

”Mä niin tahtoisin ymmärtää”
Puolison tukeminen tiiviissä psykiatrisessa hoitajaksossa

Muistilista avuksi ammattilaisille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivu, hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, Syksy 2017

Maiju Ahonen

Hoitotyö
Lahdensivu

| | | |
|-----------------------|---|-------------------|
| Tekijä | Maiju Ahonen | Vuosi 2017 |
| Työn nimi | Puolison tukeminen tiiviissä psykiatrisessa hoitajaksossa | |
| Työn ohjaaja/t | Marika Ahonen | |

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa check-list tyyppinen lista siitä, kuinka puoliset tulisi huomioida, kun toinen puolisoista sairastuu psyykkisesti. Opinnäytetyön tilaaja oli Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry. Opinnäytetyön tarkoituksena oli parantaa puolisoitten tunnetta tulla kuulluiksi, ymmärretyiksi ja kohdatuiksi kumppanin sairastuttua. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli nostaa esiin ajankohtaista tietoa siitä, kuinka psyykkisesti sairastuneiden puoliset toivoisivat tulevaisuutta kohdatuiksi ja kuulluiksi. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyneen listan avulla ammattilaiset voivat tarkistaa millaisia asioita tulisi ottaa huomioon puolison ja perheen hoitamisessa, kun toinen perheen aikuista on psykiatrisessa hoidossa. Lista on suunnattu erityisesti psykiatrian avopuolelle sekä osastohoitoon.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostui keskeisistä teemoista tuen antamisen ja saamisen ympäriltä. Materiaalina on käytetty erilaisia psykiatrian kirjoja, artikkeleita ja pro gradu-tutkielmia. FinFamin kautta opinnäytetyö sai arvokasta lisätietoa psyykkisesti sairastuneiden ihmisten puolisoilta. Puolisoille järjestetyissä kahdessa tapaamisessa puoliset kertoivat omia kokemuksiaan, kuinka olivat tulleet kohdatuiksi. Puolisot kertoivat myös omat toiveensa, millaista kohtaamista he hoitajilta odottavat ja toivovat.

Check-lista lomake annettiin Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:n käyttöön. Myös mihin tahansa muuhun psykiatriseen hoitoon soveltuva lista on helppo ottaa käyttöön hoitajien ja ammattilaisten tueksi muistutamaan tärkeästä asiasta eli sairastuneen puolison kohtaamisesta inhimillisesti ja lämpimästi.

Avainsanat Psykiatrinen hoito, mielenterveyden häiriö, puoliset

Sivut 61 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Degree programme in nursing
 Lahdensivu

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Author | Maiju Ahonen | Year 2017 |
| Subject | The supporting of the spouse in an intensive psychiatric treatment period | |
| Supervisors | Marika Ahonen | |

The aim of this functional thesis was to provide a check-list-type list of how the spouses should be taken into account when the other spouse becomes mentally ill. The commissioner of the thesis was the registered association called the relatives of mentally ill people of Kanta-Häme. The purpose of the thesis was to improve the spouse's feeling of being heard, understood and met with, after the other spouse became ill. In addition, the purpose of the thesis was to present current information on how the spouses of the mentally ill people would hope to be heard and met with. The output of this functional thesis was a list which helps professionals to check what kind of things should be taken into account when treating the spouse and family when one of the adults of the family is in psychiatric care. The list is targeted especially for psychiatric outpatient care and psychiatric departmental care.

The theoretical framework of the thesis consisted of key themes around giving and receiving support. Various books of psychiatry, articles and pro gradu theses have been used as the material. Through FinFami the thesis received valuable information from the spouses of the people with mental illness. In the two meetings with the spouses, the spouses told their own experiences about how they had been met with by the nurses. The spouses also told their own wishes; what kind of encounter they are expecting from nurses.

The checklist form was given to the use of the registered association called the relatives of mentally ill people of Kanta-Häme. Also, this list, suitable for any other psychiatric treatment is easy to bring into use in support of nurses and professionals to remind of an important issue: that is the encounter of the spouse of the person with mental illness, in a humane and warm way.

Keywords Psychiatric care, mental disorder, spouses

Pages 61 Pages including appendices 2 Pages

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS..... | 7 |
| 2.1 | Opinnäytetyön tilaaja ja yhteistyökumppani omaisjärjestö FinFami | 7 |
| 2.1.1 | Yhteistyön alku opinnäytetyön yhteistyökumppanin FinFamin kanssa.. | 7 |
| 2.1.2 | Ensimmäinen tapaaminen FinFamilla puolisoiden kanssa..... | 7 |
| 2.1.3 | Toinen tapaaminen..... | 8 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS | 8 |
| 4 | MIELENTERVEYS | 9 |
| 4.1 | Mielenterveyttä suojaavat tekijät..... | 10 |
| 4.2 | Mielenterveyttä uhkaavat riskitekijät..... | 11 |
| | PSYKKINEN SAIRAUUS | 12 |
| 4.3 | Masennus..... | 13 |
| 4.3.1 | Masennukseen sairastuminen ja masennuksen oirekuva | 14 |
| 4.3.2 | Masennuksen uusiutuminen | 15 |
| 4.4 | Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito..... | 16 |
| 4.5 | Psykoosisairaudet..... | 17 |
| 5 | PSYKIATRINEN HOITO | 19 |
| 5.1 | Peruspalvelut ja avohoidon eri vaihtoehdot..... | 20 |
| 5.2 | Osastohoito sairaalassa..... | 20 |
| 5.3 | Omahoitajuus..... | 21 |
| 5.4 | Potilaan hoidon eri vaiheet | 22 |
| 5.5 | Laki potilaan asemasta ja oikeuksista | 23 |
| 5.6 | Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito | 24 |
| 6 | PSYKKINEN SAIRAUUS JA PARISUHDE: ” KUN RAKAS IHMINEN MUUTTUU, PARISUHTEENKIN ON MUUTUTTAVA” | 26 |
| 6.1 | Psykoedukaatio | 26 |
| 6.2 | Parisuhteen merkitys ihmiselle | 28 |
| 6.3 | Kun rakas puoliso sairastuu..... | 28 |
| 6.4 | Tietoa puolisolalle ja sairastuneelle sairaudesta | 32 |
| 6.5 | Puolisolle sairausloma sekä masennusta ja ahdistusta lievittävä lääkitys..... | 32 |
| 6.6 | Puolison oma vapaa-aika tärkeää | 33 |
| 6.7 | Taloudellisen tilanteen puheeksi ottaminen | 33 |
| 6.8 | Vertaistukiryhmä psyykkisesti sairastuneen puolisolalle | 34 |
| 7 | PSYKKINEN SAIRAUUS JA PERHE | 35 |
| 7.1 | Perhe | 35 |
| 7.2 | Perhetyö ja perheen saama tuki, kun vanhempi on sairastunut..... | 36 |

| | | |
|--------|---|----|
| 7.3 | Perheen vuorovaikutuksen tukeminen ja perheen voimavarat | 38 |
| 8 | AVUN SAAMINEN PERHEEN KOKEMANA: "KUINKA MEITÄ AUTETTIIN JA TUETTIIN" | 38 |
| 8.1 | Mikä auttaisi perheitä? | 39 |
| 8.2 | Perheen terveyden kokemukset | 40 |
| 8.3 | Perheen osallistuminen hoitoon ja hoitopäätöksiin | 40 |
| 8.4 | Muu kriisi perheessä psyykkisen sairastumisen seurauksena | 42 |
| 8.5 | Kolmen sukupolven ketju | 42 |
| 9 | TUKEA VANHEMMUUTEEN: " KUN TOINEN EI OLEKAAN NIIN PALJON AVUKSI" | 43 |
| 9.1 | Tukea ja apua vanhemmuuteen, kun toinen vanhemmista on psyykkisesti sairastunut | 43 |
| 9.2 | Lapsella riski sairastua, jos toinen tai molemmat vanhemmista ovat psyykkisesti sairaita | 44 |
| 10 | AKUUTIN SAIRASTUMISEN JÄLKEEN:"ELÄMÄMME JATKUU, VAIKKA PALJON ON MUUTTUNUT SAIRAUDEN MYÖTÄ" | 46 |
| 10.1 | Arjen opettelu sairauden kanssa, kuntoutumista psyykkisestä sairaudesta .. | 46 |
| 10.1.1 | Kuntoutuminen parisuhteen haasteena | 46 |
| 10.1.2 | Kuntoutuminen perheen haasteena | 49 |
| 10.2 | Seksuaalisuus pitkäaikaissairaana puolisona | 50 |
| 11 | HOITOHENKILÖKUNTAAN KOHDISTUVIA ODOTUKSIA PUOLISON SAIRASTUESSA... | 53 |
| 12 | TIEDONHAKU OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN AIKANA..... | 54 |
| 13 | POHDINTA..... | 55 |
| | LÄHTEET | 58 |

Liitteet

| | |
|---------|------------------------|
| Liite 1 | Saatekirje puolisoille |
| Liite 2 | Muistilista hoitajille |

1 JOHDANTO

Koko perheen ottaminen mukaan hoitoon tukee psyykkisesti sairastuneen paranemista. Lisäksi puolisoilla on sairastuneesta tärkeää tietoa, jonka avulla hoitohenkilökunnan on helpompi työskennellä potilaan kanssa. Monella psykiatrisen hoidon piiriin tulevalla potilaalla on kumppani, jota puolison sairastuminen koskettaa. Jos sairastunut käy poliklinikalla, hän käy siellä useimmiten yksin, eikä puoliso välttämättä tiedä missä mennään hoidon, lääkkeiden tai muidenkaan hoitoon liittyvien asioiden suhteen. Puoliso elää kuitenkin sairastuneen kanssa yhteistä elämää ja kaikki sairastuneen asiat vaikuttavat suuresti myös häneen.

On todettu, että perheen tilanteen tukeminen ja ymmärtäminen tekevät hoidosta avointa ja kaikille osapuolille hyödyllistä. Psyykkinen sairaus koskettaa parisuhdetta ja koko perhettä. Jos psyykkisesti sairastunut puoliso joutuu sairautensa vuoksi psykiatriseen hoitoon, on todennäköistä, että sairaus on ollut vallalla jo pidemmän aikaa. Tällöin puolison osuus sairastuneen tukemisessa ja avustamisessa on voinut olla perheen arkipäivää ja elämää jo pitkään ennen sairaalahoitoon joutumista.

Aiheeni tilaus tuli Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:ltä. Aiheen valitseminen oli helppoa ja aiheen nähtyäni innostuin siitä heti. Aihe on hyvin tärkeä ja ajankohtainen. On tärkeää, että puoliset huomioitaisiin osana sairastuneen hoitoa. Puoliso on suuri osa ihmisen elämää, eivätkä puoliset voi välttyä hämmennykseltä ja muutoksilta, joita oman rakkaan sairastuminen aiheuttaa parisuhteeseen ja koko perheen elämään.

Olin syksyllä 2016 mielenterveys-/päihdeharjoittelussa psykiatrisen sairaanhoitajan opissa ja huomasin harjoittelun aikana, että psykiatriset sairaudet kiinnostavat minua todella paljon. Harjoittelun aikana päätin, että haluan tehdä myös opinnäytetyön psykiatrisiin sairauksiin liittyen. Opinnäytetyön tilaaja toivoi, että löytäisin mahdollisimman ajankohtaista tietoa siitä, kuinka sairastuneen puoliso tulisi kohdata: mitkä asiat tulisi osata ottaa puheeksi ja huomioida sairastuneen hoidon aikana. Tärkeää olisi, että myös puolisolalla olisi tunne, että hän on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi. Opinnäytetyön tilaaja toivoi tarkistuslistaa, joka olisi ammattilaisten tukena hoitotyössä.

Kun puoliso sairastuu psyykkisesti ja joutuu sairaalahoitoon, on suuri vaara, että myös terve puoliso sairastuu. Terve puoliso joutuu yksin huolehtimaan perheen arjesta ja samalla myös itsestään, että jaksaa tukea sairastunutta. Perheeseen saattaa kuulua myös lapsia, joiden hoitaminen jää terveen puolison vastuulle.

Asennoituminen psykiatrisiin sairauksiin on muuttunut paljon. 1900-luvun alussa mielisairaaloiden olevilla potilailla ei ollut omaisia tukena. Omaiset eivät halunneet pitää sairastuneeseen ihmiseen mitään yhteyttä. Puolisoille saatettiin sanoa suoraan, että kannattaa hakea eroa. Nykyään tilanne

on kuitenkin onneksi toinen ja psykiatrisella osastolla tai psykiatrisen avo-puolen piirissä olevan potilaan puolisoa ja perhettä tulee myös huomioida, auttaa, tukea ja ymmärtää.

Ensimmäinen psykiatrinen avohoitotoimisto perustettiin Suomen Mielen-terveysseuran aloitteesta Helsinkiin jo vuonna 1927. Tämän jälkeen alkoi vähitellen kehittyä ensin sairaaloiden yhteydessä toimivia psykiatrisia huoltotoimistoja jonka jälkeen sairaaloista erillään toimivia mielenterveys-toimistoja. Vuoden 1978 uudistettu mielisairaslaki vahvisti psykiatrisen avohoidon asemaa. Psykiatriset huoltotoimistot muuttuivat mielenter-veystoimistoiksi. Uusina toimintamuotoina tulivat valtionavun piiriin kun-toutus, asuntolatoiminta ja suojatyö. Myös päiväsairaaloiminta liitettiin mielenterveystoimistojen toiminnan piiriin. Mielisairaslain mukaan avo-hoidolla tuli olla vastuullinen ylilääkäri. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 756.)

Käsittelen opinnäytetyössäni kolmea yleistä sairautta, joiden vuoksi poti-laat hakeutuvat psykiatriseen hoitoon. Sairaudet, joita käsittelen, ovat va-kava masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä psykoosisairaudet. Näiden sairauksien lisäksi on suuri määrä muita sairauksia tai häiriöitä, joi-den vuoksi ihminen voi tarvita psykiatrista avohoittoa tai sairaalahoitoa.

Olin profiloivassa työharjoittelussa psykiatrian poliklinikalla akuuttityöryh-mässä. Työharjoittelun aikana opin todella paljon ja kun käyn asioita teori-assa läpi, tuntuu, että asiat loksahavat paikoilleen. Ammatillinen kasvuni, varsinkin viimeisen vuoden aikana on ollut merkittävää ja juuri käytännön tiedon ja teoretiedon yhteen saattaminen on tehnyt osaamiselleni hyvän pohjan.

Opinnäytetyöni tuotoksena syntynyt check-list on lyhyt ja helppolukuinen lista, joka työntekijöiden on kätevä pitää helposti saatavilla.

2 TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS

2.1 Opinnäytetyön tilaaja ja yhteistyökumppani omaisjärjestö FinFami

Työn tilaajana toimii Hämeenlinnan mielenterveysomaiset ry, eli FinFami. FinFami on yhdistys psyykkisesti sairastuneen tai oireilevan ihmisen läheisille.

Menetelmänä käytin vapaamuotoisia haastatteluja sairastuneiden puolisojen kanssa. Tapaamiset järjestettiin FinFamin tiloissa.

Haastattelumenetelmässä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa ja tämä tekee mahdolliseksi joustavuuden aiheiston keräämisen säätelyssä. Haastattelu edellyttää haastattelijalta hyvää suunnittelua ja valmistautumista tilanteeseen. (Hirsjärvi, Remes, Saja-vaara 2010, 204–205.)

2.1.1 Yhteistyön alku opinnäytetyön yhteistyökumppanin FinFamin kanssa

Otin loppukeväästä 2017 yhteyttä FinFamin työntekijöihin. Suunnittelimme psyykkisesti sairastuneiden puolisoille kaksi käyntiä, jotka toteutuisivat alkusyksystä. Laadin kirjeen, jonka FinFamin työntekijät lähettivät henkilöille, joiden ajattelivat olevan kiinnostuneita tämänkaltaisesta kahdesti kokoon-
tuvasta ryhmästä. Puolisoille tarjottiin ryhmän kautta mahdollisuutta päästä kertomaan toiveensa ja ajatuksensa, ja opinnäytetyöni kautta päästä aidosti vaikuttamaan heille tärkeään ja kipeäänkin aiheeseen. Kohderyhmälle kerrottiin opinnäytetyön prosessista ja alun vaiheista sekä opinnäytetyön tarkoituksesta ja lopullisesta tuotoksesta, joka tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä oli muistilistan kokoaminen psykiatrisen hoitotyön ammattilaisille.

2.1.2 Ensimmäinen tapaaminen FinFamilla puolisojen kanssa

Tapaaminen järjestettiin Kumppanuustalolla, jossa FinFamin toimipiste oli tapaamisen aikaan, sittemmin FinFami on muuttanut ja heidän nykyinen toimipaikkansa on Suomen Kasarmi. Kokoonnuimme, esittelimme itsemme ja pidimme lyhyen esittelykierroksen. Tämän jälkeen puoliset saivat kirjoittaa paperille, miten toivoisivat tulevansa kohdatuksi ja mitä asioita kaipaisivat, kun asioivat puolison kanssa psykiatrisen yksiköissä.

Olin jo etukäteen kirjoittanut listaa, jota olin löytänyt etsimistäni materiaaleista. Kun puoliset olivat kirjoittaneet ajatuksensa, aloimme käydä materiaalia yhdessä läpi sekä vertailla, kuinka paljon yhtäläisyyksiä lähdekirjallisuudesta löytyy puolisojen kaipaamien asioiden kanssa. Aloimme myös miettiä, miten asiat tulisi mahdollisimman hyvin ymmärretyksi ja

kuinka hoitohenkilökuntaan päin voisi rakentaa siltaa sen sijaan, että asiat ilmaistaisiin liian voimakkaasti tai katkerasti.

Kokosin puolisoiden kertomat mietteet yhteen keräämällä heidän kirjoittamaansa aineistoa sekä yhdistämällä sitä puolisoiden illassa puhuttuihin asioihin. Aineistosta syntyi check-list tyyppinen lista. Lista lähetettiin omaistyöntekijän kautta puolisoille tarkistettavaksi ja puolisot hyväksyivät listan.

Kohderyhmä oli hyvin innoissaan ja motivoitunut opinnäytetyön aiheesta. He toivoivat, että näin tärkeä aihe saisi valtakunnallistakin näkyvyyttä.

2.1.3 Toinen tapaaminen

Toinen tapaaminen järjestettiin ensimmäisestä tapaamisesta tasan kahden viikon kuluttua. Tapaamispaikka oli toisellakin kertaa FinFamin toimipiste Kumppanuustalolla.

Kerroin puolisoille, millaisia muutoksia listaan oli tullut. Puolisot pitivät listaa hyvänä, koska se oli reilusti tiivistetty alkuperäisestä. Joitain tärkeitä asioita, joita puolisot olivat edellisellä kerralla kertoneet, oli jäänyt heidän mielestään liian pienelle huomiolle ja joistain listan kohdista sai väärän kuvan heidän mielestään. Niinpä kävimme uudelleen läpi, millainen lista olisi ja missä järjestyksessä listan sisältämien asioiden tulisi olla. Tapaaminen oli antoisa ja keskustelua ja muistelua menneistä asioista tuli puolisoilta paljon. Heillä kaikilla oli kuitenkin ajatus, että vaikka jokin asia olisi mennyt huonosti heidän kohdallaan, he haluaisivat kertoa kokemuksiaan, jotta muut eivät joutuisi kokemaan samoja ikäviä tai huonoja asioita.

Tapaamisen loppuun mennessä saimme puolisoiden kanssa valmiiksi hyvän listan, jonka seuraavana päivänä tiivistin ja kokosin vielä yhteen. Lista lähetettiin FinFamin työntekijälle, joka lähetti listan edelleen puolisoille kommentoitavaksi.

Puolisot kommentoivat vielä listaa ja kertoivat viimeiset muutosehdotukset, jotka korjasin listaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tutkinnalliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä sekä järjeistämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallinen opinnäytetyö suunnataan työelämän käyttöön ja tarve opinnäytetyölle on työelämälähtöinen.

Opinnäytetyön tuotoksen pitää pohjautua löydettyyn teorian tietoon. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa helppolukuinen lista ammattilaisten käyttöön psykiatriseen hoitoon ja muihinkin hoitotyön paikkoihin, joissa halutaan huomioida, muistaa ja korostaa puolison osallisuutta sairastuneen hoidon aikana.

Opinnäytetyön tavoitteena oli myös syventää omaa osaamista psykiatrisista sairauksista, psykiatrisen sairauden vaikutuksesta perheeseen ja ennen kaikkea puolison huomioimisesta sairaanhoitajan näkökulmasta, kun toinen puolisoista on psykiatrisen avun tarpeessa.

Tämän työn konkreettinen tuotos on työelämäyhteistyökumppanin käyttöön tarkoitettu ja koottu tiivistelmä eli check-list, jonka sisältö rakentuu kohderyhmän ongelman sekä sen parannustoiveen teorian tiedosta ja teorian tiedon esille tuomisesta. Näistä aiheista koostuu tämän työn teoreettinen viitekehys.

Opinnäytetyön aiheen tulisi olla innostava ja motivoiva opinnäytetyötä tekeväälle, koska se innostaa opiskelijaa koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Tärkeää on miettiä, mitä ongelmaa halutaan ratkaista tämän työn avulla ja keitä ongelma koskee. (Vilka ym. 2003, 38–39, 23.)

Oman työni kohderyhmä on psyykkisesti sairastuneiden puoliset ja aihe sivuaa vahvasti myös koko perheeseen kohdistuvaa vaikutusta, jos toinen vanhemmista sairastuu psyykkisesti. Tämän työn tavoite on tuoda esille ajankohtaista tietoa, millaista tukea on saatavilla ja millaista tukea ihminen tarvitsee, kun puoliso on psykiatrisesti sairastunut ja psykiatrisen sairaus koskettaa puolison lisäksi lapsia ja koko perhettä. Yhteen kootun tiedon avulla ammattilaiset psykiatrisessa hoitotyössä voivat paremmin tukea ja huomioida sairastuneiden puolisoita ja täyttää tarpeita, joita puolisoille nousee esiin hoidon aikana.

4 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on monitahoinen käsite, jota tarkastellaan ja määritellään lähtökohtaisesti mielen sairauden kautta. Katsotaan, että ihminen on mieleltään terve, jos hän pystyy selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, esimerkiksi ihmissuhteista, vapaa-ajasta ja työstä siten, että muut ihmiset, eikä hän itse kärsi. Mieleltään terve ihminen myös toimii yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyjen mallien sekä normien mukaisesti. Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät ja se on koko elämän ajan muuttuva tila. Mielenterveyteen vaikuttavat perimä, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, biologiset tekijät, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnan raken-

teelliset tekijät. Nämä tekijät ovat jatkuvasti keskenään vuorovaikutuksessa synnyttäen uusia voimavaroja sekä kuluttaen aiempia voimavaroja. On tärkeää myös muistaa, että mielenterveys on aina suhteellinen asia. Kukaan ei ole täysin terve tai sairas. Hyvin vaikeastikin häiriintynyt potilas kykenee normaaliin toimintaan tehdessään omia asioitaan, monilla elämän osa-alueilla. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 11–13; Hämäläinen, Kainava ym. 2017, 13; Lönnqvist, Henriksson ym. 2011, 16–17.)

4.1 Mielenterveyttä suojaavat tekijät

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat: ruoka ja suoja, sosiaalinen tuki eli perhe ja ystävät, myönteiset mallit, suvaitsevaisuus, koulutusmahdollisuudet, työ tai muu toimeentulo, työyhteisön tai esimiehen tuki, kuulluksi tuleminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet, toimiva yhteiskuntarakente, turvallinen elinympäristö jne. Suojaavat tekijät lisäävät selviytymiskykyä. Mitä enemmän ihmisellä on mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, sitä enemmän mielenterveysongelmien riski vähenee. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat: myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyvä terveys, riittävän hyvä itsetunto, ongelmanratkaisutaidot, hyväksytyksi tulemisen tunne, oppimiskyky, ristiriitojen käsittelytaidot, vuorovaikutustaidot, mahdollisuus toteuttaa itseään, kyky tyydyttää ihmissuhteisiin, huumori jne. Jokaisella ihmisellä on elämässään oikeus hyvään mielenterveyteen. Ilman mielenterveyttä ei ole hyvää terveyttä. Jokainen ihminen tarvitsee kokemuksia positiivisesta mielenterveydestä elämänsä perustaksi. (Hietaharju ym. 2010, 11–13; Hämäläinen ym. 2017, 13; Lönnqvist ym. 2011, 28–29; Sinkkonen & Kalland 2002, 10–11; Vuorilehto, Larri, Kurki, Hätönen. 2014, 30.)

