

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyö

Hoitotyö

2012

Maya Nadav & Katriina Saarinen

NUORTEN PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO

– Tietopaketti Terveysnettiin



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

Kesäkuu 2012 | 47+ Liitteet

Ohjaajat Anu Nousiainen ja Tarja Bergfors

Maya Nadav ja Katriina Saarinen

NUORTEN PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO

Paniikkikohtauksella tarkoitetaan äkillistä voimakasta pelko- tai ahdistuskohtausta, jonka yhteydessä ilmenee erilaisia sympaattisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia oireita. Tällaisia oireita ovat sydämentykytys, rintakivut, hikoilu, vapina, hengenahdistus, tukehtumisen tai kuristumisen tunne, pahoinvointi, vatsavaivat, huimaus, pyörtymisen tunne, puutuminen, kihelmöinti, vilunväreet tai kuumat aallot. Eri ihmisillä oirekuvassa korostuvat joko ruumiilliset tuntemukset kuoleman pelkoineen tai sekoamisen ja "hulluksi- tulemisen" pelko. Pelkoja voidaan lievittää usein erilaisilla harjoituksilla, joissa peloista kärsivä totuttelee asteittain kohtamaan pelkoa aiheuttavan kohteen tai tilanteen. Paniikkihäiriö kuuluu ahdistuneisuushäiriöiden alaryhmään. (Huttunen 2010.)

Projektin tehtävänä oli laatia Terveysnettiin internetsivut nuorisolle paniikkihäiriöstä. Sivusto sisältää yleistä tietoa paniikkihäiriöstä, sen yleisyydestä, oireista ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä paniikkihäiriöön sairastuneen nuoren ja hänen läheistensä tiedonsaantia.

Tässä projektissa toteutetaan kirjallisuuskatsaus paniikkihäiriöstä sekä luodaan potilasohjaukseen tarkoitetut internetsivut. Aihe on valittu, koska tekijät kokevat aiheen mielenkiintoiseksi ja paniikkihäiriötä käsittelevien internetsivujen luominen koettiin tarpeelliseksi. Valmiit sivut toimitetaan näkyville Terveysnettiin. Tämän opinnäytetyöprojektin toimeksiantaja on Salon terveyskeskus.

Projektin tuloksena olivat verkkosivut, joiden on tarkoitus auttaa nuoria perehtymään paniikkihäiriöön ja hakemaan apua itselleen tai ystävälleen. Tekijät uskovat, että Internet toimii tulevaisuudessa entistä suuremmassa roolissa potilasohjauksessa.

ASIASANAT:

paniikkihäiriö, ahdistuneisuushäiriö, psykoterapia, bentsodiatsepiini, mielenterveyshäiriöt

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursingegree programme

June 2012 | 47+ Attachment

Instructors Anu Nousiainen and Tarja Bergfors

Maya Nadav ja Katriina Saarinen

PANIC DISORDER

Panic disorder means by definition a sudden and strong episode of fear and anxiety, which is followed by different symptoms related to the activation of the sympathetic nervous system. Symptoms like these are palpitation, chest pain, and sweating, trembling, shortness of breath, suffocation or feeling of being strangled, nausea, upset stomach, dizziness, feeling of fainting, numbness, itching, chills or hot flushes. Symptoms are different in different people, while some feel the physical side of the symptoms, others are more prone to feel fear of "losing their minds". These fears can be alleviated by exercises, in which the person in question learns slowly to confront the cause of his or her fears. (Huttunen, 2010)

The goal of this project was to prepare an article on Terveystieto, in which interested members of the youth are able to find information on the subject. The internet site in question contains information about panic disorder, how common it is what the symptoms are and how to treat them. The goal is to give youngsters who have fallen ill the information they and their proxies might need.

This project looks closely at the literature regarding the field of panic disorder and creates an internet page aimed at giving possible patients directions and guidelines to follow. Panic disorder is a sub-group of anxiety disorders (Huttunen, 2010). Topic was chosen because it is interesting and the creation of such patient guidelines was considered necessary. Once finished, the project will be visible for all on Terveystieto. This thesis was commissioned by the main health centre of Salo.

The result of this project is web pages, which are meant to help youngsters find information about panic disorder and seek help for themselves or their friends. The authors of this thesis believe that internet will play an increasing role in the future when people search for professional help regarding possible panic disorder.

KEYWORDS:

Panic disorder, anxiety disorder, Psychotherapy, bentsodiatsebin, mental health disorders

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PANIIKKIHÄIRIÖ	6
1.1 Tausta ja historia	6
1.2 Fysiologiset syyt ja laukaisevat tekijät	9
1.3 Paniikkihäiriön hoito	13
3 NEUVONTA JA OHJAAMINEN INTERNETISSÄ	27
4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	31
5 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	32
6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	38
7 POHDINTA	41
LÄHTEET	44

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Projektilupa
- Liite 3. Kuvan lupaliite
- Liite 4. Verkkosivut

KUVAT

Kuva 1. Verkkosivuston etusivu	37
Kuva 2. Internetsivuston kuvitustyyli	38

1 JOHDANTO

Paniikkikohtauksella tarkoitetaan nopeasti tulevaa, voimakasta pelko- tai ahdistuskohtausta, jonka yhteydessä ilmenee erilaisia sympaattisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia oireita. Paniikkikohtausten syyt ja taustat ovat monisyisiä ja osin tuntemattomia. (Huttunen 2010.)

Paniikkikohtauksilla ei ole yleisesti ilmeistä laukaisinta, niitä tulee silloin kun niitä ei osaa odottaa. Väestöstä 3-5 prosentilla voi ilmetä paniikkikohtauksia ilman, että heillä on paniikkihäiriön diagnoosin täyttäviä oireita. Paniikkikohtauksia esiintyy usein mielialahäiriöiden yhteydessä, mutta näitä ei voida yhdistää paniikkihäiriöön. Pelkät paniikkikohtaukset eivät täytä paniikkihäiriön diagnoosin kriteerejä, joihin kuuluu, että potilas pelkää paniikkikohtauksien tapahtumista, kohtauksien seurauksia ja käytöksen tiedostettua muutosta johtuen paniikkikohtauksista. (Barlow 2001, 2.) Paniikkihäiriöön saattaa kuitenkin liittyä muita samanaikaisia psykiatrisia sairauksia. Paniikkihäiriölle on tyypillistä kroonistuminen sekä uusiutuminen. Näistä voi aiheutua toiminta- ja työkyvyn sekä elämänlaadun näkyvää huonontumista. (Tilli ym. 2008, 993-994.) Paniikkihäiriön hoidossa on olennaista pyrkiä estämään paniikkikohtausten aiheuttama jokapäiväistä elämää kaventava sosiaalisten tilanteiden vältteleminen, kuten esimerkiksi julkisten liikennevälineiden käytön lopettaminen (Huttunen 2010.)

Projektin tehtävänä oli laatia Terveysnettiin internetsivut nuorisolle paniikkihäiriöstä. Tavoitteena on lisätä paniikkihäiriöön sairastuneen nuoren ja hänen läheistensä tiedonsaantia. Terveysnetin tarkoituksena on parantaa Salon seudun väestön terveyttä, toimintakykyä ja itsehoitovalmiutta hyödyntämällä uutta tietotekniikkaa. Terveysnetti -projekti on ollut käytössä vuodesta 2001, ja sitä toteuttaa Turun ammattikorkeakoulu yhdessä Salon terveyskeskuksen kanssa. (Turun AMK 2012.)

2 PANIIKKIHÄIRIÖ

Paniikkikohtaus tarkoittaa äkillistä voimakasta pelkokohtausta. Sen yhteydessä ilmenee erilaisia sympaattisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia oireita, esimerkiksi sydämentykytystä, rintakipuja, hikoilua, vapinaa, hengenahdistusta, tukehtumisen tai kuristumisen tunnetta, pahoinvointia, vatsavaivoja, huimausta, pyörtymisen tunnetta, puutumista, kihelmöintiä, vilunväreitä tai kuumia aaltoja. Eri ihmisillä oirekuvassa korostuvat joko ruumiilliset tuntemukset kuoleman pelkoineen tai sekoamisen ja "hulluksi- tulemisen" -pelko. Pelkoja voidaan lievittää usein erilaisilla harjoituksilla, joissa peloista kärsivä totuttelee asteittain kohtaamaan pelkoa aiheuttavan kohteen tai tilanteen. (Huttunen 2010).

1.1 Tausta ja historia

Pelko on usein opittua. Se on alkujaan lajin säilymiseen liittyvä tunne. Nuoruusiällä ahdistuneisuus ilmenee sosiaalisissa tilanteissa, kuten esiintymisissä, asioinneissa ja ruokailussa. Vuorovaikutustilanteista etenkin itsenäistä selviytymistä vaativat tilanteet aiheuttavat usein paniikinomaista ahdistusta. (Friis 2004,106.)

Paniikkikohtaukset ovat erilaisia ja niissä koetut tunteet ja kohtauksen kesto vaihtelevat. Nuorilla näitä tunteita voivat olla, esimerkiksi tunne kontrollin menettämisestä tai kuolemanpelko. Usein kohtaukset tulevat odottamattomasti, mikä synnyttää turvattomuuden tunnetta. Nuoruusiällä paniikkikohtaukset vaikeuttavat opiskelua, ystävyysuhteita ja seurustelua, joihin liittyy niiden aiheuttama stressi ja pettymykset. Nuorilla paniikkikohtaukset voivat esiintyä tietyissä paikoissa kuten kotona tai koulussa. (Friis 2004,107.) Muita tilanteita, joihin paniikkihäiriö voi liittyä, ovat suljetut tilat tai etäännyminen turvallisesta paikasta, kuten yksin matkustaminen. Monesti paniikkikohtauksen jälkiseurauksena on nolouden tunne tai tuntemus siitä, että menettää kasvonsa ja että muut hylkäävät. (Kähkönen 2003,112.)

Paniikkihäiriötä arvellaan olevan 3-4 prosentilla väestöstä. Naisilla paniikkihäiriö on kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Kohtaukset alkavat usein nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa, mutta joskus jo lapsuudessa. **Ennusteena** on, että paniikkihäiriöstä toipuu noin kolmasosa siihen sairastuneista ja noin 20 prosenttia jää vaikeasti kroonisesti sairaksi. Paniikkihäiriön uusiutuminen on tavallista. Sairastuneista 40–50 prosentille potilaista jää jonkin verran jäänösoireita. Aikuisista paniikkipotilaista 25 prosenttia on kärsinyt lapsuudessa koulufobiasta. (Lepola & Koponen 2011.) Paniikkihäiriön esiintyvyys nuorilla on epidemiologisten tutkimusten mukaan 0,4–1,6 prosenttia (Ranta ym. 2001, 1228).

Paniikkihäiriö luokitellaan krooniseksi sairaudeksi, koska oireet jatkuvat usein vielä hoidon päätyttyä. Tästä johtuen siinä on suuri uusiutumisen mahdollisuus. Uusiutuminen voidaan määritellä esimerkiksi siten, että oireet, jotka täyttävät paniikkihäiriön diagnoosin kriteerit uusiutuvat jo saavutetun hoitotason jälkeen. Toinen merkki mahdollisesta uusiutumisesta on, kun potilas hakeutuu hoitoon seurantavaiheen aikana, vaikka hoito olisi ollut aluksi onnistunut. (Antony 2005, 38.)

Javardin (2002) tutkimuksessa selvisi (n= 609), että paniikkihäiriötä esiintyy useammin naisilla kuin miehillä. Iältään 15 – 24 vuotta olevilta naisilta määrä oli 2,5 prosenttia ja miehistä 1,3 prosenttia väestöstä. Sukupuolten välillä ero kasvoi iän mukana. Naisista 35–44 -vuotialta määrä oli 2,1 prosenttia ja miehistä 0,6 prosenttia. Kyselyyn vastanneiden yhteenvedosta voitiin päätellä myös, että oireet vaihtelevat miesten ja naisten välillä. Naiset kokivat enemmän hengitykseen liittyviä oireita kuin miehet. (Javard 2002.)

Paniikkihäiriöön liittyy usein **agorafobia** eli julkisten paikkojen pelko. Se on yleisin ahdistuneisuushäiriö. On arvioitu, että siitä kärsii noin 5 prosenttia väestöstä. Agorafobiasta kärsivä pelkää tilanteita, joista pakenemisen koetaan vaikeaksi paniikkikohtauksen sattuessa. Tämän pelon taustalla ovat usein ajatukset siitä, mitä muut ajattelevat paniikkikohtauksen saaneesta henkilöstä ja hänen oireistaan. Agorafobiasta kärsivä henkilö on yleensä lähes koko ajan ahdistunut. Tämä johtuu siitä, että hän pelkää joutuvansa tilanteeseen, mikä voi johtaa

paniikkikohtauksen saamiseen. Tietoa siitä, miksi agorafobia joillakin henkilöillä liittyy niin voimakkaasti paniikkihäiriöön, ei ole. (Bourne 2000, 5,6.)

Kansainvälisesti paniikkihäiriön diagnoosi otettiin käyttöön vuonna 1980. Mielen terveyden häiriöiden luokitteluun on maailmalla käytössä kaksi järjestelmää. Maailman terveysjärjestö WHO:n luokitus, International Statistical Classification of Diseases eli ICD-10, jonka mukaan taudinmääritys pyritään Suomessa antamaan. Toinen järjestelmä on Amerikan psykiatriyhdistyksen kehittämä Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, jota käytetään erityisesti tieteellisissä julkaisuissa ja Suomessa ICD-10 -luokituksen rinnalla. (Trauma ja dissosiaatio 2008.) Suurin osa käytetyistä lähteistä ja tärkeimmät suomenkieliset oppikirjat käyttävät dissosiaatiohäiriöiden jaottelussa DSM-luokitusta, käytetään tällä sivustolla myös dissosiaatiohäiriöiden luokitteluun kyseistä järjestelmää.

Paniikkihäiriö on ollut aktiivisen tutkimuksen kohteena 1980- ja 1990-luvuilla. Suomen tautiluokitukseen paniikkihäiriön diagnoosi tuli vuonna 1987. Tutkimuksen kohteena ovat olleet esiintyvyys, biologinen tausta, kliininen kuva, hoito ja ennuste. Tutkimukset ovat mahdollistaneet paniikkihäiriön paremman tunnistamisen ja tehokkaamman hoidon. Tietämyksessä on tosin vielä suuria puutteita. Trisyklisten masennuslääkkeiden havaittiin ehkäisevän paniikkikohtauksia 1960-luvun alussa. Tämän jälkeen on useiden eri lääkkeiden osoitettu olevan tehokkaita paniikkihäiriön hoidossa. Tehokkaiden lääkkeiden yleistynyt käyttö on osaltaan edesauttanut tutkimusta lääkkeiden vaikutusmekanismeista. Tämän on toivottu auttavan ymmärtämään myös paremmin sairausmekanismeja. (Konsensuslausuma 2000, 2535).

Paniikkihäiriön **diagnostiikassa** on kehittämisen varaa, sillä sairaus jää usein diagnosoimatta, vaikka paniikkikohtauksista kärsivä henkilö hakeutuisikin esimerkiksi perusterveyden huoltoon. Paniikkihäiriötä ei ole aina helppoa erottaa muista mielenterveyshäiriöistä. Sen oma ja selkeä piirre on ahdistuneisuuden purkautuminen henkilön saadessa paniikkikohtauksen. Paniikkihäiriö on helpompi diagnosoida nopeasti kohtauksien alettua. Mitä pidemmälle ja vaikeammaksi paniikkihäiriö etenee, sitä vaikeampaa on erotusdiagnostiikka. Paniikki-

kohtaukset voivatkin muodostaa pysyvän tilan, jolloin ahdistus purkautuu jatkuvina pieninä paniikkikohtauksina. (Tilli ym. 2008, 994.)

