

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö
2014

Khyam Aftab

KRIISIN JA MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

- OPAS MAAHANMUUTTAJILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Khyam Aftab

KRIISIN JA MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

- OPAS MAAHANMUUTTAJILLE

Projektin tehtävänä oli laatia opas maahanmuuttajille kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien tietoa mielenterveydestä ja sen hoitomahdollisuuksista. Oppaassa on tietoa kriisistä ja masennuksesta sekä hoitoon hakeutumisesta. Oppaassa onkin pyritty parantamaan maahanmuuttajien tiedon saantia kriisistä ja masennuksesta sekä hoitomahdollisuuksista, joiden avulla lukijalla on mahdollisuus tunnistaa itsessään mielenterveysongelmat ja hakeutua hoitoon. Opas tulee olemaan saatavilla turussa paikoissa, joissa maahanmuuttajat käyvät, kuten moskeijoissa ja terveyskeskuksissa.

Suomessa mielenterveyshäiriöt, kuten kriisi ja masennus, ovat yleisimpiä sairausryhmiä. Masennusta on ennustettu kasvavan maailman toiseksi kalleimmaksi sairaudeksi vuoteen 2020 mennessä. Parhaiten mielenterveysongelmiin voivat vaikuttaa sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaiset, joiden tehtävänä on tuottaa palveluita ja luoda edellytykset vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentämiseen. Resurssien riittämättömyys ja ammattihenkilöiden valmius mielenterveyspalveluissa ovat heikkoja. Tutkittua tietoa masennuksesta ja kriisistä on nykyään Suomessa paljon, mutta eivät tutkimusten mukaan tavoita maahanmuuttajia, näiden heikon kielitaidon ja informaatiopuutteen takia.

Hoitoon hakeutumisen kynnyksrajaa pitäisi alentaa ja mielenterveysasiakkaille tulisi antaa jatkossa entistä enemmän tietoa hoitovaihtoehdoista. Mielenterveysongelmista kärsivän hoitoon hakeutuminen on merkki siitä, että hän haluaa apua. Ammattihenkilön tulisi ottaa huomioon ja vastata siihen auttamisella. Tulevaisuudessa toivotaan ammattihenkilöiltä aikaisempaa enemmän tietoa ja valmiutta maahanmuuttaja asiakkaan ohjauksessa ja tiedottamisessa, kuten masennuksen tai kriisin aikana. Seuraavan opinnäytetyön aiheena voisikin olla maahanmuuttajien oikeanlainen tiedottaminen ja ohjaaminen. Oppaani kääntäminen kullekin asiakkaalle omalla kielellä olisi hyvä, jotta nekin maahanmuuttajat, jotka eivät ymmärrä tai osaa lukea suomenkieltä saisivat kriisin ja masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon tietoa.

ASIASANAT:

Mielenterveysongelmat, maahanmuuttajat, opas, hoitomahdollisuus, ammattihenkilöt.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Degree programme in nursing | Nursing
December 2014 | 35 + 1 attachment
Anu Nousiainen & Sirpa Nikunen

Khyam Aftab

THE IDENTIFICATION AND TREATMENT OF CRISIS AND DEPRESSION - GUIDE FOR IMMIGRANTS

The purpose this project was to compose a guide for immigrants to recognize crisis and depression and learn about their treatment. The aim was to increase immigrants information about mental health and its cure. In this guide there is information about crisis and depression and how to get help. With this information, the reader has an opportunity to recognize mental health problems and get treatment. This guide is going to be available in places where the immigrants visit such as mosque and health-care centre in city of Turku.

Mental health problems and crisis are most common disease group in Finland. In predictions depression will be one of the most expensive illnesses in 2020. Those who can have an influence on mental health problems are social and health care professionals. Their task is to provide services and create the conditions to impact a reduction of mental health problems. There is a lack of resources and professionals preparedness for providing mental health services is insufficient. According to researches, there is lot of research-based information about depression and crisis but none of them reach out to immigrants because of their weak language skills and the lack of information.

The threshold for seeking treatment should be lowered. In the future there should be more information about treatment options for mental health clients. A client with a mental health problem who seeks for treatment is a sign of wanting help. Professionals should notice that and respond to it with providing help. In future it is recommendable that professionals have more information and readiness to guide and inform an immigrant suffering from depression or a time of crisis. Subject of the following theses could be the right way to inform and guide an immigrant. It would be desirable to translate this guide to immigrants in their own language. All of those immigrants who do not understand Finnish language could get information about recognizing the symptoms of crisis and depression.

KEYWORDS:

Mental health problems, immigrants, guide, treatment option, professionals.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	3
2 MAAHANMUUTTAJIEN MIELENTERVEYS	4
2.1 Depressio eli masennus	5
2.2 Kriisi	12
3 MIELENTERVEYSPALVELUT	18
4 MAAHANMUUTTAJA-ASIAKKAAN OHJAUS	20
5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	22
6 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	23
7 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
8 POHDINTA	29
LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1. Opas maahanmuuttajille.

1 JOHDANTO

Suomessa asui vuoden 2011 lopulla 266 000 ulkomailla syntynyttä henkilöä eli noin viisi prosenttia koko väestöstä ja ulkomailla syntyneitä oli 25-39- vuotiaista kymmenen prosenttia. Muita kieliä kuin suomea, saamea ja ruotsia puhuvia asui Suomessa vuoden 2011 lopulla 245 000 ja ulkomaan kansalaisia 183 000. Eri tilastolähteiden mukaan vuotuisesti nettomaahanmuutoksi ennustetaan 17 000 henkeä. Tästä voidaan päätellä, että ulkomaalaisten määrä tulee kasvamaan nykyisestä kaksinkertaiseksi vuoteen 2025 mennessä. (Castaneda ym. 2012.)

Suomeen muuttaneiden ihmisten hyvinvoinnista ja terveydestä on hyvin vähän tutkittua tietoa. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajaväestön ja kantaväestön terveyseroja ovat koetussa terveydessä, oireilussa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomisia terveyseroja on myös havaittu maahanmuuttajaryhmien sisällä. Varakkaimmat ja koulutetuimmat voivat paremmin kuin muut. (Castaneda ym. 2012.) Suurelle osalle maahanmuuttajistamme on yhteistä islamin usko, joka liittyy jokapäiväiseen elämään. Selvityksen mukaan islamilaiseen kulttuuriin kuuluvilla pakolaisilla on eniten kokemuksia kidutuksen uhrina olemisesta ja tämä tekijä lisää mielenterveyden ongelmia. (Luukkonen 2009.)

Pohjanpää (2003) tutki maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa Virosta, Venäjältä, Vietnamista ja Somaliasta Suomeen muuttaneita aikuisia (n = 2250). Tutkimuksessa selvisi, että muuhun Suomen väestöön verrattuna maahanmuuttajien todettiin olevan nuorempia, heiltä puuttui perusasteen jälkeinen koulutus, työttömyys oli suurempaa ja tulot olivat pienemmät. (Pohjanpää 2003.) Gislerin ym. (2006) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajataustaisten (n = 15 600) on todettu kansainvälisten tutkimusten mukaan hakeutuvan sairastavuutensa tai tarpeeseensa nähden hoitoon harvemmin. He saattavat jäädä vaille hoitoa useammin kuin valtaväestö (n = 80 212) ja joutuvat odottamaan hoitoon pääsyä kauemmin. (Gissler ym. 2006.)

Projektin tehtävänä oli laatia opas maahanmuuttajille kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien tietoa mielenterveydestä ja sen hoitomahdollisuuksista.

2 MAAHANMUUTTAJIEN MIELENTERVEYS

Suomi on ollut aina yhden kielen ja kulttuurin maa, jossa on kuitenkin asunut jo pitkään useita etnisiä väestöryhmiä ja joiden määrä kasvaa jatkuvasti (Korhonen 2013). Maahanmuuttajien hyvinvoinnista ja terveydestä on tutkimuksia hyvin niukasti. Haastavaksi tiedontarpeen ja sen hankkimisen tekee se, että maahanmuuttajien osallistuminen väestötutkimuksiin on vähäistä. (Castaneda ym. 2012.) Maahanmuuttajien hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä asioista on valmisteilla useita uudistuksia, joiden ansiosta voidaan kehittää toimia, joilla edistää maahanmuuttajien hyvinvointia, terveyttä ja elinoloja sekä palveluiden käyttöä Suomessa. Kuten esimerkiksi terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) 2012 tekemä tutkimus, jossa selvitettiin venäläis-, somali- ja kurditaustaisten aikuisten maahanmuuttajien hyvinvointia, palveluiden käyttöä, terveyttä sekä elinoloja Suomessa. (Korhonen 2013.)

Maahanmuuttajien saaman hoidon on todettu olevan laadultaan muun väestön saamaa hoitoa heikompaa. Näin on myös Suomessa, vaikka yhtäläiset terveyspalvelut ovat kaikkien saatavilla. (Gissler ym. 2006.) Vuokon (2010) mukaan viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaa osaamista tulisi lisätä ja parantaa.

Castanedan ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin venäläis-, somalialais-, ja kurditaustaisten aikuisten (n = 3000) terveydentilaa, työ- ja toimintakykyä sekä palvelujen tarvetta ja tyytyväisyyttä. Tutkimuksen mukaan kaikissa maahanmuuttajaryhmissä miehet pitivät terveyttään paljon parempana kuin naiset, ja koettu terveys huononi sen mukaan, mitä vanhempia he olivat. Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että maahanmuuttajien koettu terveys on kansalaisuudesta ja iästä riippumatta kantäväestöä huonompi. (Castaneda ym. 2012.) Pirisen (2008) tekemässä tutkimuksessa tarkoituksena oli tutkia turvapaikanhakijoiden (n = 170) terveydentilaa, aikaisempia kokemuksia kidutuksesta ja muusta väkivallasta, terveydenhuoltopalveluiden käyttöä ja terveydenhuoltojärjestelmälle aiheuttamaa kuormitusta. Tutkimuksen mukaan turvapaikkahakijoiden eniten

vaivaa aiheuttavia ongelmia olivat neurologiset sairaudet, joita sairasti 49 % tutkittavista. Seuraavaksi eniten vaivaa aiheuttivat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet 37 %:lla, virtsasairaudet 36 %:lla ja silmäsairaudet 35 %:lla. Tutkimuksessa turvapaikkahakijoista 29 %:lla oli jo tulovaiheessa jotain pitkäaikaista lääkitystä käytössä, joista välttämättömiä käytössä olevia lääkkeitä oli 14 %:lla. Käytössä olevia lääkkeitä olivat esimerkiksi tyroksiini, psykykenlääke, masennuslääke, diabeteslääke, verenpainelääke, kolesterolilääke, epilepsialääke ja erilaiset särkylääkkeet, josta mainittakoon parasetamoli ja ibuprofeeni. (Pirinen 2008.)

Mielenterveyspalvelujen käyttö oli venäläis- ja kurditaustaisten ryhmissä yhtä yleistä kuin samanikäisessä kantaväestössä, vaikka ahdistus ja masennusoireiden esiintyvyys olivat näissä ryhmissä huomattavasti koko väestöä yleisempää. (Castaneda ym. 2012.) Korhonen (2013) & Halla (2007) kuvaavat tutkimuksissaan maahanmuuttajien psyykkisten hyvinvointiin positiivisesti vaikuttavia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi hyvä kielitaito, työllistyminen, hyvä sosioekonominen asema ja syrjinnältä välttyminen. Huono sosioekonominen asema, työttömyys, huono kielitaito, eroon joutuminen perheenjäsenistään, syrjintä, traumaattiset kokemukset, torjunta ja pitkäaikainen stressi vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin heikentävästi. (Korhonen 2013. Halla 2007.)

