



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heli Pokela

PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO

Potilaiden kokemuksia hoidosta

Sosiaaliala
2010

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heli Pokela
Opinnäytetyön nimi	Paniikkihäiriön hoito. Potilaiden kokemuksia hoidosta
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 + 1 liite
Ohjaaja	Ahti Nyman

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia paniikkihäiriön hoitoa sekä teoriapohjalta että tutkimusaineiston avulla. Tarkoituksena oli löytää tarjotuista hoitomuodoista ne, joista potilaat kokevat hyötyvänsä eniten, mutta myös ne, joista he eivät koe erityisemmin saavansa apua, vaikka niitä usein tarjotaan. Tarkoituksena oli myös tutustua potilaiden itsehoitomenetelmiin ja omiin voimavaroihin.

Työn keskeisin käsite on paniikkihäiriö ja sen hoito. Paniikkihäiriö on psyykkinen oireyhtymä, jolle ovat tyypillisiä toistuvat voimakkaat ahdistuneisuuskohtaukset. Paniikkihäiriön hoidon periaatteena on poistaa paniikkikohtaukset, niiden ennakkopelko ja ahdistavien tilanteiden välttämiskäyttäytyminen sekä mahdolliset mielialahäiriöt. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa oli monivalintaisia ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomake oli tehty e-lomakkeelle, joka linkitettiin internetin yhteisö- ja keskustelupalstoille sekä muutamalle suoralle kontaktille. Tutkimusaineiston käsittelyyn käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia sekä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Tutkimuksen tulokset osoittivat paniikkihäiriön keskeisimpinä laukaisijoina olevan ihmissuhdeongelmat sekä sairastumiset/loukkaantumiset. Hyväksi koettuun hoitoon ei vaikuta hoidon hakemisen ajankohta, vaan se mitä hoitoa saadaan. Sekä ammattilaiset että potilaat pitävät lääkitystä merkittävänä hoitomuotona. Myös terapiaa ja oman tiedon lisäämistä sairaudesta pidettiin hyvänä hoitona. Vastavasti ei niin auttavaksi hoidoksi koettiin yllättäen myös lääkitys ja terapia. Lääkityksestä käytetyimmät olivat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Paniikkihäiriöön toivottiin varhaista puuttumista koulumaailmassa ja kotona. Itsehoitomenetelmistä merkittävimmäksi koettiin paniikkikohtauksesta selviämisen harjoittelu, ja vastaajien tärkein voimavara oli läheisiltä saatu tuki ja kannustus.

Avainsanat paniikkihäiriö, hoito, lääkkeet, terapia, itsehoito

ABSTRACT

Author	Heli Pokela
Title	Treatment of Panic Disorder. Patients' Experiences of the Treatment
Year	2010
Language	Finnish
Pages	48 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Ahti Nyman

The purpose of this bachelor's thesis was to study the treatment of panic disorder using theoretical knowledge and also collected research material. The main goal of this study was to find out which treatments patients suffering from panic disorder find most useful and which treatments are considered non-effective despite the fact that they are commonly offered. A further purpose was to explore the patients' self-care methods and the extent of their personal resources.

A key concept in this study is panic disorder and its treatment. Panic disorder is a mental disorder characterized by frequent and intense anxiety attacks. The principle behind the treatment of panic disorder is to prevent panic attacks, the fear of having a panic attack, the avoidance behavior related to situations that cause anxiety and the possible mood disorders. The material was collected with a questionnaire. The questions were either multiple choice or open ended. The questionnaire was made in an e-form which was then linked to communities and forums on the Internet. A few questionnaires were directly sent to chosen contact persons. Material-based content analysis and quantitative research methods were used in the analysis of the research material.

The results of this research showed that the most essential triggers of panic disorder are either problems in relationships, diseases or injuries. The point at which treatment was sought did not have an effect on the success of the treatment, the most important factor being the type of treatment that was selected. Both the experts and many of the patients considered medication a significant method of treatment. In addition, therapy and the patient's own effort to find more information about the disorder were regarded as good ways of treatment. Surprisingly, some patients considered medication and therapy ineffective methods of treatment. The most commonly used medication was the selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs. The respondents hoped for early intervention at schools and at home in the event of encountering panic disorder. According to the respondents the most significant method of self-care is learning to cope with the panic attacks and the most valuable resource was the support and encouragement from family and friends.

Keywords Panic disorder, treatment, medication, therapy, self-care

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	MIKÄ ON PANIIKKIHÄIRIÖ?	7
	2.1 Mistä paniikkihäiriö johtuu?	8
	2.2 Miten ja missä paniikkihäiriö ilmenee?	9
3	PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO	10
	3.1 Terapia	11
	3.1.1 Yksilöterapia	11
	3.1.2 Ryhmäterapia	12
	3.1.3 Perheterapia.....	13
	3.1.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	14
	3.2 Lääkehoito.....	15
	3.2.1 Pitkäkestoiset lääkkeet	17
	3.2.2 Nopeavaikutteiset lääkkeet.....	18
	3.3 Itsehoito.....	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
	4.1 Tutkimusmenetelmät.....	21
	4.2 Tutkimusaineiston keruu.....	22
	4.3 Tutkimusaineiston analyysi	23
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	23
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
	5.1 Paniikkihäiriön aiheuttajat	26
	5.2 Hoitoon hakeutuminen.....	28
	5.3 Hoitomuodot ja kokemukset niistä	32
	5.4 Avun hakemisen helpottaminen ja toivotut hoitomuodot.....	35
	5.5 Lääkehoito.....	38
	5.6 Itsehoito ja voimavarat.....	40
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	42

7 POHDINTA.....	44
LÄHTEET.....	46
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Edessä on koeviikko, työhaastattelu, esiintyminen tai puheen pitäminen. Kädet hikoavat, jalat vapisevat, sydän hakkaa ja tuntuu, että hengitys ei kulje. Tämä on ihan normaalia jokapäiväistä elämää, jossa ihminen kohtaa jännittäviä tilanteita. Jos oireita tulee harvoin ja lievinä eikä niistä erityisemmin kärsi, ne ovat vain sitä samaa elämänvaihtelua kuin pilvisten ja aurinkoisten päivien vuorottelu. Mutta jos oireet häiritsevät merkittävästi elämää, kyseessä saattaa olla paniikkihäiriö. Se on sairaus, johon jokaisella on oikeus hakea apua ja saada sitä.

Opinnäytetyöni aiheena on paniikkihäiriön hoito, ja työssä tutkittiin potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta, potilaiden itsehoitomenetelmiä ja omia voimavaroja. Aloitan työni yleisellä katsauksella paniikkihäiriöön, minkä jälkeen kerron tarkemmin eri hoitomuodoista, kuten erilaisista terapioista, lääkityksestä ja itsehoitosta. Hoitojen tarkastelun jälkeen esittelen työssä käytetyt tutkimusmenetelmät ja puran tutkimuksen materiaalin. Opinnäytetyön tutkimusosiota varten laadin paniikkihäiriön hoitoon painottuvan kyselyn, jonka julkaisin internetissä e-lomakkeena. Vastaajat tavoitettiin internetissä eri keskustelu- ja yhteisöpalvelojen kautta.

Valitsin tämän aiheen henkilökohtaisen kokemuksen ja tämän myötä aiheeseen syntyneen kiinnostuksen kautta. Jätin tietoisesti itse vastaamatta kyselyyn, jotta omat kokemukseni eivät vahingossa korostuisi tutkimuksen purkuvaiheessa. Olen perustutkintotason koulutuksen yhteydessä tehnyt suppeamman opinnäytetyön koskien nuorten paniikkihäiriötä. Kyseinen työ oli yleinen katsaus sairauteen ja sen esiintyvyyteen nuorten keskuudessa. Tällä nykyisellä työlläni halusin syventää tietoa paniikkihäiriöstä ja keskittää tutkimuksen hoidolliseen puoleen.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, ja työssä purettujen tutkimustulosten avulla ammattilaiset voisivat huomata mahdollisia kehityksen kohteita hoidon tarjonnassa ja madaltaa potilaan avunhakemiskynnystä.

2 MIKÄ ON PANIIKKIHÄIRIÖ?

Paniikkihäiriö on psyykinen oireyhtymä, jolle ovat tyypillisiä toistuvat voimakkaat ahdistuneisuuskohtaukset. Ahdistuneisuus kuuluu elämään. Olemalla varovainen tai huolestunut pystyy välttämään huonot ratkaisut ja jopa terveyden vaarantamisen. Kun ahdistuneisuus kasvaa ja sen jättää hoitamatta, voi siitä kehittyä toimintakykyä haittaava tai lamaannuttava ongelma. Nykyisessä sairausluokituksessa tällaista pitkäaikaista ja pahenemaan taipuvaista ahdistusta kutsutaan ahdistuneisuushäiriöksi, johon myös paniikkihäiriö kuuluu. (Turtonen 2006: 35; National Institute of Mental Health, käytetään myöhemmin esiintyessä lyhennettä Nimh 2010)

”Paniikkihäiriö” terminä hyväksyttiin suomalaisen tautiluokituksen vasta vuonna 1987. Aikaisemmin samaa oireyhtymää kutsuttiin hyvinkin monilla eri nimikkeillä. Joskus puhuttiin hyperventilaatio-oireyhtymästä, toisinaan taas ahdistusneuroosista. Joissakin tapauksissa paniikkihäiriö on sekoitettu hysteriaan. On myös puhuttu ”sotilaan sydäimestä” tai Da Costan oireyhtymästä. (Lepola 1992: 16–17.)

Paniikkihäiriö on yleinen ja lähes joka kolmas kokee elämänsä aikana yhden kohtauksen. Kohtaukset alkavat usein lapsuus- tai nuoruusiässä, mutta eniten sitä esiintyy keski-ikäisillä. Naisilla paniikkihäiriötä esiintyy kaksi kertaa enemmän kuin miehillä. (Isometsä 2001: 201; Nimh 2010.) Naisilla hormonaaliset seikat ovat saattaneet vaikuttaa sairauden suurempaan esiintyvyyteen. Toisaalta miehet ehkä peittävät oireensa alkoholinkäytöllä. Jopa puolet alkoholisteista on saattanut alun perin kärsiä paniikkioireista. (Lepola 1992: 18.)

Paniikkihäiriössä keskeisintä ovat ahdistus- eli paniikkikohtaukset. Paniikkikohtaus alkaa yllättäen ja saavuttaa huippunsa hyvin nopeasti. Kohtaus on voimakas pelon ja ahdistuksen jakso, joka kestää muutamia minutteja ja siihen liittyy aina erilaisia somaattisia oireita. (Lepola, Koponen & Leinonen 2002: 85.) Paniikkihäiriölle tyypillisiä oireita ovat levottomuus, sydämentykytys ja rintatuntemukset, ilman loppumisen tunne, kylmät ja kuumat aallot, vapina ja tärinä, huimaus ja

heikotus, epätodellinen olo, kuolemanpelko, kontrollin menettämisen pelko ja sekoamisen pelko, sormien ja jalkojen pistely sekä hikoilu. (Turtonen 2006: 37; Nimh 2010.)

