireita. Tyypillisimpiä esioireita ovat alakuloinen mieliala, mielihyvän menetys, ahdistus ja väsymys. (Huttunen 2002, 14.) Masentuneella ahdistus ja tuskaisuus ilmenevät usein levottomuutena, kiihtyneisyytenä, ärtyvyytenä tai pakkoajatuksina (Kalska 2005, 41).

On tavallista, että masentuneella muisti ja keskittymiskyky huonontuvat ja aiheuttavat huomattavaa käytännön haittaa (Kalska 2005, 47). Masentuneen mielessä on liikaa ikäviä asioita, eikä muistiin mahdu enää lisää tietoa. Muistikapasiteetin täyttyminen onkin luonnollinen tapa suojella ihmistä rasittamatta itseään enempää. Usein paineiden kasautuessa ilmaantuu myös unihäiriöitä ja koska unettomuus lisää väsymystä, tilanteella on tapana pahentua. Pahimmassa tapauksessa masentuneelta voi kadota kokonaan vuorokausirytmii. Keskittymiskyvyn heikkenemisen masentuneella huomaa etenkin silloin, kun tuttuun tehtävään kuluu normaalia pidempi aika ja tehtävää tehdessä tulee enemmän virheitä kuin aiemmin. (Siimes 2001, 46–49.) Sairautena masennus aiheuttaa enemmän toimintakyvyn laskua kuin mikään muu yksittäinen sairaus (Kopakkala 2009, 11).

Masennuksen tunnistamiseksi on kehitetty erilaisia mittareita (Käypä hoito -suositus 2014). Yksi kansainvälisesti käytetty perusterveydenhuollon masennusseula on Beckin masennuskysely, BDI (liite 1). Beckin masennuskysely soveltuu masennusoireiden seurantaan, vaikeusasteen arviointiin sekä hoitovasteen ja muun muutoksen kehittymiseen. Kuitenkaan varsinaiseen masennuksen diagnosointiin BDI-kysely ei sovellu, sillä pienet pistemäärät eivät pois sulje masennusta, eivätkä suuret pistemäärät välttämättä osoita sitä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Maailman Terveysjärjestö, WHO, on kehittänyt ICD-10-tautiluokituksen mielen-terveyden häiriöihin ja Suomi hyväksyi luokituksen vuonna 1996 (Huttunen 2002,15). ICD-10-tautiluokitusta voidaan käyttää masennustilojen sekä toistuvan masennuksen arvioimiseen (taulukko 1). Oirekriteerit sekä masennustilojen että toistuvan masennuksen arvioinnissa ovat samat. Oleellista on kuitenkin se, että havaittuja masennusoireita esiintyy päivittäin ja vähintään kahden viikon ajan. Masennusdiagnoosi edellyttää, että henkilöllä on ICD-10-tautiluokituksen kymmenestä oireesta vähintään neljä oiretta. Lievässä masennuksessa oireiden lukumäärä on 4 - 5, keskivaikeassa 6 - 7 ja vaikeassa masennuksessa 8 - 10. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Taulukko 1. Masennustilojen sekä toistuvan masennuksen arviointi ICD-10-tautiluokituksen mukaan (mukaillen Käypä hoito -suositus 2014).

| MASENNUSTILAN OIREKRITEERIT | MASENNUKSEN OIREKUVAT | |
|---|---|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan. • Tämän lisäksi todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista (1 - 3). • Lisäksi todetaan seuraavista oireista (4 - 10) niin, että B-oireita ja C-oireita on yhteensä vähintään 4. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Masentunut mieliala suurimmaksi osaksi aikaa. 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen aikaisemmin kiinnostavia ja mielihyvää tuottavia asioita kohtaan. 3. Vähentyneet voimavarat ja poikkeuksellinen väsymys. | B-OIREET |
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Itseluottamuksen ja omanarvontunnon väheneminen. 5. Perusteettomat ja kohtuuttomat itesyytökset. 6. Toistuvat ajatukset kuolemaan tai itsemurhaan liittyen. 7. Keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä jahkailuna tai päättämättömyytenä. 8. Psykomotorinen muutos. 9. Unihäiriöt. 10. Ruokahalun lisääntyminen tai vähentyminen | C-OIREET |

Lievää masennusta sairastava kykenee yleensä normaaleihin päivittäisiin toimintoihin kuten töissä ja koulussa käymiseen. Toiminta voi vaatia kuitenkin

normaalia enemmän ponnistuksia, sillä toimintakyky voi olla heikentynyt. (Huttunen 2014b.) Lievää masennusta sairastavan mieliala voi ilmetä korostuneena totisuutena tai itkuisuutena. Vaikeasti masentunut voi taas olla jähmeä, ilmeettön, hän voi liikehtiä tuskaisesti, olla levoton tai kiihtynyt (Huttunen, 2002, 21.) Vaikeaa masennusta sairastava tarvitsee apua päivittäisissä askareissa (Käypä hoito -suositus 2014). Vaikeasti masentunut kokee uupumusta, avuttomuutta ja omasta elämästään hallitsemattomuutta, ja tämä voi johtaa itseluottamuksen ja itsetunnon heikentymiseen. Vaikeaan masennukseen liittyy kokonaisvaltaista lamaantuneisuutta, toimintakyvyn menetystä sekä suurentunutta itsemurhavaaraa. Usein tällaisessa tilanteessa masentuneelle syntyy ajatus, että tilasta on pakko päästä pois. Tällöin masentunut kokee kuoleman enemmin pelastajana kuin menetyksenä. (Myllärniemi 2009,17, 25.)

Mielenterveyshäiriöistä masennus on suurin syy itsemurhiin. Itsemurhan tekneistä kaksi kolmasosaa on sairastanut masennusta juuri ennen itsemurhaa. Suomessa yli 500 masennuspotilasta tekee itsemurhan vuosittain. Useimmilla näistä potilaista on ollut kontakti terveydenhuoltoon, mutta masennuksen hoito ja itsemurhavaaran arviointi ovat jääneet puutteelliseksi. Vakavaa masennusta sairastavan itsemurhanriski elämän aikana on 15 %. Avohoidossa hoidettavien lievää masennusta sairastavien itsemurhan vaara on kuitenkin vain hieman muuta väestöä korkeampi. (Lönngqvist 2009a.) Aikaisempi itsetuhoisuus on ennakoiva ja varoittava merkki myöhemmästä ja vakavasta itsetuhoisuudesta. Masentuneella itsemurha-ajatukset johtuvat usein psyykkisestä huonovointisuudesta, neuvottomuudesta ja hetkellisestä toivottomuudesta. Näistä kertomalla masentunut toivoo saavansa apua ja huomiota läheisiltään tai ammattiauttajilta. (Lönngqvist 2011, 316–317.)

2.3 Masennuksen laukaisevat ja altistavat tekijät

Nykyisin ihmisten kiireinen elämäntyyli johtaa siihen, että kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Kuitenkin mitä nopeammin riskitekijöihin puututaan, sitä aikaisemmin voidaan ehkäistä masennuksen puhkeaminen. (Siimes 2001, 14.) Masennustilojen sekä masennusoireiden syntyyn vaikuttavat tekijät voidaan

luokitella elämäntilanteisiin, biologisiin ja psyykkisiin tekijöihin sekä sairauksiin liittyviin riskitekijöihin (Isometsä 2011, 23).

Lähes kaikki psykoanalyttiset tutkimukset ovat korostaneet, että masennus on reaktio menetyksiin. Alttius reaktioon johtuu traumaista, eroista ja menetyksistä. (Myllärniemi 2009, 54.) Masennustiloista yli kaksi kolmasosaa alkaa yhden tai useamman kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Tällaisia kielteisiä elämänmuutoksia ovat esimerkiksi avioero, suhteen katkeaminen, työttömyys tai läheisen henkilön kuolema. Myös pettymykset ihmissuhteissa ja sosiaalisissa rooleissa, etenkin jos kokee menettäneensä jotain sellaista, mitä ei voi enää saada takaisin, voivat laukaista masennuksen. (Isometsä 2011, 23.) Masennuksen syntyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla myös huono itsetunto, liiallinen itsekriittisyys, pessimistisyys, liiallinen kiltteys, lääkitys tai krooninen sairaus, kuten syöpä tai diabetes (Mayo clinic 2014).

Varhaiset negatiiviset kokemukset tallentuvat implisiittiseen eli ei-tietoiseen muistiin. Negatiiviset kokemukset näyttäytyvät myöhemmin psyykkisinä ennakoitimmalleina uusissa stressaavissa tai menetyksellisissä tilanteissa. Masentuneessa mielialassa negatiiviset tunteet liittyvät ajatussisältöihin ja takertumalla näihin tunteisiin masennustilat aktivoituvat, jatkuvat ja uusiutuvat. Tällöin masentunut henkilö kokee, ettei apua ole saatavilla, eikä hän itse pysty itseään auttamaan. Hyvällä vuorovaikutussuhteella ja uusien oppimiskokemusten myötä masennukselle altistavaa kehityskulkua voidaan kuitenkin muuttaa. Tämä muutos johtuu hermoston joustavuudesta ja toisen ihmisen läsnäolon ja huolenpidon merkityksestä. (Kalska 2005, 40–41.)

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön voimavarat ovat tiukalla tai ylittyvät haasteiden ja vaatimusten vuoksi (Lönngqvist 2009b). Mikäli henkilön elämä kuormittuu ja stressi kasvaa suureksi, hän joutuu elämään jatkuvassa hälytystilassa. Tämä tila heikentää aktiivisuutta aivojen ongelmratkaisun ja määrähakuisuuden alueilla. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011a, 9.) Krooninen eli pitkään jatkunut stressi voi johtaa ahdistukseen ja lopulta masennukseen (Lönngqvist 2009b).

Haavoittavuus-stressimallin mukaan pienempikin stressi altistaa henkilön herkemmin masennukselle, mikäli hän on aikaisemmin sairastanut masennusta. Ensimmäinen masennusjakso syntyy usein stressaavan tapahtuman seurauksena, mutta seuraavilla kerroilla ulkoisen ympäristöstressin osuus pienenee. Tällaisissa tapauksissa oletetaan, että aivot ovat herkistyneet ja altistuneet uusille masennusjaksoille. (Kalska 2005, 40.) Perimmäistä syytä alttiudelle ei tiedetä, mutta todennäköisesti syy johtuu keskushermoston varhaisesta kehityshäiriöstä. Tämän vuoksi keskushermosto on altis stressille, eikä kykene normaaliin toimintaan stressin vaikutuksesta, vaan tulkitsee informaatiota poikkeavalla tavalla, masentumisella. (De Bruijn 2006.)

Masennukselle altistavana tekijänä voivat olla myös päihteet ja alkoholi. Masennuksen ja alkoholin ongelmakäyttöä voidaan selittää kahdella tavalla: alkoholin juonti aiheuttaa masennusta tai masentuneet yrittävät helpottaa oloaan juomalla. Alkoholin ongelmakäytön ja masennuksen välisestä yhteydestä puhuttaessa on pyrittävä erottamaan, onko masennusta ollut jo ennen alkoholin käyttöä, vai onko masennus tullut alkoholin käytön myötä. (Huttunen 2008a.)

Usein alkoholin käytön lopettaminen paljastaa, mikä on ollut alkoholin osuus henkilön psyykkisestä oireilusta. Mikäli masennuksella on yhteys alkoholin käyttöön, tulisi masennusoireiden kadota muutaman viikon kuluessa alkoholin käytön lopettamisesta. Jos näin ei kuitenkaan käy, voidaan todeta, että henkilöllä on alkoholiriippuvuuden lisäksi alkoholista riippumaton masennus. On kuitenkin huomioitava, että usein alkoholin vieroitusvaiheessa voi ilmetä muutaman päivän mittaista masennusta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.) Mikäli masennusoireet ovat olleet alkoholin aiheuttamia, ensisijainen hoitomuoto on alkoholin käytön lopettaminen. Jos masennusoireet eivät kuitenkaan lopu alkoholin käytön seurauksena, on keskityttävä masennuksen hoitoon. (Huttunen 2008a.) Monilla masentuneilla masennustilat toistuvat useita kertoja elämän aikana. Todennäköisyys sairastua uudelleen masennukseen vakavan masennusjakson jälkeen on 50 % seuraavan kahden vuoden aikana. Kahden masennusjakson jälkeen on 70 %:n todennäköisyys, että kolmas masennusjakso tulee jossain vaiheessa elämää. Kolmannen masennusjakson jälkeen uusiutumisen riski on jo 90 %. (Huttunen 2004, 94.) Masennuksen uusiutumisen riski liittyy remissio-

vaiheeseen (Huttunen 2002, 14, 22). Remissiovaiheessa masennuksen oireet lievittyvät ja masentunut alkaa voida paremmin. Usein masentuneella on vielä sairauden jälkeen lieviä jäännösoireita, jotka voivat heikentävää toimintakykyä merkittävästi, ja näin ollen hidastaa hänen toipumista. (Huttunen 2002, 22–23.)

3 Masentuneen potilaan hoitokokonaisuus

3.1 Masentuneen potilaan hoito Suomessa

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa ja mielenterveyslaitoksissa säädetään mielenterveystyöstä, johon kuuluvat mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, mielenterveyttä edistävä työ ja mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää siihen kohdistuvia uhkia. Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaillensa mielenterveyspalveluita, johon kuuluvat ohjaus, neuvonta, tarpeenomainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden tuki ja mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito sekä kuntoutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a.)

Masennuksen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen ovat tärkeitä. Masennusta sairastaville sen sijaan hyvän ja jatkuvan hoidon turvaaminen on merkittävää. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 197.) Nykyiset masennuksen hoitomuodot auttavat noin puolta masennuspotilaista, ja osa saa lisäksi lievitystä masennusoireisiin. Kuitenkaan noin viidesosa masentuneista ei reagoi suosituisasti hoidoille, ja näin ollen masennus kroonistuu. (Myllärniemi 2009, 14.)

Perusterveydenhuolto on kansalaisten ensisijainen hoitopaikka kaikissa terveydentilan häiriöissä ja tutkimuksissa (Punkanen 2001, 22). Suomessa perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat terveyskeskukset, työterveydenhuolto ja yksityiset lääkäriasemat. Perusterveydenhuolto toimii yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa, ja noin 5 % perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle saapuvista ohjataan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon. (Mattila 2005.) Suurin osa

masentuneista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, missä hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa. Hoidossa keskeisintä on masentuneen elämäntilanteen tutkiminen, erilaisten hoitomuotojen neuvonta ja ohjaus, psykososiaalinen tuki ja toipumisen seuranta. Erittäin tärkeää hoidossa on myös lääkehoidon ohjaus ja lääkevasteen seuranta. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Mikäli masennustila on vaikea tai psykoottinen, masentunut on itsetuhoinen tai masentuneen toimintakyky ei ole palautunut perustasolle psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiosta huolimatta, on masentunut aiheellista lähettää psykiatriseen erikoissairaanhoidon (Käypä hoito -suositus 2014). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon voidaan jakaa avo- ja laitoshoidon (taulukko 2) ja molempiin kuuluu toiminnallinen kuntoutus (Punukanen 2001, 22–23).

Taulukko 2. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon porrastaminen Suomessa (mukaillen Punukanen 2011, 22–23).

| | | |
|----------------------------|--------------------|--|
| ERIKOISSAIRAANHOITO | AVOHOITO | Mielenterveystoimistot Poliklinikat <ul style="list-style-type: none"> • lastenpsykiatrisen • nuortenpsykiatrisen • yleissairaalapsykiatrisen Psykiatriset päivöosastot Päivätoimintakeskukset Palveluasunnot ja hoitokodit Asuntolat ja päivätoimintakeskukset Kuntoutus- ja palvelukodit |
| | LAITOSHOITO | Erilaiset osastot <ul style="list-style-type: none"> • suljetut osastot, avo-osastot • akuutit ja pitkäaikaisosastot • lasten ja nuorten osastot Kuntoutusyksikkö <ul style="list-style-type: none"> • asumisvalmennus • toiminnallinen kuntoutus • suojatyö |

Kun henkilö sairastuu tai loukkaantuu äkillisesti, hänen tulee saada hoitoa kuntansa yhteispäivystyksessä. Päivystyksen tehtävänä on auttaa silloin, kun henkilön on saatava hoitoa viimeistään vuorokauden kuluessa sairastumisesta, kun hoidon viivästyminen voisi aiheuttaa pysyvää terveydellistä haittaa tai kun ihmisen henki on uhattuna. Mikäli hoitaja arvioi, etteivät henkilön vaivat uhkaa hen-

keä tai vaadi välitöntä hoitoa, hän voi ohjata henkilön esimerkiksi omaan terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015.)

3.2 Masentuneen potilaan hoitotyö

Masennus ei ole pelkästään aivoperäinen oireyhtymä, ja näin ollen se ei ole ainoastaan lääkkeillä parannettavissa. Myös muilla hoitomenetelmillä on merkittävä osuus masentuneen hoidossa. (Myllärniemi 2009, 8.) Lääkärin tekemä diagnoosi on keskeinen tekijä, kun arvioidaan masennuksen tarvitsevan lääkehoitoa, biologisia hoitoja ja terapioiden (Huttunen 2002, 23). Masentuneen potilaan hoitotyön lähtökohtana on uusien, elämää rakentavien valintojen löytäminen ja oman vastuun näkeminen valinnoissa. Masentuneen henkilön ajatuksia ei voi muuttaa, eikä hänen puolesta voi tehdä valintoja, vaan tarkoituksena on löytää yhdessä masentuneen kanssa toipumista tukevia menetelmiä. (Panhelainen 2010, 40.) Tärkeää auttamisessa on keskustella masentuneen kanssa voimaa antavista positiivisista ajatuksista ja asioista (Noppari ym. 2007, 203).

Tärkeintä masentuneen henkilön tukemisessa on ymmärrys, kärsivällisyys ja hyväksyntä. Läheisten antama tuki ja masentuneen kannustaminen terapioiden, lääkehoidon jatkuvuuteen sekä avoimuuteen hoitohenkilökuntaa kohtaan ovat myös tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Masentunutta henkilöä tulee kannustaa tekemään asioita, joista hän on aikaisemmin nauttinut, kuitenkin liikaa vaatimatta. (Kopakkala 2009, 157, 159.) Puhuminen masentuneen kanssa auttaa, mutta kuunteleminen on vielä tärkeämpää. Vaikka masentunut voi alussa torjua hänelle tarjotun avun, kannattaa silti yrittää keskustella hänen kanssaan. (Siimes 2001, 70.)

Jokaisella potilaalla on omahoitaja ja sitä kautta hoitosuhde. Potilaan ja hoitajan suhteessa korostuu dialogisuus eli vuorovaikutus. Potilas ja hoitaja kohtaavat tasavertaisina, kunnioittaen toisiaan. Kyse on luottamuksellisesta hoitosuhteesta, joka perustuu rehellisyydelle ja avoimuudelle. Vuorovaikutukseen ei kuulu toisen alistaminen tai nöyryyttäminen. (Punkanen 2001, 52–53.) Masentuneen

potilaan hoitotyössä on huomioitava, että masentuneen henkilön tunteet, ajattelu, ihmissuhteet ja koko elämän tarkoitus on rakennettava uudelleen (Tontti 2008, 42). Usein masentunut henkilö kykenee jonkin verran ilmaisemaan esimerkiksi pettymystään, turhautumisen kokemustaan, kiukkuaan ja ärtymystään. Nämä tunteet kertovat toivon muuttuneen epätoivoksi. Epätoivo on yhtä tärkeä tunnekokemus kuin toivo, ja siihen on etsittävä syyt. (Lehtonen 2013, 19–20.)

Hyvä hoito potilaan näkökulmasta on sitä, että hän tuntee olonsa turvalliseksi ja hyväksytyksi. Potilaalle syntyy luottamussuhde hoitajan kanssa, hän säästyy haavoittuvuudelta ja hänen ihmisarvonsa säilyy sairaudesta huolimatta. Hyvä hoito on myös sitä, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa sairaudesta, omasta tilanteesta ja erilaisista vaihtoehdoista. Hoitajan on tärkeä arvioida potilaan päätöksentekokykyä ja auttaa potilasta tekemään ratkaisuja, silloin kun hän ei itse pysty. (Noppiari ym. 2007, 154.)

Hoitotyössä sairaanhoitajan on kiinnitettävä huomiota siihen, miten potilas kokee masennuksen ja kuinka masennus vaikuttaa hänen elämäänsä. Potilas odottaa saavansa apua pahaan oloonsa, ja hoitajalla täytyy olla tietoa ja tahtoa auttaa. Varsinainen hoito tapahtuu ajatuksellisella tasolla, mikä tarkoittaa aitoa läsnäoloa, empaattisuutta, turvallisuutta ja kuuntelemisen taitoa. (Panhelainen 2010, 39–40.) Kuunteleminen tarkoittaa myös kuulemista eli hoitajan kykyä asettua potilaan käytettäväksi. Potilaan jouduttua psykiatriseen hoitoon on paljon, mistä hän haluaa jutella, ja tällöin hoitajan on suostuttava kuuntelijan rooliin. (Punkanen 2001, 55–56.)

Hoitotyössä hoitajalla täytyy olla eettistä herkkyyttä, mikä tarkoittaa kykyä huomata potilaan tarpeet, oikeudet ja velvollisuudet. Etenkin mielenterveystyössä on tärkeää potilaan oikeuksien toteutuminen sekä eettinen ongelmanratkaisutaito. Eettinen ongelmanratkaisutaito tarkoittaa sitä, että hoitajan tulee huomioida, millainen ratkaisu on oikeudenmukainen, eettisesti oikea ja potilaan tarpeista huolehtiva. Ongelmanratkaisutaidon omaava hoitaja kykenee ottamaan työkentelyssään huomioon yksilön, yhteisön ja koko yhteiskunnan näkökulman. (Noppiari ym. 2007, 136–137.)