2.1 Depressio eli masennus

Depressio eli masennus on lääkärin diagnosoima oireyhtymä, jossa tietyn ajan aikana esiintyy erilaisia käyttäytymiseen ja mielialaan liittyviä häiriöitä. Masennus on mielenterveyden häiriöistä yleisin ja arviot sen yleisyydestä vaihtelevat. (Valkonen 2007.) Masennuksella tarkoitetaan tunnetilaa, jolle ovat tyypillisiä itseluottamuksen puute, surullisuus, ajoittainen kyvyttömyys huolehtia itsestään ja itsensä väheksyminen (Valkamaa & Kursi 2005). Psykiatriassa masennuksella tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä, jossa keskeisenä piirteenä on pysyvästi muuttunut alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunne. Kliinisesti katsoen kyse on oireyhtymästä, johon mielialan lisäksi saattaa liittyä mielihyvän ja kiinnostuksen menettämistä sekä poikkeuksellista väsymystä ja

vähentyneitä voimavaroja. Joka viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana. Noin puolella se uusiutuu ja joillakin se kroonistuu pysyvästi. Masennustilat alkavat yleistyä murrosiässä ja vaivaavat tämän jälkeen kaikenikäisiä. Naisilla masennus on liki kaksi kertaa miehiä yleisempi. (Aho ym. 2009.) Tutkimusten mukaan masennusta sairastaa 18 - 34 % naisista ja 10 - 19 % miehistä (Spoov & Syvälahti 2006). Huolestuttavaa on masentuneiden lasten ja nuorten määrän kasvu. Masennus nuorena johtaa syrjäytymiseen, joka lisää yhteiskunnan kustannuksia terveydenhuollon kuluina sekä tulevaisuuden menetettyinä työvuosina. (Herse ym. 2011.) Kaikki masennus ei ole depressiota. Esimerkiksi lähiomaisen kuolema ja muut suuret menetykset masentavat, mutta yleensä ihminen selviytyy pahimman yli muutamassa kuukaudessa. Normaali surureaktio ei kestä vaikeana yli kahta kuukautta ja johda esimerkiksi itsetuhoisuussuunnitelmiin. (Aho ym. 2009.)

Mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien haittojen lisääntymistä on selitetty sillä, että nykypäivän työelämä on muuttunut aikaisempaa enemmän henkisiä voimavaroja vaativaksi ja päivästä toiseen maksimaalista suorituskykyä edellyttäväksi. Sosiologit taas pitävät tärkeänä syynä yhteiskunnallisia muutoksia ihmisten syrjäytymiskokemuksille. (Valkonen 2007.) Lapsuuden aikaiset traumat, persoonallisuuden häiriöt, itsetuntovaikeudet, vähäinen koulutus ja matala tulotaso, tunne-elämän epävakaisuus, säännöllinen tupakointi, krooniset elimelliset sairaudet, humalahakuinen juominen ja erilaiset mielenterveyden häiriöt liittyvät myös masennustilojen esiintymiseen (Aho ym. 2009). Castanedan ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa vakavia ahdistus- ja masennusoireita oli kurditaustaisista naisista joka toisella ja kurditaustaisista ja venäläistaustaisista miehistä joka neljännellä.

Hallan (2007) mukaan pakolaisina maahan tulleilla maahanmuuttajilla on hyvin paljon stressitilanteita ennen maahantuloa, koska he ovat joutuneet lähtemään kotimaastaan suunnittelematta, äkkiä ja ilman määränpäättä, kuten myös turvapaikanhakijoilla, joilla on pitkä ja vaikea tulevaisuuden näkymä. Pakolaiset ovat pakotettuja jättämään sukulaisensa, ystävänsä ja tuttunsa ja heidän perheensä ovat yleensä hajonneet, jolloin osa perheenjäsenistä on saattanut

menehtyä tai olla kateissa. (Halla 2007.) Arviolta 66 - 75 % masennustiloista puhkeaa jonkin merkittävän elämäntapahtuman, kuten omaisen kuoleman, vakavan somaattisen sairauden, avioeron tai työttömäksi jäämisen jälkeen. (Valkonen 2007.) Pirisen (2008) tutkimuksessa mielenterveyshäiriöitä oli ollut jopa puolella aikuisista. Eniten ahdistuneisuutta, depressiota ja unihäiriöitä. Tutkimukseen osallistuneista aikuisista 57 % oli ollut kidutuskokemuksia ja muita väkivaltakokemuksia oli ollut 12 %. (Pirinen 2008.) Castaneda ym. (2012) ovat tutkimuksessaan käsitelleet venäläisten, somaliaalaisten ja kurditaustaisten maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia Suomessa. Somaliaalaistaustaisista 57 %, venäläistaustaisista 23 % ja kurditaustaisista jopa 78 % oli kokenut jonkin merkittävän traumatapahtuman entisessä kotimaassaan. (Castaneda ym. 2012.) Luukkosen (2009) mukaan pakolaisuus on jo itsessään traumoja aiheuttava seikka, jossa joutuu elämään pelon kanssa.

Lääketieteellisesti yksiselitteistä masennuksen aiheuttajaa ei ole todettavissa, vaikka välillä häiriö voidaan yhdistää elimelliseen sairauteen (Valkonen 2007). Mielenterveyden ongelmat ilmenevät usein jokapäiväisinä voimia verottavina ja mieltä painavina asioina tai ne tuntuvat ruumiillisina kipuina. Mielenterveysongelmat vaikuttavat myös ajatuksiin, asenteisiin, muistiin ja uskomuksiin. (Aalto ym. 2009). Masentuneen henkilön aloitokyky heikkenee, itseluottamus laskee, omatunto on huono ja elinvoima on vähissä. Tämän lisäksi ajatukset harhailevat, ratkaisujen tekeminen tuntuu vaikealta ja nukahtaminen on vaikeaa, minkä takia yöunet jäävät vähäisiksi. (Valkamaa & Kursi 2005.) Lisäksi ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet, kuten sydämen tykytys, hikoilu, vapina, hengenahdistus ja pitkittynyt kipuilu. Yhteydenpito ystäviin unohtuu helposti, eivätkä aiemmin iloa tuottaneet asiat, esimerkiksi harrastus, tuota enää samalla tavalla mielihyvää. Masentuneen henkilön noradrenaliinin ja serotoniinin pitoisuudet vähenevät, jonka takia kipukynnys heikkenee ja kipua koetaan herkemmin. (Aalto ym. 2009.) Depressiossa tunnetaan kipuna sellaisetkin elimistön tuntemukset, joita normaalitilassa ei aistisi. Jopa yli kahdella kolmasosalla depressiota kärsivistä on raportoitu emotionaalisten eli tunneoireiden lisäksi esiintyvän erilaisia kipuja kuten

päänsärkyä, vatsakipuja, lihaskipuja, selkäkipuja sekä nivelkipua. (Spoov & Syvälahti 2006.)

Vaikeiden ja toistuvien masennustilojen taustalla on usein laukaiseva ulkoinen tekijä, kuten pitkäaikainen psykososiaalinen stressi, kuormittava elämänmuutos tai läheisen ihmissuhteen puute sekä perinnöllinen alttius. (Aho ym. 2009, Valkonen 2007.) Romakkaniemen (2011) tutkimuksessa selvitettiin naisten (n = 5) ja miesten (n = 14) mielenterveyspalvelun vaikutusta masennuksesta paranemiseen. Masennukseen sairastuminen osoittautui prosessiksi, jonka aikana suhde itseen, läheisiin sekä ympäristöön muuttui. Hoitotilanne edellytti sellaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista, jossa masennusta sairastavat kokivat tulleen kuulluiksi, hyväksytyiksi ja ymmärretyiksi. (Romakkaniemi 2011.)

Raitasalon (2010) tekemä tutkimus oli osa Kelan vuonna 1995 käynnistämää tutkimusohjelmaa, joka koski depressiota ja työkykyä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sosiodemografisten tekijöiden, kognitiivisen kapasiteetin, persoonallisuuden ulottuvuuksien, masennuksen asteen ja elämänhallinnan yhteyttä kokopäivätyön tekemiseen viiden vuoden seurannassa. Tutkimuksen mukaan työssäkäyvät olivat yleisesti nuorempia, heillä oli parempi kognitiivinen kapasiteetti ja he olivat paremmassa sosioekonomisessa asemassa kuin potilaat, jotka eivät olleet työssä. (Raitasalo 2010.) Suomessa maahanmuuttajien henkistä vointia kuvaavat tilastot esimerkiksi korkeasta työttömyysasteesta ja osuudesta turvakotien asiakkaina (Luukkonen 2009.) Vuokon (2010) tutkimuksessa selvisi, että maahanmuuttajat halusivat olla vuorovaikutuksessa suomalaisten kanssa ja kertoivat kontaktien puutteen ja kieliongelmiensa vaikuttavan negatiivisesti mielenterveyteen. Myös kielikurssien pitkät odotusajat turhauttavat maahanmuuttajia. (Vuokko 2010.)

Masennustilan diagnoosi edellyttää seuraavia samaan aikaan esiintyviä oireita, joista vähintään kaksi masennuksen ydinoireista on kestänyt vähintään kahden viikon ajan ja ollut esillä suurimman osan ajasta. Näitä ydinoireita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen sellaisiin asioihin, joista normaalisti on ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet

mielihyvää, sekä poikkeuksellinen väsymys tai vähentyneet voimavarat. (Aalto ym. 2009.)

Jotkin seuraavista oireista ovat kestäneet kahden viikon ja ovat vaivanneet suurimman osan ajasta niin, että oireita on yhteensä neljä (mukaan lukien yllä esiin otetut ydinoireet): ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos; liiallinen nukkuminen tai unettomuus; havaittu tai koettu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä asioiden jähkailuna tai päättämättömyytenä; arvottomuuden tunne tai alentunut itsetunto, hidastuneisuus tai fyysinen kiihtymys, joka voi olla koettu tai havaittu. Alle kaksi viikkoa kestäneitä oireita ei lasketa vielä depressioksi. Diagnoosia tehdessään lääkäri arvioi, onko oireiden kesto sellaisia, että kyseessä on hoitoa vaativa masennus. (Aalto ym. 2009.)

Masentuneena ihminen ei itsekään yleensä tunnista olevansa masentunut, vaan arvioi oireiden johtuvan laiskuudesta, fyysisestä sairaudesta tai epäsuotuisasta ulkoisesta olosuhteesta. Usein masennus tuleekin ilmi vasta, kun se on jo vakava joka haittaa huomattavasti toimintakykyä. (Spoo & Syvälahti 2006.) Romakkaniemen (2011) mukaan masennuksen tuntomerkkejä, kestoja, syitä ja sairauksia on vaikeampi hahmottaa kuin esimerkiksi somaattisia sairauksia.

Masennuksen tunnistamisessa käytetään monia työvälineitä asiakkaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Tunnistamisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia depressioseulontoja, joiden tarkoituksena on helpottaa oireiden havaitsemista. (Aalto ym. 2009.) Masennuksen tunnistaminen tehdään potilaan kanssa keskustellessa ja muun tiedonkeruun kanssa esiin tulleiden oireiden mukaan. Keskeistä masennustilan tunnistamisessa on masentuneen potilaan oireiden eli vallitsevan mielialan, mielihaluksen menetyksen ja toimeliaisuuden puutteen toteaminen sekä tähän liittyvien muiden oireiden tunnistaminen, oireilun vakavuuden ja keston arviointi. (Valkama & Kursi 2005.)