Paniikkihäiriön diagnoosi edellyttää, että edellä mainittujen oireiden taustalla olevat somaattiset sairaudet, kuten kilpirauhasen liikatoiminta, hypoglykemia ja feokromosytooma sekä päihde- ja lääkeriippuvuus suljetaan pois. Fyysisten sairauksien ensisijainen poissulkeminen on tärkeää, ja tämä voikin joskus pitkittää varsinaisen diagnoosin saamista. Toisaalta, jos ongelma löytyykin fyysiseltä puolelta, on hyvä, että se on löydetty nopeasti ja siihen pystytään puuttumaan. (Huttunen 2008: 160.)

2.1 Mistä paniikkihäiriö johtuu?

Paniikkihäiriön aiheuttajaa ei ole saatu täsmällisesti selvitetyksi, mutta sen syntyyn vaikuttaa moni tekijä. Suuret elämänmuutokset – kouluvaikeudet, muuttaminen pois kotoa, sairaus tai kuolema lähipiirissä, ero tyttö-/poikaystävästä tai stressi. Myös suuret positiiviset muutokset elämässä saattavat laukaista paniikkihäiriön – kihlautuminen, avioituminen, lapsen syntymä tai lisävastuun saaminen työelämässä. (Lepola 1992: 20; Isometsä 2001: 201.) Paniikkipotilailla epäillään olevan usein myös häiriötä varsinkin serotoniini-nimisessä hermoston välittäjäainejärjestelmässä. Tähän viittaa myös tiettyjen masennuslääkkeiden tehokkuus paniikkihäiriöiden hoidossa. (Lepola 2002: 11–12.)

Tutkimusten mukaan on olemassa vahvoja todisteita siitä, että paniikkihäiriöllä on taipumusta periytyä suvussa. Selvitettäessä paniikkipotilaiden taustoja on havaittu, että mitä nuorempana sairaus alkaa, sitä todennäköisemmin taustalla ovat perinnölliset tekijät. Noin kolmanneksella paniikkihäiriötapauksista on alttiutta periytymiseen. (Lepola 1992: 20; Bourne 2000: 27; Lepola ym. 2002: 87; Turtonen 2006: 38.)

Lepola (1992) kirjoittaa, että klassisen psykoanalyttisen teorian mukaan paniikkikohtaus olisi ilmaus signaaliahdistuksesta, joka viestittää tiedostamattomasta vaarasta. Tältä vaaralta pyritään suojautumaan välttämällä tilanteita, joissa kohta-

us on ilmennyt. Biologisiin ja psykologisiin tekijöihin pohjaavat selitysmallit eivät ole periaatteessa ristiriidassa keskenään. Ihminen on kokonaisuus, jossa psyykinen kokemus aiheuttaa fyysisiä muutoksia ja päinvastoin.

Paniikkihäiriön laukaisevia tekijöitä (Turtonen 1996: 10.):

- Henkinen paine, liiallinen stressi, menetykset, suuret elämänmuutokset
- Kahvi, alkoholi, colajuomat, eräät lääkkeet, huono fyysinen kunto
- Fyysiset sairaudet, hormonihäiriöt, vaihdevuodet

2.2 Miten ja missä paniikkihäiriö ilmenee?

Paniikkihäiriö ilmenee toistuvina monen oireen kohtauksina, usein ilman mitään näkyvää syytä. Taustalla voi olla jokin aikaisempi tapahtuma, joka on aiheuttanut epämiellyttävän yksittäisen kohtauksen. Pelko kohtauksen uusiutumisesta vastavassa tilanteessa pyörii koko ajan mielessä, ja näin ollen jo pelkkä pelko saattaa laukaista uuden kohtauksen. Monesti on nähtävissä myös kemiallista ja fyysisiin sairauksiin liittyvää kuormitusta tai fyysisen kunnon laiminlyöntiä ja epäsäännöllistä elämää. (Turtonen 1996: 10.)

Yleisiä paniikkikohtauksen esiintymispaikkoja ja aiheuttajia ovat tungokset, pienet/ahtaat tilat, suuret/avoimet tilat, kaupat, julkiset kulkuvälineet, kuumuus, esiintyminen sekä yksin jääminen. (Lepola 1992: 19–20.)

3 PANIKKIHÄIRIÖN HOITO

Paniikkihäiriöstä voi päästä yli myös ilman hoitoa ja apua, mutta yleensä sitä tarvitaan, varsinkin jos kohtauksia tulee usein ja ne häiritsevät jokapäiväistä elämää. Tärkeä ja parantamista edistävä asia on monesti jo tieto sairauden luonteesta ja siitä, että se on parannettavissa. Tämä tieto helpottaa sekä potilasta itseään että hänen omaisiaan. Jotkut potilaat saattavat oikean diagnoosin löydyttyä olla niin helpottuneita, ettei sen kummempaa hoitoa tarvitakaan. (Lepola 1992: 38; Isometsä 2001: 207.)

Paniikkihäiriön hoidon periaatteena on poistaa paniikkikohtaukset, niiden ennakkopelko ja ahdistavien tilanteiden välttämiskäyttäytyminen sekä mahdolliset mielialahäiriöt, kuten masennus. Toimintakyvyn palauttaminen ja elämänlaadun korjaaminen on myös tärkeää. Paniikkihäiriötä hoidetaan lääkityksellä tai erilaisilla terapioilla. Parhaan tuloksen vaikeimmissa tapauksissa saattaa antaa näiden kahden hoitomuodon yhdistäminen. Itsehoito on myös tärkeä osa paranemisprosessia. (Lepola 2002: 12; Lepola ym. 2002: 90; Pylkkänen, Rechardt, Saarinen, Taajama & Tamminen 2010: 29.)

Paniikkihäiriön hoidossa huomioitavaa (Turtonen 1996: 21.):

- Oireiden fysiologia, syyt ja vaarattomuus ymmärrettävä
- Oireiden sisäiset merkitykset: läheisten suhtautuminen, painostava elämäntilanne, kohtuuttomat ulkoiset tai sisäiset vaatimukset
- Asenteiden tai elämäntilanteen historia, kroonistuneet asenne- tai ihmishuononongelmat, riippuvuudet: pitkä yksilöterapia, perheterapia, ryhmäterapia
- Oirehallinta: elämäntavat, elämänhallinta, ensiapulääkitys
- Pitkäaikaishoito: mielialalääkitys kohtausten hallinnan ja unohtamisen tukena

3.1 Terapia

Paniikkihäiriön hoitoon on tarjolla monenmuotoista terapiaa, joista voi etsiä itselleen parhaiten sopivan mallin. Tarjolla on muun muassa yksilöterapiaa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

3.1.1 Yksilöterapia

Yksilöterapian tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään itseään, tunne-elämäänsä ja käyttäytymistään paremmin. Terapiassa käydään läpi hallitsevia ja haitallisia ajatus- ja käyttäytymismalleja, luodaan ymmärrys niiden taustoille ja tutustutaan omaan tunne-elämään terapeutin tuella. Terapiassa vahvistetaan potilaan toimivia käyttäytymis- ja ajatusmalleja. (Kärkkäinen 2010)

Psykoterapia on erilaisten mielenterveyden häiriöiden psykologinen hoitomuoto. Siinä pyritään poistamaan tai lievittämään psyykkisiä häiriöitä ja psyykkisen kasvun esteitä sekä niiden aiheuttamaa kärsimystä. Käytännössä se tarkoittaa masennuksen ja ahdistuksen poistamista, toimintakyvyn parantamista ja elämästä nauttimisen lisäämistä sekä uusien sairaus- ja kärsimysjaksojen estämistä. (Isohanni 2002: 264.)

Dialogisuus on merkittävässä osassa potilaan ja hoitavan henkilön välillä (Seikkula & Alakare 2004). Psykoterapiassa voidaan käyttää keskustelua tai muuta soveltuvaa tekniikkaa. Tavallinen keskusteluapu ja psykoterapeuttinen keskustelu eroavat toisistaan siten, että terapiassa on sovitut tavoitteet, joita kohti pyritään. Kaikissa keskusteluhoidoissa potilaan hyvinvoinnin parantaminen ja lukkiutuneen ja synkän ajatusmaailman avaaminen ovat päätavoitteita, tämä on niin sanottua psyykkistä työtä. Keskustelut aloitetaan ”pinnalta”, siitä mikä on potilaalle itselleen hyvinvoinnin, ihmissuhteiden tai elämäntilanteen kannalta ajankohtaisinta. Keskusteluprosessi etenee tavallisesti siten, että päällimmäisten ongelmien ja oireiden jälkeen keskustelu syventyy ja vähitellen ihmissuhteiden ja elämäntilanteen kartoituksen kautta siirrytään taustoihin, vaikeuksiin ja sekä hyviin että huonoihin aikoihin. (Pylkkänen ym. 2010: 44.)

Yksilöterapiassa käytetään keskustelun lisäksi hengitysharjoituksia, rentoutumisen opettelua ja oiretietoisuutta vähentämään paniikkikohtausten määrää ja voimakkuutta. Altistamalla potilas paniikkikohtauksille voidaan harjoitella tilanteen hallitsemista ja samalla lieventää kohtauksiin liittyvää oireilua. Potilaalle voidaan antaa myös kotitehtäviä. Psykoterapian apuna voidaan käyttää esimerkiksi musiikkia, taidetta, kirjallisuutta ynnä muuta materiaalia. (Isometsä 2001: 206–208; Lepola ym. 2002: 91; Lundbeck 2010.)

3.1.2 Ryhmäterapia

Ryhmäterapia on ongelmien käsittelyä vertaisryhmässä. Se on hoitomuoto, joka antaa potilaalle mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja ajatuksia vertaistensa kanssa. Hoidosta hyötyneiden tuki rohkaisee kestämään oireita ja uskaltautumaan pelottavien tilanteiden kohtaamiseen, tapaamiset valavat myös uskoa omaan selviytymiseen ja sairauden voittamiseen. (Lepola 1992: 40–41.)

Ryhmää voi vetää joko ammattiterapeutti tai sairaudesta/fobiasta parantunut ihminen. Ryhmä tarvitsee riittävät kokoontumistilat ja voi kokoontua ryhmän tarpeiden mukaan viikoittain tai kuukausittain aina muutaman tunnin kerrallaan. Keskustelun lisäksi voidaan käyttää välineenä taidetta tai musiikkia. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on pitkäjänteinen sitoutuminen ryhmän työskentelyyn, halu keskustella itsestään ja ihmissuhteistaan ryhmässä sekä kuunnella muita jäseniä. (Suomen Ryhmäpsykoterapia Ry 2010.)