Ongelmanratkaisutaidot ja koherenssin tunne sisältyvät ihmisen positiiviseen mielenterveyteen. Koherenssin tunne tarkoittaa itsetuntoa ja luottamusta sekä tyytyväisyyttä omaan itseensä ilman, että toivoo muutosta. Lisäksi optimistinen elämänasenne sekä tunne, että omaan elämään voi vaikuttaa, ovat yhteydessä koherenssin tunteeseen. Koherenssia kuvataan myös kyynä solmia, kehittää sekä ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita sekä kohdata vastoinkäymisiä. Kun ihmisellä on riittävästi luottamusta siihen, että tapahtuvat asiat ovat ennustettavia ja selitettävissä olevia, syntyy koherenssin tunne. Mielenterveys ei ole pysyvä tila vaan on jatkuvasti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ihminen joutuu määrittämään mielenterveytensä uudestaan muuttuvissa tilanteissa. Positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat myös ihmisestä itsestään riippumattomat tekijät. (Hämäläinen ym. 2017, 19–21.)

Ravinnon yhteyttä mielenterveyshäiriöihin on tutkittu paljon. Arvioidaan, että kasvis- ja kalapainotteinen ruokavalio ja ruokarytmi, joka on säännöllinen, ovat hyväksi mielenterveydelle. Foolihapon, B-vitamiinin ja kalaöljyjen yhteydestä depression tiedetään kaikkein eniten. Kalat sisältävät omega-3 rasvahappoja, jotka ovat välttämättömiä keskushermoston hermosolujen toiminnalle ja mielialan säätelylle. Vähäisen B-12 vitamiinin

sekä foolihapon saanti lisää mielialan laskun riskiä. (Vuorilehto ym. 2014, 32–34.)

Mielenterveyttä voi tarkastella positiivisesta näkökulmasta: kyky kohdata vastoinkäymisiä rakentavasti niiden aiheuttamasta mielenterveyden häiriöstä tai kärsimyksestä huolimatta. Resilienssi tarkoittaa kykyä ponnahtaa takaisin vastoinkäymisistä toimintakykyiseksi ja työkykyiseksi. Omaa hyvinvointiaan voi edistää monin tavoin, kuten säännöllisellä liikunnalla, kirjallisuuden lukemisella, hyvän tekemisellä, luonnossa liikkumisella sekä mielihyvää tuottavien toimintojen lisäämisellä. Samoin kielteisten tapahtumien tulkinta erilaisesta näkökulmasta voi tarjota mahdollisuuden uuden oppimiseen. (Korkeila 2017, 209–212.)

Defenssit tarkoittavat käyttäytymisen, tunteiden, ja ajatusten tiedostamattomia toimintoja, joiden tarkoitus on välttää tekijöitä tai tilanteita, jotka voivat aiheuttaa ahdistusta. Ihmisen psyykkiset puolustusmekanismit suojaavat psyykkistä tasapainoa silloin, kun ihmisen tietoisuuteen pyrkii liian nopeasti jotakin liian sietämätöntä ja vaikeaa omaksua. Psyykkiset puolustusmekanismit voivat usein sekoittaa vuorovaikutusta ja olla hämmäntäviä. Ne ovat kuitenkin tärkeitä ja tarpeellisia ihmiselle itselleen. Esimerkiksi puolustusmekanismit voivat herättää hämmennystä muissa ihmisissä. Ne antavat epäoikeudenmukaisen ja oudon käsityksen ihmisen käsityskyvystä sekä asenteista. Esimerkiksi vakavasti syöpää sairastava ihminen saattaa tehdä tulevaisuudensuunnitelmia, vaikka kuolema on jo lähellä. On tärkeää muistaa, että puolustusmekanismin käyttäminen auttaa selviämään psyykkisesti ylivoimaisen asian kohtaamisesta. Periaate on, että puolustusmekanismeja ei saa paljastaa ja purkaa väkivalloin. Todellisuutta tuodaan ihmisen tietoisuuteen hellävaraisesti ja kunnioittaen hänelle tarpeellista psyykkistä suojaa. Omahoitajan on tunnistettava defenssit ja pyrittävä ymmärtämään niitä. Psyykkisiä puolustusmekanismeja tarvitaan, jotta ihminen selviäisi psyykkisesti. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 147–150.)

4.2 Mielenterveyttä uhkaavat riskitekijät

Mielenterveyden ongelmiin liittyy monesti terveyden laiminlyöminen kuten: vähäinen liikunta, epäterveellinen ja epäsäännöllinen syöminen, valvominen ja alkoholin liikkikäyttö. Nämä kaikki voivat aiheuttaa mielenterveysoireita. Tiedetään myös liikkumattomuuden haitoista. Liikunta vähentää jopa keskivaikean masennuksen oireita ja ehkäisee masennusoireita. Liikunnasta on helpotusta myös ahdistukseen. (Vuorilehto ym. 2014, 32–33.)

Tiedetään, minkälaiset olosuhteet ovat mielenterveydelle haitallisia. Läheskään kaikki ihmiset, jotka ovat eläneet hankalissa ja haitallisissa olosuhteissa eivät sairastu mieleltään. Osa ihmisistä, joiden kasvuympäristö on suotuista, sairastuu. Perimä, ympäristö, kulttuuri, elämäntapahtumat ja elintavat muodostavat altistavien ja suojaavien tekijöiden verkoston, jossa

ne vaikuttavat monimutkaisella tavalla toinen toisiinsa jatkuvasti. Sama sairaus voi syntyä monella eri mekanismilla, toisaalta samat riskitekijät voivat johtaa moneen eri sairauteen. Psykiatriset sairaudet esiintyvät monesti perheittäin. Kun vanhemmalla on masennus, lapsella on kolminkertainen riski sairastua siihen. Jos masennusta on ollut useammassa sukupolvessa, riski on vielä suurempi. Useimmat psyykkiset häiriöt alkavat nuorena ja ensimmäiset oireet voidaan havaita jo koululaisilla. Silti häiriö tunnustetaan ja hoito aloitetaan monesti vasta vuosien tai vuosikymmenten kuluttua. Siihen mennessä hoitamaton psyykinen sairaus on voinut vaikuttaa ystävyssuhteisiin, parisuhteisiin, ammatinvalintaan, opiskeluun. Samalla myös pysyvyyden tunteet ja itsetunto ovat voineet tuhoutua jatkuvan oireilun seurauksena. (Vuorilehto ym. 2014, 108.)

Päihteet ovat mielenterveydelle vahingollisia. Alkoholi aiheuttaa ahdistus- ja masennusoireita. Monesti ihmiset myös hoitavat stressiänsä päihteillä. Jos alkoholin määrät ovat ongelmia, tärkeää olisi vähentää alkoholin käyttöä oman olon parantamiseksi. (Vuorilehto ym. 2014. 34–35.)

PSYKKINEN SAIRAUUS

Väestöstämme suuri osa, noin 15–20 %, kärsii mielialahäiriöistä elämänsä aikana. Mielialahäiriöiden keskeinen oire on mielialan tai mielenvireen muutos, joka kestää pidempään. Lyhytaikainen tai hetkellinen masentunut mieliala on normaali reaktio erilaisiin menetyksiin ja pettymyksiin. (Hietaharju ym. 2010, 39.)

Puolitoista prosenttia suomalaisista sairastuu vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön eli psyykkiseen sairauteen. Mielenterveyshäiriöön liittyy psyykkisiä oireita. Lähes kaikki häiriöt muodostuvat monesta samanklaisesta oireesta, jotka yhdessä saavat aikaan oireyhtymän. Aluksi voi olla vaikea erottaa yksittäisiä oireita ohimenevistä tunnetiloista, kuten pettymystä seuraavasta alakulosta, ihmissuhdekriisistä johtuvasta ärtymyksestä tai tilapäisestä henkisestä pahoinvoinnista. Kun oireet pitkittyvät ja aiheuttavat kärsimystä tai toimintakyvyn laskua, saattavat oireet viitata johonkin psyykkiseen sairauteen. Lievimät häiriöt vaikuttavat arkielämään vain vähän ja menevät ohi itsestään. Vakavimmat mielenterveyden häiriöt voivat viedä kokonaan toimintakyvyn ja sulkea sairastuneen ihmisen yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Usein sairastuneet ovat itse tietoisia häiriöstä, mutta joillekin sairauksille on tyypillistä, että sairastaja ei tunne itseään sairaaksi tai voi nähdä kärsimystä tuottavat ongelmat ympäristössä. (Vuorilehto, Larri, Kurki, Hätönen 2014, 106; Lönnqvist ym. 2011, 22–23.)

Mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy selvä todellisuuden tajun hämärtyminen ja jota voidaan pitää psykoosina. (Hietaharju ym. 2010, 172.)

Ihmisellä on luontainen taipumus pyrkiä tasapainoon muuttuvissa ja uusissa tilanteissa. Uuden omaksuminen ja vanhoista asioista luopuminen vaatii aikaa. Sairastuneen pitää sopeutua omaan sairastumiseensa, sillä sairastuminen on muuttuva elämäntilanne. Sama koskee tilannetta, kun ihminen tervehtyy. Kun sairaudessa on löytynyt tietty tasapaino, siitä tasapainosta on luovuttava tervehtyessä. Sairaus sekä sulkee pois asioita elämästä, mutta myös avaa ovia, jotka eivät aukea terveenä. Myös tervehtymiseen liittyy vastarintaa ja vastustusta. (Hietaharju ym. 2010, 107–108.)

Mielenterveyden ongelmilla on tapana ilmentyä monella tavalla. On joka-päiväisiä vaikeuksia, jotka painavat mieltä sekä uhkaavat henkistä hyvinvointia. Epämääräinen pelko voi ahdistaa. Raja sairauden terveyden välillä on liukuva, mutta siitä huolimatta erityyppiset mielenterveyden häiriöt pyritään määrittämään selkeästi. (Huttunen 2015; Lönnqvist ym. 2011, 13.)

Mielenterveyden häiriöt ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaan. Häiriöt tunne-elämässä, ajatustoiminnassa ja käytöksessä ovat ominaisia psykiatrisille häiriöille. Häiriöiden taustalla on usein erilaisia psyykelle sieltämättömiä tunnetuloja. Pelkoa, surua, häpeää, ahdistusta, avuttomuutta, vihaa tai syyllisyyttä. Tunteiden ilmaisemisen kyky on ihmiselle välttämättöntä, mutta jos tunteet ilmaantuvat liian voimakkaina tai pitkittyneinä, ne lamauttavat ihmisen tai saavat hänet käyttäytymään haitallisella tavalla pakonomaisesti. Fyysisessä sairaudessa vika on aina jonkin elimen toimintatavassa, samoin joissakin psykiatrisissa sairauksissa syy voi olla esimerkiksi aivojen rakenteessa. Yleisempää kuitenkin on, että psykiatrisissa sairauksissa ongelman ydin ei olekaan aivojen biologisessa rakenteessa, vaan opituissa reaktioissa ja erilaisissa muistikuvissa. Moni voi myös pelätä oman mielenterveytensä menettämistä. Tiedon avulla voidaan vähentää ennakkoluuloja. Vaikka ihminen kärsisi vakavistakin mielenterveyden ongelmista, hänen elämänsä voi silti olla laadukasta, mielekästä ja monipuolista. Sairaus asettaa omat rajoituksensa, mutta vakavista ja pitkäkestoisistakin psykiatrisista sairauksista voi parantua. (Huttunen 2015.)

4.3 Masennus

Depressiota eli masennusta voidaan pitää yhtenä merkittävimmistä kansantaudeista Suomessa. Arviolta 5–6 % suomalaisista kärsii tällä hetkellä masennuksesta. Depressio on Suomessa yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Depressio voi johtua monesta eri syystä, eikä se ole sairastuneen syytä. Depressio ei myöskään ole välttämättä minkään yksittäisen tekijän aiheuttama. (Hietaharju & Nuutila 2016, 39; Hämäläinen 2017, 272–274; Jaatinen ym. 2013, 312.)

Hyvin keskeinen oire masentuneella ihmisellä on masentunut, surullinen, ärtyinen tai tyhjä mieliala ja lisäksi alentunut kyky tuntea mielenkiintoa tai mielihyvää. Lisäksi voi esiintyä muita oireita, kuten unettomuutta tai väsy-

mystä, laihtumista, painonnousua, keskittymis- ja muistivaikeuksia, levottomuutta, seksuaalista haluttomuutta, toivottomuuden tai arvottomuuden tunteita tai vakavimmissa tilanteissa itsemurha-ajatuksia tai kuolemantoiveita. Tärkeää on erottaa masennustila tavanomaisista mielialan vaihteluista, jotka liittyvät elämän erilaisiin pettymyksiin tai menetyksiin. (Huttunen 2016.b; Jaatinen ym. 2013, 313.)

Masennus on tunne, jonka jokainen tuntee kokiessaan menetyksiä, pettymyksiä tai epäonnistumisia. Masentunut mieliala on tunne, vire joka kestää viikkoja tai kuukausia, ja siihen liittyy mm. energisyyden laskua, mielialan laskua, toimintakyvyn vähenemistä, mielihyvän kokemisten tai tuntemisen vähenemistä, seksuaalisten toimintojen häiriintymistä, levottomuutta, aiheettomia syyllisyyden tunteita, väsymystä ja voimattomuutta. (Hietaharju ym. 2016, 40; Lönnqvist ym. 2011, 154–158.)

4.3.1 Masennukseen sairastuminen ja masennuksen oirekuva

Masennushäiriöt, masennustila ja pitkäkestoinen masennus eli dystymia ovat kansanterveyden kannalta merkittäviä sairauksia. Lisäksi edellä mainitut aiheuttavat yksilölle suurta kärsimystä. Masennushäiriöt ovat hyvin yleisiä. Vuonna 2011 yhdellä kymmenestä aikuisesta oli masennushäiriö. Erytisesti naisten masennushäiriöiden esiintyminen on lisääntynyt. Lievät masennusoireet, naissukupuoli, nuori ikä ja lapsuuden vastoinkäymiset ovat uusien masennusjaksojen riskitekijöitä. Masennushäiriöihin liittyy kaksinkertainen kuolemanriski. Syynä siihen ovat fyysiset sairaudet ja terveyskäyttäytyminen. Masennuksen ehkäisyyn sekä masennusjaksojen hyvään ja laadukkaaseen hoitoon on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. (Markkula & Suvisaari, 2017; Hietaharju ym. 2016, 39-40.)

Uusin tutkimus viittaa siihen, etteivät perintötekijät pelkästään aiheuta depressioon sairastumista. Kuitenkin perintötekijät voivat jossain määrin altistaa depressiolle, varsinkin yhdessä erilaisten ympäristötekijöiden kanssa. Ne muuttuvat merkityksellisiksi vasta silloin, kun ihminen altistuu erilaisille epäsuotuisille ja stressaaville elämäntapahtumille. Varhaislapsuudessa koetut menetykset ja turvattomat olosuhteet vaikuttavat siihen, miten ihmisen aivot muotoutuvat ja mitkä perintötekijät pääsevät vaikuttamaan aivojen muotoutumiseen. Turvalliset ja rakastavat ihmissuhteet ovat tärkeitä erityisesti perintötekijöiltään haavoittuville lapsille, koska ne saattavat estää myöhemmän sairastumisen. Laukaisevia tekijöitä depressioon sairastumiselle ovat esimerkiksi stressi, univaje, ihmissuhdeongelmat, työttömyys, sairaudet, menetykset, suru, loukkaantumiset, päihteet ja alkoholi. Depression voi aiheuttaa myös rikoksen uhriksi joutuminen tai pitkäaikaiseen fyysiseen sairauteen sairastuminen. (Hietaharju ym. 2016, 41; Hämäläinen ym. 2017, 272–275.)

Masennustilat ovat oirekuvansa vakavuuden suhteen hyvinkin eriasteisia. Sen mukaan masennustilat voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen depressioon eli masennukseen. Oirekuvan vaikeusaste

heijastuu toimintakykyyn. Lievästä oirekuvasta kärsivä kykenee tavallisimmin käymään töissä, vaikkakin työssäkäynti vaatii enemmän ponnistuksia, sillä toimintakyky on jonkin verran alentunut. Keskivaikeasta masennuksesta kärsivän henkilön toimintakyky on selvästi heikentynyt ja monesti keskivaikeasta masennuksesta kärsivä henkilö tarvitsee sairaalomaata. Vaikeasta tai psykoottisesta masennustilasta kärsivä on työkyvytön ja tällöin henkilö tarvitsee tiivistä tukea, monesti myös sairaalahoitoa. (Hietaharju ym. 2016, 43; Hämäläinen ym. 2017, 272–274.)

Psykoottisissa masennustiloissa henkilöllä ilmenee harhaluuloja tai syyttäviä kuuloharhoja. Harhojen sisältö koostuu depressiivisistä aiheista. Joskus, mutta harvemmin masennustiloissa ilmenee myös skitsofrenialle, skitsoaffektiiville ja harhaluuloisuushäiriöille tyypillisempiä harhaluuloja, aistiharhoja, kuten mm. erilaisia merkityselämyksiä, vaikutusharhaluuloja ja harhaluuloja ajatusten lähettämisestä ja vastaanotosta. Masennustiloihin voi liittyä yksittäisiä tai toistuvia mania- tai hypomaniajaksoja, jolloin mieliala on jatkuvasti ja epänormaalisti kohonnut. Tällöin kyseessä on kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Huttunen 2016.b)

Henkilö joka kärsii lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta, ei välttämättä olemukseltaan näytä sairastavansa depressiota. Vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa käytös on huomattavan poikkeavaa. (Hietaharju ym. 2016, 43.)

4.3.2 Masennuksen uusiutuminen

Masennusjakso kestää keskimäärin 3 – 4 kuukautta. Potilaista jopa 15 – 20%:lla on pitkittynyt tai krooninen taudinkuva. (Markkula & Suvisaari, 2017.)

Masennuksesta toipumisessa omahoitajasuhde, toivon ylläpitäminen ja toivottomuuden vähentäminen ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä. Jos potilas on masennuksen vuoksi sairaalahoidossa, hoitajalla tulisi olla herkkyyttä kannustaa ja tukea potilasta juuri sen verran, että potilas tulisi autetuksi ajallaan, mutta saisi kuitenkin toivoa herättävän kokemuksen myös siitä, että voi itse selvitä. Hoitajan tulee kannustaa ja motivoida potilasta ottamaan omasta elämästään vastuuta, jotta potilas alkaisi toipua. (Hämäläinen ym. 2017, 275; Lönnqvist ym. 2011, 171–172.)

Masennustiloilla on suuri alttius uusiutua. Toivuttuaan vakavasta masennustilasta on henkilöllä noin 50 %:n mahdollisuus sairastua myöhemmin uudelleen masennusjaksoon. Ilman hoitoa kahden sairastetun vakavan masennusjakson jälkeen kolmannen sairausjakson todennäköisyys on jo yli 70 %. Kolmannen sairausjakson jälkeen uusiutumiseriski on jo yli 90 %. Masennusjaksojen uusiutumiseriskiä voidaan merkittävästi vähentää asianmukaisella hoidolla. Masennustilat ovat keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Varsinkin toistuvat masennustilat aiheuttavat kärsimystä sekä sai-

rastuneille, että heidän läheisilleen. Masennustilat ovat keskeinen syy työkyvyttömyydelle sekä alentuneelle työkykyisyydelle. Lisäksi masennustiloihin liittyy selvästi kohonnut riski itsemurhaan. Noin 5 % masennustiloista kärsivistä tekee itsemurhan. Vakava-asteisissa masennuksissa riski itsemurhalle on jopa 15-20 %. (Huttunen 2016.)

4.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito

Kaksisuuntainen (bipolaarinen) mielialahäiriö (aiemmin nimitykseltään maanis-depressiivinen häiriö), on sairaus, jolle on ominaista toisiaan vaihtelevin väliajoin seuraavat mania- ja masennusjaksot. Sairausjaksojen välillä henkilö voi olla täysin oireeton, mutta mahdollista on, että hän kärsii lievistä masennus- tai muista oireista. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen on tärkeää, koska hoitamattomana se voi lisätä somaattisia sairauksia ja yksilön stressiä. Sairauden hoitamattomuus saattaa johtaa työpaikan menetykseen, omanarvontunteen heikkenemiseen, sosiaalisten suhteiden menetykseen ja häpeään. (Hämäläinen ym. 2017, 280; Hietaharju ym. 2016, 55-56; Jaatinen ym. 2013, 314.)

Taipumus kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kulkee usein suvussa eli sairaus on perinnöllinen. Suomessa noin 1,2 % aikuisväestöstä sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Taudin lievempää muotoa voi olla huomattavasti enemmänkin, koska sitä on vaikea diagnosoida. Tyypillinen ikä, jolloin kaksisuuntainen mielialahäiriö puhkeaa, on 15–35-vuoden iässä. Potilailla esiintyy lieviä ensioireita, joita voivat olla esimerkiksi lievät hypomaaniset oireet ja masennukset jaksoittain. Usein kaksisuuntaisen mielialahäiriön syntyyn liittyy jokin psykologinen kuormitustekijä ihmisen elämässä. Sellainen voi olla esimerkiksi elämäntilanteen muutos, päihteidenkäyttö tai liiallinen valvominen. (Hietaharju ym. 2016, 56; Holmberg 2016, 29–30.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eivät eroa oirekuvaltaan tavallisista masennustiloista, on mahdollista, että ne ovat kestoltaan kuitenkin lyhyempiä ja niissä voi esiintyä muita masennustiloja yleisemmin psykoottisia oireita, ruokahalun kasvua, lihomista sekä ajatusten ja liikkeiden hidastumista. Lääkehoidon kannalta on tärkeää tietää, onko kyseessä kaksisuuntainen mielialahäiriö vai muu masennustila. Manian tyypillinen piirre on, että potilaalla on vähintään viikon yhtäjaksoisesti ollut jakso, jossa hänen mielialansa on kohonnut normaalista poikkeavalla tasolla. Usein kohonneeseen mielialaan liittyy myös ärtyisyys. Lisäksi aktiivisuus, puheliaisuus, itsetunto ja ajatuksen kulku ovat voimakkaasti kohonneet. Unentarve vähenee ja henkilöllä saattaa olla suuruuskuvitelmia sekä hän on keskittymiskyvytön ja hajanainen. Usein saattaa olla myös rahan tuhlaamista, vaarallisiin asioihin osallistumista, hyperseksuaalisuutta tai sopimattomasti käyttäytymistä. Hypomania on maniaa lievempi muoto, jonka oireet muistuttavat maniaa, mutta ovat kuitenkin lievempiä. Hypomaniassa oireet eivät ole koskaan mielisairauteen verrattavia eli psykoottisia. Hypomaniajakson erottaminen persoonallisuuden rakenteeseen liittyvistä

mielialan vaihteluista on usein varsin vaikeaa. (Huttunen, 2016; Jaatinen ym. 2013, 314; Vuorilehto ym. 2014, 146–147.)

Maanisen potilaan käytös poikkeaa hänen aiemmasta käytöksestä voimakkaasti. Joskus maanista ihmistä voidaan luulla nousuhumalaiseksi tai huumeita käyttäväksi. Maaninen ihminen saattaa ajautua tekemisiin sellaisten ihmisen kanssa, joiden kanssa hän ei tavallisesti olisi tekemisissä ja joita hän jopa saattaisi tavallisesti pelätä tai karttaa. Maaninen ihminen on uhkarohkea ja hänellä on korostunut itsetunto ja itseluottamus. (Hietaharju ym. 2016, 56–59.)

Perusedellytys sairauden hallinnalle on kyky hyväksyä alttiutensa sairastua toistuviin mania- ja depressiojaksoihin. Asianmukaisella lääkityksellä oireet voidaan useimpien kohdalla olennaisesti vähentää tai jopa estää kokonaan. Myös elämäntapojen muutoksella on suuri rooli sairauden itsehoitossa. Monet sairaudesta kärsivät ovat täysin oireettomia sairausjaksojen välillä. Mahdolliset uusiutuvat sairausjaksot ovat huomattavasti helpompia hallita, jos sairastumisalttiudesta kärsivä oppii tunnistamaan uusiutuvalle sairausjaksolle ominaiset esioireet tai varomerkit. Varomerkkejä voivat olla esimerkiksi mielialan, unen tarpeen, energisyyden, keskittymiskyvyn, seksuaalisen mielenkiinnon tai itsetunnon pienet muutokset. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivälle on hyvin arvokasta, jos hänen puolisonsa, vanhempansa tai ystävänsä voivat tukea häntä eri vaiheissa sairautta. Puoliso tai hyvä ystävä huomaa manian esioireet ennen hoitavaa lääkäriä. Puolisoiden välejä voi kiristää, jos kaikki riidat tai pienet vaihtelut mielialassa nähdään aina ensioireina sairaudelle. (Huttunen, 2016; Hietaharju ym. 2016, 58–59; Vuorilehto ym. 2014, 148–149.)

Maaninen vaihe vaatii usein sairaalahoitoa, koska maaninen potilas käyttäytyy usein liian rohkeasti, saattaa ajautua vaikeuksiin ihmissuhteissa, saattaa käytöksellään aiheuttaa jopa tuhoa omalle elämälleen eikä potilaan käytöstä kotioloissa voi hillitä eikä valvoa. Potilas on loppuvaiheessa maniassa äärimmäisen kiihtynyt, ärtyisä ja jopa aggressiivinen. Tällöin kyseessä on maaninen psykoosi. Potilasta ei saa nukkumaan ja rauhoittamaan suurillakaan lääkemannoksilla. Asianmukaisella hoidolla sairausjaksojen toistumista ja kestoa voidaan vähentää huomattavasti. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan ihmisen mielialaa seurataan keskustelun lisäksi oiremittareilla, kuten BDI:llä ja oiremittareilla, joilla voidaan arvioida kohonnutta mielialaa. (Huttunen, 2016; Hietaharju ym. 2016, 58–59; Vuorilehto ym. 2014, 148–149.)

