



**SAVONIA**

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT TUTUKSI

Opas Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille

TE -

Marja Korhonen

KIJÄ/T:

Riikka Paavilainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Marja Korhonen & Riikka Paavilainen	
Työn nimi Mielenterveys- ja päihdehäiriöt tutuksi – Opas Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille	
Päiväys	20.4.2015
Sivumäärä/Liitteet	56/1
Ohjaaja(t) Arja-Sisko Kainulainen & Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Päiväkeskus Pysäkki	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena oli opas Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille. Oppaassa käsiteltiin mielenterveys- ja päihdehäiriöitä, mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamista sekä listattiin tärkeitä yhteystietoja. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Päiväkeskus Pysäkki. Opas on tarkoitettu kaikille kuudelle Päiväkeskus Pysäkin toimipisteelle Ylä-Savon alueella ja heidän työntekijöilleen.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli, että opasta käytetään osana perehdyttämiskansiota uuden työntekijän tai opiskelijan perehdyttämiseksi. Opasta voi lukea myöhemminkin varmistaakseen mieltä askarruttavia asioita tai saada neuvoja tarvittaviin tilanteisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että oppaasta luettua tietoa pystyy soveltamaan käytännön työssä. Esimerkiksi niin, että oppaan avulla työntekijä pystyy ymmärtämään, kuinka kyseiset häiriöt näkyvät asiakkaissa ja heidän käyttäytymisessään sekä olemuksessaan.</p> <p>Oppaan sisältö tehtiin toimeksiantajan toiveiden mukaan. Mielenterveyshäiriöt kattavat tässä opinnäytetyössä ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon, persoonallisuushäiriön, depression, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, psykoosin ja skitsofrenian. Päihdehäiriöihin kuuluvat päihteiden väärinkäyttö, joka sisältää alkoholiriippuvuuden, alkoholideliriumin sekä lääkeriippuvuuden ja lääkkeiden väärinkäytön.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin verkkolähteistä sekä hoitotyön kirjallisuudesta. Teoriaosuus koostettiin suurimaksi osaksi kotimaisesta aineistosta, mutta verkkolähteissä on myös ulkomaisia lähteitä. Oppaan teoriaosuus rakentui pääsääntöisesti väitöskirjoista, Duodecimin aineistosta sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyön kirjallisuudesta.</p> <p>Opasta voi hyödyntää jatkossa esimerkiksi pitämällä Päiväkeskus Pysäkillä koulutusta oppaassa käsittelevistä aiheista. Koulutuksessa voisi käydä hieman syvällisemmin läpi eri mielenterveys- ja päihdehäiriöitä. Myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista voisi harjoitella käytännössä.</p>	
Avainsanat mielenterveyshäiriöt, päihdehäiriöt, päihteiden väärinkäyttö, alkoholiriippuvuus, opas, kohtaaminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Marja Korhonen & Riikka Paavilainen			
Title of Thesis Mental health and substance abuse disorders – A guide for Day Center Pysäkki employees.			
Date	20.4.2015	Pages/Appendices	56/1
Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen & Merja Jokelainen			
Client Organisation /Partners Päiväkeskus Pysäkki			
<p>Abstract</p> <p>The objective of this thesis was to produce a guide for the employees of the Day Center Pysäkki. The thesis gives information on mental health disorders and substance abuse disorders, how to meet mental health and substance abuse clients and some important contacts. The mandator of the thesis is Day Center Pysäkki. The guide was made for every Day Center Pysäkki in the area of Ylä-Savon Sote Joint Municipal Authority in Social and Health Care.</p> <p>The purpose of this thesis was to use it as a part of the orientation portfolio for new employee or student orientation. You can read the guide later and check things or get advice and help challenging situations. The aim of the guide was that you can read the information and apply it in practice. The guide was made according to mandators wishes.</p> <p>The material was collected in the internet and literature in the field of nursing. The theoretical part was mainly composed of finnish material, but we found also some international sources in the Internet. The theoretical part of this guide comes mainly from dissertations, Duodecim and mental health and substance abuse of nursing workbooks.</p> <p>The guide could be used in the future, for example, by keeping training in Day Center Pysäkki. A variety of mental health and substance abuse disorders could be studied a little bit more deeply in the training. Also mental health and substance abuse client meetings could be practiced there.</p>			
<p>Keywords mental disorders, substance abuse disorders, alcohol addiction, guide, meeting</p>			

## SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	5
2	PÄIVÄKESKUS PYSÄKKI.....	8
3	PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ.....	9
3.1	Alkoholin ongelmakäyttö .....	9
3.1.1	Alkoholin riskikäyttö ja haitallinen käyttö .....	10
3.1.2	Alkoholiriippuvuus .....	10
3.2	Alkoholidelirium .....	11
3.3	Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö .....	12
4	MIELENTERVEYSHÄIRIÖT .....	13
4.1	Ahdistuneisuushäiriöt .....	13
4.2	Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko .....	13
4.3	Persoonallisuushäiriöt.....	14
4.4	Depressio .....	15
4.5	Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	16
4.6	Psykoosit.....	17
4.7	Skitsofrenia .....	18
5	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN .....	20
5.1	Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen .....	20
5.2	Päihteiden väärinkäyttäjän kohtaaminen.....	21
5.3	Alkoholidelirium asiakkaan kohtaaminen .....	22
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	23
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	24
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	24
7.2	Millainen on hyvä opas .....	24
7.3	Työn eteneminen.....	26
8	POHDINTA.....	29
8.1	Oppaan pohdinta .....	29
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	31
8.3	Ammatillinen kehittyminen .....	33
8.4	Jatkokehittämishaasteet .....	34
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	36
	LIITE 1: OPAS.....	41

## 1 JOHDANTO

Päihdehuoltolain mukaan kunnassa päihdehuolto on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan niin, että se vastaa kunnassa esiintyvää tarvetta. Sosiaalihuollon osalta päihdehuollon palveluiden ja toimien järjestäminen sekä kehittäminen ovat sosiaalilautakunnan tehtäviä. Terveydenhuollon osalta nämä kuuluvat terveyslautakunnalle. (Päihdehuoltolaki L 17.1.1986/41.) Kunnan tulee järjestää myös mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä terveydenhuoltolain säädösten ja osana sosiaalihuoltoa sosiaalihuoltolain säädösten mukaisesti. Erikoissairaanhoidon annettavat mielenterveyspalvelut huolehtii erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettu sairaanhoitopiirin kuntayhtymä alueellaan niin, kuin terveydenhuoltolaissa ja mielenterveyslaissa säädetään. Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii mielenterveystyön yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Sen alaisena sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa. Aluehallintovirasto vastaa puolestaan toimialueensa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Mielenterveyslaki L 14.12.1990/1116.)

Kunnat tuottavat palvelujaan joko yksin tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Kunnat voivat hankkia palvelut myös toisilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erityistason sairaanhoidon. Palvelumuotoja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Tuki- ja asumispalvelut ovat hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita. Tällaisia ovat esimerkiksi hoitokodit, huoltokodit, palvelutalot ja yksittäiset tukiasunnot sekä päiväkeskukset. Hoito- ja kuntoutuspalvelut toimivat vapaaehtoisesti ja luottamuksellisesti. (STM 2014.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat erillisinä palveluina järjestelmässä, sillä mielenterveyspalvelut sijoittuvat lähinnä terveystoimeen ja päihdehuollon erityispalvelut sosiaalitoimeen. Tällainen hajanainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa asiakkaiden palveluiden saantia sekä johtaa helposti siihen, että palveluita tarvitsevat asiakkaat putoavat niistä kokonaan pois, vaikka henkilökunta hoitaisikin työnsä eri yksiköissä sitoutuneesti ja ammattitaidolla. Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, kun suurin osa kustannuksista menee mielenterveys- ja päihdeongelmaisten laitoshoidon. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden rinnalla onkin tärkeää kehittää ja panostaa mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävään sekä ongelmia ehkäisevään työhön. (STM 2012, 13.)

Vuosina 2009–2015 toteutetaan kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma eli Mieli 2009 -suunnitelma. Suunnitelmaan on koottu sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ja haittojen ehkäisemistä ja hoitoa. Yhtenä tärkeänä asiana Mieli 2009 -suunnitelmassa keskitytään ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämiseen perus- ja avohoitopalveluja painottaen. (Juvonen & Uksulainen 2013, 73; STM 2009, 5.)

Itä-Savon sairaanhoitopiiri teki vuonna 2009 arvioinnin, jossa huomattiin, että eri sairaahoitoyksiköiden välinen yhteistyö ja avohoidon vähäiset resurssit erityisesti akuuttitoiminnoissa ovat tärkeitä kehittämiskohteita. Tästä syntyi Mieli 2009 -ohjelman mukainen rakennemuutos. Muutoksella pyrittiin käytössä olevien resurssien parempaan kohdentamiseen, jossa resursseja siirrettiin enemmän osastohoidosta avohoitoon ja perustettiin akuuttityöryhmä. Vuonna 2010–2011 vaikutukset näkyivätkin positiivisesti psykiatrisessa hoidossa. Esimerkiksi potilaat saivat hoitoarvion 24 tunnin sisällä ja kiirettömien avohoidon läheteiden määrä väheni. (Juvonen & Uksulainen 2013, 72–75.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja Päiväkeskus Pysäkki on mielenterveys- päihdekuntoutusta tukeva palvelu. Päiväkeskus Pysäkki on ns. kolmannen sektorin toimintaa, joka on usein järjestölähtöistä auttamista. Tällaisten järjestöjen tuottamat palvelut usein maksetaan raha-automaattiyhdistysten tuella ja ne ovat maksuttomia palveluja käyttäville asiakkaille. Järjestöjen apu tapahtuu yleensä puhelimessa, verkossa ja kasvokkain. Apua on saatavilla vertaistukena, kriisityönä sekä kuntoutuskursseina. (Mielenterveysseura s.a.)

Päiväkeskus Pysäkki toimii Iisalmessa keskustassa ja Kangaslamilla, Sonkajärvellä, Vieremällä, Sukevalla ja Kiuruvedellä. Päiväkeskus Pysäkillä esimerkiksi sosionomin koulutuksen saaneet työntekijät toimivat ohjaajina ja vastaavat toiminnasta. Suurimmalla osalla henkilökunnassa ei kuitenkaan ole minkäänlaista hoitotyön tai muun alan koulutusta. Tämä tarkoittaa, että teoretieto keskeisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä voi olla vähäistä. Työntekijät voivat kokea olonsa kuormittavaksi ja epävarmaksi, kun eivät tiedä tai ymmärrä asiakkaiden poikkeavan tai erilaisen käytöksen syitä tai pohtivat oikeita ja parhaita toimintatapoja askarruttavissa tilanteissa. Tällaisesta kuormituksesta voitaisiin päästä pois tai helpottaa, kun työntekijät perehdytyksen ohella saisivat tietoa keskeisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä sekä voisivat tarvittaessa kerrata näitä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä opas mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamisesta sekä tärkeistä yhteystiedoista. Opas on tarkoitettu kaikille kuudelle Ylä-Savon alueen Päiväkeskus Pysäkin toimipisteelle ja heidän työntekijöilleen. Opas käsittelee Päiväkeskus Pysäkin toivotat mielenterveys- ja päihdehäiriöt. Käytämme koko ajan käsitettä mielenterveys- ja päihdehäiriöt, sillä se on mielestämme sopivin termi. Mielenterveyshäiriöt kattavat oppaassa ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon, persoonallisuushäiriön, depression, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, psykoosin ja skitsofrenian. Päihdehäiriöillä tarkoitetaan päihteiden väärinkäyttöä, joka sisältää alkoholiriippuvuuden, alkoholideliriumin sekä lääkeriippuvuuden ja lääkkeiden väärinkäytön. Pääasiassa lääkkeiden väärinkäyttöä tapahtuu asiakkaiden luona vierailevien henkilöiden keskuudessa. Koemme kuitenkin tärkeäksi mainita lääkkeiden väärinkäytöstä, koska on mahdollista, että Päiväkeskus Pysäkin työntekijät kohtaavat näitäkin henkilöitä työssään.

Opinnäytetyön avulla Päiväkeskus Pysäkin työntekijät saavat enemmän tietoa mielenterveys- ja päihdesairauksista sekä toimintatapoja ja vinkkejä miten kohdata asiakas työssä. Oppaasta toivomme olevan hyötyä ja auttamaan työntekijöitä luomaan entistä parempi asiakaspalvelusuhde hen-

kilökunnan ja asiakkaan välille. Olemme olleet tiiviisti yhteydessä Päiväkeskus Pysäkin kanssa varmistaaksemme, että opas palvelee parhaiten heidän tarpeitaan, jotta opasta käytettäisiin aktiivisesti sen valmistuttua.

## 2 PÄIVÄKESKUS PYSÄKKI

Opinnäytetyön toimeksiantaja Päiväkeskus Pysäkki ry on perustettu Iisalmeen vuonna 1994. Iisalmissa Päiväkeskus Pysäkillä on kaksi toimintapistettä, toinen keskustassa ja toinen Kangaslammissa. Lisäksi toiminta on laajentunut myös Sonkajärvelle, Vieremälle, Sukevalle ja Kiuruvedelle. Päiväkeskus Pysäkin toiminta voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, joita ovat tuettu asuminen, työllistäminen sekä päiväkeskustoiminta. Toiminta keskittyy kolmannen sektorin toiminta-alueelle. Päihdeongelmaisten elämänhallintaa tuetaan avohuollon keinoin yhteistyössä muiden päihdeongelmaisten elämään vaikuttavien tahojen kanssa. Päiväkeskus Pysäkki on avoin kohtaamispaikka, joka antaa mahdollisuuden perustarpeiden täyttämiseen, vertaistukeen ja virikkeelliseen ajankäyttöön. Toiminta on tarkoitettu muun muassa heille, jotka haluavat tukea päihdeettömyyteen ja hakevat vaihtoehtoja päihdeiden hallitsemaan elämään. Päiväkeskuksilta saa tukea päihdeettömyyteen ja siksi Päiväkeskuksille on päihtyneenä pääsy kielletty. Tällä menettelyllä on koettu olevan usein myös ennaltaehkäisevä ja vahva vertaistuellinen vaikutus. (Päiväkeskus Pysäkki Ry 2009.)

Päiväkeskus Pysäkki toimii sininauhaliiton jäsenjärjestönä. Sininauhaliitto on kristillisen päihdejärjestöjen keskusliitto. Toiminta-ajatuksena sininauhaliitolla on toimia jäsenyhteisöjen ja kristillisten seurakuntien ehkäisevässä päihdetyössä, päihdehaittojen ja syrjäytymisen ehkäisemisessä, riippuvuudesta selviytymisessä ja elämän eheytyemisessä. (Sininauhaliitto s.a.)

Koulutuksen saaneet työntekijät ohjaavat ja vastaavat Päiväkeskus Pysäkkien toiminnasta. Muut työntekijät Päiväkeskus Pysäkillä ovat esimerkiksi palkkatukityössä, työkokeilussa tai kuntouttavassa työtoiminnassa. Päiväkeskus Pysäkki on suosittu opiskelijoiden työssäoppimispaikka ja myös erilaisia projektiohjelmoja suoritetaan Päiväkeskuksilla paljon. (Päiväkeskus Pysäkki Ry 2009.)

Kangaslammin Päiväkeskus Pysäkin toiminnanohjaaja Marja Nenolan (25.11.2014) mukaan Päiväkeskus Pysäkin toiminta on pääsääntöisesti arkisin tapahtuvaa työtä. Yksiköstä riippuen osa Päiväkeskus Pysäkeistä on avoinna myös iltaisin ja viikonloppuisin sekä juhlapyhinä. Asiakaslukumäärä vaihtelee eri yksiköiden välillä, eivätkä lukumäärät ole pysyviä tai kiinteitä. Työntekijöiden määrä riippuu yksikön suuruudesta ja työtehtävistä. Päiväkeskus Pysäkki toteuttaa myös päiväretkiä ja pari vuorokautta kestäviä leirejä.



### 3 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ

Alkoholi on merkittävin ja suurin käyntien syy sosiaali- ja terveydenhuollossa päihteiden osalta. Suomessa alkoholi on merkittävin kansanterveydellisten haittojen tekijä. Päihdeongelmat ovat lisääntyneet ja niihin liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat ovat iso huolenaihe maassamme. (Laitila 2010, 45–46.)

Erialaisten päihdyttävien aineiden tai lääkkeiden väärinkäyttö tarkoittaa aineen toistuvaa käyttämistä tavalla, jolla on joko terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja. Päihteiden käytön vuoksi ihminen ei kykene työskentelemään vastuullisesti, laiminlyö vastuunsa vanhempana, joutuu puolison kanssa riitoihin, ajautuu rattiojuopumukseen, tappeluihin tai muihin sellaisiin tekoihin, joita ei välttämättä selvin päin tekisi. (Huttunen 2011a, 174.) Päihteitä käytetään pääasiassa niiden mielihyvää tuottavan, hetkellisesti toimintakykyä parantavan ja ahdistusta sekä huonoa oloa vähentävän vaikutuksen vuoksi (Heinälä, Kuoppasalmi & Lönnqvist 2011, 411).

#### 3.1 Alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholi on aine, joka vaikuttaa keskushermostoon tuottaen henkilölle myönteisiä tuntemuksia. Alkoholi siirtyy verenkierron kautta aivoihin, jossa se aiheuttaa äkillisiä tai pitkäaikaisia muutoksia. Ongelmakäyttö voi näkyä terveyshaittoina esimerkiksi ärtyneisyytenä, mielialavaihteluina, masennuksena, vainoharhaisuutena tai itsetuhoisena käyttäytymisenä. Lisäksi ongelmakäyttö voi johtaa jopa aivoverenvuotoon ja sydämen rytmihäiriöihin. (Aalto 2010, 12.)

Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa huomattavan riskin saada alkoholista johtuva haitta. Alkoholin käyttämiseen ei kuitenkaan aina liity riippuvuutta tai muita haittoja, vaikka se olisikin liiallista. Alkoholista johtuvat haitat voivat olla terveydellisiä, sosiaalisia sekä taloudellisia. Ne eivät välttämättä kohdistu pelkästään henkilöön itseensä vaan koskettavat mahdollisesti myös läheisiä tai yhteiskuntaa. (Aalto 2010, 12.)

Miehillä alkoholin ongelmakäyttö voi ilmetä erektiohäiriönä. Naisilla puolestaan rintasyöpä, sikiön kehityksen häiriöt sekä kuukautishäiriöt voivat olla seurausta alkoholista. Alkoholin ongelmakäytön pitkittyessä on vaarana sairastua pitkäaikaiseen sairauteen. Maksakirroosi, haimatulehdus, aivosurkastuma, ääreishermostojen rappeuma, alkoholiaistiharhaisuus sekä suu-, nielu-, kurkunpää-, ruokatorvi- ja mahasyövät ovat näistä sairauksista esimerkkejä. (Aalto 2010, 12.)

Kuolemanvaara on alkoholia käyttävillä kolminkertainen verrattuna muuhun väestöön. Työikäisillä alkoholiperäinen tauti tai alkoholimyrkytys ovat yleisin kuolinsyy sekä naisilla että miehillä. Myös tapaturmien sattuessa taustalla on yhä enenevässä määrin taustalla alkoholi. Lisäksi alkoholi on läsnä noin 30 prosentissa itsemurhan tehneistä ja yli puolella henkirikosten uhreiksi joutuneista. (Aalto 2010, 12.)

Ongelmakäyttö jaetaan kolmeen eri luokkaan vakavuutensa mukaisesti. Näitä luokkia ovat riskikäyttö, haitallinen käyttö sekä alkoholiriippuvuus. Joskus näiden eri luokitusten välinen raja voi olla hankala määrittää. Luokitusten tarkoituksena on, että ne auttavat sekä helpottavat kuvaamaan yksilön alkoholinriskikäyttöä. Luokitukset helpottavat myös hoitoa valittaessa. Riskikäyttö, haitallinen käyttö sekä alkoholiriippuvuus poissulkevat toisensa eli tämä tarkoittaa sitä, ettei alkoholinkäyttäjä voi kuulua kuin yhteen luokkaan kerrallaan. Puolestaan esimerkiksi riskikäyttäjä voi siirtyä mahdollisesti jossain vaiheessa haitallisen käytön luokkaan. (Aalto 2010, 8.)

### 3.1.1 Alkoholin riskikäyttö ja haitallinen käyttö

Alkoholin liikkakäyttö on yksi keskeisimmistä suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin vaaroista nykyaikana. Alkoholin käyttö alkaa yleensä jo alaikäisenä tai nuorena aikuisena. Runsaasti juovia on huolestuttavan paljon jo alaikäisissä. (Heinälä ym. 2011, 407–408.)

Alkoholin riskikäyttöön liittyy huomattava vaara saada erilaisia haittoja alkoholista johtuen. Alkoholin riskikulutuksen raja on miehillä seitsemän annosta tai enemmän ja naisilla viisi annosta tai useampi kerralla nautittuna. Myöskään viikkomäärä ei saa olla korkeampi kuin 24 annosta miehillä ja 16 annosta naisilla. Yhtä annosta vastaa 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4cl väkevää alkoholijuomaa. Riskikäyttäjä ylittää alkoholin riskikulutuksen rajat, mutta ei ole vielä riippuvainen. Kohtuulliseen alkoholin käyttöön ei liity suurta riskiä saada alkoholista aiheutuvia haittoja. (Aalto 2010, 8–11; Heinälä ym. 2011, 409; Huttunen 2011a, 174–175.)

Alkoholin riskikäyttäjä voi halutessaan vähentää alkoholin käyttämistä. Riskikäytöstä ei puhuta sairautena, vaan se on käyttäytymistä, joka altistaa alkoholiriippuvuudelle sekä sairauksille ja sosiaalisille haitoille. Alkoholin käytön lopettamista voi verrata muihin elämäntapamuutoksiin, koska niihin liittyy paljon samoja tekijöitä. Halun lopettamiseen ja muutokseen on tapahduttava alkoholin käyttäjän omasta päätöksestä. Muutokseen tarvitaan usein tietoa siitä, mitä riskejä voi seurata jos alkoholin käyttö jatkuu ja mitä se aiheuttaa terveydelle tulevaisuudessa. (Aalto 2010, 8–9.)

Mikäli alkoholin käyttö ei ole vähentynyt tai loppunut kokonaan, voi se jatkuessaan aiheuttaa fyysisiä tai/ja psyykkisiä haittoja. Haitallisessa alkoholin käytössä nämä haitat ovat tunnistettavia ja määriteltävissä olevia. Mikäli käyttäjä ei ole alkoholiriippuvainen tai haittojen ilmetessä ei vieläkään vähennä alkoholin käyttöään niin, että haitat vähenesivät, puhutaan tällöin alkoholin haittakäytöstä. (Aalto 2010, 9.) Mitä enemmän alkoholia käytetään, sitä todennäköisempää on, että alkoholista johtuvia haittoja esiintyy. Niillä alkoholin käyttäjillä, joilla pystytään toteamaan selviä alkoholista johtuvia haittoja, täytyvät usein riippuvuuden kriteerit. (Aalto 2010, 9.)

### 3.1.2 Alkoholiriippuvuus

Alkoholiriippuvuudesta puhutaan silloin, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdyttäviä aineita jatkuvasti tai ajoittain. Päihderiippuvuudesta puhutaan myös silloin, kun ihminen ei pysty enää hallitsemaan riippuvuuttaan kyseiseen päihteeseen. Riippuvuus on voimakasta ja se kohdistuu

johonkin, mikä tuottaa välitöntä nautintoa ja tyydytystä, eikä sitä saa muilta elämän osa-alueilta. (Havio, Inkinen & Partanen 2013, 42–44; Heinälä ym. 2011, 431; Huttunen 2011c, 179; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 18–20.) Alkoholiriippuvuudesta voidaan puhua oireyhtymänä. Yksilötasolla oireet ja riippuvuuden piirteet näkyvät sekä painottuvat eri tavalla. Riippuvuus esiintyy esimerkiksi henkilön käyttäytymisen muuttumisena, mikä johtuu alkoholin aiheuttamista muutoksista aivoissa ja yksilön tavassa havainnoida, tuntea ja ajatella. Alkoholiriippuvuus on psyykkistä riippuvuutta, joka tarkoittaa pakonmaista alkoholin käyttöä. Kyse ei siis ole siitä, että joisi liikaa. (Aalto 2010, 9.)

Alkoholiriippuvuus on kansanterveyden kannalta todella merkittävä ja pitkäaikainen sairaus (Heinälä ym. 2011, 431). Päihteiden käytöstä voi muodostua yksilöllisesti esimerkiksi keino tyydyttää tiedostamattomia tarpeita tai lääkityä syyllisyyttä, huonoutta tai masennusta (Havio ym. 2013, 40–41). Alkoholin käyttöön liittyviin tilanteisiin kohdistuvat perustelut ovat loputtomia: rentoutuminen, jaksaminen, kiitoksen saaminen, moitteet, palkkio tai vastaavasti lohtu. Ihmiset käyttävät yleensä päihteitä siksi, että he haluavat vaikuttaa keskushermostoonsa ja saada toisenlaisen mielentilan kuin heillä sillä hetkellä on. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 17.)

Toleranssin eli sietokyvyn kehittymisellä tarkoitetaan sitä, että elimistö tottuu kyseiseen päihteeseen, kuten alkoholiin. Näin ollen elimistö sietää pikkuhiljaa yhä suurempia annoksia alkoholia. Vieroitusoireet ja vierotusoireiden lievittyminen alkoholilla kertovat alkoholiriippuvuudesta. Riippuvuudessa myös mielenkiinto keskittyy alkoholin hankintaan, juomiseen ja alkoholin vaikutuksista selviämiseen. (Havio ym. 2013, 42–44; Heinälä ym. 2011, 431; Huttunen 2011c, 179; Lappalainen-Lehto ym. 2007, 18–20.)

### 3.2 Alkoholidelirium

Alkoholidelirium on seurausta pitkään jatkuneesta runsaasta alkoholinkäytöstä ja sen äkillisestä lopettamisesta. Pitkät ja vaikeat vieroitusoireet alkoholista sekä unettomuus voivat johtaa alkoholideliriumiin eli juoppohulluuteen. Vaikeimmat vieroitusoireet ilmenevät yleensä somaattisesti eli fyysisesti sairailta potilailla sekä juomakierteen aikana onnettomuuteen tai leikkaukseen joutuneella henkilöllä. Alkoholideliriumin oireet kehittyvät tavallisesti muutaman vuorokauden sisällä siitä, kun alkoholin käyttö lopetetetaan, ja oireet kestävät muutamia vuorokausia. (Aalto & Jokelainen 2010, 141–143; Heinälä ym. 2011, 435; Niemelä 2011.)

Yleisiä alkoholideliriumin oireita ovat unettomuus, levottomuus, pelokkuus ja ahdistuneisuus sekä lopuksi aistiharhat. Varsinkin, jos henkilöllä on ollut aikaisemmin vieroitusoireina sekavuutta, on alkoholideliriumin ilmenemisriski suuri. Alkoholidelirium saa autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston toiminnan vilkastumaan, jonka myötä kehonlämpötilä kohoaa, hikoilu lisääntyy ja verenpaine, sydämen syketaajuus sekä hengitys vilkastuvat. (Aalto & Jokelainen 2010, 141–143; Heinälä ym. 2011, 435; Huttunen 2014a.)

Vaikeimmissa tapauksissa henkilö voi saada epileptisen kohtauksen, jossa henkilö menettää tajuntansa ja saa vartalon sekä raajojen kouristuksia. Henkilö voi purra kieleensä ja virtsata tai ulostaa alleen. Kohtaus on yleensä ohi muutamassa minuutissa, mutta sen jälkeen voi esiintyä vielä sekavuutta ja jälkiväsäystä jopa tunteja. (Atula 2013.)

Alkoholidelirium on tilana hengenvaarallinen. Henkilö ei itse tiedosta tilannettaan, joten hän ei pysty huolehtimaan itsestään. Juoppohulluuteen liittyy 20 %:n kuolleisuus, ellei henkilöä hoideta asianmukaisesti. Kuitenkin myös hoidettuihin tapauksiin liittyy 5–10 %:n kuolleisuus. Kuolema johtuu yleensä hypertermiasta eli elimistön liiallisesta lämpenemisestä, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöistä, infektiosta tai sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnan lakkaamisesta. Alkoholidelirium tilassa oleva henkilö tulisi saada nopeasti sairaalahoitoon. (Aalto & Jokelainen 2010, 141–143; Heinälä ym. 2011, 435; Huttunen 2014a.)

### 3.3 Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö

Lääkeriippuvuudesta kärsivä ihminen on koukussa tarpeettomaan lääkkeen jatkuvaan tai pakonomaiseen käyttöön riippumatta siitä aiheuttaako käyttö hänelle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Yleisimpiä väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoitoon tarkoitettut lääkkeet. Myös kipujen ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit sekä muut lääkkeet ovat tavallisimpia väärinkäytettyjä lääkkeitä. (Huttunen 2011c, 185–186.)

Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein psykologisen tai fysiologisen riippuvuuden kehittyminen. Psykologinen riippuvuus perustuu euforiaan eli aineen tuottamaan hyvään oloon tai muihin positiivisiin ja psyykkisiin vaikutuksiin. (Huttunen 2011c, 185–186.) Fysiologiseen riippuvuuteen liittyy toleranssin kehittyminen eli kyky sietää lääkkeen vaikutuksia on kasvanut ja käyttäjällä ilmenee lääkkeenoton lopettamisen jälkeen vieroitusoireita. Vieroitusoireet saavat usein jatkamaan lääkkeen käyttöä vaikka se ei olisi tarpeellista. Vieroitus- ja lopetusoireet muistuttavat monesti juuri lääkkeenkäytön syynä olleita masennus-, ahdistus- tai unettomuusoireita. (Huttunen 2011c, 185–186.) Tyypillisiä vieroitusoireita ovat pahoinvointi, vatsavaivat, lihasnykäykset, ääniherkkyys, ahdistuneisuus, hermostuneisuus, kiihtyneisyys, unettomuus ja hikoilu (Huttunen 2008).

## 4 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Mielenterveydenhäiriöihin kuuluvat psykoosit, aivosairauksien tai kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt eli depressiot, pelko- ja ahdistuneisuushäiriöt, paniikkihäiriöt, julkisten paikkojen pelko, poikkeukselliset psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymis- ja persoonallisuushäiriöt sekä päihdehäiriöt. Mielenterveyden häiriöiksi ei lueta arkipäiväisiä tavanomaisia psyykkisiä tiloja tai reaktioita. (Lehtonen & Lönnqvist 2011, 12–13.) Kerromme seuraavissa luvuissa Päiväkeskus Pysäkin toivomista mielenterveyshäiriöistä.

### 4.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriötä on monenlaisia ja ne poikkeavat toisistaan vakavuudeltaan, pitkäaikaisuudeltaan sekä fyysisten ja psyykkisten oireiden erilaisuuden vuoksi. Ahdistuneisuus tunnetilana tarkoittaa sisäistä jännittyneisyyttä, levottomuutta, kauhun tai paniikin tunnetta. Ahdistuneisuus on ikään kuin pelon kaltainen tunnetila. (Isometsä 2011c, 218.) Yksityishenkilöt eivät välttämättä tiedä, että ahdistuneisuushäiriö on hoidettavissa oleva sairaus ja terveydenhuollon ammattilaisilla ei välttämättä ole tarpeeksi koulutusta tunnistaa ahdistuneisuushäiriöihin liittyviä oireita. (McGrandles & Duffy 2012, 48.) Yleisimpiä syitä ahdistuneisuuteen ovat synnynnäiset, ihmisen temperamentti, erilaiset kehityksen aikaiset rasitustekijät, stressaavat ja traumaattiseksi koetut elämäntapahtumat sekä sosiaalisen tukiverkoston vähäisyys. Myös runsas kahvin juominen, tupakointi sekä alkoholin liikkakäyttö lisäävät oireiden voimakkuutta ja lisäävät alttiutta ahdistuneisuuteen. (Isometsä 2011c, 218.)

Mielenterveyden häiriöstä puhuttaessa ahdistuneisuus on vasta silloin otettava vakavasti kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. Tämä täytyy erottaa normaalista arjessa tapahtuvasta lievästä ja lyhytkestoisesta ahdistuneisuudesta. Ahdistuneisuushäiriöt ovat oireyhtymiä, joissa pitkäkestoiseen ja vaikeaan ahdistuneisuuden tuntemiseen liittyy muitakin oireita. Näitä oireita ovat autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet ja välttäminen tilanteita, jossa ahdistuneisuuskokemuksia voi tulla. (Isometsä 2011c, 218.) Ahdistunut ihminen kärsii usein erilaisista somaattisista oireista, kuten sydämentykytyksestä, verenpaineen kohoamisesta, suun kuivumisesta, hengenahdistuksesta, hikoilusta, ruokahaluttomuudesta, palan tunteesta kurkussa, vapinasta, huimauksesta sekä silmäterien laajenemisesta (Huttunen 2013a).

### 4.2 Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

Paniikkikohtauksessa esiintyy voimakasta ja äkillisesti ilmaantuvaa voimakasta ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta. Kohtaus alkaa yleensä nopeasti, alle 10 minuutissa. Siihen liittyy voimakkaita somaattisia eli fyysisiä ja kognitiivisia eli tiedonkäsittelyn oireita. Kohtauksen kesto on joitakin minutteja, mutta yleensä alle puoli tuntia. Kohtaukset voivat liittyä johonkin ulkoiseen tapahtumaan tai kohteeseen. Odottamaton paniikkikohtaus ilmaantuu yleensä ilman mitään havaittavissa olevaa tekijää. Tilanteelle altistumisen aiheuttama paniikkikohtaus tarkoittaa usein ilmenevää kohtausta,

mutta sen alkamiseen ei aina tarvitse olla tiettyä ärsykettä tai tilannetta. Tilannesidonnaiset kohtaukset alkavat aina tietyssä tilanteessa. Paniikkihäiriö on mielenterveydenhäiriö, jossa esiintyy jatkuvasti paniikkikohtauksia. Yksittäisiä paniikkikohtauksia voi esiintyä myös terveillä ihmisillä. Paniikkihäiriössä kohtauksia tulee toistuvasti ja etenkin häiriön alkuvaiheessa ilman laukaisevaa tekijää. Jälkivaikutuksina ilmenee käyttäytymisen muutoksia. (Isometsä 2011c, 220.)

Paniikkikohtauksen yleisiä ja tyypillisiä oireita ovat sydämentykytys, rintakipu, hikoilu, vapina, hengenahdistus, tukehtumisen- tai kuristumisen tunne, pahoinvointi, vatsavaivat, huimaus, pyörtymisen tunne, puutumisen, kihelmöinti, vilunväreet tai kuumat aallot. Usein paniikkikohtaukseen liittyy kuoleman, itsensä hallitsemisen tai sekoamisen pelkoa sekä epätodellisuuden tunnetta (derealisaatio) ja itsensä vieraaksi tuntemista (depersonalisaatio). Kohtauksen voivat laukaista esimerkiksi runsas kahvi- tai kofeiinipitoisten juomien nauttiminen tai alkoholin ja päihteiden käyttö. Paniikkikohtaukset eivät ole vaarallisia ja menevät itsestään ohi noin puolessa tunnissa. (Huttunen 2013b.) Paniikkikohtaukset tyypillisesti hoituvat rauhoittelemalla asiakasta ja antamalla hänen levätä rauhallisessa paikassa. On kuitenkin tärkeää seurata hänen vointiaan. Rauhoittavia lääkkeitä käytetään vain poikkeustilanteissa. (Vauhkonen & Holmstöm 2012, 168.)

Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia tarkoittaa ahdistuneisuuskohtausten vaikutuksesta alkavaa laajaa tilanteiden välttämiskäyttäytymistä. Agorafobiassa henkilö ahdistuu tietyistä paikoista tai tilanteista, joista ei välttämättä pääse pois helposti oireiden tai itse kohtauksen tullessa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi yksin kotoa poistuminen, ihmisjoukkioissa tai jonossa oleminen, sillalla oleminen ja matkustaminen julkisilla kulkuvälineillä tai autolla. Agorafobiasta kärsivä ihminen välttelee ahdistavia tilanteita ja kestää niitä vain voimakasta ahdistusta kokemalla tai jonkun seuralaisen kanssa. Agorafobia voi liittyä paniikkikohtauksiin, kuten paniikkihäiriöön yhdessä julkistenpaikkojen pelon kanssa. Se voi liittyä myös paniikkikohtauksista lievempiin ahdistuskohtauksiin, kuten julkistenpaikkojen pelkoon ilman paniikkikohtauksia. (Isometsä 2011c, 220; Miller 2011, 8.)

Henkilö, joka kärsii julkisten paikkojen pelosta, pysyttelee mieluiten tutussa ympäristössä. Pelko laukaisee herkästi paniikkioireita, joita ovat muun muassa sydämentykytykset, hengitysvaikeudet, hikoaminen ja vapina. Myös kontrollin menettäminen julkisella paikalla ja avuttomuuden tunne ovat mahdollisia oireita. Pahimmassa tapauksessa agorafobiasta kärsivä henkilö ei uskalla poistua omasta kodistaan. Se, mistä kyseinen pelko johtuu, on epäselvää. (Miller 2011, 8.)

### 4.3 Persoonallisuushäiriöt

Erilaisia persoonallisuushäiriöitä on olemassa monia. Yhteistä näille kaikille on persoonallisuuden ja käyttäytymisen häiriöt vähintään kahdella elämänalueella. Näitä elämänalueita ovat tiedollinen toiminta, tunne-elämä, impulssikontrolli ja ihmissuhteet. Olennainen piirre persoonallisuushäiriöiselle on itsepäinen jäykkä kokemisen tai käyttäytymisen tapa. Tämä aiheuttaa henkilölle usein kärsimystä tai on muuten haitallinen. Persoonallisuushäiriöt eivät ole seurausta muista mielenterveys sairauksista tai aivovaurioista, vaikka voivatkin edeltää muita häiriöitä tai sairauksia. Mahdollista myös on,

että persoonallisuushäiriö voi ilmetä yhtä aikaa jonkin mielenterveyshäiriön tai sairauden kanssa. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011, 480–482; Holmberg & Kähkönen 2008, 222–223.)

Persoonallisuushäiriöt ovat syvälle juurtuneita ja pitkäaikaisia käyttäytymistapoja, jotka ilmenevät haitallisina monenlaisissa elämäntilanteissa. Persoonallisuushäiriöihin liittyvistä poikkeavista ajattelu- ja käyttäytymismalleista suurin osa ovat laadultaan sellaisia, ettei henkilö itse tiedosta sen olevan normaalista poikkeavaa. Persoonallisuushäiriöt alkavat jo lapsuus- ja nuoruusiässä jatkuen aikuisena. Häiriöitä pidetään vaikeahoitoisina, tämän voi päätellä jo itsepintaisuutta ja pitkäaikaisuutta korostavasta määrittelystä. Tärkeää on kuitenkin erottaa persoonallisuushäiriö persoonallisuuden muutoksesta. (Marttunen ym. 2011, 480–482; Holmberg & Kähkönen 2008, 222–223.)

Persoonallisuushäiriöt on luokiteltu DSM-IV-luokituksen mukaisesti kolmeen pääryhmään, joita ovat ryhmä A, ryhmä B ja ryhmä C. Ryhmään A kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä (skitsoidinen), ja psykoosi- ja skitsopiiirteinen (skitsotyyppinen) persoonallisuus. Edellisiä häiriöitä luonnehtii tietynlainen outous ja erikoisuus. Ryhmään B kuuluu puolestaan epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen, ja narsistinen persoonallisuus. Tämän ryhmän persoonallisuushäiriöistä kärsivät ovat tyypillisesti dramaattisia, tunnepitoisia ja epävakaita. Ryhmässä C on estynyt, riippuvainen, pakko-oireinen sekä tarkemmin määrittelemätön persoonallisuus. Nämä henkilöt ovatkin useasti ahdistuneita tai pelokkaita. (Marttunen ym. 2011, 483.)

#### 4.4 Depressio

Depressiot eli masennustilat tulee erottaa normaaliin ihmisen tunne-elämään kuuluvista hetkellisistä masennusreaktioista, jotka kuuluvat menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pysyvämpää masentunutta tunnetta, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päivistä vuosiin. Masennustilan oireisiin kuuluu masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, liiallinen itsekriittisyys, toistuvat kuolemaan tai itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset tai teot, päättämättömyys tai keskittymiskyvyttömyys, psykomotoriikan hidastuminen tai kiihtyneisyys, uniongelmät sekä ruokahalun ja painon muutokset. (Isometsä 2011b, 155–156.) Perinnöllisyys, stressaava elämänmuutos tai muutenkin pitkäaikainen stressi sekä läheisen ihmissuhteen puute ovat usein syynä masennukselle. Persoonallisuuden häiriöt, tunne-elämässä oleva epävakaus, vaikeudet itsetunnossa, koulutuksen vähäisyys ja huono tulotaso, tupakointi, humalan hakuinen juominen, krooniset elimelliset sairaudet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt liittyvät myös omalta osaltaan masennuksen esiintymiseen. (Masennus: Käypähoito-suositus, 2009.)

Masentunut ihminen on suurimman osan ajastaan alakuloinen ja masentunut. Mitä syvempi masennustila on, sitä vaikeampi hänen on kohdistaa ajatuksiaan muualle. Henkilö ei saa tyydytystä tai koe mielihyvää niistä asioista, joita hän piti aikaisemmin mielekkäinä. Myös jatkuva väsymys vaivaa ja jopa pientenkin asioiden tekeminen tai lyhyt fyysinen ponnistelu tuntuu raskaalta ja saa olon entistä väsyneemmäksi. Masennuksesta kärsivä henkilö ei luota omiin kykyihinsä eikä arvosta itseään. Monesti ajatukset keskittyvät omien tekojen kriittiseen arvosteleamiseen ja väheksymiseen. Myös kuole-

maan ja itsensä satuttamiseen liittyvät ajatukset ovat useasti läsnä. Arkiset päätökset, joista tavanomaisesti selviytyisi, tuottaa hankaluuksia ja jopa lukemiseen tai sosiaalisiin suhteisiin ei riitä keskittymiskyky. Ulkomuodoltaan masentunut ihminen voi näyttää pysähtyneeltä ja jähmeältä sekä jopa ilmeettömältä. Kiihtyneisyys voi ilmetä henkilössä esimerkiksi raajojen levottomuutena ja tarkoituksettomina liikkeinä, huokailuina tai pakonomaisena kävelynä. Henkilöllä voi olla nukahtamisvaikeuksia, aamuyön valvomista, unien pinnallisuutta sekä katkonaisuutta. Myös paino voi laskea tai nousta sen mukaan onko ruokahalu lisääntynyt vai vähentynyt. (Isometsä 2011b, 155–156.)

Sihvolan tutkimuksessa (2010), seurattiin kaikkia Suomessa vuosina 1983–1987 syntyneitä kaksosia 12, 14, 17½ ja 20–24 vuoden iässä. Tutkimus perustui vuosina 1983–1987 syntyneiden 14-vuotiaiden suomalaisen nuorten haastatteluihin ja kyselyihin 12- ja 17½-vuoden ikäisinä. Tutkimuksen mukaan varhainen masennus lisää päihteiden käyttöä 17½ vuotiaana, kun muut mielenterveydenhäiriöt, käytöshäiriöt ja 14-vuotiaana alkaneet päihdehäiriöt huomioidaan mukaan. Näihin tutkimuksessa kuvattuihin päihteisiin kuuluivat tupakointi, huumeiden käyttö, alkoholin käyttö ja nuuskan käyttö. Työtille tutkimus ennusti syömishäiriötä 17½ vuoden iässä, silloin kun masennukseen liittyi myös ahdistuneisuutta. Tutkimuksen mukanaan myös suomalaisten tyttöjen masennuksen sekä aktiivisuuden ja tarkkaavaisuushäiriön eli ADHD:n välillä todettiin yhteissairastavuus. ADHD -oireet työtilillä olivat tutkimuksen mukaan vähäisempiä kuin pojilla, mutta tytöillä oireet ennustivat alkoholin haitallista käyttöä, alkoholiriippuvuutta sekä huumausaineiden käyttöä tulevaisuudessa selvästi enemmän kuin pojilla. (Sihvola 2010, 46–53.)

#### 4.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä maaniset, depressiiviset ja sekamuotoiset jaksot vaihtelevat. Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin: tyyppin 1 ja 2 kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. 1 tyyppissä esiintyy maanisia, masennus- ja sekavuusjaksoja kun taas tyyppissä 2 masennus- ja hypomaanisia jaksoja. Sairausjaksot voivat esiintyä yksittäisinä vaiheina, nopeasti vaihtuvina ilman oireetonta välivaihetta tai monivaiheisia jaksoina. (Isometsä 2011a, 194–195.)

Hypomaniassa on havaittavissa mielialan nousua ja toimeliaisuuden kasvua. Toimintakyky pysyy yleensä hyvänä ja oireet kestävät vähintään neljä päivää ja ne eroavat selvästi henkilön normaalista mielentilasta. Mieliala on yleensä kohonnut tai ärtyisä. Hyväntuulisuus voi jatkua useita päiviä olosuhteista riippumatta, kun taas ärtyneisyyttä voi olla jatkuvasti tai varsinkin silloin, kun ihminen kohtaa esteitä. Hypomaaniseen mielialaan liittyy vähintään kolme seuraavista oireista: toimeliaisuuden tai puheliaisuuden lisääntyminen, fyysinen rauhattomuus, keskittymisvaikeuksia, vähäistä unentarvetta, seksuaalinen kiinnostus tai halukkuus kasvaa, lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös sekä lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus. (Isometsä 2011a, 195–196.)

Maanisessa jaksossa esiintyy samankaltaisia oireita kuin hypomaniassa, mutta voimakkaampana erityisesti niin, että se aiheuttaa sosiaalisia haittoja ja toimintakyvyn heikkenemistä. Potilaan mieliala on euforisen kohonnut ja toiminta on mielialan mukaista. Mieliala voi kuitenkin olla myös ärtyisä ja oireyhtymä voi olla tällöin vaikeampi tunnistaa. Manian diagnosoimiseksi täytyykin olla vähintään



neljä oiretta, jos mieliala on ärtyisä. Muussa tapauksessa riittää seuraavat kolme oiretta: toimeliaisuuden ja puheliaisuuden lisääntyminen, fyysinen rauhattomuus, kiihtynyt ajatustentoiminta, sosiaalinen estottomuus, kohonnut itsetunto tai suuruusharhat, jatkuvasti muuttuva toiminta tai suunnitelmat, uhkarohkea käyttäytyminen sekä sukupuolisen halukkuuden lisääntyminen tai holtittomuus. (Isometsä 2011a, 196–198.)

Psykoottinen mania taas on maanisen jakson kaltainen, mutta siinä on myös psykoottisia oireita. Henkilöllä voi olla harhaluuloja tai aistiharhoja. Psykoottiset oireet jaetaan mielialanmukaisiin ja mielialanvastaisiin. Mielialanmukaisia psykoottisia oireita ovat esimerkiksi suuruusharhat, jossa henkilö voi esimerkiksi kuvitella olevansa joku uskonnollinen merkkihenkilö. Mielialanvastaisissa psykoottisissa oireissa on taas kyse vainoharhaisista harhaluuloista. Maaniseen jaksoon liittyvä sekavuustila voi muuttua deliriumin kaltaiseksi sekavuudeksi, jonka hallitseva oire on äärimmäisyyksiin mennyt kiihtyvyys. Tällöin on syytä hakeutua nopeasti sairaalahoitoon. (Isometsä 2011a, 196–198.)

Sekamuotoisessa jaksossa taas esiintyy masennus- ja maanisoireiden samanaikainen ilmaantuminen joko nopeasti vuorottelevasti tai samanaikaisesti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksojen oireet eivät eroa tavallisista masennustiloista juurikaan. Kaksisuuntaisen mielialahäiriö on usein perinnöllistä ja alkaa yleensä nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Myös lapsuusiän traumaattiset kokemukset voivat laukaista kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja synnytys lisää riskiä sairastua seuraavan vuoden aikana. (Isometsä 2011a, 194–195, 198.)

#### 4.6 Psykoosit

Psykoosi on tila, jossa henkilön kyky erottaa mikä on todellisuutta ja mikä ei, on huomattavasti heikentynyt (Huttunen 2014b). Erilaisia psykoosityyppejä on skitsofreniatyyppinen häiriö, skitsoaffekttiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö sekä muut psykoottiset häiriöt. Psykoottinen henkilö arvioi sekä tulkitsee ulkoista todellisuutta eritavalla kuin muut ihmiset. Psykoottiset oireet voivat olla kestoaltaan hyvin lyhyitä. Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat erilaiset harha-aistimukset eli hallusinaatiot ja harhaluulot eli deluusiot. Harha-aistimuksiin kuuluvat kuuloelämykset, erilaiset näkö-, kosketus- sekä haju harha-aistimukset. Harhaluulot voivat saada henkilön kokemaan itsensä vainotuksi, joksikin tärkeäksi henkilöksi tai jumalaksi. Psykoottinen suhteuttamis-harhaluulo ja merkityselämykset tarkoittavat kokemuksia, jossa henkilö kuvittelee esimerkiksi ihmisten eleet, television kuuluttajat tai esineiden värit harhanomaiseksi merkitykseksi. Kuitenkin psykoosista oireyhtymänä puhutaan vasta silloin, kun sillä on tietty kesto-aika ja kun se erityisenä oireyhtymänä täyttää kulloisenkin häiriön diagnoosin kriteeristön. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 134–135.)

Skitsofreniatyyppiselle häiriölle edellytetään skitsofrenialle yleisten oireiden, kuten harhaluulojen, aistiharhojen, hajanaisen puheen, poikkeuksellisen psykomotorisen käyttäytymisen, tunneilmaisun latistumisen, puheen tuottamisen vähenemisen sekä tahdottomuuden olemassaoloa. Diagnoosi on kuitenkin alustava ja voi muuttua skitsofreniaksi. Skitsofreenityyppinen häiriö on saanut nimensä

siitä, kun haluttiin pitää erillään skitsofreniasta ne potilaat, joilla oli samankaltaisia oireita kuin skitsofreniaa sairastavilla, mutta joilla oli kuitenkin hyvä ennuste. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 134–139.)

Skitsoaffektiivinen häiriö taas sijoittuu skitsofrenian ja mielialahäiriöiden väliin. Häiriö on keskeyttämätön sairausjakso, jonka aikana ilmenee skitsofrenialle tyypillisiä oireita sekä samaan aikaan myös vakavan mielialahäiriön masennus- tai maaninen jakso. Skitsoaffektiivinen häiriö ei johdu kemiallisesta aineesta tai ruumiillisesta häiriöstä. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 134–139.)

Harhaluuloisuushäiriöiden keskeisinä oireina ovat harhaluulot eli deluusiot. Harhaluulot ovat todellisuuden vastaisia uskomuksia, joita harhaluuloinen ihminen pitää totena. Suurin osa kliinisesti merkittävistä harhaluuloista on luonteeltaan vainoavia, kuten esimerkiksi mustasukkaista, somaattista, eroottista tai suuruuskuvitelmiin liittyvää. Harhaluuloisuutta voivat aiheuttaa keskushermostoon vaikuttavat sairaudet sekä kemialliset aineet. Esimerkiksi alkava dementia voi aiheuttaa harhaluuloisuutta. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 140–144.)

Lyhytkestoisessa psykoottisessa häiriössä potilaalla on yleensä hyvin voimakkaasti vaihtelevia mielialaa, sekavuuden, voimakkaan ahdistuneisuuden ja harhaluulojen teemoja. Nämä vaihtelevat enemmän, kuin muissa psykooseissa. Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö on nimensä mukaisesti psykoottinen häiriö, mikä kestää vain lyhyen ajan. Häiriön kesto on yleensä yhdestä vuorokaudesta yhteen kuukauteen. Diagnostiset kriteerit edellyttävät, että psykoosista toipuu jakson jälkeen täysin. Häiriöryhmää kutsutaan myös akuuteiksi ja ohimeneviksi psykoottisiksi häiriöiksi. Häiriön kesto on yleensä yhdestä vuorokaudesta yhteen kuukauteen. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 145–146.)

Päihdepsykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilölle on kehittynyt päihteiden liiallisesta käytöstä huomattavia aistiharhoja sekä harhaluuloja. Henkilö ei itse tunnista oireitaan päihteiden käyttöön liittyväksi. Psykoosioireet häviävätkin yleensä noin kuukauden sisällä päihteiden käytön lopettamisesta. Alle 30 -vuotiailla huumeet aiheuttavat yleisimmin päihdepsykoosin, kun taas vanhemmilla henkilöillä yleisin päihdepsykoosin aiheuttaja on alkoholi. Alkoholipsykoosilla tarkoitetaan pitkään kestäneen alkoholin käytön tai siitä vieroittumisen aikoina tulevia aistiharhoja tai harhaluuloja, joihin ei liity sekavuutta. Oireet yleensä kestävät useita päiviä. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 148–149.)