Psykoedukaatio on keskeinen osa masentuneen hoitokokonaisuutta. Psykoedukaatio on potilasopastusta, jonka avulla masentunut henkilö saa tietoa sairaudesta, sen luonteesta ja hoidosta. (Pakkala 2008.) Saadessaan tietoa sairaudestaan potilaalla kasvaa elämänhallinnan tunne, ja hän saa kykyä ja toivoa selvitä haasteista, mitä sairaus tuo mukanaan. Psykoedukaation tavoitteena on potilaan voimaannuttaminen ja itseymmärryksen lisääminen, jotta hän kykenisi asettamaan itselleen tavoitteita ja suunnitelmia. Haasteena hoidossa on se, kuinka potilas sitoutuu hoitoon, sillä hänellä voi olla syvälle juurtuneita käsityksiä sairaudestaan. (Haarala 2010, 43–46.) Potilaan voimaannuttamista tuetaan terveyttä vaarantaviin asioihin puuttumalla, hoitoa ja huolenpitoa antamalla sekä kuntoutumista edistäen. Tavoitteena on, että potilas tuntee omat voimavaransa realistisella tavalla ja hänellä on mahdollisuus tehdä omia valintoja. Voimaannuttaminen on yksilöllinen ja sosiaalinen prosessi, johon kuuluvat muun muassa luottamus, valinnanvapaus, itsenäisyys, kunnioittaminen, vuorovaikutus, turvallisuus ja toiveikkuus. (Noppari ym. 2007, 138, 203.)

Tärkeä asia hoitosuhteessa on transferenssi eli tunteensiirto. Transferenssiin liittyy tunteita, asenteita, odotuksia ja pelkoja. Hoitosuhteessa vaihtelee positiivinen transferenssi sekä negatiivinen transferenssi. Hoitajan on työssään kyettävä ottamaan vastaan myös potilaan negatiiviset transferenssit. (Punkanen 2011, 53.) Ratkaiseva asia toipumisessa on tunteiden löytyminen sekä niiden tunnistaminen ja työstäminen. Hoitajan tehtävänä on toimia tunteiden tulkkina ja esiin tuojana. (Alastalo & Punkkinen 2005, 26.)

Hoitosuhteeseen liittyviä toimenpiteitä ovat informaatio eli tiedon jakaminen, konfrontaatio eli tiedon osoittaminen ja klarifikaatio eli tiedon selventäminen. Usein potilas on pelokas ja epävarma, kun hän tuntee tietävänsä liian vähän. Informaatiota on esimerkiksi tiedon jakaminen päiväohjelmasta ja hoitoyksikön tiloista. Konfrontaatio tarkoittaa potilaan huomion kiinnittämistä hänen tapoihinsa toimia ja kokea asioita. Konfrontaatio vaatii pitkää yksilöhoitoa ja turvallista positiivista vuorovaikutusta. Klarifikaatiota käytetään tilanteissa, joissa halutaan tietää, miksi potilas käyttäytyy tietyllä tavalla. Tyypillisiä tilanteita ovat hoitoyksikössä tapahtuneet väkivaltatilanteet. (Punkanen 2001, 56.)

Hoitosuhde ja muut ihmissuhteet erotetaan distanssilla eli välimatkalla. Hoitajat säätelevät distanssia esimerkiksi virkapuvun ja muiden ammattia korostavien merkkien avulla. Psykiatriassa korostavia merkkejä käytetään vähemmän kuin muilla erikoisaloilla, sillä tämä edesauttaa luottamuksen rakentumista. Distanssi voidaan ajatella kolmella osa-alueella: fyysisellä, psyykkisellä sekä henkisellä. Fyysinen distanssi tarkoittaa sitä, että hoitaja välttää turhan fyysistä läheisyyttä. Normaaleja fyysisiä kontakteja ovat esimerkiksi kätelemine ja eristämistilanteiden kontakti. Mikäli potilas pyrkii jatkuvasti liian lähelle, tämä tulee ottaa esille omahoitajakeskusteluissa. Psyykkiseksi distanssiksi sanotaan tilannetta, kun potilas kysyy hoitajalta hänelle henkilökohtaisia asioita. Tällaisessa tilanteessa potilas toivoo hoitajan kiinnittävän huomiota hänessä niihin asioihin, joita hän kysyy. Potilaan tarkoituksena ei ole siis varsinaisesti udella hoitajan asioita. Sosiaalisella distanssilla tarkoitetaan sitä, että hoitosuhde kuuluu työhön, ei vapaa-aikaan. Hoitajan ei pidä pitää yhteyttä potilaisiin vapaa-aikanaan, eikä myöskään hoitosuhteen jälkeen. Niin hoitajan kuin potilaan tulee osata irrottautua hoitosuhteesta, sillä tämä on molempien etu. (Punkanen 2001, 54–55.)

Toivolla on suuri merkitys potilaan hoidossa. Toivo luo positiivisia odotuksia, jatkuvuuden tunnetta, iloa, levollisuutta, rauhaa, varmuutta, hyvinvointitunnetta ja kohottavaa mielialaa. Toivo vahvistaa luottamusta ja yhteistyötä edistäen vuorovaikutussuhteita. (Kylmä 1996, 14, 18.) Toivon säilyminen on olennaisen tärkeää ja jos se puuttuu, se voi uhata terveyden palautumista. Toivon luominen ja kyky siirtää se aidosti toiselle ihmiselle vakavissa sairauksissa, on erittäin tärkeää. (Lehtonen 2013, 19–20.) Masentunutta hoitavilla henkilöillä on tärkeä rooli toivon ylläpitämisessä. Kokemus siitä, että toiset ihmiset välittävät juuri sellaisena kuin on, vaikuttaa masentuneeseen paljon. (Hietanen 2013, 87–88.) Masentuneelle toivon löytyminen merkitsee elämässä mahdollisuutta muutokseen (Alastalo & Punkkinen 2005, 28).

3.3 Masennuksen hoidossa käytettävä lääkehoito

Usein mielialalääkkeet sekoitetaan rauhoittaviin lääkkeisiin tai psykoosien hoitoon tarkoitettuihin vahvempiin lääkkeisiin. Mielialalääkkeiden ja rauhoittavien

lääkkeiden sekä psykoosien hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden ero on siinä, että mielialalääkkeet saavat aikaan masennuksesta toipumisen ja rauhoittavat lääkkeet tuovat vain hetkellisen helpotuksen. Mielialalääkkeiden vaikutuksesta 2/3 osa masentuneista toipuu, edellyttäen lääkkeiden oikeanlaista käyttöä. (Tuisku & Rossi 2010, 67–68.)

Masennuksen hoitoon on kehitetty lukuisia lääkkeitä, ja usein masentuneet saavat lääkkeitä merkittävää apua. Hyvällä, kärsivällisellä ja pitkäkestoisella hoidolla masentunut henkilö on monesti parannettavissa. (Myllärniemi 2009, 8, 10.) Lääkehoidon tavoite sairauden akuuttivaiheessa on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen. Jatkohoidossa pyritään ehkäisemään masennustilan uusiutuminen, ja ylläpitovaiheessa pyritään suojaamaan muutoin masennus todennäköiseltä puhkeamiselta. Hoitoaika on yksilöllinen, ja tavoitteena on oireiden kokonaan häviäminen tai lievittyminen. Lääkehoito vaatii pitkäjänteisyyttä, sillä hoidon vaikutus tulee näkyville noin 2-6 viikossa. (Huttunen 2002, 52–54.)

Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Lievässä masennustilassa lääkehoito on usein hyödyksi, keskivaikeassa masennuksessa lääkehoito on yleensä tarpeen ja vaikeassa sekä psykoottisessa masennustilassa hoitomuotona on aina lääkehoito. Lääkevalinnassa on huomioitava haittavaikutukset, potilaan suhtautuminen lääkkeeseen, potilaan somaattiset sairaudet sekä yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa. (Käypä hoito -suositus 2014.) Yleisempiä masennus lääkeaineryhmiä (taulukko 3) ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät, SNRI ja trisykliset masennuslääkkeet (Isometsä & Leinonen 2011a, 74). Potilaan oireet, muut sairaudet, aiemmat käyttökokemukset sekä lääkkeen hinta vaikuttavat myös lääkkeen valintaan (Huttunen 2004, 90).

Taulukko 3. Masennuksen hoitoon käytetyt yleisimmät lääkeaineryhmät ja lääkkeet (mukaillen Isometsä & Leinonen 2011a, 74).

| SELEKTIIVISET SEROTONIIN TAKAISINOTON ESTÄJÄT (SSRI) | SEROTONIINI JA NORADRENAALIININ TAKAISINOTON ESTÄJÄT (SNRI) | TRISYKLISET MASENNUSLÄÄKKEET |
|--|---|------------------------------|
| Essitalopraami | Milnasipraami | Amitriptyliini |
| Flueksetiini | Venlafaksiini | Doksepiini |
| Fluvoksamiini | | Klomipramiini |
| Paroksetiini | | Nortriptyliini |
| Sertraliini ja Sitalopraami | | Trimipramiini |

Selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjä ryhmään kuuluvat lääkkeet tehoavat myös ahdistuneisuushäiriöihin, joista useat masentuneet kärsivät. Näillä lääkkeillä on suhteellisen vähän haittavaikutuksia, eivätkä lääkkeet aiheuta riippuvuutta tai tottumista. Hoito voidaan myös aloittaa usein suoraan hoitoannoksella. (Isometsä & Leinonen 2011b, 77.) Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä ryhmän lääkkeet ovat tarkoitettu erityisesti vaikeimpien masennustilojen hoitoon (Isometsä & Leinonen. 2011c, 77).

Psykoottisissa masennustiloissa käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä sekä antipsykoottisia lääkkeitä (Huttunen 2008b). Trisyklisten masennuslääkkeiden etu on lääkkeiden edullisuus ja hyvä teho (Isometsä & Leinonen 2011d, 78). Kun masennusoireet häviävät, lääkehoitoa ei tulisi lopettaa heti, etenkin jos lääkkeestä on ollut apua toipumisessa. Masennuslääkkeitä tulisi käyttää 4 - 12 kuukauden ajan oireiden häviämisestä, sillä tämä ennaltaehkäisee masennuksen uusiutumista. Tämän jälkeen lääkitys voidaan lopettaa asteittain pienillä annoksilla, ellei lääkitystä jatketa masennusjaksojen estämiseksi. (Huttunen 2004, 94.)

Mäkikuisma on monivuotinen ruoho, jota voidaan käyttää masennuksen hoidossa. Suomessa mäkikuisma luokitellaan lääkkeisiin, mutta sen hankkimiseen ei tarvitse reseptiä. (Kopakkala 2009, 149–150.) Lukuisissa tutkimuksissa on todettu, että mäkikuisman uute on lumelääkettä tehokkaampi, ja se tehoaa lie-

vän ja keskivaikean masennuksen hoidossa, vastaten pientä annosta trisyklisiä masennuslääkkeitä. (Huttunen 2008c.) Lumelääke eli plasebo on lääke tai toimenpide, jolla ei todellisuudessa ole varsinaista hoidollista vaikutusta eli on tehoton (Puustinen & Louhiala 2002).

Mäkikuisman masennusta torjuvat vaikutukset alkavat näkyä yleensä 10 - 14 vuorokauden käytön jälkeen. Mikäli lääkkeen vaikutusta ei havaita 6 - 8 viikon aikana, on lääkkeen käyttö syytä lopettaa. Joidenkin lääkkeiden kanssa mäkikuisma voi aiheuttaa yhteisvaikutuksia sekä estää toisten lääkkeiden vaikuttavuutta. Mäkikuismaa ei pidä käyttää raskauden tai imetyksen aikana, eikä silloin, mikäli käytössä on toinen mielialalääke. Jos käytössä on muita lääkkeitä, on lääkitys hyvä tarkistaa lääkäriltä ennen mäkikuisman aloittamista. (Kopakka 2009, 150–151.)

3.4 Psykoterapiamenetelmät masennuspotilaan hoidossa

Psykoterapian tulee olla ammatillista, ja psykoterapeutin tulee olla tehtävänsä koulutettu. Vuonna 1994 psykoterapeutista tuli nimikesuojattu terveystieteiden ammattinimike. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi rekisteröidä psykoterapian ammattinimikkeen henkilölle, joka on suorittanut psykoterapiakoulutuksen. (Huttunen 2009, 77–78.)

Masennusta hoidetaan psykoterapian keinoin, kuten psykososiaalisen tuen ja psykoterapioiden avulla (Riihimäki 2010, 12). Psykososiaalinen tuki tapahtuu traumaattisten tapahtumien jälkipuintina. Psykososiaalisella tuella pyritään torjumaan ja lievittämään erilaisten onnettomuuksien sekä äkillisten järkyttävien tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä ja sosiaalista kuormitusta. Toiminta on moniammatillista yhteistyötä, ja se voidaan jakaa psyykkiseen tukeen, sosiaali-toimen antamaan tukeen ja kirkon sekä muiden uskonnollisten yhteisöjen antamaan hengelliseen tukeen. (Henriksson & Laukkala 2010.)

Helsingin psykoterapiaprojekti on tutkinut psykoterapian tuloksia ahdistus- ja masennushäiriöisten hoidossa. Jo puolen vuoden jälkeen masennuksen hoi-

dossa käytetyt ja tutkitut terapiamuodot helpottivat masennusoireita, ja terapioiden jatkuessa tulokset paranivat. (Myllärniemi 2009, 16.) Vaikutuskeinot psykoterapiassa ovat psykologisia ja tapahtuvat keskustelun ja tunneprosessin avulla. Tavoitteena on helpottaa masennusoireita sekä käynnistää uudelleen masennuksesta lamaantunutta ajattelua. (Tamminen 2010a, 45–46.)

Masennuksen hoidossa eniten tutkittu terapiamuoto on kognitiivinen psykoterapia, jota sovelletaan lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa (Huttunen 2002, 69). Kognitiivisia terapiamuotoja ovat lyhyt sekä pitkä kognitiivinen terapia. Lyhyt terapia kestää tavallisesti 20 - 40 tuntia ja pitkä terapia yli vuoden. Terapiassa terapeutti auttaa potilasta löytämään hänen ongelmiinsa liittyviä ajatuksia, uskomuksia ja malleja. (Tamminen 2010b, 76–77.) Kognitiivisessa terapiassa keskitytään toivottomuutta sisältävien ajatusten tarkasteluun. Tavoitteena on tunnistaa ja muuttaa masennuksen taustalla olevia oletuksia ja uskomuksia. (Toskala 2009.)

Toinen masennuksen hoitoon käytetty terapiamuoto on ratkaisukeskeinen terapia. Ratkaisukeskeisen terapian kestoaika on tyypillisesti 6 - 20 tapaamiskertaa. Tarkoituksena on löytää yhdessä terapeutin kanssa potilaasta itsestään ongelmanratkaisuun tarvittavat voimavarat. Terapia perustuu nykytilanteeseen, ja pyrkimyksenä on löytää elämästä positiiviset puolet. Potilaan on kyettävä itse kertomaan ongelma, eikä vain kuvailemaan tilannettaan. (Punkanen 2001, 84–85.) Kolmas psykoterapiamuoto on Interpersoonallinen psykoterapia, mikä on kehitetty masennuksen hoitoa varten. Interpersoonallinen psykoterapia on lyhyt kestoista, käytännönläheistä ja diagnoosikeskeistä. Terapia kestää tavallisesti 3 - 4 kuukautta, ja terapiassa on 12 - 16 viikoittaista istuntoa, joihin sisältyy kolme vaihetta. Hoidon painopisteenä ovat potilaan viimeaikaiset elämäntapahtumat ja mieliala. (Karlsson 2009.)

Psykoanalyttinen psykoterapia eli psykodynaaminen psykoterapia painottuu nykyisten ihmissuhteiden analysointiin ja uudelleen rakentamiseen. Psykoanalyttinen psykoterapia on yksilökeskeistä ja voi kestää useita vuosia. (Huttunen 2002, 73.) Hoito rakentuu potilaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen. Terapia tapahtuu 1 - 3 kertaa viikossa riippuen masentuneen motivaatiosta, ah-

distuksen sietokyvystä ja siitä, kuinka masentunut käsittelee tunteitaan. (Aalberg 2009).

Perheterapiassa tavataan koko perhe, ja terapiassa voidaan tarkastella esimerkiksi perheen vuorovaikutussuhteita (Masennuskliniikka 2007). Perheterapian tarkoituksena on vuorovaikutuksen muuttuminen perheen sisällä ja myönteisten voimavarojen löytyminen (Huttunen 2002, 75). Perheterapiaa käytetään esimerkiksi olosuhteissa, jossa perhetilanne estää hoidossa olevaa perheenjäsentä toipumasta. Terapiassa keskeistä on keskustelu, joka voi olla luonteeltaan psykoterapeuttista tai selvästi käytännön asioihin liittyvää. Perheterapiassa korostuu moniammatillisuus, sillä usein terapiaan osallistuu esimerkiksi lastensuojelu, päihdehuolto, neuvola tai koulu. (Tamminen 2010c, 150–151.)

3.5 Sähköhoito, valohoito ja liikunta masennuksen hoitomenetelmänä

Sähköhoito on hyvää, turvallista ja tehokasta masennuksen hoitoa. Hoito ei saa vahingoittaa potilasta, vaan siitä pitää olla potilaalle hyötyä. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, eikä sähköhoitoa anneta potilaalle vastoin hänen tahtoaan. Sähköhoitoa annetaan kevyessä anestesiassa 6 - 20 hoitokerran sarja 2 - 7 viikon ajan. (Ritschkoff & Vataja 2009.) Sähköhoitoa käytetään erityisesti psykoottisen masennuksen hoidossa. Hoito voidaan aloittaa myös esimerkiksi silloin, kun lääkehoito ei tehoa tai kun tarvitaan nopeaa hoitoa esimerkiksi itsemurhavaaran vuoksi. (Käypä hoito -suositus 2014.) Sähköhoitoa voidaan antaa myös monisairaille sekä iäkkäille potilaille (Ritschkoff & Vataja 2009).

Keskivaikean masennuksen hoidossa sähköhoitoa voidaan harkita, mikäli masennus on useille lääkehoitoyrityksille resistenssi (Käypä hoito -suositus 2014). Lääkeresistenssi tarkoittaa sitä, että oireet eivät ole puolittuneet lähtötilanteeseen verrattuna, vaikka hoito olisi toteutettu asianmukaisilla lääkkeillä. Lääkeresistenssiä esiintyy masennuksen hoidossa noin 1 %:lla. (Taiminen 2013.) Sähköhoidolla saadaan nopea osittainen tai tilapäinen paraneminen, eikä se estä muita masennuksen hoitoon käytettyjä hoitomenetelmiä (Ritschkoff & Vata-

ja 2009). Hoidon haittoja ovat yleensä ohimenevät muistivaikeudet (Riihimäki 2010, 19).

Kirkasvalohoitoa käytetään erityisesti kaamosmasennuksessa. Kaamosmasennuksella tarkoitetaan samaan aikaan vuodessa toistuvia masennusoireita. Yleensä masennusoireet alkavat loka-marraskuussa ja helpottavat maaliskuussa. Noin kolme prosenttia suomalaisista sairastaa kaamosmasennusta. Kirkasvalohoito toimii niin, että kirkkaanvalon ääressä vietetään aikaa kaksi tuntia aamuisin. Aikaa ja valon kirkkautta muutetaan hoitovasteen mukaisesti. Kirkasvalohoitoa annetaan ensin päivittäin parin viikon ajan, ja tämän jälkeen hoitoa harvennetaan. Tutkimuksen mukaan noin neljä viidestä kaamosmasentuneista hyötyy hoidosta. (Hannuksela 2009.)

Liikunnan on todettu olevan ainoa terveystottumus, jolla on yhteyksiä hyvinvointikokemuksiin. Liikunta tuottaa mielihyvän, virkistymisen ja rentoutumisen kokemuksia liikuntakerran aikana ja joissain tapauksissa myös muutamaksi tunniksi liikunnan jälkeen. Liikunta vähentää myös epämieluisia ruumiintunteuksia. Yksilöiden välillä on kuitenkin suuria eroja siitä, millaiseksi liikunnan koetaan. Etenkin keski-ikäisillä ja vanhemmilla ihmisillä säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähentää masentuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden merkkejä. Säännöllinen liikunta parantaa akuutin stressin sietoa, mutta liikunta ei riitä kuitenkaan suojaamaan hyvinvointia, jos psyykinen kuormitus jatkuu kauan voimakkaana. (Nupponen 2005a, 48.)

Liikuntaa masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitokeinoina on tutkittu melko runsaasti jo 1980-luvulta lähtien. Tästä huolimatta liikunnasta ei voida esittää näyttöön perustuvia suosituksia, sillä ei tiedetä, millaisille potilaille ja miten käytettynä liikunta voi potilasta auttaa parhaiten. Ei myöskään tiedetä mihin oireisiin ja diagnoosiryhmään mikäkin liikuntatyyppi vaikuttaa nopeimmin ja parhaiten. Potilastutkimusten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että liikunnalla on parempi tulos masennuksen hoidossa kuin lumelääkkeellä tai kokonaan hoitamattomana. (Nupponen 2005b, 154.) Liikunnan haasteena masentuneilla on kuitenkin usein liikkeelle lähtö aloitekyvyn laskun ja väsymyksen vuoksi (Riihimäki 2010, 19).

Joissain tutkimuksissa liikunnan on katsottu tuottavan samantasoista hyötyä kuin lääkehoidon tai psykoterapian eli masennus oireiden häviämistä (Nupponen 2005c, 156). Aerobisella liikunnalla on tutkittu olevan vaikutusta ainakin lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa (Leppämäki 2007.) Vuonna 1999 Blumenthalin, Babyakin, Mooreen, Craigheadin, Hermanin, Khatrinin, Waughin, Napolitanon, Formanin, Appelbaumin, Doraiswamyn & Krishnan tutkimukseen valittiin 156, iältään yli 50-vuotiaita, masennukseen sairastunutta henkilöä. Tutkitut henkilöt olivat sekä naisia että miehiä. Tutkimuksen henkilöt järjestettiin sattumanvaraisesti kolmeen eri ryhmään, liikunnalliseen, lääkehoidolliseen ja näiden hoitomuotojen yhdistelmäryhmään. Liikunnallisessa ryhmässä liikuntaa harrastettiin kolme kertaa viikossa 30 minuutin ajan, ja lääkkeellisessä ryhmässä lääkkeenä käytettiin masennuslääke sertraliinia. Kohdehenkilöille tehtiin kattavat masennustestit ennen ja jälkeen tutkimuksen. Tutkimus kesti 16 hoitoviikkoa, ja näiden viikkojen jälkeen ryhmistä voitiin todeta, että tutkittujen henkilöiden masennusoireet olivat merkittävästi vähentyneet. Tutkituista henkilöistä liikunnallisesta ryhmästä 60,4 %, lääkkeellisestä ryhmästä 68,8 % ja yhdistelmäryhmästä 65,5 %, eivät täyttäneet masennuksen kriteerejä. Näin ollen voidaan todeta, että lääkkeellinen, liikunnallinen kuin myös näiden muotojen yhdistelmähoidolla voi olla apua masentuneen hoidossa. (Blumenthal, Babyak, Moore, Craighead, Herman, Khatrin, Waugh, Napolitano, Forman, Appelbaum, Doraiswamy & Krishnan 1999.)