4.5 Psykoosisairaudet

Erilaisten aistikokemusten vääristymät, kuten aistiharhat ja illuusiot voivat ilmetä monilla ihmisillä varsinkin nukahtamisvaiheessa tai stressitilanteissa ilman, että ovat kuitenkaan luonteeltaan psykoottisia. Ihminen ymmärtää vääristyneen eli illusorisen luonteen tälle tuntemukselle. Psykoottisena kokemuksena sama koetaan todellisena ilmiönä eikä ilmiötä pysty

kyseenalaistamaan. Jos henkilön käytös tai puhe on outoa ja eriskummalista, voidaan hänen käyttöksensä määritellä psykoottiseksi ilman harha-aistimuksia tai harhaluuloja. Psykoottinen puhe voi olla joskus hyvin seikkaperäistä ja yksityiskohtiin takertuvaa, kuin joskus taas täysin epäloogista tai hajanaista. Hyvin monissa sairauksissa voi ilmetä psykoottisia oireita. Näitä sairauksia ovat mm. skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, depressiot tai maniat. Monissa neurologisissa sairauksissa ja joskus myös joissakin aineenvaihduntasairauksissa voi ilmetä psykoottisia oireita. Sekavuustiloissa, eli delirium-tiloissa tai dementian vakavimmissa muodoissa psykoottiset oireet ovat myös yleisiä. (Huttunen, 2016, d; Hämäläinen ym. 2017, 253-255.)

Psykoosi tarkoittaa sitä, että yksilö tulkitsee muita ihmisiä ja ulkopuolista todellisuutta poikkeavalla tavalla, koska hänen havainto- ja ajatuskykynsä ovat tavalla tai toisella vääristyneet. Psykoosi on tila, jossa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt. Ihmisen on psykoosissa vaikea erottaa mikä on totta ja mikä ei, vaikkakin toisinaan ihminen pystyy joillakin osa-alueilla toimimaan jäsentyneesti. Käyttäytyminen psykoosissa saattaa olla vaikeasti ymmärrettävää tai hajanaista. Psykoottisia oireita ovat erilaiset aistiharhat eli hallusinaatiot, kuten kuulo-, tunto- ja näköharhat, ajattelun ja puheen häiriöt, eristeiset käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt, kognitiiviset puutokset sekä harhaluulot eli deluusiot. Psykoottisella ihmisellä oirekuvassa saattaa olla unihäiriöitä, ahdistuneisuutta, epäluuloja ja pelkotiloja. Pitkään sairastaneilla potilailla tunne-elämän latistuminen, toimintakyvyn lasku ja eristäytymistäipumus kuuluvat oirekuvaan. (Hämäläinen ym. 2017, 253–254; Lönnqvist ym. 2011, 54 & 581–582; Hietaharju ym. 2016, 88-90.)

Psykoosiin ja skitsofreniaan sairastuminen voidaan ymmärtää ja selittää alttius-stressi eli haavoittuvuus-stressimallilla. Sen mukaan skitsofrenia ja psykoottiset oireet voivat puhjeta henkilöillä, joilla on varhaiskehityksen tuoma tai perinnöllinen alttius sairastumiseen. Varhainen keskushermoston kehityksen häiriö altistaa psykoosiin sairastumiselle. Psykoottisten oireiden puhkeamiseen vaikuttavat lisäksi myös henkilön ulkoiset ja sisäiset stressitekijät sekä traumaattiset kokemukset. Kannabiksen käyttö laukaisee psykooseja. (Hämäläinen ym. 2017, 253–254; Lönnqvist ym. 2011, 54 & 581–582.)

Skitsofreniaan sairastuu 0,5–1,5 % väestöstä. Skitsofrenia puhkeaa joko vähitellen tai äkillisesti. Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveyden sairauksista, joka vaikuttaa emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin haitallisesti. Se vaikuttaa voimakkaasti myös käyttäytymiseen. Vaikka skitsofrenian hoito on kehittynyt, liittyy häiriöön edelleen omaisten ja etenkin potilaan kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Sairastumista edeltää yleensä ennako-oireita joita saattavat olla ahdistuneisuus, univaikeudet, pelokkuus, sosiaalisista tilanteista kärsiminen ja vetäytyminen sekä poikkeavat käsitykset ympäristöstä ja itsestä. Ennako-oireista

kärsivä henkilö tulee saada hoitoon mahdollisimman nopeasti, sillä sairau-
den ennustetta voidaan parantaa huomattavasti riittävän varhaisella hoi-
dolla ja lääkityksellä. Hoidolla voidaan vaikuttaa psykoosin puhkeamiseen
ja uusiutumiseen. Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatii-
visiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat normaalien psyykkisten toimintojen
häiriintymistä kuten harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe ja käytös.
Negatiiviset oireet ovat normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä
tai puuttumista. Tyypillisiä tällaisia oireita ovat tahdottomuus, tunneilmai-
sun latistuminen ja puheen köyhtyminen. (Hämäläinen ym. 2017, 254;
Lönnqvist ym. 2011, 70–72; Hietaharju ym. 2016, 92-93.)

5 PSYKIATRINEN HOITO

Yhteistyö alkaa, kun hoitotyöntekijä saa tiedon hoidettavasta ihmisestä.
Tavallisesti ihminen tulee hoitoon, koska hän ei enää pärjää ilman apua
psyykkisten ongelmiansa kanssa. On normaalia, että potilas sortuu hoidon
alussa käyttämään päihteitä. Tällä tavoin hän saavuttaa kadotetun turval-
lisuuden tunteen. Potilas monesti haaveilee, että hoitotyöntekijä muuttaisi
hänet, elämänmuutosta ei tarvitsisi tehdä tai ettei esimerkiksi päihteiden
käytöstä tai tehottomista mielen oireiden hallintakeinoista tarvitsisi luo-
pua. (Holmberg 2016, 73.)

Hoidossa alkuvaihe on tutustumista, kontaktin luomista ja tiedonkeruuta.
Aluksi pyritään saamaan potilaasta ja hänen hoidostaan kokonaiskäsitys.
Hoitosuhte perustuu aina luottamukselle. Hoitajan tulee osoittaa hoidet-
tavalle erityistä luotettavuutta ja välittämistä. Elämäntilanteen selvittely
vie alusta aikaa. Aktiivinen kuuntelu ja potilaan kunnioittaminen ovat etu-
sijalla. Hoitajan ei kuitenkaan tarvitse olla samaa mieltä potilaan kanssa.
(Hietaharju ym. 2010, 102–103; Vuorilehto ym. 2014, 66–67.)

Omaisten ja läheisten kysymyksille ja kertomuksille on annettava myös ti-
laa ja heidän hätänsä ja huolensa on otettava huomioon. Akuutisti harhai-
nen, psykoottinen potilas monesti peittelee sisäisiä ääniään, eikä ole halu-
kas puhumaan niistä ennen kuin luottamus hoitajaan on syntynyt. Potilas
saattaa vetäytyä, hymyillä itsekseen ja katsella ulos ikkunasta. Nuoret po-
tilaat saattavat kuunnella musiikkia kovalla, jotta äänet heidän päässään
eivät kuuluisi. Äänet voivat olla hauskoja, mutta ne voivat myös olla kärke-
viä tai haukkuvia tai jopa vaativia. Potilas saattaa joissain tilanteissa odot-
taa paikoillaan, jotta saa ääniltä luvan esimerkiksi syömiseen tai johonkin
muuhun toimintaan. (Hietaharju ym. 2010, 102–103.)

Hoitotyöntekijän itsestään antama ensivaikutelma potilaalle on tärkeä. Se
sisältää pieniä asioita hoitotyöntekijän eleissä, ilmeissä, reagoititavoissa,
ulkoisessa olemuksessa ja mielipiteissä. Hoitajan kannattaa kiinnittää nii-
hin huomiota ja muokata käytöstään ensikohtaamisessa asiakkaan, hoito-
ympäristön ja tilanteen mukaan. Asiakkaat olettavat yleensä, että hoitaja

suhtautuu heihin ammattimaisesti, ystävällisesti, kohteliaasti ja kunnioittavasti. Lukuun ottamatta ammattimaisuutta, samaa pitäisi voida odottaa potilailta itseltään sekä hänen läheisiltään hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Holmberg 2016, 74.)

5.1 Peruspalvelut ja avohoidon eri vaihtoehdot

Mielenterveysongelmien hoidossa terveydenhuollon peruspalvelut ja avopalvelut ovat ensisijaisia. Ensisijainen hoitopaikka mielenterveysongelman hoidossa on perusterveydenhuollon peruspalveluissa. Kun nämä arvioidaan riittämättömäksi, seuraavina hoitopaikkoina ovat perusterveydenhuollon erityispalvelut ja erikoissairaanhoidon järjestämä avohoito. Monilla paikkakunnilla on avohoidon palveluina tarjolla monipuolisia, liikkuvia ja ihmisen arkeen kuuluvia palveluita -esimerkiksi eri nimikkeillä toimivia psykoosiryhmiä. Nämä työryhmät pystyvät ottamaan nopeasti hoitovastuun potilaasta ja tekemään esimerkiksi kotikäynnin potilaan luona arkipäivänä pyynnön tultua. Keskussairaaloiden päivystysyksiköiden yhteydessä joillakin paikkakunnilla on toiminnassa myös psykiatrisia akuuttiryhmiä, jotka voivat tavata potilaan heti päivystyskäynnin yhteydessä. (Hämäläinen ym. 2017, 68–69 & 165–166; Holmberg 2016, 72.)

Avohoidossa on käytössä myös erilaisia välimuotoisia palveluita, esimerkiksi päiväsairaala tai päivätoimintaa. Näissä palveluissa mielekäs tekeminen tukee potilaan pärjäämistä avohoidossa. Monipuolisuus avohoidossa voi lyhentää sairaalahoidon tarvetta tai mahdollistaa sairaalahoidon välttämisen kokonaan. Hyvin vaikeistakin tilanteista on mahdollista selvitä avohoidon tarjoaman tuen avulla. Jo tieto siitä, että potilas saa apua, voi lievittää hänen tilannettaan. Joustava yhteistyö eri tahojen välillä on tärkeää. Se on potilaan etu ja sen avulla voidaan suunnitella tarpeenmukaisesti ja yksilöllisesti juuri sopiva hoito potilaalle eikä palveluketju hoidossa pääse katkeamaan. Hoitosuhteella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan ihmisen välistä suhdetta. Suhde on vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, jossa molemmat osapuolet ovat vastuullisia pyrittäessä sovittuun päämäärään. (Hämäläinen ym. 2017, 68–69 & 165–166; Holmberg 2016, 72.)

5.2 Osastohoito sairaalassa

Sairaalahoitoa järjestetään, kun avohoidon palvelut eivät riitä. Sairaalahoidon tarjoamat palvelut ovat tärkeä osa mielenterveyshoitotyötä. Sairaala- paikkoja on oltava riittävästi niille potilaille, jotka sairaalahoitoa tarvitsevat, mutta sen ei tule olla ensisijainen hoitomuoto vaan lähinnä tuki avohoidon palveluille. Sairalahoidot ovatkin pääsääntöisesti lyhyitä, esimerkiksi viikosta kahteen viikkoa kestäviä hoito- ja tutkimusjaksoja. Jokaisen potilaan kohdalla on tärkeää arvioida sairaalahoidon todellinen tarve. Aina kuitenkin psykoottinenkaan potilas ei tarvitse sairaalahoitoa, vaan avohoidon tuki voi hyvin riittää. Sairaalahoito voi toteutua osastolla, jolla on

erityisosaamista tietyistä mielenterveysongelmista, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaista tai psykosomaattisesta oireilusta. Psykiatriset osastot sijaitsevat yhä useammin yleissairaaloiden yhteydessä ja suositus on, että tähän tulisi myös pyrkiä. Sairaalahoittoa voidaan tarjota myös terveyskeskusten vuodeosastoilla psykososiaalisten kriisien hoidossa. (Hämäläinen ym 2017, 69–70.)

Ennen sairaalahoittoon toimittamista selvitetään potilaan elämäntilanne ja mahdolliset lisätoimet joita voi olla. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi potilaan lasten tilanteen huomioiminen. Saatteena potilaan sairaalaan toimittamiselle toimii terveyskeskuksen, psykiatrian poliklinikan, mielenterveys-toimiston, yksityisen lääkärin tai somaattisen sairaalan lähete tai tarkkailulähete, jossa arvioidaan potilaan tarvitsevan psykiatrista sairaalahoittoa oireidensa vuoksi. Potilaan sairaalaan ottamisesta päättää osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri päivystysaikana. Tavallisella läheteellä tulevan potilaan hoito tapahtuu alusta lähtien vapaaehtoiselta pohjalta. Tarkkailuläheteellä tuleva potilas voidaan laittaa tarkkailuun, kun mielenterveyslain mukaiset kriteerit tarkkailuun ottamiseen täyttyvät. (Hämäläinen ym. 2017, 70–71; Holmberg 2016, 71–72.)

Sairaalahoidossa tärkeää on sairauteen liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä sairastumiseen liittyvien ajatusten ja tunteiden käsitteleminen. Potilasta tuetaan aktiivisesti osallistumaan omaan hoitoonsa, sen toteuttamiseen ja suunnitteluun sekä arvioimiseen. Yhteistyösuhteen luottamuksellisuus, turvallisuus ja jatkuvuus ovat tärkeitä edellytyksiä hoidon onnistumiselle. (Hämäläinen ym 2017, 70–71; Holmberg 2016, 73–74.)

Psykoottinenkaan potilas ei aina välttämättä tarvitse sairaalahoittoa vaan avohoidon tuki voi olla riittävää. (Hämäläinen ym. 2017, 69.)

5.3 Omahoitajuus

Omahoitaja tarkoittaa potilaalle nimettyä tai hänen valitsemaansa hoitotyöntekijää, jonka tarkoituksena on toimia potilaan avustajana ja luotettuna tukijana hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Hoitaja on ulkopuolinen, luotettava ja turvallinen ihminen, joka toimii potilaalle ”peilinä” ja auttaa häntä jäsentämään omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Hoitosuhteessa fokus on aina potilaassa ja hänen kokemuksissaan. (Hietaharju ym. 2006, 124.)

Omahoitaja on työryhmän jäsen ja toteuttaa hoitoa, josta kuitenkin vastaa lääkäri. Omahoitajalla on erikoislaatuinen yhteistyösuhde potilaansa kanssa ja he tekevät tiimin sekä lääkärin kanssa yhteistyötä hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamiseksi. Monesti omahoitajalla on työpari, joka on korvaava hoitaja. Korvaava hoitaja huolehtii potilaasta silloin kun omahoitaja ei ole paikalla. Omahoitaja kerää tietoa potilaalta ja hänen läheisiltään, nivoo hoitotyön yhteiseen kokonaishoitosuunnitelmaan ja toteuttaa sekä arvioi sitä yhdessä hoitotiimin ja potilaan kanssa riittävän usein. Omahoitajan tehtävänä on tiimikokouksissa tuoda esille potilaan

mielipiteet, toiveet, hoidontarpeet ja edistyminen. Omahoitajuus ei ole ystävyyssuhde. Omahoitaja ei tuo omia tunteitaan tai mielipiteitään esille eikä asetu kenenkään puolelle tai ketään vastaan. Omahoitaja kuuntelee ja kuulee potilasta aktiivisesti: hän ei väitä vastaan, väittele potilaan kanssa tai keskeytä potilasta. Lähtökohtana hoitosuhteelle on todellinen halu auttaa potilasta. (Hietaharju ym. 2016, 123–125.)

Hoitosuhteen alkaessa potilas ja hoitaja ovat vieraita toisilleen. Potilas miettii, voiko hän luottaa tähän ihmiseen, joka haluaa tietää henkilökohtaisia asioita elämästään. Luottamuksen syntymistä edistävät ystävällisyys, rehellisyys, hoitajan avoimuus sekä turvallinen ja lämmin ilmapiiri. On tärkeää, että potilas tuntee häntä kunnioitettavan ja hänen mielipiteitään kuunneltavan. (Vuorilehto ym. 2014, 67–69.)

Hoitosuhteessa tulee usein esille hyvinkin arkaluonteisia asioita potilaasta ja tämän läheisistä. Tämän vuoksi ei ole hyvä, jos omahoitaja on jostain muustakin yhteydestä tuttu ihminen. Se myös voi vaarantaa salassapidon tai tuoda siihen epävarmuutta. (Hietaharju ym. 2016, 129.)

Omahoitajuutta on tärkeää tuoda esille. Huolenaiheena siinä vain on, että muuttuuko omahoitajuus syyllistäväksi hoitajuudeksi, jolloin omahoitajan niskaan yksin voi laittaa hoitoon liittyviä ongelmia. Koetaan, että omahoitajat ovat tärkeä apu henkilökunnan ja perheiden välisessä kanssakäymisessä. (Nursing standard 2013.)

5.4 Potilaan hoidon eri vaiheet

Alkuvaiheessa potilaan hoito on kokonaisvaltaista huolenpitoa, jossa tarkkaillaan, onko potilas aikaan ja paikkaan orientoitunut, syökö potilas riittävästi ja saako hän tarpeeksi nesteitä. Monesti peseytyminen, hygieniasta huolehtiminen ja vaatteiden valinta kaipaavat hoitajilta tukea. Potilaiden vuorokaudenrytmi ja ajantaju voivat olla pahasti hukassa ja hoitaja pitää huolta, että koko päivä ei mene sängyssä makaamiseen ja nukkumiseen. (Hietaharju ym. 2010, 102–103; Holmberg 2016, 73-76.)

Lääkityksen alkuaika voi olla vaikeaa, koska potilas saattaa olla sairauden tunnoton, hän voi tehdä vastarintaa tai pelätä lääkitystä ja hoitoa. Tässä tilanteessa tärkeää on hoitajan rauhallisuus ja rohkaiseva asenne. Lääkkeen vaikutuksesta kertominen helpottaa tilannetta. Hoitajan työhön kuuluu lääkkeen vaikutusten sekä mahdollisten sivuvaikutusten tarkkaileminen ja seuraaminen. Ammatillisen äidillinen huolenpito eli holding luo hyvin suhdetta eristäytyväänkin potilaaseen. Hoidon on tärkeää olla kokonaisvaltaista. Tällöin hoitaja ja potilas tulevat toisilleen merkitykselliseksi. (Hietaharju ym. 2010, 140–141; Holmberg 2016, 75.)

Alun jälkeen tulee symbioottinen työvaihe, jossa luottamus potilaan ja hoitajan välille on syntynyt ja se näkyy potilaan antamana luottamuksena hoitajalle. Potilas kertoo hänelle tärkeistä asioista, tunteista ja kokemuksista.

Sekä potilas että hoitaja työskentelevät yhdessä potilaan parantumisen eteen. Hoitaja on asiantuntija, jolta potilas saa tietoa toipumisestaan ja sairaudestaan. Tässä kohdassa hoitoa potilaan läheiset ja perhe ovat tärkeitä ja vuorovaikutussuhteiden heikkoudet ja voimavarat tulevat näkyville. Hoitajan on tässä tilanteessa tärkeä tukea potilasta, että hän osaisi tunnistaa ja korjata ihmissuhteitaan. Potilaan voimavarojen parantuessa ja hoidon edetessä hoitoon tulee mukaan yhä useampia osallistujia: toimintaterapeutti, psykologi, ryhmien ohjaajat, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, perhetyöntekijä sekä muita terapeutteja. Tärkeä osuus toipumiseen on myös hoitoyhteisöllä sekä potilastovereilla. Riippuvuussuhde hoitajaan ei tule liian merkitykselliseksi, jos potilasta ohjataan osallistumaan ryhmiin ja pitämään enemmän yhteyksiä läheisiinsä sekä perheeseensä. (Hietaharju ym. 2010, 140–141; Holmberg 2016, 84-85.)

Hoitosuhteen päättäminen on myös tärkeä vaihe hoidossa. Kun potilas on saavuttanut sovitut tavoitteet, sekä hoitajan, että potilaan on kyettävä luopumaan hoitosuhteesta. Hoitajan on muistettava, että potilas itse kantaa vastuun omista toimistaan hyvinvointinsa tukemiseksi. Hoitojakson loppuessa käsitellään potilaan kanssa vielä uudelleen sairastumisen varomerkkejä eli merkkejä, jotka viittaavat voinnin huononemiseen tai sairauden uusiutumiseen. Hoitajan kannattaa aina pyytää omasta toiminnastaan palautetta potilaalta, jotta hän voi näin kehittää omaa ammattitaitoaan. (Vuorilehto ym. 2014, 68–69; Hietaharju ym. 2016, 142.)

5.5 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta. Silloin potilaan kanssa on yritettävä päästä yhteisymmärrykseen muusta lääketieteellisesti hyväksyttävästä hoitokeinosta. Jos potilaan tilanne on sellainen, ettei hän pysty itse päättämään hoidostaan esimerkiksi psykoottisuuden tai tajuttomuuden vuoksi, pyritään potilaan tahto selvittämään hänen läheisiltään ennen tärkeiden hoitopäätösten tekemistä. Jos potilaan läheisillä ei ole tietoa potilaan tahdosta, hoidetaan potilasta hänen etunsa mukaisesti. Itsemääräämisoikeus kuuluu kaikkien ihmisten perusoikeuksiin. Itsemääräämisoikeus turvataan jokaisen suomalaisen kohdalla. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu

- yhdenvertaisuus
- oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen sekä koskemattomuuteen
- yksityiselämänsuoja
- liikkumisvapaus
- uskonnon- ja omantunnonvapaus
- omaisuudensuoja
- oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin
- oikeus sosiaaliturvaan
- oikeusturva

Oma määräsvalta tuntuu itsestään selvältä silloin, kun ihminen on terve. Silloin, kun ihminen ei ole kykenevä itse päättämään omia asioitaan joudutaan itsemääräämisoikeutta pohtimaan. Potilaan sairaus vaikuttaa hänen kykyynsä ymmärtää omia voimavarojaan tai huolehtia ja hoitaa läheisiään. Tällaisia syitä voivat olla psykoottisen ihmisen kyvyttömyys yksin huolehtia lapsista tai maniaa sairastavan ihmisen kontrolloimaton rahan käyttö. Henkilöt, jotka kärsivät mielenterveyshäiriöistä, ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Heidän kohdallaan on erityisen tärkeää ottaa huomioon heidän oikeutensa määrätä heidän omista asioistaan. Itsemääräämisoikeutta tulee rajoittaa vain lain perusteella ja vasta sitten, kun mitkään muut keinot eivät ole auttaneet. (Vuorilehto ym. 2014, 60–61; Finlex n.d.)

5.6 Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyslain (13.12.1990/1116) tarkoituksena on varmistaa potilaan oikeusturva ja hänen oikeutensa hoitoon. Laki on tarpeellinen mielisairauden poikkeuksellisen luonteen vuoksi. Sairastunut ihminen voi olla sairaudentunnoton ja vastustaa hoitoa. Hoitoon vasten tahtoa määräämisen edellytyksiä on kolme: mielisairaus, hoidon tarve ja muiden mielenterveyspalvelujen riittämättömyys sairauden hoitamiseksi. Ihminen on mahdollista ottaa tahdonvastaiseen hoitoon päihdehuoltolain (41/1986) ja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella. Päihdehuoltolain 11 pykälä mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä kuitenkin sovelletaan käytännössä hyvin vähän. Mielenterveyslain mukaista tahdonvastaista hoitoa on pyritty vähentämään viime vuosina ja sen sääntelyä tarkistetaan jatkossa edelleen. (Holmberg 2016, 69; Hietaharju ym. 2010, 172; Valvira n.d.; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Härmäläinen ym. 2017, 72–73.)

Lääkärin pitää lain mukaan lähettää henkilö tarkkailuun sairaalaan jo silloin, jos on riittävä syytä epäillä, että hoitoon määräämisen edellytykset täyttyvät. Jotta ihminen voidaan lähettää tarkkailuun, siihen ei vaadita, että jo terveyskeskuksen tasolla pitäisi olla ehdottoman varma henkilön sairauden luonteesta ja aiheesta tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tämän tulkinnan avulla halutaan varmistaa mahdollisesti sairaudesta kärsivän potilaan oikeus hoitoon ja hänen lähiympäristön ihmisten turvallisuus. (Huttunen 2016; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Härmäläinen ym. 2017, 73–79.)