#### 4.7 Skitsofrenia

Skitsofrenia on usein nuorilla aikuisilla alkava vakava psykoosiksi luokiteltu mielenterveydenhäiriö. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti sekä kognitiivisiin, että emotionaalisiin toimintoihin ja käyttäytymiseen. Skitsofrenian tärkein riskitekijä on lähisuvussa esiintyvä skitsofrenia. Sairastumisen vaaraa voivat lisätä esimerkiksi äidin raskaudenaikainen infektio, stressi, aliravitsemus sekä lapsuus- ja nuoruusiän keskushermostovauriot, kuten infektiot ja vammat. Lapsuudessa ja nuoruudessa koetut traumat voivat myös altistaa sairastumiselle. On myös todettu, että kannabiksen käyttö laukaisee psykooseja ja tätä kautta altistaa sairastumiselle, mutta jo skitsofreniaa sairastavallekin kannabiksen

käytön riskeistä tiedottaminen on tärkeää. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää, Lönnqvist 2011, 70–71; Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2013.)

Tyypillisimpiä oireita skitsofrenialle ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, tunneilmaisun latistuminen, puheen tuottamisen väheneminen sekä tahdottomuus. Skitsofreniaa sairastavalla on vaikeuksia luovan ajattelun sekä ihmissuhteiden solmimisen kanssa sekä tunteiden ja ajatusten ilmaisemisessa. Elämymaailmaan voivat kuulua vieraat, mieleen tulevat äänet sekä ulkoiset uhat, joita skitsofreniaa sairastava pitää pelottavina. (Isohanni ym. 2011, 70–71.)

Kukin skitsofreniaa sairastava henkilö kokee erilaisia ja ainutlaatuisia oireita sekä kokemuksia. Skitsofrenia on hoidettavissa oleva sairaus ja jotkut henkilöt kykenevätkin ylläpitämään työkyvyn oireista huolimatta. Joskus kuitenkin on tarpeellista toimittaa skitsofreniaa sairastava ihminen sairaalaan ja avohuolto pitäisi järjestää mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä mielenterveyshoidon kanssa. (Goldberg, Ivbijaro, Kolkiewicz & Ohene 2013, 231.)

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin sekä jälkioireisiin niiden ilmaantumisjärjestyksen mukaisesti. Ennakko-oireet voidaan jakaa alkuvaiheeseen ja välittömään riskivaiheeseen. Alkuvaiheeseen liittyy outoja kokemuksia ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella. Välittömään riskivaiheeseen kuuluvat puolestaan lievät positiiviset psykoosioireet sekä lyhyet, ohimenevät psykoositilat. Näiden aikana ja joskus myös ennen niitä ilmenee ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Ennakko-oireet voivat kestää lyhimmillään muutamia päiviä ja pisimmillään vuosia, välillä ne voivat kuitenkin hävitä kokonaan. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2013.)

Akuuttivaiheen oireista puhutaan tyypillisimmin positiivisina oireina eli niin sanottuina psykoottisina oireina. Positiivisista oireista tavallisimpia ovat aistiharhat, harhaluulot sekä puheeseen ja käyttäytymiseen liittyvä hajanaisuus. Jälkioireista yleisimpiä ovat puolestaan negatiiviset oireet. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, puheen tuottamisen köyhtyminen, tahdottomuus, mielihyvän tuntemisen kyvyttömyys sekä sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät ongelmat, kuten ihmissuhteista vetäytyminen ja sosiaalisten kontaktien puute. Näiden lisäksi on myös tavallista, että oireita on kognitiivisella puolella. Oireet liittyvät puutteisiin tarkkaavaisuudessa, toiminnan ohjauksessa, muistamisessa, tiedon prosessoinnissa, havainnoinnissa sekä yleisessä tiedonkäsittelyyn liittyvässä suorituskyvyssä. Myös ahdistuneisuus- ja mielialaoireet sekä itsetuhoiset ajatukset ovat mahdollisia. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2013.)

## 5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN

Asiakslähtöisyys on mielenterveys- ja päihdetyössä kaiken perusta. Asiakslähtöisen toiminnan kautta asiakkaan ja henkilökunnan välille syntyy aito ja tasavertainen suhde. Palvelut voidaan tehdä asiakkaan tarpeet, lähiyhteisö sekä ympäristö huomioiden. Tällä tavoin päämääränä on asiakkaan osallisuuden edistäminen sekä hänen hoitonsa yksilöllisyys. (Laitila 2010, 24.)

Kun asiakas saa itse aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa ja tavoitteiden suunnitteluun, parhaimmillaan se motivoi ja rohkaisee toimimaan juuri noiden tavoitteiden mukaan saavuttaakseen ne. Asiakslähtöinen toiminta voi parantaa hoidon tuloksellisuutta, lisätä potilaan tyytyväisyyttä sekä hänen pystyvyyden määrää. Asiakslähtöisyys luo hyvän mahdollisuuden ja tuen asiakkaan osallisuuteen. (Laitila 2010, 24, 57.)

### 5.1 Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

Avoimuus lisää mielenterveysasiakkaan luottamusta. Monille mielenterveydenhäiriöille on yleistä, että potilas ei ole hyvässä kontaktissa itseensä eikä omiin asioihinsa. Kokemattomalle voi tuntua pelottavalta oireet, oudolta näyttävä käyttäytyminen, laitoshoido, pitkät hoitoajat, kohu-uutiset ja hoitojen sivuvaikutukset. Jokaisen ihmisen tiedon puute ja epävarmuus omasta sekä läheisten mielenterveydestä ovat syitä, jotka saavat aikaan mielenterveysasiakkaisiin kohdistuvia pelkoja ja kielteisiä asenteita. (Lehtonen & Lönnqvist 2011, 16–17.)

Uusi tutkimustieto ja uudet hoitomenetelmät ovat kuitenkin muokanneet asenteita myönteisemmiksi mielenterveys- ja psykiatrisia asiakkaita kohtaan. Täytyy muistaa, että vaikeastikin häiriintynyt asiakas kykenee normaaliin toimintaan omissa asioissaan. Psykiatrian etiikassakin puhutaan toisen kunnioittamisesta, yksilönvapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Näitä kaikkia voidaan pitää ihmisoi-keuksina. (Lehtonen & Lönnqvist 2011, 16–17.)

Kohtaaminen rakentuu vuorovaikutuksellisesta ja tiedollisesta kohtaamisesta. Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen perustuu ensikontaktiin, luottamuksen kehittymiseen ja erilaisten tunteiden kohtaamiseen sekä käsittelyyn. Kun ensikontaktista alkaen luodaan asiakkaalle sellainen tunne, että hän on turvallisissa käsissä ja asiat ovat kunnossa, on asiakkaalla ja hänen läheisillään varma tunne siitä, että he ovat hyvän hoidon piirissä. (Kilkku 2008, 94–98.)

Luottamuksen kehittyminen on tärkeässä osassa ja siihen kuuluvat avoimuus, molemminpuolinen vastavuoroisuus, turvallisuus, yhteistyö sekä sen jatkuvuus. Erilaisten tunteiden kohtaaminen ja käsittely ovat merkittävä osa mielenterveysasiakkaan kohtaamista, sillä on tärkeää puhua sekä omaisten että sairastuneen itsensä kanssa tunteista, joita on matkan varrella herännyt. Tunteet saattavatkin vaihdella surusta ja pettymyksestä ilon ja onnistumisen tunteisiin. (Kilkku 2008, 94–98.)

Tiedollinen kohtaaminen rakentuu hoidon alkuvaiheen tiedon merkityksellisyydestä, yhdessä oppimisesta ja opetuksellisen osaamisen monipuolisesta käyttämisestä. Hoidon alkuvaiheen tiedon merkityksellisyys on iso osa hoitoa, sillä uusien asioiden ymmärtäminen ja niistä puhuminen auttavat vähentämään taakkaa sairaudesta. Yhdessä oppiminen taas tarkoittaa asiakkaan, omaisen ja hoitajan yhdessä tapahtuvaa tiedonkeruuta ja tiedon välittämistä, tavoitteiden laatimista sekä tasavertaista osallistumista hoitoon. (Kilcku 2008, 101–102, 104–108.)

Opetuksellisen osaamisen käyttö näkyy erilaisten oppimistilanteiden käyttämisenä hyödyksi. Esimerkiksi neuvottelut ja erilaiset tutustumiskäynnit toimivat oppimistilanteina, joissa asiakas näkee kuinka vaikeistakin asioista on mahdollista keskustella. Voidaan käyttää myös esitteitä, työkirjoja sekä videoita, joiden avulla välitetään yleistä tietoa sairauteen liittyvistä asioista. (Kilcku 2008, 101–102, 104–108.)

## 5.2 Päihteiden väärinkäyttäjän kohtaaminen

Kun kohdataan päihteiden käyttäjä, on tärkeää ymmärtää hänen käyttäytymisensä taustalla olevan oireita ja häiriöitä. On pidettävä mielessä, että päihderiippuvuuden ohella voi olla kysymys myös somaattisesta eli fyysisestä sairaudesta, psyykkisestä häiriöstä sekä sosiaalisesta ongelmasta. Useimmat päihdepotilaat ovatkin elämässään epäonnistuneita ja häpeileviä. Taustalla voi olla pahoja sosiaalisia ongelmia, jotka ovat saaneet aikaan itsekunnioituksen ja itsetunnon murskaantumisen. Avoimuus, rehellisyys ja oikeanlainen kohtaaminen ovat kaiken perusta, kun kohdataan päihderiippuvainen asiakas. (Alho 2012, 53.)

Asiakkaan osallisuus ja osallistuminen ovat tärkeitä seikkoja onnistuneelle kohtaamiselle. Asiakkaalle tulee antaa tilaa ja mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuinka kohtaaminen ja keskustelu tapahtuvat. Kohtaaminen ei kuitenkaan ole kiinni pelkästään asiakkaan käyttäytymisestä ja osallistumisesta, vaan siihen tarvitaan myös työntekijän osaamista. Vastavuoroisuus asiakkaan ja työntekijän välillä on tärkeää. Työntekijän on hyvä antaa tukea, vaikutusmahdollisuuksia, sekä tilaa asiakkaan mielipiteille ja kertomuksille. Merkittävän tärkeässä osassa on myös arvostaa asiakasta, leimaamatta häntä. (Laitila 2010, 7–34.)

Jokaisella päihdeasiakkaalla on jokin positiivinen piirre, jota tulisi arvostaa. Tämän varaan hoitosuhde on mahdollista rakentaa. Monella päihteiden käyttäjällä elämäntarinat ovat hyvin värikkäitä ja asiakkaasta kiinnostuminen on helppoa, jos luottamuksen solmiminen mahdollistuu. (Laine 2002, 316.) Päihtymys ei saa olla esteenä henkilön akuuttihoitoon tarpeen arvioinnissa, hoidon järjestämisessä eikä asianmukaisen kohtelun ja palvelun saamiselle (STM 2006, 10).

Myös sanattomaan vuorovaikutukseen asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeää kiinnittää huomiota. Sanatomalla viestinnällä ilmaistaan niitä asioita, mihin sanallisella vuorovaikutuksella ei päästä. Sanaton viestintä ilmaisee myös niitä asioita, joita sanallisella viestinnällä ei pitäisi ilmaista. Sanaton vuorovaikutus on opittua ja se pohjautuu kulttuuriin. Sen avulla ilmaistaan positiivisia tunteita, kuten lämpöä, rakkautta sekä sillä ratkaistaan tunteisiin, asenteisiin, ihmisten keskenäiseen

vuorovaikutukseen ja vaikutelmiin liittyviä kysymyksiä. Yhteistoiminnallisen hoitosuhteen rakentaminen edellyttääkin siihen osallistuvilta lämpöä sekä kiinnostuksen osoittamista myös sanattomasti. (Vuokila–Oikkonen 2002, 35–36.)

Kun asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen tavoitteena on yhteistyösuhteen rakentaminen, on sanattomassa vuorovaikutuksessa tärkeää korostua kuunteleminen, pään nyökkäys, hymyileminen, vartalon asento ja katsekontakti. Katsekontaktin avulla on mahdollista kertoa kiinnostuksesta, sitoutumisesta yhteistoimintaan, empatiasta ja lämmöstä. Päännyökkäys osoittaa lämmöstä ja puhujan ymmärtämisestä. Vuorovaikutusta myös edesauttaa, jos keskustelijat ajautuvat lähemmäksi istumaan, kumartuvat toisiaan kohti, katsovat toisiaan silmiin ja viestivät vartaloillaan luonnollisuutta sekä rentoutta. Luonnollista ja rentoa vuorovaikutusta viestivät käsien symmetrinen asento vartaloon nähden, jalat vierekkäin, mutta ei ristissä ja vartalon asento suoraan asiakkaaseen päin. (Vuokila–Oikkonen 2002, 35–36.)

### 5.3 Alkoholideliriumiasiakkaan kohtaaminen

Alkoholideliriumiasiakkaat ovat tyypillisesti sekavia, mahdollisesti aggressiivisia ja rauhattomia. Alkoholidelirium tilana voi olla asiakkaalle itselleen pelottava. Usein asiakkaat kokevat aistiharhoja, joten työntekijän on tärkeää erottaa todellisuus harhoista. Työntekijän ammattitaitoisella ja rauhallisella käyttäytymisellä on iso vaikutus myös asiakkaan rauhattomuuteen ja käyttäytymiseen. Alkoholia käyttävät eivät välttämättä huolehdi hygieniastaan ja voivatkin olla epäsiistejä kaikkine hajuineen ja likaisine vaatteineen. Työntekijän voi olla vaikea lähestyä tällaista asiakasta jo pelkästään ulkoisten tekijöiden vuoksi. Usein asiakkaat ovat jo entuudestaan tuttuja, joten turhautuminen ja epätoivo eivät ole ollenkaan mahdottomia tunteita. Kohtaamisessa on tärkeää muistaa myös miksi asiakasta hoidetaan; asiakas hoitamattomana voi joutua hengenvaaraan. (Alho & Leppävuori 2007, 169–174; Tuomola 2012, 46–48.)

Kuten ei muidenkaan asiakkaiden kohdalla, ei alkoholideliriumasiakaankaan kanssa ole mitään erityisiä sääntöjä kohtaamiseen liittyen, hänet kohdataan kuten kuka tahansa asiakas. Tärkeää on olla johdonmukainen, ymmärrettävä ja kärsivällinen. Uhkailu, provosointi, alentava suhtautuminen ja moralisointi eivät takaa onnistunutta kohtaamista. Kohtaamisessa on syytä muistaa kultainen sääntö etiikasta, joka ohjaa kohtaamaan asiakkaan niin, kuin haluaisi itsensä tulla kohdatuksi. (Tuomola 2012, 47–48.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas (liite 1) Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille yleisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, mielenterveys- ja päihdehäiriöisen kohtaamisesta sekä tärkeistä yhteystiedoista Ylä-Savon alueella. Tarkoituksena oli, että opas on yksinkertainen ja selkeästi toteutettu eikä siinä käytetä vierasperäisiä termejä lääketieteestä ja hoitotyöstä. Opinnäytetyön aihe ei ollut valmis toimeksianto, vaan kehitimme aiheen itse. Opas tulee käyttöön kaikilla Päiväkeskus Pysäkeillä Ylä-Savon alueelle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että oppaasta tulee osa perehdyttämiskansiota. Opas tehtiin, jotta uuden työntekijän tai opiskelijan olisi helppo tutustua siihen muun perehdytyksen ohella sekä saada teoretietoa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Opasta voi lukea myöhemmin varmistaakseen askarruttavia asioita tai saada neuvoja tilanteisiin, joista olemme siinä kertoneet. Opasta voi käyttää myös teoretiedon kertaamiseen.

Tavoitteena oli, että oppaan avulla työntekijä pystyy ymmärtämään, kuinka kyseiset häiriöt näkyvät asiakkaissa ja heidän käyttäytymisessään sekä olemuksessaan. Tavoite oli, että oppaasta luettua tietoa pystyy soveltamaan käytännön työssä. Lisäksi korostamme oppaassa avun pyytämisen tärkeyttä tilanteissa, joissa ei itse osaa toimia sekä asiakkaan tilassa tapahtuneen muutoksen kertomista eteenpäin.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön yksi toteutustapa on jokin konkreettisen tuotteen laatiminen, kuten opas, joka on tarkoitettu ammatilliseen käyttöön. Se voi olla myös esimerkiksi käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista tai jonkin toiminnan järjestämistä. Käytetyn kielen ja tekstin tulee olla mahdollisimman palvelevaa, joka vastaa parhaimmalla tavalla sisältöä, tavoitteita, vastaanottajaa, viestintätilannetta ja tekstilajia. Ohjeistusten, oppaiden ja esimerkiksi käsikirjojen tekemisessä lähdekritiikki on tärkeää. Tiedot oppaaseen on oltava hankittu sellaisista lähteistä, että käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmaa. Tietojen tulee olla ajan tasalla eikä saa kumota aiemmin oppaassa kerrottua tekstiä. Opasta tehdessä on muistettava, että siinä puhutellaan sen kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 51–53, 65.)

Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö, koska tuotimme oppaan. Valitsimme oppaan, koska halusimme selkeän ja helppolukuisen tuotoksen, jossa on esiteltyä teoriapohjaista asiasisältöä ja siitä saa helposti tehtyä omaperäisen ja halutun näköisen. Meille oli tärkeää, että saimme itse vaikuttaa toimeksiantajamme antamien neuvosten mukaisesti siihen, millaisen oppaasta teimme. Oli mielekstä tehdä opasta, jonka sai suunnitella alusta alkaen ulkonäöllisesti ja sisällöllisesti ihan itse.