4 Masennus eri elämänvaiheissa

4.1 Masennus lapsuus- ja nuoruusiässä

Masennus on harvinaista alle 12-vuotiailla lapsilla. Alle kouluikäisistä lapsista masennusta sairastaa noin 0,5 – 1 % ja ala-aste ikäisistä noin 2 %. Masennusoireilu on yleistä niin pojilla kuin tytöillä, mutta murrosiässä tytöillä masennukseen sairastumisen riski kasvaa noin kaksinkertaiseksi poikiin verrattuna. Syy tähän mahdollisesti on sukupuolihormonit, tyttöjen herkkyyys sekä asioista murehtiminen. Voi myös olla, että poikien on vaikeampi sanallisesti kertoa tun-

teistaan, ja tämän vuoksi masennus jää pojilla usein tunnistamatta. Murrosiässä masennustilat yleistyvät voimakkaasti. Erilaiset masennustilat ovat nuorten yleisempiä terveysongelmia 12 - 22 vuoden iässä. Noin puolet nuorisopsykiatrisen hoidon potilaista sairastaa masennusta. (Karlsson & Marttunen 2011a, 357.) Lapsilla ja nuorilla masennusjaksot kestävät keskimäärin 7-12 kuukautta, mutta myös useita vuosia kestäviä masennusoireita voi ilmetä (Karlsson & Marttunen 2011b, 358).

Arviolta 30 - 40 % nuorten masennuksista johtuu perimästä. Nuori, jonka vanhempi sairastaa vakavaa masennusta, on nelinkertainen riski sairastua masennukseen, verrattuna nuoreen, jolla ei ole sukurasitetta. (Karlsson & Marttunen 2011c, 359.) Vanhemman poissaolo, lapsen hoidon laiminlyöminen, perheessä esiintyvä väkivalta tai vanhempien päihteidenkäyttö voivat olla myös lapsilla tai nuorilla masennukselle altistavia tekijöitä. Lapsuus- ja nuoruusiän masennusoireet vaihtelevat kehityksen mukaan. Aikainen vuorovaikutuksen häiriö voi johtaa siihen, että lapsen kokema mielihyvä on puutteellista. Pienellä lapsella masennus vaikuttaa kehitykseen, ja puhe, paino sekä älyllinen kehitys voivat hidastuvat tai kokonaan pysähtyä. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 114, 116.) Nuorella masennuksen päällimmäisenä oireena voi olla itkuisuus, kiukkuisuus tai vihaisuus (Nuotio ym. 2013).

Lasten ja nuorten masennuksen hoidossa tärkeää on tavoitteellisten hoitomenetelmien käyttäminen sekä elämää kuormittavien tekijöiden tunnistaminen (Karlsson & Marttunen 2011d, 366). Alle murrosikäisille on tehty suhteellisen vähän tutkimuksia masennuslääkkeiden käytöstä, mutta tästä huolimatta lääkehoito nuorilla on lisääntynyt. Lasten ja nuorten masennuksen hoidossa yleisemmin käytettyjä ovat serotoniinin takaisinoton estäjä lääkeaineryhmään kuuluvat lääkkeet. Lääkkeitä suositellaan käytettäväksi kuitenkin vain vaikeimmissa tapauksissa ja muuhun hoitoon liitettynä. Aloitettua SSRI lääkityksen tulee lasta ja nuorta seurata tiiviisti, sillä alaikäisillä lääkityksen on todettu lisäävän itsemurha-alttiutta. Myös erilaiset psykoterapiamuodot ovat lasten ja nuorten masennuksen hoidossa yleisiä. Masennuksen hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja suunnittelussa huomioidaan lapsen ikä, kehitysaste, riski- ja suojatekijät sekä masennuksen vaikeusaste. (Tamminen 2010d.) Masennusjaksojen uusiutuminen lapsilla ja nuorilla on tyypillistä. Yhden tai kahden vuoden seurannassa noin

40 %:lla ja viiden vuoden seurannassa noin 70 %:lla masennustilat uusiutuvat. (Karlsson & Marttunen 2011b, 358.)

Usein nuori ei itse hakeudu hoitoon, vaikka hänen vointinsa alkaa huonontua. Vanhemmilla ja läheisillä on tärkeä rooli nuorten masennuksen tunnistamisessa ja ongelmien ratkaisemisessa. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013.) Vanhempien ja läheisten on hyvä keskustella masentuneen nuoren kanssa ja ilmaista huoli hänen tilastaan. Keskustelulla tulee osoittaa, että nuori on arvokas ja ainutlaatuinen ja hänen hyvinvoinnista välitetään ja hänen puolesta ollaan valmiita toimimaan ja hakemaan apua. Nuorelle tärkeää on turvallisuuden tunne, kokemus ymmärryksestä ja hyväksytyksi tuleminen. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2015.)

Lasten ja nuorten mielenterveyden edistämistyötä tehdään myös kouluissa. Kouluissa kouluterveydenhuollon, koulukuraattorin ja koulupsykologin tavoitteena on huolehtia koululaisten hyvinvoinnista. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri, Lahti, Lammi–Taskula 2011, 114.) Perheessä toisten huomiointi, ymmärrys, yhteinen ajanvietto, rakastavuus sekä vanhempien hyvät välit pienentävät lasten ja nuorten masennuksenriskiä jopa viidesosan. Masennukselta suojaavia tekijöitä nuorilla ovat myös joustavuus, riittävä uni ja positiivinen käsitys itsestään sekä hyvä itsetunto. (Nuotio ym. 2013.)

4.2 Työikäisten työuupumus ja masennus

Työuupumus on pitkittyneen työstressin aiheuttama tila, joka ei ole sairaus. Työuupumukseen liittyy kuitenkin riski sairastua masennukseen, unihäiriöihin, somaattisiin häiriöihin ja päihdehäiriöihin. Vuonna 2011 suomalaisista työssäkäyvistä miehistä 2 % kärsi vakavasti työuupumuksesta ja 23 % lievästä työuupumuksesta. Naisista taas 3 % kärsi vakavasta ja 24 % lievästä työuupumuksesta. (Ahola, Tuisku, Rossi 2012.) Yksittäisistä sairauksista masennus on yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste eli henkilö saa työkyvyttömyyseläkettä, sillä hän ei pysty sairautensa vuoksi ansaitsemaan toimeentuloaan (Sosiaali- ja

terveysministeriö 2014b). Vuoden 2010 lopussa noin 38 200 henkilöä oli masennuksen vuosi työkyvyttömyyseläkkeellä (Wahlbeck 2011).

Työuupumus voi edeltää mielenterveyden muutosta, sillä työkyky heikkenee työuupumuksen myötä (Myllärniemi 2009, 126). Työuupumuksen oireita ovat voimakas yleistynyt väsymys, kynnisyys työtä kohtaan ja alentunut aikaansaamisen tunne (Ahola & Hakanen 2015). Työuupumuksen ja masennuksen oireet ovat samankaltaisia, ja tämän vuoksi diagnoosin tekeminen voi olla vaikeaa (Myllärniemi 2009, 126.) Heikentyneeseen psyykkisen hyvinvointiin katsotaan vaikuttavan etenkin epäasiallinen kohtelu, epäoikeudenmukaisesti koettu päätös, kohtuuttomat vaatimukset, huono työilmapiiri, tuen vähäisyys ja epävarmuus tulevasta. (Työterveyslaitos 2013.)

Työterveyshuolto on paikka josta saa apua, kun kyseessä on työuupumus tai työntekijän masennus. Työterveyshuolto toimii yhdessä työpaikan ja erikoissairaanhoidon kanssa. (Tela 2015.) Työntekijöiden mielenterveysongelmien hoidon ja kuntouttamisen tarvetta voidaan arvioida esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä. Työterveyshuollossa voidaan aloittaa työkykyä tukeva hoito sekä ohjata mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät työntekijät ajoissa hoitoon ja kuntoutukseen. Työterveyshuollon tehtäviä masentuneen henkilön tukemisessa on neuvonta, ohjaus ja säännöllinen seuranta. Vaikka masentuneen hoito tapahtuisi työterveyshuollon ulkopuolella, on silti tärkeä pitää yhteyttä työterveyshuoltoon työkyvyn ja työssä jatkamisen tueksi. (Honkanen 2009.)

Mikäli työuupumuksen oireet ovat työtä alentavia tai rajoittavia, voi lyhytaikainen sairausloma olla perusteltua. Joissain tapauksissa voi olla parempi tukea uupunutta käymään töissä sopimalla väliaikaisista työjärjestelyistä, kuten esimerkiksi keventämällä työtä tai lyhentämällä työaikaa. (Ahola ym. 2012.) Sairauspoissaolon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida poissaolosta koituvat hyödyt ja haitat. (Honkanen 2009.) Masentuneen henkilön työkyky riippuu masennuksen vaikeusasteesta. Yleensä ensimmäinen töistä poissaolo jakso on 2 - 4 viikon mittainen, jonka jälkeen tilannetta arvioidaan uudelleen. Noin 50 % masentuneista palaa työhönsä, jos sairauspoissaolo on ollut noin puoli vuotta. Jos sairauspois-

saolo pitkittyy vuoden mittaiseksi, työhön palaajia on noin neljännes. (Tuisku & Rossi 2010, 73–74.)

4.3 Iäkkäiden masennus

Masennus vanhuusiässä on yleistä, mutta sen ei kuulu olla luonnollisena osana vanhuutta (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011b, 371). Yli 65-vuotialla vakavaa masennusta esiintyy 2 - 3 %:lla ja lievää tai keskivaikeaa masennusta 4 - 10 %:lla (Juva 2011, 377). Usein iäkkäällä ilmenee oireita, jotka muistuttavat muistisairautta, mutta oireet johtuvat kuitenkin masennuksesta. Tällaista tilaa kutsutaan pseudoksi eli näennäisdementiaksi. Näennäisdementiassa yleisiä oireita ovat unohtelu, valikoiva muistivaikeus, arki askareiden laiminlyönti, kyllästyminen tai tylsä olo. Iäkkäällä masennus voi johtaa myös ruokahalun vähenemiseen, syömisongelmiin ja aliravitsemukseen. (Räsänen 2015.)

Iäkkäillä lievä masennus on noin viisi kertaa yleisempää kuin vaikea masennus, mutta siihen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Usein masennus jää iäkkäillä diagnosoimatta, sillä he menevät lääkäriin muiden ongelmien ja vaivojen vuoksi. Tämän vuoksi on tärkeää keskustella ja kartoittaa jonkin verran iäkkään elämäntilannetta. Yleensä iäkkäillä masennuksen syynä ovat menetykset. Perimällä ei ole niin keskeinen merkitys kuin ympäristökijöillä. (Heikkinen 1998, 21, 25–26.)

Iäkkäiden masennuksen diagnosoimisessa ja arvioinnissa käytettyjä mittareita ovat muun muassa Geriatric Depression Scale, GDS, Cornell Scale for Depression, CSDD ja Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS (Saarela 2011, 374–375). Geriatric Depression Scale (liite 2) on myöhäsiän masennusseula. Geriatric Depression Scale kysymyslomakkeen kysymykset ovat hyviä iäkkäiden masennusoireiden tunnistamisessa sekä masennuksen jatkotutkimusten tarvetta arvioitaessa. Geriatric Depression Scale-mittaria voidaan käyttää lievästi muistisairaille iäkkäille sen helppokäyttöisyyden vuoksi. (Autio 2011.) Cornell Scale for Depression mittaria (liite 3) käytetään iäkkäiden muistipotilaiden masennusasteen arvioinnissa. Cornell Scale for Depression sisältää

19 kysymystä, jotka tutkija pisteyttää haastateltuaan potilasta ja häntä hoitavaa henkilöä. (Pirttilä & Koponen 2010.) Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale-asteikkoa (liite 4) käytetään iäkkäiden masentuneiden hoitovasteen seurannassa, masennuksen arvioinnissa sekä varhain että myöhään alkavassa dementiassa (Saarela 2011, 375).

Yli 75-vuotiaiden masennuksen hoidossa on otettava huomioon, että somaattisten ja psykiatrisen hoidon yhdistämisen tarve lisääntyy. Iäkkäillä lääkkeiden haitat ja yhteisvaikutukset korostuvat, ja erityisesti lääkeannoksiin on kiinnitettävä huomiota. Yli 75-vuotiailla käytettävät lääkeannokset ovat $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ keski-ikäisten lääkeannoksista ja 65 - 75-vuotiailla lääkeannokset ovat lähes samansuuruiset tai vähän pienemmät kuin keski-ikäisillä. Iäkkäillä masennuslääkkeet tehoavat hyvin, eikä lääkeaineryhmien välillä ole merkittäviä tehoeroja. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei kuitenkaan suositella yli 75-vuotialle, sillä niillä on verenkiertoelimistöön vaikuttavia haittavaikutuksia. Myös erilaisia psykoterapiamuotoja käytetään iäkkäiden masennuksen hoidossa. Eniten käytettyjä terapiamuotoja ovat kognitiivinen psykoterapia sekä yksilö- että ryhmäterapiat. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Omaisilla ja läheisillä on tärkeä rooli iäkkään masentuneen hoidossa. Usein läheisiä tarvitaan seuraamaan, että hoito toteutuu suunnitellulla tavalla. Läheisten toivotaan olevan yhteyksissä hoitotahoihin sekä huolehtivan siitä, että iäkäs saapuu sovittuihin hoitotapaamisiin. Mikäli iäkäs asuu yksin kotona, on myös hyvä miettiä mahdollisen kotihoidon tarvetta. (Granström 2011, 376.)

5 Masentuneen henkilön läheiset

5.1 Masennuksen vaikutus läheisiin

Läheiseksi tai omaiseksi mielletään sukulainen, ystävä tai joku muu henkilö, joka elää ihmisen kanssa ja on mukana hänen päivittäisessä elämässä (Niemi 2001, 23). Hallituksen esityksen (HE 185/1991) mukaan potilaan lähiomaisella

tarkoitetaan lähinnä aviopuolisoa, lapsia, vanhempia ja sisaruksia. Muu läheinen voi olla potilaan avopuoliso tai muu potilaan kanssa pysyvästi asuva henkilö tai läheinen ystävä. (Koivisto & Kuuskoski 1991.) Potilas on lopulta itse se, joka päättää sen tukiryhmän, joka kutsutaan paikalle hänen hoitotilanteessa (Niemi 2001, 23).

Yleensä läheiset ovat ensimmäisiä, jotka huomaavat muutokset masentuneessa henkilössä, mutta he voivat kuitenkin sopeutua tilanteeseen huomaamattaan (Jähi ym. 2011a, 185). Kun masennus on diagnosoitu, läheisten ensireaktiona on usein asian kieltäminen, asiaa ei tahdota hyväksyä. Kieltämisen mekanismi suojelee shokilta ja murtumiselta, kunnes vastaanottokyky vähitellen kasvaa. (Jaatinen 2004, 21.) Tässä vaiheessa hoitohenkilökunnan on tärkeä kertoa masentuneen läheisille tietoa masennuksesta, hoidosta, terveystalvasta ja siitä, mistä läheiset itse voivat hakea tukea (Jähi ym. 2011a, 184).

On yleistä, että masentunut henkilö hakee yksilöllistä hoitoa itselleen, sillä kokee sairauden omaksi ongelmakseen. Myös hoitohenkilökunta keskittyy enemmän potilaan hoitamiseen ja masentuneen läheisille ei välttämättä tarjota mahdollisuutta tutustua hoitoon. Tällöin läheisille voi syntyä epätietoisuuden ja ulkopuolisuuden tunne. Tämän vuoksi masentuneen läheisten tapaaminen hoidon yhteydessä on tärkeää. (Jähi, Koponen & Männikkö 2011b, 193.) Läheisten kannalta on tärkeää, että he saavat hoitohenkilökunnalta heti alussa hyvää, luotettavaa ja rauhallista suhtautumista (Jaatinen 2004, 21). Kun masentuneen läheinen ymmärtää sairauden kulkua, voi hänestä tulla hyvä masentuneen henkilön tukija sekä asioiden hoitaja (Jähi ym. 2011a, 184).

Pelko, viha ja turhautuneisuus ovat tunteita, joita monet läheiset tuntevat sairauden myötä (Kopakkala 2009, 163). On yleistä, että masentunutta henkilöä saatetaan vältellä, sillä hän voi tuntua vieraalta. Läheiset voivat tuntevat surua pitkään ennen kuin sopeutuvat siihen, että heille läheinen henkilö on sairastunut. Aroista asioista keskusteleminen voi olla hankalaa, etenkin jos niistä ei ole aikaisemmin keskusteltu. (Niemi 2001, 22.) Masentuneen tulevaisuus pelottaa, mutta myös oma jaksaminen huolestuttaa. Myös masentuneen oireet voivat herättää läheisissä pelkoa ja huolta. Läheisillä voi herätä myös pelko siitä,

osaako läheisenä auttaa masentunutta, vai toimiiko väärin ja pahentaa tilannetta entisestään. (Jaatinen 2004, 21–22.)

Läheiset voivat kokea, että iloitseminen asioista on kiellettyä ja toivo pelottaa. Masentuneen läheisten on hyvä oppia, että aina ei jaksakaan eikä tarvitse jaksaa. Ilon hetkiä tulee vähitellen, ja ne täytyy sallia itselleen. (Jaatinen 2004, 21–22, 24.) Usein läheiset pohtivat omaa osuuttaan sairastumisprosessissa. Läheiset voivat tuntea syyllisyyttä tekemättömistä ja tehdyistä asioista ja heille voi syntyä häpeän tunne sairauden vuoksi. Tämän vuoksi läheisten on tärkeä ylläpitää hyviä ja tukevia ystävyys- ja sukulaissuhteita. (Jähi ym. 2011a, 184.)

Masentuneiden läheisten sopeutumisprosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen, shokkivaiheeseen, tilanteen realisoitumisvaiheeseen, selviytymisvaiheeseen ja edunvalvontavaiheeseen. Shokki ja reaktiovaihe ovat läheiselle kriisin kohtaamista, hyväksymistä ja tilanteeseen uudelleen suhtautumista. Selviytymisvaiheessa läheiset arvioivat tilannetta ja tarpeita uudesta näkökulmasta. Oman sekä sairastuneen hyvinvoinnin edistämiseksi ruvetaan tekemään tavoitteellisia suunnitelmia. Edunvalvontavaiheessa läheiset oppivat pitämään omia puoliaan sekä usko omiin ja sairastuneen parempiin mahdollisuuksiin palaa. Jokainen läheinen reagoi kuitenkin yksilöllisesti, eivätkä vaiheet ole kaikilla samanlaiset. (Luodemäki ym. 2009, 38–39.)

Masentuneen läheisten kuormittuminen voidaan jakaa kahteen osaan, subjektiiviseen ja objektiiviseen rasitukseen. Subjektiivisella rasituksella tarkoitetaan läheiselle aiheutuvia, masentuneen sairaudesta johtuvia tunteita kuten syyllisyyttä, epävarmuutta, vihaa, suuttumusta tai surua. Objektiivinen rasitus tarkoittaa masentuneen huolenpidon aiheuttamia, läheisen omaan elämään kohdistuvia vaatimuksia ja muutoksia. Vaatimukset ja muutokset voivat olla esimerkiksi arkipäivän asioista huolehtiminen, vapaa-ajan rajoittuminen ja taloudellisen tilanteen sekä ihmissuhteiden muutokset. (Luodemäki ym. 2009, 20.)

Läheisten tuntemuksia kirjasta, ”Kun läheisen mieli murtuu - omaiset kertovat” (toim. Eila Jaatinen 2004.)

”On ollut myös aikoja, jolloin olen joutunut ottamaan etäisyyttä siskooni, kun oma uupumiseni on ollut lähellä.” (Laura, 56–57)

”Vaikeinta on ehkä ollut läheisen ihmisen persoonan muuttuminen.” (Arja, 54)

”Oivalsin, että sairaus aaltoilee jaksoittaisesti.” (Arja, 54)

”Omaa jaksamista on hyvin vaikea tarkastella ei- kenenkään näkökulmasta. Itse monesti kuvittelee jaksavansa hyvin, ja yhtä äkkiä saattaa huomata, kuinka väsynyt sitä onkaan.” (Satu, 80)

”Onneksi minulla on myös hyviä ystäviä ja paljon tärkeitä ihmisiä.” (Satu, 81)

”Minua ei ole syyllistetty, ainoastaan itse syyllistän välillä itseäni.” (Satu, 81)

”Ehkä asioista kannattaa myös puhua, esimerkiksi kohtalontovereiden kanssa.” (Satu, 81)

”En toimi minkäänlaisissa omaisryhmissä. Niistä voisi olla apua, tällaisista asioista on varmasti helpompi puhua sellaisten ihmisten kanssa, joilla on myös omia kokemuksia.” (Satu, 82)

5.2 Läheisten oman jaksamisen tukeminen

Huomioi omaiset -mallin (taulukko 4) tarkoituksena on mielenterveysongelmaitten ja/tai päihderiippuvaisten omaisten ja läheisten tuen tarpeen arviointi. Mallin tavoitteena on neljän kysymyksen avulla auttaa ammattilaisia arvioimaan omaisen hyvinvointia ja jaksamista sekä riittävää tiedon ja tuen saamista. Tärkeää on huomioida koko perhe, ja tarvittaessa ohjata heidät omaisyhdistyksen omaisneuvonnan ja muun toiminnan piiriin. (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2014.)

Taulukko 4. Huomio omaiset -malli (mukautettu Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2014).

| HUOMIOI OMAISET MALLI | |
|---|---|
| 1. Kuinka itse jaksat? | 2. Oletko saanut riittävästi tietoa ja tukea? |
| 3. Oletko keskustellut lasten tai muiden perheenjäsenten kanssa läheisen sairastumisesta? | 4. Onko Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n omaisneuvonta tuttua? |

Kaikki läheiset tarvitsevat aikaa tunteidensa käsittelyyn. Surun käsittelyn kautta elämän tasapaino alkaa palautua, ja masennus opitaan näkemään yhtenä elämään kuuluvana tekijänä. Masennuksen ei kuitenkaan tule antaa hallita kaikkia arjen osa alueita. (Luodemäki ym. 2009, 40.) Läheisten on pidettävä hyvä huoli itsestään, sillä heillä on tärkeä merkitys masentuneen hoidon onnistumiselle. Läheisten täytyy muistaa, että elämästä pitää nauttia. Mikäli oma mieliala on huono, ei voi olla avuksi masentuneelle. Hyvä ravinto, lepo ja liikunta sekä elämänrytmin säilyttäminen ovat myös tärkeitä. (Kopakkala 2009, 162.)