Tutkimuksen tehnyt lääkäri kirjoittaa potilaalle M1-tarkkailulähetteen psykiatriseen sairaalaan. Sairaalan lääkäri tekee tutkimuksensa perusteella tarkkailupäätöksen ottaa potilas enintään neljäksi päiväksi sairaalaan tarkkailuun, (tarkkailuun ottamisen voi estää potilaan humalatila. Tällöin psykkistä tilaa ei voida arvioida luotettavasti.) Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailusta lääkäri tekee kirjallisen M2-tarkkailulausunnon havainnoista ja siitä, ovatko tahdonvastaisen hoidon edellytykset olemassa. Vas-

tentahtoisen hoidon tarpeesta tekee M3-päätöksen sairaalan vastaava yli-lääkäri. Ennen päätöstä selvitetään potilaan oma mielipide hoidontarpeesta. Jos M3-päätös ei täyty, potilas voi myös jäädä vapaaehtoiseen hoitoon, mikäli hoidon tarvetta on. (Hietaharju ym. 2016, 25; Valvira n.d; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Hämäläinen ym. 2017, 73–77.)

Päätös on voimassa kolme kuukautta, mutta jos hoidontarve lakkaa, tahdonvastaisen hoidon päätös tulee purkaa ennen sitä. Jos tahdonvastaisen hoidon tarve vielä jatkuu kolmen kuukauden jälkeen, ennen kolmea kuukautta on käynnistettävä uusi prosessi sairaalassa tarkkailuajasta. Tarkkailuaika on kaikkiaan neljä päivää. Päätös alistetaan tässä tapauksessa hallinto-oikeudelle. Se on enintään puoli vuotta voimassa. Jos potilas haluaa tehdä valituksen hallinto-oikeudelle, potilasta avustetaan siinä. (Hietaharju ym. 2016, 25; Valvira n.d; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Hämäläinen ym. 2017, 73–77.)

Päätös tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä perustuu lain mukaan aina kolmen eri lääkärin näkemykseen hoitoon määräämisen tarpeellisuudesta. (Huttunen 2016.a; Valvira n.d; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Hämäläinen ym. 2017, 73–77.)

Psykoottinen, alle 18-vuotias henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon samoin kriteerein kuin aikuinenkin. Lisäksi alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon myös, vaikkei hänen mielenterveydenhäiriö olisikaan psykoottinen, mutta jos hän on vakavan sairaustilansa vuoksi sairaalahoidon tarpeessa. Tällaisia tilanteita voi olla esimerkiksi, jos nuorella on vaikea-asteinen itsetuhoisuus, vakava-asteinen syömishäiriö tai vakava-asteiseen mielenterveyden häiriöön liittyvä itsetuhoisen päihteiden käyttö. Täysi-ikäistä henkilöä ei voi määrätä tai toimittaa mielisairaslain perusteella tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon päihderiippuvuuteen liittyvän terveysvaaran, alkoholismin, persoonallisuushäiriön tai väkivallan vuoksi, ellei mainittuun tilaan liity samanaikaisesti psykoottinen sairaus-tila. (Huttunen 2016.a; Valvira n.d; Vuorilehto ym. 2014, 136–137; Hämäläinen ym. 2017, 73–77.)

Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon toimittaminen, ottaminen ja määrääminen tapahtuvat neliportaisesti mielenterveyslain mukaisesti:

1. Sairaalaan tarkkailuun lähettäminen
2. Sairaalassa tarkkailuun ottaminen
3. Tarkkailulausunnon kirjaaminen
4. Päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta psykiatrisessa sairaalassa. (Huttunen 2016.a; Valvira n.d; Hämäläinen ym. 2017, 73–77.)

6 PSYKKINEN SAIRAUUS JA PARISUHDE: ” KUN RAKAS IHMINEN MUUTTUU, PARISUHTEENKIN ON MUUTUTTAVA”

Mielenterveystyössä perheen, verkoston ja läheisten kanssa työskennellessä saadaan monin verroin enemmän voimavaroja sekä vaihtoehtoisia näkemyksiä käyttöön kuin kahdenkeskisessä työskentelyssä. Perhetapaamisten tavoitteena on koko perheen hyvinvoinnin ja voimavarojen lisääntyminen sekä perheen sopeutumisen vahvistaminen. Kun yhden perheenjäsenen käyttäytyminen muuttuu, se vaikuttaa kaikkiin muihinkin perheenjäseniin. Yhden sairastuminen aiheuttaa muissa perheenjäsenissä hämmennystä ja huolta ja saattaa lisätä muiden velvollisuuksia ja työtä. Monesti perheenjäsenillä on tarve löytää tietoa ja selityksiä sairaudelle. Myös yhden perheenjäsenen toipuminen pitkästä sairaudesta aiheuttaa muutosta koko perheen tasapainoon ja vuorovaikutukseen. Niinpä perheen tukeminen on oleellista koko hoidon aikana. (Vuorilehto ym. 2014, 71–73; Piikkilä 2012.)

Perheeltä ja läheisiltä saa todella arvokasta tietoa hoitosuunnitelman laatimiseen. Puolisolta voi esimerkiksi kysyä, koska potilaan oireet ovat alkaneet ja millä tavalla ne ovat näyttäneet läheisille. On tärkeää antaa puolisolalle ja läheisille mahdollisuus ilmaista, mistä asioista he haluavat puhua. Perheen mukaan ottaminen yksilön hoitoon on eri asia kuin varsinainen perheterapia. Vaikka on tiedossa, että perheen ja läheisten ottaminen mukaan hoitoon auttaa hoidon suunnittelussa ja edistää potilaan toipumista, kuitenkin hoito jää vain hoitajan ja potilaan väliseksi. Syy tähän on mm. yksilötyöskentelyn pitkät perinteet. Aina ei perheelläkään ole voimavaroja osallistua läheisen hoitoon. Tällaisissa tilanteissa yhteistyötä voi rakentaa läheisten kanssa esimerkiksi puhelimitse vastaanottojen aikana. Mielenterveystyössä sosiaalisten verkostojen voimavaroja voidaan käyttää potilaan tai asiakkaan avuksi. Autettavan ihmisen asioita ei kuitenkaan saa käsitellä, jos potilas on poissa tai ilman hänen suostumustaan. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 71–73; Piikkilä 2012.)

6.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on tärkeä osa hyvää hoitoa ja kuntoutusta. Psykoedukaatio tarkoittaa mielenterveyteen liittyvää opettamista ja kouluttamista. Synonyymejä psykoedukaatio-sanalle ovat omahoidon neuvonta, potilasopetus ja koulutuksellinen perhetyö. Alun perin psykoedukaatio on tarkoittanut skitsofreniapotilaiden ja heidän omaistensa opetus- ja valmennusohjelmaa. Nykyään psykoedukaatiolla tarkoitetaan kaikkea neuvontaa, joka liittyy toistuvien ja pitkäaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoitoon, koulutukseen ja ennaltaehkäisyyn. Psykoedukaatio perustuu sairauden olemassaolon myöntämiseen ja seurausten huomioimiseen. Tiedon ja ymmärryksen avulla edistävän potilaan tai kuntoutujan omahoitoa ja tera-

piaan sekä lääkehoitoon sitoutumista. Psykoedukaatio auttaa myös sietämään elämää sairauden kanssa. (Vuorilehto ym. 2014, 130; Hämäläinen ym. 2017, 283–284.)

Psykoedukatiivisella perhetyöllä, kuten myös yksittäisen potilaan psykoedukaatiolla on tutkimuksellista näyttöä siitä, että psykoedukaation avulla voidaan vähentää potilaan uudelleen sairastumista. Perheeseen kohdistunut psykoedukaatio on tehokkain erityisesti kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa tai vakavaa masennusta sairastavilla potilailla. (Hämäläinen ym. 2017, 195–196; Hietaharju ym. 2015, 235–236.)

Psykoedukatiivisen perhetyön tarkoitus ja tavoite on helpottaa potilaan ja hänen perheensä sopeutumista elämäntilanteeseen sekä lievittää kriisin kokemusta, jonka yhden perheenjäsenistä sairastuminen on saanut aikaan. Tavoitteena työskentelyssä on perheen kanssa yhdessä pohtia haavoittuvuus-stressimallia ja tarkastella sairastumiseen johtaneita tekijöitä sekä tehdä ne perheelle ymmärrettäviksi. Ajankohtaisen tiedon antaminen potilaalle ja hänen perheelleen on tärkeää. Perheen tarpeet ohjaavat interventioiden sisältöä ja tarvetta. Psykoedukatiivista perhetyötä voidaan toteuttaa yhden perheen kesken, jolloin potilas osallistuu tapaamisiin tai useamman perheen ryhmän kesken, jolloin omaiset ja potilaat työskentelevät omissa ryhmissään. (Hämäläinen ym. 2017, 195–196; Hietaharju ym. 2015, 235–236.)

Perhetapaamisten aluksi tehdään kirjallinen yhteistyösopimus. Sopimus sitouttaa perhettä aktiiviseen työskentelyyn. Perhetyön tulee olla avointa sekä kannustavaa. Tarkoituksena ei ole syyttää omaisia läheisen sairastumisesta, vaan perheenjäsenet nähdään liittolaisina potilaan auttamisessa. Perheen taakka syyllisyydestä vähenee ja perhe oppii olemaan tukena sairastuneelle perheenjäsenelle ja auttaa sairastunutta hyvinvoinnin ylläpidossa. Potilaan stressi vähenee, kun perhe oppii myönteisempää kommunikointia. Osana potilaan hoitoa ja kuntoutusta käytetään usein psykoedukatiivista perhetyötä liitettynä lääkehoitoon ja muihin potilaan kannalta tarpeellisiin hoitotahoihin. (Hämäläinen ym. 2017, 195–196; Hietaharju ym. 2015, 235–236.)

Haasteena psykoedukatiiviselle perhetyölle osastohoidon aikana saattaa olla potilaan vointi. Potilas voi olla niin psykoottinen, ettei hän pysty keskittymään tapaamisiin. On myös mahdollista, ettei potilaalla ole perhettä tai läheisiä, tai että hän ei halua ottaa perhettään mukaan hoitoihin motivoinneista huolimatta. Omat haasteensa hoitoon tuovat myös lyhyet hoitotaksot, sillä tällaisissa tilanteissa hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää. Työskentely kannattaa aloittaa, kun potilas on osastohoidossa ja hoidon jatkoa on hyvä suunnitella, kuinka se jatkuu avohoidossa. (Hämäläinen ym. 2017, 196.)

Psykoedukaatiota toteutetaan yksilötapaamisissa, ryhmille ja perheille. Ryhmämuotoisen psykoedukaation etu on vertaistuki. Tarkoituksena on

yrittää yhdessä löytää ratkaisuja potilaan ja perheen tilanteeseen ja ongelmaan. Perheen ja potilaan yksilölliset kokemukset ovat psykoedukaation lähtökohta ja hoitajan tulisi kunnioittaa näitä kokemuksia ja liittää niihin lääketieteen sekä hoitotyön ajankohtainen tieto. Psykoedukaation käyttö on perusteltua riippumatta ammattiryhmästä, koska siitä on tutkimuksellista näyttöä. Psykoedukaatiivisen työskentelyn taustalla on ajatus, että sairauden kulkuun voi vaikuttaa, kun perheenjäsenten ja potilaan kanssa työskennellään yhdessä. (Vuorilehto ym.2014, 131 & 243–244; Hämäläinen ym. 2017, 183–189.)

6.2 Parisuhteen merkitys ihmiselle

Parisuhde on puolisojen välinen prosessi, olemisen ja kokemisen tila, josta muodostuu osa kahden erillisen ihmisen yhteistä ja omaa elämäntilaa. Läheisten ihmissuhteiden merkitys ihmisen kaikkinaiselle hyvinvoinnille on todettu monissa tutkimuksissa. Puolison tuen puute ennen traumatapahtumaa tai sen jälkeen on keskeinen traumaperäisen stressireaktion syntymistä ennustava tekijä. Yhteiskunnallisten muutosten myötä ihmisten pysyvät sosiaaliset suhteet ovat kapeutuneet ja tämän myötä parisuhteen merkitys on kasvanut. Läheisten ihmisten merkitys kaikelle ihmisen hyvinvoinnille on todettu lukuisissa tutkimuksissa. (Suokas-Cunliffe 2015, 244–245.)

Koko ihmiskunnan historian aikana parisuhde ei ole ollut niin vapaassa tilassa kuin se on nykyään. Parit voivat olla toistensa kanssa vapaasta tahdosta ja jos he päättävät erota, sekin on heidän oma valintansa. Rakkaus, parisuhde, avioliitto ja avioero ovat tulleet kahden ihmisen väliseksi asiaksi. Nykyisissä parisuhteissa suuri merkitys annetaan hellelle, tunteille ja seksuaaliselle nautinnolle, toisin kuin aiemmin syy avioliitolle saattoi olla esimerkiksi parempi toimeentulo. (Dunderfelt 2017, 14–15.)

Avioliiton ja pitkäaikaisen parisuhteen merkitys on muuttunut hyvin paljon viime vuosikymmenien aikana ja jopa viime vuosikymmeninä. Vaikka rakastumisen ja rakkauden kokemus on koettu samanlaisena vuosituhansia, enää ei kuitenkaan ajatella yhdessäolosta samalla tavalla kuin ennen. Suhteen pituus on vapaasti määriteltävissä. Pariskunnat viettävät aikaa enemmän yhdessä. Harrastukset, kohtaaminen, kokemusten jakaminen, kuhertelu ja koskettelu kuuluvat hyvään parisuhteeseen. Lisäksi avioero ei ole enää syntilistan kärkipäässä. Tämäkin vapauttaa entisestään avioparin elämää. Yhdessä ja avioliitossa ollaan omasta halusta ja tahdosta. (Dunderfelt 2017, 16–17.)

6.3 Kun rakas puoliso sairastuu

Läheisen tai oman perheenjäsenen psyykinen sairastuminen on yksi vaikeimmista asioista, joita ihminen voi joutua kokemaan. Psyykinen sairastuminen on kriisi koko perheelle ja se vaikuttaa väkisin koko perheen ja

lähipiirin elämään. Puolison sairastuminen tuo muutoksia parisuhteeseen. Muutokset ovat ennemminkin epätoivottuja kuin toivottuja. Muutokset tulevat käsiteltäviksi koko perheelle, ei vain kuntoutujalle. (Koskisuus & Kullola 2005, 15.)

Perheenjäsenen mielenterveysongelma näkyy perheen toimintakyvyssä, keskinäisissä suhteissa sekä arjessa. Ihmisten elämäntarinat ovat täynnä muita ihmisiä ja tapahtumat tapahtuvat tietyssä ympäristössä. Psyykkinen sairaus muuttaa tarinan suunnan, juonen ja etenemisen. (Koskisuus ym. 2005, 15.)

Muutokset parisuhteessa alkavat usein pikkuhiljaa. Oireita voi luulla kasautuneeksi stressiksi eikä niihin osaa kiinnittää suurempaa huomiota. Varhaisoireet ovat ensimmäisiä merkkejä siitä, että kyse voikin olla jostakin vakavammasta ongelmasta kuin stressistä. Joskus sairastunut huomaa oireet ensin itse, mutta useimmiten puoliso huomaa ne ensin. Sairastunut elää ikään kuin oman päänsä sisällä. Sairastuminen voi aiheuttaa hämmennystä sekä sairastuneelle että puolisolle ja lapsille. Alussa sairastunut salaillee monesti oireita. Hän ei itsekään ymmärrä omaa oloaan. (Huttunen 2015; Holmberg 2016, 28–29.)

Oireina saattaa olla vetäytymistä oman perheen ulkopuolelle. Tämä usein herättää perheen epäilykset sairastumisesta. Sairaus voi turruttaa tunteet, sairastunut saattaa tuntea syyllisyyttä tai pelkoa omista tunteistaan. Kaikki saattaa ahdistaa tai pelottaa, mikään ei huvita eikä tunnu miltään. Puolison kosketus saattaa tuntua pahalta. Kun sairastuneen on vaikea hyväksyä itse itseään, on vaikea kuvitella, miksi joku toinen haluaisi olla lähellä ja koskettaa. Omaisen voi olla vaikea ymmärtää vetäytymistä, puolisolle voi tulla tunne, että hän on jäänyt täysin yksin. (Huttunen 2015; Holmberg 2016, 28–29.)

Hoitoon lähtö voi olla eri henkilöillä hyvinkin erilainen tilanne. Lähtö voi olla hyvin dramaattinen ja mukana voi olla poliiseja sekä ambulansseja ja hoitoon tullaan vastentahtoisesti. Hoitoon saatetaan mennä myös itsemurhayrityksen, ensiavun ja teho-osaston kautta. Useimmiten kuitenkin sairastunut itse tai puoliso kypsyä ajatukseen sairaudesta tai apua lähde-tään hakemaan pikkuhiljaa. Hoitoon hakeutumisen tai joutumisen tapaa määrittää paljon sitä, millainen suhtautuminen sairastuneella tai hänen puolisolllaan on sairastumiseen. Siitä riippuu paljon, kuinka pelokkaita, ahdistuneita, huolissaan tai toiveikkaita he hoidosta ovat. Samoin se, kuinka dramaattinen hoitoon toimittaminen on, vaikuttaa siihen, miten voimakkaita tunnereaktioita hoito aiheuttaa. (Koskisuus ym. 2005, 37–38; Suokas-Cunliffe 2015, 249; Hämäläinen ym. 2017, 272–274.)

Psyykkisesti sairastuneen käytös on voinut olla hyvin outoa jo useamman päivän ajan. Hän on saattanut vain maata monta päivää kykenemättä tehdä mitään. Sairaalaan joutuminen on vaikea ja hämmentävä tilanne koko perheelle. Tilanne on kaoottinen kaikille eikä vähiten sairastuneelle

itselleen. Tässä tilanteessa puoliso usein jää kuitenkin ilman huomiota. (Koskisuus ym. 2005, 37–38; Suokas-Cunliffe 2015, 249; Hämäläinen ym. 2017, 272–274.)

Psyykinen sairaus nähdään usein potilaan omana asiana ja hoito hänen oikeutenaan. Potilas saa tällöin hoitoa, mutta muu perhe ja puoliso jäävät kaiken tämän sekasorron keskelle täysin tietämättöminä, ilman tukea, vastauksia kysymyksiin ja tukea uuteen tilanteeseen. Puoliso voi olla täynnä kysymyksiä, mutta ei osaa kysyä niitä ääneen. Lisäksi puoliso voi tuntea häpeää ja syyllisyyttä seksuaalisista ja läheisyyden tarpeistaan. Puoliso voi kokea, että hänet on jätetty ulkopuolelle odottamaan sairastuneen terapian ja hoidon loppumista, jotta heidän parisuhteensa voisi jatkuu sen jälkeen. Suuren tietomäärän antaminen tässä tilanteessa ei juuri auta, vaan puoliso tarvitsee rohkaisua, myötäelämistä, ymmärtämistä, ja mahdollisesti konkreettista tukea selviytymiselleen varsinkin ensimmäisten päivien aikana. (Koskisuus ym. 2005, 37–38; Suokas-Cunliffe 2015, 249; Hämäläinen ym. 2017, 272–274.)

Kun hoito alkaa, sairastuneen ihmisen voimavarat ovat lopussa. Samoin puoliso usein huomaa, kuinka raskas ajanjakso on ollut koko perheellä ennen sairaalahoitoon menemistä. Puoliso on joutunut huolehtimaan lapsista, perheen asioista ja sairastuneesta. Puolisolla ei kuitenkaan ole usein aikaa tai mahdollisuutta käydä näitä ajatuksia ja tunteita läpi, sillä hän on ollut vastuussa kaikesta. Sairastuneen hoitoon saaminen voi olla puolisolle helpotus, sillä hän voi kokea, että sairastunut on nyt turvassa. (Koskisuus ym. 2005, 37–38.)

Tärkeää on huomioida, että psyykkeen ongelmat pyritään hoitamaan avohoidossa. Aina avohoito ei kuitenkaan riitä, jolloin on turvaututtava osastohoitoon. Aina sairastunut ei välttämättä edes kerro puolisolleen, että käy hoidossa mielenterveysongelmien vuoksi tai syö psyykenlääkkeitä. Hoitajan tulee kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta elämästään, että potilaan toipuminen voisi alkaa. Kun potilaan itseymmärrys lisääntyy, se antaa hänelle toivoa ja uskoa parempaan tulevaisuuteen sekä uusiin mahdollisuuksiin. Potilas saattaa ymmärtää myös keinoja selvitä vaikeista tilanteista. Tämä taas kohottaa potilaan itsetuntoa, lisää voimaantumista ja vapauttaa syyllisyydestä. (Koskisuus ym. 2005, 40–41; Hämäläinen ym. 2017, 275–277.)

Avo- ja sairaalahoidossa olevalle potilaalle sekä hänen läheisilleen on tärkeää kertoa masennuksen oireilusta ja sairauden piirteistä sekä eri hoitomuodoista. Masennuksesta toipuminen voi olla prosessi, jossa erilaiset vaihteet vaihtelevat. Hetkessä vointi voi olla parempi, mutta kohta taas huonontua. Tärkeä tehtävä hoitajalle onkin kannatella iloa ja toivoa yhteistyösuhteessa. (Koskisuus ym. 2005, 40–41; Hämäläinen ym. 2017, 275–277.)

Pari- ja perheterapialla voidaan parantaa parisuhde- ja perheongelmia sekä lievittää depressio-oireita. Pari- ja perheterapian käyttö ovat hyvin perusteltuja silloin, jos masennukseen liittyy parisuhde- tai perheongelmia, jotka ovat merkittäviä parisuhteelle ja perheelle. (Käypähoito 2014.)

Omaiset tarvitsevat tietoa sairaudesta, sairauden ennusteesta sekä neuvoja käytännön elämään. Mitä enemmän omainen saa tietoa psyykkisesti sairastuneen sairaudesta, sitä helpompi hänen on käsittää sairautta, sairauden oireita ja sairastuneen ahdistusta. Tällöin omainen voi ymmärtää myös omaa suruaan läheisen sairastuttua. Sairaus voi aiheuttaa myös häpeää ja pelkoa koko perheelle. Häpeän leima psyykkisestä sairaudesta voi eristää koko perheen. Samoin koko perhe voi ”halvaantua” odottaessaan mahdollista sairauden uusiutumista. (Huttunen 2015.)

Omaisten toiveet ja odotukset sairastuneen suhteen ovat korkealla. Omaiset toivovat usein, että psyykkisesti sairastunut parantuu täysin lääkityksen, terapian ja sairaalahoidon aikana. Jos sairastunut ei parane tai tilanne ei ole muuttunut eikä mahdollisesti tule muuttumaankaan, pettymys omaisilla on suuri. Vakavasta ja vuosia kestävästä mielenterveyden ongelmista kärsivän omaisen suru on voimavaroja kuluttavaa ja omaisen elämässä vaihtelevat toiveet ja pettymykset. Perhetapaamisten ja terapioiden avulla koko perhe voi saada apua ja tukea. Kaikille perheterapia ei kuitenkaan riitä eikä sitä ole mahdollista saada kaikilla paikkakunnilla. Omaisjärjestöt toimivat monilla paikkakunnilla ja niihin liittyminen ja toimintaan osallistuminen kannattaa, sillä niiden kautta voi saada lisää tietoa sekä uusia ystäviä, jotka ymmärtävät. (Huttunen 2015.)

Kotamäen (2012) mukaan avunsaannin vaikeus näkyi puolisoilla niin, että he eivät tienneet, mistä olisivat voineet hakea apua omaan jaksamiseensa. Eniten apua olisi tarvittu ja kaivattu lasten hoidossa ja siivoamisessa. Myös erilaisten lomakkeiden täyttäminen ja taloudelliset tuet koettiin hankaliksi. Puolisoille tuli olo, että kaikki perheen asiat jäivät heidän vastuulleen, kun toinen puolisoista on psyykkisesti sairastunut. (Koskisuu ym. 2005, 42; Suokas-Cunliffe 2015, 252–253.)

Puoliso ei aina osaa kysyä kaikkia kysymyksiä ja tämä voi aiheuttaa hoitohenkilökunnalle vaatimuksia; hoitohenkilökunnan tulisi huomioida puolisoa ja ymmärtää puolison ja perheen tuen tarve sekä mahdollisimman hyvin pyrkiä takaamaan perheen arjen normaali jatkuminen toisen aikuisen sairastumisesta huolimatta. Kommunikointi ja avoimuus ovat usein olleet puutteellista parisuhteissa jo ennen sairastumista. Tähän vaikuttaa erityisesti tunteiden säätelyn vaikeus ja mentalisaatiokyvyn ja empatian puute sekä sairastuneen sairastumiseen ja sairauteen liittyvä häpeä. Kaikki nämä asiat ovat voineet aiheuttaa konflikteja ja hämmennystä. (Koskisuu ym. 2005, 42; Suokas-Cunliffe 2015, 252–253.)

6.4 Tietoa puolisolle ja sairastuneelle sairaudesta

Hoidon alussa tuki, jota potilas ja perhe ammatti-ihmiseltä saa, on suoria vastauksia kysymyksiin. Perheelle on kerrottava suoraan, mistä on kyse, mitä hoidossa tapahtuu ja mitä omaisilta odotetaan. Omaisista rohkastaan ja tuetaan emotionaalisesti. Tarvittaessa omaisille annetaan ohjausta ja neuvontaa. Omainen saattaa olla uupunut ja tarvita sairauslomaa ja mahdollisesti psyykkistä tukea läheisen ihmisen sairastuttua. (Hietaharju ym. 2016, 235.)