Laajasti määriteltynä mielenterveyden edistämistä on mikä tahansa sellainen toiminta, joka parantaa mielenterveyttä ja estää sitä vahingoittavia tekijöitä. Ehkäisevän mielenterveystyön lähtökohtana on mielenterveyden häiriöiden

ennaltaehkäiseminen (primaaripreventio). Ehkäisevän mielenterveystyön piiriin kuuluvat myös sairauksien varhainen havaitseminen niin väestö- kuin riskiryhmätasolla ja hyvä hoito (sekundaaripreventio). (Aalto ym. 2009.) Vuokon (2010) tekemässä tutkimuksessa maahanmuuttajat kertoivat hoidon pääsyn kestävän liian kauan. Kieliongelmat ja rajalliset mahdollisuudet saada tulkki heikentävät maahanmuuttajien mahdollisuuksia käyttää ja saada mielenterveyspalveluja. (Vuokko 2010.)

Masennuksen ennaltaehkäisy aloitetaan jo lapsuuden kasvuympäristöstä, jossa tulisi olla mahdollisuus kiintyä turvalliseen aikuiseen. Sosiaalinen tukiverkosto ja hyvät ihmissuhteet vähentävät masennusriskiä. Masennusta voi ehkäistä myös huolehtimalla hyvinvoinnista esimerkiksi riittävällä levolla ja liikunnalla sekä välttämällä pitkään jatkuvaa liiallista stressiä. (Aalto ym. 2009.) Romakkaniemi (2011) kertoo tutkimuksessaan kuntoutumisen olevan yleensä hyvin pitkälinen prosessi, joka on ainutkertainen jokaisen ihmisen kohdalla. Kuntoutumista tapahtuu kuitenkin myös ilman ammatillista väliintuloa, mutta ensiarvoisen tärkeänä hän pitää kuntoutumisen kannalta läheisen ihmisen tukea, johon voi luottaa. Kuntoutuminen edellyttää, että ihminen tunnistaa rajoitteensa ja vahvuutensa, näkee itsensä aktiivisena toimijana ja kykenee tarkastelemaan itseään ja tilannettaan. Kuntoutuminen mielenterveyden häiriöistä tarkoittavat paljon muutakin kuin itse sairaudesta toipumisesta. Se on toipumista sairauden aiheuttamasta syrjinnästä ja murtuneiden unelmien tuottamista vastoinkäymisistä. Kuntoutumisen tulokset ja syyt eivät ole yhteydessä toisiinsa vaan kuntoutumista tapahtuu, vaikka oireet eivät häviäisikään. Ammatillaisen tehtävänä on ylläpitää ja herättää toivoa muutokseen ja kuntoutumiseen. Hän määrittelee kuntoutumisen, kuntouttajan ja hänen ympäristönsä väliseksi vuorovaikutukseksi, joka parantaa ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua ja toimintakykyä. (Romakkaniemi 2011.)

Masennustilaa voidaan hoitaa sekä lääkkeillä että keskusteluhoidolla. Lievää masennusta sairastavan toimintakyky on yleensä hyvä ja itsehoitomenetelmien avulla toipuminen on mahdollista. Masennusta sairastava on tärkeää ohjata ammattiavun piiriin, kun kyseessä on vaikea tai keskivaikea masennustila.

(Korkeila 2009.) Vakavan masennuksen hyvä hoito vaatii hyvin toimivan hoitosuhteen lisäksi tavallisesti asianmukaista lääkitystä, akuuteimman vaiheen jälkeen usein myös psykoterapiaa ja sosiaalista tukea. (Lönqvist 2010.) Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse (Korkeila 2009). Maahanmuuttajat suhtautuvat yleensä lääkehoitoon epäluuloisesti ja varautuneesti. He voivat pelätä lääkehoidosta aiheutuvaa vahinkoa tai lääkkeen vaikuttavan heidän persoonallisuuteensa ja hulluksi leimaamista, jos heidän tiedetään käyttävän psyykelääkkeitä. (Halla 2007.) Lääkityksen ja terapian valinta määräytyvät yksilöllisesti potilaan elämäntilanteen ja depression vaikeuden mukaan. Masennuslääkkeen laaja valikoima lisää mahdollisuuksia parantaa masennuspotilaita. Valitettavasti mikään depressiolääke ei tehoa nopeasti mielialaan, vaan vaikutus alkaa useita viikkoja depressiolääkkeen aloittamisesta. Kaikki masennuslääkkeet vaikuttavat yhteen tai useaan hermovälittäjäainejärjestelmään, joista tärkeimpiä vaikutuksen kannalta ovat dopamiini, noradrenaliini ja serotoniini. (Spoo & Syvälahti 2006.) Kailan ym. (2012) tekemässä masennuspotilaiden (n = 233) tutkimuksessa tavoitteena oli kehittää tutkimustietoon perustuva malli, jossa kiinnitettiin huomiota masennuksen tunnistamiseen, diagnostiikkaan, hoitoon, seurantaan ja työpaikkayhteistyöhön. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet psykoterapeutit olivat samaa mieltä siitä, että masennuslääkityksestä on hyötyä terapian lisänä. Yhden terapeutin mielestä lääkitys on haitallista, koska se lamaa tunteita ja estää ihmistä ottamasta vastuuta itsestään. Tutkimukseen osallistuneista masennuslääkityksen koki hyväksi seurannan lopussa 86 % ja lääkitystä vastusti 3 %. (Kaila ym. 2012.)

Hoidon tavoitteena on saada potilas oireettomaksi. Jatkohoidon avulla pyritään estämään oireiden palaamista. Ylläpitohoidolla varmistetaan, ettei uusi sairausjakso pääse puhkeamaan. (Aho ym. 2009.) Kaila ym. (2012) määrittelevät masennuksesta toipumisen seuraavanlaisesti: oireiden lievittyessä siten, että oirekriteerit eivät enää täyty ja alkaa masennuksen remissiovaihe eli toipumisvaihe. Masennuksesta toipuminen on täydellistä, kun oireet ovat kokonaan hävinneet, mutta on tavallista, että potilaalla on kuitenkin jälkioireita, jolloin masennustilan uusiutumisen riski on suuri. (Kaila ym. 2012.)

Vuokon (2010) tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveyspalvelujen työssä tulisi käyttää asiakkaan koko elämäntilanne ja hoidon tarve nykyistä paremmin. (Vuokko 2010.) Luukkosen (2012) mukaan työskentely maahanmuuttajan kanssa vaatii kykyä altistaa itsensä asioille, jotka saattavat olla täysin uusia Suomessa. Maahanmuuttaja saattaa olla hyvin tarkka ja herkkä havaitsemaan häneen kohdistuneen epäluulon. Potilaan aktiivinen kuunteleminen ja kiireen pois sulkeminen mahdollistavat tasa-arvoisen keskustelun, jolloin maahanmuuttajapotilas uskaltaa puhua avoimemmin mieltä painavista asioista. (Luukkonen 2012.)

Masennuksen hoitoon sopivia terapiamuotoja ovat kognitiivinen psykoterapia, voimaannuttava lyhytterapia, psykodynaaminen terapia ja ratkaisukeskeinen psykoterapia. Lisäksi pari- tai perheterapiasta saattaa olla apua, jos masennus on kytköksissä parisuhteen ja perhe-elämän ongelmiin. Psykoterapia on lyhyt- tai pitkäkestoista. Pitkäkestoisesta psykoterapiasta saattaa olla hyötyä varsinkin, jos depression lisäksi masennus on pitkäkestoista tai ongelmana on persoonallisuuteen liittyvää herkkyyttä. (Psykoterapiakeskus 2013.) Maahanmuuttajille käyvät usein samat psykiatriset hoitomuodot kuin suomalaisillekin, mutta on kuitenkin muistettava, että potilaalla saattaa olla sellaisia kulttuuriin liittyviä toiminta- ja ajattelutapoja, jotka vaikuttavat hoidon toteutumiseen (Halla 2007).

2.2 Kriisi

Nyky-suomen sanakirjan mukaan kriisi on käänteentekevä muutos (tärkeä, vaarallinen), ratkaisuvaiheeksi, taitekohdaksi tai murrokseksi jonkin asian kehityksessä (Jokinen 2004). Airaksisen & Holopaisen (2012) mukaan traumaattiseksi kriisiksi voidaan kutsua äkillisiä, surullisuutta aiheuttavia menetyksiä ja sietämätöntä tuskaa. Ihminen kapinoo ymmärrettävästi menetyksiä ja kärsimystä vastaan. Kapinointi on kuitenkin vain osa laajempaa prosessia, jonka tavoitteena on sopeutuminen siihen, minkä muuttaminen on mahdotonta ulkoisesti. (Suomen mielenterveysseura 2010.)

Psyykkisestä kriisistä on kyse, kun yksilö on saattanut itsensä elämäntilanteeseen, jossa aikaisemmin opitut reaktiotavat ja kokemukset eivät auta häntä selviytymään. Osa näistä kokemuksista kuuluu kehitykseen, kuten esimerkiksi murrosikä, lapsen syntyminen, parisuhteen aloittaminen, työelämän aloittaminen jne. Ulkoiset tapahtumat, jotka kuuluvat normaaliin elämään, mutta joissakin tilanteissa kuitenkin muodostuvat ylivoimaisiksi ja aiheuttavat kriisejä, kutsutaan elämänkriiseiksi tai kehityskriiseiksi (Jokinen 2004). Kehitys- ja elämänkriisit ovat tapahtumia, joita ihminen tulee kokemaan elämänsä aikana. Kehityskriisissä kriisin voi aiheuttaa positiivinenkin elämänmuutos, kuten lapsen saaminen. Myös lapsuudenkodista pois muuttaminen, opiskelun aloittaminen tai eläkkeelle siirtyminen voivat aiheuttaa kriisin. (Suomen mielenterveysseura ry 2009. 1.A.) Ne ovat elämän käännekohtia ja siirtymävaiheita, jotka liittyvät yleensä kasvamiseen ja vanhenemiseen. Kehitys- ja elämänkriisissä on se hyvä puoli, että näihin muutoksiin on mahdollista yleensä valmistautua etukäteen, joka helpottaa kriisiin sopeutumista ja sen kohtaamista. (Ruokangas ym. 2009.)

Kriisit voivat olla paikallisia, alueellisia, kansainvälisiä tai kansallisia ja niiden vaikutukset voivat olla hyvin erilaisia. Osan kriisikokemuksista elämä tuo tullessaan, näitä ovat esimerkiksi kuolemantapaus perhe- tai ystäväpiirissä, tapaturma, onnettomuus, sairaus jne. Näitä selvien ulkoisten syiden laukaisemia reaktioita kutsutaan traumaattisiksi kriiseiksi. Traumaattiselle kriisille ei ole tiettyä tilaa, jossa alku ja loppu olisivat selkeästi nähtävissä. (Jokinen 2004.) Ruokankaan ym. (2009) mukaan traumaattisille kriiseille tunnusomaista on, että ne syntyvät varoittamatta ja yllättäen. Castanedan ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa maahanmuuttajien kokemia traumaattisia kokemuksia oli kokenut entisessä kotimaassaan lähes neljä viidestä kurditaustaisista, somalitaustaisista noin kolme viidestä ja hieman yli yksi viidestä venäläistaustaisista.