Ryhmäläiset voivat tapaamisissaan keskustella muun muassa sairauteensa liittyvistä hyvistä pelon vähentämistavoista, mennä sen jälkeen pelottaviin tilanteisiin ja raportoida jälkikäteen toisilleen edistymisestään. Ryhmä kannustaa toisiaan voittamaan pelkonsa fobisissa tilanteissa ja antaa myös hyvän mahdollisuuden oppia uusia sosiaalisia käyttäytymismalleja ja tarjoaa mahdollisuuden tutustua toisiin ihmisiin. (Marks 2007: 170.)

Monet ihmiset saattavat aloittaa terapian häveten vaivaansa, vaikenivat siitä tai tuntevat itsensä naurettavaksi tilanteidensa kanssa. Terapiassa he oppivat altistus- ja harjoitusten avulla tulemaan toimeen ahdistavien tilanteiden kanssa ja saattavat

päästä yli peloistaan. Sosiaaliset hyödyt ovat erityisen selviä, kun alttiusharjoituksia tehdään yksinään. Silloin totutaan puhumaan vieraille siitä huolimatta, että tilanne ahdistaa. (Marks 2007: 170.)

Ryhmässä korostuu se oivallus, ettei kukaan ole yksin vaikeuksiensa kanssa eikä kukaan elä tyhjiössä, vaan jokainen vaikuttaa koko ajan toiseen. Ryhmän vuorovaikutus antaa mahdollisuuden uuteen kokemukseen omasta itsestä ja suhteesta toiseen. Tämän ansiosta voidaan löytää omaa minuutta toisten avulla ja tutustua omassa itsessä olevaan tuntemattomaan. (Suomen Ryhmäpsykoterapia Ry 2010.)

3.1.3 Perheterapia

Perheterapia on ammatillinen tapa tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheen sisäistä vuorovaikutuksen kokonaisuutta ja yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Perheterapia on käytännössä hoitomuoto, jossa terapeutti tai hoitotiimi hoitaa yhtä aikaa yhtä tai useampaa perheenjäsentä, toisiinsa myös laajempaa vuorovaikutusverkostoa. (Aaltonen 2009.)

Hoidon vaikuttavana tekijänä on perheen sisäisen vuorovaikutusjärjestelmän muuttuminen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia edistäväksi. Tämä tapahtuu erityisesti pyrkimällä löytämään perheen vuorovaikutuksessa olemassa olevat myönteiset voimavarat. Tämä terapiamuoto soveltuu erityisesti vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitoon, mutta myös moniin lievempiin psyykkisiin ja psykosomaattisiin häiriöihin. Perheterapiaa käytetään sekä itsenäisenä psykoterapiana että muiden psykoterapioiden tukihoidona. (Introspekt 2010.)

Lepolan (1992) mukaan perheterapia on joillekin tarpeellista paniikkihäiriön tuomien ongelmien ratkaisussa potilaan ja hänen läheistensä välillä. Monessa tapauksessa esimerkiksi aviopuoliso saattaa syyttää itseään siitä, että on toiminnallaan tai laiminlyönneillään ollut osittainen syy sairastumiseen. Kohtauksien jatkuessa molempia osapuolia saattaa alkaa ahdistaa, viekö sairaus suhteen karille. Myös lapsen vanhemmat ahdistuvat uskoessaan lapsensa olevan parantumattomasti sairas.

Monesti omaisten ahdistus helpottuu huomattavasti heidän saadessaan asiallista tietoa sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista. Tunne, että perhettä hoidetaan kokonaisvaltaisesti, on tuonut suurta apua perheterapiaan turvautuneille. Yhdessä koettu puolison sairaus ja selviäminen siitä saattaa myös lähentää suhdetta sekä edesauttaa sitä, että tulevaisuuteen ja sen tuomiin haasteisiin osataan suhtautua luottavaisemmin. (Lepola 1992: 38–41.)

Perheterapian kesto ja tapaamistiheys vaihtelee tapauskohtaisesti. Joskus yksikin terapiatapaaminen avaa perheen omat voimat tilanteen parantamiseen, mutta tavallisesti tarvitaan useampia tapaamisia esimerkiksi kuukauden välein (Vanhanen 2009). Perheterapia voi olla integroitu osa potilaan muuta hoitoprosessia, jolloin sitä voidaan käyttää useissa vaiheissa eripituisina jaksoina (Introspekt 2010).

3.1.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on moderni terapiamuoto, jonka avulla on saatu hyviä tuloksia muun muassa mielenterveyshäiriöiden, stressin ja unettomuuden hoidossa. Tässä terapiamuodossa pyritään niitä tavoitteita kohti, jotka yhdessä terapeutin kanssa määritellään. Tavoitteena on muuttaa ajatuksia ja tunteita ongelmia kohtaan ja vaikuttaa samalla käyttäytymiseen. (Fram 2008: 10–11.) Kognitiivisen käyttäytymisterapian pohjana pidetään yleisesti ottaen käyttäytymisanalyysia, mutta sitä voidaan pitää myös omana vaikuttamis- ja hoitomuotona, jolloin puhutaan sovelletusta käyttäytymisanalyysistä (Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys 2010, käytetään myöhemmin esiintyessä lyhennettä Skakky).

Terapiassa painottuu yksilön vuorovaikutus ympäristön kanssa nykyhetkessä, ja siinä keskitytään pääasiallisesti parantamaan potilaan tämänhetkistä elämän laatua, toimimista ja tyytyväisyyttä. Potilaan käyttäytymistä ja menettelytapoja tarkastellaan eri tilanteissa, kun hän pyrkii ratkaisemaan ongelmatilanteita. Terapian tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan sellaisia elämäntaitoja ja uusia käyttäytymismalleja, jotka lisäävät elämänlaatua ja kykyä selviytyä. (Winkler 2008; Riuttala 2010; Terapiakeskus Puuvilla 2010.)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian tarkoituksena on parantaa ihmisten itsehallintaa ja -hoitoa antamalla ja opettamalla uusia valmiuksia ja taitoja. Tämä voi sisältää esimerkiksi uusien toimintatapojen, tunteensääteilytapojen, ja uusien ajattelutapojen omaksumisen tai terveystarkien ja sairauksien hoitotapojen omaksumisen ja hallinnan. (Skakky 2010.) Kognitiivisella käyttäytymisterapialla pyritään siis vaikuttamaan juuri niihin tekijöihin, jotka ylläpitävät asiakkaan ongelmaa.

Joitain tärkeimpiä kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmiä (Winkler 2008; Terapiakeskus Puuvilla 2010.):

- Itsehavainnointi
- Sovellettu rentoutus
- Altistus fysiologisille reaktioille
- Altistus ongelmatilanteille
- Mallintaminen ongelmallisille asioille mielikuvituksessa
- Rooliharjoitukset, kommunikointiharjoitukset
- Itsehallintaohjeet
- Ongelmanratkaisumenetelmät
- Herkistys harjoitukset
- Vahvistamiseen perustuvat menetelmät
- Hyväksyntään perustuvat menetelmät
- Tiedon antamiseen perustuvat menetelmät
- Kotitehtävät

3.2 Lääkehoito

Lääkehoidon tarpeellisuuteen vaikuttaa se miten vakava ongelma on. Kun paniikkikohtaukset ovat niin vakavia, että ne häiritsevät jokapäiväisistä ja tavanomaisista toiminnoista suoriutumista, toipumisen edistäjäksi on hyvä ottaa tueksi lääkehoito. Oikeanlainen lääkehoito voi auttaa saamaan elämän taas hallintaan. Lääke-

hoito ei yksinään poista kohtauksia, vaan sitä käytetään muun hoidon lisäksi tutkimuotona lieventämään kohtauksien voimakkuutta. (Bourne 2000: 293.)

Hankalissa paniikkihäiriön muodoissa lääkitystä voidaan joutua käyttämään jopa vuosia, varsinkin jos lisänä on masennusta ja taipumusta oireiden uusiutumiseen. Säännöllistä lääkitystä jatketaan vähintään puoli vuotta oireiden poistuttua ja lopetus tehdään hitaasti annosta vähentäen. Näin vältetään paremmin oireiden uusiutuminen ja vieroitusoireet. (Lepola 1992: 39; Isometsä 2001: 209–210; Lepola ym. 2002: 90–91; Turtonen 2006: 43–45; Huttunen 2008: 164.)

Usein lääkityksen alussa ilmenee sivuvaikutuksia, jotka pahentavat oireita hetkellisesti, mutta jos lääke on potilaalle oikea, menee se ohi muutaman viikon sisällä. Potilasta tulisi informoida tästä mahdollisuudesta, jotta hän ei hylkäisi lääkitystä heti alkuun oireiden pahentumisen vuoksi, vaan odottaisi niiden tasaantumista. (Lepola 1992: 39; Lepola ym. 2002: 90; Turtonen 2006: 44.)

Yli 20 vuotta sitten on löydetty ensimmäiset tehokkaat lääkkeet paniikkihäiriön hoitoon. Parhaiten tähän soveltuvat ovat niin sanotut trisykliset masennuslääkkeet. Myös bentsodiatsepiinit ovat osoittautuneet tehokkaiksi paniikkihäiriön hoidossa. Uudet serotoniiniaineenvaihduntaan vaikuttavat lääkkeet ovat ilmestyneet markkinoille. (Lepola 1992: 38.) Taulukkoon 1 on kerätty yleisimmät vaikuttavat lääkeaineet ja luokat, mihin lääkkeisiin ne kuuluvat. (Bourne 2000: 295; Huttunen 2008: 161; Isometsä 2001: 208–209.)

Taulukko 1. Yleisimmät vaikuttavat lääkeaineet ja niiden luokittelu.

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI-lääkkeet	Fluoksetiini Fluvoksamiini Paroksetiini Sitalopraami Sertraliini Essitalopraami
Trisykliset masennuslääkkeet	Amitriptyliini Doksepiini Klomipramiini Imipramimiini Nortriptyliini
Rauhoittavat, bentsodiasepiini lääkkeet	Alpratsolaami Loratsepaami Klonatsepaami Oksatsepaami Diatsepaami

3.2.1 Pitkäkestoiset lääkkeet

Paniikkihäiriön lääkehoito on suurimmalta osalta estolääkitystä, ja nykyisin eniten käytetään niin sanottuja serotoniinilääkkeitä. Masennuslääkkeiden teho tulee esille hitaasti, minkä vuoksi alkuun voidaan tukilääkitykseksi määrätä muita lääkkeitä kuten bentsodiatsepiinejä, jotka myös vähentävät ahdistuneisuutta. Serotoniinilääkkeiden alkaessa vaikuttaa pyritään tukilääkitys jättämään pois. (Lepola 2002: 13.)