Teimme oppaan Päiväkeskus Pysäkin käyttöön, joten tekeminen oli motivoivaa. Työpaikalla, johon teimme oppaan, ei ollut käytössä vastaavaa, joten meidän ei tarvinnut miettiä kuinka saisimme siitä jotenkin erilaisen ja päivitetymmän version. Lähdekritiikissä olimme tarkkoja. Käytimme lähteinä vain sellaisia lähteitä, jotka pystyimme varmistamaan luotettaviksi.

### 7.2 Millainen on hyvä opas

Hyvässä oppaassa on mietittävä tekstiä kirjoittaessa, mitä lukija jo tietää asioista ja mitä ei. Näin voidaan ratkaista se, kuinka tarkkaan asiat täytyy ilmaista tekstissä. On myös tärkeää käyttää havainnollisia kuvia, kaavioita tai taulukoita tarvittaessa. Asiat täytyy olla jäsennehtynä johdonmukaisesti niin, että lukijan on helppo lukea vaivattomasti. Tekstin ulkoasulla on myös merkitystä. Sekavaa ja vaikeasti hahmotettavaa tekstiä on hankala lukea. Hyvä ja mielenkiintoinen aloitus saa lukijan kiinnostuksen hereille ja siihen kannattaa panostaa. Tehokkaalla aloituksella annetaan ärsyke lukijalle, joka herättää mielenkiinnon ja houkuttelee lukemaan tekstiä eteenpäin. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 108–109, 138, 140.)

Aihetta rajattaessa on tärkeää jättää pois liian kaukaa haetut ideat. Näin tekstistä jää pois kaikki epäolennainen. On hyvä miettiä otsikoita valmiiksi: mistä tulee pääotsikko ja mikä kuuluu alaotsikoihin, sillä otsikot ohjaavat lukijaa kunkin tekstin aiheen kohdalle. Teksti muotoutuu otsikon mukaan ja hyvä otsikko herättääkin mielenkiinnon ja saa lukijan kiinnostumaan tekstistä. Kun teksti kulkee



sidoksissa keskenään eli sen läpi kulkee punainen lanka, on se selkeää, luontevaa ja johdonmukaisesti etenevää. Lopuksi kannattaa myös palata alkuun ja miettiä kenelle teksti on tarkoitettu ja mikä on aihe sekä onko työn aikataulu suhteutettu työmäärään. (Niemi ym. 2006, 123–125, 128.)

Aluksi määrittelimme kohderyhmän. Opas tulisi Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille, koska työntekijöissä on henkilöitä, joilla ei ole hoitotyön koulutusta. Ajattelimme tekevämme oppaan opetusmielessä. Käsitteet ja termit määrittelimme niin, että lukijan on helppo ymmärtää ne (Vilka & Airaksinen 2003, 104). Välinpitämättömyys lukijaa kohtaan ilmenee esimerkiksi ammattislangin tai vieras sanojen käyttämisellä tekstissä. Luettavuus on helpompaa ja ymmärrettävämpää, kun virkkeet ovat yksinkertaisia ja sanasto lukijalle tuttua. Kirjoittajalle tuttu termi, ei ehkä ole tuttu lukijalle ja siksi on otettava huomioon lukijakunnan mahdolliset koulutuserot. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 303–304.) Siksi emme käyttäneet oppaassamme vieraita sanoja, vaan mahdollisimman yksinkertaista kieltä. Halusimme tehdä oppaasta mahdollisimman selkeän sekä helposti, että nopeasti luettavan. Kaikkia asioita ei voi millään sanoa yhdellä ohjeella, joten tyhjää tilaa ei kannata pelätä. Jos paperin kirjoittaa liian täyteen, tulee siitä sekava, eikä lukija saa siitä selvää. (Torkkola, Heikkinen & Tainen 2002, 53.) Rajasimme oppaassa käytettävät asiat mahdollisimman tiiviiksi ja jätimme pois sen mitä emme kokeneet niin tärkeäksi.

Kirjasinkoon ja kirjainten tulee olla helppolukuisia ja sopivan kokoisia. Pääotsikoit voidaan kirjoittaa hieman isommalla fontilla. (Hirsjärvi ym. 2014, 424.) Opas on laajuudeltaan 15 sivua ja se on tehty A4-paperille. Valitsimme A4-koon, koska opas on suunniteltu perehdytyskansion väliin, joka on tarkoitettu A4-kokoisille papereille. Hyvin valitut ja täydentävät kuvat lisäävät luotettavuutta ohjetta kohtaan. Kuvien käyttämiselle täytyy myös kysyä tekijän lupa. (Torkkola ym. 2002, 40, 43.) Käytimme oppaassa Päiväkeskus Pysäkin omaa logoa, joka toistuu esipuhe sivulla ja viimeisellä sivulla. Käytimme kuvaa näillä sivuilla, koska liian täydet sivut ovat epäselvät ja hankaloittavat lukemista. Päätimme, että emme käytä muita kuvia, vaan pidämme oppaan yksinkertaisena.

Tekstin jäsentely ja loogisuus näkyvät kappalejaossa sekä kappaleiden rakentumisessa. Aineiston ryhmittely ja jäsentely luovat tekstistä helposti ymmärrettävän ja luettavan. Kirjoittajan täytyy myös selventää asioita otsikoilla, asiaan kuuluvalla kieliasulla ja kappalejaoilla. (Hirsjärvi ym. 2014, 292–293.) Tekstin voi jakaa palstoihin ja kaksi palstaa on yleensä toimivin ratkaisu (Torkkola ym. 2002, 58). Teoriatietoa käsittelevillä sivuilla käytimme kaksoispalstoitusta, koska mielestämme siten teksti on selkeää ja helppolukuista. Teksti voi olla suoraan puhutteleva ja se syntyy tekstin rakenteesta, passiivimuodosta sekä tekstin laatikoinnista (Torkkola ym. 2002, 37). Laitoimme teoriaosuuksiin loppuosaan laatikot, joissa on jokin tärkeäksi kokemamme asia korostettuna. Tekstissä on myös kerrottu neuvoja kohtaamisiin alkoholidelirium-, päihde- ja mielenterveysasiakkaan kanssa. Tämä sivu on jaettu kolmeen laatikkoon kukin aihealue omaansa, sillä ajattelimme tämän selventävän ja korostavan tekstiä.

Tulkintaa ja ymmärrystä edistävä otsikointi lisää tekstin luettavuutta. Tiivis ja havainnollinen otsikko ei sisällä yhtään turhia sanoja eikä mutkikkaita rakenteita. Kysymysmuotoisia otsikoita voidaan käyttää herättämään lukijan kiinnostusta. (Hirsjärvi ym. 2014, 317–318.) Otsikot voi erottaa tekstistä

esimerkiksi lihavoimalla, isomalla tekstikoolla ja alleviivauksella. Paras korostamisen keino on leipätekstissä korostaminen. Hyvä olisi myös huomioida, että tekstissä ei käytettäisi kovin montaa erilaista erottelutapaa. (Torkkola ym. 2002, 59.) Päätimme käyttää otsikoita mikä, miksi ja miten huomaan, koska näin jokaisella sivulla on yhtenäisesti käyty läpi jokainen aihealue samalla tavalla. Tällainen jaottelu myös selventää mikä mielenterveys- tai päihdehäiriö on kyseessä, miksi se syntyy ja miten sen huomaa asiakkaasta. Käytimme otsikoinnissa myös lihavoimaa sekä alleviivausta, sillä se korostaa otsikkoa tekstistä.

Oppaan kansilehteen halusimme kirjoittaa aiheemme erilaisella fontilla korostaaksemme aiheitamme sekä luomaan mielenkiintoa. Erilaisella tyyllillä kirjoitettu teksti luo mielenkiintoa ja näyttää silmään paremmalta, kuin tavallinen fontti. Jotta se mitä teemme ja kenelle, ei jäisi aiheen varjoon, korostimme sitä tekemällä sen ympärille viivoista ”kehiksen”. Kansilehti ei ole liian raskaan eikä hankalan näköinen, vaan siinä on sopivasti tyyliä ja erilaisuutta.

Värimaailman halusimme pitää mahdollisimman neutraalina. Tärkeitä asioita olemme korostaneet edellä mainituilla laatikoilla. Teemaväriksi valitsimme sinisen eri sävyjä. Valitsimme väriteemamme Päiväkeskus Pysäkin logosta, jossa on sinistä.

Halusimme oppaaseen sisällysluetteloksi tavallisen luettelon, koska lukuja on niin paljon, että muuten luettelosta tulisi sekava. Kolmannella sivulla kerromme esipuheen muodossa oppaan lukijalle mitä opas pitää sisällään, mihin tarkoitukseen se on tehty, ketkä sen ovat tehneet ja mistä saa tarvittaessa lisätietoa. Kävimme aiheet läpi samassa järjestyksessä kuin raportissammekin eli ensin päihdehäiriöt, sitten mielenterveyshäiriöt ja lopuksi asiakkaiden kohtaaminen.

Loppuun kokosimme vielä tärkeitä yhteystietoja, joita päihde- ja mielenterveystyössä mielestämme voi tarvita. Yhteystiedoissa ensimmäisenä on akuuttityöryhmä, yleinen hätänumero, myrkytyskeskus, yhteispäivystys, selviämisasema ja depressiohoitajat, sillä mielestämme ne ovat tärkeimmät numerot, joita mahdollisesti työssä tarvitaan. Lopussa on Sonkajärven, Kiuruveden ja Vieremän palvelut, sillä opas tulee käyttöön näiden alueiden Päiväkeskus Pysäkeille.

Saimme idean keväällä 2014 ja kerroimme siitä opettajallemme. Idea aiheesta syntyi, pohdittuamme ensin, mikä aihe molempia kiinnostaisi ja minne opinnäytetyön voisimme tehdä. Molempia kiinnosti mielenterveys- ja päihdetyöhön soveltuva aihe. Mietimme molempien kesätyöpaikkoja ja huomasimme, että Päiväkeskus Pysäkiltä puuttui opas mielenterveys- ja päihdesairauksista, joka olisi tarkoitettu työntekijöille.

### 7.3 Työn eteneminen

Opinnäytetyön kokonaisuutta on hyvä arvioida ja se on osa oppimisprosessia. Opinnäytetyön idea, aihepiiri, idean kuvaileminen, tavoitteet, tietoperusta sekä kohderyhmät ovat arvioinnin kannalta tärkeitä asioita. (Vilkka & Airaksinen 2003, 154.) Aiheen etsimisen voi aloittaa jo tutusta aihepiiristä tai täysin uudelta alueelta. Jos valitaan aihe jo tutusta aihepiiristä, on sitä kohtaan syntynyt jonkinlainen

kiinnostus ja halu saada lisätietoa ja ymmärrystä sitä kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2014,72.) Aloimme suunnitella aihetta ja teimme aihekuvauksen harjoittelumme aikana keväällä 2014. Kun palasimme takaisin kouluun loppukeväästä, esitimme aihekuvauksen ryhmällemme. Alkukesästä 2014 tapasimme ohjaavan opettajamme, aloimme hankkia tietoa ja teimme tiedonkeruun rajauksen, jossa esitimme mielenterveys- ja päihdesairauksista kertovaa tietokirjallisuutta koulumme kirjastosta sekä internetistä. Kesän 2014 aikana teimme työsuunnitelmaa ja loppukesästä palautimme sen ohjaavalle opettajallemme. Saimme työllemme opponentit omasta ryhmästäme heiltä suoraan kysymällä.

On hyvä kerätä palautetta tavoitteiden saavuttamiseksi kohderyhmältä. Palautteessa on hyvä pyytää kommentteja esimerkiksi oppaan käytettävyydestä, toimivuudesta sekä ulkonäöllisistä asioista. On tärkeää muistaa, että opas on merkityksellinen kohderyhmälle, jolle se tulee. (Vilka & Airaksinen 157, 2003.) Tavoitteemme oli tehdä opas, emme tutkineet asiakkaita esim. haastattelemalla. Tämän vuoksi meidän ei tarvinnut hyväksyttää työsuunnitelmaamme Päiväkeskus Pysäkin hallituksella emmekä tarvinneet lupahakemusta asiakkaiden haastatteluun. Olimme yhteydessä Päiväkeskus Pysäkin toiminnanjohtajaan Eeva–Mari Penttoseen ja Kangaslammin Pysäkin toiminnanohjaajaan Marja Nenolaan ja lähetimme heille luettavaksi työsuunnitelman kommentteja varten. Syksyn 2014 aikana pidimme työsuunnitelmaseminaarin ja hyväksymisen jälkeen aloimme miettimään tarkemmin oppaan rakennetta ja ulkonäköä. Syksyllä teimme hankkeistamissopimukset ja talven aikana rupesimme työstämään opasta.

Tärkeää on myös työn toteuttamistapa, johon kuuluvat tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavat keinot sekä itse aineiston kerääminen (Vilka & Airaksinen 2003, 157). Aloitimme oppaan työstämisen miettimällä, mistä asioista sisältö koostuu. Teimme hahmotelman sisällysluettelosta, jonka pohjalta aloimme kokoamaan oppaaseen teoritietoa. Selvää oli, että opas tulee käsittelemään sisällöltään samoja asioita, kuin mistä olimme työsuunnitelmassakin kirjoittaneet. Oppaan suunnittelun alkuvaiheessa keskityimme pelkästään sisällöllisiin asioihin, emmekä juuri miettineet sen ulkonäöllisiä tekoja.

Oppaan tyyllisissä opinnäytetöissä tulee pohtia käytettyjen materiaalivalintojen ja teknisten taitojen onnistumista. Myös kieliasun pohtiminen, kuten johdonmukaisen ja vakuuttavan tekstin luominen, on tärkeää. (Vilka & Airaksinen 2003, 158–159.) Kun olimme saaneet oppaan raakaversion siihen pisteeseen, että miettimäämme teoritietoa oli riittävästi, keskityimme muokkaamaan raakaversiosta valmiimpaa opasta. Tässä vaiheessa muokkasimme koottua teoritietoa selkeimmiksi ja lyhyemmiksi lauseiksi, sekä otimme täsmentävät otsikot käyttöön. Aloimme siirtää teoritietoa otsikoiden ”mikä”, ”miksi” ja ”miten huomaa” alle. Tässä vaiheessa myös saimme idean, että kokoamme asiakkaan kohtaamisiin liittyvän teorian samaan kohtaan, sekä teemme jokaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta loppuun laatikon, johon koostamme vielä tärkeiksi kokiamme asioita.

Pikkuhiljaa tekstipuoli alkoi olla siinä vaiheessa, että keskityimme ulkonäköön. Kokeilimme erilaisia fontteja ja tekstityylejä, josta sitten valikoitui mielestämme paras. Samaan aikaan suunnittelimme oppaan kansilehteä, joka vei yllättävän paljon aikaa, ennen kuin lopullinen versio syntyi. Oppaan

työstäminen ei syntynyt hetkessä ja huomasimmekin, että monta asiaa täytyi huomioida sen tekemisessä. Lopuksi laitoimme oppaan ja raporttiosan arviointiin yliopettajalle, äidinkielen opettajalle sekä Urkund-tarkistukseen.

Yleisimpiä hoitotieteen julkaisuja sisältäviä tietokantoja ovat esimerkiksi terveystietäminen, Linda, Medic, Cinahl, Medline, Ebsco ja Nelli-tiedonhakuportaali. Näiden tietokantojen käyttäminen on turvallista, koska niiden sisältämät lähteet ovat käyneet läpi kaksoissokkoarvioinnin ja niitä pidetään sen takia tieteellisesti laadukkaina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96–97.) Haimme tietoa oppaaseen YSA-asiasanastosta hakusanoilla mielenterveystyö, päihdetyö, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö, depressio, skitsofrenia, alkoholidelirium, alkoholiriippuvuus, psykoosi, lääkkeiden väärinkäyttö, julkistenpaikkojen pelko, persoonallisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut Ylä-Savon SOTE:ssa. Haimme tietoa pääasiassa netistä sekä kirjoista ja käytimme apuna koulumme kirjaston hakukonetta.

Yleensä suurin opinnäytetyötä tekevän opiskelijan ongelma on aikataulussa pysyminen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 160). Pää tavoitteenamme oli, että opinnäytetyömme valmistuu kevääseen 2015 mennessä. Aikataulussa pysyminen oli yllättävän helppoa ja saimme työmme valmiiksi suunnitelmien mukaan. Valmiin opinnäytetyömme esitämme koulullamme. Päiväkeskus Pysäkeille tulee oppaan lisäksi raporttimme. Julkaisemme opinnäytetyömme myös Theuseus – tietokannassa, mikä on tarkoitettu ammattikorkeakouluissa tehdyille opinnäytetöille ja julkaisuille.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Oppaan pohdinta

Opinnäytetyömme perusidea eli mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kertova opas, on pysynyt lähes muuttumattomana alusta alkaen. Koemme, että se on helpottanut opinnäytetyömme tekemistä ja sen toteutumista. Oppaan tekemiseen on vaikuttanut paljon myös se, että molemmilla opinnäytetyön tekijöillä on ollut selkesti mielessä mihin tarkoitukseen opas tullaan tekemään. Koska opas tulee mahdollisesti päivittäiseen käyttöön Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille, haluttiin oppaaseen todella panostaa. Palkitsevinta työskentelyssä on ollut se, että sitä kohtaan on ollut hyvä vastaanotto toimeksiantajamme puolelta.

Mielenterveys on merkittävä osa terveyttä ja se muodostaa perustan yksilön hyvinvoinnille, kyvyn oman elämän hallinnalle sekä ympäristön tulkinnalle ja siihen sopeutumiselle. Hyvä mielenterveys on ihmisen tärkeä voimavara. Sillä on vaikutusta siihen, että ihminen kokee elämänsä mielekkääksi sekä pystyy solmimaan ja pitämään yllä erilaisia sosiaalisia suhteita. Päihdetyöllä pyritään osaltaan edistämään henkilöiden hyvinvointia ja terveyttä. Ehkäisevällä mielenterveystyöllä sekä ehkäisevällä päihdetyöllä on osittain samoja keinoja ehkäistä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Yhteiskunnan näkökulmasta ajateltuna mielenterveyteen ovat merkittävästi yhteydessä yhteiskunnalliset rakenteet, taloudelliset resurssit ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. (Stengård, Savolainen, Sipilä, Nordling & THL 2009, 7; THL 2010, 7.)