Paniikkihäiriötä diagnosoitaessa on tärkeää sulkea pois somaattiset syyt, jotka voivat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin paniikkihäiriö. Rytmihäiriötä tai rintakipuja kokevilla potilailla tulee sulkea pois sydänsairaudet. Hengenahdistusta välittävillä tulee sulkea pois keuhkoveritulppa, astma ja keuhkopöhö. Potilailta, jotka kokevat kohtausten aikana tajunnan tason heikentymistä, tulee pois sulkea epilepsia ja sydänsairaudet. Hormonaaliset syyt, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, voivat myös aiheuttaa paniikkihäiriön diagnostiikkaan sopivia oireita. Potilaan elintavat tulee selvittää huolellisesti, sillä kofeiinin runsas käyttö, tupakointi tai muiden päihteiden käyttö voivat aiheuttaa paniikkihäiriölle tyypillisiä oireita. Myös lääkeaineet ja niiden yhdistelmät saattavat aiheuttaa samantyyppisiä oireita kuin paniikkikohtauksessa. (Tilli ym. 2008, 994- 996.)

On tärkeää huomioida, että paniikkihäiriö ei sulje pois muita sairauksia. Sen oireet voivat myös vaikuttaa toisen sairauden oireiden kuvaan voimistavasti tai hämärtävästi. Paniikkihäiriön hoidossa ensisijaisena ongelmana onkin sen tunnistamisen vaikeus. (Tilli ym. 2008, 997.)

1.2 Fysiologiset syyt ja laukaisevat tekijät

Yleensä ahdistus ja pelko liittyvät toisiinsa. Ahdistus voi olla normaalia ja hyödyllistä, sillä se valmisteleo mieltä ja kehoa olemaan valppaana esimerkiksi uudessa ympäristössä. Pitkittyessään pelko rajoittaa toimintakykyä ja tapaa ajatella sekä vaikuttaa sympaattisen hermoston toimivuuteen. (Nummenmaa ym. 2010, 193–194.) Paniikki on elimistön voimakas hälytysreaktio, jolla se vastaa kaikenlaisiin uhkiin. Paniikki on synnynnäinen mekanismi, jonka luonto on muodostanut kehittyneille eläimille, jotta ne selviäisivät saalistajiltaan tai hengenvaarasta. (Bourne 2000, 27.) Paniikkihäiriön tunnusmaisimmat oireet ovat toistuvasti tapahtuvat hankalat ahdistuskohtaukset, joita ilmenee tilanteissa, joita ei normaalisti lueta rasittaviksi tai vaarallisiksi (Tilli ym. 2008, 993.)

Haywardin tutkimuksesta (2000) selvisi, (n= 2365) että masennus lisää paniikki-kohtausten riskiä nuorisolla. Riskiä lisäsi myös naissukupuoli, alttius ahdistuneisuuteen, negatiivinen affektiivisuus ja lapsuudessa kärsitty eroahdistus. (Hayward ym. 2000.)

Paniikkikohtauksessa sympaattinen hermosto käynnistää nopeasti erilaisia reaktioita kehossa. Ensimmäisenä lisämunuaiset alkavat erittää runsaasti adrenaliinia, josta yleensä seuraa pakokauhun tunne. Adrenaliini lisää sydämen lyöntitiheyttä ja muuttaa hengityksen nopeaksi sekä aiheuttaa vapinaa ja hikoilua. Sympaattinen hermosto aiheuttaa myös lihassupistuksia. Nämä voivat aiheuttaa puristusta rinnassa ja kurkussa. Tästä voi seurata tunne, ettei saa henkeä ja tunne jähmettymisestä. Muita reaktioita ovat vatsahappojen liiallinen erittyminen, mikä vaikuttaa ruuansulatuksen toimivuuteen. Pernasta vapautuu pu-nasoluja ja elimistöön vapautuu maksaan varastoitunutta sokeria, jolloin ai-neenvaihdunta kiihtyy ja pupillit suurenevat. (Bourne 2000, 28.)

Liiallisessa hengityksessä eli hyperventilaatiossa ihminen hengittää liian nopeasti ja epäsäännöllisesti sekä pinnallisesti. Tämä johtaa siihen että veren hiilidioksidipitoisuus laskee. Hiilidioksidipitoisuuden laskeminen aiheuttaa seuraavia oireita: pyörryttävä olo, huimaus, hengenahdistus, vapina ja pistely. (Bourne 2000, 30–31.) Normaalisti ihmisen hengitystiheys on noin 12–16 kertaa minuutissa, hyperventilaatiokohtauksessa se on yli 20 kertaa minuutissa ja akuutissa kohtauksessa jopa yli 30 kertaa minuutissa. Kohtauksen aikana hengitys on kuuluvaa ja puhuminenkin voi jo hengästyttää. Uloshengitysvaihe jää lyhyeksi, eikä luonnollista taukoa ole uloshengityksen lopussa. (VSSHOP Ohjepankki 2011.)

Hyperventilaatiossa valtimoveren hiilidioksidimäärä pienenee ja siitä johtuu veren muuttuminen emäksiseksi. Tämä aiheuttaa verisuonten supistumista ja näin ollen edellä mainittuja oireita. Nämä fysiologiset oireet johtuvat hengityksen hermostollisesta säätelyhäiriöstä. Keuhkotuuletus on liian suuri suhteessa kehon tarpeeseen, minkä takia valtimoveren CO₂ eli hiilidioksidin osapaine pienenee alle normaalin, joka on 4,67 kPa. Normaali paine ihmisellä on 4,5-6,00kPa. (VSSHOP Ohjepankki 2011, Saaremaa 2012.)

Hyperventilaatiotilaan voi liittyä osa paniikkihäiriön oireista, kuten pelkoa ja ahdistusta. Paniikkihäiriöön ei aina liity verikaasujen häiriötä, vaan voi esiintyä ahdistavaa oloa ilman hyperventilaatiota. Yleensä näitä tuntemuksia ovat tunne siitä, ettei kykene hengittämään, tukehtumisen tunne, ahdistava, kiristävä tunne rinnassa, ylenmääräinen huokailu ja ilmanhaukkominen ja epätasainen hengitysrytmi. (VSSHP Ohjepankki 2011.) Liikahengityksen syynä voi olla myös muu sairaus, kuten keuhkokuume, keuhkoveritulppa, astma, keuhkohtauma, sydämen vajaatoiminta tai neurologinen sairaus. Hyperventilaatioon liittyviä oireita saadaan tahdonalaisesti puhaltamalla, esimerkiksi huonosti syttyvää tulta viritellessä. (Saarelmaa 2012.)

Hyperventilaatiota voi hoitaa itse, jos kyse on paniikkihäiriöstä ja oireet ovat tuttuja. Ensi kertaa hyperventiloivat hakeutuvat yleensä nopeasti lääkäriin. Pussiin hengittäminen on itsehoitona vanha ja tehokas tapa. Tämän menetelmän tarkoituksena on estää hiilidioksidin karkaamista. Erilaiset rentoutus- ja vertaisryhmät voivat olla myös avuksi. Koska hyperventilaatio voi olla oire sekä psyykkisissä että somaattisissa sairauksissa, on hyperventiloivan hakeuduttava tutkimuksiin, jotta syy oireisiin selviäisi. Mikäli oireiden aiheuttajaksi todetaan paniikkihäiriö, voidaan oireita hoitaa lääkkeillä ja terapialla, tai vaihtoehtoisesti vain toisella näistä. (Saarelmaa 2012.)

Tukeva2/Lappi on Lapin alueella toteutettu projekti, jonka tarkoitus on tukea lasten ja nuorten kehitystä ja parantaa heille suunnattuja palveluita. Tukeva2/Lappi on osa valtakunnallista Kaste-ohjelmaa. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2012.) Rovaniemen seudun osahankkeessa toteutettiin Pakki-ryhmä paniikkihäiriöstä kärsiville yläasteikäisille nuorille (n=6). Nuoret pääsivät ryhmään oppilashuollon kautta. Ryhmän tavoitteena oli auttaa nuorta ymmärtämään elämäänsä kuormittavia tekijöitä ja antaa työkaluja selvittää niistä mahdollisesti aiheutuvista paniikkikohtauksista (Nurmela 2011.)

Menetelminä käytettiin toiminnallisia menetelmiä, joiden avulla nuoria ohjattiin työstämään paniikkikohtauksia. Jokainen tapaamiskerta sisälsi erilaisen teeman. Ensimmäisellä kerralla paniikkikohtausta tutkittiin fysiologisenä ilmiönä omien kokemusten kautta ja harjoiteltiin palleahengitystä. Jännittyessään ihmi-

nen hengittää usein pinnallisesti keuhkojen yläosilla. Palleahengityksellä pyritään vähentämään pinnallista hengitystä. Ahdistunut hengittää yleensä keuhkojen yläkärjillä tai liikahengittää. Rentoutuneena ihminen hengittää syvemmin ja käyttää pallean aluetta hengityksessä. Palleahengityksellä pyritään syventämään hengitystä. Hengitysharjoitusten kautta opitun palleahengityksen omaksui osa nuorista ja he jatkoivat harjoittelua myös kotona. (Nurmela 2011.)

Vickersin (2012) tutkimuksessa käytettiin 35 prosenttista hiilidioksidia paniikki-kohtauksen ja stressin laukaisussa. Testimallia on kuitenkin harvemmin käytetty paniikkihäiriön hoidossa. Tarkoituksena testissä on hengittää ilmaa, jossa on 35 prosenttia hiilidioksidia, joka laukaisisi paniikkikohtauksen. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää yhtymäkohtia paniikkihäiriön diagnosoinnista julkaistuun kirjallisuuteen. Niin paniikki- kuin stressitutkijat ovat tutkineet hiilidioksidin lyhytaikaisia seurauksia. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että testi aiheuttaa tilapäisen hengityksen estymisen, huimauksen ja ahdistuksen isossa osassa potilaita ja paniikkihäiriön niillä, joilla on paniikkihäiriö diagnoosi tai riski sairastua paniikkihäiriöön. (Vickers ym. 2012.)

Ruumiilliset häiriöt voivat myös aiheuttaa paniikkikohtauksia. Nämä paniikkikohtaukset ovat hyvin samanlaisia kuin ahdistuksesta johtuvat. Alhainen verensokeri aiheuttaa ihmisessä usein paniikinkaltaisia oireita, kuten tuskaisuutta, vapinaa ja hikoilua. Alhainen verensokeri voi olla seuraus stressistä tai huonosta ruokavaliosta. Kilpirauhasen liikatoiminnassa kilpirauhanen erittää liikaa hormonia, mistä voi aiheutua kiihtynyttä sydämen sykettä ja tuskaisuutta. Naisilla kuumautisia edeltävä oireyhtymä (pms) voi lisätä paniikkireaktioita. On myös todettu sisäkorvan häiriöiden liittyvän paniikkikohtauksiin. Näitä häiriöitä voi aiheuttaa esimerkiksi allergia tai tulehdus. Paniikinoireita tässä tapauksessa ovat huimaus ja pyöräyttävä tunne. (Bourne 2000, 30–31.)

Elämää rajoittavat **pelot** lisäävät usein ahdistusta. Esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa voi henkilöstä tuntua, että hänen itsetuntoaan uhataan. Pelko hylätyksi tulemisesta voi aiheuttaa paniikkihäiriön, mikäli henkilöllä on taustalla masennusta. Pelko on eräänlaista alkukantaista tunnetietoa, joka aktivoituu ihmisessä nopeasti. Tunnetiloja säätelee tahdosta riippumaton hermosto ja tämän takia

tunteita ei pysty järjellä hallitsemaan, ainakaan silloin, kun tunnetila on voimakkaimmillaan. Pelon fyysiset oireet korostuvat uhkaavissa tilanteissa. Toisaalta pelko voi aktivoitua ilman varsinaista uhkaa. Psykkisissä peloissa uhkina ovat kontrollin menettäminen, tietoisien hallinnan kadottaminen ja turvattomuus. Yleisimmät pelot ovat korkeanpaikan-, suljetun tai avoimen paikan-, sairauden-, kuoleman-, loukkaantumisen-, yksinmatkustamisen-, hammaslääkärin ja yksin olemisen pelko sekä ja eläimiä kohtaan tunnetut pelot. Nämä pelot alkavat usein jo lapsuudessa ja niitä on 7-8 prosentilla ihmisistä. Elämää rajoittavat pelot ovat varsin pysyviä. Arviolta 10–20 prosenttia peloista kärsivistä toipuu ilman hoitoa. (Toskala 1997, 16–52.)

Nuoruudessa ihminen kehittää kuvaa itsestään. Murrosikäinen alkaa tunnistaa omia tunteitaan ja luoda omia käsityksiään niistä. Hän myös oppii refleктоimaan tunteitaan omaan maailmankuvaansa ja uskomuksiinsa. Esimerkiksi sosiaalisen pelon voittamisessa on tärkeää, että nuori hyväksyy pelkonsa. (Toskala 1997, 147.)

1.3 Paniikkihäiriön hoito

Vuosittain joka kuudes henkilö kärsii toimintakykyään haittaavasta pelosta, kuten paniikkikohtauksesta tai muusta ahdistuneisuudesta. Ammatillisen avun lisäksi jokainen, joka kärsii ahdistuneisuuden oireista voi harjoitella pelkojen hallintaa. (Huttunen 2008.) Paniikkihäiriön hoidossa on olennaista estää paniikkikohtausten aiheuttama arkielämää rajoittavien sosiaalisten tilanteiden kuten liikennevälineiden, kaupassa käynnin tai muun vastaavan toiminnan välttäminen. Paniikkihäiriön hoitokeinoina käytetään lääkitystä, ravitsemusta, erilaisia terapiamuotoja ja rentoutusta. (Huttunen 2011.)

Lääkehoidolla pystytään estämään paniikkikohtauksia. Oireiden eriateisuus vaikuttaa lääkehoitoon. Ohimenevien oireiden hoito ei edellytä lääkehoitoa. Hoi-toihin käytetään usein masennuslääkkeitä ja rauhoittavia bentsodiatsepiineja. (Huttunen 2008, 259.) Rauhoittavien bentodiatsepiinien vaikutus perustuu siihen, että ne vaikuttavat keskushermoston toimintaan, mitä kautta ne vähentävät voimakkaasti ahdistuneisuuden tunnetta. (Bourne 1999, 297.) Bentsodiatsepi-

neille on aivoissa oma reseptorijärjestelmä, joka on herkkä bentsodiatsepiini-johdannaisille aineille. Tästä voi päätellä, että aivot tuottavat myös omia rauhoittavien lääkkeiden tapaisia yhdisteitä. On mahdollista, että syy ahdistukseen voi löytyä näiden yhdisteiden vajeesta aivoissa. Tällä hetkellä tiedetään, että bentsodiatsepiinit lisäävät aivojen gamma-aminovoihapon (GABA) aktiiviteettia. GABA toimii aivoissa luonnollisena passivoivana välittäjäaineena ja ehkäisee limbisen järjestelmän (joka on tunnekeskus) toimintaa. (Bourne 2000, 29.)

Bentsodiatsepiineja käytetään usein lääkityksen alussa, ensimmäisten 4-6 viikon aikana, yhdistettynä muuhun lääkitykseen. (Tilli ym. 2008, 996.) Bentsodiatsepiinit vaikuttavat nopeasti ja niiden haittavaikutukset ovat vähäisiä. Harvoin esiintyviä paniikkikohtauksia saavat eivät usein halua säännöllistä lääkitystä, ja silloin yleensä käytetään kohtauksen lääkitsemiseen bentsodiatsepiineja, koska imeytyvät nopeasti. (Huttunen 2008, 189.)