Tärkeää on osata asettaa rajat sille, mitä tekee. Läheinen on masentuneelle läheinen, tuen antaja, mutta ei terapeutti. Läheisten on tärkeä arvostaa oman toiminnan panosta, mutta on osattava erottaa asioita, joihin ei läheisenä kykene vaikuttamaan. Läheisten oman jaksamisen kannalta on hyvä, että läheiselle olisi joku, jolle hän voisi kertoa omista tunteistaan ja ajatuksistaan, jottei niiden ilmaisu kohdistu masentuneeseen. (Kopakkala 2009, 163.) Masentuneen tilannetta tulee tarkkailla ulkopuolisin silmin, eikä läheisten tule ottaa masentuneen tuntemuksia henkilökohtaisesti. Masentuneen mielialoihin ei myöskään tule mennä mukaan. Läheisten oman jaksamisen vuoksi on hyvä miettiä, kuinka usein masentunutta käy katsomassa ja kuinka usein häneen on yhteydessä. Päiväkirjan tai muistikirjan avulla ajatuksia ja tunteita voi purkaa paperille, ja tällä tavoin voi seurata omaa jaksamista ja masentuneen toipumista. Toisten antama tuki ja hoiva ovat läheisille korvaamatonta ja läheisten tulee osata ottaa apu vastaan. Läheisten hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, etteivät läheiset syyllistä itseään toisen sairastumisen vuoksi. (Kumpulainen 2015.) Jaatinen (2004,

27–28) on laatinut neljätoista periaatetta psyykkisesti sairaiden omaisille (taulukko 5).

Taulukko 5. Neljätoista periaatetta omaisille (mukautettu Jaatinen 2004, 27–28).

| NELJÄTOISTA PERIAATETTA OMAISILLE | |
|---|--|
| 1. Muista ettet ole yksin, vaikka psyykkisistä sairauksista puhutaankin yleisesti vähän | 8. Opi tunnistamaan omaisiin kohdistuvat paineet ja syytökset |
| 2. Etsi tietoa sairaudesta | 9. Liika uhrautuminen ei auta ketään |
| 3. Älä syyllistä itseäsi | 10. Älä uhraa kaikkea aikaasi sairastuneelle |
| 4. Hakeudu ammattiauttajien luokse | 11. Pidä yllä sosiaalisia suhteitasi ja harrastuksiasi |
| 5. Ota yhteyttä itseapu- ja omaishoitoryhmiin | 12. Potilaalle ja itsellesi on hyväksi suhteellinen itsenäisyys |
| 6. Hyväksy ja ota vastaan opastus ja tiedon saanti | 13. Kyky muuttua ja nähdä uusia näkökulmia auttavat selviytymään |
| 7. Huomioi muut perheenjäsenet | 14. Pidä huoli itsestäsi |

Masentuneen läheiselle on riski sairastua itse masennukseen. Läheisen riski sairastua masennukseen riippuu paljon huolenpitotilanteesta. Mitä enemmän läheinen joutuu käyttämään aikaansa masentuneen huolenpitoon, sitä suurempi riski hänellä on uupua ja sairastua masennukseen. Se, kuinka rankaksi huolenpitotehtävä koetaan, riippuu siitä, kuinka läheinen suhde masentuneeseen henkilöön on. Huolenpitoon liittyvät negatiiviset asiat sekä voimavarojen puuttuminen, voivat niin ikään altistaa läheisen masennukselle. Riskitekijöitä läheiselle ovat myös masentuneen kanssa samassa taloudessa asuminen sekä tyytymättömyys taloudelliseen tilanteeseen tai mielenterveysalan ammattilaisiin. (Luo-demäki ym. 2009, 19–20.)

Jokaisella ihmisellä on omat spesifit suojaavat tekijät, joiden tarkoituksena on ehkäistä uupumista. Tärkeimpiä tekijöitä Nymanin ja Stengårdin (2001, 24) tutkimuksen mukaan ovat ystävät, hyvä fyysinen kunto, harrastukset, töissä käy-

minen, arjen ilot, itseluottamus ja positiivinen asenne. Näiden lisäksi Luodemäki ym. (2009, 24–25) on koonnut yleisiä mielenterveyttä suojaavia tekijöitä (taulukko 6).

Taulukko 6. Yleisiä mielenterveyttä suojaavia tekijöitä (mukautettu Luodemäki, Ray & Hirstiö- Snellman 2009, 24).

| MIELENTERVEYTTÄ SUOJAAVIA TEKIJÖITÄ | |
|---|---|
| 1. Oman elämän ja sen merkityksen ymmärtäminen. | 7. Kyky selvittää ristiriitoja. |
| 2. Itsensä arvostaminen. | 8. Hyvät ihmissuhteet. |
| 3. Tarpeellisuuden kokeminen ja hyväksytyksi tuleminen omassa yhteisössä. | 9. Kyky tulla toimeen muiden kanssa. |
| 4. Mielekäs tehtävä / työ. | 10. Onnistumisen kokemukset. |
| 5. Kyky ja halu oppia. | 11. Myötäelämisen taito. |
| 6. Taito puhua mieltä painavista asioista. | 12. Riittävä taloudellinen toimeentulo. |
| 13. Turvallinen asuinympäristö | |

5.3 Omaiset mielenterveystyön tukena yhdistys

Sosiaali- ja terveysalan järjestö, mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami on perustettu vuonna 1991. Mielenterveysomaisten keskusliitto on omaisyhdistysten keskusjärjestö sekä mielenterveyskuntoutujien omaisten edunvalvontaorganisaatio. Järjestöön kuuluu 17 jäsenyhdistystä ympäri Suomea. Yhdistysten tavoitteena on tukea mielenterveysomaisia sekä kehittää alueellista omaistointia. (Mielenterveysomaisten keskusliitto 2014.) Keskusliiton omaistyön aatepohjana on, että omainen tulee nähdä itsenäisenä yksilönä, tuen tarvitsijana. Tarpeita ei tule määritellä suhteessa kuntoutujan tai palvelujen tuottajiin. Omaisyhdistyksen tulee olla omaisen oma paikka. (Luodemäki ym. 2009,10.) Valta-kunnallisesti noin pari kymmentä omaisyhdistystä tarjoaa omaisille erilaista toimintaa kuten ryhmiä, kursseja, luentoja ja virkistystoimintaa. Toimintamuotoja

omaisyhdistyksillä ovat tietoon ja ohjaukseen perustuvia yksilö- ja perhetapaamisia. (Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry 2015, 8.)

Omaisyhdistyksen jäseneksi voi liittyä sairastuneen henkilön perheenjäsen, ystävä tai työkaveri. Kaikkia yhdistävä tekijä on se, että jäsen kokee huolta psyykkisesti sairaasta läheisestään ja hakee tukea itselleen. Omaisyhdistysten tehtävänä on huolehtia omaisten hyvinvoinnista sekä olla heidän äänenä siellä, missä omaisten asioista päätetään. Omaisyhdistys tukee omaisia ja läheisiä tiedon, neuvonnan, virkistuksen ja edunvalvonnan tarpeissa. Yhdistyksen tavoitteena on ennaltaehkäistä omaisten masentumista ja edesauttaa heidän jaksamistaan. Omaistyön yhtenäisyys mahdollistaa omaisille tarjottavan tuen jatkuvuuden ja laadun. (Luodemäki ym. 2009, 8–11.)

Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:n toiminnanjohtaja Turunen kuvaa heidän yhdistyksen toimintaa seuraavasti:

Yhdistyksen omaisneuvonta on omaistyöntekijän tarjoamaa tietoa ja tukea psyykkisesti oireilevien ja sairastuneiden omaisille ja läheisille. Omaisneuvonnassa asiakas saa tietoa psyykkisistä sairauksista ja niiden vaikutuksesta arkeen, sekä mielenterveys- ja päihdepalveluista. Keskustelussa asiakas tai perhe voi käydä läpi sen hetkistä elämäntilannettaan ja tavoitteena on, että omaisen saa omin sanoin puhua huolestaan ja sen herättämistä tunteista. Yhdessä omaistyöntekijän kanssa voidaan miettiä keinoja arjen vuorovaikutustilanteisiin ja omaisen oman hyvinvoinnin lisäämiseen. Toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä omaisten ja läheisten uupumista. Omaisten tuki ja neuvonta voivat tapahtua puhelinkeskusteluin tai erikseen sovittavissa tapaamisissa. Neuvonnassa huomioidaan myös perheen lasten tiedonsaanti ikätasoisesti. (Turunen 2015.)

5.4 Vertaistuki

Vertaistuki on omaehtoista tukitoimintaa (Vuorinen 1996, 7). Vertaistukiryhmä on ryhmätilanne, jossa on mukana useampi kuin kaksi mielenterveyspotilaan läheistä. Omaisyhdistyksissä toimii monia erilaisia vertaistukiryhmiä ja vuorovaikutuskäytännöt vaihtelevat ryhmien mukaan. (Luodemäki ym.2009, 33.) Vertaistuen tarkoituksena on henkilön näkyvien ja näkymättömien voimavarojen vahvistaminen ja niiden käyttöönotto (Heino & Kaivolainen 2010, 6). Vertaistuki

on jotain, mitä ammatti-ihmiset eivät pysty antamaan. Tämän vuoksi mielenterveyspotilaiden läheisille tarkoitetut julkiset palvelut sekä vertaistukiryhmät ovat molemmat tärkeitä tukimuotoja. (Luodemäki ym. 2009, 30.)

Vertaistoiminnan arvoina ovat toivo, luotettavuus, tasa-arvo, yhteenkuuluvuus ja vapaaehtoisuus. Lähtökohtana on toivo, joka lisää uskoa tulevaisuudesta. Toivo on kyky ehkäistä ja selviytyä tulevista vaikeuksista. Luotettavuus ja turvallisuus pitävät sisällään vaitiolovelvollisuuden, joka luo pohjan aitouteen, rehellisyyteen, vastuullisuuteen ja omana itsenä olemiseen. Tasa-arvoisuus merkitsee suvaitsevaisuutta, toisen kunnioittamista ja inhimillisyyttä. Vertaistuki tuo yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Heino & Kaivolainen 2010, 8–9.)

Vertaistuki on merkittävää mielenterveyspotilaiden läheisten kesken, sillä vertaistuessa voi jakaa kokemuksia ja sen avulla saa tukea toisilta. Usein vertaisuutta vahvistaa se, että henkilöiden elämäntilanne on samanlainen. Tärkeä tehtävä toiminnassa on saada läheinen ymmärretyksi siitä, että hän ei ole yksin asioidensa kanssa. (Luodemäki ym. 2009, 30–32.) Oman tarinan kertominen on erityisen merkittävää, koska se vapauttaa, helpottaa ja auttaa jäsentämään omaa elämäänsä. Toisten vertaisten tehtävänä on auttaa ja tukea kertomalla oma tarina. (Heino & Kaivolainen 2010, 7.) Etenkin yksinäisyyttä ja leimautumista tuntevalle läheiselle, on toisten selviytymistarinoilla tärkeä merkitys. Yhdessä jaetut kokemukset lievittävät psyykkisen sairauden aiheuttamaa ahdistusta tai pelkoa. (Mielenterveyden keskusliitto 2015.)

Vertaistukiryhmässä voidaan puhua ryhmälähtöisyydestä, mutta myös vastavuoroisuudesta. Vertaistukiryhmissä ei ole tarkkaan suunniteltua ohjelmaa, vaan tärkeintä on ryhmän osallisille tärkeiden asioiden käsittely. Usein pääpaino on ryhmäkeskusteluissa, joissa tulevat ilmi jokaisen osallistujan kokemukset, tunteet ja näkökulma. Keskusteluiden tarkoituksena ei ole neuvoa tai opettaa, vaan tarkoitus on yhdessä löytää selkeämpi näkemys sille, kuinka osallistujat voivat selviytyä psyykkisesti raskaista tilanteista. Joskus ryhmissä voidaan toimia pareittain tehden kirjallisia tai toiminnallisia harjoituksia. Yleensä vertaistuki

ryhmää ohjaa kaksi ohjaajaa, jotka ovat ryhmän toimivuuden kannalta tärkeitä. Ohjaajien tehtävänä on rajata, mistä asioista keskustellaan ja mitkä asiat eivät kuulu ryhmässä käsiteltäviksi. (Narumo 2010, 9–10.)

Omaisyhdistysten toiminnan keskeisin tukimuoto on vertaistuki. Omaisyhdistysten tarjoama vertaistuki on ammatillisten ja koulutettuiden vapaaehtoisten vertaisohjaajien ohjaamia ryhmiä. Ryhmiä järjestetään sekä suljettuina että avoimina. Ryhmien aiheet ja sisällöt riippuvat tuen tarpeesta ja ryhmän luonteesta. Ryhmässä voidaan esimerkiksi opetella tunnistamaan tunteita, löytämään rajoja ja konkreettisia keinoja suhtautua sairastuneen läheisen elämäntilanteeseen sekä sairauteen. (Omaisets mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry 2015, 8.)

Omaisets mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:n toiminnanjohtaja Turunen kertoo heidän omaisyhdistyksen vertaistuki toiminnasta näin:

Yhdistyksessä kokoontuu erilaisia vertaisryhmiä. Vertaisryhmissä on mahdollista tavata toisia samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia omaisia, ja ryhmissä voi vaihtaa kokemuksia ja keskustella ymmärtävässä ilmapiirissä. Vertaistuki voi olla kokemusten ja tunteiden sekä arkea helpottavien vinkkien jakamista. Vertaistuen avulla arjen hallinnan tunne ja hyvinvointi lisääntyvät. Ryhmien ohjaajina toimivat yhdistyksen toimihenkilöt ja/tai vertaisohjaajat. Osa ryhmistä toteutetaan yhdessä yhteistyötahojen kanssa, ja silloin ohjaajana on myös muita ammattilaisia. Sekä omaisneuvonta, että vertaisryhmät ovat maksuttomia kaikille. (Turunen 2015.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa masentuneiden läheisille tietoa masennuksesta ja siitä, kuinka he voivat tukea omaa jaksamistaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi. Opaslehtisen tavoitteena oli toimia tukiaineistona läheisille, heidän saadessaan ensitietoa masennuksesta ammattihenkilöstön kanssa käydyissä keskusteluissa.

7 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö. Opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisessa elämässä käytännön toiminnan kehittäminen, ohjeistaminen tai järjestäminen. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on normaalisti toimeksiantaja. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius & Sundqvist 2006.) Toimeksiannetun opinnäytetyön ja opinnäytetyöprosessin avulla voi näyttää laajemmin osaamista ja herättää työelämän kiinnostusta niin ihmisenä kuin myös työntekijänä. Tällä tavoin opinnäytetyön avulla pystyy luomaan suhteita sekä kehittämään ja kokeilemaan omia taitojaan työelämän kehittämisessä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16.)

Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen ja opinnäytetyön toimeksiantajana oli Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry. Tapasin toimeksiantajani edustajan, yhdistyksen toiminnanjohtajan, ensimmäisen kerran huhtikuussa 2014, jolloin mietimme opinnäytetyön aihetta. Ensimmäisellä tapaamisella toiminnanjohtajalla oli useita eri vaihtoehtoja aiheeksi. Kuitenkin vasta kesän jälkeen, elokuussa 2014, lopulliseksi aiheeksi valikoitui masennus ja masentuneiden läheisten tukeminen. Kun aihe oli selvinnyt, teimme toimeksiantajani edustajan kanssa toimeksiantosopimuksen lokakuussa 2014 (liite 5). Huhtikuussa 2015 opinnäytetyöni viralliseksi nimeksi muodostui, *Läheiseni on sairastunut masennukseen -opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi*. Toimeksiantajani edustaja oli hyvin mukana jo heti opinnäytetyöprojektin alusta alkaen. Saimme aikataulut sopimaan melko hyvin yhteen ja pystyimme tapamaan silloin, kun tarve oli. Suurimmaksi osaksi olimme yhteydessä sähköpostitse.

Toiminnallisella opinnäytetyöllä on erilaisia toteuttamistapoja ja toteutustavat riippuvat usein kohderyhmästä. Toteutustapoja voivat olla esimerkiksi opas, cd-rom, kehittämissuunnitelma, tuote tai tilaisuuden tai tapahtuman suunnittelu tai järjestäminen. (Lumme ym. 2006.) Valitsin toiminnallisen opinnäytetyön, sillä

halusin tehdä käytännönläheisen sekä muita palvelevan opinnäytetyön. Näin ollen valitsin yhdessä toimeksiantajani edustajan kanssa opinnäytetyön tuotokseksi opaslehtisen. Opinnäytetyön kohdehenkilöiksi valitsimme masentuneiden läheiset. Kohdehenkilöiksi valikoitui masentuneen läheiset sen vuoksi, että toimeksiantajani edustajan mielestä, läheisille tuotettua materiaalia oli olemassa vähän.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy kaksi osa, toiminnallinen osuus, eli produktio ja opinnäytetyöraportti eli opinnäytetyöprosessi, johon kuuluvat dokumentointi ja arviointi. Tuotoksen tulisi pohjautua ammattiteorialle ja sen tuntemukselle. Näin ollen toiminnalliseen opinnäytetyöraporttiin kuuluu myös teoreettinen viitekehys. (Lumme ym. 2006.) Käytin paljon aikaa etsiessäni lähteitä opinnäytetyöhöni. Opinnäytetyössäni lähteinä käytin luotettavia kirjallisuus- ja internetilähteitä. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on laaja ja perustuu moniin luotettaviin lähteisiin. Lähteiden runsaus näkyy myös lähdeluettelossa. Opinnäytetyön tuotos eli opaslehtinen pohjautuu opinnäytetyön viitekehysten teorian tiedolle.

7.2 Opaslehtisen toteutus

Kun aloin suunnitella opaslehtisen sisältöä, oli mielestäni tärkeää saada tietoa suoraan heiltä, keille opaslehtinen oli tarkoitettu. Löytääkseni sopivia kohdehenkilöitä opaslehtistä varten, toimeksiantajani edustaja lupasi etsiä minulle masentuneiden läheisiä heidän yhdistyksestään. Helmikuussa 2015 sain tiedon toimeksiantajani edustajalta, että hän oli löytänyt opaslehtistä varten kaksi masentuneen omaista. Molemmat henkilöt olivat naisia, masentuneiden omaisia, eri perheistä ja täysi-ikäisiä. Ennen omaisten tapaamista lähetin toimeksiantajaleni edustajalle sähköpostiviestin, jossa kerroin tapaamisen tarkoituksesta ja sisällöstä, ja hän välitti tiedon eteenpäin omaisille. Omaisten kanssa tapasimme kasvotusten helmikuussa 2015. Tapaamiset tapahtuivat kahtena eri päivänä toimeksiantajan tiloissa ja molemmat tapaamiset kestivät noin tunnin. Toimeksiantajan edustajan kautta sain yhteyden myös Omaiset mielenterveystyön tu-

kena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:n omaistyöntekijään sekä Joensuun mielen-terveyskeskuksen sairaanhoitajaan sekä psykiatriin. Heidän kanssaan keskustelin myös helmikuussa, omaisten tapaamisien jälkeen.

Tapaamisia varten olin koonnut muutaman kysymyksen liittyen siihen, mitä tietoa masennuksesta opaslehtisessä tuli olla, ja mitkä asiat auttavat läheisiä jaksamaan arjen keskellä. Kysymykset olivat avoimia ja niihin sai vastata omin sanoin. Omaisten tapaamisissa painottuivat enemmän asiat, jotka auttoivat omaisia jaksamaan arjessa. Läheisen omaa hyvinvointia tukevana asiana koettiin olevan muun muassa se, ettei läheinen syyllistä itseään. Myös hyvä ravinto, lepo, ystävät ja muut läheiset koettiin tärkeinä asioina. Tapaamisissa tuli myös ilmi, että keskusteleminen asioista ja omista ajatuksista toisten kanssa auttoi jaksamaan arjessa. Omaisten mielestä oli tärkeä muistaa, etteivät kaikki asiat pyöri masentuneen ympärillä, vaan läheisten täytyy muistaa elää myös omaa elämää. Tärkeänä asiana koettiin myös omaiset mielenterveystyön tukena yhdistyksen toiminta ja vertaistuki.

Sairaanhoitajan sekä psykologin tapaamisissa sain enemmän tietoa siitä, mitä asioita masennuksesta opaslehtisessä tulisi olla, mutta myös hyviä näkökulmia läheisten oman jaksamisen tukemiseksi. Sairaanhoitajan ja psykologin mielestä opaslehtisessä tuli olla tietoa muun muassa masennuksen oireista, hoitomenetelmistä, altistavista tekijöistä ja siitä, mistä masentunut henkilö saa apua. Sairaanhoitajan ja psykologin mielestä läheisten oli myös tärkeä muistaa, etteivät he ole yksin ja apua on saatavilla. Läheisten oman elämän ylläpitäminen harrastusten, työn ja ystävien kautta oli heidän mukaan yksi läheisen omaa hyvinvointia tukevista asioista. Myös sairaanhoitaja ja psykologi painottivat omaistenlailla vertaistuen merkitystä ja sitä, etteivät läheiset syyllistäisi itseään.

Viimeisen keskustelun kävin Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjala yhdistys ry:n omaistyöntekijän kanssa. Häneltä sain omaistyöntekijän näkökulman aiheesta ja opaslehtiseen tulevista tärkeistä asioista. Omaistyöntekijän kanssa käydyissä keskusteluissa tuli esiin paljon samoja asioita kuin aikaisemmissa keskusteluissa, joten tapaamiset tukivat toinen toistansa. Kuitenkin myös omaistyöntekijältä sain hyviä neuvoja ja tärkeää tietoa opaslehtistä varten. Mie-

lestäni jokainen tapaaminen onnistui hyvin ja jokaisesta tapaamisesta sain erilaisia näkökulmia opaslehtistä varten.