Kriisin aikana useimmat käyvät läpi hyvin samanlaisia vaiheita. Kriisin vaiheet eivät välttämättä erotu toisistaan ja kriisin kokenut voi myös palata vaiheista toiseen. Kriisin läpikäyminen tapahtuu kuitenkin yleensä niin samalla tavalla,

että on alettu puhua kriisin neljästä eri vaiheesta, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe (Traumaterapiakeskus 2013.)

Shokissa on kysymys siitä, että mieleemme suojaa meitä sellaisilta kokemuksilta ja tiedoilta, joita se ei kykene ottamaan vastaan. Havaintokenttämme supistuu, jolloin osa tapahtumista jää kokonaan huomion ulkopuolelle. Valtaosa ihmisistä pystyy säilyttämään shokissa toimintakykynsä. Noin 20 % joutuu joko paniikkiin, lamaantuu, muuttuu apaattiseksi tai tulee hysteeriseksi. (Jokinen 2004.) Shokkivaihe alkaa heti kriisin laukaisemaan tilanteen jälkeen ja kestää yleensä lyhyestä hetkestä joihinkin vuorokausiin. Osa shokkivaihetta elävistä saattaa lamaantua täydellisesti, toiset taas saattavat reagoida shokkivaiheessa voimakkaalla kiihtymistilalla. (Suomen mielenterveysseura 2014.)

Reaktiovaiheen kesto on yleensä muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Tässä vaiheessa saattaa esiintyä yllättäviä ja outoja tuntemuksia, kuten että menetetyn ihmisen ääni kuuluisi jostain tai että hän olisi jossain lähellä, mutta nämä tuntemukset ovat normaaleja mielen käyttämiä puolustuskeinoja. (Traumaterapiakeskus 2013.) Erilaisia ruumiillisia oireita, kuten hikoilua, vapinaa, sydämen tykytystä ja pyöräytystä voi esiintyä. Ihmisellä saattaa olla tarve puhua tapahtumasta, joka on toipumisen kannalta tärkeä. Reaktiovaiheessa oleva tarvitsee tietoa tilanteesta ja konkreettista tukea ja ohjeita arjesta selviämiseen ja elämän uudelleen järjestämiseen. (Suomen mielenterveysseura 2014.)

Käsittelyvaihe eli korjaamisen ja läpityöskentelyn vaihe kestää usein muutamista kuukausista noin vuoteen (Traumaterapiakeskus 2013). Tämän aikana kriisin aiheuttanut tapahtuma aletaan hyväksyä eikä mieli enää kiellä tapahtunutta, vaan alkaa ymmärtää sen olevan menetyksineen ja muutoksineen totta. Käsittelyvaiheessa voi esiintyä vetäytymistä sosiaalisista suhteista, muisti ja keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä sekä tavanomaisen joustokyvyn häviämistä, mikä johtaa siihen, että suutumme helposti. (Jokinen 2004.) Kriisin käsittely alkaa valmistamaan kriisiä kokenutta suuntautumaan uudelleen tulevaisuutta kohti (Suomen mielenterveysseura 2014).

Uudelleen suuntautumisen aikana kriisi alkaa vähitellen muuttua osaksi kokemusta ja elämää omasta identiteetistä. Kriisin aiheuttanut tapahtuma ei unohdu koskaan, mutta sen kanssa voi elää. Elämänilo palaa pikkuhiljaa ja tapahtumasta tulee merkittävä osa omaa elämäntarinaa, mutta se ei hallitse täysin tunne- ja ajatusmaailmaa. (Suomen mielenterveysseura 2014.) Kriisin aiheuttaneesta tapahtumasta on tässä vaiheessa aikaa yleensä vuodesta kahteen (Traumaterapiakeskus 2013). Vaikean kriisin läpikäyneet kertovat löytäneensä itsestään sellaisia voimavaroja, joita he eivät uskoneet olevan olemassakaan (Suomen mielenterveysseura ry 2009. 3.A).

Oireiden tunnistaminen kriisin alkuvaiheessa olisi hyvin tärkeätä, jotta voidaan aloittaa sen hoitaminen. Näitä kriisin alkuvaiheessa esiintyviä oireita ovat vaikeus selviytyä arkiaskareista, ajatusten hajanaisuus, aikaisempien traumaattisten oireiden venyminen, keskittymisvaikeudet ja voimakkaat raivokohtaukset. (Ruokangas ym. 2009.) Kriisi kuormittaa mieltä ja seurauksena saattaa olla unettomuutta, ärtyneisyyttä, vatsakipua, ahdistuneisuutta ja muita ruumiillisia oireita. Kaikilla ihmisillä kuormituksen raja tulee kuitenkin jossain vaiheessa vastaan, jonka jälkeen alkaa tulla erilaisia sopeutumisoireita, kuten ahdistusta. (Suomen mielenterveysseura ry 2009. 2.A.)

Kriisin jälkeen jokin on peruuttamattomasti muuttunut. Uuden elämän aloittaminen on vaikea ja pitkä prosessi, joka vaatii usein paljon voimavaroja, läheisten tukea ja rohkeutta (Suomen mielenterveysseura 2009. 4A). Airaksisen ja Holopaisen (2012) tutkimuksen tarkoitus oli tutkia itsemurhan tehneiden läheisten (n = 6) kokemuksia selviytymisestä. Tutkimuksen mukaan on hyvää ilmaista surunsa, jolloin ihminen ikään kuin asettaa sen muiden kuultavaksi ja nähtäväksi esimerkiksi puhumalla ja itkemällä. Ilmaiseminen auttaa työstämään kriisiä ja on mahdollisesti ensiaskel kriisistä selviytymiseen. (Airaksinen & Holopainen 2012.)

Kriisiprosessissa toivon merkityksellä on keskeinen rooli. Kriisin ollessa syvimmillään, ihminen ei pysty näkemään toivoa missään. Silloin läheiset ihmiset, perhe, ystävät ja ammattiauttajat voivat edustaa toivon olemassaoloa ja luoda uskoa tulevaisuuteen (Suomen mielenterveysseura 2009. 4B). Pussilan

(2010) kirjallisuuskatsauksessa, jossa tavoitteena oli tuottaa tiivistetty kuvaus lapsettomuuden tuottamista kokemuksista ja kriisistä, osa haastatelluista oli kokenut vaikeaksi negatiivisen emotionaalisen avun ja osa läheisten asiattomat puheet tai kysymykset sekä epäkunnioittavat huomautukset tai neuvot. Airaksinen ja Holopainen (2012) selvittävät, että menetyksestä selviytyminen on usein yksilöllistä ja tämän takia kriisissä olevalta ihmiseltä ei tule vaatia tietyn kaavan tapaista käyttäytymistä. Ihminen tarvitsee selviytymisessä aina läheistä, mutta kuitenkin turvaverkoksi ei aina riitä lähipiiri vaan lisäksi saatetaan tarvita yhteiskunnan tarjoamia palveluita, kuten terapia- ja kriisipalveluita sekä vertaistukitoimintaa. (Airaksinen & Holopainen 2012.) Salmelan & Sokan (2013) tekemässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat (n = 5) olivat samaa mieltä siitä, että avunsaaminen oli työlästä, palveluiden piiriin pääseminen oli vaikeaa ja jopa mahdotonta. Tutkimuksessa naiset kertoivat, että heidän oli mahdotonta päästä hoitoon, jos ei pyrkinyt korostamaan omaa avuntarvetta. Esimerkiksi naiset kertoivat, että jos näytti ”liian hyvältä”, ei avuntarpeeseen uskottu ja sitä ymmärretty, vaan ennemminkin vähäteltiin. (Salmela & Sokka 2013.) Kriisityöstä puhuttaessa tarkoitetaan psykologista tukea, jossa pyritään edistämään järkyttävistä kokemuksista paranemista sekä estämään mahdollisia mielenterveysongelmia (Ruokangas ym. 2009).

Raskaasta tapahtumasta seuraa ahdistus ja suru, jotka ovat normaaleja asiaankuuluvia reaktioita. Tärkeintä on ymmärtää, että keinot kriisistä selviämiseen ovat yksilöllisiä. Suurin osa ihmisistä tarvitsee kuitenkin jossain vaiheessa muiden ihmisten tukea, kuten tapahtumasta puhumista. Puhumisella on erittäin keskeinen rooli toipumisen edistämässä (Suomen mielenterveysseura ry 2009. 5.A). Salmelan & Sokan (2013) tekemässä tutkimuksessa naiset pitivät auttajaa ammattitaitoisena vasta kun tämä kesti kuulemansa. Naiset pitivät tärkeänä auttajan ominaisuutena kykyä luoda luottamuksellinen suhde asiakkaan kanssa. (Salmela & Sokka 2013.) Olemalla läsnä ja kuuntelemalla kriisissä olevaa autetaan tapahtuman läpikäymistä. Kriisin sattuessa pienikin apu voi olla ratkaiseva varsinkin, jos kriisi sattuu hetkellä, jolloin ihmisen omat voimavarat ovat vähissä eikä apua ole lähellä. (Airaksinen & Holopainen 2012.)

3 MIELENTERVEYSPALVELUT

Mielenterveystyö parantaa väestön elinoloja ehkäisemällä mielenterveysongelmien syntyä, kehittämällä mielenterveystyötä ja tukemalla mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa mielenterveystyön valvonnasta, suunnittelusta ja ohjauksesta. Suomen perustuslain (L 731/1999 6 §, 19§) mukaan Suomen kansalaisilla on asuinpaikasta ja terveydentilasta riippumatta oikeus käyttää sosiaali- ja terveyspalveluja. Aluehallintovirastoa valvoo ja ohjaa sekä suunnittelee mielenterveystyötä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Kunnan on huolehdittava ammattiavun antamisesta asukkailleen. Jos henkilö kokee tarvitsevänsä apua mielenterveysongelmiinsa, on hänen haettava sitä työterveyslääkäriltä tai terveyskeskuslääkäriltä. (E-Mielenterveys 2014.) Mielenterveyspalvelut järjestetään ensimmäiseksi avopalveluina, jossa potilaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja suoriutumista tuetaan. Hoito aloitetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa ja tämän jälkeen vaativammissa asioissa mennään erikoissairaanhoidon avohoitoon. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.) Mielenterveyspalveluita tuottavat yksityiset palveluntuottajat, sairaanhoitopiirit sekä myös kolmannen sektorin toimijat eli erilaiset järjestöt. (E-Mielenterveys 2014.)

Pienemmillä paikkakunnilla on mahdollista hakeutua suoraan psykiatrisille poliklinikoille eli mielenterveystoimistoihin. Suuremmilla paikkakunnilla erikoissairaanhoidon palvelutarpeen päättää perusterveydenhuollon lääkäri, joka tarpeen mukaan pystyy tekemään lähetteen esimerkiksi psykiatriselle poliklinikalle. (E-mielenterveys 2014.) Hallan (2007) mukaan Suomessa on huolestuttavan vähän maahanmuuttajien mielenterveys- ja terveyspalveluja, kuten myös maahanmuuttajien psykiatriseen hoitoon perehtynyttä henkilökuntaa. Tämä tarkoittaa sitä, että vanhemmat, jotka kärsivät psyykkisistä häiriöistä, eivät pääse tai saa asianmukaista hoitoa, jolloin psyykkiset häiriöt voivat kroonistua ja aiheuttaa pitkäaikaista syrjintää, työkyvyttömyyttä ja sosiaalisia ongelmia sekä kärsimystä potilaan perheelle näin hoitamattomat traumat vaikuttavat seuraavienkin sukupolvien elämään. (Halla 2007.)