Bentsodiatsepiinien vakavana sivuvaikutuksena on fyysinen riippuvuus, mistä etenkin pitkäaikaisen käytön yhteydessä saattaa seurata vakavia vieroitusoireita. Bentsodiatsepiinien käyttöä ei tule lopettaa äkillisesti, sillä tästä voi seurata lisääntyneitä paniikkikohtauksia, ahdistuneisuutta, tajuttomuutta, ärtymystä, lihasjännitystä tai unettomuutta. Käyttö tulee lopettaa asteittain eli pienentäen otettavaa lääkeannosta usean viikon ajan. Vieroitusoireita aiheuttavien lääkkeiden käyttö tulee lopettaa lääkärin valvonnassa. (Bourne 2000, 297- 298.)

Watanaben (2007) tutkimuksen mukaan paniikkihäiriötä hoidettaessa bentsodiatsepiinin ja psykoterapian yhdistelmähoidosta ei ole riittävästi näyttöä. Tutkijoilla oli vain kaksi satunnaistettua laadullisesti tukevaa kliinistä koetta, joissa olivat menetelminä altistushoito ja bentsodiatsepiini lääkehoitona. Näiden kahden kliinisen kokeen mukaan tulokset olivat rajallisia, mutta niistä sai viitteitä altistushoidon tehosta paniikkihäiriön hoidossa. Bentsodiatsepiinien yhdistäminen altistushoitoon, etenkin hoidon alussa, saattaa tehostaa alkuvaiheen hoitoa. Paniikkihäiriön hoitaminen pelkästään lääkehoidolla ei ole suositeltavaa. (Watanabe ym. 2007.)

Mikäli paniikkikohtauksiin liittyy sydämen sykkeen kiihtymistä tai hikoilua, voidaan ahdistuneisuutta hoitaa myös beetasalpaajilla. Niistä voidaan yhdistää paniikkihäiriön hoidossa bentsodiatsepiineihin vähentämään huomattavaa sydämen tykytystä. Beetasalpaajat vähentävät tehokkaasti ahdistuneisuuteen liittyviä ruumiillisia oireita, mutta ne eivät vaikuta sisäiseen ahdistukseen. Beetasalpaaja annostellaan yleensä kerta-annoksena, kun halutaan vähentää ahdistuksen aiheuttamia ruumiillisia oireita nopeasti, esimerkiksi ennen julkista esiintymistä. Beetasalpaajien sivuvaikutuksiin voi kuulua verenpaineen voimakasta laskua tai väsymystä. Beetasalpaajat eivät yleensä aiheuta samanlaista fyysistä riippuvuutta kuin bentsodiatsepiinit, mutta mikäli niitä on, käytetty pidemmän aikaa on käyttö syytä lopettaa asteittain. (Bourne 2000, 298- 300.)

Masennuslääkkeistä yleisimpiä ovat SSRI- masennuslääkkeet (joka tarkoittaa selektiivistä serotoniinin takaisinoton estäjää). Masennuslääkkeiden käyttö paniikkikohtausten hoidossa aloitetaan pienillä annoksilla, koska ne saattavat aiheuttaa levottomuutta. Nuorilla nämä lääkkeet voivat erityisesti lääkehoidon alussa lisätä ahdistusta ja paniikkikohtausten tiheyttä. (Huttunen 2008, 259.) Masennuslääkkeet eivät vaikuta paniikkikohtausten estoon heti, vaan niitä on käytettävä 2-4 viikkoa, jotta saadaan toivottu vaikutus (Huttunen 2008, 187). SSRI- masennuslääkkeiden käyttö paniikkihäiriön hoidossa kestää yleensä kuudesta kuukaudesta puoleentoista vuoteen (Bourne 2000, 299).

SSRI -masennuslääkkeiden sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi päänsärky, levottomuus, maha-suolistovaivat ja ahdistuneisuus. Sivuvaikutuksia voidaan vähentää aloittamalla lääkitys pienellä annoksella ja nostamalla sitä vähitellen. Osa potilaista saattaa lopettaa lääkkeiden käytön heti alussa niiden sivuvaikutusten takia. Masennuslääkkeet eivät aiheuta fyysistä riippuvuutta kuten bentsodiatsepiinit, mutta jotkut potilaat saattavat jäädä psyykkisesti riippuvaisiksi niistä. (Bourne 2000, 299- 300.)

Ruokailutavat vaikuttavat ahdistuneisuuteen. Monen ahdistus- ja jännitysoireet voimistuvat, jos he saavat päivittäin yli 100 mg kofeiinia esimerkiksi kupillinen kahvia sisältää noin 50-110mg kofeiinia. On olemassa särkylääkkeitä, jotka sisältävät kofeiinia. Kofeiini vaikuttaa voimistamalla ahdistuneisuutta ja voi näin

ollen laukaista kohtauksen. (Huttunen 2008.) On todettu, että iso osa potilaista hyötyy nautintoaineiden kuten kofeiinin, alkoholin ja tupakoinnin käytön vähentämisestä ja säännöllisen liikunnan lisäämisestä (Tilli ym. 2008, 995.)

Tupakka on voimakas stimulantti. Tupakoinnin lopettaminen tai olennainen vähentäminen voi lievittää jännitys- ja ahdistusoireita. Runsassuolainen ruoka voi kohottaa verenpainetta ja näin lisätä jännitysoireiden aiheuttamia sydänoireita. Sydänoireet puolestaan helposti lisäävät pelkoja. Monet ruoan säilöntäaineet ja makeutusaineena käytetty aspartaami sekä allergiaa aiheuttavat ruoka-aineet voivat myös lisätä joidenkin ihmisten jännitysoireita. Verensokeripitoisuuden laskusta seuraavat oireet voivat aiheuttaa myös paniikkikohtauksia. Ateriovälit voivat helposti jäädä pitkiksi stressin tai työkiireiden takia. Verensokeri voi laskea jo 2-4 tunnissa, sokeri- tai hiilihydraattipitoisen aterian jälkeen. Terveelliseen ruokavalioon kuuluu runsaasti vihanneksia ja proteiinia mikäli halutaan hallita ahdistuskohtauksia. Nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja kannattaa välttää. (Huttunen 2008.)

Tukeva2/Lappi Rovaseudun hankkeen yhtenä osana oli ruokavalion vaikutus paniikkikohtauksen hallinnassa. Nuoria pyydettiin seuraamaan miten aamupalan syöminen vaikuttaa aamupäivän vireystilaan ja paniikkikohtauksen syntymiseen koulupäivän aikana. Kofeiini herkistää paniikkikohtaukselle ja kofeiinia on monissa nuorten suosimissa juomissa, kuten Coca-Colassa ja energijuomissa. Ryhmässä keskusteltiin näiden juomien välttämistä. Ryhmässä kävi ilmi nuorten epäsäännöllinen ateriarytmi ja erityisesti aamupalan syömättä jättäminen. (Nurmela 2011.)

Psykoterapiassa on tarkoitus auttaa nuorta käsittelemään pahoja ja hyviä asioita sekä kestävästi ristiriitoja niiden välillä. Hoidon onnistuminen edellyttää, että psykoterapeutti tulee potilaalle tärkeäksi. Nuorilla psykoterapiaa toteutetaan ilman vanhempien paikallaoloa. Nuoren itsenäistyminen vaatii usein tukea vanhemmilta ja muilta luotettavilta aikuisilta. (Pylkkänen 2001.) Psykoterapia on pitkäkestoista ja se jatkuu jopa vuosia. Intensiivinen psykoterapia kestää yleensä 2-3 vuotta. Kelan tutkimusten mukaan 80 prosenttia hyötyy hoidosta. (Kela 2012.) Nuoren psykoterapiassa tarkistellaan nuorta iänmukaisten tarpeiden mu-

kaan. Nuoruusiän psykoterapiassa painotetaan tiedon antamista, toiveiden huomioimista ja rohkaisua. Terapeutin tulee olla neutraalilla tavalla kiinnostunut nuoresta, kuitenkin kunnioittamalla hänen rajojaan. Nuoren itsenäistymispyrkimykseen liittyy vahva toive oman elämän hallinnasta. Tulevaisuuden haasteet tuovat kuitenkin nuorelle usein epävarmuuden tunnetta ja pelkoja. (Keinäinen ym. 2007, 47–51.)

Nuoruusiän psykoterapiassa kehitystä edesauttavia tekijöitä ovat menneisyydestä peräisin olevien ja nykyisiin ihmissuhteisiin heijastuvien tiiviiden ja usein ristiriitaisten tunnekokemusten erittelemineen. Tunnekokemuksille luodaan merkitys ja nimetään se. Nuoren kokeman ahdistuksen työstämisessä hyödylliseksi on havaittu erilaisten ahdistusten sijoittuminen eri ajanjaksoille, kuten menneisyyteen, nykyhetkeen tai tulevaisuuteen. (Keinäinen ym. 2007, 47–51.)

Suomessa nuorten psykoterapeutteja on ollut jo 70-luvun lopusta lähtien (Pylkkänen 2001). Psykoterapiaa voi antaa terapeutti, joka on kouluttautunut psykoterapeutiksi ja on Valviran hyväksymä (Kela 2012). Nuorten pahoinvointi on kymmenessä vuodessa viisinkertaistunut. Useat lasten ja nuorten häiriöt alkavat jo ennen kouluikää. Häiriintyneistä lapsista ja nuorista karkeasti arvioituna 40 prosenttia saa jonkinlaista hoitoa. (Pylkkänen 2001.) Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa 16–67 -vuotiaille. Alle 16-vuotiaiden terapiasta vastaa julkinen terveydenhuolto. (Kela 2012.)

Psykoterapian tavoitteena on parantaa kuntoutujan työ- ja opiskelukykyä. Kela edellyttää psykoterapian saamiseen, että työ- tai opiskelukyky on kärsinyt mielenterveydenhäiriön vuoksi. Terapian saanti edellyttää psykiatrisen diagnoosin ja hoidon vähintään kolmeksi kuukaudeksi. Kela myöntää terapian vuodeksi kerrallaan. Terapia voi olla yksilö-, ryhmä-, perhe- tai pariopsykoterapiaa tai kuvataideterapiaa. Lisäksi 16–25-vuotiaille nuorille Kela tarjoaa musiikkiterapiaa. Nuoren kuntoutusterapiaan saattaa liittyä myös vanhempien ohjauskäyntejä. (Kela 2012.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia eli KKT on psykoterapeuttinen hoitomenetelmä. Ensisijaisesti sitä suositellaan paniikkihäiriön hoitoon. KKT ja lääkehoito

ovat vakiinnuttaneet asemansa paniikkihäiriön hoidossa. Molempien käyttö perustuu useisiin kontrolloituihin tutkimuksiin, joissa ne on todettu tehokkaiksi hoitomenetelmiksi. KKT-menetelmän on todettu vähentävän ahdistuneisuutta, masennusoireita ja välttelykäyttäytymistä. KKT:n on todettu vähentävän myös fyysisten sairauksien määrää, riippumatta siitä, onko hoidosta ollut tehoa ahdistuneisuuteen. KKT terapiaistuntojen määräksi suositellaan yleisesti 10–12 kertaa. KKT:n tuloksia voidaan parantaa lisäämällä istuntojen määrää tai pidentämällä terapian kestoja. (Antony 2005, 14-35.)

KKT sisältää useita eri menetelmiä ja erityispiirteitä, esimerkiksi altistamisharjoituksia. Altistamisharjoitukset perustuvat pelottavien tilanteiden ja fyysisten tuntemusten aiheuttaman paniikkiajattelun kyseenalaistamiseen. Potilas voi kieltäytyä altistamisharjoituksista. Syynä voi olla haluttomuus kohdata pelottavia tilanteita ja tuntemuksia. Potilaan osallistumista altistamisharjoituksiin edistää hänelle ennakkoon annettu tieto. Hänelle kerrotaan etukäteen harjoitusten tarkoitus ja peruspiirteet. Altistamisharjoitukset hajotetaan pieniin osiin, jotta pelko on helpommin hallittavissa. Esimerkiksi julkisia liikennevälineitä karttava henkilö voi matkustaa bussilla vaikkapa ystävän kanssa, jolloin hän kohtaa pelottavan tilanteen, mutta ei ole siinä yksin. Mikäli pelko ei vähene altistamisharjoitusten edessä voi syy löytyä esimerkiksi lisääntyneestä stressistä, harjoitusten lyhyydestä tai niiden tapahtumisesta liian harvoin. (Antony 2005, 14-15, 31-32, 35.)

Furukawa (2007) analysoi 21 tutkimusta (n=1709) paniikkihäiriöistä aikuisilla. He päätyivät siihen, ettei pelkästään masennuslääkitys paniikkihäiriön hoitona ole tehokas ratkaisu. Tutkimuksessa todetaan, että tehokkain hoitoyhdistelmä on masennuslääkkeet ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Pitkäaikaishoidossa psykoterapia toimi lähes yhtä hyvin kuin edellä mainittu yhdistelmähoito. Tutkimuksessa kävi ilmi, että akuutissa vaiheessa yhdistelmähoito vähensi oireita 24 prosenttia paremmin, kuin pelkkä masennuslääkitys ja psykoterapia 17 prosenttia paremmin. (Furukawa ym. 2007.)

KKT:n käyttö paniikkihäiriön hoidossa vaatii, että henkilö on valmis osallistumaan aktiivisesti hoitoon ja ottamaan vastaan hoidon tuomat muutokset. Muutosta voidaan vastustaa monista eri syistä. Näitä ovat esimerkiksi muutoksen

pelko tai hoitostrategioiden pelko. KKT:n periaatteet tulee selvittää potilaalle heti terapiaa aloitettaessa, sillä potilas on tärkeä saada sitoutumaan hoitoon alusta alkaen. Terapien onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas hyväksyy käytettävät hoitomenetelmät. Mikäli potilas on epävarma terapiasta, sen toimintamalleista, terapeutista tai omista kyvyistään, voi terapia loppua ennen aikojaan. (Antony 2005, 24-25.)

Koska terapiaan kohdistuu yleisesti paljon ennakkokäsityksiä, terapeutilla tulee olla myötäilevä asenne potilaan ennakkoluuloja kohtaan, jotta potilaan epäröivä asenne normalisoituisi. Tulee kuitenkin muistaa, että vaikka potilas ei kertoisi epäröinnistään hoitomuotoa kohtaan, ei se tarkoita, ettei hänellä olisi epäröiviä ajatuksia. Potilailla saattaa herätä voimakkaita epäilyksiä terapiamuotoa kohtaan, koska KKT:n pääperiaate on, että potilas altistetaan pelottaville tilanteille. Tämä saattaa saada potilaan voimakkaasti epäilemään terapiamuodon oikeanlaisuutta hänelle, mikäli potilas näkee paniikkihäiriönsä ainoastaan somaattisena sairautena, ja siten epäilee psykologisia hoitomenetelmiä, on hänelle hyvä myöntää biologian osuus paniikkihäiriön synnyssä. Vaikka ahdistuneisuuteen olisi perinnöllinen taipumus, ei se tarkoita, että siitä ei voisi selvitä, tämä seikka terapeutin on hyvä tuoda esille potilaan kanssa keskustellessa. (Antony 2005, 26- 27.)

KKT:n tärkeä osa on asettaa yhdessä potilaan kanssa realistiset tavoitteet. Oireiden täydellinen katoaminen ei ole realistinen tavoite, koska ahdistus ja pelko ovat inhimillisiä tuntemuksia. Tästä syystä potilailta häviää usein vain osa oireista. Tämän vuoksi pitää potilaan kanssa keskustella hänen realistisista odotuksistaan KKT:n hoitovasteesta. Tavoite hoidossa voisi olla oireiden käsittelemisen, mikä edesauttaisi epä mukavien tuntemuksien sietämistä, ja oman elämän hallitsemista. (Antony 2005, 28-35.)