Mielenterveyttä voi heikentää tai parantaa monet eri poliittiset tekijät. Näitä poliittisia tekijöitä ovat esimerkiksi työllisyystilanne, terveyteen, politiikkaan, koulutukseen ja asumiseen vaikuttavat asiat. Tärkeässä ja vaikuttavassa roolissa mielenterveyden kannalta on myös erilaisten yhteisöjen arvoilla ja yksilöiden mielipiteillä sekä asenteilla. Tällaisia esimerkkejä asenteista ja arvoista voisivat olla esimerkiksi se, kuinka suhtaudutaan mielenterveys -ja/tai päihdehäiriöiseen henkilöön ja häiriöihin ylipäätensä, joutuuko näistä häiriöistä kärsivä leimatuksi ja mitenkin keskinäinen arvostus tai oikeudenmukaisuus toteutuu. (Stengård ym. 2009, 7.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä tavoitellaan sitä, että päihhteiden kysyntä, saatavuus ja tarjonta saataisiin vähenemään. Parhaimmassa tapauksessa työllä edistetään päihhteettömyyttä, päihdeongelmista kärsivien henkilöiden oikeuksia sekä vähennetään päihdehaittoja ja päihdeymmärrys lisääntyy. Päihhteettömyyteen tähtääviä ja niiden haittojen vähentämiseen vaikuttavia menetelmiä on monia. Koko Suomen laajuisesti tällaisia menetelmiä ovat valtakunnallisesti tehtävät linjaukset sekä ratkaisut, kuten veromuutokset, mainontaan liittyvät rajoitukset sekä lupavalvonta. (THL 2010, 11.)

Promootiolla eli mielenterveyden edistämällä sekä preventiolla eli häiriöiden ehkäisyllä on merkittävä teoreettinen ja käytännöllinen yhteys. Ne eroavat kuitenkin toisistaan siten, että promootiolla tavoitellaan henkilön mielenterveyden suojelemista sekä parantamista. Preventio puolestaan pyrkii ehkäisemään mielenterveysongelmia ja häiriöitä riskiryhmäläisillä. (Stengård ym. 2009, 7.)

Mielestämme mielenterveys- ja päihdetyössä pitäisi keskittyä paljon enemmän ennaltaehkäisevään työhön sekä juurikin mielenterveyteen vaikuttavien asioiden parantamiseen. Koemme että entistäkin paremmalla panostuksella näihin asioihin, voitaisiin ehkäistä monen yksittäisen henkilön mieleterveyttä ja sitä kautta sairastumisen mahdollisuus voisi laskea. Ehkäisevällä päihdetyöllä puolestaan näemme olevan merkittävästi vaikutusta siihen, millaista ihmisten päihdekäyttäytyminen on ja miten päihteisiin suhtaudutaan. Päihteiden vaaroista ja haitoista tulisi kertoa selkeästi. Päihteidenkäyttäjiä kohtaan suhtautumisen tulisi olla ymmärtäväistä ja päihteettömyyteen tulisi antaa tukea ja kannustusta, ei missään nimessä syyllistää tai olettaa, että henkilö ei koskaan pääse päihteistä eroon. Koemme kuitenkin, että ehkäisevällä mielenterveys- ja päihdetyöllä saadaan yhdessä kaikista parhain hyöty.

Koemme myös tärkeäksi sen, että mielenterveys- ja päihdehäiriöisten asiakkaiden kuntoutuminen ja asuminen avopalvelujen piirissä, kodin omaisessa ympäristössä mahdollistettaisiin. Mielestämme mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotona asumisella on paljon vaikutusta kuntoutumiseen, koska koti on suurimmalle osalle tärkeä paikka, siellä on tietynlainen oma vapaus ja siellä näyttää omalta.

Mielestämme ennakoasenteilla ja mielikuvilla on vaikutusta siihen, kuinka työntekijä kohtaa asiakkaan ja näin ollen rakentaa luotettavan hoitosuhteen. Oppaamme avulla haluamme vaikuttaa nimenomaan asiakkaiden ymmärtämiseen ja vuorovaikutukseen heidän kanssa. Vuorovaikutuksen tärkeydellä on mielestämme vaikutusta asiakkaiden hoitoon ja kuntoutumiseen. Mikäli asiakas pystyy luottamaan työntekijöihin ja kokee saavansa hyvää hoitoa, on sillä hoidon onnistumisen kannalta merkitystä.

Meille oli tärkeää, että opinnäytetyönämme tekemämme opas olisi toimeksiantajamme mieleinen ja heidän toiveensa täyttävä. Tämän vuoksi pidimme säännöllisesti yhteyttä toimeksiantajaamme. Säännöllisellä yhteydenpidolla halusimme varmistaa myös sen, että kaikki Päiväkeskus Pysäkin toivotamat asiat olisi selkeästi ja ymmärrettävästi käsitelty. Koska opas oli tarkoitettu työntekijöiden käyttöön, oli se laadittava kirjoitusasultaan ja termeiltään sen mukaisesti. Mielestämme onnistuimme tässä hyvin ja saimme oppaasta juuri sellaisen, kuin tarkoitus oli. Saimme tehtyä sen teorianäytteen kattavaksi, mutta helppolukuiseksi.

Olemme tyytyväisiä oppaan teoriaosuuteen, koska saimme oleelliset asiat kerrottua lyhyesti ja ytimekkäästi. Mielestämme teoriaosuus ei ole raskasta luettavaa, eivätkä lauseet ole liian pitkiä. Jokaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä koskeva laatikko sivun lopussa tuo oleelliset asiat esille, joten niiden tekeminen oli mielestämme hyvä ratkaisu. Ulkonäköisesti opas on juuri sellainen, kuin ajattelimme. Olemme tyytyväisiä hillittyihin sinisen sävyihin, koska se yhdistyy toimeksiantajamme Päiväkeskus Pysäkin logoon hyvin. Emme halunneet oppaasta sekavaa, liian värikästä ja täyteen kuvia työnnettyä tuotosta, joten olemme tyytyväisiä lopputulokseen. Lopussa olevat yhteystiedot ovat laadittu niin, että alkuun on laitettu yleisiä numeroita jonka jälkeen jokaisen alueen palvelut vielä eriteltyinä. Tähän tyyliin olemme tyytyväisiä, koska mielestämme siitä on helppo ja nopea katsoa yleiset tärkeät sekä oman alueen numerot ja yhteystiedot.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Etiikalla tarkoitetaan ihmisen hyviä ja oikeita tapoja toimia ja elää maailmassa, jossa ympärillä on ihmisiä, joiden kanssa elämää rakennetaan. Ihmiset tekevät erilaisia valintoja, arvioivat ja ohjaavat oman toiminnan lisäksi ympärillä olevien ihmisten toimintaa sekä miettivät toimimiselleen perusteita. Näissä asioissa etiikka auttaa ihmisiä, mutta se ei kuitenkaan anna vastauksia. Etiikka onkin väline ajatteluun ja pohdintaan. Etiikan mukaan jokaisella tulisi olla oikeus ja mahdollisuus tuoda esille omat kokemuksensa, ajatuksensa sekä arvomaailmansa. (ETENE 2001; Kuhanen, Oittinen, Kanner, Seuri & Schubert 2010, 55–56.)

Arvot ja periaatteet ovat tärkeä osa hoitotyötä. Sairaanhoitajan toimintaa ohjaa myös mielenterveys- hoitoyön puolella yhteiset eettiset ohjeet ja periaatteet. Terveydenhuollossa eettiset ohjeet pohjautuvat yhteisiin arvoihin. Keskeisintä ohjeissa on ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava työskentely, ihmiselämän suojeleminen sekä terveyden edistäminen. Hoidon tulee pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai kliiniseen kokemukseen. Eettisiä velvoitteita on kirjattu myös lakeihin sekä säännöksiin. Mielenterveyspuolta ohjaa samojen yhteisien lakien lisäksi myös omat lakinsa. (ETENE 2001, 4–6; Kuhanen ym. 2010, 60–68.)

Asiakkaan oikeudet ovat yksi keskeisimpiä asioita hoitotyössä. Ne ovat tärkeä hoitotyötä ohjaava lähtökohta. Asiakkaan oikeudet velvoittavat työntekijää kunnioittamaan itsemääräämisoikeutta, tasa-arvoa, sekä oikeudenmukaisuutta. (Kangasniemi, Länsimies-Antikainen, Halkoaho & Pietilä 2012, 114.) Mielenterveystyön puolella etiikka on mielenterveyshäiriöiden ominaisuuksiin sekä hoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutuksen erikoislaatuisuuteen liittyvä asia (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hättönen 2014, 56). Opinnäytetyönä tehty opas auttaa Päiväkeskus Pysäkin työntekijöitä toimimaan asiakaslähtöisesti ja heidän tarpeidensa mukaisesti. Se auttaa ymmärtämään, miksi kaikki ihmiset eivät ole samanlaisia ja kuinka erilaiset mielenterveys- ja päihdehäiriöt voivat vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja ajatteluun. Koska kaikilla Päiväkeskus Pysäkin työntekijöillä ei ole ammatillista koulutusta hoitoalalle, on oppaan tarkoituksena antaa konkreettisia ja selkeitä apuja käytännön hoitotyöhön. Tätä kautta opas myös ohjaa ajattelemaan omaa toimintaansa ja sen oikeudenmukaisuutta sekä eettisyyttä. Oppaassa on kerrottu myös, kuinka mielenterveys- ja päihdeasiakkaan onnistunut kohtaaminen olisi hyvä toteuttaa. Tämä edistää paremman hoitosuhteen ja luottamuksen luomista työntekijän ja asiakkaan välillä.

Työntekijät voivat joutua tekemään asiakkaiden luona erilaisia päätöksiä. Onkin tärkeää muistaa, että usein hankalissa tilanteissa päätöksenteko perustuu työntekijän henkilökohtaiseen ajatteluun. On kuitenkin muistettava, että työyhteisöllä on suuri vaikutus siihen, millaisia päätöksiä hankalissa tilanteissa tehdään. (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 14.) Tuomme oppaassa esille tilanteita, joissa on tärkeää tiedottaa muuta työryhmää tai hälyttää paikalle muuta apua. Mielestämme oppaan avulla rohkaisemme toimimaan tilanteissa asiakkaan ja työntekijän edun mukaisesti sekä ymmärtämään, että tiedottaminen asiakkaan tilasta tulee olla jokapäiväisessä hoitotyössä vahvasti läsnä (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 60).

Opinnäytetyöstä tulee olla hyötyä ihmisille eikä se saa aiheuttaa sen tekijälle uhkaa. Tämä koskee myös opinnäytetyötä koskevien ihmisten haavoittuvuutta tai sen arkaluontoisuutta. Työhön osallistuvat ihmiset voivat olla jollakin tavalla alistettuja, vähäosaisia tai voimattomia esimerkiksi sairautensa vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.)

Eettisinä asioina meidän täytyi ottaa huomioon se, että Päiväkeskus Pysäkin työntekijöissä voi olla ihmisiä, jotka itsekin sairastavat jotakin mielenterveys- tai päihdehäiriötä. Meidän täytyi miettiä, että emme kirjoita asioita loukkaavasti tai leimaavasti, emmekä arvostele mielenterveys- tai päihdehäiriöistä henkilöä. Päiväkeskus Pysäkin työntekijät ovatkin useasti palkkatukityössä, työelämävalmennuksessa, työkokeilussa tai kuntouttavassa työtoiminnassa. Opasta tehdessä oli myös otettava huomioon ja tärkeää mainita, että diagnoosin mielenterveyden tilasta tekee aina lääkäri. Tärkeänä oli myös mainita se, että aina epäiltäessä asiakkaan terveydentilassa olevista muutoksista, on syytä kertoa siitä esimerkiksi työkaverille tai toiminnanohjaajalle.

Opinnäytetyösuunnitelmassa kannattaa kuvata luotettavuutta ja eettisyyttä oman työn kautta. On hyvä pohtia, minkälaiset seikat voivat uhata opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä miten aikoo ennaltaehkäistä tai ratkaista mahdolliset eteen tulevat pulmat. (Kylmä & Juvakka 2007, 67.) Työssä noudatetaan tiettyjä hyväksytyjä toimintatapoja. Näitä toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus työssä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Opinnäytetyötä tehtäessä on kunnioitettava muiden tekemiä töitä välttämällä plagiointia ja lisäämällä asianmukaiset lähdeviitteet. Työ suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan rehellisesti. (TENK 2013, 6.)

Opinnäytetyössämme olemme rehellisesti kirjoittaneet mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Olemme kirjoittaneet teorialtietoa eri lähteiden pohjalta ja kertoneet asiat omin sanoin. Emme ole muuttaneet teorialähteiden asiasisältöä meitä miellyttäväksi vaan olemme kirjoittaneet tekstiä rehellisesti lähteistä kooten. Meidän oma kirjoituksemme, ajatuksemme ja pohdintamme on myös kirjoitettu rehellisesti ja kaunistelematta. Yleinen huolellisuus ja tarkkuus näkyvät opinnäytetyössämme selkeästi kirjoitetulla tekstillä sekä asianmukaisesti tehdyillä lähdeviittauksilla ja lähdemerkinnöillä.

Näyttöön perustuvaa toimintaa kuvataan tiedon ongelmalähtöiseksi hyödyntämiseksi ja siinä on yhdistetty paras saatavilla oleva näyttö, kuten esimerkiksi tutkimustieto, kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö tai potilaiden ja asiakkaiden kokemuksiin perustuva näyttö. Sitä voidaan kutsua myös prosessiksi, jossa täsmällisesti määritellyn ongelmaan haetaan systemaattisesti tietoa arvioiden ja muokaten niistä toimintaohjeita. Teoria, tutkimus ja näyttö siis muodostavat erottomattoman kokonaisuuden. (Kylmä & Juvakka 2007, 177.)

Käytettävän tiedon luotettavuus tulee huomioida, kun valitaan opinnäytetyöhön käytettäviä lähteitä. Työn luotettavuutta pyritään parantamaan käyttämällä mahdollisimman ajan tasalla olevaa ja tutkittua tietoa. Mahdollisesti huomioitavia asioita ovat lähdemateriaalin julkaisuaikojen lisäksi uskotavuus ja kirjoittajan tunnettavuus. Opinnäytetyön tekemisen eri vaiheiden ja työn etenemisen läpikäyminen lisäävät sen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109–110.)



Opinnäytetyötä tehdessämme emme käyttäneet plagiointia, lisäsimme asiaan kuuluvat lähdeviitteet ja koko opinnäytetyöprosessin raportoinme rehellisesti. Hankitut aineistot käsittelimme huolellisesti ja tarkasti sekä huolehdimme, että Päiväkeskus Pysäkin asiakkaita ei pystytä tunnistamaan oppaastamme eikä raportistamme. Käytimme opinnäytetyötä tehdessämme ajan tasalla olevaa ja tutkittua tietoa. Luotettavina lähteinä pidimme esimerkiksi väitöskirjoja, Duodecimin sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Reilusti yli kymmenen vuotta vanhaa lähdeaineistoa emme huolineet työhömmä. Jos käytimme työssämme jotakin vanhempaa lähdettä, perustelemme sen sillä, että se sisälsi työhömmä liittyvää tärkeää teoretietoa emmekä löytäneet uudempaa lähdettä. Nykyään tietoa löytyy helposti internetistä, joten lähteitä etsiessä oli oltava kriittinen (Hirsjärvi ym. 2007, 27). Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä onneksi löytyi reilusti tietoa sekä internetistä että kirjallisuudesta. Monipuolisten lähteiden ansioista, olemme saaneet työlle erilaisia näkökulmia, jonka kautta olemme saaneet tehtyä opinnäytetyöstämme hyvän ja kattavan kokonaisuuden.

### 8.3 Ammatillinen kehittyminen

Idea opinnäytetyön aiheesta syntyi melko nopeasti, eikä sitä paljoakaan tarvinnut pohtia. Molemmat olimme heti vakuuttuneita ja varmoja siitä, että tulemme tekemään opinnäytetyömmä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyen. Eikä mennyt pitkäänkään, kun keksimme myös toimeksiantajamme ja sen mitä haluamme tehdä. Tästä alkoikin meidän opinnäytetyöprosessimme.

Opinnäytetyötä aloittaessamme koimme suurimmaksi ongelmaksi sen, että emme vielä tienneet paljoakaan mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Aloimme hakea teoretietoa opinnäytetyöhömmä internetistä sekä oppikirjoista ja opiskelimme itsenäisesti niiden pohjalta. Puolessa välin työtämme myös koulussa alkoi mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnot, jotka tukivat opiskeluamme ja opinnäytetyön tekemistä. Onneksemme kiinnostus aihetta kohtaan jatkui koko prosessin ajan, mikä helpotti työskentelyämme.

Emme ole juurikaan tehneet työtä saman pöydän ääressä, vaan molemmat omilla tahoillaan, koska asumme eri paikkakunnalla. Lopulta tämä järjestely toimikin hyvin ja olemme olleet paljon yhteydessä toisiimme puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Tähän ajanjaksoon sattuneet työharjoittelujaksot ovat osaltaan vaikuttaneet tekemiseen, koska ne ovat vieneet aikaa ja myös kiinnostusta väliaikaisesti pois opinnäytetyön tekemisestä. Välillä on tullut pidempiäkin aikoja, kun opinnäytetyön tekeminen ei ollut niin intensiivistä. Nämä tauot osoittautuivat kuitenkin tärkeiksi, koska niiden aikana pystyi tekemään ajatustyötä pään sisällä, joten kirjoittaminen ja opinnäytetyön tekeminen edistyivät lopulta hyvin.