Vaikeiden ja pitkäkestoisten mielenterveysongelmien psykiatrinen hoito on yleensä niin kutsuttua avohoitoa, joka tarkoittaa sitä, että potilas ei yövy sairaalassa vaan käy useita kertoja viikossa tai kuukaudessa hoidossa. (E-Mielenterveys 2014.) Suositusten mukaan perusterveydenhuollossa hoidettavat henkilöt tarvitsevat yleensä sairauslomia keskivaikeassa masennustilassa, mutta lievästä masennuksesta kärsivät vain joskus (Jatkola & Rintala 2009). Jos psykiatrinen avohoito ei riitä, ohjataan asiakas psykiatriseen osastohoitoon hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Kunta tarjoaa asiakkailleen tarpeen mukaan erilaisia tukipalveluja, kuten kuntouttavaa päivätoimintaa ja tuettua asumista (E-Mielenterveys 2014.) Jatkolan ja Rintalan (2009) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että potilaiden (n = 54) ongelmat ovat nyt aikaisempaa vaikeampia ja apua tarvitsevat ovat hyvin sairaita, koska asiakkailla oli samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelma.

4 MAAHANMUUTTAJA-ASIAKKAAN OHJAUS

Kynkään (2006) mukaan mielenterveyspotilaat (n = 377) tuntevat ahdistusta ja pelkoa, jota helpottaa tietojen antaminen sairaudesta. Oikein kohdennettu tieto antaa potilaille mahdollisuuden ennakoida tulevia tilanteita. (Kyngäs ym. 2006.) Lunnelan (2011) tutkimuksen mukaan tutkittavat (n=249) kertoivat ohjauksen olevan hyvin tärkeä ja, että ohjaus annetaan heti sairauden alkuvaiheessa. Hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti, jonka takia yhä tärkeämmäksi on noussut kirjallisten ohjeiden käyttäminen ohjaustilanteissa. Hyvällä ohjauksella on katsottu olevan hyviä vaikutuksia potilaan hoitoon sitoutumiselle ja sairauteen sopeutumiselle. (Lunnelan 2011.) Prauda (2009) kertoo tavoitteena potilasohjaukselle olevan potilaan tiedonsaannin kehittäminen ja potilaan auttaminen oman terveytensä, siihen vaikuttavien ongelmien ja hoidon hallinnassa. (Prauda 2009.) Koskimiehen & Mutikaisen (2008) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat (n = 14) olivat tyytymättömiä terveydenhuollossa esiintyvään ajanpuutteeseen ja kiireiseen, kuten myös kieli- ja kommunikaatio ongelmiin.

Toisinaan kieliongelmat voivat vaikeuttaa ohjauksen ymmärtävyyttä, joka vaikuttaa potilaiden ja omaisten turvallisuuden tunteeseen siitä mitä tehdään ja miksi. Tieto on annettava ymmärrettävästi, rehellisesti ja avoimesti, tämä on otettava huomioon varsinkin potilaan ollessa vieraskielinen. Ohjauksen antamisessa on huomioitava myös kulttuuristen tekijöiden vaikutus ohjauksen ymmärrettävyydessä. (Kyngäs ym. 2006.) Praudan (2009) tekemässä tutkimuksessa tutkittavien mukaan henkilökunnan ohjaustaidot olivat hyvät, mutta hoitajien hallitsevan ainoastaan suullisen ohjauksen ja kirjallisten ohjeiden määrä koettiin vähäiseksi. (Prauda 2009.) Burchertin ja Vuorenon (2012) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin maahanmuuttajien (n = 95) kanssa työskennelleiden hyvinvointipalvelun ammattilaisten näkemyksiä suomalaisten ja ulkomaalaisten asiakkaiden eroavaisuuksista kuntoutuksessa. Tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien ohjaaminen kuntoutukseen on jäänyt tuloksettomaksi, koska heitä ei ole otettu vastaan kuntoutuksessa, vaan lähetetty takaisin perusteena huonon suomen kielen osaaminen.

Ohjauksen tarkoituksena on vastata potilaan tiedon tarpeisiin sekä potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Sillä pyritään myös vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta, korjaamaan ja välttämään väärinkäsityksiä ja lisäämään tietoa olemassa olevista palveluista. (Kyngäs ym. 2006.)

Praudan (2009) mukaan kirjallisen potilasohjeen tavoitteena on pyrkiä auttamaan potilaiden itsehoitovalmiuksia ja vähentämään yhteydenottoa tilanteissa, joissa terveydenhuoltohenkilöstön apua ei vielä tarvita. Lunnelan (2011) tutkimuksessa selvisi, että potilaat toivoivat sisällön olevan ajankohtaista, selkeää, asiallista ja konkreettista tietoa sairaudesta ja sen vakaavuudesta.

Potilasohjeen sisällöstä täytyy tulla ilmi, kenelle se on tarkoitettu ja mitä tarkoituksia se palvelee. Ohjeen tärkeimmät asiat ovat otsikot, jotka kertovat sen mistä ohjeesta on kysymys. (Smolander & Tapanila 2011.) Praudan (2009) mukaan hyvän otsikon tulisi kasvattaa lukijan mielenkiintoa tekstiä kohtaan. Väliotsikot auttavat lukijoita pysymään mukana tekstin loppuun asti, kuten myös kuvat, jotka herättävät parhaimmillaan mielenkiintoa sekä auttavat ymmärtämään tekstiä (Kyngäs ym. 2006).

Potilasohjeen ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä ja houkuttelee lukemaan sekä parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä. Värien käytössä on pyrittävä hillittyyn lopputulokseen, koska useilla väreillä on tunneperäisiä vaikutuksia ja ihmiset saattavat reagoida niihin eri tavalla. (Kyngäs ym. 2006.) Ohjeessa tulee olla yksinkertaiset tekstien asetelut ja jaottelut. Tärkeät asiat on myös mahdollista painottaa tai alleviivata toisilla korostuskeinolla. Myös kappalejako on avainasemassa kirjallisessa ohjeessa. (Smolander & Tapanila 2011.)

Oikeakielisyys tekee oppaasta helppolukuista ja konkreettista, jotta vastaanottaja pystyy ymmärtämään sen. Potilasohje on selkeä ja ymmärrettävä, kun potilas on sen ymmärtänyt. (Prauda 2009.)

5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävänä oli laatia opas maahanmuuttajille kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien tietoa mielenterveydestä ja sen hoitomahdollisuuksista.

6 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajien määrä kasvaa Suomessa kovaa vauhtia, mutta heidän terveydestä ja hyvinvoinnista on vain vähän tutkittua tietoa (Castaneda ym. 2012). Maahanmuuttajista tehdyt tutkimukset osoittivat kuitenkin, että Suomeen muuttaneet maahanmuuttajaväestöt kärsivät kantaväestöä enemmän mielenterveysongelmista vaikkakin hakeutuvat sairastavuutensa ja tarpeeseensa nähden hoitoon harvemmin (Gissler ym. 2006).

Projektin tehtävänä oli laatia opas maahanmuuttajille kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien tietoa mielenterveydestä ja sen hoitomahdollisuuksista. Aihe valittiin siksi, että opas olisi yksi mahdollinen apuväline auttamaan maahanmuuttajia tunnistamaan mielenterveyteen liittyviä asioita ja hakemaan apua niihin. Tämä opinnäytetyö on osa isompaa MIMO - hanketta ja toimeksiantosopimus sekä projektilupa on tehty MIMO - hankkeen projektipäällikkö Johanna Krappen kanssa.

Aiheeseen on perehdytty etsimällä tietoa Chinal ja Medic tietokannoista. Hakusanoina on käytetty ”maahanmuuttajan traumakokemus”, ”kriisi”, ”masennus”, ja ”hoitoon hakeutuminen”. Valitut tutkimukset ovat yliopistotasoisia ja ne on rajattu vuosille 2003- 2013. Tietokannoista kokotekstin perusteella on valittu yhdeksän suomenkielistä tutkimusta ja kolme englanninkielistä tutkimusta. Valituissa tutkimusraporteissa oli kattavasti tietoa mielenterveydestä, maahanmuuttajien sopeutumisesta vieraaseen maahan ja siihen vaikuttavista asioista.

Oppaan kohderyhmänä ovat maahanmuuttajat, jotka ovat suuremman osan elämästään viettäneet kotimaassaan ja ovat nyt vieraassa maassa. Oppaan suunnittelussa ja toteutuksessa oppaan sisältö, koko, tekstityyli, ulkoasu, kuvat, värit ja paperin laatu ovat tärkeitä oppaan luettavuuden kannalta (Prauda 2009).

Prauda (2009) kertoo oikeakielisyyden auttavan tekstin ymmärtämistä. Tämän takia se voi vaikuttaa potilaan tai omaisen turvallisuuden tunteeseen sekä siihen, mitä teksti tarkoitti ja miksi. Oppaan sisältö käsittelee mielenterveyteen liittyviä tekijöitä, kuten masennus, kriisit ja hoitoon hakeutuminen. Oppaan selkeys ja helpolukuisuus auttavat myös suomen kieltä heikosti osaavia mielenterveyden tunnistamisessa ja hoitoon hakeutumisessa. Oppaan sisältö perustuu opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen. Castanedan ym (2012) tekemään tutkimukseen mukaan joka toisella kurditaustaisella ja joka neljällä venäläis- ja kurditaustaisella miehellä on masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Tutkimuksessa selvisi myös se, että maahanmuuttajien kokemia traumaattisia kokemuksia oli kokenut entisessä kotimaassaan 80 % kurditaustaisista, somaliataustaisista 60 % ja venäläistaustaisista hieman yli 20 %. (Castaneda ym. 2012.) Tämän takia oppaassa on pyritty kertomaan masennuksesta ja kriisistä mahdollisimman lyhyesti ja selkeästi kuten, myös hoitomahdollisuuksista sekä vapaaehtoisjärjestöistä eli kolmannen sektorin avuista. Kynkään (2006) mukaan oikein kohdennettu tieto sairaudesta helpottaa potilaan oloa sekä antaa mahdollisuuden ennakoida tulevia tilanteita. Oppaassa onkin kerrottu mielenterveydestä hyvin kattavasti ja selkeästi, jotta maahanmuuttajat voivat ennakoida mahdollisia mielenterveysongelmiaan. Oppaassa on myös tietoa hoitomahdollisuuksista sekä turun alueen vapaaehtoisjärjestöistä, jota täydentävät vapaaehtoisjärjestöjen puhelin- ja osoite tiedot.

Praudan (2009) mukaan otsikon tulee olla lyhyt ja informaatiota antava sekä sen tarkoituksena olisi herättää lukijan mielenkiintoa tekstiä kohtaan. Oppaan otsikot ovat selkeät ja ne johdattavat lukijaa sisällön aiheisiin. Otsikot ovat kirjallisuuskatsauksesta valitut isot aihekokonaisuudet, joita olivat kriisi, masennus ja hoitomahdollisuudet. Oikeakielisuus eli tässä tapauksessa tekstin ymmärrettävyys on hyvin olennainen, koska oppaan lukijat osaavat suomen kieltä vaihtelevasti, toiset hyvin ja toiset heikommin. Myös otsikot ovat tärkeitä vaikkakin niitä ei ole paljon, mutta ne kertovat sen mistä oppaasta on kysymys.