Hoitoa toteutettaessa tulee huomioida potilaan yksilöllisyyden tarpeet, esimerkiksi viimeisillään raskaana olevaa naista ei saa hyppyyttää paikoillaan sydämen sykkeen nopeuttamiseksi. Myös potilaan ikä sekä henkinen kehitys tulee huomioida. Tämän vuoksi tulee lapsille, nuorille ja aikuisille suunnitella omat terapiaohjelmat. Lasten ja nuorten terapiaan olisi hyvä sisällyttää perheterapia,

sillä perheenjäsenen läsnäololla saattaa myös olla positiivisia vaikutuksia etenkin altistamisterapiassa. (Antony 2005, 28- 38.)

Hoidon epäonnistumiseen vaikuttava tekijä on esimerkiksi potilaan oma motivaatio. Potilas saattaa suhtautua ahdistukseen tai paniikkikohtaukseen häviönä. Tämä yleensä johtaa hoitomotivaation heikentymiseen. Terapeutin tulisi tässä tilanteessa pyrkiä muuttamaan potilaan asennoitumista ahdistukseen ja paniikkikohtauksiin positiivisemmaksi eli kannustaa häntä ajattelemaan edellä mainittuja tilanteita mahdollisuuksiksi oppia uusia taitoja hallita kohtauksia. Toinen tyypillinen tekijä, joka vaikuttaa KKT:n hoitovasteeseen huomattavasti, on potilaan mielen tyhjentyminen kohtauksen aikana. Potilaan tulisi pyrkiä ajattelemaan, mikä laukaisi kohtauksen ja miten hän siihen reagoi analysoiden tunteuksiaan, ajatuksiaan ja käyttäytymistään. (Antony 2005, 29-30.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa käsitellään hätää ja turvattomuutta, joita henkilö ei kestä itsessään. Paniikkihäiriön psykoterapeuttisen hoidon tavoitteena on turvata uuden ja vähemmän katastrofaalisen tulkinnan rakentuminen somaattisiin tuntemuksiin ja voimakkaisiin tunteisiin. On hyvä että henkilö pystyy kohtaamaan tunteensa ja selviämään niiden kanssa. Paniikin hoitamisessa on olennaista altistaa ihminen niille tilanteille, jotka laukaisevat paniikin. Paniikkihäiriöstä kärsiville opetetaan keinoja, joilla voi kestää paremmin paniikin aiheuttamat tuntemukset. Keinoina käytetään vaihtoehtoisia ajatuksia ja rentoutumista. Kognitiivisen terapian tuloksien pysyvyyden kannalta on tärkeää, että henkilö oppii strategian, jota hän voi soveltaa ahdistuksen käsittelyyn. (Kähkönen 2003, 118- 120.)

Nordgreen ym. (2012) toteuttamassa tutkimuksessa tutkittiin paniikkihäiriötä Tansanian maaseudulla asuvien ihmisten keskuudessa (n=10). Tutkimus toteutettiin analysoimalla kliinisiä tietoja, jossa tutkimusaiheena on, että yleiset mielenterveyden ongelmat luovat huomattavan tautitaakan matalatuloisissa maissa. Tuloksista ilmenee, että paniikkihäiriöiden diagnosointi on tärkeää maalais-Tansanian olosuhteissa. Potilaat, sukulaiset ja sairaalan työntekijät hyväksyivät lyhyen kognitiivisbehavioristisen terapian väliintulon paniikkihäiriössä, ja he ko-

kivat potilaalle annettavan informatiivisen psykologisen opetuksen hyvin hyödylliseksi. (Nordgreen & Havik 2012.)

Neljä persoonallisuuden piirrettä on yhteydessä ahdistusoireisiin. Ne ovat pyrkimys täydellisyyteen, korostunut hyväksytyksi tulemisen tarve, alttius olla huomaamatta stressin oireita ja korostunut kontrolloimisen tarve. Näiden tiedostaminen itsessään on hyvä alku niistä vapautumiselle. Persoonallisuuden muuttaminen ei ole helppoa ja se saattaa edellyttää tiivistä ja pitkäkestoista psykoterapiaa. (Huttunen 2008.)

Barberin (2012) tutkimuksen tarkoitus on verrata tehokkuutta kolmen eri hoitomuodon välillä paniikkihäiriön hoidossa. Hoitomuodot olivat psykodynaaminen psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja sovellettu rentoutushoito. Kaikkien on osoitettu olevan tehokkaita hoitomuotoja hoidettaessa potilaita, joilla on diagnosoitu paniikkihäiriö. Paniikkihäiriön tehokkaan hoidon on osoitettu vähentävän sairaanhoidon kustannuksia jopa 94 prosenttia. Tämä tutkimus on lisännyt näyttöä tutkimuksessa mukana olleiden kolmen hoitomuodon hyödyistä. Paniikkihäiriötä sairastavat potilaat valitsevat usein mieluummin psykoterapian kuin lääkityksen hoitomuodokseen. Tästä voi seurata sairauden uusiutumisen, joten tieteellinen tutkimus vähemmän lääkinnällistä ja tehokkaista hoitomuodoista paniikkihäiriöisille potilaille on tarpeen. (Barber 2012.)

Perheterapialla pyritään hoitamaan perheen sisäistä vuorovaikutusta ja perheenjäsenillä tai -jäsenillä esiintyviä häiriöitä, sekä niiden aiheuttamia ongelmia perheessä. Perheterapiassa pyritään parantamaan perheensisäisiä vuorovaikutustaitoja ja lisäämään myönteisiä voimavaroja perheen sisällä. Terapiaa toteuttaa joko yksi tai useampi terapeutti työryhmässä. Terapiaistunnoissa on yleensä useampi perheenjäsen mukana, jolloin istuntoja voi kutsua myös yhteisterapiaksi. Perheterapiaan sisältyy myös yksilöpsykologiaa, jolla pyritään tarkastelemaan perheen kokonaisuutta. Perheterapiaa käytetään yksilöä koskevien mielenterveyshäiriöiden hoidossa, vuorovaikutukselliseksi hahmotettujen ongelmien hoidossa ja selvittelyssä ja muiden psykoterapiamuotojen tukivoitona. Terapeutti havainnoi perhettä, mikä synnyttää perheessä tietynlaisia vuorovaikutuksia. Havainnoinnin tarkoituksena on auttaa uudenlaisia merkityksenantotapahtumia

syntymään. Ne muuttavat perheenjäsenen ja koko perheen ongelmiin sisältyviä merkityksiä ja antavat mahdollisuuden löytää uusia ratkaisuja yksilön ja perheen ongelmille. Perheterapia on kehittynyt vuorovaikutuksessa useiden psykoterapiamuotojen kanssa. (Aaltonen 2009.)

Haworth Clinical Practice Press lehden artikkelissa kyseenalaistetaan perheterapian tarpeellisuus paniikkihäiriön hoidossa. Perusteina tutkijoilla oli perheen tai perheenjäsenen mahdollinen vaikutus paniikkihäiriön kehittymisessä. Ajateltaessa kokonaisvaltaisesti perheen ihmissuhteita ja paniikkihäiriön luonnetta, saattaa terapiamuoto ihmissuhteita muuttaessaan luoda uuden häiriön. (Gore ym. 2001.)

Paniikkihäiriön **itsehoito** voi edesauttaa parantumista tai tukea oppimaan elämään paniikkihäiriön kanssa. Kohtauksia pystyy itse hallitsemaan, mutta se edellyttää ensin pelon kohtaamista. Monesti henkilön saadessa paniikkikohtauksen, hän ei pysty ajattelemaan selkeästi. On tärkeää oppia ymmärtämään, mistä paniikkihäiriössä on kyse. Mitä paremmin ymmärtää kohtauksen aikana olevia fyysisiä tuntemuksia, sitä paremmin voi itse saada kohtaukset hallintaan. (Furman 2002, 94–95.)

Ben Furman on laatinut itsehoito-ohjeistuksen, joka sisältää seitsemän eri kohtausta. Ensimmäisenä neuvotaan hakemaan tietoa paniikkihäiriöstä. Mitä enemmän tietää, sitä paremmin osaa suhtautua kohtauksiin. Toisena neuvona on kohtausten nimeäminen uudestaan. Tämän tarkoituksena on päästä eroon paniikkikohtaus -sanon epämiellyttävästä vaikutuksesta ja korvata se, jollain hausalla, jopa koomisella sanalla. Kolmanneksi Furman on esittänyt kohtausten kirjanpitoa ja mahdollista ennalta arvaamista. Tämän ohjeistuksen avulla on tarkoitus saada paniikkikohtauksia saava henkilö ennustamaan kohtauksia jo etukäteen pitämällä kirjaa niistä. Neljäs ohje on opetella tuottamaan kohtaus tietoisesti. Mikäli pystyy tuottamaan kohtauksen tahdonalaisesti, voi sitä oppia myös hallitsemaan paremmin. Viidentenä ohjeena on opetella itselleen sopiva rentoutusmenetelmä. Oppiessaan rentoutumaan pystyy rentoutuksella helpottamaan kohtauksen aiheuttamia oireita tai ehkäisemään kohtauksen kokonaan. Tämä edesauttaa kohtauksen estämistä/hallitsemista. Kuudentena ohjeena on

omalta mukavuusalueelta poistuminen, koska paniikkikohtauksien aiheuttama pelko saattaa kaventaa omaa mukavuusaluetta. Tarkoitus olisi saada takaisin jo kadotetut alueet. Seitsemäs ohje on lääkkeiden ohjeiden mukainen käyttö. Tarkoituksena on, että lääkkeet ovat vain apukeino, joilla voidaan saada kohtaukset aisoihin, mutta ei poistaa itse ongelmaa. (Furman 2002, 110–111.)

Paniikkikohtauksen aikana vanhempien läsnäolo saattaa rauhoittaa lasta tai nuorta. Nuoren ahdistuneisuutta helpottaa mahdollisuus selvittää omaa elämäntilannetta. Vaikeasti ahdistuneelle on harkittava psykoterapiaa ja/ tai perheterapiaa. Yhteistyö koulun kanssa auttaa nuorta toimimaan jännittämättä lähiympäristössään. (Friis 2004, 107.)

Harjoitus- ja rentoutumishjelmissä ihminen luo itselleen luettelon kaikista peloistaan ja pelkotilanteista. Tilanteita harjoitellaan itsekseen tai yhdessä tukihenkilön kanssa, joka voi olla esimerkiksi hyvä ystävä. Tukihenkilön kanssa keskustellaan peloista ja luodaan yhdessä pelkojen lievittämiseen tarkoitettu yksilöllinen altistamisharjoitusohjelma. Näissä ohjelmissä käydään läpi pelkoja ylläpitäviä ajattelumalleja. Rentoutumisen taito on hyvin tärkeä pelkojen hallinnassa. Hallinnan opettelu edellyttää kuitenkin päivittäistä harjoittelua noin puolen tunnin ajan. Eräs tapa opetella rentoutumaan on esimerkiksi kuunnella mielimusiiikkia. Hyvä fyysinen kunto ja sen säännöllinen ylläpitäminen lievittää myös ahdistus- ja pelko-oireita. Säännöllinen liikunta on mietiskelyn tapaan tehokas keino katkaista elimistön jännitystilaa ylläpitävä ajattelu. (Huttunen 2008.)

Kohtauksista kärsiville on järjestetty erilaisia **ryhmiä**, joissa harjoitellaan kohtauksen hillitsemistä ja opetellaan rentoutumaan. Paniikkihäiriöstä kärsiville on saatavilla useita eri itsehoitokirjoja. Erilaiset rentoutusharjoitukset, kuten jooga saattavat vähentää kohtauksia. Pelkojen vähättely heikentää niiden hallitsemista. (Huttunen 2011.)

Tukeva2/Lappi Rovaseudun osahankkeessa käytettiin useita rentoutusmenetelmiä. Eräs menetelmä on paniikkihäiriön tunnistamiseen ja hallintaan tärkeä treenipäiväkirja. Siihen kirjoitettiin tavoitteet ja harjoitukset, kuten pallohengitys, mielikuva- ja rentoutusharjoitukset, liikunta, unen määrä ja ruokai-

lukerrat. Päiväkirjaan sitoutuminen oli vaikeaa nuorille. Päiväkirja kuitenkin muistutti nuoria niistä asioista, joiden oli todettu lieventävän ahdistusta ja näin ollen myös paniikkikohtauksia. (Nurmela 2011.)

Toisena tapana Rovaseudun hankkeessa oli turvallisuuden tunteen saavuttaminen. Tässä harjoituksessa piti maalata oma turvapaikka ja siinä tehtiin mielikuvarentoutumista. Maalaamisharjoitukset toivat hankkeessa esille, kuinka toiminnallisuus edisti hyvin rentoutumista. Kuvat vietiin kotiin ja laitettiin näkyvälle paikalle. Ideana oli, että se voi edistää mielikuvaharjoituksena kehon ja mielen rentoutumista. Liikunta- ja lihasjännitysharjoitukset tehtiin fysioterapeutin kanssa. Tämän harjoituksen osa nuorista koki helpommaksi kuin mielikuvarentoutumisen, koska jännittyneenä mielikuviin pääseminen saattoi olla vaikeaa. Hankkeessa toteutettiin myös nauruharjoituksia. Niillä oli tarkoitus hakea myönteistä vaikutusta ja voimaa arkeen. Naurun on todettu laskevan stressihormonitasoa ja vastaavasti pitkäkestoisen naurun lisäävän mielihyvähormonin erittymistä. Tämän harjoituksen osa nuorista koki vaikeaksi. Osa nuorista taas pystyi päättämään itsensä valloilleen ja ajoittain oli nähtävissä silmin havaittavaa hetkellistä rentoutumista. (Nurmela 2011.)

Vertaistuki on kokemusten vaihtoa sellaisten henkilöiden kesken, joilla on samankaltaisia ongelmia elämässään. Sen avulla ihminen voi saada uudelleen otteen elämästään. Vertaistuesta on olemassa monenlaisia muotoja. Vertaistuki ja ammattiapu ovat eri asioita. Ne voivat kuitenkin toimia toisiaan tukevina. Vertaistuen tavoitteena on, että ihminen löytää tavoitteensa, voimistuu ja pystyy ottamaan vastuuta omasta elämästään. Erilaisia vertaistuen toimintamalleja ovat esimerkiksi oma vertaistukihenkilö tai ryhmätoiminta. Vertaistukea voi löytää myös verkosta. Vertaistuen kautta on tarkoitus antaa toiselle ihmiselle tietoa siitä, että hän ei ole ongelmansa kanssa yksin. Näin ollen omaan tilanteeseen voi tulla aivan uusi näkökulma. Vertaistuella ja ammattiavulla ei Suomessa ole selkeitä linjoja ja tämän takia vertaistuki jää yleensä julkisten palvelujen alle. (Huuskonen 2011.) Tukeva2/Lappi Rovaseudun hankkeen palautteessa nuoret pitivät ryhmätoimintaa hyvänä tapana käsitellä erilaisia taitoja paniikkihäiriön

hallinnassa. Ryhmässä nuoret olivat oppineet rauhoittumaan ja saaneet uusia ystäviä. (Nurmela 2011.)

Avun löytämisessä ja hakemisessa on olennaista, että ihminen huomaa tarvitsevänsä apua ja kykenee hakemaan sitä. On kuitenkin tärkeää, että myös muut, kuten perhe, työ/kouluyhteisö tai kaverit huomaavat asian. Käytännössä ei voida vetää selvää rajaa, milloin apua tulisi hakea. (Lahti 1995, 32.)

Kouluissa korostuvat usein erilaiset mielenterveyden ongelmat. Nuoruusikä on vaikea vaihe, jolloin tapahtuu monia muutoksia sosiaalisessa, fyysisessä ja tunte-elämässä. Nuoren hyvinvointia voidaan tarkastella eri näkökulmista. Olennaista on, että nuori kokee elämässään tyytyväisyyttä ja uskoo omiin kykyihinsä, sekä selviytyy arjestaan ilman suurempia ahdistuksia esimerkiksi koulun käynnistä. Toinen hyvinvointiin vaikuttava tekijä on, että nuori syö ja nukkuu hyvin sekä kykenee luomaan uusia sosiaalisia suhteita. Nuoren pitää myös pystyä osoittamaan tunteita, kokea empatiaa ja sympatiaa, sekä ymmärtää oikeaa ja väärää. (Haasjoki 2010, 12.)