Olemme oppineet paljon mielenterveys- ja päihdehäiriöistä opinnäytetyötä tehdessämme. Koemme, että opinnäytetyön tekeminen on antanut meille eettistä ymmärrystä, tietoa, taitoa sekä lisäosaamista päihde- ja mielenterveystyöhön. Mielestämme mielenterveys- ja päihdehäiriöitä käsittelevä opinnäytetyö auttaa meitä työelämässä sekä kohtaamaan että työskentelemään mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on paljon, joten näitä henkilöitä tulee kohdat-

tua työelämässä tulevaisuudessa varmasti. Työn ansioista omat ennakkokäsitykset, pelot ja epävarmuus ovat jääneet taka-alalle, joten uskomme, että osaamme kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan vieläkin ammattitaitoisemmin, kun jos emme olisi tätä opinnäytetyötä tehneet.

Mielestämme olemme kehittyneet ammatillisesti tämän projektin aikana paljon. Kuten aiemminkin jo todettiin, olemme saaneet tästä projektista avarakatseisuutta ja ymmärrystä käytännön hoitotyöhön sekä kohtaamisiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Olemme oppineet yhteistyötaitoja sekä sanomaan asioihin omat näkemyksemme ja mielipiteemme. Onneksemme ajatuksemme ovat kulkeneet käsi kädessä ja ne ovat täydentäneet toisiaan, mutta joistain asioista olemme kuitenkin joutuneet keskustelemaan ja sanomaan omat mielipiteemme.

Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut neuvottelu- ja soveltamistaitojamme reilusti. Mielestämme sairaanhoitajan tärkeimpiin taitoihin kuuluu juurikin edellä mainittuja asioita. Sen lisäksi, että olemme paljon keskustelleet keskenämme, olemme tietenkin olleet yhteydessä toimeksiantajaamme, ohjaavaan opettajaamme sekä opponenteihin.

Yhteistyö toimeksiantajamme eli Päiväkeskus Pysäkin kanssa on alusta asti tuntunut helpota ja vaivattomalta. Yhteydenottoja ei ole tarvinnut jännittää eikä pelätä, koska mielestämme opinnäytetyöidealle saama vastaanotto oli alusta alkaen kiinnostunut ja hyvä. Olemme saaneet heiltä hyviä ideoita, ajatuksia ja korjausvinkkejä työhön liittyen. Suurin vastuu ja päätöstentekeminen on kuitenkin ollut meidän, opinnäytetyön tekijöiden vastuulla. Tämä on mielestämme auttanut luottamaan enemmän itseensä ja omiin päätöksentekokykyihin.

Lisäksi olemme saaneet varmuutta omille ongelmanratkaisutaidoille, koska osa hankalista tilanteista on jäänyt meidän päätettäväksi ja ratkaistavaksi. Olemme ajatelleet sen hyvänä asiana, koska tulevaa sairaanhoitajan ammattia ajatellen näistä taidoista on vain hyötyä. Sairaanhoitajana on osattava tehdä päätöksiä ja ratkaista ongelmia itsenäisesti. Yhtä tärkeänä koemme kuitenkin yhteistyötaidot kollegoiden, muiden ammattilaisten sekä omaisten kanssa. Koko opinnäytetyöprosessi on osaltaan ollut yhteistyön tekemistä. Se on ollut yhteistyötä tekijöiden välillä, toimeksiantajan kanssa, opettajien kanssa sekä opponettien kanssa.

Olemme pitkin opinnäytetyöprosessia lähettäneet työtämme luettavaksi ja kommentoitavaksi toimeksiantajalle. On ollut hienoa huomata, kuinka ajatuksemme lopullisesta työstämme ovat kohdanneet ja olemme olleet asioista samaa mieltä. Tämä kertoo mielestämme siitä, että olemme selkeästi osanneet kertoa millaista opinnäytetyötä teemme sekä pitäneet toimeksiantajaamme ajantasalla opinnäytetyöprosessin vaiheista. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa on sujunut kiitettävästi ja olemme tyytyväisiä sen onnistumisesta.

#### 8.4 Jatkokehittämishaasteet

Olemme tehneet oppaan Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille mielenterveys- ja päihdehäiriöistä sekä näiden asiakkaiden kohtaamisesta. Haasteita jatkossa tuo uudet tutkimukset aiheeseemme liittyen.

Tuoreempaa teorian tietoa julkaistaan lisää, joka tarkoittaa sitä että oppaamme teorian tieto ei päivity mukana. Mielestämme olisi hienoa, että opasta voisi hyödyntää jatkossa esimerkiksi pitämällä Päiväkeskus Pysäkille koulutusta oppaassamme käsittelevistä aiheista. Koulutus olisi mielestämme hyödyllinen, koska työntekijät saisivat päivitystä teorian tietämykseensä eikä kaikilla työntekijöillä ole koulutusta kyseisistä asioista.

Koulutuksessa voisi käydä hieman syvällisemmin läpi eri mielenterveys- ja päihdehäiriötä, mutta kuitenkin samalla tyyllillä, kuin olemme oppaammekin tehneet eli selkeästi ja ymmärrettävästi. Ajattelimme myös, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista voisi käytännössä harjoitella. Kokeemme, että hyvä tapa olisi harjoitella kohtaamista erilaisten esimerkkien pohjalta, kuten koulussakin olemme simulaatiotunneilla tehneet.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Aalto, M. & Jokelainen, K. 2010. Alkoholidelirium eli juoppohulluus. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 141-143.

Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäytön eri muodot. Teoksessa Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 7–15.

Alho, H. & Leppävuori, A. 2007. *Alkoholideliriumin hoito* [verkkojulkaisu]. Duodecim [viitattu 11.8.2014]. 169–175. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96220.pdf>

Alho, H. 2012. Huumeiden käytön tunnistaminen ja huumeriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). *Huume ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 52–53.

Atula, S. 2013. *Epilepsia aikuisella* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 17.3.2015]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00012](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00012)

Juvonen, H. & Uksulainen, M. 2013. Osallistamista ja riskinottoa: Mieli 2009 -ohjelman toteutumista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 2009–2011. Teoksessa Bergman, V., Markkula, J., Moring, J., Nordling, E., Partanen, A. & Soikkeli, M. (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä* 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 15/2013. Helsinki: THL. 44–107. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114817>

McGrandles, A. & Duffy, T. 2012. Assessment and treatment of patients with anxiety. *Nursing standards* [verkkojulkaisu]. 5/2012, 48–56 [viitattu 31.7.2014]. Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011545287&lang=fi&site=ehost-live>

ETENE. 2001. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet* [verkkojulkaisu]. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta [viitattu 25.6.2014]. 1–16. Saatavissa: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)

Goldberg, D., Ivbijaro, G., Kolkiewicz, L. & Ohene, S. 2013. Schizophrenia in primary care. *Mental Health in Family Medicine* [verkkojulkaisu]. 10/2013, 231–239 [viitattu 31.7.2014]. Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012414773&lang=fi&site=ehost-live>

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2013. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro.

Heinälä, P., Kuoppasalmi, K. & Lönnqvist, J. 2011. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksen, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 405–470.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2008. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim, 222–244.

Hopia, H., Heinonen, J. & Liimatainen, L. 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa Ranta, I. (toim.). *Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 12–24.

Huttunen, M. 2013a. *Ahdistuneisuus* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 14.8.2014]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00188](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188)

Huttunen, M. 2011a. Alkoholien ja huumeiden väärinkäyttö. Teoksessa Mustajoki, P. (toim.). *Terveysteksti – Hyvinvoinnin abc*. Helsinki: Duodecim, 174–178.

Huttunen, M. 2011b. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Teoksessa Mustajoki, P. (toim.). *Terveysteksti – Hyvinvoinnin abc*. Helsinki: Duodecim, 179–184.

Huttunen, M. 2014a. *Juoppohulluus (F 10.4)* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [4.3.2015]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00376](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376)

Huttunen, M. 2008. *Lääkkeen käytön lopettaminen* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00023](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00023)

Huttunen, M. 2011c. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Teoksessa Mustajoki, P. (toim.). *Terveysteksti – Hyvinvoinnin abc*. Helsinki: Duodecim, 185–188.

Huttunen, M. 2013b. *Paniikkikohtaus* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 1.12.2014]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00405](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00405)

Huttunen, M. 2014b. *Psykoosi (mielisairaus)* [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 30.3.2015]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411)

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T., Lönnqvist, J. & 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 70–133.

Isometsä, E. 2011a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 194–217.

Isometsä, E. 2011b. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 154–193.

Isometsä, E. 2011c. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 218–233.

Kangasniemi, M., Länsimies-Antikainen, H., Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.). *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 112–121.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, P. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro.

Kilkku, N. 2008. *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa* [verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja [viitattu 5.3.2015]. Saatavissa: <https://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. & 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveyskeskuksen päivystyksessä. *Duodecim* [verkkolehti]. 3/2002, 312–316 [viitattu 12.8.2014]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92771.pdf>

Laitila, M. 2010. *Asiakkaan osallisuus päihde- ja mielenterveytyössä* [verkkojulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja [viitattu 5.3.2015]. Saatavissa: [http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveys- ja\\_paihdeetyossa.\\_Fenomenografinen\\_lahestymistapa.pdf](http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys- ja_paihdeetyossa._Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf)

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2008. *Haasteena päihheet – Ammatillisen päihdetyön perusteita*. Helsinki: WSOY.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 12–31.

Leino-Kilpi, H. Kulju, M. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.). *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 51–63.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 134–153.

Marttunen, M. Eronen, M., & Henriksson, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 480–500.

Masennus. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 3.12.2014). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Mielenterveyslaki L 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 17.5.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P3>

Mielenterveysseura. s.a. *Kolmannen sektorin auttavat palvelut* [verkkodokumentti]. Mielenterveysseura [viitattu 20.4.2015]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/kolmannen-sektorin-auttavat>

Miller, M. 2011. What is agoraphobia *Harvard Mental Health Letter* [verkkolehti]. 6/11 [viitattu 3.8.2014]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=0d00be80-ddab-4c51-8943-48120e1deba2%40sessionmgr4001&hid=4207>

Nenola, M. Kangaslammin Pysäkki. Pysäkin toiminnasta [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Riikka Paavilainen. Lähetetty 25.11.2014.[viitattu 26.11.2014].

Niemelä, S. 2011. Alkoholivieroitusoireiden hoito *Duodecim* [verkkolehti]. 13/2011, 1373–1377 [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99631.pdf>

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. *Hyvinvointialan viestintä*. Helsinki: Edita Prima.

Päihdehuoltolaki L 17.1.1986/41. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 23.8.2014]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search\[type\]=pika&search\[pika\]=p%C3%A4ihdehuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search[type]=pika&search[pika]=p%C3%A4ihdehuoltolaki)

Päiväkeskus Pysäkki ry. 2009. Tietoa [verkkodokumentti]. Päiväkeskus Pysäkki ry [viitattu 11.8.2014]. Saatavissa: [http://paivakeskuspysakki.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6&Itemid=3](http://paivakeskuspysakki.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=3)

Sihvola, E. 2010. *Early-onset depressive disorders, related mental health disorders and substance use-a prospective, longitudinal study of finnish twins born 1983–1987* [verkkojulkaisu]. Helsingin yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, kansanterveystieteen laitos. Väitöskirja [viitattu 16.3.2015]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20309/earlyons.pdf?sequence=1>

Sininauhaliitto. s.a. *Sininauhaliitto* [verkkodokumentti]. Sininauhaliitto [viitattu 25.3.2015]. Saatavissa: <http://www.sna.fi/organisaatio/sininauhaliitto>

Skitsofrenia. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2014 (viitattu 2.7.2014). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M., Nordling, E. & THL. 2009. *Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa* [verkkojulkaisu]. Terveyden -ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 23.4.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/106402/Kide%202009%206.pdf>

STM. 2006. *Päihtyneen henkilön akuuttihoito–sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 12.8.2014]. 10. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3524.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3524.pdf)

STM. 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 23.2.2015]. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf)

STM. 2012. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 23.2.2015]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

STM. 2014. *Päihdepalvelut* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 11.8.2014]. Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ ja\\_ terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut)

TENK. 2013. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa* [verkkopublication]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta [viitattu 22.8.2014]. Saatavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/index/humtdklw20130213100450.pdf>

THL. 2010. *Ehkäisevä päihdetyö peruspalveluissa* [verkkopublication]. Terveyden -ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 23.4.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104447/Ehk%C3%A4isev%C3%A4%20p%C3%A4ihdety%C3%B6%20peruspalveluissa.pdf>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.

Tuomola, P. 2012. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjien kohtaaminen. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). *Huume ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 45–50.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. *Sisätaudit*. Helsinki: Sanoma Pro.

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

Vuokila-Oikonen, P. 2002. *Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset* [verkkopublication]. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja [viitattu 16.3.2015]. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514268903/isbn9514268903.pdf>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. *Uudistuva mielenterveystyö*. Helsinki: Edita.



# MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT TUTUKSI

Opas Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille

2015

# SISÄLLYS

---

<b>ESIPUHE</b>	<b>3</b>
<b>PÄIHDEHÄIRIÖT</b>	<b>4</b>
Alkoholiriippuvuus	4
Alkoholidelirium eli juoppohulluus	5
Lääkeriippuvuus	6
<b>MIELENTERVEYSHÄIRIÖT</b>	<b>7</b>
Ahdistuneisuushäiriö	7
Paniikkihäiriö	8
Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia	9
Persoonallisuushäiriöt	10
Masennus eli depressio	11
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	12
Psykoosit	13
Skitsofrenia	14
<b>NEUVOJA KOHTAAMISIIN</b>	<b>15</b>
<b>TÄRKEITÄ YHTEYSTIETOJA</b>	<b>16</b>

Olemme Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja opinnäytetyönämme olemme koonneet oppaan mielenterveys- ja päihdehäiriöistä Päiväkeskus Pysäkin työntekijöille. Oppaan tarkoituksena on antaa työntekijöille tietoa päihde- ja mielenterveyshäiriöistä sekä auttaa ymmärtämään päihde- ja mielenterveyshäiriöitä arkisissa tilanteissa. Painotamme, että opas on työntekijöiden apuna asiakkaiden kohtaamisissa ja häiriöiden ymmärtämisessä, mutta diagnosoinnin tekee aina lääkäri.

Olemme koonneet oppaaseen yleisimmät mielenterveys- ja päihdehäiriöt sekä neuvoja, kuinka kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas. Lopussa on lista hyödyllisistä yhteystiedoista alueittain. Toivomme, että oppaastamme on lukijalle hyötyä.

Opinnäytetyössä käyttämistämme lähteistä löydät lisätietoa raportistamme.

Kiittäen mielenkiinnosta,

*Riikka Paavilainen*

*Marja Korhonen*



## Alkoholiriippuvuus

### MIKÄ?

- Pakottava tarve saada alkoholia jatkuvasti tai ajoittain.

### MIKSI?

- Psykkinen riippuvuus alkoholin käyttöön.
- Voi olla tiedostamattomien tarpeiden tyydyttämistä tai syyllisyyden, huonouden tai masenuksen lääkitsemistä alkoholilla.
- Alkoholia käytetään rentoutumiseen, jaksamiseen, palkitsemiseen tai lohduttautumiseen
- Alkoholilla haluttuaan saavuttaa toisenlainen mielentila, kuin sillä hetkellä on.

### MITEN HUOMAA?

- Henkilö käyttää vieroitusoireisiin ja niiden lievittämiseen alkoholia.
- Mieli keskittyy alkoholin hankintaan, juomiseen ja sen vaikutuksesta selviämiseen.

### **TÄRKEÄÄ TIETÄÄ!**

Alkoholiriippuvuus on kansanterveyden kannalta merkittävä ja pitkäaikainen sairaus.

(57)

## Alkoholidelirium eli

### Juoppohulluus

#### MIKÄ?

- Vuorokauden sisällä kehittyvä sekavuustila, joka voi kestää muutaman vuorokauden.
- Kehittyy runsaan ja pitkittyneen alkoholinkäytön vähennettyä.
- Tila, jossa henkilö on tiedoton, eikä ymmärrä tilannettaan.
- Hoitamattomana hengenvaarallinen.
- Vaatii aina sairaalahoitoa.

#### MIKSI?

- Synä ovat pitkät ja vaikeat vieroitusoireet alkoholista sekä unettomuus.

#### MITÄ TEHDÄ?

- Henkilö saatava nopeasti sairaalahoitoon.
- Soita 112.
- Juoppohulluuteen liittyy 20 %:n kuolleisuus, ellei henkilöä hoideta asianmukaisesti.

#### MITEN HUOMAA?

- Oireita ovat unettomuus, levottomuus, pelokkuus, ahdistuneisuus sekä aistiharhat.
- Vaikeimmissa tapauksissa kehon lämpötila kohoaa, hieneritys lisääntyy ja verenpaine, sydämen syke-taajuus sekä hengitys vilkastuvat.
- Vakavimmissa tapauksissa henkilö voi saada epileptisen kohtauksen, jossa henkilö menettää tajuntansa, saa vartalon ja raajojen kouristuksia. Henkilö voi myös purra kielenensä ja virtsata tai ulostaa alleen. Kohtaus on yleensä ohi muutamassa minuutissa, mutta sen jälkeen voi esiintyä vielä sekavuutta ja jälkiväsymystä jopa tunteja.
- Kuolemaan johtavat syyt ovat tyypillisesti hypertermia eli elimistön liiallinen lämpeneminen, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, infektiot tai sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnan lakkaaminen.
- Jos ollut aikaisemminkin vieroitusoireina sekavuutta, on juoppohulluuden ilmenemisriski suuri.

(57)

## **Lääkeriippuvuus**

### **MIKÄ?**

- Henkilöllä on tarpeeton lääkkeen jatkuva tai pakonomainen käyttö.
- Henkilö ei välitä aiheuttaako käyttö sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja.