Suunnittelussa on tärkeää miettiä kenelle ohjeet ja opas on tarkoitettu. Lukijan tulisi ymmärtää tekstistä, että se on tarkoitettu hänelle. Asioiden kulku tärkeimmästä vähemmän tärkeämpään on suositeltavaa, koska tällä tavoin vain alun lukeneet saavat tiedon olennaisemmasta. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo ohjeen aiheen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36, 39–40.) Opaslehtisessä kuvasin selkeästi ensimmäisellä sivulla sen, kenelle opaslehtinen oli tarkoitettu ja mitä opaslehtinen sisältää. Opaslehtisen alkupuolella kerroin masennuksesta ja loppuosa oppaasta suunniteltiin läheisen oman jaksamisen tukemiseksi. Mielestäni oli järkevämpää kertoa ensin millaisesta sairaudesta oli kyse ja tämän jälkeen keskittyä läheisen omaan tukemiseen. Tein opaslehtisen läheisten näkökulmasta ja valitsin siihen asioita, jotka tulivat esille omaisten ja ammattihenkilöiden kanssa käydyissä keskusteluissa. Opaslehtiseen kokosin myös masentuneiden omaisten ajatuksia teoksesta, *Kun omaisen mieli murtuu* (Jaatinen 2004). Teoksessa olevista omaisten ajatuksista lähetin ensin Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistyksen omaistyöntekijälle listan, josta hän valitsi parhaimmat opaslehtistä varten. Myös toimeksiantajani edustajan kanssa olin tiiviisti yhteydessä sähköpostitse opaslehtisen suunnittelusta.

Kuvat ovat tärkeä osa ohjetta. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa, tukee ja täydentää tekstiä sekä auttaa lukijaa ymmärtämään. Kuvien käytössä tulee muistaa tekijänoikeudet eli kirjallisen tai taiteellisen teoksen tekijänoikeudet kuuluvat teoksen tekijälle. Tekijänoikeudet tarkoittavat sitä, että kuvia ei voi kopioida ja käyttää, vaan kuvien käytölle on kysyttävä lupa kuvan tekijältä. (Torkkola ym. 2002, 40–41.) Opaslehtisen alkuvaiheessa suunnitelmani oli, että opaslehtiseen tulisi itse ottamia luontokuvia. Maaliskuussa 2015 sain kuitenkin ajatuksen siitä, että kuvat olisivat piirrettyjä. Kysyin toimeksiantajani edustajan mielipidettä asiasta ja hänellä ei ollut mitään piirrettyjä kuvia vastaan. Tämän jälkeen pyysin tuttavani apua kuvien suhteen. Huhtikuun puolessa välin lähetin tuttavalleni sähköpostitse opaslehtisestä version, jossa kerroin oman näkemykseni kuvista. Muutama päivä tämän jälkeen tapasimme kasvotusten, jolloin keskustelimme kuvista hieman lisää. Toukokuun alussa sain tuttavaltani kuvista

hahmotelmat ja toukokuun puolella välin kuvat olivat valmiit. Kuvat olivat sekä mustavalkeita että värillisiä. Opaslehtiseen valitsin värilliset kuvat, sillä mielestäni ne sopivat paremmin kuin mustavalkeat.

Ulkoasun tulee palvella ohjeen sisältöä. Hyvän ohjeen lähtökohtana on taitto eli tekstin ja kuvien asettelu. Hyvin taitettu ohje herättää mielenkiintoa ja helpottaa lukemista. Tyhjä tila ei haittaa, vaan päinvastoin lisää ymmärrettävyyttä. Taiton suunnittelu alkaa asettelumallista eli ohjeet, otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan paikoilleen. Asettelumalli on pohja, joka ohjaa muun muassa kirjasintyyppin- ja koon, rivivälin sekä tekstin korostusten valinnasta. (Torkkola ym. 2002, 55.) Tekemäni opaslehtinen oli yksi kolmesta toimeksiantajalleni tehdystä opinnäyte-työn opaslehtisistä. Aluksi toimeksiantajani edustajalla oli toive, että tekisimme opaslehtisistä samaa sarjaa. Opaslehtisen suunnitteluvaiheessa sain kuitenkin tiedon toimeksiantajan edustajalta, etteivät opaslehtiset tarvinneetkaan olla samaa samanlaisia, vaan jokainen sai suunnitella haluamansa opaslehtisen.

Tekemääni opaslehtiseen valitsin yhdessä toimeksiantajani edustajan kanssa tekstin fontiksi Calibrin ja fontin kooksi 12. Calibri fonttina oli yksinkertainen ja helposti luettava, ja koko 12 oli sopivan suuri. Opaslehtisen kanteen tuli opaslehtisen nimi, *Läheiseni on sairastunut masennukseen -opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi*, jonka fontiksi valitsin Bradley Hand ITC. *Läheiseni on sairastunut masennukseen* fontin kooksi tuli 26 ja *-opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi* fontin kooksi 18. Opaslehtisen kannen alareunaan tuli teksti, *kun yksi sairastuu, monen maailma muuttuu*, samalla fontilla kun opaslehtisen otsikko, mutta fontin kooksi tuli 12. Opaslehtisen tekstin riviväliksi tuli 1 ja opaslehtisen kooksi A5.

Opaslehtisen taitto tapahtui toimeksiantajani edustajan ehdotuksesta heidän kauttaan 27.5.2015. Opaslehtisen taiton toteutti toimeksiantajani järjestösihteeri, jolla oli kokemusta oppaiden taitosta. Ennen taittoa olin suunnitellut valmiiksi tekstien sekä kuvien paikat opaslehtiseen. Toukokuun puolella välin lähetin valmiin opaslehtisen taittoa varten toimeksiantajani edustalle. Alun perin olin suunnitellut opaslehtiseen beiget sivut ja sivuille mustat reunat. Opaslehtisen taitto päivänä sain kuitenkin kuulla, ettei opaslehtiseen ollut mahdollista saada

värillisiä sivuja. Toimeksiantajani järjestösihteeri olikin jo etukäteen muuttanut sivujen, reunojen sekä otsikoiden väriä. Muutetussa opaslehtisessä oli valkeat sivut, oranssit reunat ja myös opaslehtisen otsikko ja tekstikappaleiden otsikot olivat oranssin väriset. Mielestäni opaslehtinen näytti hyvältä muutoksista huolimatta, ja oranssi väri sopi hyvin yhteen valkoisten sivujen kanssa. Oranssi väri toi myös mielestäni hieman piristystä vakavaan ja surulliseen aiheeseen. Opaslehtisen takakanteen tuli toimeksiantajan toiveesta Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:n yhteystiedot. Opaslehtisen tekemisessä pidin huolen omasta tekijänoikeuksistani ja merkitsin opaslehtisen ensimmäiselle sivulle oman nimeni. Myös opaslehtisen kuvien tekijänoikeuksien osalta merkitsin tuttavani nimen opaslehtiseen.

Oppaiden ja ohjeiden suositellaan olevan tiiviitä, yksiselitteisiä ja täsmällisiä. Liian pitkien ja vaikeaselkoisten ohjeiden lukeminen herättää lukijassa närää, ja voi vähentää motivaatiota lukemiseen sekä ohjeiden noudattamiseen. (Roivas & Karjalainen 2013, 119.) Toimeksiantajani edustajalla oli toive, että opaslehtisten sivumäärä olisi enintään 28. Tekemääni valmiiseen opaslehtiseen tuli 31 sivua. Toimeksiantajani edustaja eikä myöskään järjestösihteeri kuitenkaan nähnyt ongelmaa siinä, että opaslehtisen sivut ylittivät sovitun sivumäärän. Opaslehtisestä tuli siis hieman pidempi kuin alun perin oli tarkoitus, mutta tietoa oli vaikea karsia, sillä opaslehtinen koostui tärkeistä asioista masentuneen läheisen kannalta. Mielestäni kuvasin asioiden kulun selkeässä järjestyksessä ja aiheiden otsikot kertoivat siitä, mitä tekstiosuudet pitivät sisällään. Oppaan sivut käytin hyvin hyödyksi ja otin huomioon sen, ettei tekstiä olisi sivuilla liikaa. Mielestäni tekstikappaleet eivät olleet liian pitkiä ja joidenkin asioiden kertominen luettelo muodossa, oli hyvä ratkaisu lukijan kannalta. Useissa kappaleissa korostin tummentamalla tärkeitä sanoja ja lauseita, jotta lukija huomaisi ne paremmin. Muutamalle sivulle laadin tekstin sisällöstä kysymyksiä läheisille, ja jätin heille tyhjää tilaa vastata niihin.

7.3 Opaslehtisen arviointi

Ohjetta tulisi arvioida ja testata ennen lopullista julkaisua ja käyttöön ottoa. Ulkopuolinen lukija pystyy kertomaan onko ohjeistus tarpeeksi tarkka, sillä kirjoittajalta voi helposti jäädä pois jotain, mitä hän itse pitää itsestäänselvyytenä. Tekijän on hyvä pohtia viimeistelyvaiheessa, mitä ohjeesta tai oppaasta täytyy jäädä mieleen ja millainen vaikutelma on tärkeää. (Roivas & Karjalainen 2013. 120–121.) Ensimmäisen version opaslehtisestä sain valmiiksi maaliskuussa 2015, jolloin lähetin sen sähköpostitse toimeksiantajalleni edustajalle, omaistyöntekijälle, sairaanhoitajalle sekä psykologille. Toimeksiantajani edustaja lähetti opaslehtisen eteenpäin luettavaksi myös tapaamilleni masentuneiden omaisille.

Maaliskuun lopulla sain toimeksiantajani edustajan kautta omaisten palautetta opaslehtisestä. Palaute omaisilta oli lähinnä kirjoitusvirheistä ja mahdollisista otsikoiden muutoksista. Omaiset myös kokivat, että yhteystietoja opaslehtisessä ei tarvinnut olla niin paljoa, sillä yhteystietojen nimet ja paikat muuttuvat nopeasti. Omaisten mielestä myöskään tietoa masennuslääkkeistä ei tarvinnut olla niin tarkasti. Omaistyöntekijältä sain palautetta lähinnä kieliopista ja myös hän oli sitä mieltä, ettei masennuksen hoitoon käytettävistä lääkkeistä tarvinnut kertoa niin laajasti. Muuten palaute omaistyöntekijältä oli hyvää ja kokonaisuudessaan olin hänen mielestä koonnut opaslehtiseen tärkeitä asioita. Toimeksiantajani edustajalla oli toive, että kertoisin enemmän heidän yhdistyksen toiminnasta ja lisäisin opaslehtiseen huomio omaiset -mallin. Tässä vaiheessa en saanut Joensuun mielenterveyskeskuksen sairaanhoitajalta tai psykologilta palautetta.

Huhtikuussa korjasin opaslehtistä saamani palautteen mukaan, ja tein siitä monta erilaista versiota. Huhtikuun puolessa välin lähetin toimeksiantajalleni edustajalle mielestäni parhaimman version. Tässä vaiheessa opaslehtisessä ei ollut vielä kuvia. Toimeksiantajani edustajan mielestä opaslehtisen toinen versio oli parempi ja selkeämpi kuin ensimmäinen versio. Hän myös mainitsi opaslehtisessä olevan hyvää se, että olin koonnut opaslehtiseen kohtia, joihin masentuneen läheinen pystyi itse kirjoittamaan ajatuksiaan ja tärkeitä asioita. Toimeksiantajani edustajan mukaan omaisista toisella ei ollut enää mitään lisättävää opas-

lehtiseen, vaan hänen mielestä opaslehtinen oli hyvä. Omainen sanoi kuitenkin toivoneensa, että opaslehtisessä olisi ollut mukana jo kuvia. Toisen omaisen palautetta en saanut, sillä toimeksiantajan edustaja ei saanut häntä kiinni. Toimeksiantajani edustaja oli antanut opaslehtisen luettavaksi myös Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistyksen työntekijöille, joilta sain palautetta lähinnä kirjoitusvirheistä. Sisällöllisesti palaute opaslehtisen viimeisestä versiosta oli kuitenkin kaiken kaikkiaan hyvää.

Palautteiden jälkeen korjasin vielä muutaman kappaleen sisältöä ja siirsin huomio omaiset -mallin opaslehtisen ensimmäiseltä sivulta opaslehtisen viimeiselle sivulle. Tämän jälkeen lähetin opaslehtisen uudelleen luettavaksi sähköpostitse Joensuun mielenterveyskeskuksen sairaanhoitajalla sekä psykologille. Toukokuun alussa sain sähköpostitse palautetta myös psykologilta. Häneltä sain hyviä korjausehdotuksia muutamista kappaleista, kuten esimerkiksi psykoterapia kappaleesta. Hän myös toivoi joidenkin asioiden avaamista laajemmin. Palautteen jälkeen lisäsin hieman uutta tietoa opaslehtiseen sekä opinnäytetyöraporttiin sekä korjasin vielä muutamia kirjoitusvirheitä.

8 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus joka on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava, on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys ja huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustyössä, esittämisessä ja tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tein opinnäytetyön yksin ja olin huolellinen ja tarkka koko opinnäytetyöprosessin ajan työn etenemisestä. Opinnäytetyön edetessä olin kriittinen omaa tekemistäni kohtaan ja pohdin tarkasti, kuinka asiat esitän ja mitä lähteitä opinnäytetyössäni käytän. Eettisyys opinnäytetyön tekemisessä näkyi muun muassa siinä, että tein opinnäytetyön koulun antamien ohjeiden mukaisesti, opinnäytetyö valmistui ajallaan, noudatin toimeksiannossa sovittuja asioita ja merkitsin lähdetiedot oikeaoppisesti raporttiin sekä lähdeluetteloon.

Aiheen valinta liittyy eettisyyteen. Tutkimuksen täytyy perustua laajempaan tietoperustaan, ja tämä edellyttää aikaisempiin tutkimuksiin perehtymistä. Tutkimuksen yhteiskunnallinen ulottuvuus on myös keskeinen eettinen tekijä. Tutkimuksesta on oltava hyötyä muille. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Aiheena koin masennuksen olevan ajankohtainen ja tärkeä. Masennus on yleinen mielenterveysongelma Suomessa ja sairautena masennus koskettaa niin sairastunutta kuin myös hänen läheisiään. Masennus liittyy myös oleellisesti hoitotyöhön ja tulevassa sairaanhoitajan työssäni on mahdollista, että tulen työskentelemään masentuneiden potilaiden ja heidän läheisten kanssa. Toimeksiantajani edustajan mielestä masentuneiden läheisille tuotettua materiaali oli olemassa vähän, joten tästä syystä koin tärkeäksi valita heidät kohderyhmäksi. Usein myös masennuksen hoito kohdistuu enemmän potilaaseen ja masentuneen läheinen jää vähemmälle tiedolle, joten tästäkin syystä halusin tehdä masentuneen läheiselle tuotetun opinnäytetyön.

Masennuksesta löytyi paljon tietoa, mutta läheisten hyvinvoinnin tukemisesta tietoa löytyi yllättävän vähän tai tieto oli monessa lähteessä sama. Näin ollen käytin paljon aikaa perehtyessäni aiheeseeni sekä sopivien lähteiden etsimiseen. Rajasin aiheeni ainoastaan masennukseen, enkä käsitellyt siihen liittyviä muita sairauksia kuten esimerkiksi ahdistusta, sillä muuten aiheeni olisi kasvanut liian laajaksi. Vaikka masennus liittyy oleellisesti kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, en myöskään käsitellyt tätä sairautta. Syy tähän oli se, että toinen opinnäytetyöryhmä teki kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä opinnäytetyön samalle toimeksiantajalle. Näin ollen uskoin, että he keskittyivät opinnäytetyössään kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvaan masennukseen tarkemmin. Opinnäytetyön viitekehuksesta tuli suhteellisen laaja, mutta teoretiedosta karsiminen olisi jättänyt osan tiedosta puutteelliseksi, ja tämä olisi vähentänyt opinnäytetyöni eettisyyttä sekä luotettavuutta. Mielestäni kuitenkin pysyin rajatussa aiheessani ja opinnäytetyön teoretieto etenee sujuvassa järjestyksessä.

Opinnäytetyön tuotokseksi valitsin toimeksiantajani edustajan kanssa opaslehtisen. Opaslehtinen oli mielestämme hyvä ratkaisu siksi, että opaslehtistä pystyi jakamaan eri paikkoihin. Näin ollen opaslehtisen avulla voidaan tavoittaa myös monia masentuneiden läheisiä. Opaslehtinen tuotokseksi oli hyvä masentuneen

läheiselle siksi, että sen avulla läheinen saa konkreettista tietoa masennuksesta, hänelle tarkoitetuista palveluista ja siitä, miten hän voivat itse tukea omaa jaksamistaan. Mielestäni oli tärkeä tehdä opaslehtinen, josta olisi hyötyä pidemmäksi aikaa. Opaslehtisen oli myös tarkoitus sisältää mahdollisimman ajan tasalla olevaa tietoa. Tästä syystä en laittanut opaslehtiseen esimerkiksi laajaa yhteystietolistaa paikoista, joista läheinen saa tukea, sillä paikkojen nimet ja osoitteet muuttuvat nykyään nopeasti. Yhteystietojen puuttumisen ratkaisinkin, niin, että jätin masentuneen läheiselle tilaa itse kirjoittaa opaslehtiseen hänelle tärkeiden paikkojen yhteystietoja.

Sivumäärä opaslehtisessä ylittyi hieman siitä, minkä sen aluksi piti olla. Sivumäärästä huolimatta, mielestäni opaslehtisestä ei tullut liian pitkä tai raskaasti luettavia, koska suunnittelin tekstit sivuille hyvin ja tein monista asioista luetteiloita. Sivuja opaslehtiseen lisäsivät myös jättämäni kohdat läheisten omille ajatuksille. Ilman näitä kirjoituskohtia sivumäärä olisi luultavasti pysynyt 28:ssä. En kuitenkaan halunnut jättää läheiselle tarkoitettuja kirjoituskohtia pois, sillä kohdat olivat mielestäni tärkeitä ja myös hyvä lisäys opaslehtiseen.

Opaslehtisen sisältöä varten tapaamani henkilöt olivat valittu etukäteen ja mietitty tarkasti. Tapaamisissa käytettävät kysymykset olivat avoimia, ja kohdehenkilöt saivat omin sanoin kertoa ajatuksiaan. Tapaamisien tarkoituksena oli selvittää, mitä tietoa opaslehtisessä tulisi olla masennuksesta ja mitkä tekijät auttavat läheisiä ja omaisia jaksamaan arjessa. Mielestäni sain tapaamisissa näihin kysymyksiin kattavia vastauksia ja kaikki tapaamisiin osallistuneet henkilöt olivat aiheeseeni sopivia. Opinnäytetyön eettisyyttä vahvistaa se, että omaisten, omaistyöntekijän, sairaanhoitajan sekä psykologin osallistuminen tapaamisiin oli vapaaehtoista ja he saivat ennakkoon tiedon siitä, mihin olivat suostuneet ja mikä oli tapaamisien tarkoitus. Pidin myös huolen siitä, että heidän henkilöllisyydet eivät tulleet missään vaiheessa opinnäytetyötä esille. Eettisyyttä vahvistaa myös se, että olen aktiivisesti koko opinnäytetyö projektin edetessä kysynyt palautetta niin opinnäytetyö raportista kuin myös tuotoksesta.

Tutkimuksissa tulee käyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia, eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Toisten tutkijoiden lähteet ja

viitteet tulee merkitä asianmukaisella tavalla, ja tarvittaessa on hankittava tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Keskeistä on ottaa huomioon se, että toisten tekstiä ei saa plagioida. Plagionti tarkoittaa sitä, että toisten kirjoitusta tai tekstiä esitetään omanaan. Lainatessa tekstiä on aina muistettava merkitä lähde merkintä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25–27.) Kaikki käyttämäni lähteet on merkitty asianmukaisesti opinnäytetyöraporttiin sekä lähdeluetteloon. Vältin suoria lainauksia ja kerroin käyttämäni tekstit omin sanoin, jottei plagiontia syntyisi.

Opinnäytetyössäni käytin luotettavuuden arvioinnissa laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuudella, siirrettävyydellä, vahvistettavuudella ja refleksiivisyydellä (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Opinnäytetyössäni uskottavuus näkyy selkeän raportoinnin ja monien luotettavien lähteiden kautta. Olen myös raportissani kuvaillut tarkasti opinnäytetyön toiminnallisen osuuden. Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa myös se, että sain näkökulmaa aiheesta suoraan heiltä, joille opinnäytetyö oli tarkoitettu. Opinnäytetyötä varten tapaamillani henkilöt oli tietoa, omakohtaista kokemusta ja myös luotettavaa näkökulmaa aiheesta.

Siirrettävyys opinnäytetyössäni näkyy siten, että opinnäytetyötäni voi jatkossa hyödyntää masentuneiden läheisten kanssa keskusteluiden pohjana sekä heille tarkoitetuissa tapahtumissa. Opinnäytetyössäni vahvistettavuus näkyy opinnäytetyöraportin kautta. Olen kirjannut opinnäytetyönraportin niin, että myös ulkopuolinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä ja hän ymmärtää prosessin kulun pääpiirteittäin. Luotettavuuden arvioinnissa reflektiivisyys näkyy siten, että opinnäytetyöprosessin alussa olin tietoinen omista lähtökohdistani.

Lähdekritiikissä on hyvä arvioida lähteiden alkuperäisyyttä, luotettavuutta ja riittävyttä. Kirjallisessa työssä tulisi käyttää primaarilähteitä, joissa on alkuperäistä tai ennestään tunnetun tiedon uutta tulkintaa. Primaarilähteinä voivat olla esimerkiksi aikakauslehtiartikkelit, tutkimusraportit ja opinnäytetyöt. Julkaisijoina ovat yleensä tutkimuksen suorittaneet henkilöt. Sekundaaritieto on koottu primaarilähteistä. Sekundaarilähteitä ovat esimerkiksi viitetiedostot ja tiivistelmälehdet. (Tampereen yliopisto 2014.) Opinnäytetyötyössäni lähteinä käytin

kirjallisuus- ja internetlähteitä. Lähteet olivat vähintään 2000-luvun lähteitä, lukuun ottamatta muutamaa alkuperäistä lähdetä, jotka oli kirjoitettu aiemmin. Suurimmaksi osaksi käytin primäärilähteitä, mutta muutamassa internetlähteessä käytin sekundaarilähteitä, sillä alkuperäiseen lähteeseen olisi tarvittu lukuoi-keudet, joita minulla ei ollut. Lähteitä valitessani otin huomioon muun muassa kirjoittajan, vuosiluvun ja julkaisijan. Internetlähteitä etsiessäni käytin apuna Nel-li-portaalia sekä Karelia-ammattikorkeakoulun informaattikkoa. Vieraskielisiä lähteitä oli yllättävän vaikea löytää, ja tästä syystä käytin opinnäytetyössäni vain muutamaa vieraskielistä lähdetä.

9 Pohdinta

Opinnäytetyöni oli toimeksiannettu toiminnallinen opinnäytetyö. Pitkän harkin-nan jälkeen valitsimme yhdessä toimeksiantajan kanssa aiheeksi masennuksen ja masentuneen läheisen tukemisen. Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa masen-tuneiden läheisille tietoa masennuksesta ja siitä, kuinka he voivat tukea omaa jaksamistaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi.