Smolanderin ja Tapanilan (2011) mukaan tekstin asettelu ja jaottelu tulee olla yksinkertaista. Ne antavat oman arvonsa tekstiin ja sen ulkoasuun. Oppaan koko on A3:nen, koska se sopii parhaiten oppaan otsikoihin ja sen esittävyys. Opas on taitettu haitarin muotoiseksi, joka mahdollistaa kullekin otsikolle oman sivun ja helpottaa sen lukemista. Taitattu opas on puoleensa vetävä siinäkin mielessä, että se herättää mielenkiintoa ja on miellyttävä lukea. Koska opas on haitarin muotoinen, sen jokainen sivu on näkyvästi esillä ja herättää parhaimmillaan lisää mielenkiintoa opasta kohtaan.

Prauda (2009) kertoo, ettei ohjeen tulisi olla täynnä tekstiä vaan tyhjä tila paperilla parantaa ohjeen luettavuutta. (Prauda 2009.) Tekstityyppi on Arial ja fontin koko on yhdeksän, koska se helpottaa tekstin luettavuutta ja asettelua. Tekstin koko antoi mahdollisuuden lisätä kuvia ja se sai oppaan ulkoasu näyttämään mielenkiintoisemmalta kun, tekstien ja kuvien välit olivat väljäät. Oppaan ulkoasu on tärkeä, koska se herättelee lukijan mielenkiintoa sisältöä kohtaan ja mahdollistaa sen lukemisen.

Prauda (2009) kertoo kuvien lisäävän mielenkiintoa tekstiä kohtaan ja auttaa ymmärtämään sekä tukevat ja täydentävät tekstiä. (Prauda 2009.) Kuvat asetettiin tekstien väliin havainnollistamaan käsiteltäviä aiheita. Kuvat ovat itseäni ottamia ja niiden tavoitteena on kertoa aiheesta ja sen sisällöstä. Kuvat havainnollistavat täydellisesti lukijoita ja herättävät maahanmuuttajissa omia henkilökohtaisia muistoja sekä mielenkiintoa opasta kohtaan. Kuvat ovat valittu maahanmuuttajia läheisesti vaikuttavista aiheista, kuten masennus, kriisi sekä avunsaaminen läheisiltä.

Kynkään ym. (2006) mukaan värien käytössä on pyrittävä löytämään tasapainoinen lopputulos, koska ne voivat vaikuttaa lukijoihin jopa tunnetasolla. Oppaaseen valitut värit ovat hillittyjä ja jopa hiukan surullisia, koska tekstin sisältö käsittelee masennusta ja kriisiä, mutta kuitenkin toivon ylläpitämiseksi on valittu iloisia värejä ja kuvia.

Koska opas on tehty maahanmuuttajille, on opas esitettävä kahdella keski-ikäisellä ja kahdella nuorella maahanmuuttajalla, jotka olivat itsekin niiden maahanmuuttajien joukossa, jotka ovat kokeneet maahanmuuton aiheuttamia ongelmia ja käyneet läpi erilaisia kriisejä. Molemmat antoivat positiivista palautetta kuvista, jotka heidän mukaansa auttoivat tekstin ymmärtämistä ja johdattivat heitä eteenpäin. Toisaalta he olivat sitä mieltä, että kuvia oli liian vähän. Palautteen perusteella oppaaseen lisättiin yksi kuva lisää, joka takasi sen, että jokaisella aiheella ja otsikolla oli nyt oma kuvaansa sisältöön liittyen. Esitestaajat pitivät yhden kuvan lisäämisen riittävänä ja sanoivat sen vaikuttavan positiivisesti oppaan ulkoasuun ja johdattavan nyt paremmin aiheeseen. Yhdellä keski-ikäisestä lukijasta tekstin sisältö oli hieman hankala, joka johtui siitä, että hänellä ei ollut oman äidinkielen luku- ja kirjoitustaitoa. Oppaan sisältö on tämän takia pyritty helpottamaan entisestään ja pitkät sekä vaikeat lauseet lyhennetty helpolukuisiksi useita kertoja. Kuvien tavoitteena on ollut helpottaa tekstien ymmärtävyyttä. Kuvat on pyritty asettamaan oppaassa niin, että ne liittyisivät tekstien sisältöön. Oppaan ulkoasu, haitarin muoto ja tekstin koko olivat heidän mielestä hyviä, koska ne helpottivat kappalejakoja ja tekstin rytmittämistä. Tekstin sisältö oli heidän mielestä hyvä, koska ne koskettivat heitä ja heidän kokemia asioita elämänsä aikana. Hoitoon hakeutumisen prosessi esitestaajien mielestä hyvin selkeästi ja tarkasti selitetty oppaassa. Esitestaajat kertoivat oppaassa olevan hyvin selkeät ohjeet hoitoon hakeutumiseen sekä selkeiden ja monipuolisten puhelinnumeroiden laskevan kynnystä ottaa yhteyttä kriisin ja masennuksen aikana.

Opas (Liite 1) on omakustanteinen ja se on saatavilla turussa paikoissa, jossa käy maahanmuuttajia, kuten moskeijoissa ja terveyskeskuksissa. Opas tulee tavoittamaan ison joukon maahanmuuttajia, koska tekijä on itse hyvin paljon mukana maahanmuuttajien erilaisissa tapahtumissa.

Oppaassa olevat linkit ja osoitteet tullaan tarkistamaan tietyin aikaväleillä sekä päivittämään niitä tarvittaessa. Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2014. Työ

raportoitiin ja esitettiin Turun ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteessä ja se arkistoiitiin Turun ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteen kirjastoon.

7 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Entistä enemmän julkisuudessa on kiinnitetty huomiota tutkimuseettisiin kysymyksiin, mikä johtuu siitä, että tiedeyhteisö on itse huomannut väärinkäytöksiä (Hyvönen 2010). Tutkimuksessa tulee näin huomioida tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita, joita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen eli osallistumisen on oltava vapaaehtoista. Tietosuojan on yksityisyyden ja tietosuojan kannalta tärkeä tutkimusaineiston käsittely, keruu ja tulosten julkaisemisen osa-alue. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tähän työhön valituissa tutkimuksissa maahanmuuttajat olivat kaikki tietoisia tutkimusten aiheista ja luotettavuudesta. Osallistujat ovat olleet aikuisia, joten heillä oli itsemääräämisoikeus ja heille on kerrottu osallistumisen vapaaehtoisuudesta tutkimuksessa. Tutkimukset ovat lähtökohdaltaan tavoitelleet tutkittavien etuja ja tulosten ansiosta antamaan tutkijoille ja tutkittaville lisää tietoa maahanmuuttajien mielenterveydestä ja sen hoidoista. Oppaassa on pyritty siihen, että sisältö ei loukkaisi tai leimaisi maahanmuuttajia, eikä heidän kansalaisiaan vaan antaisi tietoa masennuksesta ja kriisistä. Oppaan kirjallisuuskatsauksessa mainitut tutkimustulokset eri maalaisten maahanmuuttajien välisistä mielenterveysongelmista on esitetty teksteissä loukkaamatta tai leimaamatta kenenkään syntyperää, uskontoa tai kulttuuria. Koska oppaassa ei käsitellä yksittäisten henkilöiden ongelmia, ei eettisesti tarkistettuna ole mainittavaa ongelmaa.

Tietoa voidaan saada nykypäivänä runsaasti internetistä, mutta kriittinen suhtautuminen tietoihin ja sen luotettavuuteen tulee huomioida hyvin varautuneesti (Kuparinen 2002). Aineistoa on kerätty maahanmuuttajia koskevissa tutkimuksissa ja erityisesti niistä, joissa tutkitaan maahanmuuttajien mielenterveyttä, masennusta tai kriisiä. Tutkimuksissa maahanmuuttajat olivat muuttaneet Suomeen toisesta maasta, joka oli yksi kriteereistä tutkimuksien valitsemisessa. Maahanmuuttajat olivat maista, joissa he olivat kokeneet jotain masennusta ja kriisiä aiheuttavaa vastoinkäymistä. Oppaassa on kerrottu

selkeästi turvallisen läheisen lisäksi ammattiavun tärkeydestä, kuten kriisi- ja terapiapalveluista ja vertaistukitoiminnasta.

Lähdekritiikki voidaan sanoa olevan se punainen lanka luotettavuuden arviointiin, sillä asianmukainen lähteisiin viittaaminen on merkki tutkimuksen laadusta ja tieteellisyydestä sekä siitä, että tutkija on perehtynyt aiheeseensa ja on kiinnostunut alansa toisia tutkijoita kohtaan. (Pökkylä & Turunen 2007.) Luotettavuutta on voinut heikentää englantikielisten artikkelien poisjättäminen, mutta toisaalta suomessakin on lähiaikoina tehty hyvin paljon uusia tutkimuksia koskien maahanmuuttajien mielenterveyttä. Ajatuksena olikin monipuolinen tutkimusartikkelien kirjo, jotta pystytään luotettavasti kuvailemaan saatuja tutkimustuloksia ja maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvää ongelmatiikkaa. Kuparisen (2002) mukaan tietojen ja tekstien käyttäjillä on nykyään suuri vastuu saadun ja löydetyn tekstin kriittisessä laadun arvioinnissa ja ymmärtämisessä, koska tietoja ja tekstejä on hyvin runsaasti saatavilla esimerkiksi tutkimuslaitosten, korkeakoulujen, terveydenhuollon ammattilaisten, organisaatioiden, potilasyhdistysten ja yksityishenkilöiden sekä kaupallisten yritysten tarjoamana. (Kuparinen 2002.) Hyvösen (2010) mukaan suomalaiset pitävät tärkeänä tiedettä ja luottavat tieteelliseen tutkimukseen enemmän kuin muissa Euroopan maissa. (Hyvönen 2010.)

Oppaan luotettavuutta lisää se, että se on annettu luettavaksi neljälle maahanmuuttaja henkilölle, joista yksi työskentelee mielenterveyspotilaiden kanssa ja on tietoinen suomalaisten ja maahanmuuttajien mielenterveysongelmista. Esitestaajat olivat tyytyväisiä asioiden monipuolisen tarkasteluun sekä selkeisiin ja helppolukuisiin teksteihin.

8 POHDINTA

Projektin tehtävänä oli laatia opas maahanmuuttajille kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien tietoa mielenterveydestä ja sen hoitomahdollisuuksista. Opas on suunnattu kaikille maahanmuuttajille, jotka ovat kiinnostuneet mielenterveydestään ja sen hoidoista. Maahanmuuttajien mielenterveydestä on Suomessa runsaasti ja monipuolisesti tutkittua tietoa, mutta sen esiintuominen ja kertominen maahanmuuttajille lyhyesti ja ymmärrettävästi on haastavaa. Opas tulee olemaan hyvä apuväline myös niille maahanmuuttajille, joilla ei ole ollut aikaisempaa tietoa mielenterveydestä sekä hoitoon hakeutumisesta.

Masennuksesta voidaan puhua kansansairautena, sillä se on hyvin yleinen sairaus. Arviolta noin 5 % eli noin 200 000 suomalaista sairastaa masennusta tänä päivänä riippuen laskutavasta. (Mielenterveyden keskusliitto 2014.) Tämän takia onkin tärkeää, että maahanmuuttajille tarkoitetut ja suunnatut työt ovat helppolukuista tietoa mielenterveydestä, joka on tutkimusten mukaan hyvin tärkeä. Burchertin ja Vuorenon (2012) tutkimuksessa selvisi se, että hyvinvointipalvelun ammattilaisten mukaan maahanmuuttajien ohjaaminen kuntoutukseen oli jäänyt tuloksettomaksi, koska heitä ei oltu otettu vastaan kuntoutukseen huonon suomenkielen takia. (Buchert & Vuorento 2012.)