Käytettäessä masennuslääkkeitä paniikkihäiriön hoitoon tulee aloitusannostuksen olla pieni. Tämän jälkeen voidaan annosta nostaa hoitovasteen mukaan. Annostusta lisätään asteittain 2–3 viikon välein ja lääkkeen varsinainen teho saavutetaan noin 2–4 viikon säännöllisen käytön jälkeen. Masennuslääkkeet eivät ole tehokkaita otettuina akuuttiin paniikkihäiriön hoitoon, vaan siihen käytetään rauhoittavia, bentsodiasepiini -lääkkeitä. (Huttunen 2008: 162.)

Osa paniikkihäiriöpotilaista ei pysty käyttämään masennuslääkkeitä niiden haittavaikutuksien vuoksi. Haittavaikutuksena saattaa ilmetä ahdistavaa motorista levottomuutta tai seksuaalisia toimintahäiriöitä. (Huttunen 2008: 162–164.)

3.2.2 Nopeavaikutteiset lääkkeet

Rauhoittavina lääkkeinä käytetään bentsodiasepiineja, jotka vaimentavat keskushermoston toimintaa ja vähentävät tehokkaasti ahdistusta. Rauhoittavilla lääkkeillä on suurina annoksina käytettynä unilääkkeen vaikutus. Vaikka nämä lääkkeet tuovat nopean helpotuksen, niiden sivuoireena on yleensä vakava riippuvuus ja mahdollisesti vaikeat vieroitusoireet, varsinkin pitkään käytettäessä. (Bourne 2000: 295.)

Yleisin rauhoittava lääke on alpratsolaami, jolla on ahdistusta lieventävän vaikutuksen lisäksi masennusta poistava vaikutus. Se ei ole myöskään niin väsyttävä kuin muut rauhoittavat lääkkeet. Rauhoittavia lääkkeitä tarvitaan suhteellisen suuri annos paniikkikohtausten estämiseksi, mutta pienemmilläkin annoksilla pystytään lieventämään oireita merkittävästi. Tilapäiseen akuuttiin ahdistukseen voidaan antaa alpratsolaamia, ja pienempinä annoksina sitä voidaan käyttää pitkäaikaisessa hoidossa. (Bourne 2000: 295.)

Bentsodiasepiineilla on ahdistuksen lieventämisen lisäksi tunteita lieventäviä vaikutuksia. Monet potilaat ovat kokeneet, että heidän tunnereaktionsa ovat heikompia lääkityksen käytön aikana, esimerkiksi itkeminen ja suuttumisen ilmaisu on vaikeaa, vaikka tällainen reaktio olisi paikallaan. (Bourne 2000: 296.)

3.3 Itsehoito

Kun oireet on tunnistettu paniikkihäiriöksi eikä miksikään vakavaksi fyysiseksi sairaudeksi, tilanne helpottuu ja siirrytään jatkuvasta itsensä tarkkailusta hallitsemaan ja hoitamaan oireita. Paniikkihäiriön itsehoito on tehokasta ja tuloksellista. Itsehoidossa pyritään muun muassa altistamisen kautta käsittelemään tilanteita ja paikkoja, joissa paniikkikohtausta voisi iskeä. (Furman 2002: 94–95; Puhakka 2003.)

Omat elämäntapavalinnat edistävät paniikkihäiriöstä parantumista. Riittävä lepo ja liikunta, kahvin, alkoholin ja tupakoinnin välttäminen voivat vähentää oireita.

Apua saa myös rentoutumisharjoituksista ja mielikuvaharjoituksista. Paniikkihäiriön hoitoon on myös saatavilla itsehoitokirjoja. (Paniikkihäiriö yhdistys ry 2009.)

Ben Furman (2002: 110–111) on laatinut kirjassaan seitsemän kohdan itsehoito-ohjeet paniikkikohtauksista kärsiville:

1. Tiedon hankinta: Mitä paremmin ymmärtää mistä paniikkihäiriössä on kyse, sitä realistisemmin osaa siihen suhtautua ja sitä varmempi on olo kohtauksesta selviämisestä. Vertaistuki auttaa myös ymmärtämään ongelmaa paremmin ja huomaamaan, ettei ole ongelman kanssa yksin.

2. Kohtauksen nimeäminen: Etäisyyttä kohtauksiin voi saada korvaamalla “paniikkikohtaus”-sanan jollain toisella, jopa koomisella sanalla. Näin päästään eroon “paniikkikohtaus”-sanan tuomasta negatiivisesta vaikutuksesta. Tätä sanaa käytetään muiden kanssa keskusteltaessa ja itse asiaa miettiessä.

3. Kirjanpito ja kohtausten ennustus: Kun oppii pitämään kirjaa kohtauksista ja ennustamaan niitä etukäteen, muuttaa se suhtautumista kohtauksiin. Näin saadaan potilas ajattelemaan niiden kuuluvan osaksi elämää ja oppimaan, että niiden kanssa voi tulla toimeen.

4. Kohtauksen tuottaminen tahdonalaisesti: Tehokas tapa saada paniikkikohtaus hallintaan on opetella tuottamaan se tahdonalaisesti. Kun oppii tuottamaan kohtauksen itselleen, oppii myös hallitsemaan sitä, sen sijaan että se ottaisi vallan. Tällöin ymmärtää, että kohtaus ei ole vaarallinen.

5. Pikarentoutusmenetelmä: Hyviä lajeja, joilla voi oppia mielen keskittämistä ja elimistön rentoutusta ovat muun muassa jooga, mietiskely ja taiji. Rentoutuskasetit ovat myös yksi toimiva vaihtoehto. Kun osaa jonkin rentoutumisen taidon, voi siitä kehittää itselleen jonkin keinon, jonka avulla voi nopeasti saada itsensä rentoutuneeseen tilaan missä ja milloin vain.

6. Reviirin laajentaminen: Paniikkikohtaukset ja pelko niistä ovat saattaneet syödä reviiriä pienemmäksi, joten se on valloitettava takaisin. Määrätietoisesti laajentamalla reviiriä saavutetaan lopulta kyky mennä mihin tahansa.

7. Lääkkeiden viisas käyttö: Lääkityksessä pitäisi pyrkiä välttämään bentsodiatsepiinejä, sillä ne saattavat pahentaa ongelmaa. Niin sanotut masennuslääkkeet ovat suositeltavampia, vaikka ne ainoastaan vähentävät paniikkikohtauksien voimakkuutta, eivät paranna niistä. Kaikki lääkkeet ovat vain tukitoimia, jotka voivat tehdä kohtauksista siedettävämpiä, jotta pystyisi ryhtymään muihin toimiin niiden voittamiseksi.

Liikunta nähdään hyvän ja terveellisen elämän yhtenä pohjana ja edistäjänä ja sillä on myös terapeuttisia vaikutuksia. Liikuntaan pyritään nykyään yhdistämään myös paljon muuta, kuten musiikkia, tanssia ja tarinoita. Liikunta tukee ihmisen terveyden jäljellä olevaa osaa ja se vahvistaa selviytymistä. Liikunnan avulla pystyy purkamaan ahdistusta, levottomuutta ja stressiä sekä ilmentämään itseään ja löytämään yhteyksiä omaan tunnekkenttään. Liikunta antaa myös tunteen, että on tehnyt jotain, joka taas antaa itseilmaisun kautta vahvuutta ja tyytyväisyyttä omaan itseensä. (Lahti 2006: 13.)

Paniikkikohtaus syntyy, kun elimistön luonnollinen taistelu- ja pakoreaktio muuttuu liialliseksi tai tapahtuu väärässä tilanteessa. Liikunnan avulla elimistö pääsee purkamaan luonnollisesti kiihtymystilaansa ja se myös vähentää taipumusta ennakoahdistukseen. Liikunta vähentää luurankolihasjen jännitystä, josta suurelta osalta johtuu jännittynyt olo. Liikunta lisää myös liiallisen adrenaliinin ja tyroksiinin aineenvaihduntaa, jotka pitävät kehon kiihtyneenä ja varuillaan. Liikunta auttaa myös purkamaan tukahdutettua turhautumista, joka pahentaa pelko- ja paniikkioireita. (Bourne 2000: 79.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa paniikkihäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tarkoituksena oli löytää tarjotuista hoitomuodoista ne, joista potilaat kokevat hyötyvänsä eniten, mutta myös ne, joista he eivät koe erityisemmin saavansa apua, vaikka niitä usein tarjotaan. Tarkoituksena oli myös tutustua potilaiden itsehoitomenetelmiin ja omiin voimavaroihin.

4.1 Tutkimusmenetelmät

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen metodi, jonka avulla etsitään merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia. Nämä tiedot eivät ole esitettävissä numeerisesti vaan ne on esiteltävä sanallisina tulkintoina. Sisällönanalyysit voidaan jakaa kahteen luokkaan: aineistolähtöiseen ja teorialähtöiseen. (Vilka 2005: 139–140.) Tässä opinnäytetyössä ja kyselyn purkamisessa on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jotta saataisiin vastaus haluttuihin kysymyksiin. Sisällönanalyysi pyrkii käsitteellisempiin näkemyksiin empiirisestä aineistosta tulkinnan ja päättelyn kautta. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin voi jakaa kolmeen työvaiheeseen 1. aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, 2. aineiston kluserointiin eli ryhmittelyyn ja 3. abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Johtopäätöksiä tehtäessä pyritään ymmärtämään tutkittaville merkittävät asiat ja näkemään asioita heidän näkökannastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 110–115.) On olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstin sanat tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen, tarkoituksen, seurauksen tai yhteyden perusteella. (Jeronen 2003.) Sisällönanalyysin jälkeen voidaan vielä kvantifioida aineisto. Tällöin aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy tai kuinka moni tutkittava asia ilmaisee saman asian. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 117.)

Tutkimusaineiston purkamisessa on käytetty myös kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosent-

tiosuuksiin liittyviä kysymyksiä ja saatuja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. Eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia voidaan myös selvittää tässä tutkimusmuodossa. (Heikkilä 2008: 16.) Tässä opinnäytetyössä on havainnollistamiseen käytetty kuvioita eli diagrammeja, ja vaihtoehtoista valittiin esitysmuodoksi pylväsdiagrammit. Kuvio havainnollistaa taulukkoa paremmin käsiteltävän asian yhdellä silmäyksellä ja tuo esiin myös poikkeamat. Kuvio kiinnittää myös helpommin huomion ja luo elävyyttä työhön. Kuviot laaditaan aina tietokoneohjelmien avulla. Näitä ohjelmia voivat olla eri tilasto-ohjelmat ja taulukkolaskentaohjelmat. Pylväsdiagrammien avulla kuvataan yleensä epäjakautuvan muuttujan arvojen jakaumaa. (Holopainen & Pulkkinen 2008: 53.)

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake elokuussa 2010 (LIITE 1) ja sen tiedot siirrettiin e-lomakkeelle. E-lomake on ohjelma, jonka avulla voidaan tehdä verkkolomakkeita. Ohjelma luo lomakkeelle oman internet-osoitteen, jossa kysely käydään täyttämässä. Ohjelmisto toimii vuokrausperiaatteella Eduix Oy:n palvelimella tai ostettuna organisaation omalla palvelimella. (Eduix Oy 2009.) Vaasan ammattikorkeakoulu on ostanut tämän e-lomakepalvelun käyttöoikeudet. Tieto lomakkeen käyttömahdollisuudesta saatiin opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta, joka neuvoi ottamaan yhteyttä koulun atk-henkilöstöön. Heiltä saatiin osoitteet, tunnukset ja ohjeistusta e-lomakkeen käyttöön.