Koulu on hyvä instituutio, jossa voi vaikuttaa nuoren elämään. Se tarjoaa paljon apua aikuistuvien nuorten mielenterveyden tukemisessa. Koulu on itsessään vaativa, nopea rytmiltään ja stressaava kasvuympäristö. Usein se tuntuu nuoresta vaikealta ja vaikuttaa itsetuntoon ja pystyvyyteen. Koulunkäynti vaatii nuorelta pitkäjänteisyyttä ja joustavuutta sekä kykyä käsitellä turhautumista. Nuoruudessa kriisejä voidaan luokitella kolmella eri tavalla: nuoruus psyykkisenä kehityskriisinä, kasautuvana stressinä ja traumaattisena kriisinä. On hyvin yksilöllistä, miten nämä vaikuttavat nuoren elämään. (Haasjoki 2010, 22–23.)

Ammattiapu on tarpeen, kun nuorella on paljon uni- ja keskittymisvaikeuksia tai jos hän vetäytyy pois sosiaalisista kontakteistaan tai koulumenestys huononee. On tärkeää kuunnella nuorta. Kun nuori pyytää apua, siihen on reagoitava. Nuorella on saattanut olla elämässään paljon vaikeita asioita, joita hän ei ole pystynyt käsittelemään tai ei ole saanut tukea aikuiselta. Ensiapuna nuoren hoidossa on tilanteen puheeksi ottaminen. Keskustelutuokio voi olla lyhyt, sillä moni nuori kokee pitkät keskustelut vaikeiksi. Keskustelulla saadaan aihetta auki, ja nuorel-

le voi jättää vaikka yhteystietonsa. Nuorelle kannattaa kertoa, jos aikoo puhua hänen vanhempiansa, terveydenhoitajan tai psykologin kanssa. Nuoren ollessa vaarassa tai jos epäillään nuoren kehityksen vaarantumista pitää tästä tehdä lastensuojeluilmoitus. (Haasjoki 2010, 27- 49.)

3 NEUVONTA JA OHJAAMINEN INTERNETISSÄ

Nuorisokulttuuria on muokannut media ja internet. Ne avaavat paljon uusia väyliä keskusteluille ja tietojen vaihtamiselle. Nuorten yhteisöt antavat uudenlaisia mahdollisuuksia ylläpitää ystävyys-suhteita ja saada uusia ystäviä sekä hakea muilta tukea. Internetissä on useita paikkoja, joista nuoret voivat hakea tukea. Tämän takia on tärkeää kehittää turvallisia ja ohjattuja internetympäristöjä nuorille. Tärkeä nuoruuden kehitystehtävä on irrottautua vanhemmista ja sen takia on luonnollista, että nuori hakee keskustelukavereikseen samanikäisiä. Internet mahdollistaa nuorten keskustelun myös sellaisista asioista, joista ei rohkene kasvotusten puhua. Se antaa mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen myös sellaisille, joilla ei ole ystäviä. (MLL 2012.)

Paniikkihäiriötä koskevia sivustoja on useita, kuten erilaiset verkkokirjoitukset ja keskustelupalstat. Ammattilaiset terveydenhuollossa eivät aina tunnista asiakkaan oireita paniikkihäiriöksi tai reagoi tilanteeseen tarvittavalla vakavuudella. Tämän vuoksi osa Saarisen (2008) haastattelututkimukseen osallistuneista internetin käyttäjistä on itsenäisesti hakenut tietoa oireistaan ja päätenyt diagnosoimaan itse itselleen paniikkihäiriön. Saarisen tekemän haastattelututkimuksen tuloksia pystyy hyödyntämään virtuaalisten tukipalveluiden suunnittelussa. Tutkimusaineistona on käytetty 158 tekstiä, jotka on koottu kolmelta eri paniikkihäiriötä käsitteleviltä keskustelusivustoilta. Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä siitä, miksi ja millä tavoin verkkokeskustelupalstoille kirjoittaminen tukee paniikkialttiin ihmisen selviytymistä. Tutkielman tuloksien perusteella voidaan päätellä, että ainakin osa kirjoittajista kokee verkkoon kirjoittamisen terapeutiseksi. Kirjoituksissa kiinnittyy huomio kirjoittajien kykyyn eritellä tunteitaan ja kokemuksiaan. Miesten ja naisten kirjoituksilla on eroja. (Saarinen 2008.)

Internet on ottanut paikkansa nuorten arjessa. Nuorisotyö internetissä on lisääntynyt ja on kehitteillä uusia muotoja, joilla nuoria tavoitetaan. Kiilakoski (2010) on tutkinut nuorten internetin käyttöä. Neljä viidestä kertoi käyttävänsä

nettiä päivittäin. Harvempi kuin yksi kymmenestä kertoi käyttävänsä internetiä harvemmin. Nuoret käyttävät internetiä noin kaksi tuntia päivässä. Käyttö on vuosittain lisääntynyt, eikä sukupuolella ole tämän suhteen merkitystä. Internetissä nuoret jakavat kuvia, lataavat tiedostoja ja laittavat sinne omaa musiikkiin ja omia videoita, sähköpostien ja tiedonhaun lisäksi. (Kiilakoski 2010.)

Saarisen (2008) mukaan verkkoon kirjoittamisen yleisyyden syy saattaa johtua hoidon vaikeasta saatavuudesta ja kynnyksestä hakeutua hoitoon. Samanaikaisesti pelko sairaaksi leimaantumisesta ja mielenterveyshäiriöihin liittyvistä ennakkoluuloista vähentävät hoitoon hakeutumista. Tämän takia tutkimuksessa mukana olleet ovat hakeutuneet kirjoittamaan omakohtaisia tarinoitaan foorumeille ja samalla hakemaan vertaistukea sieltä. Verkossa kirjoittaminen on helpompaa kuin suora kontakti toiseen ihmiseen. Kirjoittaminen verkossa mahdollistaa anonyymin vuorovaikutuksen ja voi olla hyvä väline itsehoitoon. (Saarinen 2008.)

Verkossa tapahtuvaa nuorisotyötä voidaan lähestyä muutaman periaatteen avulla. Nuorisolle pitäisi tarjota oman ikäryhmän tasoista toimintaa ja huomioida siihen liittyvät tarpeet. Nuorisotyön pitäisi perustua nuoren omaan vapaaehtoisuuteen. Nuorten käyttämiä sosiaalisia medioita on nykyään monenlaisia. Ne voidaan jakaa erilaisiin toimintoihin kuten yhteisöpalveluihin. Verkossa tehtävän nuorisotyön hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että se on yhteiskunnalle halvempaa. Se mahdollistaa tiedon, neuvojen ja yhteiskunnan arvojen välittämisen nuorelle. Palvelujen pariin voidaan saada myös niitä nuoria, jotka eivät muuten käytä samantyyppisiä palveluja. (Kiilakoski 2010.)

Kirjoitusfoorumeilla kirjoittajat kuvaavat usein elämäntilanteitaan. Saarisen (2008) oletusten mukaan kirjoittajat ovat usein nuoria. Verkkokirjoittamisen erityispiirteitä ovat nimimerkit, joiden turvin henkilöt voivat paljastaa salaisuuksiinsa. Muita huomioitavia piirteitä ovat tekstin lyhyt muoto ja tajunnanvirtatyylinen spontaani kirjoituspa, välinpitämättömyys oikeinkirjoitussäännöistä, hymiöt ja välimerkit. Verkkokirjoittamisen tyyli on lähempänä puheenomaista tyyliä, jolla tunteita pystyy paremmin ilmaisemaan. Kirjoittajat kuvaavat paniikkihäiriöstä syntyviä kokemuksia samankaltaisesti kuin ammattikirjallisuudessa. He tuovat

esiin oireita ja sen, että paniikkihäiriössä oireet eivät aina liity ahdistavaan tilanteeseen, vaan ilmenevät esimerkiksi nukkuessa. Kirjoituksissa käydään myös läpi pelkotilanteita, kuten kaupassa käyntiä tai muita päivittäisiä ahdistavia tilanteita. (Saarinen 2008.)

Pelkojen tuominen julki voi olla helpottavaa. Saarisen (2008) mukaan paniikkialtis ihminen voi muodostaa käsitystä omasta tilanteestaan lukemansa perusteella joko kielteisesti tai myönteisesti. Kirjoittajat voivat myös omaksua muiden esittämiä pelkoja. Tutkielman perusteella useat verkkokirjoitukset kertoivat häpeästä ja syyllisyydestä, jotka liittyvät usein paniikkihäiriöön. Tekstit puhuvat myös psykososiaalisista seurauksista, vaikka oireet olisivatkin jo kurissa. Osa kirjoittaa verkossa siitä, että on joutunut lapsena koulukiusatuksi. Kiusaamisen vuoksi koulutus on voinut jäädä kesken tai suoritukset ovat olleet heikkoja. Terapioista kirjoittajien mielipiteet vaihtelevat suuresti. Osa kirjoittaa myös lääketieteen ulkopuolella olevista hoitokeinoista. Pääpiirteittäin kirjoittajat kuitenkin haluavat käsitellä omia ajatuksiaan kirjoittamalla niistä verkossa. Foorumeissa vallitsee kannustava ja taistelumieltä arvostava kulttuuri. Paniikkihäiriöiden uusiutuminen oli keskustelupalstoilla korostunut. Kirjoittelu palstoille oli pahimmillaan, kun oireilua oli paljon. Vähiten kirjoituksia oli täydestä toipumisesta, mutta kirjoituksia löytyy myös myönteisestä suhtautumisesta paniikkihäiriöön. (Saarinen 2008.)

Yleisesti **ohjausprosessiin** kuuluu määrittely ohjauksen tarpeesta ja sen pohjalta luotu suunnitelma ohjauksen kulusta, jonka jälkeen toteutetaan potilasohjaus tai ohjeen teko. Seuraavaksi toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen. Potilasohjauksen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet, ja on tärkeää huomioida esimerkiksi se, kuinka paljon potilas tietää jo sairaudestaan. (Alaperä 2006, 10.)

Kirjallisissa potilasohjeissa olennaista on asioiden kerronta ja tekstisisällön oikeellisuus. Ohjeiden tavoite on vastata potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Kirjallisten ohjeiden tulee tukea myös itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa, siksi ohjeet eivät voi olla pelkästään käskytystä. (Iso-Kivijärvi 2006, 66.)

Kirjallisten ohjeiden teon lähtökohtana on saada potilas toimimaan oikein ja se että potilas saa olennaista ja hyvää tietoa. Hyvän potilasohjeen kirjoittaminen alkaa pohdinnalla siitä, kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan, ja kuka on ohjeen lukija. Ohjeet voivat olla puhuttelevia tai teititteleviä. Passiivi-muotoon kirjoitettu ohje ei herätä lukijaa huomaamaan, että teksti on suunnattu hänelle. Ohjeissa pitää tulla ilmi selitys, miksi näin kannattaa tehdä. Kirjoittamisprosessi aloitetaan tärkeimmästä asiasta ja edetään vähemmän tärkeään. Ohjeen luettavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot, jotka auttavat lukijaa seuraamaan tekstin loppuun asti. Kuvilla herätetään mielenkiintoa ja ne voivat myös auttaa ymmärtämään tekstiä. Kuvien käytössä tulee ottaa huomioon tekijänoikeudet ja niiden valinnassa on huomioitava, ettei kuvitus loukkaa ketään. (Iso-Kivijärvi 2006, 66.)

Lähtökohtana internetsivuille on suunnitella tekstin ja kuvien asettelu. Hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä ja parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan sen. Potilasohjeen tulee olla selkeä, ja siinä on vältettävä tekstin ja kuvien liiallista käyttöä. (Alaperä ym. 2006, 68.)

4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävänä oli laatia paniikkihäiriöstä Terveysnettiin internetsivut nuorisolle. Tavoitteena on lisätä paniikkihäiriöön sairastuneen nuoren ja hänen läheistensä tiedonsaantia.

5 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Sana projekti tarkoittaa ehdotusta tai suunnitelmaa. Hanke on synonyymisana projektille. Edellytyksenä projektin perustamiselle on monimutkainen ja laaja työkokonaisuus. Yksittäisen projektin osana voi olla henkilöitä eri yksiköistä, sekä eri organisaatioista. Projekti perustuu aina asiakkaan tilaukseen. (Ruuska 2006, 21.) Tämän projektin aihe on valittu sen mielenkiintoisuuden vuoksi. Paniikkihäiriötä käsittelevien internetsivujen luominen koettiin tarpeelliseksi paniikkihäiriön yleisyyden takia. Internet-sivujen toteuttamisen tarpeellisuutta on perusteltu sillä, ettei Terveysnetin nuorisopuolella ole aiheesta sivuja. Tekijät katsovat, että aiheesta on tärkeää löytyä tietoa nuorille, koska paniikkihäiriöön sairastutaan yleensä nuoruusiällä, on sivut suunniteltu Nuorisonettiin.

Valmiit sivut toimitetaan näkyville Terveysnettiin. Tämän opinnäytetyöprojektin toimeksiantaja on Salon terveyskeskus. Terveysnetti-projekti on alkanut vuonna 2001. Tämän projektin toimeksiantosopimus tehtiin marraskuussa 2011 (Liite 1.), jolloin projektille saatiin lupa (Liite 2.). Projektissa on mukana Turun ammattikorkeakoulun ja Salon terveyskeskuksen henkilöstöä. Terveysnetissä aineisto on jaettu ikäjakauman ja elämäntilanteen mukaan, Juniorinettiin, Nuorisonettiin, Perhenettiin, Työikäisten nettiin ja Seniorinettiin. Sivuston on tarkoitus lisätä tietoa Salon seudun väestölle (Turun AMK 2012.) Tässä projektissa on kaksi osaa. Siinä toteutetaan kirjallisuuskatsaus paniikkihäiriöstä. Projektin toinen osa on potilasohjaukseen tarkoitettut internetsivut. Sivujen on tarkoitus olla selkeät, luotettavat ja nuorten potilasohjaukseen soveltuvat (Kiilakoski 2010.)

Projektin aiheeseen on perehdytty käyttämällä eri tietokantoja esimerkiksi Cocraine, Medic, Medline, PubMed ja etsimällä tietoa Helsingin yliopiston kirjaston sekä Turun ja Salon ammattikorkeakoulujen kirjastoista. Aineistoa oli tarkoitus kerätä myös näyttöön perustuvista tutkimuksista vuosilta 2000–2012. Hakuja oli tehty suomen ja englannin kielen sanoilla. Hakusanoja olivat muun muassa: paniikkihäiriön lääkehoito, nuorten paniikkihäiriö, ahdistuneisuushäiriö nuorilla, sosiaalisten tilanteiden pelko, lyhytterapian käyttö paniikkihäiriön hoidossa, pakko-oireinen häiriö nuorilla, psyykenlääkkeiden käyttö paniikkihäiriön hoidossa sekä mielenterveyshäiriöt.

Sivujen suunnittelussa tulee kokeilla erilaisia vaihtoehtoja, tämä edesauttaa hyvien tuloksien syntyä eli sopivan ratkaisun löytymistä (Parker 1998, 5). Ensin sivujen rakennetta on suunniteltu otsikoiden ja asiasisällön kautta. Tämän jälkeen on alettu työstää sivujen sommittelua. Sivujen teossa on kokeiltu erilaisia kirjasintyyppejä ja väritystä. Sivujen rakenteen suunnittelu on toteutettu Power Point 2010 ohjelmalla. Ensimmäisessä vaiheessa sivuston luomisessa pyrittiin huomioimaan sivuston rakenne sekä lukijoiden sukupuolet. Naisten ja miesten tyyleillä on eroja (Saarinen 2008.), joten sivut on pyritty tekemään mahdollisimman sukupuolineutraaleiksi ulkoasultaan ja sisällöltään.