Oppaassa on korostettu yksinkertaisuutta, jossa asiat on kerrottu selvällä ja selkeällä suomen kielellä. Oppaassa on tekstien lisäksi kuvia, joiden tehtävänä on kertoa tekstien sisällöstä ja näin helpottaa ymmärtämistä.

Gisslerin ym. (2006) mukaan maahanmuuttajien hyvinvoinnista, terveydestä ja kotoutumisessa suomalaiseen yhteiskuntaan on niukasti tutkimustietoa. Tiedon hakemisen ja keruun haastavaksi tekee se, että maahanmuuttajien osallistuminen väestötutkimuksiin on niukkaa, eivätkä väestöön suunnatut tutkimukset tavoita heitä muun muassa kulttuuristen syiden ja kielivaikeuksien takia. (Castaneda ym. 2012.) Oppaan tarkoituksena on lisätä maahanmuuttajien tietoa masennuksesta ja kriisistä ja herättää keskustelua maahanmuuttajien keskuudessa. Tiedon saaminen antaa mahdollisuuden hakea apua

suomalaisesta palvelujärjestelmästä, kuten julkisesta, yksityisestä sekä kolmannesta sektorista. Tiedon saaminen masennuksen ja kriisin maailmanlaajuisesta ongelmasta helpottaa arasta asiasta puhumista, kun oppas sisältää nyt enemmän tutkittua tietoa siitä, kuinka suuri määrä maahanmuuttajistakin sairastaa jotakin mielenterveysongelmaa tälläkin hetkellä.

Mielenterveyspotilaat eivät ole selkeästi tunnistettavissa ja kuilu terveyttä edistävän, sairautta ehkäisevän ja terveyttä ylläpitävän toiminnan sekä hoidon välillä on mielenterveystyössä tilanteesta riippuva. Mielenterveystyössä hoito on prosessinomaista ja tapahtuu jatkumona, mutta valitettavasti tämä prosessi katkeaa palveluiden moninaisuuden vuoksi. (Halila ym. 2009.) Salmelan & Sokan (2013) mukaan avunsaaminen on työlästä, palveluiden piiriin pääseminen vaikeaa ja jopa mahdotonta. Tämän takia palveluiden hajanaisuus tulisikin yksinkertaistaa ja helpottaa, jotta hoitoon pääseminen ja toipuminen olisivat nopeampaa. Maahanmuuttajien hoitoon hakeutumisen helpottamiseksi nyt tehdyn oppaan loppuun on koottu tietoa julkisista ja kolmannen sektorin palveluista, joihin voi ottaa yhteyttä aina, kun kokee tarvitsevänsä apua mielenterveysongelmien hoitamisessa tai tarvitsee luottamuksellista kriisiapua.

Mielenterveysongelmia on hankalaa ymmärtää, koska niitä ei voi koskettaa, kuten fyysistä sairautta. Ihmisen luonne muuttuu hetkellisesti, jota muiden on vaikeaa ymmärtää. Romakkaniemen (2011) mukaan masennukseen sairastuminen osoittautui prosessiksi, jonka aikana suhde itseen, läheisiin ja ympäristöön muuttui. Hoitotilanne edellytti vuorovaikutussuhteen, jossa mielenterveysongelmaa sairastavat kokivat tulleen hyväksytyksi, ymmärretyiksi ja kuuluiksi. (Romakkaniemi 2011.)

Oppaasta tulee maahanmuuttajille sopiva pieni tietopaketti. Tekstin sisältö ja kuvat koskettavat maahanmuuttajien nykypäivää vieraassa maassa. Oppaan tarkoitus on herättää lukijoissa toisenlaista ajattelutapaa käsitellä masennusta ja kriisiä sekä lisätä tietoa mielenterveydestä ja helpottaa tarvittaessa hoitoon hakeutumista. Kun opas tuo esille keskustelua maahanmuuttajien keskuudessa ja helpottaa heitä puhumaan mielenterveysongelmistaan toisille sekä

tarvittaessa hakemaan siihen apua, oppaan tavoite on tällöin saavutettu. Oppaan on tarkoitus herättää lisää keskustelua mielenterveyongelmista maahanmuuttajien keskuudessa ja tuoda esille toisille vanhaa ja toisille täysin uutta tietoa masennuksesta ja kriisistä.

Projektin ja oppaan tekeminen vaati hyvin paljon aikaa ja tutkimustietoon perehtymistä, joka oli välillä hankalaa, koska masennuksesta ja kriisistä oli runsaasti tutkittua tietoa ja tekstiä, mutta hyvien lähteiden erottaminen huonoista oli työlästä. Maahanmuuttajista on hiljattain ilmestynyt paljon lisää tutkimustietoa, esimerkiksi Castanedan ym. (2012) tekemä tutkimus, joka oli tähänastisista maahanmuuttajien tutkimuksista se laajin ja kattavin. Maahanmuuttajien mielenterveydestä on nyt paljon uutta tutkittua tietoa. Miten saamme tiedon maahanmuuttajille ymmärrettävällä ja selkeällä tavalla. Seuraavan projektin tavoitteena olisikin tehdä opas maahanmuuttajille heidän omalla kielellään, mikä on todella tärkeää heikosti suomen kieltä osaaville.

LÄHTEET

Aalto, M.; Bäckmand, H.; Haravuori, H.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M.; Melartin, T.; Partanen, A.; Partonen, T.; Seppä, K.; Suomalainen, L.; Suokas, J.; Suvisaari, J.; Vertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Viitattu 15.5.2014 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>.

Aho, T.; Isometsä, E.; Mattila, M.; Jousilahti, P. & Tala, T. 2009. Masennus. Viitattu 15.5.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00044>.

Airaksinen, T & Holopainen, J. 2012. Mistä voimaa selviytymiseen, kun läheinen ei jaksanut enää elää. Viitattu 15.4.2014 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39566/opinnaytettyo.pdf?sequence=1>.

Burchert, U & Vuorento, M. 2010. Suomalaisten hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisusta. Viitattu 18.4.2014 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37373/Selosteita81.pdf?sequence=1>.

Castaneda, A. E.; Rask, S.; Koponen, P.; Mölsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis- somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Viitattu 7.5.2013. http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFoQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.julkari.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F90907%2FTHL_RAP2012_061_verkko.pdf%3Fsequence%3D1&ei=OxOJUbnKLOTb4QTZuIDQBw&usq=AFQjCNGfLE8HGsnqgh1rS-aAw4yd5sZ5A.

E-Mielenterveys 2014. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 16.4.2014 <https://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>.

Gissler, M.; Malin, M. & Matveinen, P. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Stakes (sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus). Viitattu 8.6.2013. http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F230620647_Gissler_Mika_Malin_Maili_Matveinen_P._%282006%29_Maahanmuuttajat_ja_julkiset_palvelut_terveydenhuollon_palvelut_ja_sosiaalihuollon_laitospalvelut%2Ffile%2Fd912f50221d95048be.pdf&ei=3fdSU4-eNaPV4ASitYGoDA&usq=AFQjCNG_wNrLbZQ8F1xYDtN6Pvkqb00Sg&bvm=bv.65058239,d.bGE.

Halla, T. 2007. Psykkisesti sairastunut maahanmuuttaja. Viitattu 15.4.2014 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96297.pdf>.

Herse, F.; Tamminen, N.; Rinta, S.; Bengtström, M. & Reissell, E. 2011. Lääkärilehti: Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Viitattu 15.5.2014 <http://www.fimnet.fi/ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035604>.

Hyvönen, P. 2010. Laadullinen tutkimus. Viitattu 18.4.2014 <http://edutool.wikispaces.com/file/view/Luotettavuus+ja+eettisyys.pdf>.

Halila, R.; Lahti, P.; Lehto, M.; Putkonen, H.; Vuorela, H. & Pihlainen, A. 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Mielenterveysetiikka: Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Viitattu 18.4.2014 http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf.

Jatkola, V. & Rintala, T. 2009. mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Viitattu 29.5.2014 http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf.

- Jokinen, J. 2004. Kriisityön kehittäminen huostaanotossa, kartoitusta ja kehitystarpeita. Viitattu 15.5.2014 <http://www.sosiaaliportti.fi/File/74efa068-e5b4-48c79286e7e3df7d5dd3/Kriisity%C3%B6%20huostaanotossa.pdf>.
- Kulonen, S 2009. Lääkärelehti: Masennus maailman suurin terveysuhka. Viitattu 15.5.2014 http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=7688/type=1.
- Korhonen, S. 2013. Maahanmuuttajien kokemuksia heidän psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Viitattu 14.11.2014 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/54239/Suvi_Korhonen.pdf?sequence=1.
- Korkeila, J. 2009. Masennuksen lääkehoidon teho. Viitattu 15.5.2014 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031449>.
- Kaila, E.; Väisänen, A.; Leino, T.; Laamanen, A.; Vihtonen, T.; Hyvärinen, H-K & Varjonen, J. 2012. Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Viitattu 15.4.2014 <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/documents/tomahok.pdf>.
- Koskimies, K & Mutikainen, H-K. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Viitattu 18.5.2014 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1>.
- Kuparinen, M. 2002. Opintoluotsi: Tiedonhaku internetistä. Viitattu 10.5.2014 http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/artikkelit/tiedonhaku_internetista/.
- Lönnqvist, J. 2010. Duodecim: Mitä hoitoa vakavasti masentuneelle. Viitattu 15.5.2014 http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=2C6B9810E95BC9B99E0244AD9AD39C78?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99016.
- Luukkonen, J. 2009. Maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidoista. Viitattu 15.4.2014 http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6214/Luukkonen_Jussi.pdf?sequence=1.
- Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Viitattu 10.5.2014 <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>.
- Lipponen, K.; Kyngäs, H & Kääriäinen, M 2006. Potilasohjauksen haasteet. Viitattu 10.5.2014 https://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
- Mattila, A.; Paasikoski, P.; Iivonen, J.; Saarelainen, M.; Tamminen, T.; Kivistö, K.; Tikka, E.; Uusisilta, K.; Haapa-aho, O. & Kekäle, P. 2007. Valtioneuvoston kanslia: Valtiohallinnon viestintä kriisitilanteissa ja poikkeusoloissa. Viitattu 18.5.2014 <http://vnk.fi/julkaisukansio/2007/j11-viestinta-kriisitilanteissa-ja-poikkeusoloissa/pdf/fi.pdf>.
- Mielenterveyden keskusliitto 2014. Taustatietoa masennuksesta. Viitattu 26.10.2014 <http://www.masennussattuu.fi/tietoa-masennuksesta/taustatietoa-masennuksesta>
- Pussila, M. 2010. Lapsettomuus kokemuksena. Viitattu 15.4.2014 <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23649/Mirva%20Pussila%2029.11.10%20opari.pdf?sequence=1>.
- Pökkylä, L & Turunen, E. 2007. Opiskelukokemuksia verkko-oppimisessa. Viitattu 10.5.2014 http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2007/861bcd_Oulu_Pokkyla_Turunen_2007.pdf.
- Phychiatri Research Unit. Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko. Viitattu 10.4.2014 http://www.cure4you.dk/354/WHO-5_Finnish.pdf.