Kyselylomake sisälsi 25 kysymystä, joista 15 oli määritelty pakollisiksi vastata. Nämä pakolliset kysymykset olivat luonteeltaan joko kyllä-ei-kysymyksiä tai monivalintakysymyksiä, joista sai valita yhden, itseään parhaiten kuvaavan kohdan. Avoimia ja samalla vapaaehtoisia kysymyksiä lomakkeessa oli seitsemän. Vapaaehtoisia monivalintakysymyksiä oli kolme. Avoimien kysymysten kautta oli tarkoitus saada laajempi kuva paniikkihäiriöpotilaiden omista mietteistä sairaudestaan, hoidoista ja voimavaroista. Valmis kyselylomake linkitettiin internetin yhteisöpalveluille: facebook ja irc-galleria, paniikkihäiriön keskustelupalstoille: suomi24 ja kaksplus sekä sähköpostilla muutamalle suoralle kontaktille. Vastausaikaa

oli kaksi viikkoa, jona aikana 49 paniikkihäiriötä sairastavaa kävi täyttämässä lomakkeen.

Kanavat, joiden kautta vastaajia ajateltiin löytyvän, valittiin niiden aktiivisuuden, molempien sukupuolten sekä laajan ikähaarukan tavoittamisen vuoksi. Irc-gallerian ajateltiin tuovan hieman nuorempia, teini-ikäisiä, vastaajia. Facebookin kautta linkin saaneiden oletettiin tuovan kyselylle suurimmilta osin teini- ja keski-ikäisiä vastaajia. Suomi24:n ja kaksplussan kautta oletettiin ikäryhmien jakautuvan tasaisesti keski-ikäen alle ja yli. Suorat kontaktit olivat eri-ikäisiä.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston kvantitatiivisesti eli määrällisesti analysoitavissa oleviin kysymyksiin käytettiin apuna Microsoft Excel-tilukkolaskentaohjelmaa. Nämä tutkimustulokset esitetään graafisesti pylväsdiagrammeina. Avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisella eli laadullisella aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kvalitatiivinen analyysi aloitettiin redusoimalla eli aineisto pelkistettiin yksittäisiin ilmaisiin, karsien epäolennainen pois. Pelkistetyt ilmaukset kluseroitiin eli ryhmiteltiin alaluokkiin. Aineisto ryhmiteltiin aina mahdollisuuksien mukaan vielä ylä- tai pääluokkiin asti. Tämän jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli sille luotiin teoreettiset käsitteet. Lopuksi aineisto kvantifioitiin eli laskettiin kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen piirissä tutkimuksen luotettavuutta käsitellään validiteetin – tutkimuksessa on tutkittu mitä on luvattu – ja reliabiliteetin – tutkimustulosten toistettavuus – käsittein. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole yksiselitteisiä ohjeita, mutta on hyvä muistaa, että tutkimus arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sisäinen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 133–135.) Vilkan (2005) mukaan laadullisen tutkimuksen viime käden luotettavuuskriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkimuksessa tehdyt teot, valinnat ja ratkaisut.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen validiutta tukee se, että siinä on tutkittu mitä oli tavoitteena tutkia. Tutkimus on myös toistettavissa, vaikkakin tulosten samankaltaisuus riippuu tavoitetusta vastaajaryhmästä ja määrästä. Monipuolinen kirjallisuuteen tutustuminen ja eri tutkimusmenetelmien yhdistäminen tukee tutkimuksen luotettavuutta. Aineisto on käsitelty ja laskettu myös useampaan kertaan, virheiden välttämiseksi.

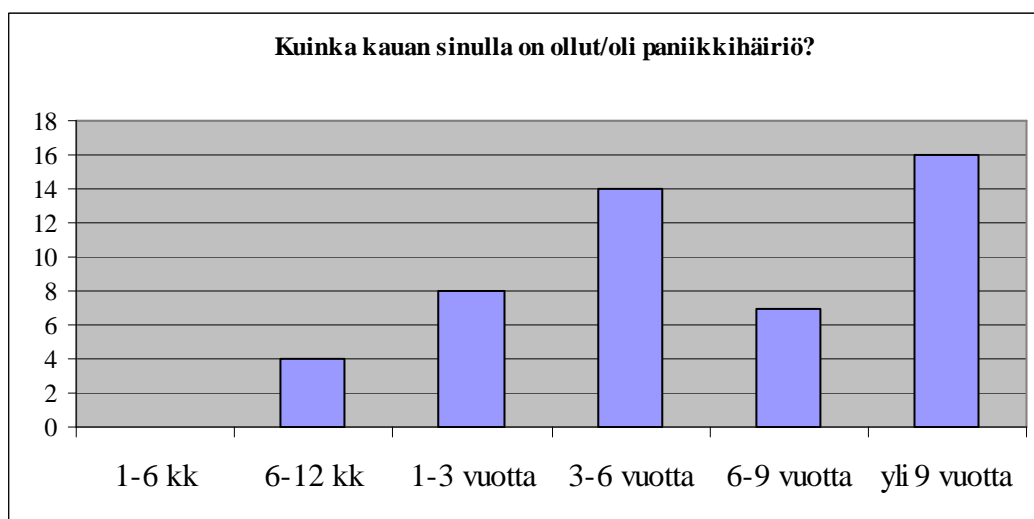
Eettisyyttä tutkimukseen tuo sen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Tutkimukseen vastattiin nimettömästi. Tutkimusta varten laadituun e-lomakekyselyn alkuun esiteltiin tutkimuksen tekijä ja mihin koulutusohjelmaan opinnäytetyötä ollaan tekemässä. Vastaajille kerrottiin myös tutkimuksen tarkoitus ja se mihin kyselyssä kerätty tieto käytetään.

Kyselyn julkaiseminen netissä sisältää aina riskitekijän siinä, tavoittaako kysely juuri halutun kohderyhmän ja miten pystytään välttämään kohderyhmään kuulumattomien vastaaminen. Tämän vuoksi vastaajien tavoittamiseksi pyrittiin löytämään sellaiset kanavat, jota käyttää vain haluttu kohderyhmä. Kysely oli myös laaja, joten oletettavasti kukaan kohderyhmän ulkopuolinen ei lähde siihen huvikseen vastaamaan. Vaikka kyselyyn vastasikin muutama suora kontakti, ja osan heistä pystyi tunnistamaan joukosta, ei sen annettu vaikuttaa analysointiin ja tulokintaan mitenkään. Heidän vastauksensa olivat yksiä muiden joukossa. Kyselyn toimivuutta ja sitä, kuinka tulokset jäisivät rekisteriin, testattiin myös pariin otteeseen ennen kyselyn linkittämistä kohderyhmille.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn kävi kahden viikon aikana vastaamassa 49 paniikkihäiriöstä kärsivää potilasta. Vastaajien keski-ikä oli 28,5 vuotta. Nuorin kyselyyn vastaajista oli 14-vuotias ja vanhin 59-vuotias. Paniikkihäiriön alkamisiän keski-ikä oli 20,5 vuotta. Nuorin paniikkihäiriön alkamisikä oli 8 vuotta ja vanhin 53 vuotta. Vastaajista 8 (16,3 %) oli miehiä ja 41 (83,7 %) naisia. Tämä tutkimustulos vahvistaa teoriasakin esille tulleen paniikkihäiriön yleisyyden naisten keskuudessa (kts. luku 2 MIKÄ ON PANIIKKIHÄIRIÖ?).

Seuraavassa kartoitetaan vastaajien taustoja sairautensa kanssa. Kuvio 1 havainnoisita, kuinka kauan vastaajat ovat kärsineet paniikkihäiriöstä.



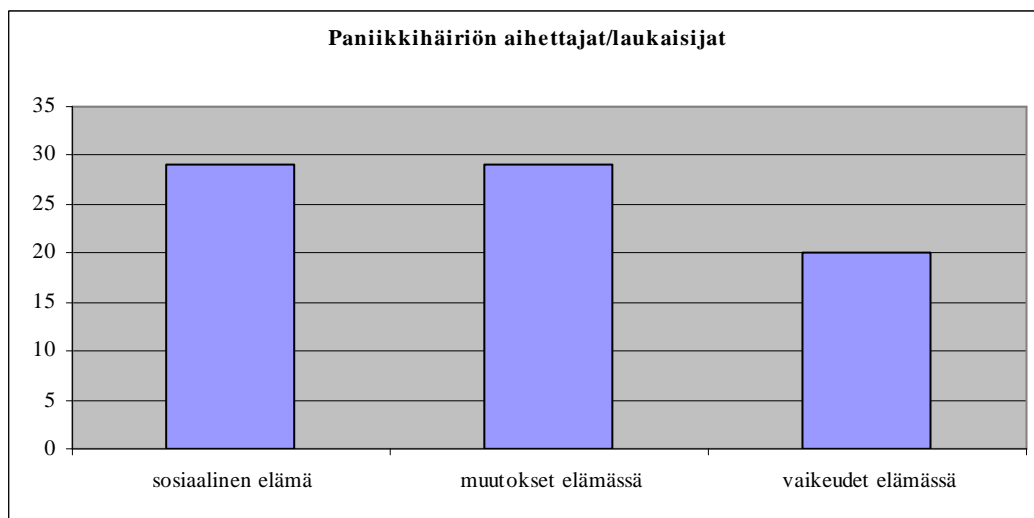
Kuvio 1. Paniikkihäiriön kesto.

Paniikkihäiriön kesto vastaajilla jakautui seuraavasti: Kaikilla vastaajilla sairaus oli kestänyt vähintään yli 6 kuukautta, 6–12 kuukautta kestänyt sairaus 4 vastaajaa (8,2 %), 1–3 vuotta kestänyt sairaus 8 vastaajaa (16,3 %), 3–6 vuotta kestänyt sairaus 14 vastaajaa (28,6 %), 6-9 vuotta kestänyt sairaus 7 vastaajaa (14,3 %) sekä yli 9 vuotta kestänyt sairaus 16 vastaajaa (32,7 %).

Vastaajista 38 (77,6 %) kärsii edelleen paniikkihäiriön oireista, kun taas 11 (22,4 %) on päässyt niistä ylitse. Näistä paniikkihäiriöstä ylitse päässeistä vain 1 (2,6 %) on mies.