Internetsivuilla edetään etusivulla olevien linkkien kautta. Ensimmäisenä käsitellään yleistä tietoa paniikkihäiriöstä. Seuraavissa linkeissä syvennyttään oireisiin, hoitoon ja siihen, miten voidaan auttaa paniikkikohtauksen saanutta. Nuorisolle on olemassa omia sosiaalisia medioita, virtuaalimaailmoja, joista osassa ovat mukana myös ammattiauttajat. (Kiilakoski 2010.) Projektissa pyrittiin hakemaan sivustolle nuorille tarkoitettuja virtuaalimaailmoja. Tämän tarkoituksena on, että nuori löytää nämä palvelut ja saa tarvittaessa ammattiapua. Lopuksi tulevat lähteet ja tekijöiden nimet. Kaikki tiedot löytyvät omien otsikoidensa kautta. Etusivulle pääsee palaamaan kaikilta sivuilta löytyvän valintalinkin kautta. Koska sivustoilla pitää näkyä projektin tuottaja, on jokaisella sivulla näkyvissä Turun ammattikorkeakoulun logo (HONcode).

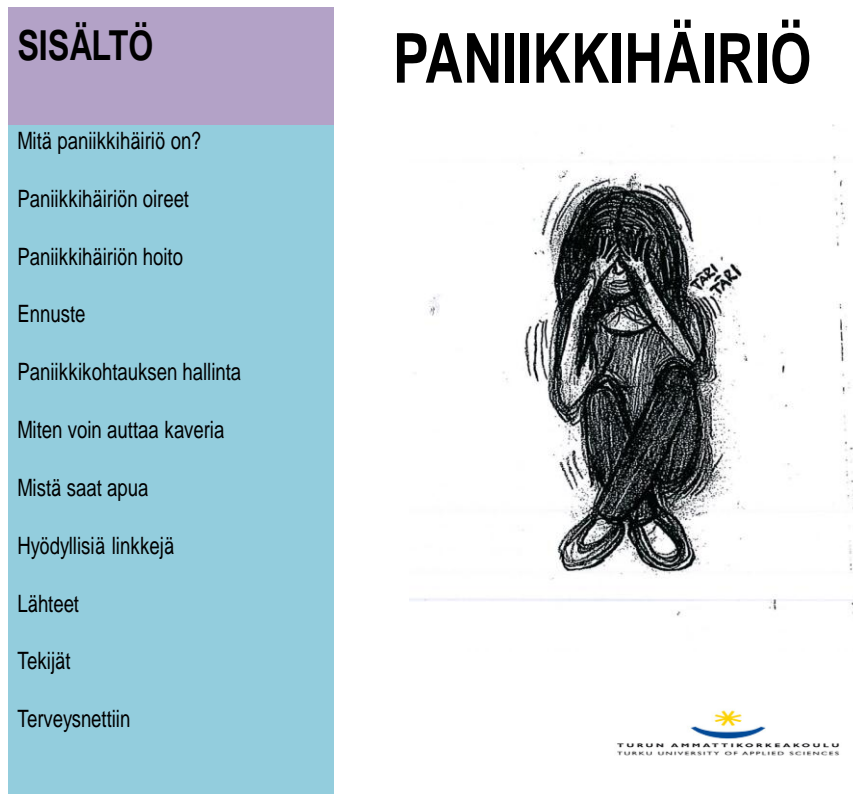
Nuorille suunnattujen Internet-sivujen sisältö tulee olla selkeä ja johdonmukainen. Otsikot ja sisältö tulee suunnitella ajatellen nuorisoa (Kiilakoski 2010.) Potilasohjeen suunnittelu alkaa asettelumallista, jonka avulla ohjeen elementit asetetaan paikoilleen (Alaperä ym. 2006, 68). Otsikoiden tulee olla mahdollisimman lyhyitä ja houkuttelevia, jotta ne voi lukea nopeasti ja ymmärrettävästi. Otsikot laaditaan puhutteleviksi (Iso-Kivijärvi 2006,66 & Saarinen 2008.) Projektin sivujen suunnittelussa teksti on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman yksinkertaisesti ja esille on otettu tekijöiden mielestä olennaiset asiat. Aiheet käsittelevät yleistä tietoa paniikkihäiriöstä ja sen oireista sitä, miten ystävää tai itseään voi auttaa paniikkikohtauksen alkaessa. Sivustolta selviää myös, miten ja mistä voi hakea

ammattiapua. Saarisen tutkimuksessa on todettu, että verkkokirjoitusten perusteella kirjoittajat haluavat tietoa psykososiaalisista seurauksista, oireista, ja siitä, milloin oireet ovat alkaneet, sekä useista erilaisista terapioidista (Saarinen 2008.) Sivujen luomistyössä sortuu helposti käyttämään useita kirjasintyypppejä ja väri-tyksiä, sillä nykyisissä ohjelmissa on paljon työkaluja. Tätä silmällä pitäen tulee sivujen suunnittelussa pyrkiä myös yksinkertaisuuteen ja hillittyyn ulkonäköön. Projektin internetsivujen yksityiskohtina voidaan käyttää kuvitusta ja värejä. Kirjasintyytit vaikuttavat julkaisun sävyyn ja puhuttelevat lukijaa. (Parker 1998, 18-32.)

Ulkoasussa on huomioitava marginaalin leveys, tekstin tasaus, kirjasintyyppi ja sen koko. Potilasohjeiden kirjasintyyppiä valitaan helposti luettava ja taustaltaan helposti erottuva. Otsikoiden tulee olla lyhyitä ja selkeitä ja niiden tulee erottua muusta tekstistä esimerkiksi isommalla kirjasinkoolla. (Alaperä ym. 2006, 68.) Sivuston kirjasintyyppiä on valittu Helvetica. Kirjasintyyppin värinä on musta, mikä antaa hyvän kontrastin vaalealle pohjalle. Helvetica on tunnetuin pääätteeton kirjasintyyppi, jota käytetään monien eri tulostimien vakiokirjasime-
na. Kirjasinkoon valinnassa on otettu huomioon käytettävissä oleva tila ja tekstin määrä. Liian pieni tekstikoko voi näyttää eksyneeltä ja taas suuri teksti ahdettuna pieneen tilaan on visuaalisesti vaikeasti luettavaa ja häiritsevää (Parker 1998,32-33, 55, 65.) Kirjasinkoko internetsivujen linkkitiloissa saattaa vaihdella tekstin määrän muuttuessa.

Sivustossa käytettävät värit ovat vaalea violetti korostusväri 4 ja tumma turkoosi korostusväri 5. Taustavärinä on puhdas valkoinen. Internetsivujen värityksen valintaan vaikutti halu toteuttaa sivut sopiviksi sekä tytöille että pojille. Värillisillä Internet-sivuilla on korkeampi huomioarvo kuin mustavalkoisilla. Kuitenkin värityksessä on suotavaa käyttää hillittyä sävyä, koska väreillä on usein tunnepe-
räisiä vaikutuksia ihmisiin.

Alla (Kuva 1.) etusivu suunnitelluista verkkosivuista.



Kuva 1. Verkkosivujen etusivu

Internet-sivujen kuvituksen on toteuttanut Kristiina Saarinen. Kuvittajan valintaan vaikutti hänen nuori ikänsä, mikä sopii internetsivujen kohderyhmään. Käyttämällä kohderyhmän ikäistä kuvittajaa saadaan ulkoasuun tyyli, joka sopii nuorille (Kiilakoski 2010). Piirtäjälle annettuna ohjeistuksena oli internetsivujen aihe eli paniikkihäiriö. Muuten kuvittajalla oli vapaat kädet. Sen perusteella hän on tehnyt kuvat, jotka hänen mielestään kuvastavat paniikkihäiriötä. Kuvittajan iän ja tekijänoikeuksien takia on pyydetty lupa käyttää hänen tekemiään kuvia sivuilla (Liite 3., Kuva 2.) Tekijällä itsellään ei ole paniikkihäiriötä.



Kuva 2. Internetsivujen kuvitustyyli

Internetsivujen ulkonäön ja sisällön arvioimisessa on käytetty sukulaisten ja tuttavien mielipiteitä. Esitestausta vaille valmiit internetsivut on käyty esittämässä Salon terveyskeskuksessa. Näin myös projektin yhteistyökumppani on saanut mahdollisuuden ilmaista kehittämissuhteita koskien internetsivujen ulkonäköä ja sisältöä. Heiltä saatu kehittämissuhteita oli beetasalpaajien lisääminen lääkehoito-osuuteen. Samoin toivottiin, että kouluterveydenhuolto auttajana tuotaisiin selkeämmin esille. Erityistä kiitosta saivat osuudet: Miten voin auttaa kaveria? ja itsehoito-osuus. Sivuston värit ja ulkonäköä pidettiin rauhallisena ja neutraalina.

Toinen esitestausta suoritettiin siten että ryhmä 16-vuotiaita tyttöjä ja poikia kommentoi sivustoa. Heiltä saatiin kommentteja: ”Monipuolisesti aineistoa”, ”laaja, käsittelee aineistoa hyvin”, ”hyvä et ei oo vaan, että mistä saa apua vaa löytyy tietoo siitä miten voi ite auttaa”, ”värit liian sairaalamaiset”, ”mitä jos paniikki-

kohtaus tulee esim. metikössä, ei oo lääkkeitä tms”, ”rauhalliset neutraalit värit”. Nuoret toivoivat myös lisää kuvia. Näitä kommentteja projektissa hyödynnettiin lisäämällä kuvia. ”Miten voit auttaa kaveria?” otsikko muutettiin puhuttelevampaan ja lukijalle kohdistetumpaan muotoon ”Miten voin auttaa kaveria?”.

Valmiiden sivujen toteutuksesta internetiin vastasi Turun ammattikorkeakoulun tekniikan alan opiskelija. Valmis projektityö luovutettiin paperiversiona kirjastoon, näin ollen siitä tehtiin kansitettu kappale, joka jää Salon ammattikorkeakoulun kirjastoon. Luovutuksen yhteydessä on allekirjoitettu luovutuslomake (Liite 5.), jonka on ohjaajat ja kirjasto allekirjoittanut. Projekti valmistui kesäkuussa 2012.

6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka sana tarkoittaa moraalista käyttäytymistä, ja moraalilla tarkoitetaan käsitystä hyvästä ja pahasta. Moraaliset käsitykset ovat erilaisia eri kulttuureissa. (Mäkinen 2006, 34.) Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa päivittäisessä työssään. Sairaanhoitajan tehtävänä on pyrkiä terveyden edistämiseen, ja sairauksien ehkäisemiseen. (Sairaanhoitajaliitto 2012.) Tämän työn tarkoituksena on lisätä tietoa paniikkihäiriöstä ja siten edistää nuorten tiedonsaantia ja terveyttä.

Sairaanhoitajan etiikassa kohdataan potilas arvokkaana ihmisenä, kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja noudatetaan salassapitovelvollisuutta. Työympäristössä sairaanhoitajat pyrkivät tukemaan toisiaan eri asioissa, kuten potilaan hoidossa ja ammatillisessa kehittämisessä. Sairaanhoitajat tarkkailevat ja valvovat, että muutkin potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt toimivat eettisesti oikein. (Sairaanhoitajaliitto 2012.) Tässä projektissa tekijät ovat kannustaneet ja tukeneet toisiaan ja tehneet tasavertaisesti töitä projektin edetessä.

Internetin käytössä voi olla myös eettisiä ongelmia esimerkiksi se, kuka käyttää internetiä ja pystyykö käyttäjä itse arvioimaan käytön seurauksia. Tietosuojaa, plagiointia ja tekijänoikeuksia ovat osa internetin etiikkaa. (Mäkinen 2006, 7.) Eettisyyden arviointiin on käytetty Health on the Net Foundationin laatimia periaatteita. Sivuston ei ole tarkoitus korvata hoitosuhdetta, vaan antaa neuvoja ja kannustaa hakemaan hoitoa (HONcode 2012). Tätä periaatetta on toteutettu sivuston eri osissa.

Mikäli sivustoa rahoitettaisiin mainostuloilla, tulisi se ilmaista selkeästi sivustolla. On palvelimen omistajan velvollisuus kirjata sivustolleen lyhyt kuvaus siitä millaisia periaatteita mainonnan käytössä noudatetaan hänen/heidän sivustollaan. Mainokset sekä muu myynnin edistämistä tavoitteleva materiaali tulee ilmaista sellaisella tavalla, että se voidaan mahdollisimman helposti erottaa palvelimen ylläpitäjän sivustolle tuomasta alkuperäisestä materiaalista. (HONcode 2012.) Tämä periaate on toteutettu esittämällä Turun ammattikorkeakoulun logo jokaisella sivulla.

Luotettavuuden arvioitiin on käytetty Health on the Net Foundation:in laatimia sääntöjä. Nämä periaatteet käydään läpi seuraavaksi. Kaikki lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon liittyvät neuvot, joita valmiilla internetsivuilla käytetään, ovat lääketieteen tai terveydenhuollon ammattihenkilön antamia. Ne tiedot jotka eivät ole ammattihenkilön antamia mainitaan erikseen. Internetsivuilla esitetyillä tiedolla ei ole tarkoitus korvata potilaan tai sivujen lukijan mahdollista olemassa olevaa hoitosuhdetta hänen ja lääkärin välillä. (HONcode 2012.) Internet-sivujen tekijät ovat hoitoalan opiskelijoita, ja näin ollen tulevia ammattilaisia.

Palvelimen ylläpitäjän tulee säilyttää luottamuksellisia tietoja vierailijoista, jotka käyvät lääketieteellistä tietoa jakavilla sivustoilla. Palvelimen omistajan tulee täyttää sen maan, jossa palvelin tai sen peilauspalvelin sijaitsevat, lain asettamat vaatimukset lääketieteen tietojen luottamuksellisuudesta. Sivujen eettisyyttä ja luotettavuutta lisää selkeästi ilmoitettu palvelimen mahdollisesti saama ulkopuolinen, esimerkiksi rahoituksen tai materiaalin muodossa oleva tuki. (HONcode 2012.) Paniikkihäiriöstä tietoa haluavat vierailijat pysyvät nimettöminä. Sivulla kävijöistä jää merkintä sivuston vierailijoita laskevaan laskuriin, mutta heidän henkilökohtaisia tietojaan ei kerätä.

Sivustolta tulee myös löytyä ylläpitäjän yhteystiedot, jotta sivuilla kävijöillä on mahdollisuus pyytää lisätietoa. Sivustoa tehtäessä tulee pyrkiä tiedon selkeään esittämiseen. Yhteystiedoiksi sopii ylläpitäjän sähköpostiosoite, joka on helposti löydettävissä. Koska sivusto on tarkoitettu potilasohjaukseen, ovat tekijät pyrkineet varmistamaan, että tiedot sivuilla käytettyjen hoitojen, palveluiden ja kaupallisten tuotteiden hyödyistä/ tehoista perustuvat puolueettomaan ja asianmukaiseen näyttöön. Sivulla ilmoitetaan alkuperäisen lähteen tiedot. Mikäli lähde löytyy sähköisessä muodossa, on siitä pyritty laittamaan lähdeluetteloon suora linkki, mistä alkuperäisen lähteen pääsee näkemään. Sivun alareunassa on koko ajan näkyvillä päivämäärä, jolloin sivua on viimeksi muokattu, sekä sivuston tekijöiden nimet ja tittelit. (HONcode 2012.) Projektin internetsivuilta löytyy oma sivu, jossa näkyy sivustoa tehdessä käytetyt lähteet.