- Prauda, H. 2009. Kirjallisten potilasohjeiden laatiminen vastaanotto toimintaan. Viitattu 18.5.2014 http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2009/2d6fe7_Lahti_Prauda_2009.pdf.
- Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Viitattu 7.5.2013. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67804>.
- Psykoterapiakeskus 2013. Masennuksen hoito. Viitattu 15.5.2014 <https://www.vastaamo.fi/masennus/#tietoa>.
- Raitasalo, R.; Toikka, T.; Saarijärvi, S. & Salminen, J. K. 2010. Masennus ja työssäkäynti: Viiden vuoden seurantatutkimus. Lääkärilehti 6/2010, 481. Viitattu 7.5.2013. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL62010-481.pdf>.
- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Viitattu 7.5.2013. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1.
- Rooth, N & Uusitalo, L-K. 2010. Miten tukea kriisissä olevaa lasta ja perhettä päivähoidossa. Viitattu 15.5.2014 http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22233/Roth_Noora_Uusitalo_Laura-Kaisa.pdf?sequence=1.
- Ruokangas, J.; Rytteri, N.; Seppänen, T. 2009. Verkkomateriaalia Kainuun kriisityöstä. Viitattu 15.4.2014 http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5311/Ruokangas_Ryttari_Seppanen.pdf?sequence=1.
- Salmela, V & Sokka, T-M. 2013. Aikuisiällä raiskattujen naisten palvelukokemuksia raiskauksen jälkeen. Viitattu 15.4.2014 http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65030/Salmela_Venla_Sokka_Tia-Maria.pdf?sequence=1.
- Smolander, M & Tapanila, L. 2011. Kirjallisten potilasohjeiden merkitys päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa. Viitattu 10.5.2014 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28934/Kirjallistenpotilasohjeiden.pdf?sequence=1>.
- Suomen mielenterveysseura ry 2009. Tietoa kehitys- ja elämänkriiseistä. Viitattu 18.5.2014 https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=640.
- Suomen mielenterveysseura ry 2009. Tietoa kriiseistä. Viitattu 14.11.2014 https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=612.
- Suomen mielenterveysseura ry 2009. Miten tukea kriisissä olevaa läheistä. Viitattu 20.4.2014 https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=633.
- Suomen mielenterveysseura 2009. Tietoa kriisistä selviytymisestä. Viitattu 14.11.2014 https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=630.
- Suomen mielenterveysseura ry 2009. tietoa traumaattisen kriisin vaiheista. Viitattu 26.11.2014 https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=621.
- Suomen mielenterveysseura 2014. Traumaattisen kriisin vaiheet. Viitattu 18.5.2014 <http://www.e-mielenterveys.fi/kriisit/traumaattiset-kriisit/traumaattisen-kriisin-vaiheet/>.

- Suomen mielenterveysseura 2010. Kyllä me yhdessä selvittää: Voimaanuttavaa vertaistukea kriisitilanteissa. Viitattu 20.4.2014
http://www.mielenterveysseura.fi/files/655/Kylla_me_yhdessa_selvitaan.pdf.
- Spoov, J & Syvälahti, E. 2003. Masennuslääkkeet: Käyttöohjeet ja hoidon periaatteet. Viitattu 15.4.2014
http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/17156_KAPSELI32masennus.pdf.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos(THL) 2014. Mielenterveys. Viitattu 15.5.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Viitattu 10.5.2014
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>.
- Traumaterapiakeskus 2013. Psykkinen trauma. Viitattu 18.5.2014
<http://www.traumaterapiakeskus.com/18>.
- FINLEX 2014. Mielenterveyslaki. 9.5.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Valkonen, J 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Viitattu 15.5.2014
http://kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia_masennus_ja_sisainen_tarina.pdf.
- Valkamaa, J & Kursi, M 2005. Terveystenhoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta avosairaanhoidon vastaanotolla. Viitattu 15.5.2014
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/6caeeae_OT.pdf.
- Valkonen, J. 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Viitattu 15.4.2014
http://kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia_masennus_ja_sisainen_tarina.pdf.
- Vuokko, P. 2010. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön käsityksiä mielenterveyspalveluista Espoossa. Viitattu 15.4.2014
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23069/Maahanmuuttajien%20ja%20hoitohenkiloston%20käsityksiä%20mielenterveyspalveluista%20Espoossa.pdf?sequence=1>.
- Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Viitattu 16.4.2014
http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_nettil.pdf.
- Ylöjärven kaupunki, varhaiskasvatus 2010. Surun ja kriisin kohtaaminen varhaiskasvatuksessa. Viitattu 15.4.2014 http://www.ylojarvi.fi/site/assets/files/5789/krisu-paketti_valmis.pdf.

OPAS MAAHANMUUTTAJILLE

- kriisin ja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta

KRIISI

Kriisi voidaan määritellä käänntekeväksi muutokseksi, ratkaisuvaiheeksi tai murrokseksi jonkin asian kehityksessä. Normaalioloissa vastaan tulevat kriisit pystytään hoitamaan ja selvittämään olemassa olevilla voimavaroilla.

Traumaattisessa kriisissä ei ole nähtävissä alkua tai loppua ja ne syntyvät varoittamatta ja yllättäen. Kriisi voi olla positiivinenkin elämänmuutos, kuten esimerkiksi lapsen saaminen tai lapsuudenkodista pois muuttaminen, joita kutsutaan kehitys- ja elämänkriiseiksi.

Kriisien läpikäymisen

tapahtuu usein neljässä eri vaiheessa, joita ovat shokki-, reaktio- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe.

Shokkivaiheessa mieli suojaa meitä kokemuksilta ja tiedoilta, joita se ei pysty ottamaan vastaan. Vaihe alkaa heti kriisi tilanteen jälkeen ja voi kestää muutaman vuorokauden.

Reaktiovaihe kestää viikosta muutamaan kuukauteen. Oireena voi esiintyä esimerkiksi, menetetyn ihmisen äänen kuuluminen sekä hikoilua, vapinaa, sydämen tykyttelyä ja pyöräytystä.

Käsittelyvaihe eli korjaamisen ja läpityöskentelyn vaihe kestää kuukaudesta noin vuoteen. Käsittelyvaiheessa voi esiintyä eristäytymistä, keskittymis- ja muistivaikeuksia sekä ärtyisyyttä.

Uudelleen suuntautumisen aikana kriisi muuttuu osaksi elämää ja tapahtumasta tulee merkittävä

osa elämäntarinaa. Kriisin aiheuttaneesta tapahtumasta on tässä vaiheessa aikaa yleensä yksi – kaksi vuotta..

Oireiden tunnistaminen on hyvin tärkeää, jotta sen hoitaminen voidaan aloittaa. Vaikeiden kriisien jälkeen uuden elämän aloittamisessa läheiset, perhe, ystävät ja ammattiauttajat ovat tärkeitä selviytymisessä.

Itkeminen ja puhuminen auttavat kriisistä selviytymisessä. Lisäksi saatetaan tarvita yhteiskunnan tarjoamia palveluita, kuten kriisi- ja terapiapalveluita sekä vertaistukitoimintaa.

MASENNUS

Suomalaisista 20 % sairastuu masennukseen elämänsä aikana. Noin puolella se uusiutuu ja joillakin se jää pysyväksi (krooninen). Naisilla masennus on noin kaksi kertaa (18 - 34 %) yleisempää kuin miehillä (10 - 19 %).

Mielenterveyden häiriössä oireet aiheuttavat psyykkistä vajakuntoisuutta, kärsimystä, rajoittavat työkykyä- ja toimintaa tai osallistumis- ja selviytymismahdollisuutta.

Oireita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen- ja mielihyvän menettäminen, poikkeuksellinen väsymys tai vähentyneet voimavarat, liiallinen nukkuminen tai unettomuus, ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen.

Toistuvat itsemurhan tai kuoleman liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen. Lisäksi ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet, kuten sydämen tykytys, vapina, hikoilu, hengenahdistus ja pitkittynyt kipuilu.

Depressio eli masennus on lääkärin diagnosoima. Diagnoosissa pitää olla kaksi masennuksen oiretta, joka on kestänyt vähintään kahden viikon.

Masennuksen ennaltaehkäisy alkaa jo lapsuudesta, jossa pitäisi olla mahdollisuus läheiseen aikuiseen. Masennusta voi ehkäistä hyvillä ihmissuh-teilla sekä myös pitämällä huolta hyvinvoinnista levolla, liikunnalla ja vähentämällä jatkuvaa stressiä. Lievää masennusta voi itse hoitaa, mutta keskivaikeaa ja vaikeaa masennustilaa sairastavan tulisi mennä ammattiavun luokse. Lääkitys ja terapian valinta tehdään kaikille yksilöllisesti, jonka tavoitteena on poistaa oireet sekä estää niiden palaaminen.



HOITOMAHDOLLISUUDET

Mielenterveyspalvelut järjestetään ensimäiseksi avopalveluina niin, että jokainen menee itse hoitoon. Hoito alkaa perusterveydenhuollossa ja tämän jälkeen vaikeassa tilanteissa erikoissairaanhoidon avohoitoon.

Julkisessa terveydenhuollossa kuntien perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido tarjoavat kaikille terveyspalvelua varallisuudesta riippumatta. Perusterveydenhuollon lääkäri päättää hoidon tarpeesta psykiatrian erikoissairaanhoidoon.

Vapaehtoisjärjestöt eli kolmas sektori antaa apua sitä tarvitseville

Turun kriisikeskus tarjoaa sinulle keskusteluapua kriisitilanteissa.

Yliopistonkatu 12 A (6.krs) 20100 Turku
puh: 02 233 3442 Ajanvaraus ma- pe kello:9- 16
www.turunkriisikeskus.fi

Turun seudun mielenterveyspalveluyhdistys Tsemppi tarjoaa monipuolista palvelua kaikille sitä tarvitseville.

vanha hämeentie 29 (T-Talo), 20540 Turku
puh: 020 718 8390 Avoimna ma- pe kello: 8.30- 15.30
www.tsemppi.net

Turun mielenterveysyhdistys ITU ry tarjoaa sinulle vertaistukea, työtoimintaa sekä päivätoimintaa, kuten liikuntaa.

Hämeenkatu 28, 20700 Turku
puh: 02 277 8778
www.itu.fi

Omaisten mielenterveystyön tukena lounais-Suomen yhdistys ry tarjoaa tietoa, tukea ja toimintaa, kuten mielenterveyden ongelmassa.

Itäinen pitkäkatu 11 a, 20520 Turku
puh: 02 251 8484
www.omtfs.net

Mielenterveyden keskusliitto ry on kansalaisjärjestö, jonka perustana on ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien turvaaminen juuri sinulle.

puh: 09 565 7730 ma-pe kello: 9- 11 ja 12- 15

Tietopalvelu Propelli
www.mtkl.fi

**SOS-
kriisikeskus** antaa sinulle kriisiapua ja tukea. Avut ovat ohjausta, neuvontaa, ryhmätoimintaa,

itsemurhien ehkäisyä ja kriiseistä tiedottamista.

Tukinet on verkossa toimiva kriisikeskus. Palvelu antaa luottamuksellista tukea ja tarvittaessa myös yksityistä yhteyttä kriisikeskuksen ammatillaiseen ja kriisityöntekijöihin.

SELMA auttaa sinua käsittelemään vaikeaa elämäntapahtumaa, kuten läheisen kuoleman, vakavan sairastumisen tai liikenneonnettomuuden aiheuttavaa kriisiä.

**Oppaan sisältö on tiivistettyö tekstiä tekemästani
opinäytetyöstä.**

**Tekijä: Khyam Aftab, Turun ammattikorkeakoulussa
2014.**