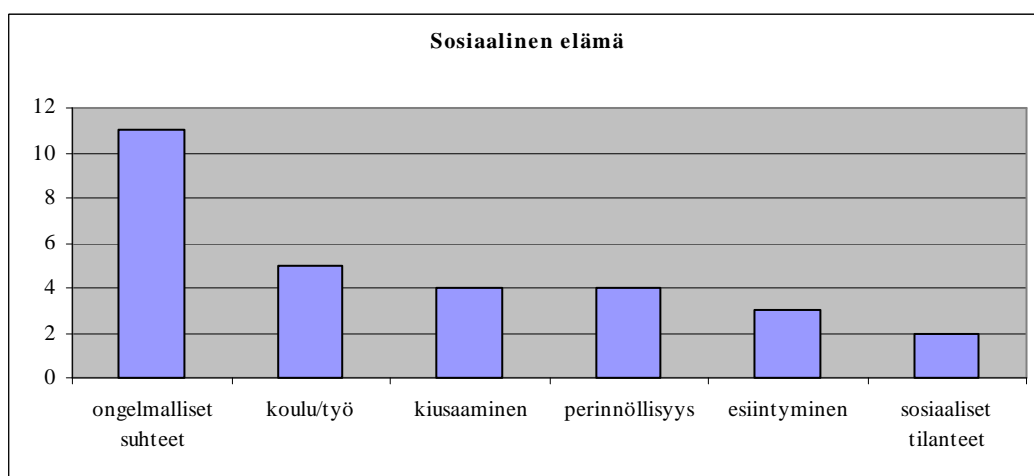
5.1 Paniikkihäiriön aiheuttajat

Vastaajilta kysyttiin, avoimena ja vapaaehtoisena kysymyksenä, miten tai miksi heidän sairautensa alkoi. Aineiston käsittelyn jälkeen tähän tuli kaiken kaikkiaan 78 syytä sairauden alkamiseen. Vastausten luokittelujen jälkeen jäljelle jäi kolme pääluokkaa, jotka esitellään kuviossa 2.



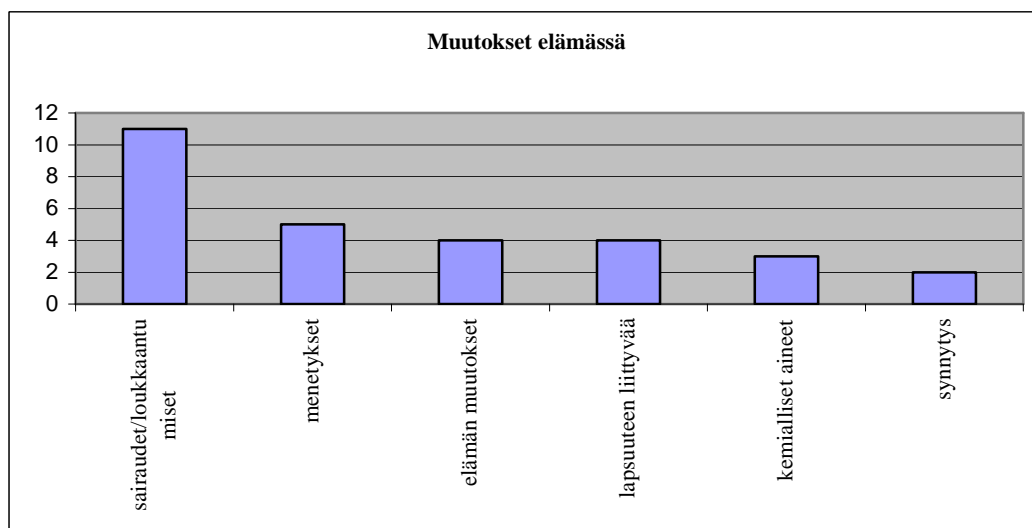
Kuvio 2. Paniikkihäiriön aiheuttajat/ laukaisijat.

Sosiaalinen elämä (29 ilmaisu), muutokset elämässä (29 ilmaisu) sekä vaikeudet elämässä (20 ilmaisu). Vastaukset olivat jakautuneet suhteellisen tasaisesti joka pääluokkaan, joista kuitenkin kaksi nousi eniten esille. Kuvioissa 3, 4 ja 5 kuvataan kolmen edellisen pääluokan alaluokat.



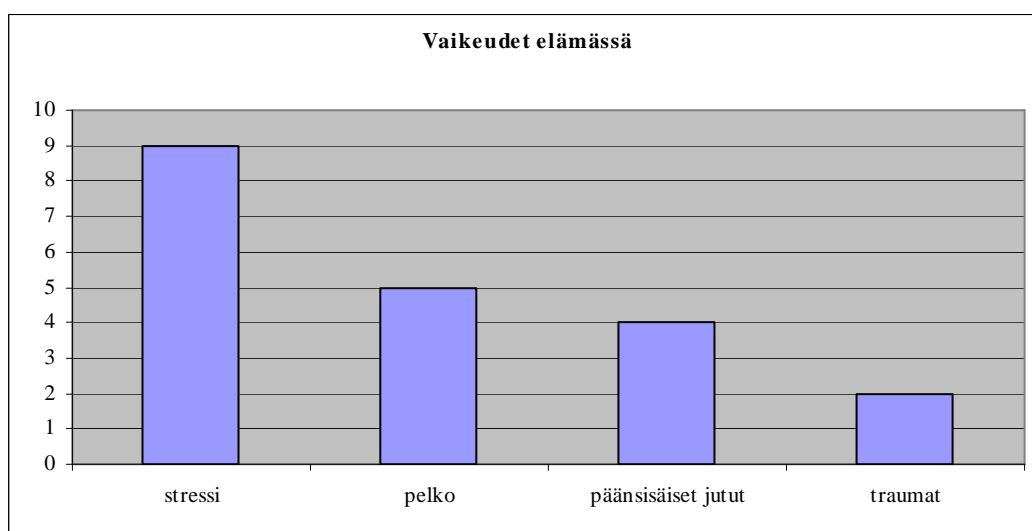
Kuvio 3. Aiheuttaja: Sosiaalinen elämä.

Sosiaalinen elämä piti sisällään 6 alaluokkaa: Ongelmalliset suhteet (11 ilmaisua), koulu/työ (5 ilmaisua), kiusaaminen (4 ilmaisua), perinnöllisyys (4 ilmaisua), esiintyminen (3 ilmaisua) ja sosiaaliset tilanteet (2 ilmaisua).



Kuvio 4. Aiheuttaja: Muutokset elämässä.

Muutokset elämässä piti sisällään myös 6 alaluokkaa: Sairaudet/loukkaantumiset (11 ilmaisua), menetykset (5 ilmaisua), elämän muutokset (4 ilmaisua), lapsuuteen liittyvää (4 ilmaisua), kemialliset aineet (3 ilmaisua) ja synnytys (2 ilmaisua).



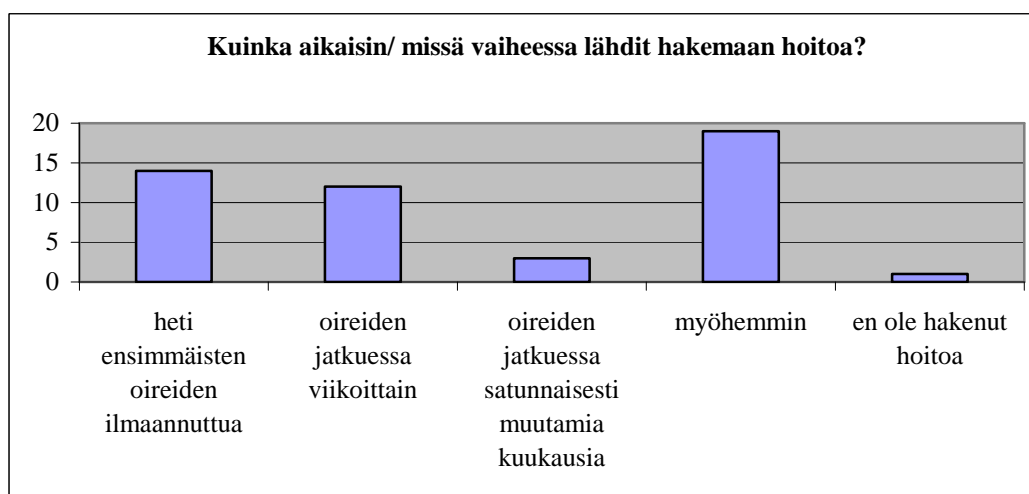
Kuvio 5. Aiheuttaja: Vaikeudet elämässä.

Vaikeudet elämässä piti sisällään 4 alaluokkaa: Stressi (9 ilmaisua), pelot (5 ilmaisua), päänsisäiset jutut (4 ilmaisua) sekä traumat (2 ilmaisua).

Suurimmiksi paniikkihäiriön aiheuttajiksi tai laukaisijoiksi nousivat ongelmalliset suhteet sekä sairaudet ja loukkaantumiset. Suurin osa vastauksista sisälsi negatiivisen vaikutteen, mutta mukana oli myös merkittävä positiivinen elämänmuutos: synnytys. Tällä tutkimustuloksella voidaan todistaa teoriassakin esille tullut asia, että suuret positiiviset muutokset voivat myös laukaista tämän sairauden. (kts. luku 2.1 Mistä paniikkihäiriö johtuu?)

5.2 Hoitoon hakeutuminen

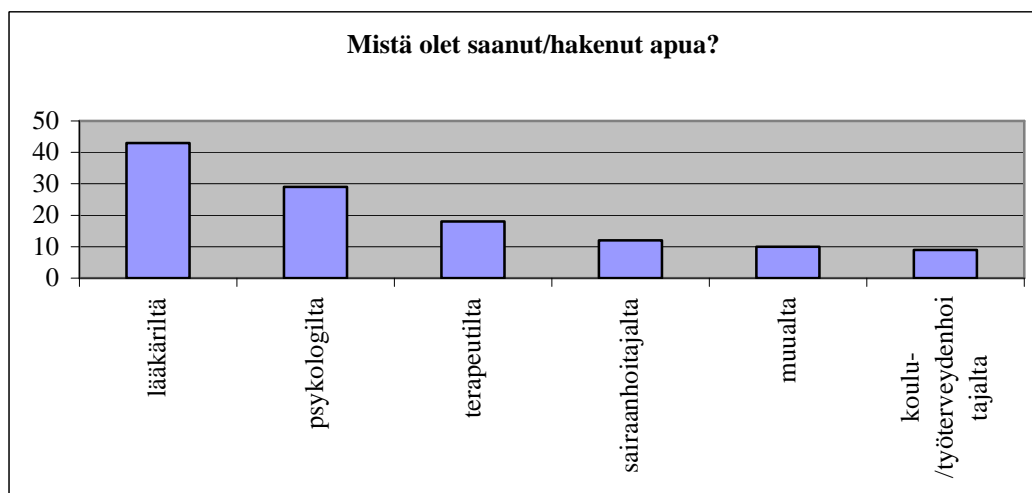
Kuviossa 6 kuvataan kuinka aikaisin vastaajat ovat lähteneet hakemaan hoitoa.



Kuvio 6. Hoidon hakemisen ajoitus.