Sekä potilas, että omaiset tarvitsevat tietoa ammattilaiselta sairaudesta ja sen hoidosta. Heillä on monesti median välittämiä kauhukuvia tai yksittäisten tuttavien hoitoon liittyviä huonoihin kokemuksiin perustuvia käsityksiä sairaudesta ja sairauden hoidosta. Tietoa pitää antaa sairauden ja toipumisen eri vaiheissa ja varmistaa, että sairaus on ymmärretty oikein. Esimerkiksi pitkäaikaista masennusta sairastavan potilaan kanssa on kannattavaa keskustella hoidon hyödyistä, koska potilaalla saattaa olla negatiivisia ajatuksia hoitoon liittyen. Psykelaagikoiksi liittyy usein pelkoja, kuten että lääkitys aiheuttaa riippuvuutta tai että se on hyödytöntä. Mielenterveysongelmaan leimautuminen saattaa myös estää potilaan sitoutumisen lääkitykseen. (Vuorilehto ym. 2014, 130.)

Hoitajan on tärkeää asiallisella tiedolla kumota potilaan pelkoja ja vääriä uskomuksia. On tärkeää tarjota potilaalle helposti ymmärrettävää tietoa sairauden laadusta ja sairauden tavanomaisesta kulusta. Tiedon sisältö ja esittämistapa tulee valita yksilöllisesti jokaiselle potilaalle sopivaksi. Tietoa voi täydentää kirjallisella materiaalilla. Sairausten ennusteesta kertominen helpottaa potilasta ja puolisoa arvioimaan sairauden pitkän tähtäimen vaikutuksia potilaan elämään. Tarkoituksena on antaa käsitys tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista sekä hyödyistä ja haitoista, joita hoitoon voi liittyä. Sairausten yleisyydestä kertominen helpottaa usein niitä potilaita, jotka sairastavat tavanomaisia mielenterveyden häiriöitä, kuten depressioita. Sekä potilaita että puolisoita usein helpottaa tieto, että he eivät ole yksin hankalien oireiden kanssa. Omahoitoon opastaminen on tärkeää ja yhdeksi tärkeimmistä keinoista nousee stressinhallintakeinojen opettelu. (Vuorilehto ym. 2014, 130.)

Toipumisvaiheessa potilaalle ja puolisolle käydään läpi niin sanottuja varomerkkejä, joiden avulla puoliso voi potilaan tueksi havaita niitä merkkejä, joista voi päätellä sairauden tai oireiden olevan uusiutumassa. Samalla on hyvä kertoa keinot ja toimenpiteet, joihin kannattaa ryhtyä varomerkkien ilmaantuessa. Esimerkiksi mihin ottaa yhteyttä tai miten potilas voisi itse muuttaa toimintaansa. (Vuorilehto ym. 2014, 130.)

6.5 Puolisolle sairausloma sekä masennusta ja ahdistusta lievittävä lääkitys

Depressiopotilaan lähiomaisilla esiintyy merkittävästi enemmän masennustiloja kuin väestöllä keskimäärin. (Hietaharju ym. 2016, 41.)

Masentunut ei pysty iloitsemaan eikä vastaamaan iloon. Harhoista kärsivän todellisuus on heikentynyt ja hämärtynyt. Koko perheen ilmapiiri muuttuu, kun perheestä joku sairastaa psyykkistä sairautta. Joskus omaiselle psyykkisen sairauden kanssa eletystä elämästä tulee pakko, joka vaikuttaa muuhun elämään ja kaventaa sitä. Terve itsekkyyks antaa voimaa auttaa muita ihmisiä. Omaisen on muistettava huolehtia myös omasta jaksamisestaan. Suuri osa vakavasti sairaiden omaisista käy masennus- ja uupumisvaiheen myös itse läpi. Erityisesti tuen tarve tulee esiin omaiselle silloin, kun mielenterveysongelmaa sairastava joutuu sairaalaan. Usein avuksi riittää sairausloma, mutta moni kuitenkin tarvitsee myös masennusta ja ahdistusta lievittävää lääkitystä. Hoitajan tulee olla hyvin hienovaarainen keskustellessaan puolison kanssa hänen voinnistaan. Omainen saattaa helposti loukkaantua tai pelästyä, kun puhutaan hänen terveydestään. (Hietaharju ym. 2016, 235–236.)

6.6 Puolison oma vapaa-aika tärkeää

Yksi tärkeimmistä asioista puolisoitten jaksamisen kannalta on oma aika. Jaksamisen kannalta tärkeää on saada viettää omaa vapaa-aikaa niin, ettei tarvitse miettiä eikä murehtia, kuinka puoliso pärjää ja jaksaa. Osalle irtautuminen voi olla helpompaa kuin toisille. Osa puolisoista voi kokea, ettei osaa täysin rentoutua, vaikka saakin omaa vapaa-aikaa. Tilanne kotona voi aiheuttaa sellaisen tilanteen, ettei rentoutuminen täysin onnistu. Kotamäen (2012) tutkimuksen mukaan puolisoit pitävät oman ajan viettämistä tärkeänä siitäkkin huolimatta. Hyvinkin lyhyt aika omassa rauhassa nähtiin voimavarana.

Hoidon alkuvaiheessa puolisoit voivat kokea, että heidän oma hyvinvointinsa jää taka-alalle. Kaikki aika menee perheestä huolehtimiseen. Ammattiapua on kuitenkin puolisoille tarjolla tueksi. Ammattiapua, joita voi kokea tilanteessa käyttäviä, ovat psykologit, terapeutit ja sosiaalityöntekijät. Kotamäen pro gradu- tutkielmassa (2012) todetaan puolisoitten kokevan, että puhuminen vaikeistakin asioista ammattilaisille on helpompaa kuin sukulaisille tai ystäville eikä läheisiä tarvitse tällöin kuormittaa.

6.7 Taloudellisen tilanteen puheeksi ottaminen

Mielenterveysongelmiin voi liittyä myös toipumista heikentäviä tekijöitä, joita voivat olla muun muassa taloudelliset ongelmat. Jos potilas tai perhe on taloudellisissa vaikeuksissa, potilas saattaa tarvita sosiaalityöntekijää avukseen. Potilaalla on saattanut jäädä laskuja maksamatta, koska hän ei ole voinut hoitaa asioitaan huonosta voinnistaan johtuen. Jos potilaan raha-asioita kuitenkin saadaan hoidettua, se helpottaa osaltaan potilaan mielialaa. (Hämäläinen ym. 2017, 277–278.)

6.8 Vertaistukiryhmä psyykkisesti sairastuneen puolisolle

Organisoitua vertaistukea on tarjolla monenlaisiin elämäntilanteisiin, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville sekä heidän läheisilleen. Tärkein anti vertaistuessa on tunne, että ei ole yksin huolien ja murheiden kanssa. Vertaistuki vahvistaa osallistujien itsetuntoa sekä lisää sosiaalista vuorovaikutusta. Vertaistukitoiminnassa on mukana paljon kokemusasiantuntijoita, joilla on itsellä omakohtaisia kokemuksia sairaudesta toipumisen, palveluiden käytön tai läheisen sairastamisen seurauksena. Lisäksi kokemusasiantuntijalla on koulutus kokemusasiantuntijaksi sekä kouluttajaksi ja tutkijaksi. (Hämäläinen ym. 217, 211–212; Holmberg 216, 194–195.)

Vertaistukiryhmässä voi kokea samankaltaisuutta ja jakaa erilaisuutta. Ryhmän yhteinen tavoite ja jäsenten samantapaiset ongelmat voivat auttaa ryhmäläisiä siinä, että he tuntevat itsensä normaaleiksi ja samanlaisiksi. Tärkeää on, jos ryhmän jäsen oivaltaa, ettei ole ainoa, jolla on tällaisia ongelmia. Lisäksi voi tulla oivallus, että yhdessä on mahdollista keksiä selviytymiskeinoja. Ryhmässä voi lisäksi kokea, että tulee ymmärretyksi paremmin, koska ryhmäläisiä kiinnostavat samat asiat ja tilanteet. Ryhmän jäsenenä ihminen voi kokea, että voi auttaa toista, joka on samanlaisessa tilanteessa, kuin hän on ollut itse ennen. Tällöin muuttuminen auttavasta auttajaksi, kuuntelijaksi ja ymmärtäjäksi voi lisätä elämänhallinnan tunnetta. Vertaisryhmässä voi aina olla eri vaiheessa olevia jäseniä. Oleellista kuitenkin on, että ryhmäläisten kokemukset siitä, että asiat etenevät ja tilanteet ovat voitettavissa, luovat kaikille toivoa. (Hämäläinen ym. 217, 211–212; Holmberg 216, 194–195.)

Kohonen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt-Kurki ja Paavilainen (2012) ovat tehneet tutkimuksen, jonka tarkoituksena on ollut selvittää omaisten jaksamista psykiatrisesti sairastuneiden potilaiden hoitajina ja apuna arjen askareissa.

Tutkimustuloksen mukaan mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen näyttäytyy huolenpidon raskautena, pakkona, uupumisena, palvelujärjestelmän kritiikkinä sekä selviytymisenä. Vertaisryhmässä kuvailtiin palvelujärjestelmää, jossa läheiset joutuvat sivuutetuiksi. Vertaisryhmä on omalle paikalle, jossa pohditaan omaa jaksamista ja vastuunkantoa. Kerrotaan, että läheiset toimivat monissa tilanteissa jaksamisensa ääri rajoilla ja kaipaavat etäisyyttä sairastuneesta perheenjäsenestä. (Jähi ym. 2012, 138–149.)

Mielenterveyspotilaiden läheisistä noin 60 prosentilla esiintyy psyykkisen kuormittuneisuuden oireita, kuten ahdistuneisuutta, unettomuutta ja jopa 40 % kärsii hoitoa vaativasta masennuksesta. Etujärjestöissä, jotka on suunnattu läheisille, keskeinen tukimuoto on vertaistukiryhmätoiminta. (Jähi ym. 2012, 138–149.)

7 PSYKKINEN SAIRAUUS JA PERHE

7.1 Perhe

Perinteisesti perhe on määritelty äidin, isän ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Tällöin puhutaan niin sanotusta ydinperheestä, jolloin perheen jäsenet ovat toisiinsa sidoksissa biologisin perustein. Myös perhe, jossa on vain toinen vanhempi ja lapsia määrittyy myös perheeksi. Perhe voi muodostua ydinperheen, avioliiton tai rekisteröidyn parisuhteen lisäksi myös monella muulla tavalla. Perheen rakenne muodostuu suhteista perheen ulkopuolelle, ja yhteiskuntaan sekä perheen sisälle. Sisäiset suhteet muodostuvat niiden henkilöiden välille, jotka itse mieltävät muodostavansa perheen. Perheen ulkoiset suhteet muodostuvat muista henkilöistä, jotka ovat perheelle tärkeitä ja joiden kanssa perhe on tekemisissä. Perheenjäsenten väliset suhteet ja emotionaalinen side voivat olla tärkeämpiä kuin juridiset tai biologiset siteet. Siksi pidetäänkin tärkeänä, että perheen asianomaiset itse määrittävät perheeseen kuuluvat jäsenet. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11–15.)

Perheenjäsenet ovat toisistaan riippuvaisia toteuttaessaan rooliensa kautta merkityksellisiä toimintoja. Sekä perheenjäsenen sairastuminen että hänen sairaalassaolonsa vaikuttavat koko perheen toimintaan ja dynamiikkaan. Yksilön sairastuminen saattaa aiheuttaa uudelleen koko perhejärjestelmän organisoitumisen, jolloin eri perheenjäsenet hakevat uudelleen oman roolinsa ja asemansa. Myös kommunikaatio ja vuorovaikutus perheessä saattavat muuttua perheenjäsenen sairastaessa tai ollessa sairaalassa. Muut perheenjäsenet reagoivat tähän yleensä eri aikaan ja yksilöllisesti. Perheenjäsenen sairastaessa tai ollessa sairaalassa perheen normaali elämä kytkeytyy uuteen ympäristöön, sairaalamaailmaan sekä sairaalamaailmaan liittyviin uusiin tekijöihin ja tilanteisiin, jotka vaikuttavat perheen toimintoihin. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11–15; Honkasalo, Kangas, Seppälä 2003, 192–193.)

Hyvässä hoitamisessa ihminen otetaan huomioon lähiyhteisönsä jäsenenä ja hoidettavana olevan potilaan tai vastaanotolla olevan asiakkaan läheiset huomioidaan osana potilaan hoitamista. Se tarkoittaa sitä, että asioita tarkastellaan myös läheisten kokemusten pohjalta. Hoito on nykyään usein lyhytkestoista, jolloin potilaat tai asiakkaat pääsevät nopeasti kotiin. Tästä seuraa monenlaisia vaatimuksia potilaan sekä potilaan läheisten huomiomiselle hoitajakson aikana, jotta potilas ja läheiset selviävät uuden elämäntilanteen tai terveysongelman kanssa kotona ja voivat hyvin sekä paranevat. Perheen hyvin- ja pahoinvointi yhtä lailla kuin laadukas hoitaminen terveydenhuollossa ovat jatkuvasti ajankohtaisia. (Åsted-Kurki ym. 2008, 5–6, 86–89.)

Perhekeskeisyys on keskeinen lähestymistapa mielenterveyshoitotyössä. Perhetyö alkaa heti ensikontaktista ja sitä pidetään hyvän hoidon ominai-

suutena. Perhe nähdään potilaan merkittävänä taustatekijänä perhekeskeisessä hoitotyössä, vaikka hoidossa keskeisenä onkin yksilö. Perheen ja potilaan hyvinvointia ja terveyttä ei voi erottaa toisistaan. Perheenjäsenen psyykinen sairastuminen aiheuttaa läheisille huolta ja murhetta. Perheenjäsenen sairastuminen on myös läheisille rasitustekijä, joka vaikuttaa läheisten omaan terveyteen. Jos potilaan hoitoa järjestetään ilman läheisten osallistumista ja heidän tilanteensa huomioimista, se voi heikentää läheisten elämänlaatua oleellisesti ja voi kohottaa esimerkiksi heidän masennusriskiään merkittävästi. Potilaan ja hänen perhetilanteensa tunteminen on lähtökohta yhteistyösuhteen syntymiselle. Hoitajan tehtävänä on antaa tietoa potilaalle, miksi läheisten mukanaolo on tärkeää, sekä kertoa valinnoista, jotka vaikuttavat potilaan ja perheen terveyteen. Tärkeitä asioita käsiteltäväksi potilaan kanssa ovat esimerkiksi: miksi välit ovat menneet poikki? Voisiko välien korjaamiseksi tehdä jotain? Vaikuttaako välien viileneminen potilaan psyykkiseen kuormittuneisuuteen? (Hämäläinen ym. 2017, 191–192.)

7.2 Perhetyö ja perheen saama tuki, kun vanhempi on sairastunut

Nykyään käsitys hoitotyöstä on kokonaisvaltainen: henkilö on osa perhetään sairaalassakin ja perheen ja omaisten merkitys toipumiselle on merkittävä. Perheen mukaan ottaminen voi tosin olla joskus vaikeaa läheisten kärjistyneiden ihmissuhteiden vuoksi. On tavallista, että potilas saattaa kieltää yhteydenpidon läheisiin ihmisiin hoidon alussa. Myös omaisella voi olla pelkoja ja ennakkoluuloja hoitojärjestelmää kohtaan. On myös omaisia, jotka kokonaan kieltäytyvät yhteistyöstä hoitavan tahon kanssa. Osalla omaisista on pelko, että henkilökunta syyllistää heitä potilaan sairaudesta. Suurin osa omaisista kuitenkin odottaa, että heidät huomioidaan osana potilaan elämää. Tähän pyritäänkin vastaamaan perhekeskeisen työn menetelmillä ja käytössä ovat myös pari- ja perheterapian käyttö. (Hietaharju ym. 2016, 234.)

Perhekeskeinen hoito tarkoittaa ammattilaisilla asennetta ja työotetta, jossa huomioidaan sairastuneen koko ihmissuhdekenttä. Tärkeitä asioita ovat: missä potilas elää ja mitkä tekijät vaikuttavat hänen kuntoutumiseensa sekä hyvinvointiinsa. Perhekeskeinen työ ei ole perheterapiaa, vaan se keskittyy jokapäiväisiin ongelmiin ja niiden ratkaisemiseen potilaan ja perheen voimavarojen avulla. Työn painotus on perheen ja potilaan informoinnissa, ohjauksessa ja neuvonnassa. Jokaisella perheellä on omat kehitysvaiheensa. Kehitysvaiheet vaikuttavat perhedynamiikkaan eli perheen vuorovaikutukseen. Sairaus aiheuttaa kriisin ja stressiä myös potilaan perheelle, vaikkakin potilaan hoitoon saaminen voi tuoda suurta helpotusta. Usein perheiden ja omaisten on vaikeaa ymmärtää käytöstä, jonka sairaus on aiheuttanut. Käytös voi olla vihaa, kiivastumista, pelkoa, surua, huolta tai syyllisyyttä. On luonnollista, että perhe voi myös tuntea pelkoa leimautumisesta ja tavallisia ovat myös menetyksen ja häpeän tunteet. Sairauden hyväksyminen ilman toivon menettämistä vie aikaa. (Hietaharju

ym. 2016, 234–235; Hämäläinen ym. 2017, 190–196; Åstedt-Kurki ym. 2008, 86–88.)

Perhekeskeisessä mielenterveysshoitotyössä tärkeää on huomioida psyykkisesti sairastuneen potilaan lapset. Aikuisten ongelmat huolestuttavat ja mietityttävät lapsia ja ne saattavat vaarantaa myös lapsen mielenterveyden. Lapsi saattaa pelätä esimerkiksi, että vanhempi tekee jotain itselleen eikä mene sen takia kouluun. Hän saattaa jäädä kotiin varmistaakseen, ettei vanhemmalle satu mitään. Tieto vanhemman sairaudesta helpottaa usein lasta, koska lapset saattavat syyttää itseään vanhemman huonosta voinnista. Avoimesti puhuminen perheen kesken onkin ensiarvoisen tärkeää. (Hämäläinen ym. 2017. 193–194.; Åsted-Kurki ym. 2008, 11–15.)

Ylisukupolvisuuden katkaisemisen avuksi on kehitetty työmalleja, esimerkiksi Toimiva lapsi & perhe-menetelmät; Beardleen perheinterventio, Lapset puheeksi -menetelmä sekä Lapsi & perhe-neuvonpito. Edellä mainitut ovat psyykkisen sairastumisen ja syrjäytymisen ehkäisyn näkökulmasta tärkeitä. Tavoitteena työmalleilla on ehkäistä lasten ongelmien syntyä vahvistamalla suojaavia tekijöitä perheessä. Perhetyössä perhe nähdään asiantuntijana omalle tilanteelleen ja aktiivisena osallistujana. Perheen huomiointi koostuu pienistä asioista. Perhe kutsutaan esimerkiksi hoitoneuvotteluihin, jossa perheelle esittäydytään hoitajien taholta ja kaikki osallistuvat jäsenet saavat tulla kuulluksi tasapuolisesti. Potilaan voinnin muutoksista ja suunnitelmista tiedotetaan perheelle ja se on myös osa perheen huomiointia. On erittäin tärkeää, että perheenjäsenet kokevat, että he voivat luottaa avunsaantiin ja että hoitaja välittää ja pitää heistä huolta sekä tekee kaiken voitavansa perheen hyväksi. (Hämäläinen ym. 2017. 193–194; Åsted-Kurki ym. 2008, 11–15.)

Lastensuojelulaki edellyttää, että lapsen tarve omaan hoitoon ja tukeen arvioidaan silloin, jos vanhempi saa mielenterveyspalveluita tai päihdehuollon palveluita. Psyykkisesti sairaiden vanhempien perheiden kanssa yhteistyötä tekevät monet terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijät. Aikuispsykiatria, sairaala ja mielenterveystoimisto hoitavat sairastunutta aikuista. (Inkinen 2001, 166–167; Vuorilehto ym. 2014, 91–92.)

Monesti sairastamisvaiheiden aikana tarvitaan myös kotipalvelua. Sosiaalitoimintaa tarvitaan päihdehuollon järjestämisessä, toimeentuloasioissa ja lastensuojelutehtävissä. Akuuttivaiheessa voi olla mukana myös perhetukikeskus. Lapset saattavat tarvita perheneuvolan tai lastenpsykiatrian apua. Neuvolan henkilöstö ja kouluterveydenhoitajat ovat monesti avainhenkilöitä perheiden luottohenkilöinä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon mutkaton yhteys luo edellytykset sujuvalle hoitoonohjaukselle, yhteiselle kouluttautumiselle ja toimiville hoitoketjuille. (Inkinen 2001, 166–167.)

Aikuisen perheenjäsenen sairastaessa vakavasti hoitavien henkilöiden tulee tunnistaa perheen yksilöllinen selviytymisen vaihe, joka riippuu siitä,

millaista vaikeuksien kohtaaminen ja tulevaisuuteen asennoituminen perheessä kulloinkin on. Tavoitteena on tarkoituksenmukaisella tavalla tukea sitä, että perheen elämä vakautuu toivotulla tavalla. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 119.)

7.3 Perheen vuorovaikutuksen tukeminen ja perheen voimavarat

Perhetyössä oleellista on huomioida perheen välinen vuorovaikutus. Keskusteleeko perhe ja tulevatko kaikki perheenjäsenet kuulluiksi. Tunneilmapiirin havainnoiminen on tärkeää. Hyvä olisi keskustella siitä, kuinka perhe toimii, mitkä ovat perheen rajat, millaista on huolenpito perheessä ja miten arki sujuu. Perheenjäsenten rooleihin ja roolien toimivuuteen on tärkeää myös kiinnittää huomiota. Perheen voimavarat ja tilanne on hyvä kartoittaa. Tarvittaessa on järjestettävä apua ja tukea perheelle. Mikäli osoitetaan, että perhe tarvitsee perheterapeuttista apua, varataan aika perheterapiaan tai ohjataan perhe itse hakeutumaan perheterapiaan. (Hietaharju ym. 2016, 237.)

Perheen elämäntilannetta ja terveyttä voidaan kartoittaa käyttämällä erilaisia lomakkeita. Toisinaan perheen huolen hahmottaminen on helpompaa ja mahdollista, kun tiedossa on asioita perheen menneisyydestä ja siihen liittyvistä kokemuksista. Perheen menneisyys voikin valottaa aivan eri näkökulmasta nykyhetken tilannetta. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 93–95.)

8 AVUN SAAMINEN PERHEEN KOKEMANA: ”KUINKA MEITÄ AUTETTIIN JA TUETTIIN”

Vuorovaikutuksellisten menetelmien hyvä käyttö ilmenee perheen hyvänä hoitona, joka tuottaa perheelle luottamuksellisen tunteen siitä, että perhe on luotettavissa käsissä saamassa apua. Parhaassa tapauksessa perheellä on tunne, että hoitava henkilökunta välittää ja pitää huolen perheestä sekä tekee kaiken voitavansa paneutuen huolellisesti ja vakavasti perheen asiaan. Näin ollen perheelle tulee tunne, että he eivät jää yksin ja hoitavan henkilön avulla päästään eteenpäin. Avun saamisen yksi tulos on saadun tiedon ymmärtämisestä seuraava vahvistuminen. Mahdollinen myönteinen tieto läheisen tilanteesta rauhoittaa perhettä. Kokonaistilanteen ymmärtäminen eri vaihtoehtoineen vähentää muun henkisen tuen tarvetta ja lisää oman selviytymisen uskoa. Tietoa on hyvä saada sopivin erin, jolloin sen sulatteleminen on helpompaa. Tulevan ennakoiminen, kauhukuvien poissulkeminen ja syyllisyydentunteiden helpottuminen ovat tällöin mahdollisia. Puutteet vuorovaikutuksellisten menetelmien käytössä ilmenevät perheen kokemuksena, että perhe on jäänyt vaille apua. Silloin pettymys ja epäluottamus kohdistuvat hoitoon kokonaisuudessaan: tiedonsaantiin,

käytännön järjestelyihin, työntekijän ammattitaitoon ja torjutuksi tulemiseen. Tällöin perheet usein kokevat myös yhteyden jääneen ohueksi. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 86–87.)

Jokainen perhe ja jokainen tilanne ovat yksilöllisiä ja ainutkertaisia. Hoitavan henkilön on hyvä perustaa oma toimintatapa ja päätökset niihin lähtökohtiin, jotka ilmenevät tehtäessä yhteistyötä perheen kanssa. Rutiinomainen toimintatapa ja suhtautuminen perheeseen ei todennäköisesti johda laadukkaaseen lopputulokseen, jossa perheenjäsenet kokevat, että ovat tulleet kuulluiksi ja heidän näkemyksensä on otettu huomioon. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 129.)