Projektin luotettavuutta on pyritty toteuttamaan hakemalla mahdollisimman uutta tietoa asiantuntijakirjallisuudesta. Projektissa käytettyjen lähteiden kieli on

rajattu suomen- ja englanninkielisiin aineistoihin, jotta välttyttäisiin käännösvirheiltä. Plagiointia on vältetty käsittelemällä teksti Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kirjallisten ohjeiden mukaan. Sivuilla käytettäviin kuviin on pyydetty lupa niiden tekijältä. Internetsivujen suunnittelussa on käytetty potilasohjaukseen ja internetsivujen luomiseen liittyvää kirjallisuutta. Internetsivuja tehtäessä on kerätty palautetta ja kehittämisideoita kohderyhmään ikänsä puolesta kuuluvilta, tekijöiden ystäviltä ja muilta läheisiltä, sekä Turun ammattikorkeakoulun opettajilta ja opiskelijoilta. Palautetta sivuista oli hyvää ja kattavaa. Näiden palautteiden perusteella muotoiltiin lähinnä internetsivujen ulkoasua muun muassa kuvitusta ja väritystä. Tekstisisällöltään internetsivustot olivat palautteen mukaan hyvät.

7 POHDINTA

Paniikkikohtauksella tarkoitetaan ahdistuskohtausta, jonka yhteydessä ilmenee useita erilaisia fyysisiä ja henkisiä oireita. Tällaisia fyysisiä oireita ovat esimerkiksi sydämentykytys ja hengenahdistus. (Huttunen 2010.) Paniikkihäiriöön liittyy usein julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Naisilla paniikkihäiriö on todetusti kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä. Kohtaukset alkavat usein nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa, mutta joskus jo lapsuudessa. (Lepola & Koponen, 2011.) Paniikkihäiriön esiintyvyys nuorilla on epidemiologisten tutkimusten mukaan 0,4–1,6 prosenttia (Ranta ym. 2001, 1228).

Projektin tehtävänä oli toteuttaa potilasohjaukseen suunnitellut internetsivut Terveysnetin nuorisonettiin paniikkihäiriöstä. Aiheen valintaan vaikutti tekijöiden mielenkiinto kyseiseen aiheeseen sekä paniikkihäiriön yleisyys. Projekti alkoi hakemalla aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, artikkeleja ja tutkimuksia, minkä jälkeen muotoiltiin internetsivujen runko. Tavoitteena oli saada mahdollisimman selkeät ja helposti ymmärrettävät nuorille tarkoitetut sivut, joista nuori löytäisi vastaukset häntä askarruttaviin kysymyksiin.

Paniikkihäiriöstä tietoa etsittäessä kävi ilmi, että paniikkihäiriö todetaan usein nuoruusvuosien aikana (Huttunen 2010). Suurin osa tutkimuksista oli keskittynyt aikuisiin paniikkihäiriöpotilaisiin. Tekijät toivoisivatkin, että tulevaisuudessa nuorten paniikkihäiriö olisi laajemman tutkimuksen kohteena, sillä tällä voitaisiin paneutua paniikkihäiriön hoitoon heti sen alkaessa, koska hoidon vaste on sitä parempi, mitä aikaisemmin hoito aloitetaan.

Tietoa hakiessa oli hienoa huomata erilaisten terapiamuotojen määrä paniikkihäiriön hoidossa. Potilaiden ja heidän hoitonsa kannalta on positiivista, että heillä on erilaisia hoitomahdollisuuksia. Potilaalla on halutessaan mahdollisuus välttää lääkityksestä mahdollisesti seuraavat ikävät sivuvaikutukset.

Syytä miksi paniikkihäiriötä esiintyy useammin naisilla kuin miehillä ei suoranaisia syitä tähän ei löytynyt. Tämä herättää kysymyksen siitä, mitkä voisivat olla mahdollisia syitä. Olisivatko ne kenties hormonaalisia seikkoja? Toivottavasti tulevaisuudessa aihetta tutkittaisiin, jotta syy tai syitä löytyisi.

Esitestauksesta saadun palautteen perusteella voidaan todeta että, paniikkihäiriö on internetsivuilla esitelty hyvin. Tiedon keruuta vaikeutti, että aiheesta löytyi paljon kirjallisuutta ja internetsivuja sekä potilasoppaita. Haettu tieto oli kuitenkin suurin piirtein samanlaista. Tiedon laaja määrä johtunee siitä, että paniikkihäiriö diagnoosina on suhteellisen nuori. Projektin toteutus oli mielenkiintoista, ja se antoi tekijöille myös ymmärrystä aiheesta tulevaisuutta ajatellen. Projekti antoi tekijöilleen työkaluja ymmärtää paniikkihäiriödiagnoosin saaneita ihmisiä ja heidän läheisiään.

Paniikkihäiriö on yleinen mutta vaiettu sairaus. Avun hakeminen saattaa olla vaikeaa, jos ammattihenkilö ei huomaa oireita ajoissa. Moni väsyä avun hakeamiseen. Koska internet on vakiinnuttanut asemansa nyky-yhteiskunnassa, on sieltä helppo ja nopea hakea tietoa melkeinpä kaikesta. Tämän vuoksi myös useat paniikkialttiit henkilöt hakevat internetistä tietoa ja tekevät oireidensa perusteella omat tulkintansa sairaudestaan sekä keskustelevat aiheesta internetissä.

Paniikkihäiriön yhteydessä esiintyy usein myös toinen tai jopa useampi mielen-terveydellinen häiriö (Tilli ym. 2008, 993). Tämän vuoksi ei internet-sivuston ole tarkoitus olla pelkästään itsehoito-opas, vaan antaa myös tietoa, siitä, mistä apua voi saada ja miten sitä voi hakea. Sivustolla pyritään painottamaan sitä, että fyysiset syyt paniikkihäiriön oireita muistuttaviin oireisiin tulee aina tutkia somaattisten sairauksien pois sulkemiseksi.

Tekijät toivovat internetsivujen herättävän lukijoissaan tunteen, että he eivät ole ahdistavien tuntemuksien ja somaattisten oireidensa kanssa yksin. Tämä koetaan erityisen tärkeäksi, kun kyse on nuorille suunnatuista internetsivuista. Nuoruus, etenkin murros-ikä, on jo yksinään muutosten ja erilaisten uusien tuntemuksien aikaa sekä itsensä tuntemaan opettelemisen aikaa.

Jatkossa haluttaisiin tietää, onko internet-sivuja luettu ja kuinka paljon, sekä ovatko internet-sivut auttaneet lukijaansa eli ovatko nuoret löytäneet sivuilta ja

niiden kautta vastauksia kysymyksiinsä. Tulevaisuudessa olisi parannettava ammattiauttajien saatavuutta internetissä, koska paniikkihäiriön hoidossa on yleistä myös sosiaalisten tilanteiden pelko. Tästä johtuen paniikkihäiriötä sairastavalle voi olla iso kynnyks lähteä kotoa hakemaan apua esimerkiksi lääkärin vastaanotolta. Ammattiavun helpompi saatavuus saattaisi helpottaa hakijan oloa nopeammin.

Erityyppisille ihmisille soveltuvat erilaiset keinot ja ammattiavun saaminen netissä laajentaisi avunsaamismahdollisuuksia sille ryhmälle, jolle se soveltuisi. Koska työ on suunnattu nuorille, painotetaan tässä kohtaa nuoria, jotka usein hakevat apua ja tietoa internetistä. Mikäli internetsivujen lukija ei halua hakeutua hoitoon, on toivottavaa, että sivustojen itsehoito-osuudesta olisi lukijalle hyötyä ja hän saisi niiden avulla helpotusta ahdistukseensa.

LÄHTEET

- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilaohjaus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. 4/2006, 65-72. Viitattu 15.3.2012
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
- Antony, M., Ledley, D. & Heimberg, R. 2005. Pysyvä muutos kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Laura Koskela. Edita: Helsinki
- Barber, J. 2012. Panic disorder studies, Department of Psychiatry Penn Behavioral Health. Viitattu 6.4.2012 http://www.med.upenn.edu/psych/anxiety_panic.html.
- Barlow, D. 2001. Clinical handbook of psychological disorders. Third edition. USA New York.: The Guilford Press.
- Bourne, J. 2000. Vapaaksi ahdistuksesta. R, Bergroth. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.
- Furman, B. 2002. Perhosia vatsassa. T, Ahola. Helsinki: Tammi.
- Furukawa TA., Watanabe, N. & Churchill, R. "Combined Psychotherapy Plus Antidepressants for Panic Disorder With or Without Agoraphobia," Cochrane Database of Systematic Reviews (Jan. 24, 2007): Issue 1, Art. No. CD004364. Viitattu 11.4.2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Furukawa%20TA%2C%20et%20al.%20%22Combined%20Psychotherapy%20Plus%20Antidepressants%20for%20Panic%20Disorder%20With%20or%20Without%20Agoraphobia%2C%22%20Cochrane%20Database%20of%20Systematic%20Re-views%20%28Jan.%2024%2C%202007%29%3A%20Issue%201%2C%20Art.%20No.%20CD004364>.
- Gore, K. & Carter, M. 2001. Family therapy for panic disorder: A cognitive-behavioral interpersonal approach to treatment. Binghamton, NY, USA: Haworth Clinical Practice Press, Pages: 109-134. Mendeley. Viitattu 26.3.2012 <http://www.mendeley.com/research/family-therapy-panic-disorder-cognitive-behavioral-interpersonal-approach-treatment/>.
- Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C. & Taylor, C.B. 2000. Predictors of panic attacks in adolescents. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, CA 94305-5722, USA. Hayward@Leland.Stanford.Edu. PubMed. Viitattu 1.4.2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10673832?dopt=Abstract&otool=stanford>.
- HONcode. Health On the Net Foundation. 2010. Hon periaatteet. Viitattu 27.3.2010
<http://www.hon.ch/HONcode/Finnish/>.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M. 2010. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Duodecim. Viitattu 16.11.2011
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00492&p_haku=paniikkih%E4iri%F6.

- Huttunen, O. 2008. Sairauden hallinta: ahdistuneisuus ja pelot. Viitattu 2.4.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00058.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O. Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 4/2006, 10-17. Viitattu 15.3.2012
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
- Javaid , S. Leskin. G. & Klein, D. Gender . 2002 Differences in Panic Disorder: Findings From the National Comorbidity Survey <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=175272>.
- Keinänen, M. & Engblom, P. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki : Kustannus OY Duodecim.
- Kiilakoski, T. 2010. Haaste, Oikeusministeriö rikosentorjuntaneuvosto. Viitattu 8.4.2012
<http://www.haaste.om.fi/Etusivu/Lehtiarkisto/Haasteet2010/Haaste32010/1284989798379>.
- Koponen, H. & Lepola, U. 2011. Ahdistuneisuushäiriö. Duodecim. Viitattu 16.11.2011
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00851&p_haku=%20paniikkih%E4iri%F6.
- Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. 2008. Kongnitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkinen, O. 2006. Internet ja etiikka. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Nordgreen, T. & Havik, O-E. 2012. Panic disorder in rural Tanzania: an explorative study. Department of Clinical Psychology. University of Bergen, Norway. Viitattu 25.3.2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=panic%20disorder%20in%20rural%20Tanzania>.
- Nummenmaa, L. 2010. Tunteiden psykologia. Helsinki: Tammi.
- Nurmela, M-L. 2011. Tukeva tutuksi paniikkihäiriöistä nuorta voidaan auttaa. Tukeva2/Lappi Rovaseudun pilotti. Viitattu 6.4.2012 http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/tukeva/rovaseudun-pilotti/Ryhma%20paniikkihairiosta%20karsiville%20nuorille_uutinen.pdf.
- Parker, J. 1998. Hyvältä näyttää. J, Elberkennou. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pykkänen, L. 2011. Lasten ja nuorten psykoterapia. Suomen lasten- ja nuorisopsykoterapiayhdistys. Viitattu 28.3.2012
<http://www.lastenjanuortenpsykoterapia.fi/index.php?sivu=psyko.html>.
- Ranta, K., Kalttiala-Heino, R., Rantanen, P., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2001. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. Duodecim 12/2001, 1225-1232.
- Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta : Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Saarelma, O. 2012. Hyperventilaatio. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 4.4.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00905.
- Saarinen, V. 2008. Anna minulle toivoa, kirjoitan siitä elämän. Viitattu 16.11.2011
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>.

- Sairaanhoidajaliitto. 2012. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 27.3.2012
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/.
- Tilli, V., Suominen, K. & Karlsson, H. 2008. Paniikkihäiriön hoito perusterveyden huollossa. Duodecim. Vol. 124, No. 9, 993-999.:Publications of the National Public Health Institute
- Toskala, A & Writers´ house Illuminati Oy. 1997. Pelot ja niiden voittaminen. Juva: WSOY.
- Trauma ja dissosiaatio.2008. Dissosiaatiohäiriöiden luokittelu. Viitattu 29.3.2012
http://koti.welho.com/marhalla/D_dissosiaatiohäiriöiden_luokittelu.html.
- Watanabe, N., Churchill, R. & Furukawa, T. 2007. "Combination of Psychotherapy and Benzodiazepines Versus Either Therapy Alone for Panic Disorder: A Systematic Review," BMC Psychiatry (May 14, 2007): Vol. 7, p. 18. Viitattu 11.3.2012 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/18>.
- Vickers, K., Jafarpour, S., Mofidi, A., Rafat, B.& Woznica, A. 2012. The 35% carbon dioxide test in stress and panic research: Overview of effects and integration of findings.Department of Psychology, Ryerson University, Canada. Pubmed. Viitattu 5.4.2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322014>.
- VSSHP. 2011. Ohjepankki, Potilasohje: Hyperventilaatio eli ylihengitys. Viitattu 1.4.2012
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3086/6954>.
- Haasjoki, E. Ollikainen, T.2010. Mikä sun mieltä painaa?. Suomen Mielenterveysseura, Turun Kriisikeskus SMS-Tuotanto: Hansaprint Direct Oy
- Lahti, P. 1995. Mielenterveyden menu. Porvoo: WSOY
- Pohjois-suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2012. Viitattu 14.4.2012
<http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/tukeva>.
- Huttunen, M. 2011. Paniikkihäiriö. Duodecim. Viitattu 7.11.2011
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00404.
- Wiirilinna, U. 2008. Terveysnetti. Viitattu 16.11.2011
<http://terveysprojektit.turkuamk.fi/terveysnetti/terveysnetti.htm>.
- Turku AMK. 2012 Terveysnetti. Viitattu 4.1.2012
<http://terveysprojektit.turkuamk.fi/terveysnetti/terveysnetti.htm>.
- Konsensuslausuma.2000. Paniikkihäiriö. Viitattu 5.1.2012.
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:AlfZ8_g9UKIJ:www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91894.pdf+paniikkih%C3%A4iri%C3%B6+konsensuslausuma&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESjVbrrQC5CcuHNyoLZ4Cj5JGeNDEY45JEvBgbxWQ5Zh-NvLUi1zGdnmgpV_QPOWJdx72oSPPODw-MSVa88s4-VNKosphLoCD-gaAfDg1xkqpqnA58aqqkfdV8dNeGr9VZgmb87m&sig=AHIEtbQotnVh7MmyiXzU9TIMBG2xfz9cbQ.
- Huuskonen, P. 2011. Vertaistuki-"en olekaan ainut". Viitattu 1.4.2012
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki/>.

Aaltonen, J.2009. Perheterapiat. Duodecim. Viitattu 2.4.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus

Kela. 2012. kuntoutuspsykoterapia. Viitattu 5.4.2012
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM>.

MLL. 2012. Nuorisotyötä netissä. Viitattu 9.4.2012 <http://www.mll.fi/nuorille/verkkonuorisotyo/>.