Tein opinnäytetyön yksin, sillä koin sen itselleni parhaimmaksi ratkaisuksi. Pys-tyin tekemään opinnäytetyötäni silloin, kun itse halusin ja opinnäytetyöstäni tuli sellainen, kuin itse sen halusin olevan. Alussa opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen eteni nopeasti ja luontevasti. Työn edessä kuitenkin huomasin, kuinka paljon työtä oikeasti on ja miten paljon helpompaa olisi ollut, jos työn olisi voinut jakaa toisen kanssa. Etenkin silloin, kun työ tuntui jumittavan paikallaan, vertaistuki parilta olisi varmasti ollut hyvä. Alussa olleet opinnäytetyö pienryhmä tapaamiset olivat mielestäni kuitenkin hyödyllisiä, ja sain niistä myös hieman vertaistukea muilta opinnäytetyöntekijöiltä. Opinnäytetyö projektin edetessä so-vimme kuitenkin pienryhmän kanssa yksilötapaamisista, sillä olimme ryhmänä niin eri vaiheissa. Mielestäni tämä oli hyvä ratkaisu etenemisemme suhteen.

Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen, ja halusin oppia aiheesta mahdollisimman paljon. Halusin oman innokkuuteni ja kiinnostukseni näkyvän opinnäytetyössäni, mutta kuitenkin niin, etten menisi liikaa aiheen ulkopuolelle. Oman mielenkiintoni vuoksi, halusin kirjoittaa lyhyesti myös eri-ikäisten masennuksesta. Tietoa masennuksesta löytyi paljon ja aiheen rajaus tuntui välillä todella haastavalta. Jouduinkin muuttamaan opinnäytetyön teoreettista viitekehystä monta kertaa. Sen sijaan masentuneen läheisen oman jaksamisen tukemisesta tietoa löytyi vähän. Koinkin hieman vaikeaksi koota laajaa ja kattavaa tietopohjaa tästä osa-alueesta. Vaikka opinnäytetyön viitekehystä tuli melko laaja, on teoriapohja sellainen kuin sen halusin olevan.

Toimeksiantajani edustajan kanssa yhteistyö sujui hyvin, ja hän oli aktiivisesti mukana opinnäytetyö projektissa alusta alkaen. Toimeksiantajani edustaja auttoi minua monessa asiassa opaslehtisen tekemisessä, kuten esimerkiksi sopivien henkilöiden etsimisessä tapaamisia varten. Opinnäytetyön tuotoksen tekemisen koin suurimmalta osalta mieluisaksi. Välillä koin kuitenkin haastavaksi opaslehtisen tekemisessä sen, että opaslehtiseen tulevan tiedon oli pohjautettava tutkittuun ja näyttöön perustuvaan teoriatietoon. Jos jotain tekisin toisin opinnäytetyö projektissa, niin keskustelisin omaisten, omaistyöntekijän, sairaanhoitajan sekä psykologin kanssa jo opinnäytetyö projektin alkuvaiheessa, ja tekisin opaslehtistä samaan aikaan kuin kirjoitin opinnäytetyöraporttia. Nyt kokosin ensin opinnäytetyön teoriaosuuden, ja tämän jälkeen tapasin omaisten sekä ammattihenkilöiden kanssa. Tapaamisissa tulikin ilmi asioita joita en ollut opinnäytetyöni teoriaosuudessa ottanut huomioon, ja tästä syystä jouduin muuttamaan ja lisäämään tietoa opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen.

Tämä oli laajin tekemäni kirjallinen työni ja ensimmäinen opinnäytetyöni. Tein opinnäytetyötä muun opiskelun ja työn ohessa, joten opinnäytetyön tekeminen vei paljon vapaa-aikaani. Opinnäytetyö prosessin etenemisen vuoksi tein ahkerasti ja tunnollisesti töitä ja uskon, että kaikki käytetty aika oli oman oppimiseni arvoista. Koin tärkeäksi ja motivoivaksi ohjaavalta opettajaltani saamani palautteen, mikä myös auttoi minua saamaan opinnäytetyö projekti läpi.

Opinnäytetyö prosessin aikana olen oppinut, kuinka toiminnallinen opinnäytetyö tehdään. Ymmärrän kuinka isosta prosessista on kyseessä ja mitä kaikkea siihen vaaditaan. Opaslehtisen tekeminen vei myös paljon aikaa ja tein siitä monta erilaista versiota, ennen kuin olimme toimeksiantajani sitä mieltä, että se on valmis. Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut minua ammatillisesti ja olen saanut paljon uutta tietoa masennuksesta sekä siitä, kuinka masentuneen läheinen voi tukea omaa jaksamista. Opinnäytetyö antaa minulle valmiuksia ja taitoa kohdata masentuneita potilaita sekä heidän läheisiään tulevassa työelämässä. Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen suoritukseeni.

10 Jatkokehittämisideat

Opinnäytetyötäni voi jatkossa hyödyntää erilaisissa masentuneiden läheisille tarkoitetuissa tilaisuuksissa ja heidän kanssaan käydyissä keskusteluissa. Jatkokehitysideana voisi esimerkiksi selvittää, mistä muualta kolmannen sektorin palveluista kuin Omaiset mielenterveyden tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:stä psykiatristen potilaiden läheiset saavat tukea tai vertaistukea Pohjois-Karjalassa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös se, kuinka hoitohenkilökunta huomioi yleisesti toiminnassaan psykiatrisen potilaan läheisten jaksamisen ja tukemisen, läheisten näkökulmasta.

Lähteet

- Aalberg, V. 2009. Psykodynaamiset yksilöterapiat. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103. 13.12.2014.
- Ahola, K. & Hakanen, J. 2015. Työuupumus. Työterveyslaitos. <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyouupumus/sivut/default.aspx> 26.1.2015.
- Ahola, K., Tuisku, K. & Rossi, H. 2012. Työuupumus (burnout). Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681. 30.1.2015.
- Alastalo, T. & Punkkinen, A. 2005. Se on kyllä ollut ihan ratkaiseva asia. Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä. Sairaanhoidajalehti 2005 (11), 26–28.
- Autio, T. 2011. Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/66/>. 30.1.2015.
- Blumenthal, J., Babyak, M., Moore, K., Craighead, E., Herman, S., Khatri, P., Waugh, R., Napolitano, M., Forman, L., Appelbaum, M., Doraiswamy, M. & Krishnan, R. 1999. Effects of Exercise Training on Older Patients With Major Depression. *Jama Internal Medicine*. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485159>. 26.4.2015.
- De Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen lääkirilehti* 61 (41/2006) http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D31562%26GUID%3D%257B4D44BB90-72A5-4B6C-A6FC04F249D7CB76%257D&ei=li09VdDTI4GXsAGxl4GADw&usq=A FQjCNG7HuDc8VhkV_F087jaA5oi1XS0MQ&bvm=bv.91665533,d.bGg. 28.1.2015.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Granström, V. 2011. Omaisten rooli masentuneen vanhuksen hoidossa. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Masennus (toim.) Helsinki: Duodecim, 376.
- Haarala, M. 2010. Psykoedukaatio. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.) Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 43–46.
- Hannuksela, M. 2009. Masennus ja valohoito. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hpa00077. 28.1.2015.
- Heikkinen, R. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heino, M. & Kaivolainen, M. 2010. Toimivat vertaiset. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry.
- Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011a. Miksi ihminen masentuu. Masennus. Helsinki: Duodecim.

- Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011b. Vanhusten masennustilat. Masennus. Helsinki: Duodecim.
- Henriksson, M. & Laukkala, T. 2010. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99182. 29.1.2015.
- Hietanen, P. 2013. Inhimillinen kohtaaminen ja hoitosuhteen jatkuvuus. Teoksessa Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarelma, K. Sairaus ja toivo (toim.) Helsinki: Duodecim, 87–88.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, T. 2009. Varhainen tunnistaminen ja hoito. Duodecim. Terveysportti. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=tte00042&p_haku=masennuksen%20hoito%20ty%C3%B6terveyshuollossa. 9.2.2015.
- Huttunen, M. 2002. Teoksessa Luhtasaari, S. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 14, 15, 21–23, 52–54, 69, 73, 75.
- Huttunen, M. 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Teoksessa Javanainen, M. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 84–86, 94.
- Huttunen, M. 2008a. Alkoholien ongelmakäyttö ja eri psyykkisten häiriöiden lääkehoito. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00078. 1.4.2015.
- Huttunen, M. 2008b. Lääkkeen ja annoksen valinta. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00040. 29.1.2015.
- Huttunen, M. 2008c. Mäkikuisma. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00108. 17.12.2014.
- Huttunen, M. 2009. Terapiasta tukea. Teoksessa Luhtasaari, S. (toim.) Depis. Masennuksen eri muodot. Helsinki: Duodecim, 77–78.
- Huttunen, M. 2014a. Masennus, masentuneisuus, masennusoire ja masennustila. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390. 25.2.2015.
- Huttunen, M. 2014b. Masennustilat eli depressiot. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538. 13.11.2014.
- Isometsä, E. 2011. Masennustilan puhkeaminen ja tunnistaminen. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 23.
- Isometsä, E. & Leinonen, M. 2011a. Masennuslääkkeet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 74.
- Isometsä, E. & Leinonen, E. 2011b. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI). Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 77.

- Isometsä, E. & Leinonen, E. 2011c. Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (toim). Masennus. Helsinki: Duodecim, 77.
- Isometsä, E. & Leinonen, E. 2011d. Trisykliset masennuslääkkeet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (toim). Masennus. Helsinki: Duodecim, 78.
- Jaatinen, E. 2004. Kun läheisen mieli murtuu. Helsinki: Kirjapaja oy.
- Juva, K. 2011. Muistisairauksien ja masennuksen väliset erot. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 377–378.
- Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. 2011a. Omaisen psyykinen prosessi ja selviytyminen. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Duodecim, 184–185.
- Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. 2011b. Masennuspotilaan omaisen tukeminen. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 193.
- Kalska, H. 2005. Miks` mieleni on niin musta. Neuropsykologisia huomioita masennuksesta. Teoksessa Lindqvist, M., Kuvaja, T. & Rasilainen, A. (toim.) Masennus. Mustaa ja valkoista. Helsinki: Therapiea-säätiö, 41, 47.
- Karlsson, H. 2009. Interpersoonallinen psykoterapia. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00100&p_teos=onn&p_selaus=#T1. 6.5.2015.
- Karlsson, L. & Marttunen, M. 2011a. Masennuksen yleisyys lapsuus- ja nuoruusiässä. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 357.
- Karlsson, L. & Marttunen, M. 2011b. Masennuksen ennuste lapsilla ja nuorilla. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 358–359.
- Karlsson, L. & Marttunen, M. 2011c. Masennuksen riskitekijät ja suojaavat tekijät lapsuus- ja nuoruusiässä. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Masennus (toim.) Helsinki: Duodecim, 359–361.
- Karlsson, L. & Marttunen, M. 2011d. Lapsen ja nuoren masennuksen hoitoperiaatteet. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 366–367.
- Koivisto, M., Kuuskoski, E. 1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. Edilex.
<http://www.edilex.fi/he/19910185#OT43>. 23.5.2015.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Koskinen, M. 2014. Masennus. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/125/masennus. 4.12.2014.
- Kumpulainen, M. 2015. Kuinka tuet masentunutta itse uupumatta? Kuntoutussäätiö. <http://www.kuntoutussaatio.fi/tutkimustoiminta/insp04>. 26.1.2015.
- Kylmä, J. 1996. Toivon dynamiikka. Inhimillisen olemassaolon uudistuksen lähde. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Käypä hoito -suositus. 2014. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#NaN>. 1.12.2014.
- Lehtonen, J. 2013. Toivon säilyminen ja kliininen vuorovaikutus. Teoksessa Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarelma, K. (toim.) Sairaus ja toivo. Helsinki: Duodecim, 19–20.
- Leppämäki, S. 2007. Liikunta ja depressio. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00038&p_teos=onn&p_selaus=9513. 6.5.2015.
- Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M. & Sundqvist, L. 2006. Monimuotoinen/ toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali- ammattikorkeakoulu.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>. 26.9.2014.
- Luodemäki, S., Ray, K. & Hirstiö- Snellman, P. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Lönnqvist, J. 2009a. Itsemurhat. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158. 28.4.2015.
- Lönnqvist, J. 2009b. Stressi ja depressio. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020. 27.2.2015.
- Lönnqvist, J. 2011. Itsetuhoajatukset ja masennus. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 317–318.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2015.
http://www.mll.fi/vanhempainnetti/kipupisteita/onko_nuorella_kaikki_hyvinkin/miten_vanhempi_voi_auttaa_nuorta/. 26.2.2015.
- Masennusklinikka. 2007. Psykoterapiat. Terve.fi
<http://www.tohtori.fi/?page=5096075&id=2461128#Supportiivinen%20psykoterapia>. 13.12.2014.
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052. 28.4.2015.
- Mayo Clinic. 2014. Diseases and conditions. Depression (major depressive disorder). <http://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/depression/basics/risk-factors/con-20032977>. 1.12.2014.
- Mielenterveysomaisten keskusliitto. 2014. Järjestö mielenterveysomaisia varten. <http://www.finfami.fi/pagejarjesto>. 6.4.2015.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2015. Mitä on vertaistuki?
<http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>. 14.11.2014.
- Myllärniemi, J. 2009. Masennus. Psyhyksen kipu. Helsinki: Kirjapaja.

- Narumo, R. 2010. Ammatillisesti ohjatut vertaistukiryhmät kriisistä selviytymisen tukena. Teoksessa Jalava, J., Narumo, R., Mäenpää, E., Lehtonen, E., Moilasheimo, T., Terävä, M. & Djupsund, C. (toim.) *Kyllä me yhdessä selvitään. Voimauttavaa vertaistukea kriisitilanteissa*. Suomenmielenterveysseura.
http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/kylla_me_yhdessa_selvitaan.pdf. 6.2.2015.
- Niemi, H. 2001. *Elämän vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaan, kuntoutujan ja omaisen opas*. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nuotio, T.-M., Karukivi, M. & Saarijärvi, S. 2013. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. *Potilaan lääkärilehti*.
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/nuorten-masennusta-voidaan-ehkaista/#.VMqKZy7eSVc>. 29.1.2015.
- Nupponen, R. 2005a. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 48.
- Nupponen, R. 2005b. Liikunta masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden ehkäisyssä. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 153–156.
- Nupponen, R. 2005c. Päätelmät ehkäisyyn ja hoitoon. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 156–157.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2014. *Huomioi omaiset malli*.
<http://www.omaiset-tampere.fi/ammattilaisille/huomio-omaiset-malli>. 6.4.2014.
- Omaiset mielenterveystyön tukena uudenmaan yhdistys ry. 2015. *Omaisen opas. Opas omaisille, joiden läheinen oireilee tai sairastaa psyykkisesti*.
<http://www.otu.fi/images/pdf/omaisten-opas-fi.pdf?Itemid=266>. 11.4.2015.
- Pakkala, I. 2008. *Mielialahäiriöt*. Duodecim.
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f452306492/mielialahairiot.pdf>. 30.1.2015.
- Panhelainen, M. 2010. Masennus potilaan hoitotyö. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.) *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 39–40.
- Pirttilä, T. & Koponen, H. 2010. Muistipotilaan kognitiivisen suorituskyvyn arviointi. Duodecim. *Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=nix00510. 30.1.2015.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. 2015. *Yhteispäivystys*.
<http://www.pkssk.fi/ensivun-klinikka>. 28.4.2015.
- Punkanen, T. 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Puustinen, R. & Louhiala, P. 2002. Onko plasebo lumetta? Duodecim.
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92890&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=. 29.1.2015.
- Ritschkoff, J. & Vataja, R. 2009. Sähköhoitoa ei saa unohtaa. Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97878. 17.12.2014.
- Riihimäki, K. 2010. Masennus sairautena. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.) Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9–22.
- Roivas, M. & Karjalainen, A.-L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan Viestintä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Räsänen, P. 2015. Ikäihminen ja masennus. Terve.fi.
<http://www.terve.fi/masennus/ikaihminen-ja-masennus>. 26.1.2015.
- Saarela, T. 2011. Iäkkään henkilön masennuksen tunnistaminen ja hoitoperiaatteet. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 373–375.
- Siimes, K. 2001. Masennuksen ehkäisy. Kuopio: Mielikirjat.
 Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014a. Mielenterveyspalvelut.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut. 16.4.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Työkyvyttömyyseläke.
http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/tyokyvyttomyyselake. 27.1.2015.
- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, J., Muuri, A., Lahti, T. & Lammi-Taskula, J. 2011. Sosiaali- ja terveyshuollon yhteiset vastualueet. Teoksessa Lammi-Taskula, J. (toim.) Sosiaali ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy, 114.
- Tamminen, T. 2010a. Masennuspotilaiden hoidollinen kohtaaminen ja psykoterapia. Teoksessa Pylkkänen, K., Rechartt, M., Saarinen, P. & Taajamaa, B. (toim.) Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed Oy, 43–45.
- Tamminen, T. 2010b. Kognitiivinen terapia käytännössä. Teoksessa Pylkkänen, K., Rechartt, M., Saarinen, P. & Taajamaa, B. (toim.) Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed Oy, 76–77.
- Tamminen, T. 2010c. Perheterapia. Teoksessa Pylkkänen, K., Rechartt, M., Saarinen, P. & Taajamaa, B. (toim.) Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed Oy, 150–151.
- Tamminen, T. 2010d. Lapsen masennus. Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98700#s7. 29.1.2015.
- Tampereen yliopisto. 2014. Lähteiden käytöstä ja lähdekritiikistä.
<http://www.uta.fi/hes/opiskelu/kaytannot/kirjoittajanopas/tiedonhaku/lahdekrit.html>. 15.4.2015.

- Taiminen, T. 2013. Lääkeresistentin masennuksen hoito. Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11274.
 28.1.2015.
- Tela. 2015. Työeläkevakuuttajat.
http://www.tela.fi/tyoelakeala/tyokyky/toimiva_masennuksen_hoito.
 4.3.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Alkoholit ja mielenterveys.
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/tietoa-alkoholista/alkoholi-ja-terveys/alkoholin-haittavaikutukset/alkoholi-ja-mielenterveys#masennus>. 1.4.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Beckin depressiokysely.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/liitetiedosto/526/>.
 4.4.2015.
- Tontti, J. 2008. Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Toskala, A. 2009. Kognitiiviset psykoterapiat. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00101. 13.12.2014.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. 25.10.2014.
- Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito- työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Turunen, M. 2015. Yhteisesti asiaa oppaisiin. Johanna.Huovinen@edu.karelia.fi. 23.3.2015.
- Työterveyslaitos. 2013. Masennus ja työ.
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/masennus_ja_tyo/sivut/default.aspx.
 10.12.2014.
- Vuorinen, M. 1996. Oma-apu ryhmät: vertaisten tukea ja toimintaa. Teoksessa Kärkkäinen, T. & Nylund, M. (toim.) Oma apuryhmäprojekti. Helsinki. Kansalaisareena ry, 7.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Wahlbeck, K. 2011. Työ on myös masentuneen oikeus. Academia.edu.
http://www.academia.edu/6178626/Ty%C3%B6_on_my%C3%B6s_masentuneen_oikeus_People_with_depression_have_the_right_to_work
 26.1.2015.
- WHO. 2012. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
 11.3.2015.

Beckin masennuskysely (BDI)

BDI 21 -MASENNUSKYSELY

Valitse vaihtoehdoista se, joka kuvastaa oloasi tai tunnettasi parhaiten.
Vastaa kaikkiin kysymyksiin. Tarkista vielä lopuksi vastauksesi.

- | | |
|---|---|
| 1. 0 En ole surullinen. 1 Olen surullinen. 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen. 3 Olen niin onneton, että en enää kestä. | 12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä. 1 Muut ihmiset kiinnostavat minua enää vähän. 2 En ole kiinnostunut muista juuri lainkaan. 3 Muut ihmiset eivät kiinnosta minua. |
| 2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua. 1 Olen tulevaisuus pelottaa minua. 2 Tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavaa. 3 Tunnen että tulevaisuus on toivoton. | 13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennen. 1 Lykkään usein päätösksen tekemistä. 2 Minun on vaikea tehdä päätöksiä. 3 En pysty tekemään päätöksiä. |
| 3. 0 En tunne epäonnistuneeni. 1 Olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset. 2 Menneisyyteni on sarja epäonnistumisia. 3 Olen täysin epäonnistunut ihmisenä. | 14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut. 1 Näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä. 2 Ulkonäköni on muuttunut epämiellyttäväksi. 3 Uskon olevani ruma. |
| 4. 0 Asiat tuottavat minulle edelleen tyydytystä. 1 En osaa nauttia asioista kukaan ennen. 2 En saa tyydytystä mistään. 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen. | 15. 0 Työkkyyni on suunnilleen ennallaan. 1 Työn aloittaminen tuntuu vaikealta. 2 Minun on pakotettava itseni työhön. 3 En pysty tekemään työtä. |
| 5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyydentunteita. 1 Minulla on usein syyllinen olo. 2 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä. 3 Tunnen syyllisyyttä suurimman osan ajasta. | 16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen. 1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen. 2 Herään nykyisin 1–2 tuntia liian aikaisin enkä saa unta. 3 Herään useita tunteja liian aikaisin enkä saa unta. |
| 6. 0 En koe, että minua rangaistaan. 1 Uskon, että minua saatetaan rangaista. 2 Odotan, että minua rangaistaan. 3 Tunnen, että minua rangaistaan. | 17. 0 En väsy sen nopeammin kuin ennen. 1 Väsyn nopeammin kuin aikaisemmin. 2 Väsyn lähes tyhjästä. 3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään. |
| 7. 0 En ole pettynyt itseäni. 1 Olen pettynyt itseäni. 2 Inhoan itseäni. 3 Vihaan itseäni. | 18. 0 Ruokahaluni on ennallaan. 1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen. 2 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua. 3 Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen. |
| 8. 0 Olen yhtä hyvä kuin kuka tahansa. 1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni. 2 Moitin itseäni virheistä. 3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen. | 19. 0 Painoni on pysynyt suunnilleen ennallaan. 1 Olen laihtunut yli 3 kiloa. 2 Olen laihtunut yli 5 kiloa. 3 Olen laihtunut yli 8 kiloa. |
| 9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni. 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutta en tee sitä. 2 Haluaisin tappaa itseni. 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi mahdollisuus. | 20. 0 En ole juuri huolissani terveydestäni. 1 En pysty ajattelemaan kuin ruumiillisia vaivojani. 2 Olen huolissani vaivoistani, särystä jne. 3 Olen huolissani terveydestäni lähes koko ajan. |
| 10. 0 En itke tavallista enempää. 1 En pysty itkemään, vaikka haluaisin. 2 Itken nykyisin enemmän kuin ennen. 3 Itken nykyisin aina. | 21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan. 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt. 2 Kiinnostukseni seksiin on vähäistä. 3 En ole lainkaan kiinnostunut seksistä. |
| 11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti. 1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen. 2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan. 3 Aiemmin raivostuttaneet asiat eivät liikuta minua. | |

Pisteet yhteensä: _____

Testin tulkinna voi käyttää seuraavia, suuntaa antavia pisterajoja:
alle 10 pistettä = ei masennusoireita, 10–16 pistettä = lieviä masennusoireita,
17–29 pistettä = kohtalaisia masennusoireita, 30–63 pistettä = vakavia masennusoireita.