8.1 Mikä auttaisi perheitä?

Merkittäviä tukitoimia perheille ovat kuunteleminen ja ajan tarjoaminen. Ammattilaisten on tärkeää muistaa, että perheenjäsenen mielenterveysongelmasta voi olla vaikeaa puhua lähipiirille ja tämän vuoksi perheet ovat usein yksin ongelmien kanssa. Tärkeää on tavata perhettä säännöllisesti ja kutsua heitä mukaan hoitokokouksiin, jos potilas itse antaa siihen luvan. Perhe tarvitsee tietoa sairaudesta, hoitovaihtoehdoista, hoidosta ja siitä, miten he voivat tulla arjessa toimeen sairastuneen läheisensä kanssa. Sairauden alkuvaiheessa perheellä ei ehkä ole voimia ottaa kaikkea tietoa vastaan, mutta ammattilaisten kannattaa tarjota heille tietoa tukimuodoista, omaisryhmistä ja -yhdistyksistä. Toivon ylläpitäminen kuuluu kaikkiin taapamisiin. (Vuorilehto ym. 2014, 90–91.)

Toinen merkittävä osa perheiden auttamisessa on auttaa perheitä opettelemaan puhumaan keskenään vanhemman sairaudesta sekä antaa lisää tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksesta koko perheen elämään. Näin sairauden mystinen, tuntematon luonne voisi neutralisoitua. Asiatiedon hankkiminen auttaa tilannetta. Kaikkia perheenjäseniä helpottaa, jos heillä on lupa puhua tilanteesta ja sairaudesta ja sen aiheuttamista tunteista tai muutoksista. Roolien selkeyttäminen auttaa lasta hahmottamaan tilannetta siten, että vaikka vanhempi sairastaa, tehtävät eivät siirry lapselle vaan lapsen tulee jatkossakin olla lapsi ja vanhemman tulee olla vanhempi. (Inkinen 2001, 168–169; Hietaharju ym. 2016, 234–236.)

Ihmisen ei ole myöskään hyvä olla yksin, vaan perhe tarvitsee ympärilleen verkoston, josta on apua ja tukea monessa tilanteessa. Monesti aikuiset ja hoitohenkilökunta voivat luulla ja kuvitella, että lapset eivät ole kuulleet tai nähneet mitään. Uskotaan myös, että sairaus ei vaikuta lapsiin eivätkä lapset ymmärrä, mistä on kysymys ja, jos he jotain ymmärtävät, he unohtavat sen nopeasti. Lapsia saatetaan yli- tai aliarvioida vanhempien tarpeista riippuen, eikä heitä nähdä omana itsenään. Lapset ovat joustavia, mutta vaarana on, että lapset joustavat liikaakin omista tarpeistaan. Pitkäaikainen liika tinkiminen omista tarpeista voi olla lapselle haitallista. (Inkinen 2001, 168–169; Vuorilehto ym. 2014, 90–91.)

8.2 Perheen terveyden kokemukset

Kuinka voit? Kuinka sinun perheesi voi? Näihin kysymyksiin annetut vastaukset usein kuvastavat ihmisten näkemyksiä perheiden hyvinvoinnista. Perheen kokemukset terveydestä koostuvat arkielämässä kokemuksista, toiminnasta ja tietämisestä. Erilaiset muutosvaiheet ihmisen elämässä saattavat koetella yksilön ja perheen jaksamista ja edellyttävät sopeutumista ja joustamista. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 20–21.)

Perheen terveyttä ja hyvinvointia kuvataan osaksi elämän sujumista ja koko perheen hyvää oloa. Perheillä on melko pysyviä arvoja, jotka ohjaavat perheen toimintaa päivittäin perheen elämässä. Tärkeää on perheen kokemus tasapaino erillisyyden ja yhteisyyden välillä, joka tuo esille perheen taidon oman hyvän olonsa säätelijänä ja tunnistajana. Usein yksilö määrittää oman hyvinvointinsa perheensä ja läheistensä kautta. Vaikka perheellä olisi hyvä olo, se saattaa kuitenkin sisältää yksilön hetkittäistä pahaa oloa, joka kuitenkin muuntuu yhteisyyden avulla hyväksi oloksi. Perheen sisäiset voimavarat muodostuvat luottamuksesta, tiedosta, selviytymiskeinoista ja elämänhallinnan tunteesta. Perusta voimavaroille on perheen luottamus toisiltaan saatavaan tukeen ja yhteenkuuluvuuden tunne. Kriittisesti sairastuminen aiheuttaa perheessä perheen jäsenten välisten suhteiden muuttumista. Perheenjäsenten kesken esiintyy toisaalta yhteenkuuluvuuden kokemuksia ja toisaalta kokemuksia erillisyydestä. Aviopuolison sairastuessa perheen lapset saattavat ottaa vastuuta arkipäivän asioista ja kantaa huolta vanhemmistaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 48; Karling, Ojanen, Siven, Vihunen, Vilen 2009, 15.)

8.3 Perheen osallistuminen hoitoon ja hoitopäätöksiin

Hoitopäätöksillä tarkoitetaan usein potilaan hyvinvointiin ja terveyteen vakavasti tai oleellisesti vaikuttavia päätöksiä, jotka eivät ole vain yhden ammattiryhmän yksin päätettävissä olevia ja joiden vaikutus on huomattava potilaan ja hänen perheensä elämässä. Kun hoitopäätös koskee yhtä perheenjäsentä, on otettava huomioon, että hänellä on yksiselitteinen päätösvalta tehdä häntä itseään koskevia päätöksiä. On kuitenkin tavallista, että potilas haluaa tukea perheeltään ja tällöin myös perhe on päätöksenteossa osallisena. Jos potilaalla ei ole itsellään kykyä päättää itseään koskevista asioista, tällöin potilaan perheellä on päätöksenteossa keskeinen asema. Tällaisissa tilanteissa potilaan mukana on yleensä yksi läheisin henkilö, joka osallistuu hoitopäätöksiin. Silti päätöksenteossa voi olla mukana myös koko perhe, joko välillisesti tai välittömästi. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 127.)

Perheiden hoitamisessa vuorovaikutuksellisten menetelmien hyvä käyttö ilmenee sellaisena perheen hoitamisena, joka tuottaa perheelle kokemuksen luotettavissa käsissä olemisesta. Hoitohenkilökunnan paneutuminen perheen asiaan vakavasti ja huolellisesti on myös perheiden tyytyväisyyden kannalta tärkeää. Hyvään hoitohenkilökuntaan perhe voi luottaa ja

suhtautua tuleviin tapahtumiin rauhallisesti. Toivon tunne perheillä säilyy välitetyksi tulemisen ilmapiirissä, jossa potilaan tai perheen ei tarvitse jäädä yksin. Tärkeä tulos avun saamisessa on tiedon ymmärtämisestä seuraava vahvistuminen. Mahdollinen myönteinen tieto läheisen tilanteesta rauhoittaa perhettä. Samoin kokonaistilanteen ymmärtäminen eri vaihtoehtojen kanssa vähentää muuta avun tarvetta sekä lisää luottamusta potilaan ja perheen omaan selviytymiseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 86–87.)

Todella henkilökohtainen henkinen lujittuminen näyttää nivovan perheen omat selviytymiskeinot ja perheen hyvän hoitamisen menetelmät yhteen. Se sisältää ihmisenä kasvamisen kokemuksen, arvomaailman muuttumisen ja itsestäänselvyyksien kyseenalaistamisen. Henkinen lujittuminen sisältää myös oppimisen tunteen, huomion herkistymisen oppimisen sekä tunteen siitä, että asioilla on jokin tarkoitus. Puutteet vuorovaikutuksellisten menetelmien käytössä ilmenevät perheen kokemuksena, että he ovat jääneet vaille hoitoa. Silloin pettymys ja epäluottamus kohdistuvat yleensä koko hoitoon: tiedonsaantiin, työntekijän ammattitaitoon ja käytännön järjestelyihin. (Åstedt-Kurki, ym. 2008, 86–87.)

Kansalliseen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (Mieli 2009) kuuluu omaisten ja läheisten entistä parempi huomioiminen palvelujärjestelmässä. Kun palvelut siirtyvät enemmän avopainotteisimmiksi, läheisten osuus hoidettavan ihmisen voimavarana arjen selviytymisessä kasvaa entisestään. Hoitotyössä perhekeskeisellä työotteella viitataan enemmänkin ajattelutapaan kuin tietynlaiseen menetelmään hoitotyössä. Tärkeää on potilaan itsensä antaa määritellä, minkälainen hänen perheensä on. Perhe voi olla ydinperhe, sijaisperhe, uusperhe tai mikä tahansa muu perheen muoto. (Holmberg 2016, 191–192.)

Perheenjäsenet ovat voineet olla hyvin merkittävä tukiverkosto ihmisen elämässä. Juuri perheenjäsenet ovat voineet olla se taho, jotka ovat ensimmäisenä huolestuneet läheisen tilanteesta ja ovat saattamassa häntä hoitoon tai kutsumassa kotiin apua. Tällaisessa tilanteessa juuri perheenjäsenille on tärkeää antaa tietoa siitä, mikä sairastuneessa on vialla ja sekä millaista hoitoa hän tarvitsee ja saa. Asiakkaana olevan henkilön toiminta mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa vaikuttaa koko hänen perheensä hyvinvointiin ja elämään. Lain mukaan asiakas saa itse valita, kuka hänen perheenjäsenistään osallistuu hänen hoitoonsa. Perhekeskeisen työskentelyn tulee olla tavoitteellista ja suunnitelmallista. (Holmberg 2016, 192–193.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriö aiheuttaa läheisissä ihmisissä usein samankaltaisia fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita kuin niiden kanssa elävässä ihmisessä. On tavallista, että läheiset tuntevat syyllisyyttä, katumusta, pettymystä, vihaa, surua, huolta ja stressiä. Heillä voi ilmentyä unettomuutta, alentunutta mielialaa, päänsärkyä, vatsaoireita ja voimattomuutta. Myös ehkäisevän työskentelyn näkökulmasta läheisen huomioiminen on tärkeää. (Holmberg 2016, 193.)

Tieto mielenterveys- tai päihdehäiriön löytymisestä voi tulla läheiselle helpotuksena, varmistuksena tai vahvistuksena aiemmin aavistetulle asialle. Omaisilla voi olla tarve puhua ammattilaisen kanssa omista peloistaan ja muiden perheenjäsenten peloista, huolista tai voimavaroista. Heillä on myös oikeus ilmaista mielipiteensä hoitolinjauksista. Lisäksi läheisillä on oikeus tuki- ja neuvontapalveluihin sekä omien voimavarojen ja terveyden hoitamiseen heidän tukiessaan toista ihmistä. Hoitotyössä tärkeää olisi kysyä läheisiltä, että miten he jaksavat. Tärkeää olisi myös tiedustella, että ovatko he saaneet riittävän paljon tietoa ja tukea sekä ovatko he pystyneet huolehtimaan itsestään. (Holmberg 2016, 193.)

8.4 Muu kriisi perheessä psyykkisen sairastumisen seurauksena

Joskus perhe hajoaa kuoleman, avioeron tai huostaanoton kautta. Perheen hajoamiseen liittyvät tilanteet ovat yleensä suurempi kriisi kuin vanhemman sairastuminen, vaikka ne usein liittyvätkin yhteen. Perheen muutokset ja suru vievät oman aikansa. Silloin perheellä ei ole voimia muuhun työskentelyyn. Perhetilanteisiin voi liittyvä väkivaltaa, huoltajuuskiistoja ja itsemurhauhkaa. Näihin kriiseihin tulee tarttua, ennen vanhemman psyykkisen sairauden käsittelyä. Lapsen pitää tietää missä hän asuu ja kenen kanssa, ennen kuin hän voi alkaa käsitellä asioita, jotka liittyvät vanhemman psyykkiseen sairauteen. (Inkinen 2001, 170; Holmberg 2016, 193.)

Lapsille syntyy helposti rooleja: taakankantaja, näkymätön, pelle ja syntipukki. Psyykkisesti sairastuneiden lapset tarvitsevat rakkautta, läheisyyttä, yksilöllistä huomioista, myönteisiä tunteita ja liiasta vastuusta luopumista. Jokainen lapsi tarvitsee kosketusta tunteisiinsa, sekä myönteisiin, että kielteisiin. Lapset tarvitsevat tunnetta, että kuuluvat johonkin iänmukaiseen ryhmään. Pitkäaikainen liika vastuun ottaminen omasta vanhemmasta voi aiheuttaa roolien kääntymisen, jolloin lapsesta tulee vanhempansa vanhempi (parentifikaatio). (Inkinen 2001, 173.)

Haastavimpia tilanteita perheenjäsenen sairastuessa ovat usein tilanteet, joissa ihminen vetäytyy ihmissuhteista eikä ota vastaan läheisten apua, vaikka tarvitsisi sitä. (Holmberg 2016, 193.)

8.5 Kolmen sukupolven ketju

Monesti sairastavalla vanhemmalla on itsellään ollut päihdeongelmainen tai psyykkisesti sairastava vanhempi. Se ei kuitenkaan välttämättä merkitse ymmärryksen syntymistä omaa lasta kohtaan, joka on samassa tilanteessa kuin vanhempi on itse lapsena ollut. Oma vaille jääminen on vanhemmalle usein ensisijaista. Toisin sanoen vanhemman pitää ensin tulla kuulluksi ja kohdatuksi, jotta hän kykenisi antamaan ymmärrystä lapselleen. Vanhemman oman historian pohtiminen voi olla yksi tapa lähestyä

lapsen kokemusmaailmaa. Mitä minä olisin tarvinnut, kun isäni sairastui? Mitä minä haluan tarjota lapsilleni? Tärkeä asia on myös vastuun ottaminen omasta elämästä, vaikka olisikin sairastunut. Vanhemmilta saattaa puuttua toimivan perheen kokemus omasta lapsuudestaan, jolloin vanhemmalla ei ole kykyjä toimia vanhempana. Ohjaaminen ja tuki auttavat vanhempaa rakentamaan pohjaa omalle vanhemmuudelleen. Vanhemmuuden ja vastuun korostaminen on tärkeä osa potilaan kunnioittamista. (Inkinen, 2001, 175–176; Åstedt-Kurki ym. 2008, 102–104.)

Sairastamisen ketju, joka jatkuu sukupolvesta toiseen, on haaste kaikille, jotka työskentelevät perheen kanssa. Vanhemmalle on hyvä kertoa, että sairaus ei ole vain juna, joka tulee kohti ja jota ei voi pysäyttää. Aktiivinen asioihin puuttuminen voi kääntää junan kulkua. Perheen ja työntekijöiden aktiivisuus pitää uskoa ja toivoa yllä muutoksen mahdollisuuteen. Myös vanhemmat itse voivat oivaltaa tilanteen lapsen näkökulmasta, eikä tällöin tarvita työntekijöitä siihen avuksi. (Inkinen, 2001, 175–176.)

9 TUKEA VANHEMMUUTEEN: ” KUN TOINEN EI OLEKAAN NIIN PALJON AVUKSI”

9.1 Tukea ja apua vanhemmuuteen, kun toinen vanhemmista on psyykkisesti sairastunut

Kun toinen vanhemmista sairastuu, muutokset vaikuttavat myös siihen, miten osaa toimia vanhempana. Kaikkein eniten vaikutukset näkyvät perheissä, joissa on pieniä tai kouluikäisiä lapsia. Useasti sekä puoliso että sairastunut kokevat syyllisyyttä ja he pelkäävät, miten sairastuminen vaikuttaa lapseen. Sairastunut voi myös pelätä, periytyykö oma sairaus lapsille tai aiheutuuko sairaudesta harmia ja vaikeuksia koko perheelle. Periytyvyydestä on runsaasti tietoa saatavilla, mutta yleisesti voisi sanoa, että alttius reagoida psyykkisesti vaikuttaa olevan periytyvää, ainakin jossain määrin. Lapsen psyykkiseen sairastumiseen vaikuttavat kuitenkin monet muutkin seikat kuin mahdollinen perinnöllisyys. Olosuhteet ja genetiikka vaikuttavat lapsen mahdolliseen sairastumiseen; geneettisestä riskistä voi kertoa suvussa esiintyvä masennus, mutta ihminen sairastuu, jos elämässä on vaikeita kokemuksia. (Koskisuu ym. 2005, 114–118; Holmberg 2016, 128–129.)

Jos perhe-elämä, parisuhde, arki ja suhde lapseen säilyvät hyvinä ja sairaus on lyhytkestoinen, ei lapsilla ole sen suurempaa vaaraa sairastua kuin muillakaan. Yksi lasta hyvin suojaava tekijä on hyvä suhde molempiin tai toiseen vanhempaan. Kun perheen työnjako toisen sairastumisen seurauksena muuttuu monessa tapauksessa, usein myös vastuu kasvatuksesta ja vanhemmuudesta jää puolisolle. Lapset huomaavat pikkuhiljaa, että äiti tai isä ei jaksa ottaa kantaa tai kykene osallistumaan, joten he alkavat hoitaa

asiansa toisen vanhemman kanssa. Tämä voi entisestään eristää sairastuneen muusta perheestä ja hän voi tuntea olevansa ulkopuolinen. (Koskisuu ym. 2005, 114–118; Holmberg 2016, 129.)

Sairastunut voi kokea, että hän on taakka omalle perheelleen ja haitaksi omille lapsille. Vanhemmista molemmat ovat kuitenkin lapsille merkityksellisiä ja tärkeitä. Vaikka sairastunut ei jaksa osallistua arjen pyörittämiseen varsinkaan vaikeampien kausien aikana, se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vanhemmuus lakkaisi tai tulisi merkityksettömäksi. Samat sairauden oireet, jotka vaikeuttavat suhdetta puolisoon, vaikeuttavat todennäköisesti myös suhdetta lapsiin. On tärkeää muistaa, että sairaus on aaltoilevaa: toisena päivänä ja jaksona jaksoo paremmin kuin toisina. Eroa on myös miten eri ihmiset toimivat suhteessa lapsiin sairastaessaan. (Koskisuu ym. 2005, 114–118.)

Lapset tarvitsevat apua, jotta he ymmärtäisivät vanhemman sairautta. Ikätasoisesti annettu tieto ja sitä kautta lasten ymmärrys vanhemman sairaudesta helpottaa lasten tilannetta sekä tukee heidän kehitystään. Lapset tarvitsevat tukea, jotta heille voi syntyä ymmärrys vanhemman sairaudesta. Hyvä olisi, jos vanhemmat voisivat yhdessä keskustella lasten kanssa ja selittää toisen vanhemman käyttäytymistä, jotta lapset eivät jäisi yksin omien tulkintojensa kanssa. Hoitohenkilökunta voi tukea tätä, mutta heidän tehtävänä ei ole kertoa lapsille vanhemman sairaudesta muutoin kuin poikkeustilanteessa. Kyseessä on jaettu vanhemmuus, lapsilla on oikeus olla lapsia. (Koskisuu ym. 2005, 114–118; Holmberg 2016, 133–134.)

9.2 Lapsella riski sairastua, jos toinen tai molemmat vanhemmista ovat psyykkisesti sairaita

Perheissä, joissa toinen tai molemmat vanhemmista ovat psyykkisesti sairastuneita, lapsilla on moninkertainen riski sairastua myös. Isän tai äidin mielenterveyden horjuminen saattaa vaikuttaa lasten mielenterveyteen sekä suoraan, seurannaisvaikutusten kautta, että epäsuoraan. Erityisesti murrosikä on altista aikaa vakavien psyykkisten häiriöiden puhkeamiselle. Vanhemman psyykkisen häiriön vaikutus lapseen välittyy sen kautta, miten sairaus vaikuttaa vanhemmuuteen. Mielenterveysongelmat vaikuttavat vanhemmuuteen sitä kautta, että vanhemman ongelmat usein kasaantuvat -kuten päihdeongelmat, itsetuhoisuus ja väkivaltaisuus. Niiden vaikutuksesta vanhemmuus kärsii. Vanhempien masennuksella saattaa olla haitallisia vaikutuksia lasten mielenterveyteen, koska masennus heikentää vanhempien kykyä toimia sensitiivisesti lapsia kohtaan. Erityisesti äidin vakava pitkäkestoinen masennus ja siihen liittyvä alentunut psyykkinen läsnäolo ja toimintakyky ovat riski, etenkin varhaisvuosina. (Inkinen 2001, 116; Åstedt-Kurki ym. 2008, 52–53.)

Perheisiin, joissa on psyykkisesti sairaa vanhempi, kasaantuu monesti muitakin stressitekijöitä. Stressitekijöitä tässä tapauksessa voivat olla taloudel-

liset vaikeudet, vanhempien väliset ristiriidat, työttömyys, somaattiset sairaudet ja avioero. Stressaantunut ja ylirasittunut vanhempi toimii samalla tavalla kuin masentunut vanhempi. Depressiivisen vanhemman masentuneisuus ja vääristynyt kokemus itsestään ja ympäristöstä ovat erityisiä ongelmia ja ne ovat läsnä perheen jokapäiväisessä elämässä. Depressiiviset ajattelumallit voivat olla voimakkaita ja vääristyneitä tulkintoja jokapäiväisestä todellisuudesta. Vanhempi voi esimerkiksi ajatella, että lapsi on epäonnistunut kokonaan, jos hän saa huonon koearvosanan. Psykkisesti sairas vanhempi arvioi lapsen toimintoja oman kognitiivisen siivilänsä lävitse. Depressioon liittyvä suhteettoman suuri syyllisyys hämmentää myös perhesuhteita. Vanhemman mielialojen vaihtelu, lisääntynyt ärtyneisyys sekä apaattisuus voivat johtaa epäjohtonmukaisuuteen niin lapsen ohjaamisessa kuin rakkaudessaakin. Lapsen on hyvin vaikea ymmärtää, miksi vanhempi on niin vihainen tai suuttuu mitättömän pienistä asioista. Vanhemman itkuisuus on myös lapselle hankalaa, koska hän ei ymmärrä miksi vanhempi itkee. (Inkinen 2001, 120–123; Åstedt-Kurki ym. 2008, 52–53.)

Arkipäivän haasteet ja vanhemman selviämättömyys kotiaskareista on myös hämmentävää lapselle, sillä arkipäivän sujuminen tavanmukaisesti tuottaa lapselle turvaa. Kun arkipäivä hajoaa, se on lapselle pelottavaa. Tällöin lapset alkavat itse huolehtia vanhemmasta ja alkavat hoitaa kotia. Kuitenkaan kaikki lapset eivät sairastu, vaikka vanhempi olisi psyykkisesti sairas. Tyypillistä lapsille, jotka selviävät hyvin eivätkä itse sairastu on kyky itseymmärrykseen sekä aktiivisuus perheen ulkopuolella. Tärkeää on, että lapsella on oikea arvio vanhemman tilanteesta -ymmärrys siitä, että vanhempi on sairas. Arviointikyky tähän kehittyy lapsen oman kehityksen myötä. Tärkeää on myös lapsen realistinen arvio omista toimintamahdollisuuksista ja oman toiminnan seurauksista. (Inkinen 2001, 120–123.)

Aluksi lapset tai nuoret saattavat yrittää muuttaa tai parantaa vanhempaa, mutta ymmärtävät pian, että se on heille mahdotonta ja että he eivät ole syytä eivätkä vastuussa vanhemman sairastumisesta ja sairaudesta. Kolmas tärkeä asia on lapsen ymmärrys vanhemman sairaudesta. Lapset etsivät kontakteja ja toimintoja perheen ulkopuolelta eivätkä odota niin paljon vanhemman apua. Lapset pystyvät toimimaan erillään vanhemman sairaasta tulkinta- ja kokemusmaailmasta. (Inkinen 2001, 120–123.)

Vanhemman sairastuminen on yksi lapsen tasapainoisen kehityksen suurimmista riskitekijöistä. Usein nämä lapset, joiden vanhempi on sairastunut psyykkisesti, purkavat ahdistustaan aikuisiällä omassa terapiassa. Nykyään kuitenkin ajatellaan, että olisi järkevämpää auttaa lapsia tässä hetkessä kuin odottaa heidän aikuisuuttaan ja omia kriisejä. Lasten kohtaaminen aikuispsykiatriassa on kuitenkin perinteisesti ollut vaikeaa. Silmien sulkeminen lasten hädältä on suojannut kaikkein eniten työntekijöitä itseään. Myös resurssien puute vaikuttaa asiaan; lapsen hoitoon ohjaaminen ja tutkiminen vie aikaa. (Inkinen 2001, 164; Holmberg 120-121.)