Vastaajat ovat olleet aktiivisia hoidon hakemisessa. 14 (28,6 %) lähti hakemaan apua heti ensimmäisten paniikkioireiden ilmaannuttua, 12 (24,5 %) haki apua oireiden jatkuessa viikoittain, 3 (6,1 %) lähti hakemaan apua oireiden jatkuessa satunnaisesti muutamia kuukausia ja 19 (38,8 %) haki apua myöhemmin. Vain 1 (2 %) vastaaja ei ole hakenut paniikkihäiriöönsä hoitoa ollenkaan. Näistä luvuista voidaan päätellä, että vaikka avun hakeminen olisikin aluksi suuri kynnyks, ei se ole ylitsepääsemätön. Suurin vastaajamäärä avun hakemiseen myöhemmässä vaiheessa johtunee avun hakemisen kynnyksestä ja esimerkiksi pelosta, että tulee leimatuksi. Toisaalta toiseksi eniten vastaajia sai avun hakeminen heti ensimmäisten oireiden ilmaannuttua, joten huoli omasta terveydentilastaan voi myös ajaa hakemaan apua nopeammin.

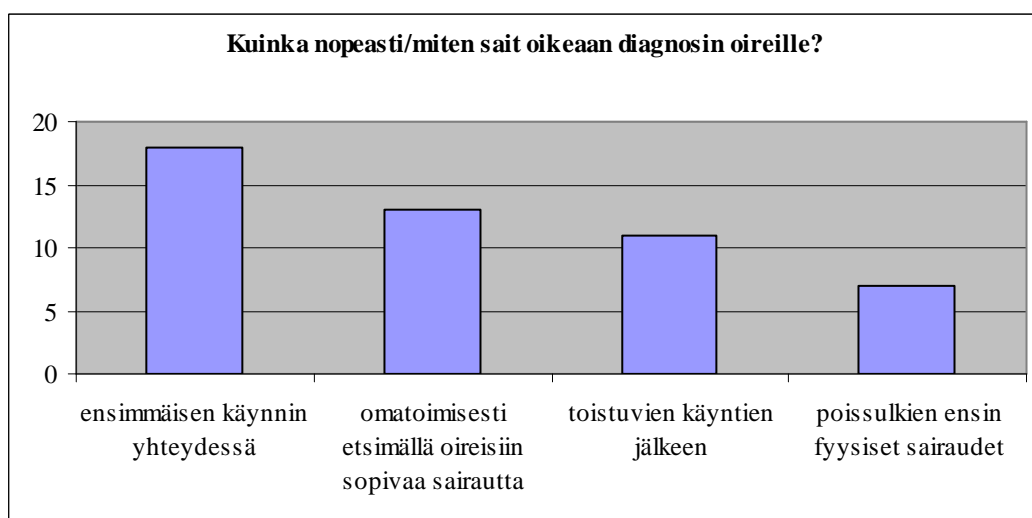
Kuviossa 7 tuodaan esille, mistä tai miltä kaikilta tahoilta potilaat ovat saaneet hoitoa paniikkihäiriönsä. Tämä kysymys oli monivalintainen, ja moni oli vastannut useampaan kohtaan.



Kuvio 7. Mistä on haettu/saatu hoitoa paniikkihäiriöön.

Lääkärin avun puoleen oli kääntynyt 43 vastaajista, psykologin juttusilla oli käynyt 29 vastaajaa, terapeutilla käyneitä oli 18 vastaajaa, sairaanhoitajalta apua oli hakenut 12 vastaajaa, 10 vastaajaa oli saanut apua joltain muulta taholta ja koulu-/työterveydenhoitajalta apua oli hakenut 9 vastaajaa.

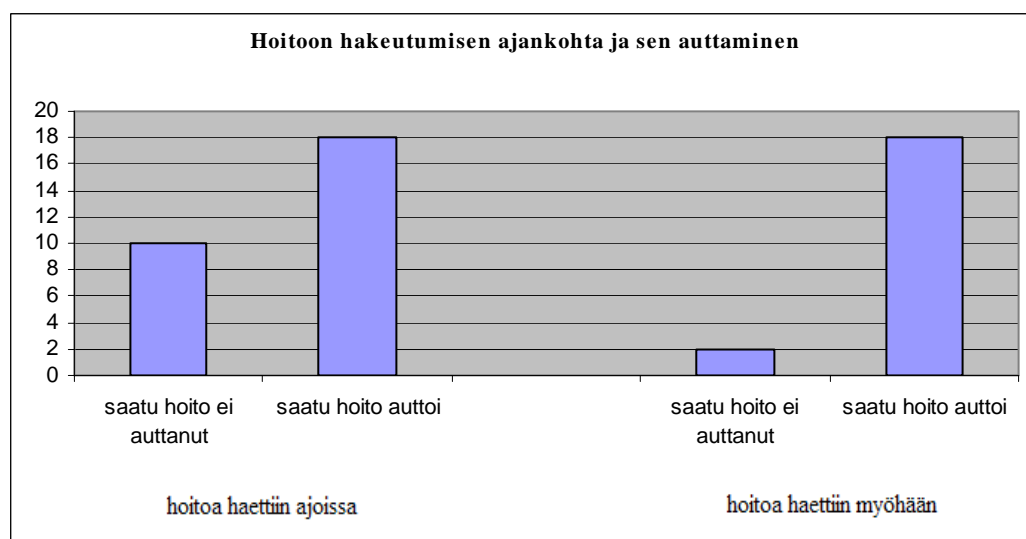
Seuraavaksi kartoitettiin, kuinka nopeasti potilaat saivat oikean diagnoosin oireilleen, ja tämä on havainnoitu kuviossa 8.



Kuvio 8. Oikean diagnoosin saannin nopeus.

Vastaajista 18 (36,7 %) sai diagnoosin ensimmäisen käynnin yhteydessä, 13 (26,5 %) etsi omatoimisesti oireisiin sopivan sairauden, 11 (22,4 %) sai oikean diagnoosin vasta toistuvien käyntien jälkeen ja lopuilta 7 (14,3 %) vastaajalta suljettiin pois fyysiset sairaudet ennen oikeaa diagnoosia.

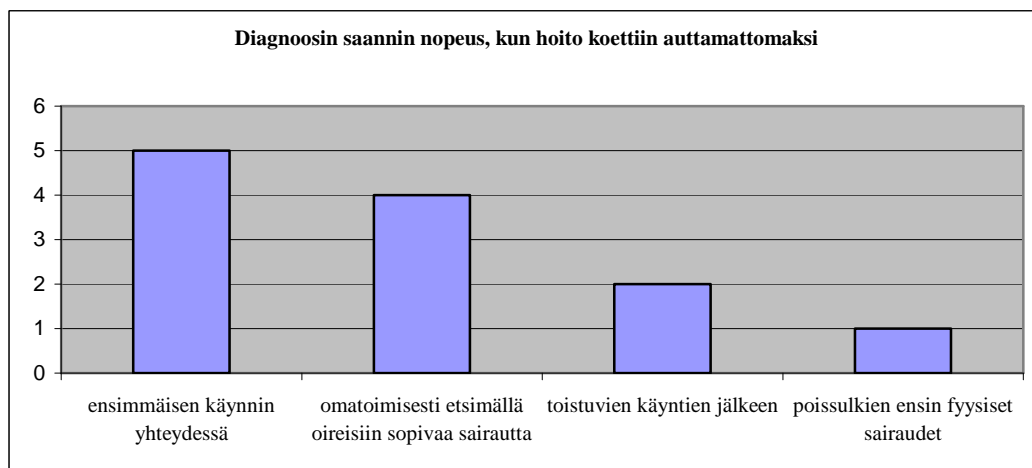
28 (57,1 %) vastaajaa koki hakeneensa hoitoa tarpeeksi aikaisin, kun taas 21 (42,9 %) koki, ettei ollut hakenut apua tarpeeksi aikaisin. Etsittäessä mahdollista riippuvuutta, kuinka aikaisin haki hoitoa ja millaiseksi koki saadun hoidon, välillä tehtiin kuvion 9 mukaisia havaintoja.



Kuvio 9. Hoitoon hakeutumisen ajankohta ja sen auttaminen.

10 (20,8 %) vastaajaa haki mielestään hoitoa tarpeeksi aikaisin, mutta koki, ettei saatu hoito ole auttanut, kun taas 18 (37,5 %) vastaajaa haki mielestään hoitoa tarpeeksi ajoissa ja saatu hoito koettiin auttavaksi. 2 (4,7 %) vastaajaa haki hoitoa mielestään myöhään eikä kokenut saavansa hyvää hoitoa, kun taas 18 (37,5 %) vastaajaa haki hoitoa myöhään ja koki saamansa hoidon hyväksi.

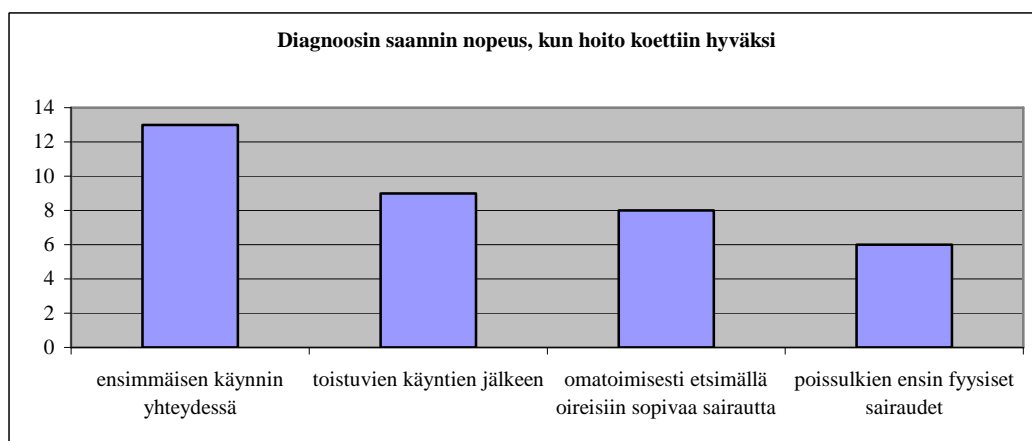
Kun tutkittiin diagnoosin saannin nopeuden ja hoidon auttamattomuuden välistä yhteyttä, tehtiin kuviossa 10 näkyvät havainnot.



Kuvio 10. Diagnoosin saannin nopeus, kun hoito koettiin auttamattomaksi.

Suurin yhtäläisyys oli, 5 (10,4 %) vastaajaa, ensimmäisen käynnin yhteydessä saadulla diagnoosilla ja hoidon auttamattomaksi kokemisella. Vastaajista 4 (8,3 %) kertoi omatoimisesti etsineensä oireisiin sopivan diagnoosin, mutta kokeensa saadun hoidon auttamattomaksi. 2 (4,2 %) vastaajaa kertoi hoidon auttamattomaksi, kun saatiin oikea diagnoosi vasta toistuvien käyntien jälkeen. Pienin yhteys oli, 1 (2,1 %) vastaaja, fyysisten sairauksien poissulkemisella ennen oikeaa diagnoosia ja hoidon auttamattomaksi kokemisella.