Toimeksiantosopimus

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 Salo



1 (1)

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAENTOSOPIMUS

Toimeksiantajan nimi: Salon terveyskeskus

Toimeksiantajan osoite: Pääterveysasema, Sairaalantie 9, Salo


Yhteyshenkilö/asema: Seija Hyvärinen/ hallintoylihoitaja

Yhteystiedot: puh. 02 7721, e-mail seija.hyvarinen@salo.fi

Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Terveysnetti/Nuorisonetti	Paniikkihäiriö	Maya Nadav ja Katarina Saarinen	SSHS09
Terveysnetti	APECED	Satu Kella, Mirka Ekroos ja Juho Kurki	SSHS09
Terveysnetti	Pakko-oirehäiriöt	Jane Koskinen ja Monica Ritämäki	SSHS09
Hoitonetti	Leikkauksen jälkeinen kivunhoito	Ruth Desalegn	SSHS09

Päiväys ja allekirjoitukset:

15.11.2011
Päiväys


AMK:n edustaja/opinnäytetyön ohjaaja

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

___/___/20___

12/12/2011

Katriina Saarinen, Katriina Saarinen, Maya Nadav
Jane Korkki, Minna Erikmäki, Satu Kella, Mirka Eriksson, Jouni Korkki

Opiskelija

Toimeksiantaja

Seija Hyvärinen

Hallintoylihoitaja

Salon terveyskeskus

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

PROJEKTILUPA

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 Terveysala, Salo
 Ylhäistentie 2
 24130 SALO
 Puh. (02) 263 350
 Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

Projektin nimi	Paniikkikoulu	
Projektitehtävä	Internetsivut terveysnetin puoriseton	
Projektin kuvaus	Paniikkikouluun luoda Internetsivut	
Projektin toteuttamisajankohta		
Projektin arvioitu valmistumisajankohta	Toukokuu 2012	
Projektisuunnitelma hyväksytty	Toukokuu 1 20	
Projektin ohjaajat	Anu Nonsiainen puh. _____ Turja Bergfors puh. 044907997	
Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektisuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonyyteetti säilyy.		
Projektin tekijät	Sairaanhoidtaja SSHSO9 (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)	
	Katriina Saarinen Maya Nadav (nimi)	
	Osoite Kivaltantie A-19BL as.36 Nisse Karonkatu 2C 31 20610 TKU (osoite)	
	040-7238394 040-7430205 (puhelinnumero)	

Anomus käsitelty 16.2.2012 Seija Hyvärinen
 lupa myönnetty Hallintoylihoitaja
 lupa eväetty, peruste Salon terveyskeskus

Allekirjoitus Seija Hyvärinen

Anomus ja projektisuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

KUVALUPA

LUPA

Myönnän alaikäisen Kristiina Saarisen huoltajana tyttärelleni Katriina Saariselle oikeuden käyttää Kristiina Saarisen tekemiä piirustuksia/kuvia harkintansa mukaan Turun Ammattikorkeakoulussa tekemissään tai yhteistyössä eri henkilöiden kanssa tekemissään opinnäytteissään.



Helsingissä 4 päivänä toukokuuta 2012




Ismo Saarinen

Kristiina Saarisen huoltajana

VALMIIT INTERNETSIVUT

SISÄLTÖ	<h1>PANIIKKIHÄIRIÖ</h1>
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	
Terveysnettiin	

SISÄLTÖ	MITÄ ON PANIIKKIHÄIRIÖ?
Mitä paniikkihäiriö on?	Paniikkihäiriö tarkoittaa äkillistä voimakasta pelko- tai ahdistuskohotusta, jonka yhteydessä ilmenee erilaisia fyysisiä oireita. Paniikkikohtaukset ilmenevät yleisesti ilman mitään erityistä syytä, tai silloin kun niitä ei osaa odottaa.
Paniikkihäiriön oireet	Monet kokevat satunnaisen paniikkikohtauksen, mutta kukaan ei kuitenkaan, kun kohtaukset ovat pitkään jatkuneita. Paniikkihäiriöön liittyy usein lisäksi pakkoisia pelkoja tai esteellisympäriä.
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Paniikkihäiriö on kaksi kertaa enemmän naisilla kuin miehillä. Kohtaukset alkavat usein nuoruudessa tai varhaisikäikään. Aikuisista paniikkikohtauksista 25 prosentilla on kärsinyt lapsuudessa kohtauksista. Paniikkihäiriö esiintyy nuorilla ja epidemiologisia tutkimuksia mukaan 0,4-1,6 prosentilla.
Ennuste	Väestössä 3-5 %:lla voi ilmetä paniikkikohtauksia ilman, että heillä on paniikkihäiriö diagnosoitu täydellä oireilla. Esimerkiksi, paniikkikohtauksista esiintyy usein melankolihäiriön yhteydessä, mutta se ei tarkoita, että henkilö olisi paniikkihäiriö.
Paniikkikohtauksen hallinta	Pekät paniikkikohtaukset eivät täydä paniikkihäiriön diagnosoitu ehtoia, jolloin kukaan paniikkikohtauksista kärsii, että potilas peittää niiden tapauksista jatkotankien seurauksia. Diagnoosi ei eroilla kukaan, että henkilö x mitään tunteista toimintamalliaan. Esimerkiksi jos henkilö x on saanut paniikkikohtauksia rokkapöytä, voi tulla seurata rokkapöytä x uskonto, mikä tarkoittaa huomattavasti henkilö x arseen.
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	
Terveysnettiin	

SISÄLTÖ	MITÄ TAPAHTUU PANIIKKIKOHTAUKSEN AIKANA
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Pelko on eräänlaista alkukantaista tunnetietoa, se aktivoituu ihmisessä nopeasti. Paniikki on alkukantainen voimakas hälytysreaktio elimistössä, jolla elimistö vastaa kaikenlaisiin uhkiin. Se on synnynnäinen mekanismi, jonka luonto on muodostanut kehittyneille eläimille selvitäkseen saalistajiaan tai hengenvaarasta.
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	Paniikkikohtauksessa tahdosta riippumaton hermosto, joka säätelee verenkiertoelinten, rauhasen, ruoansulatuskanavan ja virtsaelinten toimintoja, käynnistää nopeasti erilaisia reaktioita kehossa. Tästä johtuvat kohtauksessa esiintyvät ruumiilliset oireet. Sama hermosto säätelee tunnetiloja, mistä johtuu, ettei tunteita pysty hallitsemaan järjellä, ainakaan silloin kun tunnetila on voimakkaimmillaan.
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	OIREET
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	Tunneperäisiä oireita ovat esimerkiksi kuolemanpelko, hallinnan menetys, sekoamisenpelko ja pakokauhu.
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Ruumiillisia oireita ovat esimerkiksi sydämen tykytys, jäähmettyminen, vapina, heikotus, hikoilu, vatsan oireet, puristuksen tunne rinnassa, palan tunne kurkussa, ilman loppumisen tunne, silmäteiden laajeneminen ja liikkahengitys.
Ennuste	Kohtauksen jälkeen voi kokea väsymystä, hämmennystä ja huolestuneisuutta.
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	LÄÄKEHOITO
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	<p>Beetasalpaajat vähentävät kokonaan sydäntaakkien aiheuttamia rytmillisiä oireita, mutta eivät vaikuta stressin säätelyyn. Beetasalpaajia annostellaan yleensä kerta-annoksella, jota säätää lääkärin ohjeiden mukaan. Beetasalpaajien käyttöä rytmillisiä oireita varten, esim. erikoislaivalla jalkista estäytymistä. Beetasalpaajia siltä osin kuin ne vaikuttavat uupumukseen, uupumusta voidaan käyttää. Beetasalpaajat eivät yleensä aiheuta sivuvaikutuksia, jotka riippuvat kyllä beetaolopilla, mutta mikäli niitä on käytetty pidemmän aikaa on käyttö syytä lopettaa asteittain.</p>
Ennuste	<p>Marennuslääkkeillä paniikkikohtauksien hoidossa on aloitettava pienillä annoksilla, koska marennuslääkkeet saattavat aiheuttaa kuivomuita. Marennuslääkkeistä yleisimpiä on SSRI-marennuslääkkeet (SSRI tarkoittaa vaikutusta serotoniinilähtämisestä estäen). Nuorilla nämä lääkkeet, uusia lisäksi alidista ja paniikkikohtauksien tiliyttä, etäällä lääkeloidon alissa.</p> <p>Marennuslääkkeet eivät tehoa paniikkikohtauksien estoon heti, vaan niitä on käytettävä 2-4 viikkoa ennen lääkkeen tehoa havaitsemista.</p>
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	<p>Beetaolopilla on käytetty eniten lääkkeitä paniikkikohtauksien hoidossa. Ne vaikuttavat nopeasti ja niillä on vähän sivuvaikutuksia.</p>
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	<p>Paniikkikohtauksien estäminen lääkityksen avulla on yksilöllinen ja annos voi vaihdella stressin. Hämöni estäytymistä paniikkikohtauksista kärsivät, eluät tsele kalla sääntöillä lääkitystä. Tällöin käytetään rauhoitusta beetaolopilla, jotka imeytyvät nopeasti.</p>
Tekijät	



SISÄLTÖ	PSYKOTERAPIA
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	<p>Nuoriso psykoterapian tarkoituksena on auttaa nuorta käsittelemään hyviä ja pahoja asioita. Tarkoituksena on, että nuori opettelee käsittelemään tunteitaan ja kokemuksiaan, sekä löytämään ratkaisuja niiden aiheuttamiin ongelmiin.</p>
Ennuste	<p>Psykoterapia on pitkämuotoista terapiaa, joka kestää yleensä n. 2-3 vuotta. Siinä painotetaan nuoren huomioimista, tukemista ja kannustamista omien tarpeiden ja toiveiden mukaan. Terapia istunnot nuorilla toteutetaan ilman vanhempien läsnäoloa, ja ne ovat luottamuksellisia, eli terapeuteilla on vaitiolovelvollisuus.</p>
Paniikkikohtauksen hallinta	<p>Tutkimusten mukaan 80% hyöttyy hoidosta.</p>
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	ITSEHOITO
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	
	<p>Paniikkihäiriön itsehoitoon kuuluu terveellisten elämäntapojen noudattaminen.</p> <p>Ruokavaliossa tulisi välttää liiallisen kofeiinin saantia, koska sen on todettu voimistavan ahdistus- ja jännitysoireita. Kofeiinia on runsaasti esimerkiksi energiajuomissa, Coca-Colassa ja kahvissa. Runsassuolainen ruoka voi kohottaa verenpainetta, ja siten lisätä jännitysoireita. Monet ruuan säilöntä ja makeutusaineet sekä allergiaa aiheuttavat ruoka-aineet saattavat lisätä jännitysoireita, joiden lisääntyminen voi johtaa paniikkikohtaukseen.</p> <p>Aterjavälit eivät saa venähtää liian pitkiksi, sillä laskeutunut verensokeri saattaa altistaa paniikkikohtaukselle. Verensokeri voi laskea jo 2-4 tunnissa. Tutkimukset osoittavat että nuoret jättävä helposti aamupalan syömättä.</p> <p>Säännöllisen liikunnan on todettu rentouttavan ja vähentävän jännitysoireita.</p> <p>Terveellisiin elämäntapoihin kuuluu oikeanlaisen ravinnon ja liikunnan lisäksi myös alkoholin käytön ja tupakoinnin välttäminen.</p>



SISÄLTÖ	ENNUSTE
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	
	<p>Paniikkihäiriöstä toipuu noinkolmasosa, mutta uusiutuminen on tavallista 40–50 prosentille. Osalle paniikkihäiriöstä sairastaville jää jonkin verran jäännösoireita. Noin 20 prosenttia jää vaikeasti kroonisesti sairain.</p>



SISÄLTÖ	VINKKEJÄ PANIIKKIKOHTAUKSEN HALLINTAAN
Mitä paniikkihäiriö on?	Eräs yksinkertainen keino on nimetä kohtaukset uudestaan, sellaisella nimellä, joka ei herätä ahdistusta.
Paniikkihäiriön oireet	Kirjoita päiväkirjaa kohtauksista, esimerkiksi niiden oireista ja tilanteista joissa olet kohtauksen saanut. Tämä voi edesauttaa seuraavan kohtauksen ennustamista.
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Opettele tuottamaan kohtaus tahdonalaisesti, jolloin voi opetella hallitsemaan sitä, tällöin voi opetella katkaisemaan kohtauksen heti sen alkaessa.
Ennuste	Muuta pelkoon liittyviä mielikuvia kohtaamalla pelot. Hae mahdollisimman paljon tietoa, sillä tieto helpottaa asian käsittelemistä.
Paniikkikohtauksen hallinta	Käytä lääkkeitä viisaasti, eli noudata annostusohjeita.
Miten voin auttaa kaveria?	Opettele pikarentoutusmenetelmä, esimerkiksi oman lempi musiikin kuuntelu saattaa rentouttaa.
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	MITEN VOIN AUTTTAA KAVERIA
Mitä paniikkihäiriö on?	Tue ystävääsi: On tärkeää, että paniikkihäiriötä sairastava ei tunne itseään hylätyksi, koska paniikkihäiriö voi vaikuttaa voimakkaasti itseluottamukseen.
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Kohtauksen aikana on tärkeää rauhoitella kohtauksen saanutta, esimerkiksi puhuttelemalla rauhallisella äänellä. Mikäli kohtauksen saanut liukahengittää eli haukkoo henkeään pinnallisesti ja nopeassa tahdissa, voi hänelle viedä pussin johon voi hengittää, tällä ehkäistään hiilidioksidin karkaamista, mikä lisää oireiden voimakkuutta. Mikäli et ole vamma, että kyseessä on paniikkikohtaus soita aina hätänumeroon!
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	Kehota kaveria puhumaan asiasta joko vanhemmille, koulun terveydenhoitajalle, opettajalle, tai muulle aikuiselle henkilölle, johon kaveri kokee luottavansa.
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	MISTÄ SAAN APUA
Mitä paniikkihäiriö on?	
Paniikkihäiriön oireet	
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Mikäli et halua puhua oireistasi vanhempiesi kanssa. Lähin apu löytyy kouluterveyden huollosta terveydenhoitajan vastaanotolta. Kouluterveyden huoltoon kuuluu terveystarkastusten lisäksi oppilaiden tapaaminen ilman ajan varausta yksilöllisen tarpeen mukaisesti.
Ennuste	Kouluterveydenhoitajan lisäksi kouluterveydenhuollon kautta on mahdollista päästä tapamaan lääkärin ja koulupsykologia. Kaikilla kouluterveydenhuollossa töissä olevilla henkilöillä on salassapitovelvollisuus, eivätkä he esimerkiksi ota yhteyttä oppilaan vanhempiin ilman oppilaan suostumusta.
Paniikkikohtauksen hallinta	
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkejä	
Lähteet	
Tekijät	



SISÄLTÖ	LINKKEJÄ
Mitä paniikkihäiriö on?	<u>PUHELINNUMEROITA</u>
Paniikkihäiriön oireet	Mannerheimin lastensuojeluliiton auttava puhelin 116 111, avoinna: ma-pe 14-20 la-su 17-20
Paniikkihäiriön hoito – lääkehoito – psykoterapia – itsehoito	Suomen mielenterveysseura. Tukea elämän kriiseissä. Väitakunnallinen kriisipuhelin 010 195 202 ma 9-06, ti-pe klo 15-06, su klo 15-22
Ennuste	
Paniikkikohtauksen hallinta	NUORTEN KRIISIPISTE Kriisipuhelin 09-2528 2740 Päivystysti-to klo 9-13
Miten voin auttaa kaveria?	
Mistä saat apua	
Hyödyllisiä linkejä	<u>INTERNET-SIVUJA</u> Paniikkihäiriöyhdistys RY http://www.paniikki.net/paniikki.html
Lähteet	
Tekijät	Kriisikeskus netissä (keskustelupalstoja) https://www.tukinet.net/