10 AKUUTIN SAIRASTUMISEN JÄLKEEN: ”ELÄMÄMME JATKUU, VAIKKA PALJON ON MUUTTUNUT SAIRAUDEN MYÖTÄ”

10.1 Arjen opettelua sairauden kanssa, kuntoutumista psyykkisestä sairaudesta

Kuntoutumisen käsite on hyvin moniulotteinen silloinkin, kun puhutaan mielenterveysongelmista kuntoutumisesta. Usein tarkoitetaan muutosprosessia, jonka psyykkisesti sairastunut ihminen on läpikäynyt. Kuntoutuminen voidaankin määritellä ainutlaatuiseksi muutosprosessiksi, jossa ihmisen arvot, asenteet, elämän päämäärät, roolit ja taidot muuttuvat. Toisaalta voidaan ajatella, että kuntoutumisessa on kyse sairaudesta aiheutuvien päivittäisten ongelmien kanssa elämisestä ja niiden voittamisesta. Kuntoutuminen on kaikkea sitä, mitä sairastunut tekee, jotta voisi voittaa sairaudesta aiheutuvat ongelmat. Usein kuntoutumisen käsitteellä viitataan sisäiseen muutosprosessiin, jonka sairastunut on läpikäynyt; hänen asenteensa, ajatuksensa ja tunteensa muuttuvat ympäröivään maailmaan, kuten myös hänen sairauteensa. Sairastuneen tapa toimia muuttuu. Kuntoutumisessa on kyse syvällisemmästä muutoksesta. Kyse ei ole pelkästään muutos toimintakyvyssä tai oireissa. Ihmisen mielikuva ja käsitys itsestä muuttuvat. (Koskisuus ym. 2005, 147–148; Hämäläinen ym. 2017, 197–204.)

Kuntoutumista on hyvä tarkastella myös roolien muuttumisena: sairaalassa tai hyvin sairaana ihminen on luovuttanut osan vastuusta omasta elämästään muille ihmisille. Vähitellen, kun kuntoutumista alkaa tapahtua, alkaa oman elämän uudelleen jäsentäminen, elämän uudelleen rakentaminen ja tapahtuneen sisäistäminen. Joskus potilaan rooli voi jäädä päälle. Tällöin ihminen näkee itsensä sairauden kautta ja potilaana, jolloin muut tärkeät roolit, kuten puolison tai vanhemman rooli, jäävät taka-alalle. Kuntoutuksella tarkoitetaan hiljalleen tapahtuvaa luopumista tästä täysin potilaana olemisesta ja vastuun ottamista itselle takaisin omasta elämästään. (Koskisuus ym. 2005, 147–148; Hämäläinen 2017, 197–204.)

10.1.1 Kuntoutuminen parisuhteen haasteena

Psyykinen sairaus on traumaattinen kokemus koko perheelle. Jokainen perheenjäsen voi kokea toipuvansa läheisen sairastumisen aiheuttamasta traumasta samalla tavoin kuin kuntoutuja itsekin toipuu. Kaikki ihmiset joutuvat jossain kohdassa elämäänsä toipumaan tai kuntoutumaan jostakin kriisistä. Mitä uhkaavampi kriisi on ollut omalle terveydelle ja turvallisuudelle, sitä enemmän se järkyttää perustana olevia oletuksia itses-
tämme ja siitä, miten elämän koemme. Nämä kriisit saattavat murtaa henkilökohtaisia suhteita, joita ihminen on pitänyt itsestäänselvyytenä. Kriisit voivat hajottaa ihmisen odotukset, unelmat ja ajatukset tulevaisuudesta ja elämän jatkumisesta. Kuntoutuminen voi tuoda haasteita parisuhteeseen tai perheeseen, koska sairastuneen käsitykset ja elämän arvot voivat muuttua. Kuntoutumisen lopputuloksena voi olla voimakkaampi tunne

elämän tarkoituksellisuudesta ja mielekkyydestä. (Koskisuus ym. 2005, 152–157; Hämäläinen ym. 2017, 199–201.)

Kaikissa eri kuntoutuksen muodoissa on erityisen tärkeää, että kuntoutusohjauksessa käytetään kuntouttavaa työtettä. Tällä tavoin voidaan tukea kuntoutujan voimavaroja ja omatoimisuutta yksilöllisesti. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa ja hänen läheisiään saavuttamaan mahdollisimman hyvä toimintakyky, elämäntilanne ja hyvinvointi. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 87.)

Potilaalle tieto kuntoutumisesta, sen mahdollisuudesta ja luonteesta voi tuoda helpotusta ja lievitystä omaan oloon silloin, kun arjen ongelmat tuntuvat liian suurilta. Käsitys toipumisen ja kuntoutumisen mahdollisuudesta sekä realistinen toiveikkuus antavat voimaa ja tilaa silloinkin, kun potilaan on vaikea nähdä yhtään kauemmaksi. Keskellä arjen pyörytystä ja kriisiä, jonka sairaus aiheuttaa, on vaikeaa tai jopa mahdotonta nähdä muutoksen lupaus tai toivoa paremmasta. Perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa eri tavalla eri perheenjäseniin, lapsen kokemus on erilainen kuin puolison kokemus. (Koskisuus ym. 2005, 152–157; Vuorilehto ym. 2014, 90-91.)

Jokainen perheenjäsen, kuntoutuja, lapset ja puoliso kuntoutuvat omaa tahtiansa ja jokainen kuntoutujista voi olla eri vaiheessa kuntoutumisensa eri aikoina. Tärkeä on myös, että potilas ja perhe tietävät, että kuntoutuminen ei ole suoraviivaista eikä se etene tasaisesti. Kuntoutujan tiellä voi olla takapakkeja ja etenemisiä, mutta samoin puolison ja koko perheen toipuminen ei myöskään etene tasaisesti tai mutkattomasti. Perheenjäsenten reaktiot voivat olla hyvinkin voimakkaita eikä se kuitenkaan tarkoita sitä, että parisuhteessa, perheessä tai sen yksittäisissä jäsenissä olisi jotain vikaa. Sairastuneen toipuminen voi käynnistää vakavan kriisin perheessä. Kuntoutujan käsitys tilanteesta ja oman kuntoutumisensa merkityksestä voi olla hyvin erilainen kuin puoliso ja muu perhe sen näkevät. (Koskisuus ym. 2005, 152–157; Vuorilehto ym. 2013, 90-91.)

Eritahtisuus kuntoutumisessa voi näkyä myös siten, että kun potilas alkaa kuntoutua ja saada voimaa, puoliso väsyä ja voi kokea syvää uupumusta. Niin kauan kuin sairastuneen tilanne on huono, ei perheessä ole mahdollisuutta tuoda omaa väsymystään esille. Kun sairastuneen kuntoutuessa niin tapahtuu, se voi tuoda hämmennystä, miksi puoliso väsyä, kun kaiken pitäisi olla hyvin. Puolison voi olla myös vaikeaa luottaa kuntoutumisen pysyvyyteen ja myös sen vuoksi uutta roolijakoa, joka on muodostunut puolison sairastuttua, voi olla vaikeaa muuttaa. Sairastunut voi kuntoututtuaan jatkaa elämää siitä mihin jäätiin ennen sairastumista. Puoliso saattaa siinä vaiheessa kokea, että hänen on aika tuntea niitä tunteita ja ajatella niitä asioita, joita ei puolison sairastaessa pystynyt tai uskaltanut. Tällöin on tärkeää tiedostaa kuntoutumisen eritahtisuus puolisoitten välillä. (Koskisuus ym. 2005, 152–157.)

Osa puolisoista ajattelee, että heidän ei pitäisi kuntoutua, koska eiväthän he ole sairastaneetkaan. Kuntoutuminen nähdään lähinnä sairastuneen haasteena, puoliso ja perhe kulkevat siinä mukana. Kuntoutuminen voidaan kuitenkin nähdä myös muuttuneessa elämäntilanteessa selviytymiseksi, jolloin kuntoutuminen koskee ja koskettaa myös puolisoa. (Koskisu ym. 2005, 152–157.)

Kuntoutuminen parisuhteessa voi tarkoittaa myös uusien vuorovaikutustapojen opettelemista. Pariskunta voi joutua opettelemaan puhumaan asioista, joista eivät ole osanneet ennen puhua. Uudet tuulet parisuhteessa voivat myös vaatia löytämään uudet erilaiset tavat kommunikoida kumppanin kanssa. Ajatus kuntoutumisesta on hyvin armollinen. Se antaa tilaa sille ajatukselle, ettei kaikkea tarvitse osata eikä ymmärtää eikä kaikesta tarvitse selviytyä, vaan asioita voi oivaltaa ja opetella. Kuntoutumisen aikana molemmat oppivat itsestään, omasta tavastaan toimia, omista vahvuuksistaan ja voimavaroistaan. Myös parina voi löytää suhteesta uusia puolia ja oppia toisesta uutta. (Koskisu ym. 2005, 162–164.)

Kuntoutumiseen sitoutumiseen vaikuttavat voimakkaasti myös sairauden ja sen oireiden lisäksi olosuhteista riippuvat tekijät. Kannustava puoliso tai hyvä hoitosuhde voi helpottaa lääkekielteisen potilaan lääkkeiden käyttöä. Vertaistuki edistää sairauden hoitoon sitoutumista ja sairauden itsehoitoa. Vertaistuki tarjoaa yhteisiä kokemuksia, jaettua ymmärrystä, antaa toivoa ja tukea sekä lisää sairastuneen osallisuutta oman sairauden hoidossa. (Vuorilehto ym. 2013, 134-135.)

Kuntoutuminen on myönteisen minäkuvan luomista. Perheessä psyykkiseen sairauteen jonkun perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa heikentävästi koko perheen mielikuvaan itsestään. Kumppani tai perhe voi kokea, että suhde tai perhe on jollain tavalla viallinen tai huonompi kuin toiset perheet. Kuntoutuminen on myös tämän mielikuvan muuttumista ajatukseseen, että perhe on aivan tavallinen tai parisuhde on aivan tavallinen, aivan kuten muillakin. (Koskisu ym. 2005, 162–164.)

Joskus koko perhe voi siirtyä potilaan rooliin, jolloin kehittyy masennusperhe tai skitsofreenikkoperhe. Perheen on tärkeää muuttaa mielikuvia parisuhteesta tai perheestä, mikä helpottaa koko perhettä. Perheen tulee opetella ajattelemaan, että perheestä yksi sairastaa sairautta, mutta se ei tee koko perhettä sairaaksi. Kuntoutujan itsensä kannalta se tarkoittaa oman minäkuvan löytämistä, joka on sairaudesta erillään. Puolisolle se tarkoittaa irrottautumista puolison sairaudesta, oman identiteetin löytämistä tai sen uudelleen muovautumista siten, että vaikka välittää toisesta ja tämän tilanteesta, muistaa välittää myös omasta itsestään ja omasta elämästään erillisenä puolison elämästä. Tärkeää on muistaa, että puolison sairaus voi määrittää elämäntilanteen, mutta ei itseä. (Koskisu ym. 2005, 162–164; Hietaharju ym. 2016, 236-237.)

Parisuhteessa voi oppia tuntemaan ja tietämään, mitä pariskunta on käynyt yhdessä läpi. Jos pariskunta pystyy hyväksymään sairauden ja jos he oppivat ajattelemaan, että sairastuminen ja kuntoutuminen ovat osa pariskunnan historiaa, se vahvistaa parisuhdetta. Vahvistuminen tarkoittaa molempien itsetunnon vahvistumista ja rohkeuden kasvamista. Vapaus elää itsensä näköistä elämää ja yhdessä pariskunnan näköistä elämää. Parisuhteelle on tärkeää ymmärtää, että elämässä on paljon muutakin kuin sairaus. Elämässä tapahtuu muutoksia, ja sairastuminen on ollut yksi niistä. Kuntoutuminen ei ole pysyvä onnen tila vaan se on elämistä arjessa. (Koskisuu ym. 2005, 182–183; Hietaharju ym. 2016, 236-237.)

10.1.2 Kuntoutuminen perheen haasteena

Avioparien ja lapsiperheiden kuntoutumisesta tiedetään hyvin vähän, koska asiaa ei ole tutkittu. Perheitä koskevat tutkimukset, myös kuntoutumisesta, on tehty perheistä, joissa sairastunut on sisarus tai aikuinen lapsi. Kuten yksilöiden, myös perheiden kuntoutumista on pyritty kuvaamaan erilaisten vaiheiden kautta. Jokainen perhe ja yksilö kuntoutuvat kuitenkin omaa tahtia ja omalla tavallaan, mutta kuvattujen vaiheiden avulla voi kuntoutumisesta saada viitekehyksenomaisen kuvauksen, miten kuntoutuminen pääpiirteittäin menee. (Koskisuu ym. 2005, 157–162, Hämäläinen ym. 2017, 197–204.)

LeRoy Spaniol ja Anthony Zipple ovat esittäneet perheiden kuntoutumisprosessin sisällöksi prosessia, jossa on neljä vaihetta. Prosessin vaiheet ovat shokkivaihe, tilanteen realisoitumisvaihe, ns. coping-vaihe ja edunvalvontavaihe. Sekä shokkivaihe että tilanteen realisoitumisvaihe liittyvät kriisin kohtaamiseen ja tapahtuneen ymmärtämiseen, luopumisen, surutyön ja hyväksymisen teemoihin sekä tilan saamiseen tulevaisuuden ajatuksille ja tulevaisuuteen suuntautumiselle. Coping-vaiheella tarkoitetaan uudelleenjärjestäytymisen vaihetta, jolloin perhe opettelee elämään muuttuneessa tilanteessa, opettelee tarvittavia taitoja sekä hyödyntää perheen aiempia vahvuuksia uudella tavalla. Perhe toimii tavoitteellisemmin koko perheen hyvinvoinnin eteen. Edunvalvontavaihe sisältää aktiivista toimintaa, perhe sisäistää uusia toimintamalleja ja käyttää niitä. Lisäksi perhe opettelee niin kuntoutujan kuin koko perheenkin puolien pitämistä. Meidän perhe -ajatus vahvistuu. (Koskisuu ym. 2005, 157–162; Hämäläinen ym. 2017, 197–204.)

Perheet kuvaavat mitä kuntoutuminen heidän mielestään on; se on muun muassa toivon heräämistä epätoivon jälkeen. Toivon herääminen on yksi merkittävimmistä asioista kuntoutukseen liittyen. Joskus voi myös käydä niin, että sairaudesta tulee yhteinen vihollinen, jota vastaan pariskunta taistelee. Tällöin sairaus voi olla jopa parisuhteen pelastava tekijä. Sairaus koetaan yhteiseksi haasteeksi, josta halutaan selvitä yhdessä. (Koskisuu ym. 2005, 157–162; Hämäläinen ym. 2017, 197–204.)

Pariskunta ja perhe voivat kietoutua oireilun ympärille ja koko perhe voi eristäytyä sairauden vuoksi. Elämästä tulee kapeampaa ja molemmat puolisoista kieltävät elämän mahdollisuuden. Elämä on hengissä pysymistä, raskasta raahautumista päivästä toiseen. Kuntoutumisella voidaan tarkoittaa myös pyrkimistä ulos tällaisesta tilanteesta. Tilanteesta ulos pyrkimisen voisi ymmärtää myös perheen lisääntyneenä ymmärryksenä sen hetkiseen tilanteeseen, tulevaisuuden mahdollisuuksiin ja omaan arvoon. Perheen on tärkeää ymmärtää, että perheessä elävät ihmiset ovat arvokkaita ja heillä on merkitystä sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Elämän kieltäminen tarkoittaa luovuttamista, periksi antamista ja itsensä hylkäämistä. Kun ihminen tai perhe siirtyy taas elämän puolelle, se tarkoittaa aktiivista opettelua mielekkääseen elämään sekä perheenä että yksilönä ja itsensä hyväksymistä sellaisena, kuin sillä hetkellä on. (Koskisuu ym. 2005, 157–162.)

Kuntoutuminen on opettelua aktiivisiin selviytymiskeinoihin. Kuntoutuminen voidaan ajatella oppimisena. Ihmiset oppivat selviämään tilanteesta ja löytämään erilaisia, itselleen sopivia tapoja elää siinä tilanteessa todellisuuden kanssa. Tällaisia taitoja on monenlaisia muun muassa stressinhallintataitoja, taitoa huolehtia itsestään, rentoutua, hoitaa kriisitilanteita, kannustaa, rohkaista ja olla holhoamatta. (Koskisuu ym. 2005, 157–162; Hämäläinen ym. 2017, 197-204.)

Kaikkien perheiden historiassa on asioita, joita perhe on joutunut käymään läpi ja jotka vaikuttavat perheen historiaan ja elämään vielä tänäkin päivänä. Uudenlainen käsitys perheestä voisi olla sellainen, että sairastuminen on osa perheen tarinaa, mutta ei kaikkein määrittävin tekijä perheen historiassa. (Koskisuu ym. 2005, 182–183.)

10.2 Seksuaalisuus pitkäaikaissairaana puolisona

Seksuaalisuus on aiheena sikäli herkkä ja arka, että monet pariskunnat eivät mielellään puhu asiasta, vaikka heillä olisi paljonkin ongelmia seksielämässä. erotiikka on kuitenkin tärkeä elämänalue parisuhteessa. Tarve tulla rakastetuksi, rakastella ja rakastaa, erottaa parisuhteen ystävyys-suhteesta. Seksuaaliset tarpeet ja seksuaaliset toiveet ovat eri ihmisillä hyvin erilaisia. Ihmiset suhtautuvat iän, elämäntilanteen, sukupuolen ja parisuhteen perinteiden mukaan eri lailla niin haluttomuus- ja kyvyttömyysongelmiin kuin seksiinkin. Ihmisten ollessa parisuhteessa he pyrkivät löytämään keskinäisen tasapainon molempien tarpeiden välille. Ongelmia seksissä voi olla, vaikkei kummallakaan pariskunnasta olisi psyykkisiä ongelmia. Mielen-terveysongelmat kuitenkin tuovat mukanaan ongelmia parisuhteen hellyyteen, läheisyyteen ja fyysiseen rakkauteen. Usein ihmiset salaavat seksielämän ongelmat ja ovat ihmeissään niiden kanssa. Varsinkin masennukseen liitetään libidon laskua. Lisäksi voi olla mielihyvän kokemisen mahdottomuutta tai vaikeutta. Seksi ei yksinkertaisesti tunnu hyvältä tai se voi tuntua jopa suoritukselta. (Koskisuu ym. 2005, 106; Hattunen 2007, 102; Dunderfelt n.d, 158–159.)

Joissakin psyykkisissä sairauksissa, varsinkin miehillä, voi esiintyä halukkuuden lisääntymistä sairauden alkuvaiheessa, koska seksuaalisuus voi olla ainoa mielihyvän lähde. Tällöin lähes pakonomainen seksuaalisuus toimii ainoana keinona lievittää ahdistusta. (Koskisuus ym. 2005, 106; Hattunen 2007, 102.)

Sairastunut voi harrastaa itsetyydytystä runsaasti, katsoa pornoa hyvin paljon tai kohdistaa puolisoon aina vain enemmän ja enemmän seksuaalisia toiveita ja vaatimuksia. Erityisesti runsas pornon katsominen voi tuntua hyvin loukkaavalta puolison mielestä. Ihminen ei välttämättä itse ymmärrä käyttävänsä seksiä ahdistuksensa helpottamiseen. Tällöin parisuhteessa voi syntyä helposti ristiriitoja. Yleisintä kuitenkin on, että parisuhteen yhteinen sukupuolielämä lakkaa kokonaan tai vähenee merkittävästi. Psykkisiin sairauksiin liittyy usein myös itsetunnon aleneminen ja kyky rakastaa itseään heikkenee. Tällöin on luonnollista, että ihminen voi kokea, ettei ole läheisyyden arvoinen. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Jos toista ei seksi kerta kaikkiaan kiinnosta, kumppanista tämä voi tuntua hylkäämiseltä. Vaikka kumppani kuinka yrittää järjellä ajatella, ettei se johdusi omasta haluttavuudesta, silti läheisyyden kaipuu, hellyyden ja seksuaalisuuden lakkaaminen ja kaipaaminen ovat raskas isku monille. Lisäksi tämä näkyy muuallakin kuin makuuhuoneessa: koskettaminen vähenee, tunnelma on jännittynyt, puolisoista voi tuntua vaikealta rentoutua fyysisesti, kun toinen on läsnä, kehossa voi tuntua kireyttä. Pienet välittämisen eleet ja kiintymys vähenevät tai lakkaavat. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Kyvyttömyys läheisyyteen kuuluu sairauden kuvaan jossain vaiheessa sairautta. Seksin saralla siihen syntyy kuitenkin negatiivinen kehä. Kun ihminen tulee torjutuksi tai seksuaalinen suoritus on epätydyttävää joko toisesta tai molemmista, pariskunta alkaa vältellä aloitteita. Mitä kauemmin hiljaista aikaa on kestänyt, sitä vaikeammalta ja epäluonnollisemmalta yritykset tuntuvat. Tämä vahvistaa hylätyksi tulemisen tunnetta ja lisäksi tunnetta siitä, ettei kelpaa. Tästä asiasta pariskunnat keskustelevat harvoin ja usein keskustelu on syyttävän sävyistä, jos aiheesta ylipäättään keskustellaan. Seksuaalinen torjunta voidaan nähdä myös siten, ettei kumppani rakasta tai välitä tarpeista. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Sivuvaikutuksia voi tulla sekä lääkityksestä että psyykkisestä sairaudesta johtuen. Miehillä voi esiintyä impotenssia ja naisilla seksuaalisen kiihottumisen vaikeutta. Torjutut lähestymisyrietykset ja epätydyttävät kokemukset haavoittavat kumpaakin sekä tuovat arkuutta ja fyysistä vetäytymistä. Tämä saattaa ajaa jopa seksielämän loppumiseen. Varsinaisesti haluttomuuteen ei ole lääkkeitä. Potenssilääkkeet vaativat kiinnostuksen seksiin

toimiakseen. Niitä kuitenkin kannattaa kokeilla, jos suorituspelko on tullut esteeksi seksin harrastamiselle. On tärkeää muistaa, että myös lääkitys voi aiheuttaa haluttomuutta ja potenssiongelmia. Jotkut lääkkeet vaikeuttavat siemensyöksyä ja myös kiihottumisen vaikeus naisilla voi olla joidenkin lääkkeiden ei-toivottu sivuvaikutus. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Psyykkiseen sairastumiseen voi liittyä kehollisia muutoksia, jotka vaikeuttavat seksuaalisuutta. Fyysinen aktiivisuus voi vähentyä mikä voi aiheuttaa lihomista ja yleiskunnon heikentymistä. Jotkut psyykenlääkkeet vaikuttavat rasva-aineenvaihduntaan ja tämän seurauksena potilas voi lihota hyvinkin paljon lyhyessä ajassa. Potilaan oma keho voi tuntua vieraalta jo valmiiksi mielenterveysongelman vuoksi, puhumattakaan muutoksista, joita esimerkiksi lääkitys voi aiheuttaa. Tämän seurauksena voi olla vaikeaa olla omassa kehossa. Jos oma keho tuntuu vieraalta, ei seksikään tunnu hyvältä. Se voi olla hankalaa ja eri tuntuista kuin mihin on tottunut. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Tyydyttävä seksielämä edellyttää usein turvallisuuden ja tuttuuden lisäksi myös aloitteellisuutta ja spontaaniutta. Psyykkisellä sairaudella saattaa olla kumpaankin näistä kielteinen vaikutus. On pariskuntia, joilla seksuaalielämä ei merkittävästi häiriinny tai siinä tapahtuneita muutoksia ei koeta keskeisinä tai tärkeinä parisuhteen läheisyyden tai jatkuvuuden kannalta. Miten seksuaalisuus parisuhteessa toteutuu, riippuu muun muassa iästä, parisuhteen kestosta ja monista muista asioista. Joillekin pariskunnille asia ei ole merkittävä, toisille pariskunnille seksittömyys saattaa muuttaa koko parisuhteen luonnetta ja perustaa täydellisesti. On myös pariskuntia, jotka elävät seksittömässä parisuhteessa, mutta se ei sovi kaikille. Jokainen pari joutuu etsimään oman tapansa elää muuttuneessa tilanteessa. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255; Kallio & Jussila n.d. 284–286.)

Yllätyksenä pariskunnille voi tulla se, että sairastuneen kuntoutuminen ja toipuminen eivät käynnistäkään seksielämää automaattisesti uudelleen. Takana voi olla liian monta haavoittavaa hetkeä, liian monta torjuntaa, liian paljon vaikeuksia lähekkäin olemisessa. Seksielämän aloittaminen uudelleen edellyttää parisuhteen tasapainottumista sekä luontevan yhdessä olemisen ja yhdessä tekemisen uudelleen opettelua. Joissakin tilanteissa ympäristön vaihdos voi auttaa, toisinaan mikä tahansa yhdessä tekeminen tai yhteinen jaettu hyvä hetki kumppanin kanssa. Joissakin tapauksissa voi olla tarpeen mennä seksuaaliterapiaan tai pariterapiaan, jossa käsitellään seksuaalisuutta. Usein hoitohenkilökunta arastelee seksistä puhumista ja monesti he ajattelevat, ettei heillä ole riittävää pätevyyttä puhua seksistä potilaiden ja heidän puolisoitten kanssa. Avuksi kuitenkin pariskunnalle voi olla mikä tahansa, mikä parantaa parisuhteen vuorovaikutusta, tukee keskinäistä kumppanuutta ja tuo jotain yhteistä pariskunnalle. (Koskisuus ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Seksi on osa parisuhdetta. Mitä paremmin parisuhde voi, sitä tyydyttävämpää ja ylipäänsä edes mahdollista, seksielämä on parisuhteessa. Seksi ei ole irrallaan tasaveroisuuden ja kumppanuuden teemoista ja joskus vastaus ongelmiin seksielämässä voi löytyä arjen sujuvuuden paranemisesta, yhteisestä tekemisestä tai toisen uudelleen löytämisestä. Jos taukoa seksielämässä on ollut pitkään, yhteisen seksielämän mielenkiinnon ja nautinnon löytäminen ja opettelu voi alkaa käytännössä alusta. Joskus sairastuneen toiveet liittyen seksiin, voivat olla hyvin rajuja tai väkivaltaisia. Tämä voi hämmentää puolisoa. Kun seksuaalisuuteen liittyvä torjunta ja kieltäytyminen parisuhteessa jatkuvat, tulee puoliso usein vihaiseksi ja turhautuneeksi. Tämä taas aiheuttaa sairastuneelle lisää turvattomuuden tunnetta. Seksuaalisten tarpeiden normalisoiminen ja turvallisten seksuaalisten tapojen löytäminen ovat tärkeä tavoite pariskunnalle. (Koskisuu ym. 2005, 105–112; Suokas-Cunliffe 2015, 254–255.)