Lähde: Aalto ym. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. THL 2010.

lääkärin masennuksen arvioinnissa käytetty GDS-mittari

Potilaan nimi: _____ Arviointipäivämäärä: _____

Syntymäaika: _____ Arvioija: _____

| MYÖHÄISIÄN DEPRESSIOSEULA GDS-15 | | | | | |
|---|-------|----|---|-------|----|
| 1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne? | kyllä | EN | 10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä? | KYLLÄ | ei |
| 2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne? | KYLLÄ | en | 11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää? | kyllä | E |
| 3. Tuntuuko elämänne tyhjältä? | KYLLÄ | ei | 12. Tunnetteko itsenne nykyisellään joihinkin arvottomaksi? | KYLLÄ | en |
| 4. Pitkästytkö usein? | KYLLÄ | en | 13. Tunnetteko olevanne täynnä tarmoa? | kyllä | EN |
| 5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella? | kyllä | EN | 14. Tuntuuko teistä, että tilanteenne on toivoton? | KYLLÄ | en |
| 6. Pelkäätkö, että teille voi tapahtua jotain pahaa? | KYLLÄ | en | 15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä? | KYLLÄ | ei |
| 7. Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen? | kyllä | EN | Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn. | | |
| 8. Tunnetteko itsenne usein arvottomaksi? | KYLLÄ | en | | | |
| 9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita? | KYLLÄ | en | | | |

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf>

lääkäiden masennustilan arvioinnissa käytetty CSDD-mittari

**Cornellin masennusasteikko
– dementiaoireisten muistisairaiden depression mittari**

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

Pvm: _____ Arvioitsija: _____

Pisteet yhteensä: _____ Pisteytys: a ei voida arvioida 0 ei esiinny
1 lievä tai satunnainen 2 vakava

Pisteityksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteitystä ei tehdä niistä oireista, jotka johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

A Mielialaan liittyvät oireet

1. **Ahdistuneisuus** a 0 1 2
vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut

2. **Surullisuus** a 0 1 2
vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen

3. **Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin** a 0 1 2

4. **Ärtiyisyys** a 0 1 2

B Käyttäytymisen oireet

5. **Levottomuus** a 0 1 2
vaikuttaa kiihtyneeltä, vääntelelee käsiään, repii hiuksiaan

6. **Hidastuminen** a 0 1 2
hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot

7. **Moninaisten ruumiillisten oireiden valittaminen** a 0 1 2
(pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja)

8. **Mielenkiinnon menetys** a 0 1 2
osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana)

C Ruumilliset oireet

9. **Ruokahaluttomuus** a 0 1 2
syö tavallista vähemmän

10. **Laihtuminen** a 0 1 2
(pisteytys 2, jos paino pudonnut yli 2 kg kuukauden aikana)

11. **Energian puute** a 0 1 2
uupuu helposti, ei jaksa ylläpitää aktiviteetteja
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana)

D Vuorokauden rytmiin liittyvät oireet

12. **Mielialaoireet pahempia aamuisin** a 0 1 2

13. **Nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti** a 0 1 2

14. **Heräilee tavallista useammin yön aikana** a 0 1 2

15. **Herää aikaisemmin kuin tavallisesti** a 0 1 2

E Vääristyneet mielikuvat

16. **Itsetuhoisuus** a 0 1 2
ei koe elämänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai itsemurhayrityksiä

17. **Itsetunnon menetys** a 0 1 2
moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen tunteita

18. **Pessimismi** a 0 1 2
odottaa pahinta

19. **Masentunutta mielialaa ilmaisevat harhaluulot** a 0 1 2

lääkäiden masennusasteikon arvioinnissa käytetty MADRS-mittari

Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim Käypä hoito MADRS-depressioasteikko 1 (4)

Nimi _____ Sotu _____

Täyttäjänimi _____ Pvm _____

1. Huomioitu alakuloisuus

Tarkoittaa synkkyyttä, raskasmielisyyttä ja epätoivoa (voimakkaampi kuin tavallinen, ohimenevä alakuloisuus), jotka heijastuvat puheeseen, kasvojen ilmeeseen ja asentoon. Arvioidaan sen mukaan, kuinka syvää alakuloisuus on ja voidaanko potilasta piristää.

| | |
|---|---|
| 0 | Ei surullisuutta. |
| 1 | |
| 2 | Näyttää alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti piristyä. |
| 3 | |
| 4 | Näyttää jatkuvasti surulliselta ja onnettomalta. |
| 5 | |
| 6 | On jatkuvasti äärimmäisen synkkä ja raskasmielinen. |

2. Ilmoitettu alakuloisuus

Tarkoittaa masennuksen tunnetta, huolimatta siitä näkyykö se päällepäin vai ei. Käsittää murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen, kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan.

Kohonnut mieliala luokitellaan nollassi.

| | |
|---|---|
| 0 | Neutraali mielentila. Voi tuntua sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan. |
| 1 | |
| 2 | Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä. |
| 3 | |
| 4 | Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat kuitenkin mielentilaan. |
| 5 | |
| 6 | Jatkuva, erittäin syvä masennus. |

3. Ahdistuksen tunteet

Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen. Pidettävä erillään alakuloisuudesta (1, 2), huolestuneisuudesta ja lihasjännityksestä.

| | |
|---|--|
| 0 | Enimmäkseen rauhallinen. |
| 1 | |
| 2 | Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita. |
| 3 | |
| 4 | Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi ja joka vain vaivoin on hillittävässä. |
| 5 | |
| 6 | Pitkäaikaisia paniikinomaista ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota potilas ei yksin pysty hallitsemaan. |

Lähde: Montgomery SA, Asberg M. Br J Psychiatry 1979;134:382-9
Lupa käyttöön saatu: 14.5.2008 © The Royal College of Psychiatrists. Reproduced with permission.

lääkärin masennusasteikon arvioinnissa käytetty MADRS-mittari

4. Vähentynyt yöuni

Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna.

| | |
|---|--|
| 0 | Nukkuu tavalliseen tapaan. |
| 1 | |
| 2 | Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti. |
| 3 | |
| 4 | Lyhentynyt nukkumisaika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä. |
| 5 | |
| 6 | Nukkuu öisin vähemmän kuin 2–3 tuntia kaiken kaikkiaan. |

5. Vähentynyt ruokahalu

Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.

| | |
|---|---|
| 0 | Normaali tai lisääntynyt ruokahalu. |
| 1 | |
| 2 | Huono ruokahalu. |
| 3 | |
| 4 | Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu; täytyy pakottaa itsensä syömään. |
| 5 | |
| 6 | Ei syö mitään, ellei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä. |

6. Keskittymisvaikeudet

Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen, missä määrin eri toiminnot vaikeutuvat. Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa.

| | |
|---|---|
| 0 | Ei keskittymishäiriöitä. |
| 1 | |
| 2 | Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatuksensa koossa. |
| 3 | |
| 4 | Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua. |
| 5 | |
| 6 | Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia. |

7. Aloitekyvyttömyys

Tarkoittaa vaikeuksia ryhtyä toimiin tai hitautta jokapäiväisten tehtävien aloittamisessa ja suorittamisessa. Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.

| | |
|---|--|
| 0 | Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi. Ei saamattomuutta. |
| 1 | |
| 2 | Aloittamisvaikeuksia. |
| 3 | |
| 4 | Vaikea ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia. |
| 5 | |
| 6 | Kyvyn ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin. |

Lähde: Montgomery SA, Asberg M. Br J Psychiatry 1979;134:382-9

Lupa käyttöön saatu: 14.5.2008 © The Royal College of Psychiatrists. Reproduced with permission.

lääkkäiden masennusasteikon arvioinnissa käytetty MADRS-mittari

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
Käypä hoito

MADRS-depressioasteikko

3 (4)

8. Tunnekyvyttömyys

Tarkoittaa sitä, että potilas on omakohtaisesti kokenut kadottaneensa mielenkiintoa ulkomaailmaa tai sellaisia toimintoja kohtaan, jotka tavallisesti tuottavat iloa. Tunnereaktiot ympäristöön tai ihmisiin ovat heikentyneet. Pidettävä erillään aloitekyvyttömyydestä (7).

| | |
|---|---|
| 0 | Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja muista ihmisistä. |
| 1 | |
| 2 | Vaikea tuntea iloa siitä, mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua. |
| 3 | |
| 4 | Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilta. |
| 5 | |
| 6 | Tunteiden "halvaantuminen", kyvytön tuntemaan vihaa tai surua ja täydellinen tai jopa tuskallinen välinpitämättömyys läheisimpiä ihmisiä kohtaan. |

9. Pessimistiset ajatukset

Tarkoittaa itsesyytöksiä, alemmuudentunnetta, syyllisyydentunteita, kuvitelmia synnistä, katumusta ja kuvitelmia perikadosta.

| | |
|---|--|
| 0 | Ei pessimistisiä ajatuksia. |
| 1 | |
| 2 | Silloin tällöin ajatuksia epäonnistumisesta, itsesyytöksistä ja itsensä aliarvioimista. |
| 3 | |
| 4 | Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta. |
| 5 | |
| 6 | Harhakuvitelmia perikadosta, katumuksesta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä. |

10. Itsemurha-ajatukset

Tarkoittaa elämään kyllästymistä, luonnollisen kuoleman toivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta arviointiin.

| | |
|---|--|
| 0 | Nauttii elämästään. Tavanomainen elämänhalu. |
| 1 | |
| 2 | Elämään kyllästynyt. Vain ohimeneviä itsemurha-ajatuksia. |
| 3 | |
| 4 | Parempi olisi kuolla. Itsemurha-ajatukset ovat yleisiä ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta selkeitä suunnitelmia tai aikeita ei ole. |
| 5 | |
| 6 | Selvästi harkittuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja. |

MADRS-kokonaispistemäärä pistettä

Lähde: Montgomery SA, Asberg M. Br J Psychiatry 1979;134:382-9
Lupa käyttöön saatu: 14.5.2008 © The Royal College of Psychiatrists. Reproduced with permission.

lääkkäiden masennusasteikon arvioinnissa käytetty MADRS-mittari

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
Käypä hoito

MADRS-depressioasteikko

4 (4)

MADRS-asteikon tulkintaohje:

| Pisteet | Tulkinta |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 0–7 | ei masennusta |
| 8–14 | masennusoireita |
| 15–24 | lievä masennustila |
| 25–30 | keskivaikea masennustila |
| 31–43 | vaikea-asteinen masennustila |
| 44 pistettä tai enemmän | erittäin vaikea-asteinen masennustila |

Lähde: Montgomery SA, Asberg M. Br J Psychiatry 1979;134:382-9
Lupa käyttöön saatu: 14.5.2008 © The Royal College of Psychiatrists. Reproduced with permission.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

| Toimeksiantaja | |
|---|---|
| Organisaation nimi: | Omaiset mielenterveystyön tukena ry Pohjois-Karjalan yhdistys ry |
| Toimeksiantajan edustaja: | Minna Turunen |
| Osoite: | Karjalankatu 4 a 2 |
| Puhelinnumero: | 050- 564 8708 |
| Sähköposti: | minna.turunen@tukitupa.fi |
| Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot | |
| Koulutusohjelma: | Hoitotyön koulutusohjelma |
| Opiskelijanumero(t) ja nimi(et): | Johanna Huovinen 1201883 |
| Puhelinnumero: | 050- 539 15 71 |
| Sähköposti: | Johanna.huovinen@edu.karelia.fi |
| Toimeksiannon kuvaus | |
| Aihe | Läheiseni on sairastunut masennukseen -opaslehtinen masentuneen läheisten tueksi |
| Toteutusmuoto | Toiminnallinen opinnäytetyö/ opaslehtinen |
| Aikataulu | |
| Kustannusarvio ja kustannusvastuu | |
| Toimeksiantajan sitoumukset | |
| Opiskelijat voivat tulostaa ja kopioida opinnäytetyöhön tarvittavia aineistoja toimeksiantajan toimipisteessä maksutta. Opiskelijat voivat saada toimistotarvikkeita toimeksiantajalta. Opiskelijat voivat käyttää toimeksiantajan tiloja opinnäytetyöhön liittyvien kokousten ja tapaamisten järjestämiseen. Toimeksiantaja etsii mielenterveysomaisia, jotka voivat osallistua oppaan tekemiseen (palautteet, toiveet, arviointi, oman tarinan kertominen taustatiedoksi). Toimeksiantaja etsii verkostoistaan sairaanhoitajia, jotka voivat osallistua oppaan tekemiseen (palautteet, toiveet, arviointi). Toimeksiantaja tarjoaa opiskelijoilla mahdollisuuden jättää oppaan taiton ja ulkoasun toimeksiantajan tehtäväksi. Toimeksiantajan kanssa voidaan neuvotella yhdessä oppaan ulkonäöstä. Toimeksiantaja tulostaa ja kopioi valmiita oppaita opiskelijoiden käyttöön. Mikäli opas otetaan käyttöön eri toimipaikoissa, toimeksiantaja hoitaa sen kopioinnin ja jakelun. Toimeksiantajalla on päivitysoikeudet materiaaliin, jonka tekijänoikeudet ovat opiskelijalla. | |
| Opiskelijan sitoumukset | |
| Opiskelija on vaitiolo- ja salassapitovelvollinen opinnäytetyöhön osallistuvien omaisten ja potilaiden henkilöllisyydestä ja yksityisasiasta. Henkilöiden tarinoita ei voi julkaista sellaisenaan, vaan asiat nostetaan julkisissa raporteissa yleisemmälle tasolle. Opiskelijan kanssa tehdään käyttöoikeussopimus valmiin tuotoksen käytöstä. Myös Internetissä julkaisusta neuvotellaan. Opiskelija sitoutuu tekemään masennuksesta opaslehtisen toimeksiantajalle paperiversiona. Toimeksiantaja saa käyttää valmista opasvihkoa sellaisenaan internetsivuillaan. (PDF-tiedostona.) | |
| Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa | |
| Ohjaaja(t): | Riitta Muhonen |

| Opinnäytetyön julkisuus | |
|---|--|
| Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa. | |
| Allekirjoitukset | |
| Päiväys 28.10.2014 | Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Johanna Huovinen Johanna Huovinen |
| Päiväys 10.10.2014 | Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys MINNA TURUNEN |
| Päiväys 28.10.2014 | Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Riitta Muhonen Riitta Muhonen |

Opaslehtinen

Läheiseni on sairastunut
masennukseen
— opaslehtinen masentuneen läheisen tueksi



Kun yksi sairastuu, monen maailma muuttuu

LUKUALLE

Tämä opaslehtinen on tehty Sinulle, jonka läheinen on sairastunut masennukseen.

Opaslehtisen tarkoitus on toimia sinulle tukineistona ammattihenkilöstön kanssa keskusteluissa ja saadessasi ensi-tietoa masennuksesta.

Opaslehtisen alkupuolella kerrotaan masennuksesta sairautena, ja opaslehtisen loppupuolelta löytyy tietoa siitä, kuinka sinä voit tukea omaa jaksamista.

Opaslehtisen lopusta löytyy [Huomioi omaiset](#) –malli.

Opaslehtinen on tehty opinnäytetyön tuotoksena Karelia-ammattikorkeakoulussa 2015.
Opinnäytetyön toimeksiantajana [toimi Omaiset](#) mielenterveytyksen tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry.
Opinnäytetyön voi kokonaisuudessaan lukea osoitteessa [www.theseus.fi](#).

Opaslehtisen tekijänoikeudet: Johanna Huovinen
Opaslehtisen kuvien tekijänoikeudet: Piri Lassila
Opaslehtisen päivitysoikeudet ovat toimeksiantajalla



SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| Läheiseni on masentunut, mitä se tarkoittaa? | 4 |
| Kuinka masennus näkyy ihmisessä? | 5 |
| Mitä tekijät vaikuttavat masennuksen syntyyn? | 7 |
| Mistä saan apua masentuneelle läheiselleni? | 10 |
| Kuinka masentunutta läheistäni hoidetaan? | 13 |
| Miksi toivon ylläpitäminen on tärkeää? | 17 |
| Mitä voin tehdä masentuneen läheiseni hyväksi? | 18 |
| Kuinka masennus vaikuttaa minuun läheisenä? | 19 |
| Vertaistuki, mitä se on? | 22 |
| Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami | 23 |
| Omaiset mielenterveytyksen tukena P- K:n yhdistys | 24 |
| Kuinka pidän huolen omasta jaksamisestani? | 25 |
| Mistä paikoista voin hakea apua ja tukea? | 27 |

Läheiseni on masentunut, mitä se tarkoittaa?

Masennuksella tarkoitetaan **vähintään kaksi viikkoa kestävää, alentunutta mielialaa tai tunnevirettä**, kuten esimerkiksi alakuloisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä tai pessimismissyyt-
tä.

Masennus on yleinen mielialahäiriö, ja kuka tahansa voi sairastua siihen. Psykiatriassa masennus luokitellaan kolmeen vaikeusasteeseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Suomessa lieväasteista masennusta sairastaa vuosittain noin 10 - 15 % ihmistä ja vaikeaa masennusta esiintyy 5 - 6 %:lla väestöstä.

Masennus voi ilmetä erilaisina henkisinä ja ruumiillisina oireina, yhdenmukaista ja tarkkaa oirekuvaa ei ole. Sairaudesta masennus aiheuttaa eniten toimintakyvyn laskua, kuin mikään muu yksittäinen sairaus.

Niin sinun, kuin myös sairastuneen läheisesi on hyvä tiedostaa, että masennuksesta voi kuitenkin toipua.

Kuinka masennus näkyy ihmisessä?

Usein masennustila alkaa vaiheittain. Oireet voivat olla aluksi viikkoja kestäviä lieviä oireita.

Tyypillisimpiä oireita ovat:

- o alakuloinen mieliala
- o mielihyvän menetys
- o ahdistus (esim. levottomuus, kiihtyneisyys, ärtyneisyys, pakkoajatukset)
- o väsymys ja unongelmat
- o henkisen toimintakyvyn huonontuminen (muistin ja keskittymiskyvyn heikentyminen)

Muita oireita ovat:

- o itseluottamuksen ja omanarvontunnon väheneminen
- o perusteettomat ja kohtuuttomat itsetsyytökset
- o ajatukset kuolemasta
- o psykomotorinen muutos (kiihtyneisyys, hidastuneisuus)
- o ruokahalun lisääntyminen tai vähentyminen, johon liittyy painon muutosta

5

Yleisiä piirteitä masentuneelle henkilölle on:

- o hän ei ole kiinnostunut mistään
- o hän voi olla vaivaantunut sosiaalisissa tilanteissa, mutta kaipailee silti hyväksyntää ja rakkautta
- o hän ei välttämättä halua olla vuorovaikutuksessa, sillä pelkää torjuntaa
- o vaikka hänen takia tekisi parhaasi, hän voi kokea, ettei saa sitä mitä haluaa
- o ihmissuhteiden merkitys hänelle vähenee
- o hän voi tuntea itsekeskeiseltä, sillä hänellä ei ole voimavaroja olla kiinnostunut muista

Usein masentunut kykenee jonkin verran ilmaisemaan esimerkiksi pettymystään, turhautumisen kokemustaan, kiukkuaan ja ärtymistään. Nämä kertovat toivon muuttuneen epätoivoksi. Epätoivo on yhtä tärkeä tunnekokemus kuin toivo, ja siihen on etsittävä syy.

Läheisessäni tapahtuneita muutoksia/ sairauden tuomia oireita olivat

6

Mitkä tekijät vaikuttavat masennuksen syntyyn?

Kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Masennustilojen sekä masennusoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat **elämäntilanteeseen, biologiisiin ja psyykkisiin tekijöihin sekä sairauksiin liittyvät riskitekijät.** Mikäli henkilö on aikaisemmin sairastanut masennusta, on hänellä riski sairastua siihen uudelleen. **Masennuksella voi olla siis taipumus uusiutua.**

Masennustilojen sekä masennusoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla:

- o menetykset
- o perinnöllisyys
- o muuttunut elämäntilanne
- o huono itsetunto, pessimistisyys
- o liiallinen itsekriittisyys, liiallinen kilteys
- o lääkitys
- o mielenterveyshäiriöt
- o päihteiden käyttö

Alkoholilla voi olla myös yhteys masennukseen. Alkoholin juonti voi joko aiheuttaa masennusta tai masentuneet yrittävät helpottaa oloansa juomalla.

Tärkeä on pyrkiä erottamaan, johtuuko masennus alkoholista, vai onko masennusta ollut jo ennen alkoholin käyttöä. Alkoholien käytön lopettamisen jälkeen masennusoireiden tulisi kadota muutamien viikojen kuluessa. Mikäli näin ei kuitenkaan käy, on kyseessä alkoholista riippumaton masennus.

7

Masennus ja stressi

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön **voimavarat ovat tiukalla tai ylittyvät haasteiden ja vaatimusten vuoksi.** Kun elämä kuormittuu ja stressi kasvaa liian suureksi, joutuu ihminen elämään jatkuvassa hälytystilassa. **Pitkittynyt stressi voi johtaa ahdistukseen ja lopulta masennukseen.**

Stressin aiheuttajina voi olla:

- o elämäntapahtumat tai elämänmuutokset, jotka vaativat sopeutumista
- o sosiaalisiiin, psykologisiin, biologisiin tai persoonallisuuteen liittyviä tekijöitä
- o traumaattiset tapahtumat

Tyypillisimpiä stressin oireita ovat:

- o jännittyneisyys, levottomuus ja ahdistuksen tunne
- o unettomuus
- o päänsärky, huimaus, sydämentykytyys, pahoinvointi ja vatsakivut
- o somaattisten perussairauksien huonontuminen

8

Työuupumus ja masennus

Työuupumus on pitkittyneen työstressin aiheuttama tila, joka ei ole sairaus. Työuupumus voi kuitenkin edeltää mielen­terveyden muutosta, sillä työkyky heikkenee työuupu­muksen myötä.