### **MIKSI?**

- Henkilölle on kehittynyt psykologinen tai fysiologinen riippuvuus.
- Psykologinen riippuvuus perustuu euforiseen tunteeseen eli aineen tuottamaan hyvään oloon.
- Fysiologiseen riippuvuuteen kuuluu toleranssin kehittyminen eli henkilö tarvitsee väärinkäytettävää lääkettä enemmän.

### **MITEN HUOMAA?**

- Lääkkeenoton lopettamisen jälkeen ilmenevistä vieroitusoireista, jolloin henkilö voi olla mm. kiihtynyt, runsaasti hikoileva, ääniherkkä, pahoinvoiva ja saada lihasnykäisyjä.
- Lopettamisesta johtuvat vieroitusoireet saavat usein jatkamaan lääkkeen väärinkäyttöä.
- Vieroitusoireet muistuttavat masennus-, ahdistus- tai unettomuusoireita.
- Tyypillisiä oireita ovat mm. kiihtyneisyys, hikoilu, pahoinvointi, lihasnykäisy ja ääniherkkyys.

### **YLEISIMMÄT RIIPPUVUUTTA AIHEUTTAVAT LÄÄKKEET**

- Ahdistuneisuuteen ja unettomuuteen käytettävät lääkkeet
- Kipujen ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit eli keskushermoston kautta vaikuttavat vahvat kipulääkkeet.

## **Ahdistuneisuushäiriö**

### **MIKÄ?**

- Ahdistuneisuushäiriössä ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoisista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa.
- Kaikki ahdistuneisuus ei ole ahdistuneisuushäiriötä vaan elämään voi kuulua lievää ja lyhytkestoistakin ahdistuneisuutta.

### **MIKSI?**

- Synnynnäiset syyt, temperamentti, erilaiset kehityksen aikaiset rasitustekijät, stressaavat ja traumaattiset elämäntapahtumat sekä sosiaalisen tukiverkoston vähäisyys.
- Runsas kahvin juonti, tupakointi sekä alkoholin liikakäyttö lisäävät oireiden voimakkuutta tai lisäävät alttiutta ahdistuneisuuteen.

### **MITEN HUOMAA?**

- Sydämentykytyksestä, verenpaineen kohoamisesta, suun kuivumisesta, hengenahdistuksesta, hikoilusta, ruokahaluttomuudesta, palan tunteesta kurkussa, vapinasta, huimauksesta sekä silmäterien laajenemisesta.
- Henkilö välttää ahdistuneisuuskokeumuksia aiheuttavia tilanteita.

(57)

## **Paniikkihäiriö**

### **MIKÄ?**

- Henkilöllä ilmenee usein toistuvia paniikkikohtauksia.
- Paniikkikohtaus kehittyy yleensä alle 10 minuutissa ja kestää alle puoli tuntia.

### **MIKSI?**

- Perinnöllinen alttius, stressi, muutokset elämässä, erot läheisistä tai läheisen kuolema voi laukaista paniikkikohtauksen.

### **KUINKA TOIMIA PANIKKIKOHTAUKSESSA?**

- Rauhoittele asiakasta ja ohjaa hänet pois pelottavasta ympäristöstä.
- Vie rauhalliseen paikkaan lepäämään.
- Seuraile vointia.

### **MITEN HUOMAA?**

- Henkilöllä voi olla voimakas ja äkillinen ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunne.
- Kohtauksen aikana oireita ovat esimerkiksi sydämentykytys, rintakipu, hikoilu, hengenahdistus, tukehtumisen tai kuristumisen tunne, pahoinvointi tai pyörtymisen tunne.
- Liittyy usein myös kuoleman, itsensä menetyksen tai sekoamisen pelkoa.
- Kohtaus voi lauaa aina tietyissä tilanteissa tai aivan yllättäen



(57)

## **Julkisten paikkojen**

### **pelko eli agorafobia**

#### **MIKÄ?**

- Ahdistuneisuuskohtausten vaikutuksesta alkava laaja välttämiskäyttäytyminen.
- Se voi liittyä paniikkikohtauksiin, kuten paniikkihäiriöön ja julkisten paikkojen pelkoon tai paniikkikohtausta lievempiin ahdistuskohtauksiin, kuten julkisten paikkojen pelkoon ilman paniikkikohtausta.

#### **ESIMERKKITILANTEITA, JOTKA AIHEUTTAVAT PELKOJA:**

- Yksin kotoa poistuminen
- Ihmisjoukoissa tai jonossa oleminen
- Sillan ylittäminen tai sillalla seisominen
- Matkustaminen julkisilla kuluvälineillä tai autolla.

#### **MIKSI?**

- Henkilö ahdistuu tietyistä paikoista tai tilanteista, joista ei välttämättä pääse pois oireiden tai kohtauksen tullessa.

#### **MITEN HUOMAA?**

- Henkilö pysyttelee tutussa ympäristössä, välttelee ahdistavia tilanteita ja kestää tilanteet vain voimakasta ahdistusta kokemalla tai jonkun toisen seurassa.
- Pelko aiheuttaa herkästi paniikkioireita, kuten sydämentykytyksiä, hengitysvaikeuksia, hikoamista ja vapinaa.
- Vaikeimmassa tapauksessa henkilön on mahdotonta poistua kotoaan.

(57)

## Persoonallisuushäiriöt

### MIKÄ?

- Ne ovat syvälle juurtuneita, vaikeahoitoisia ja pitkäaikaisia käyttäytymistapoja.
- Suurin osa poikkeavista ajattelu- ja käyttäytymismalleista ovat sellaisia, ettei henkilö itse tiedosta niitä epänormaaleiksi.
- Ovat luokiteltu kolmeen pääryhmään. Yhteistä näille kaikille on persoonallisuuden ja käyttäytymisen häiriöt vähintään kahdella elämänalueella, joita ovat; tiedollinen toiminta, tunne-elämä, impulssikontrolli ja ihmissuhteet.

### **PERSOONALLISUUSHÄIRIÖIDEN KOLME PÄÄRYHMÄÄ:**

**Ryhmä A:** epäluuloinen, eristäytyvä (skitsoidinen), ja psykoosi-tyyppinen (skitsotyyppinen) persoonallisuus. Näitä henkilöitä luonnehtii tietty outous ja erikoisuus.

**Ryhmä B:** epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen, ja narsistinen persoonallisuus. Tyypillisiä piirteitä ovat dramaattisuus, tunnepitoisuus ja epävakaus.

**Ryhmä C:** estynyt, riippuvainen, pakko-oireinen sekä tarkemmin määrittelemätön persoonallisuus ja henkilöt ovat usein ahdistuneita ja pelokkaita.

### MIKSI?

- Käyttäytymistavat alkavat jo lapsuudessa ja nuoruudessa jatkuen aikuisiälle.
- Ne eivät ole seurausta muista mielenterveyssairauksista tai aivo-vaurioista, vaikka voivatkin edeltää muita häiriöitä tai sairauksia.
- Voi ilmetä yhtä aikaa jonkin mielen-terveyshäiriön tai sairauden kanssa.

### MITEN HUOMAA?

- Olennainen piirre on itsepäisen jäykkä kokemisen tai käyttäytymisen tapa.

(57)

## **Masennus eli depressio**

### **MIKÄ?**

- Pysyvämpää masentunutta tunnetta, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päivistä vuosiin.

### **MIKSI?**

- Perinnöllisyys, stressaava elämänmuutos, pitkäaikainen stressi sekä läheisen ihmissuhteen puute voivat laukaista masennuksen.
- Persoonallisuuden häiriöt, tunne-elämässä oleva epävakaumus, vaikeudet itsetunnossa, koulutuksen vähäisyys ja huono tulotaso, tupakointi, humalan hakuinen juominen, krooniset elimelliset sairaudet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt voivat olla syynä masennukseen.

### **TÄRKEÄÄ TIETÄÄ!**

Depressiot eli masennustilat tulee erottaa normaaliin ihmisen tunne-elämään kuuluvista hetkellisistä masennusreaktioista, jotka kuuluvat menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin.

### **MITEN HUOMAA?**

- Henkilö on alakuloinen ja masentunut eikä saa tyydytystä asioista, joita piti aikaisemmin mielekkäinä.
- Jatkuva väsymys vaivaa ja pientenkin asioiden tekeminen tuntuu rasakalta ja saa olon entistä väsyneemmäksi.
- Ajatukset keskittyvät omien tekojen kriittiseen arvostelemiseen ja väheksymiseen sekä jopa kuolemaan ja itsensä satuttamiseen.
- Arkiset päätökset tuottavat hankaluuksia ja jopa lukemiseen tai sosiaalisten suhteisiin ei riitä keskittymiskyky.
- Kiihtyneisyys voi ilmetä esimerkiksi levottomuutena ja tarkoituksettomina liikkeinä, huokailuina tai pakonomaisena kävelynä.
- Voi olla nukahtamisvaikeuksia, aamuyön valvomista, unien pinnallisuutta sekä katkonaisuutta.
- Paino voi laskea tai nousta sen mukaan onko ruokahalu lisääntynyt vai vähentynyt.

(57)

## Kaksisuuntainen mielialahäiriö

### MIKÄ?

- Jaetaan kahteen päätyyppiin; 1 tyyppi ja 2 tyyppi. 1 tyypissä esiintyy maanisia, masennus- ja sekavuusjaksoja ja 2 tyypissä esiintyy masennus- ja hypomaanisia jaksot.
- Sekamuotoisessa jaksossa esiintyy masennus- ja maanisoireiden samanaikainen ilmaantuminen joko vuorottelevasti tai samanaikaisesti.
- Psykoottinen mania on manian kaltainen, mutta siinä on myös psykoottisia oireita ja mahdollisesti myös harhaluuloja tai aistiharhoja.

### MIKSI?

- Lapsuusiällä koetut traumaattiset kokemukset voivat olla syynä sairauden puhkeamiseen.
- Yhtenä syynä voi olla perinnölliset tekijät.

### MITÄ TEHDÄ?

Maniaan liittyvä sekavuustila voi muuttua deliriumin eli juoppohulluuden kaltaiseksi sekavuudeksi, jonka hallitseva oire on äärimmäisyyksiin mennyt kiihtyvyys. Tällöin on syytä hakeutua nopeasti sairaalahoitoon.

### MITEN HUOMAA?

- **Hypomaniassa** henkilön mieliala on yleensä kohonnut tai ärtyisä useita päiviä. Mielialaan liittyy vähintään kolme seuraavista oireista: toimeliaisuuden tai puheliaisuuden lisääntyminen, fyysinen rauhattomuus, keskittymisvaikeuksia, vähäistä unentarvetta, seksuaalinen kiinnostus tai halukkuus kasvaa, lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös sekä lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus.
- **Maniassa** esiintyy samankaltaisia oireita kuin hypomaniassa, mutta voimakkaampana aiheuttaen sosiaalisia haittoja ja toimintakyvyn heikkenemistä. Mieliala on poikkeuksellisen kohonnut eli euforinen.
- **Masennusoireet** ovat lähes samankaltaisia kuin depression eli masennuksen oireet.

(57)

## **Psykoosit**

### **MIKÄ?**

- Erilaisia psykoosityyppejä on skitsofreenityyppinen häiriö, skitsoafektiivinen häiriö, harhaluuloisuus-häiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö sekä muut psykoottiset häiriöt, kuten päihdepsykoosi.

#### **HARHA-AISTIMUKSIA:**

- kuuloelämykset, näkö-, kosketus- sekä hajuharha-aistimukset.

#### **HARHALUULOT:**

- voivat saada henkilön kokemaan itsensä vainotuksi, poikkeuksellisen tärkeäksi henkilöksi ja jopa jumalaksi.

#### **PSYKOOTTISET SUHTEUTTAMISHARHALUULOT JA MERKITYSELÄMYKSET:**

- kokemuksia, joissa henkilö antaa esimerkiksi toisten ihmisten eleille, television kuuluttajille tai esineiden väreille harhantomaisia merkityksiä.

### **MIKSI?**

- Harhaluuloisuutta voivat aiheuttaa keskushermostoon vaikuttavat sairaudet sekä kemialliset aineet.
- Päihdepsykoosissa on kehittynyt päihteiden liiallisesta käytöstä huomattavia aistiharhoja sekä harhaluuloja.
- Alle 30 -vuotiailla huumeet aiheuttavat yleisimmin päihdepsykoosin, kun taas vanhemmilla henkilöillä yleisin päihdepsykoosin aiheuttaja on alkoholi.

### **MITEN HUOMAA?**

- Henkilö on harhainen. Erilaiset halusinaatiot eli harha-aistimukset ja deluusiot eli harhaluulot sekä psykoottiset suhteuttamisharhaluulot ja merkityselämykset ovat näkyvin piirre.

(57)

## **Skitsofrenia**

### **MIKÄ?**

- Tila, jossa henkilön kyky erottaa mikä on totta ja mikä ei, on heikentynyt huomattavasti.
- Tyypillisesti nuorella aikuisiällä alkava vakava mielenterveyshäiriö.
- Vaikuttaa haitallisesti käyttäytymiseen, kognitiivisiin toimintoihin, kuten muistiin, ajatteluun ja oppimiseen sekä emotionaalisiin toimintoihin, esimerkiksi tunteisiin.
- Oireet voidaan jakaa ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin sekä jälkioireisiin.
- Sairautta ei saada parannettua kokonaan.

#### **ENNAKKO-OIREET**

- Alkuvaiheen oireita ovat oudot kokemukset ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella. Välittömän riskivaiheen oireet ovat lievät positiiviset psykoosioireet sekä lyhyet, ohimenevät psykoositilat.

#### **AKUUTTIVAIHEEN OIREET**

- Ns. positiivisina oireina eli psykoottisina oireina: aistiharhat, harhaluulot sekä puheeseen ja käyttäytymiseen liittyvä hajanaisuus.

#### **JÄLKIVAIHEEN OIREET**

- Ns. negatiivisina oireina: tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, mielihyvän tuntemisen kyvyttömyys ja sosiaalisten tilanteiden ongelmat.

### **MIKSI?**

- Altistavia tekijöitä ovat stressi, aliravitseminen, lapsuudessa tai nuoruudessa koetut traumat sekä keskushermostovauriot kuten vamma tai infektio.
- Kannabiksen käyttäminen altistaa psykoosin laukeamiseen ja näin sairastumiseen.
- Perinnöllisyyden osuutta skitsofrenian syyksi selvitellään.

### **MITEN HUOMAA?**

- Henkilöllä voi olla harhaluuloja, aistiharhoja, puheen käyttäytymisen hajanaisuutta, tunneilmaisun latistumista, puheen tuottamisen vähenemistä sekä tahdottomuutta.

## **ALKOHOLIDELIRIUMASIAKKAAN KOHTAAMINEN**

- Ole rauhallinen, johdonmukainen ja ymmärtäväinen.
- Rauhoittele asiakasta ja huolehdi, että hän pääsee hoitoon.
- Huomioi, että asiakas voi olla aggressiivinen, rauhaton ja sekava.
- Huolehdi omasta turvallisuudestasi.

## **PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN**

- Luo avoin ja rehellinen ilmapiiri.
- Huomio käyttäytymisen taustalla olevat oireet ja häiriöt.
- Huomioi, että taustalla voi olla mielenterveydenhäiriö, sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvä ongelma tai somaattinen sairaus, joka tarkoittaa ruumiillista tai elimellistä sairautta.
- Päihtymys ei ole este asianmukaisen kohtelun ja hoidon saannille.
- Huolehdi omasta turvallisuudestasi.

## **MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN**

- Luo avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri.
- Ilmaise asiasi selkeästi ja ymmärrettävästi.
- Huomioi, ettei asiakkaan käyttäytyminen ole välttämättä tahallista, vaan sairaudesta johtuvaa.
- Kohtaa asiakas ihmisenä, mutta muista, että taustalla on sairaus ja sen aiheuttamat oireet.
- Mikäli asiakas käyttäytyy uhkaavasti tai aggressiivisesti, huolehdi omasta turvallisuudestasi.
- Varmista, että saat tarvittaessa toisen työntekijän apua.

**Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut****Akuuttityöryhmä**

Akuuttityöryhmä sijaitsee Iisalmen terveyskeskuksessa, 2. krs

Puhelinnumero 040 761 4400 vastaa ympärivuorokautisesti.

**Yleinen hätänumero**

112

**Myrkytystietokeskus**

(09) 471 977 tai (09) 4711

**Yhteispäivystys**

Iisalmen sairaala, Riistakatu 23

017 272 2346

**Selviämisasema**

Mielenterveys- ja päihdeosasto 6702, Koljonvirran sairaala Ouluntie 217, 74160 Iisalmi.

Hoitajat: 040 489 4799, Osastonhoitaja: 040 178 1949, Potilaspuhelin: 017 272 2064

**Depressiohoitajat**

Vastaanotto sijaitsee Iisalmessa, Riistakatu 22.

Hoitajat: 040 567 5925 ja 040 482 1334, Toimisto: 040 014 4517



## **Kiuruveden palvelut**

Aikuispsykiatrinen poliklinikka antaa mielenterveys- ja päihdepalveluja Kiuruveden terveyskeskuksessa Nivankatu 31.

Toimisto: 040 178 1945

## **Sonkajärven palvelut**

Sonkajärven lähipalvelut sijaitsevat Sonkajärven terveyskeskuksessa.

Aukioloajat ma-to 8–16, pe 8–14.

Hoitajat: 040 037 8322, 040 509 5272 ja 040 709 6397

## **Vieremän palvelut**

Vieremän lähipalvelut sijaitsee Palvelutalo Sotkanhelmessä Yrjölässä Malilantie 11.

Aukioloajat ma-to 8–16, pe 8–14:15.

Hoitajat: 040 170 2667, 040 170 2668