Mielenterveyden heikentyminen aiheuttaa usein monenlaisia seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja erilaisia ongelmia seksuaalisuudessa. Seksuaalinen haluttomuus saattaa olla jopa ensimmäinen oire alkaneesta masennuksesta. Monet masennuslääkkeet aiheuttavat erektiohäiriöitä, orgasmivaikeuksia, kiihottumisen vaikeutta ja mielihyvän laskua. Aina kuitenkin ei ole helppo tietää mikä on syy ja mikä seuraus: onko kyseessä masennus, josta on seurannut seksuaalinen toimintahäiriö vai seksuaalinen toimintahäiriö, joka jatkuessaan pitkään pahentaa masennusta. Vai onko syynä lääkitys, joka johtaa seksuaaliseen toimintahäiriöön tai haluttomuuteen. (Hattunen 2007, 101–102.)

11 HOITOHENKILÖKUNTAAN KOHDISTUVIA ODOTUKSIA PUOLISON SAIRASTUESSA

Kun rakas ihminen sairastuu, on luonnollista, että puoliso odottaa apua ja tukea ammattihenkilöstöltä. Ensin yleensä apua haetaan sairastuneelle, koska hänestä ja hänen terveydestään on suuri huoli. Kuitenkaan perhe ja puoliso eivät voi olla huomiotta osana sairastuneen elämää. Puolisolla ja perheellä on myös erilaisia, oikeutettuja toiveita ja tarpeita, jotka kohdistuvat ammattihenkilöstöön ja joita ammattihenkilöstön tulisi kuulla ja nähdä. Kun rakas ihminen sairastuu, on luonnollista, että läheiset odottavat ja toivovat, että sairastunut paranee nopeasti ja saatu apu on tehokasta. Jos ihminen hakeutuu hoitoon, eikä hoito kuitenkaan auta nopeasti, se voi aiheuttaa läheisille ja sairastuneelle itselleen pettymyksiä. Tätä pettymystä saattaa tukea henkilökunnan välttelyksi koettu tapa vastata alkuvaiheen tärkeään kysymykseen, kun läheiset kysyvät, että koska sairastunut paranee. (Koskisuu ym. 2005, 185–186.)

Tosiasia kuitenkin on, että kukaan ei voi tietää vastausta, koska sairastunut paranee. Jotkut ihmiset toipuvat ja paranevat nopeammin ja tehokkaammin ja toisilla sopivan lääkityksen etsiminen voi viedä sekä sairastuneen

että läheisten mielestä liian kauan aikaa. Sairastuneen hoidon ja kuntoutuksen kaikissa vaiheissa puolisoilla ja perheellä on tärkeä rooli ja myös heidän tarpeensa pitäisi huomioida. Hoitosuunnitelmassa tulee huomioida potilaan elämäntilanne, perhesuhteet sekä lähiverkko. Hyvään hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan kuuluu sairastuneen läheisten mukana oleminen niin hoidon suunnittelussa kuin toteutuksessakin sairastuneen sekä hänen perheensä tarpeen mukaan. (Koskisuus ym. 2005, 185–186.)

Sosiaalinen verkosto käsittää perheen lisäksi myös muut omaiset, ystävät sekä sukulaiset. Verkostoon voivat kuulua myös muita potilaalle tärkeitä toimijoita työelämästä, koulusta, harrastuksista tai naapureista. Verkostokeskeinen työ tarkoittaa hoitotyön tiimin toimintaperiaatetta, jossa ihmisen koko sosiaalinen verkosto huomioidaan kaikissa tilanteissa ja verkoston voimavaroja käytetään hyväksi kuntoutuksessa ja toipumisessa. (Hietaharju ym. 2016, 238.)

Perhetyö on kehittynyt, mutta silti on paljon pariskuntia ja perheitä, jotka kokevat, ettei heitä ole tuettu riittävästi yhdessä. Joko he eivät ole osanneet hakea tukea tai sitten tukea ei ole osattu antaa perheelle tai sitä ei ole ollut tarjolla. Jokaisella mielenterveystyöntekijällä pitäisi olla perusvalmiudet kohdata perheitä ja antaa heille tietoa sekä tukea ja ennen kaikkea kohdata tunteita, jotka liittyvät läheisen sairastumiseen. (Koskisuus ym. 2005, 185–186; Hietaharju ym. 2016, 242.)

Ammatti-ihmisen tuki perheelle on suoraa vastauksia suoriin kysymyksiin. Hoitajan on tärkeää kertoa selkeästi mistä on kyse, mitä hoidossa tapahtuu ja mitä omaisilta odotetaan. Omaiset odottavat hoitajilta rohkaisua ja emotionaalista tukea. (Hietaharju ym. 2016, 235.)

Potilaan ollessa hoitajaksolla sairaalassa, parasta oli hoitajan kanssa vietetty yhteinen aika. Hoitajalta saatu aika ja keskusteluapu sai kiitosta myös potilaan läheisiltä. Hoitajalta toivottiin tilannetajua sekä herkkyyttä kohdata potilaat ja perheenjäsenet. Perheenjäsenet toivoivat, että heidän vointiaan kysyttäisiin myös. Perhetapaamisille toivottiin ajankohdaksi ilta-aikoja. (Horppu 2008.)

12 TIEDONHAKU OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN AIKANA

Opinnäytetyöprosessin alussa tapasin informaatikon kanssa ja hän opasti minua tiedon haussa. Työstin työtä puoli vuotta, jonka jälkeen koin, että aineistoni kaipaa vielä vahvistusta ja menin informaatikon luo saamaan vahvistusta haulle. Käytin sähköisiä tietokantoja, joiden avulla löytyi kyllä paljon tuloksia, mutta opinnäytetyöhöni ne eivät juuri apua antaneet. Saa-

tua teoriaa olen verrannut informaatioon, jota sain haastattelussa puolisoilta. Teoriatietoa ja kohderyhmältä saatua tietoa yhdistelemällä syntyi lista, joka suunnataan hoitajille käyttöön.

| <i>Tietokanta</i> | <i>Päivämäärä</i> | <i>Hakusana</i> | <i>Rajaukset</i> | <i>Tulokset</i> | <i>Käytettävyys</i> |
|-----------------------|-------------------|---|------------------|-----------------|---------------------|
| <i>Medic</i> | 21.8.2017 | Puoliso* and Tuki* | 2007-2017 | 32 | 2 |
| | | Spouse* and Support* | 2007-2017 | 36 | 0 |
| | | Perhe* and Tuki* | 2007-2017 | 216 | 1 |
| | | Family* and Support* | 2007-2017 | 225 | 1 |
| | 13.9.2017 | Masennuksen oirekuva | 2007-2017 | 313 | 1 |
| | | Parisuhde* and Tukeminen | 2007-2017 | 1 | 0 |
| | | Omahoitaja* | 2007-2017 | 11 | 1 |
| <i>Cinahl</i> | 21.8.2017 | "MHSpouses" and "MHSupport, Psychosocial" | 2010-2017 | 409 | 0 |
| <i>Google Scholar</i> | 21.8.2017 | <i>Puoliso, tukeminen, psykiatrinen</i> | 2007-2017 | 2990 | 2 |

Katsellessani hakemaani aineistoa voin tulla siihen tulokseen, että suuri osa tuloksista koskettaa somaattista sairautta ja siihen liittyvää tuen tarvetta niin sairastuneelle kuin puolisollekin. Jonkin verran hakujen avulla tulee aineistoa, jotka sopivat aineistooni. Monet niistä ovat pro graduja. Mitä suuremmasta tietokannasta on kyse, esimerkiksi Cinahlista, tulee hakujen tulokseksi opinnäytetyötäni varten kelpaamattomia tuloksia. Google Scholarista löytyy paremmin aineistoa juuri nimenomaan puolison tukemisesta, kun toinen puolisoista on sairastunut.

13 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen. Koko prosessi on kestänyt vuoden ja opinnäytetyön ulkoinen asu on muuttunut moneen otteeseen. Alun kiire ja suorittaminen on opinnäytetyön edetessä muuttunut harkitsevaan ja aikaa ottavaan asenteeseen, jonka myötä tavoitteena on ollut koota hyödyllistä ja tärkeää tietoa helposti saataville.

Opinnäytetyötä aloittaessani ajattelin, että en halua sisällyttää haastatteluja opinnäytetyöhöni. Tästä huolimatta opinnäytetyöni eteni siihen pisteeseen, että kohderyhmän haastattelu tuntui hyvältä ja arvokkaalta lisältä.

Yhteistyö omaisjärjestö FinFamin kanssa lisäksi opetti minulle itselleni todella paljon ja lukemani materiaali yhdistettynä kohtaamisiin oikeiden ihmisten kanssa vahvasti asioiden laita. Lisäksi koen, että opinnäytetyö ja sen toiminnallinen osuus, check-list on pätevämpi, kun sitä on pohdittu moneen kertaan aiheesta tietävien ihmisten kanssa. Opinnäytetyön kokonaisuuden kannalta voinkin todeta, että oli ehdottoman tärkeää saada oikeiden ihmisten mielipiteitä ja ajatuksia teoreettisen tiedon tueksi. Tämän avulla koko aihe tuntui kokonaisemmalta ja pystyi näkemään, kuinka löydetty teorian tieto tuki puolisojen sanoja ja toisin päin.

Puolisoiden innostus opinnäytetyötäni kohtaan tuntui mukavalta ja kannustavalta. Tuntui, että he olivat todella mielissään siitä, että saavat äänensä kuuluviin jotain reittiä. Puolisot kokivat tärkeäksi, että saivat kertoa asioita, jotka ovat heidän huomioimisessaan sairastuneen puolison hoidon aikana onnistuneet ja asioita, jotka olisi ollut parempi hoitaa jotenkin toisin. Vaikka puolisot tunsivatkin kokeneensa puolison asemassa vähättelyä tai kokivat, että olivat jääneet näkymättömäksi sairastuneen hoidossa, he toivoivat, että toiset ihmiset eivät joutuisi kohtaamaan samoja huonoja asioita.

Kaikki haastattelemiini sairastuneiden puolisoista olivat itse enemmän tai vähemmän sairastuneet psyykkisesti eri vaiheissa, puolisojen sairastumisen jälkeen tai puolison sairauden akuutissa vaiheessa. Tätä asiaa puolisot korostivatkin -jos tervettä puolisoa ei tarpeeksi huomioida ja ymmärretä, sairastuneiden määrä perheessä tuplaantuu helposti.

Tapaamiset puolisojen kanssa tuntui luontevilta ja tunnelma tapaamisissa oli lämminhenkinen ja vapautunut. FinFamilta kuvataan, että osasin olla empaattinen ja annoin tilaa puolisoille yrittämättä johdatella heitä. Opinnäytetyö oli prosessina vaativa, opettava ja mielenkiintoinen. Tuntuu, että se nivoi yhteen osaamiseni ja varsinkin suuntaavat harjoittelut sekä suuntaavat opinnot. Opinnäytetyön tekeminen opetti minulle kärsivällisyyttä ja huolellisuutta. Opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä ja mieluista alusta loppuun saakka. Aihe oli mielestäni niin kiinnostava, että opinnäytetyötä oli aina mukava tehdä. Lisäksi konkreettinen tuotos teki opinnäytetyön tekemisen tärkeäksi.

Tekemällä opinnäytetyön tiivistin ja kokosin yhteen suuren määrän kirjallisuutta ja artikkeleita tärkeästä aiheesta. Tämän avulla tietoa on helpompi käyttää ja hyödyntää käytännössä. Palautteessa FinFamilta kuvattiin, että olin kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana valtavasti. He olivat tyytyväisiä, että aikataulut pitivät hyvin, eikä tarvinnut odotella kirjallisia osuuksia,

vaan hoidin ne sovittujen aikataulujen mukaan. Lisäksi palautteessa sanottiin, että yhteistyö sujui hyvin ja mutkattomasti.

Palaute FinFamilta tuntui hyvältä ja koen itsekin, että yhteistyö sekä pidetyt puolisetapaamiset sujuivat hyvin. Lisäksi olen hyvin kiitollinen puolisoille, jotka auttoivat tekemään opinnäytetyöstäni ja sen toiminnallisesta osuudesta elävämmän ja paremman. Puolisot, jotka halusivat vapaaehtoisesti tulla mukaan opinnäytetyöhöni, antoivat arvokasta tietoa, jota ei voi kirjoista löytää. On hyvin tärkeää, että kohtaamiset heidän kanssaan olivat onnistuneita ja he tunsivat olevansa tärkeitä sekä edesauttavansa ammattilaisten työtä.

Alussa aihe tuntui hieman vieraalta, vaikkakin se oli kiinnostava. Kun työ eteni ja aihepiirit tulivat tutuiksi, aihe tuntui todella tutulta, omalta ja tärkeältä. Alun materiaalien liiallisenkin kaaoksen jälkeen huomasin, kuinka paljon yhtäläisyyksiä aiheeseen löytyy kirjallisuudesta. Tekstiä oli helppo lukea ja kirjoittaa. Pystyin koko opinnäytetyön ajan asettumaan sairastuneen puolison asemaan ja miettimään, miltä kirjallisuudesta löytyneet ohjeet tuntuisivat minusta itsestäni. Opinnäytetyön loppuvaiheessa, materiaalien ollessa jo käytännössä kasassa, opinnäytetyötä oli mukava työstää loppuun ja yrittää saada siitä mahdollisimman selkeä ja helposti ymmärrettävä.

Mielenkiintoista opinnäytetyön tekemisessä oli myös se, että omat odotukset ja ajatukset siitä, mitä asioita kirjallisuudesta löytyisi, eivät toteutuneetkaan. Tämän vuoksi joistain aiheista löytyi reilusti enemmän tietoa, kuin joistain, joista ehkä itse olisin voinut kuvitella, että aihetta olisi nostettu enemmän esille. Opinnäytetyötä tehdessäni totesin myös sen, että aihetta ei ole paljoa tutkittu.

Varsinainen check-list oli aluksi reilusti pidemmässä muodossa. Tarkoitus alun alkaenkin oli kuitenkin, että lista olisi mielellään kooltaan yksi A4. Pyydetty palaute ja suunnittelu kirjallisesta asusta FinFamin kautta tavattujen puolisoitten kanssa karsi kuitenkin vähemmän tärkeät seikat pois listasta ja jätti siihen vain helposti luettavasti kaikki oleellimmat asiat, unohtamatta kuitenkaan sitä, että listasta tulee kuuluviin puolisoitten ääni ja kokemus.

Palautteessa kerrotaan, että lista vastaa tilattua tuotetta. Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi ja se, että työ vastaa tilattua tuotetta ja ajaa asiansa käytännön työssä, on paras arvostelu jonka tehdystä työstä voi saada.

LÄHTEET

Ahonen, O. Belk-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. Uski-Tallqvist, T. 2016. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Dunderfelt, T. *Iloiseksi*. Riika: Dardedze Holography.

Finlex nd. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu: 27.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Hattunen, L. 2007. Haluttaako- seksuaalisen halun ääriäivoja. Jyväskylä: Gummerus.

Hietaharju, P & Nuuttila, M. 2010. *Käytännön mielenterveystyö*. Tammi.

Hietaharju, P & Nuuttila, M. 2016. *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hirsjärvi, S. Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, J. 2016. *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä*. Keuruu: Ota- van kirjapaino Oy.

Honkasalo, M-L. Kangas, I. Seppälä U. 2003. *Sairas, Potilas, Omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Horppu, C. 2008. *Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheiden kokemana*. Viitattu: 21.8.2017. Pro gradu. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>

Huttunen, M. 2015. Terveyskirjasto. *Omaisat ja sairastunut*. Viitattu 19.12.2016. <http://TAMPUB.UTA.FI/BISTREAM/HANDLE/10024/83147/GRADU05560.PDF?SEQUENCE=1>

Huttunen, M. 2015. *Mielenterveyden häiriöt*. Viitattu 26.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Huttunen, M. 2016. Terveyskirjasto. *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. 15.10.2016. Viitattu: 6.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378&p_hakusana=kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6

Huttunen, M. 2016. Terveyskirjasto. *Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito*. 17.10.2016. Viitattu: 1.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Huttunen, M. 2016. b. Terveyskirjasto. *Masennustilat eli depressiot*. 18.10.2016. Viitattu: 1.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538&p_hakusana=masennus

Huttunen, M. 2016. Terveyskirjasto. *Psykoosi*. 17.10.2016. Viitattu: 4.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411

Hämäläinen, K. Kanerva, A. Kuhanen, C. Seuri, T. *Mielenterveyshoitotyö*. 2017. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Inkinen, M. 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Vantaa: Tammi.

Jaatinen T, Raudasoja J. 2013. *Suomalaisten sairaudet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jähi, R. Koponen, T. Lipponen, V. Männikkö, M. Paavilainen, E. Åstedt-Kurki, P. (2012). *Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuustutkimuskohteena vertaisryhmä*. Hoitotiede 24(2), 138-149.

Kallio, M. Jussila, T. *Syvyyttä seksiin, kohti elävämpää seksuaalisuutta*. Helsinki: Minerva Kustannus Oy.

Karling M, Ojanen T, Siven T, Vihunen R, Vilen M. *Lapsen aika*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Korkeila, J. 2017. *Terve mieli terveissä aivoissa*. Duodecim 2017 vol 133, no.2 s.209-214. Viitattu 3.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Kotamäki, J. 2012. *Skitsofreniaa sairastavan puolison kokemuksia arjesta ja tuen tarpeesta*. Viitattu: 14.5.2017. Pro gradu. <https://tam-pub.uta.fi/handle/10024/83147>

Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. *Yhdessä yksin?* Helsinki: Edita Prima

Lindfors, O. 2014. Käypähoitosuositus. *Pari- ja perheterapiat masennuksen hoidossa*. Viitattu: 15.8.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06941>

Lönngvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, 2011. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Markkula, N. Suvisaari, J. (2017). *Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste*. Duodecim. Vol. 133 no. 3 s.275-282

Nursing standard. November 27 vol 28 no 13. 2013. *Named nurse, but no blamed, broadly welcome.* <http://web.a.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=de7cb307-9328-48b0-aa8d-7e2108c402e0%40sessionmgr4009>

Piikkilä, E. 2012. *Masennus parisuhteessa puolison kokemana.* Viitattu: 21.8.2017. Pro gradu. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83333/gradu05729.pdf?sequence=1>

Sinkkonen, J. Kalland, M. 2002. *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen.* Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy

Suokas-Cunliffe A. 2015. *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen.* Helsinki: Kopio Niini Oy.

Valvira. Nd. *Tahdosta riippumaton hoito.* Viitattu: 14.8.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/mielenterveys>

Vilka, H. Airaksinen T. *Toiminnallinen opinnäytetyö.* 2003. Jyväskylä: Gummerus.

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

Åsted-Kurki, P. Jussila, A-L. Koponen, L. Lehto, P. Maijala, H. Paavilainen, R. Potinkara, H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista.* Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy

LIITE 1

13.6.2017

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta. Opintoni ovat loppuillaan ja teen osana korkeakouluopintojani opinnäytetyötä aiheesta: Puolison tukeminen tiiviissä psykiatrisessa hoitajaksossa. Olen etsinyt aiheeseen liittyvää teoretietoa kirjallisuudesta ja nyt pyytäisinkin Sinua puolisona kertomaan omakohtaista kokemusta aiheesta.

Opinnäytetyöni on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on saada työstäni käytäntöön jotain pysyvää kehitystä ja apua hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyössäni kokoan tietoa, joka menee hoitohenkilökunnalle avuksi ja käyttöön. Kysymyksiä, joihin kaipaisin Sinulta vastauksia olisi mm; kuinka Sinä psyykkisesti sairaan puolisona tulet kohdatuksi, kuinka toivoisit, että sinut kohdataan? Millaista tukea ja apua tarvitsisit puolison sairastumisen alkumetreistä saakka? Millainen apu ja tuki auttavat parisuhdetta ja perhettä selviämään? Mitä hoitohenkilökunnan tulisi osata ottaa huomioon?

Opinnäytetyöni tilaaja on Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikka ja opinnäytetyöni menee myös psykiatrian osastoille käyttöön.

Tarkoituksena olisi, että kokoontuisimme pienellä ryhmällä keskustelemaan ja puoliset saisivat kertoa omasta näkökulmastaan kokemuksiin ja toiveitaan. Jokainen kokemus on tärkeä opinnäytetyöni onnistumisen ja käytäntöön saatettavan tiedon vuoksi. Toivoin, että hoitohenkilökunta osaisi kohdata puoliset paremmin ja sitä kautta helpottaa parisuhteen ja perheen tilannetta hoitojen aikana ja akuutin tilanteen jälkeenkin.

Toteutan tutkimuksen ryhmätapaamisena yhdessä muiden puolisoitten kanssa. Jokaisella osallistujalla on tilaisuus kertoa oma kokemuksensa. Pohdimme myös tärkeiksi koettuja asioita, lähinnä keskitymme siihen, että millainen tuki auttaisi, tukisi ja helpottaisi pariskuntien ja perheiden tilannetta ja miten puoliset toivovat tulevaisuuden kohdatuksi hoitohenkilökunnan taholta.

Käsittelen saamaani aineistoa täysin luottamuksellisesti. Haastateltavan nimi ja kaikki muutkin tiedot pysyvät salassa eikä opinnäytetyöhöni tule suorita lainauksia käydyistä keskusteluista. Vastaajan henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan opinnäytetyöstä.

Tilaisuudet on tarkoitus toteuttaa 21.8.2017 sekä 4.9.2017 klo 18-20. Paikkana tapaamisille toimii Hämeenlinnan kumppanuustalo, Kirjastokatu 1, 13100 Hämeenlinna.

Yhteistyötä odottaen, Maiju Ahonen

Jos haluat kysyä jotain ennen tapaamistamme, ota rohkeasti yhteyttä maiju.ahonen@student.hamk.fi

LIITE 2 Lista hoitotyöntekijöille

- ✓ Kohtaa minut ihmisenä. Tilanne on uusi ja saattaa aiheuttaa pelkoa, syyllisyyttä, häpeää ja surua.
- ✓ Kysy minulta, miten jaksan. Muistuta minua pitämään huolta myös itsestäni.
-Kannusta minua ja anna minulle lupa levätä.
- ✓ Anna minulle tietoa puolisoni sairastumisesta, ilman vaikeaa ammattisanastoa.
-Älä jätä tiedonkulkua sairastuneen vastuulle.
- ✓ Luota asiantuntemukseeni puolisosiani.
-Varmista, että antamani tieto välittyy kaikille läheistäni hoitaville.
- ✓ Kutsu minut mukaan hoitoneuvotteluun
- ✓ Ota puheeksi lääkkeet ja niiden sivuvaikutukset, jotta tiedän mitä odottaa.
- ✓ Vaikka minulla on vahva halu auttaa ja ymmärtää puolisoani, kerro minulle, miten tukisin häntä oikein uuvuttamatta itseäni loppuun?
- ✓ Neuvo minua mistä saan tarvittaessa tukea itselleni. (esim. vertaistukiryhmät).
- ✓ Parisuhde muuttuu, kun toinen sairastuu. Puhu avoimesti, kuinka puolison sairaus saattaa vaikuttaa parisuhteen tilaan. Ohjaa meidät oikealle taholle, jotta voimme saada apua, jos sitä parisuhteessamme tarvitsemme.
- ✓ Huomioithan koko perheemme ja arjen sujuvuuden. Auta minua kertomaan lapsille puolisoni sairaudesta lapsen ikätasoon sopivalla kielellä. Kartoita mahd. perheyön ja muiden tukitoimien tarve.
-Ehdota ja järjestä kotikäynti tarvittaessa.
- ✓ Ota taloudellinen tilanne puheeksi. Järjestä tarvittaessa tapaaminen sosiaalityöntekijän kanssa.
- ✓ Varmista, että tarvittavat tukitoimet ovat jo käynnissä, kun kotiutatte potilaan.