Työuupumuksen ja masennuk­sen oireet ovat samankaltaisia, ja tämän vuoksi diagnoosin tekeminen voi olla vaikeaa. Yleisin syy työkyvyttömyys­eläkkeelle joutumiselle, on masennus.

Työterveyshuolto on paikka josta saa apua, kun kyseessä on työuupumus tai työntekijän masennus. Työntekijöiden mie­lenterveysongelmien hoidon ja kuntouttamisen tarvetta voidaan arvioida esimerkiksi terveystarkastuksien yhteydes­sä. **Työterveyshuolto toimii yhdessä työpaikan ja erikois­sairaanhoidon kanssa.**

Mistä saan apua masentuneelle läheiselleni?

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaillaan mielen­terveys­palveluita, joihin kuuluvat:

- o ohjaus ja neuvonta
- o tarpeenomainen psykososiaalinen tuki
- o kriisitilanteiden tuki
- o mielen­terveys­häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus

Perusterveydenhuollon terveysasemat, yksityiset lääkäriase­mat ja työterveyshuolto ovat kansalaisten ensisijaisia hoito­paikkoja kaikissa terveydentilan häiriöissä ja tutkimuksissa. Perusterveydenhuolto toimii yhdessä erikoissairaan­hoidon kanssa.

Lääkäri voi lähettää masentuneen psykiatriseen erikoissairaan­hoitoon silloin, kun hänen toimintakyky ei ole palautunut perus­tasolleen tai kun masennustila on vaikea.

Kun kyseessä on akuutin hoidon tarve, on yhteispäivystys oikea paikka.

Yhteispäivystyksen tehtävänä on auttaa silloin, kun:

- o henkilö tarvitsee hoitoa viimeistään vuorokauden kuluessa sairastumisestaan
- o hoidon viivästyminen voisi aiheuttaa henkilölle pysyvää terveydellistä haittaa
- o ihmisen henki on uhattuna

Mikäli hoitaja arvioi, etteivät henkilön vaivat uhkaa henkeä, tai vaadi välitöntä hoitoa, voi hoitaja ohjata hänet esimerkiksi omalle terveyskeskukselle tai työterveyshuoltoon.

- o Pohjois-Karjalan maakunnan terveysasemien ja yksityis­ten lääkäripalveluiden yhteystiedot löytyvät kuntien nettisivuilta ja puhelinluettelosta
- o Pohjois-Karjalan maakunnan yhteisistä psykiatrisista palveluista löytyy tietoa www.pkssk.fi.



Missä kunnassa/ yksikössä läheiseni on hoidossa, ja mitkä ovat yksikön yhteistiedot? Kuka on hänen omahoitajansa?

Millaisessa tilanteessa ja mihin paikkaan tai numeroon voin ottaa yhteyttä, jos läheiseni tilanne kotona huonontuu ja ti­lanne vaatii nopeaa apua?

Kuinka masentunutta läheistäni hoidetaan?

Masennus ei ole pelkästään aivoperäinen oireyhtymä, eikä siis ole ainoastaan lääkkeillä parannettavissa. Myös muilla hoitomenetelmillä on merkittävä osuus masentuneen hoidossa.

Masentuneen henkilön hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen:

- o **akuuttivaiheeseen**, jossa tavoitteena on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen.
- o **jatkohoidonvaiheeseen**, jossa tavoitteen on ehkäisemään masennustilan uusiutuminen.
- o **ylläpitovaiheeseen**, jossa tavoitteena on suojata muutoin masennus todennäköiseltä puhkeamiselta.

Kun masentunut henkilö alkaa toipua, masennuksen oireet lievittyvät ja henkilö alkaa voida paremmin. Usein sairauden jälkeen on kuitenkin lieviä jäännösoireita, jotka voivat hidastaa toipumista. Masennuksen uusiutumisen riski liittyy usein remissio eli toipumisvaiheeseen.

13

Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on **potilasopastusta**. Psykoedukaation avulla läheisesi annetaan **tietoa sairaudesta, sen luonteesta ja hoidosta**.

Saadessaan tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, läheisesi kasvaa **elämänhallinnan tunne**, ja hän saa kykyä ja toivoa selviytyä haasteista, mitä sairaus tuo mukanaan. Psykoedukaation tavoitteena on **voimaannuttaminen** ja **itseymmärryksen lisääminen**, jotta läheisesi kykenisi asettamaan itselleen tavoitteita ja suunnitelmia.

Psykoterapiat

Psykoterapian tulee olla **ammattillista** ja psykoterapeutin tulee olla tehtävänsä koulutettu. Yleisemmin masennuksen hoitoon käytettyjä psykoterapiamuotoja ovat:

- o **kognitiivinen psykoterapia**. Terapiassa edetään potilaan tavoitteiden mukaisesti.
- o **interpersoonallinen psykoterapia**. Hoidon painopisteeseen ovat potilaan viimeaikaiset elämäntapahtumat ja mieliala.
- o **psykoanalyttinen eli psykodynaaminen psykoterapia**. Terapia painottuu nykyisten ihmissuhteiden analysointiin ja uudelleen rakentamiseen.
- o **ratkaisukeskeinen terapia**. Tarkoituksena on löytää masentuneesta itsestään ongelmanratkaisuun tarvittavat voimavarat. Terapia perustuu nykytilanteeseen ja pyrki- myksenä on löytää elämästä positiiviset puolet.
- o **perheterapia**. Terapiassa tavataan koko perhe.

14

Lääkehoito

Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Lievässä masennuksessa lääkehoito on usein hyödyksi, keskivaikeassa masennuksessa lääkehoito on yleensä tarpeen ja vaikeassa masennuksessa hoitomuotona on aina lääkehoito. **Hyvällä, kärsivällisellä, pitkäkestoisella ja säännöllisellä lääkehoidolla masentunut on monesti parannettavissa.**

Lääkevalinnassa on otettava huomioon:

- o haittavaikutukset
- o potilaan suhtautuminen lääkkeeseen
- o potilaan somaattiset sairaudet
- o yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa
- o iäkkäiden lääkehoidossa on huomioitava somaattisen ja psykiatrisen hoidon yhdistäminen ja lääkeannosten huomiointi yhteisvaikutusten vuoksi.
- o etenkin lapsia ja nuoria tulee seurata tiiviisti lääkityksen aloitettua



Ennalta ehkäistäkseen masennuksen uusiutumista, tulisi masennuslääkkeitä käyttää vielä 4- 12 kuukauden ajan oireiden häviämistä. Mikäli lääkitys päätetään lopettaa, tulee lopettaminen tapahtua asteittain pienillä annoksilla.

15

Sähköhoito

Sähköhoito on turvallista ja tehokasta **masennuksen hoitoa**, ja sillä saadaan aikaan osittainen tai tilapäinen paraneminen. **Sähköhoito ei estä muita masennuksen hoitoon käytettyjä hoitomenetelmiä.** Sähköhoito voidaan aloittaa esimerkiksi silloin, kun lääkehoito ei tehoa, tai kun tarvitaan nopeaa hoitoa itsemurhavaaran vuoksi. Sähköhoitoa voidaan käyttää myös monisairailta ja iäkkäillä potilailla.

Kirkasvalohoitoa

Kirkasvalohoitoa käytetään usein **kaamosmasennuksen hoidossa**. Kirkasvalohoito toimii niin, että aluksi kirkkaan valon ääressä vietetään aikaa kaksi tuntia aamuisin. Hoitoa annetaan ensin päivittäin parin viikon ajan, ja tämän jälkeen hoitoa harvennetaan. **Aikaa ja valon vastetta muutetaan hoitovasteen mukaisesti.**

Liikunta

Säännöllinen liikunta parantaa akuutin stressin sietoa, mutta liikunta ei riitä suojaamaan hyvinvointia, jos psyykinen kuormitus jatkuu kauan voimakkaana. Liikunnan katsotaan tuottavan mielihyvän, virkistymisen ja rentoutumisen kokemuksia.

On kuitenkin yksilöllistä, miten liikunta koetaan. Liikunnan haasteena masentuneilla on usein liikkeelle lähtö, aloitekyvyn laskun ja väsymyksen vuoksi.

Joissain tutkimuksissa säännöllisen liikunnan on tutkitu tuottavan samantasoista hyötyä lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa, kuin lääkehoidon tai psykoterapian.

16

Läheiseni hoidossa käytettyjä hoitomenetelmiä ovat

Miksi toivon ylläpitäminen on tärkeää?

Toivolla on suuri merkitys läheisesi toipumisessa. Toivon säilyminen on olennaisen tärkeää, ja jos se puuttuu, voi se uhata terveyden palautumista.

- o toivo synnyttää positiivisia odotuksia ja jatkuvuuden tunnetta
- o toivo luo iloa, levollisuutta, rauhaa ja varmuutta
- o toivo luo hyvinolontunnetta ja kohottavaa mielialaa
- o toivo vahvistaa luottamusta ja yhteistyötä edistään vuorovaikutussuhteita

Toivon luominen ja kyky siirtää se aidosti toiselle ihmiselle on erittäin tärkeää. Masentuneelle toivon löytäminen merkitsee elämässä mahdollisuutta muutokseen.

17

Mitä voin tehdä masentuneen läheiseni hyväksi?

Puhuminen läheisesi kanssa auttaa, mutta **kuunteleminen** on vielä tärkeämpää. Keskusteluissa masentuneen tunteita ei saisi vähätellä, sillä **tunteiden purkaminen on hänelle tärkeää**. Tärkeää on osoittaa, että **masentuneen hyvinvoinnista välitetään, ja hänen tukeaan halutaan olla**.

Tärkeitä masentuneelle ovat:

- o turvallisuuden tunne
- o kokemus ymmärryksestä
- o hyväksytyksi tuleminen
- o rakkaus
- o huolenpito

Sinun omalla hyvinvoinnillasi on erittäin tärkeää merkitys läheisesi hoidon onnistumisessa, ja siksi **sinun on pidettävä hyvä huoli itsestäsi**. On hyvä oppia, että aina ei jaksa, eikä tarvitse jaksaa.

Elämästä pitää osata myös nauttia. Ilon hetkiä tulee vähitellen, ja ne täytyy sallia itselleen. **Mikäli oma mieliala on huono, ei voi myöskään olla avuksi toiselle.**

Usein etenkin nuorten ja iäkkäiden masentuneiden läheisiä tarvitaan seuraamaan, että hoito toteutuu suunnitellulla tavalla.

18

Kuinka masennus vaikuttaa minuun läheisenä?

Läheisten sopeutumisprosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen:

- o **shokki- ja reaktiovaihe** (kriisin kohtaamista, hyväksymistä ja tilanteeseen uudelleen suhtautumista)
- o **selviytymisvaihe** (tilannetta ja tarpeita arvioidaan uudesta näkökulmasta, ja hyvinvoinnin edistämiseksi ruvetaan tekemään suunnitelmia)
- o **edunvalvontavaihe** (opitaan pitämään omia puolia sekä usko omiin ja läheisen parempiin mahdollisuuksiin palaa)

Jokainen läheinen reagoi kuitenkin yksilöllisesti, eivätkä sopeutumisvaiheet ole kaikilla samanlaiset.

Voi olla, että läheiset sopeutuvat tilanteeseen huomaamattaan. Usein ensireaktio läheisillä onkin asian kieltäminen. Kieltämisen mekanismi suojelee sokilta ja murtumiselta, kunnes vastaanottokyky vähitellen kasvaa.

Pelko, viha, turhautuneisuus ja syyllisyys ovat tunteita, joita useat läheiset tuntevat sairauden myötä. Masentuneen tulevaisuus pelottaa, mutta myös oma jaksaminen huolestuttaa. Voi myös olla, että **masentunutta henkilöä vältellään, koska häneen on vaikea saada kontaktia.** Usein läheiset pohtivat myös omaa osuuttaan sairastumisprosessissa.

19

Masentuneiden omaisten mietteitä kirjasta „Kun läheisen mieli murtuu - omaiset kertovat.“ (toim. Eila Jaatinen 2004.)

”On ollut myös aikoja, jolloin olen joutunut ottamaan etäisyyttä siskooni, kun oma uupumiseni on ollut lähellä.”

”Vaikeinta on ehkä ollut läheisen ihmisen persoonan muuttuminen.”

”Oivalsin, että sairaus alattoilee jaksottaisesti.”

”Omaa jaksamista on hyvin vaikea tarkastella ei- kenenkään näkökulmasta. Itse monesti kuvittelee jaksavansa hyvin, ja yhtä äkkiä saattaa huomata, kuinka väsynyt sitä onkaan.”

”Onneksi minulla on myös hyviä ystäviä ja paljon tärkeitä ihmisiä.”

”Minua ei ole syyllistetty, ainoastaan itse syyllistän välillä itseäni.”

”Ehkä asioista kannattaa myös puhua, esimerkiksi kohtalontoverien kanssa.”

”Omaisryhmistä voisi olla apua. Tällaisista asioista on varmasti helpompi puhua sellaisten ihmisten kanssa, joilla on myös omia kokemuksia.”

20

Tunteiden käsittelyyn tarvitaan aikaa, ja kun aikaa on kulunut riittävästi, opitaan yleensä hyväksymään se, että läheinen on sairastanut. **Surun käsittelyn kautta elämän tasapaino alkaa palautua, ja sairaus opitaan näkemään yhtenä elämään kuuluvana tekijänä.**

Minussa heränneitä tunteita läheiseni sairastumisen vuoksi oli

Omaisneuvonta on paikka, jossa voit keskustella ja pohtia omia tunteitasi, tilannettasi ja vaiheita sekä niiden merkityksiä

21

Vertaistuki, mitä se on?

Vertaistuki on **omaehtoista tukitoimintaa**. Vertaistukiryhmä on ryhmätilanne, jossa on mukana **useampi kuin kaksi mielenterveyspotilaan läheistä**. **Vertaistuen tarkoituksena on läheisten voimavarojen vahvistaminen**. Vertaistoiminta perustuu luotettavuuteen ja turvallisuuteen ja lähtökohdانا on toivo, joka lisää uskoa tulevaisuudesta.



- o vertaistuessa voi jakaa kokemuksia, ja sen avulla saa tukea toisilta.
- o vertaisuutta vahvistava tekijä on se, että henkilöiden elämäntilanne on samanlainen. Tärkeä tehtävä vertaistuen toiminnassa on saada läheinen ymmärretyksi siiltä, että hän ei ole yksin asioidensa kanssa.
- o oman tarinan kertominen vapauttaa, helpottaa ja auttaa jäsentämään omaa elämäänsä.
- o yhdessä jaetut kokemukset lievittävät psyykkisen sairauden aiheuttamaa ahdistusta tai pelkoa.

22

Mielenterveysomaisten keskusliitto [FinFami](#)

Mielenterveysomaisten keskusliitto [FinFami](#) on omaisyhdistysten keskusjärjestö ja mielenterveyskuntoutujien omaisten edunvalvontaorganisaatio.

[FinFamiin](#) kuuluu 17 jäsenyhdistystä ympäri Suomea, ja yhdistysten tavoitteena on tukea mielenterveysomaisia sekä kehittää alueellista omaistoimintaa. Omaisneuvontaa ja vertaistoimintaa Pohjois-Karjalassa tarjoaa **Omaisat mielenterveytyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys**.

- o omaistyön aatepohjana on, että omainen tulee nähdä itsenäisenä yksilönä, tuen tarvitsijana.
- o omaisyhdistys tukee mielenterveysomaisia ja läheisiä tiedon, neuvonnan, virkistykseen ja edunvalvonnan tarpeissa.
- o omaisyhdistyksen toiminta on lähtöisin omaisista, ja omaistyön yhtenäisyys mahdollistaa omaisille tarjottavan tuen jatkuvuuden ja laadun.
- o omaisjärjestön tehtävänä on toimia sairastuneen potilaan omaisia varten ja huolehtia omaisten hyvinvoinnista. Omaisten tarpeet tulee nähdä itsenäisinä.

23

Omaisat mielenterveytyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys

- o **Omaisneuvonta** on omaistyöntekijän tarjoamaa tietoa ja tukea psyykkisesti oireilevien ja sairastuneiden omaisille ja läheisille.
- o Omaisneuvonnassa saa tietoa psyykkisistä sairauksista ja niiden vaikutuksesta arkeen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluista.
- o Keskusteluissa voi käydä läpi sen hetkistä elämäntilannetta. Tavoitteena on, että omainen saa omin sanoin kertoa huolestaan ja tunteistaan.
- o Yhdessä omaistyöntekijän kanssa voidaan miettiä keinoja arjen vuorovaikutustilanteisiin ja omaisen oman hyvinvoinnin lisäämiseen.
- o Tuki ja neuvonta voivat tapahtua puhelinkeskusteluin tai erikseen sovittavissa tapaamisissa.
- o Neuvonnassa huomioidaan koko perheen jaksaminen.
- o Tavoitteena on ennaltaehkäistä omaisten ja läheisten uupumista.
- o **Vertaisryhmissä** voi tavata toisia samankaltaisessa elämäntilanteessa eläviä omaisia ja läheisiä.
- o Ryhmissä on mahdollisuus vaihtaa kokemuksia ja keskustella ymmärtävässä ilmapiirissä.
- o Vertaistukiryhmien ohjaajina toimivat yhdistyksen toimihenkilöt ja/tai vertaisohjaajat. Osa ryhmistä toteutetaan yhdessä yhteistyötahojen kanssa ja silloin ohjaajana on myös muita ammattilaisia.
- o **Omaisneuvonta ja ryhmät ovat maksuttomia kaikille.**

24

Opaslehtinen

Kuinka pidän huolen omasta jaksamisestani?

- Hyvä ravinto, lepo ja liikunta sekä normaalielämän rytmin säilyttäminen on tärkeää.
- Aseta itselleen rajat sille mitä teet. Sinä olet masentuneelle läheinen, tuen antaja, mutta et terapeutti.
- Älä uhraudu liikaa, sillä se ei auta ketään.
- Pidä yhteyttä masentuneeseen oman jaksamisesi mukaan.
- Huomioi ja arvosta oman työsi panosta, pyri myös erottamaan asioita, joihin et pysty vaikuttamaan.
- Älä mene liikaa masentuneen mielialoihin mukaan, äläkä ota masentuneen tuntemuksia henkilökohtaisesti.
- Päiväkirjan tai muistikirjan avulla voit purkaa tunteesi paperille. Näin voit myös seurata omaa jaksamistasi sekä masentuneen toipumista.

Asiat jotka auttavat minua jaksamaan arjen keskellä ovat

25

Kuinka voin tukea omaa hyvinvointiani?

- Muista etet ole yksin.
- Hakeudu ammattiauttajien luokse, esimerkiksi omaisneuvontaan.
- Ota yhteyttä omaisten vertaistukiryhmiin.
- Uskalla ja jaksaa kysyä kerta toisensa jälkeen asioita jotka sinua mietityttävät esim. hoitohenkilökunnalta ja omaisneuvonnasta.
- Hyväksy ja ota vastaan opastus ja tiedon saanti.
- Etsi tietoa sairaudesta.
- Älä syyllistä itseäsi.
- Masentuneelle sekä sinulle on hyväksi suhteellinen itsenäisyys.
- Pidä yllä sosiaalisia suhteitasi ja harrastuksiasi.
- Huomioi muut perheenjäsenet.
- Kyky muuttua ja nähdä uusia näkökulmia auttaa selviytymisessä.
- Opi tunnistamaan omaisiin ja läheisiin kohdistuvat paineet ja syytökset.

26

Mistä paikoista voin hakea apua ja tukea?

Omaisiet mielenterveytyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys:
Puh. 050 534 6772
Lisätietoa www.tukitupa.fi

Suomen Mielenterveysseuran Valtakunnallinen kriisipuhelin
Puh. 01019 5202
arkisin klo 9-06
lauantaina ja arkipyhinä klo 15- 06, sunnuntaisin klo. 15- 22

Lasten ja nuorten auttava puhelin, joka tarjoaa lapsille ja nuorille luottamuksellista apua
Puh. 116 111
Lisätietoa www.mll.fi

Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami:
www.finfami.fi

Pohjois- Karjalassa toimivista yhdistyksistä tietoa: www.jelli.fi
Evankelisuterilaisen kirkon apu: www.evl.fi

Hyödyllisiä nettisivuja, mistä voin hakea tietoa:

www.omaistet-tampere.fi/
www.mielentervestalo.fi
www.e-mielenterveys.fi
www.terveyskirjasto.fi
www.kaypahoito.fi

27

Minulle tärkeitä yhteystietoja ja nettilinkejä

Omia muistiinpanoja

28

Lähteitä, joita on käytetty osaksi tämän opaslehtisen tekemisessä:

- M. Huttunen 2002 (toim. S. Luhtasaari) - Masennus
- A. Kopakkala 2009 - Masennus
- J. Myllärniemi 2009 - Masennus, Psyhyksen kipu
- T. Heiskanen, M. Huttunen, J. Tuulari (toim.) 2011 - Masennus
- K. Siimes 2001 - Masennuksen ehkäisy
- S. Luodemäki, K. Ray & P. Hirstiä- Snellman 2009 - Arjessa mukana, Omaistyön käsikirja
- E. Jaatinen 2004 - Kun läheisen mieli murtuu
- M. Heino, M. Kaivolainen 2010 - Toimivat vertaiset
- H. Niemi 2001 - Elämän vuoristoradalla, Mielenterveyspotilaan, kuntoutujan ja omaisen opas

29

Huomioi omaiset malli

1. **Kuinka itse jaksat?**
2. **Oletko saanut riittävästi tietoa ja tukea?**
3. **Oletko keskustellut lasten tai muiden perheenjäsenten kanssa läheisen sairastumisesta?**
4. **Onko omaiset mielenterveystyön tukena P-K:n yhdistyksen omaisneuvonta tuttua?**

**Omaiset mielenterveystyön tukena
P-K:n yhdistys ry
Karjalankatu 4 a 2
80200 Joensuu**

Toiminnanjohtaja
Minna Turunen
Puh. 050-564 8708
E-mail. minna.turunen@tukitupa.fi

Omaistyöntekijä
Raija Korhonen-Pusa
puh. 050-362 6818
Email. raija.korhonen-pusa@tukitupa.fi

Järjestösihteeri
Katja Pesonen
puh. 050-534 6772
Email. katja.pesonen@tukitupa.fi