Vastaavasti tutkittiin myös yhteyttä diagnoosin saannin nopeuden ja hoidon hyväksi kokemisen välillä ja tämä havainnoidaan kuviossa 11.

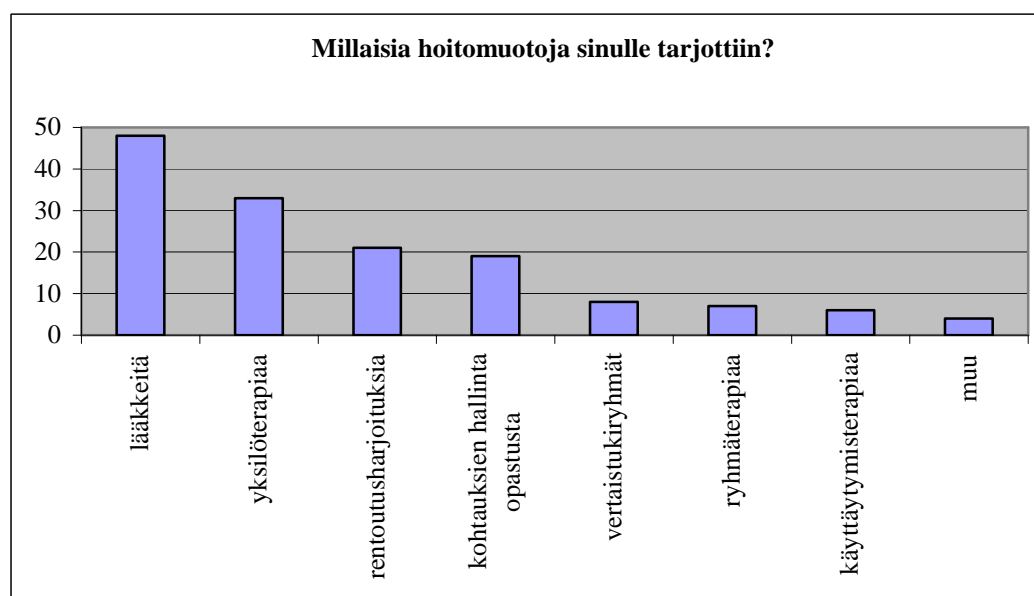


Kuvio 11. Diagnoosin saannin nopeus, kun hoito koettiin hyväksi.

Suurin yhtäläisyys ja selkeästi joukosta erottuva vastaus oli, 13 (27 %) vastaajaa, ensimmäisen käynnin yhteydessä saadulla diagnoosilla, kun hoito koettiin hyväksi. 9 (18,8 %) vastaajaa sai oikean diagnoosin vasta toistuvien käyntien jälkeen, mutta koki silti tämän jälkeen saadun hoidon hyväksi. 8 (16,7 %) vastaajaa etsi omatoimisesti oireisiin sopivan diagnoosin ja koki saamansa hoidon hyväksi. Pienin yhteys oli, 6 (12,5 %) vastaajaa, fyysisten sairauksien poissulkemisella ennen oikeaa diagnoosia, kun hoito koettiin hyväksi.

5.3 Hoitomuodot ja kokemukset niistä

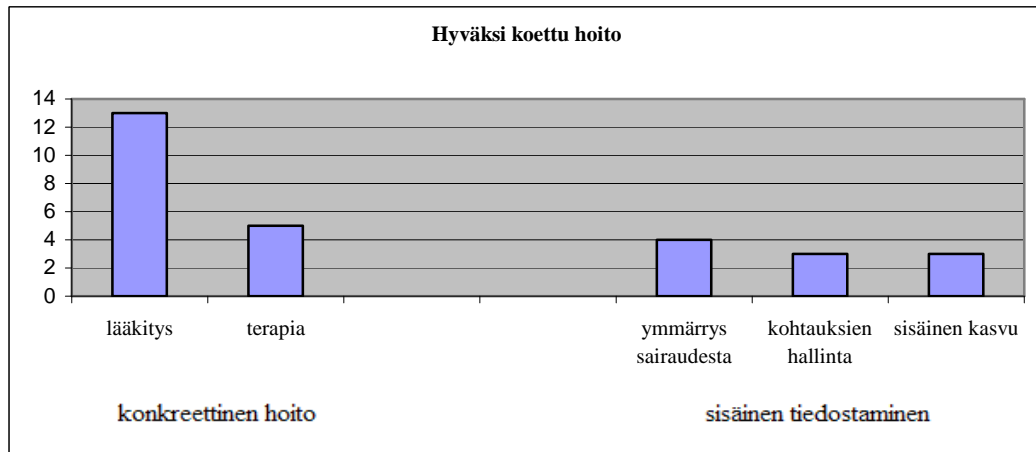
Vastaajille tarjottuja hoitomuotoja kuvataan kuviossa 12.



Kuvio 12. Tarjotut hoitomuodot.

Tarjotut hoitomuodot jakautuivat seuraavasti: Lääkkeet 48, yksilöterapia 33, rentoutusharjoitukset 21, kohtausten hallinta-opastus 19, vertaistukiryhmät 8, ryhmäterapia 7, käyttäytymisterapia 6 sekä muu hoito 4. Vastaajille on siis tarjottu monenlaisia hoitomuotoja. Kokemus hoidon auttamisesta on ollut 36 (75 %) vastaajalla, loput 12 (25 %) eivät ole kokeneet tarjotun hoidon auttaneen. Tässä laskussa on otettu huomioon yhden vastaajan hoitoon hakeutumattomuus, joten vastaajia on tässä 48.

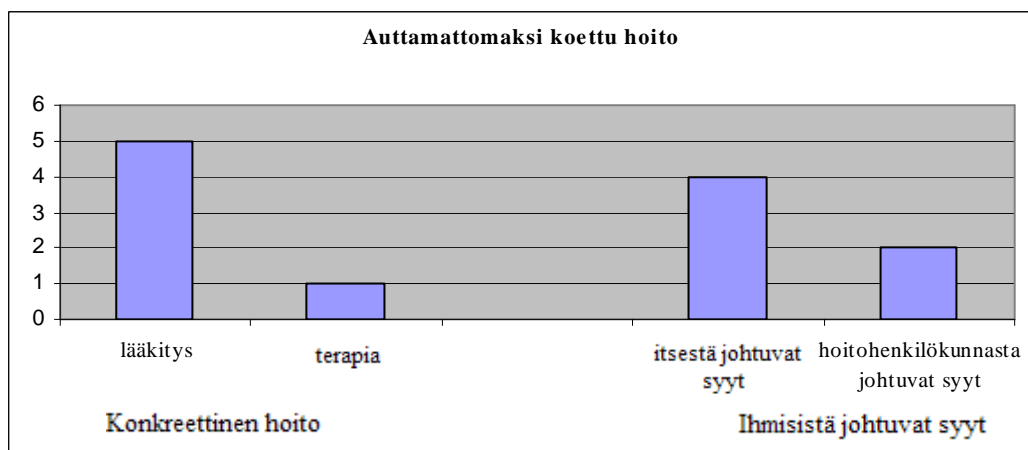
Edellä mainittujen 36 (75 %) vastaajan, jotka ovat kokeneet hoidon auttaneen, saatu hoito määriteltiin kahteen pääluokkaan, jotka on kuvattu kuviossa 13. Samassa kuviossa on kuvattu myös hoidon alaluokat.



Kuvio 13. Hyväksi koetun hoidon pää- ja alaluokat.

Hyväksi koetun hoidon pääluokat olivat konkreettinen hoito (18 ilmaisua) sekä sisäinen tiedostaminen (10 ilmaisua). Konkreettinen hoito piti sisällään lääkityksen (13 ilmaisua) sekä terapian (5 ilmaisua). Sisäinen tiedostaminen taas oli jakautunut ymmärrykseen sairaudesta (4 ilmaisua), kohtauksien hallintaan (3 ilmaisua) sekä sisäiseen kasvuun (3 ilmaisua).

Vastaavasti edellä mainittujen 12 (25 %) vastaajan, jotka eivät olleet kokeneet hoidon auttaneen, saatu hoito määriteltiin niin ikään kahteen pääluokkaan, jotka on kuvattu kuviossa 14. Tähän kuvioon on myös kuvattu hoidon alaluokat.



Kuvio 14. Auttamattomaksi koetun hoidon pää- ja alaluokat.

Auttamattomaksi koetun hoidon pääluokat olivat konkreettinen hoito (6 ilmaisu) ja ihmisistä johtuvat syyt (6 ilmaisu). Alaluokkiin on poimittu muutama suora sitaatti vastaajilta havainnollistamaan ilmaisuja.

Konkreettinen hoito piti sisällään samat alaluokat kuin hyväksi koettu hoito. Lääkitys (5 ilmaisu)

”Lääkkeet vain pahensivat asiaa”

”Lääkehoitoon en ole tyytyväinen, koska en ole pysyvästi saanut kohtauksia pois.”

sekä terapia (1 ilmaisu).

Ihmisistä johtuvat syyt pitivät sisällään itsestä johtuvat syyt (4 ilmaisu) sekä hoitohenkilökunnasta johtuvat syyt (2 ilmaisu). Nämä itsestä johtuvat syyt olivat muun muassa se, ettei vastaaja ollut hakenut hoitoa ollenkaan, ei ollut aloittanut määrättyä lääkitystä tai ei ollut kohtauksiensa vuoksi päässyt sovittuun terapiapaamiseen.

”En aloittanut lääkitystä”

”Paniikeiltani en päässyt jatkamaan psykoterapiaa saati käymään vertaistuksessa”

”En ole uskaltanut hakea hoitoa, kun pelkään että leimataan hulluksi yms..”

Hoitohenkilökunnasta johtuvat syyt sisälsivät lääkärin tai hoitajan väheksynnän vastaajan oireilua kohtaan.

”Lääkäri totesi, etten tarvitse hoitoa.”

”Ahdistustani ei otettu kuuleviin korviin - mielestäni - ja toteutettiin vain jotain valmista hoitokaavaa”

Vastaajista 21 (43,8 %) on kokenut, että hänelle on tarjottu sellaista hoitoa, josta ei ole hyötynyt ollenkaan. Näille 21 (43,8 %) vastaajalle oli annettu mahdollisuus tarkentaa vastaustaan kahden, avoimen ja vapaaehtoisesti vastattavan, jatkokysy-

myksen muodossa. Kysymyksillä kartoitettiin, mitä hoitoja oli tarjottu ja miksi ne eivät auttaneet. Ilmaisuja tuli yhteensä 23, ja taulukossa 2 kuvataan kolme aihealuetta ja syitä, miksi ne eivät ole auttaneet.

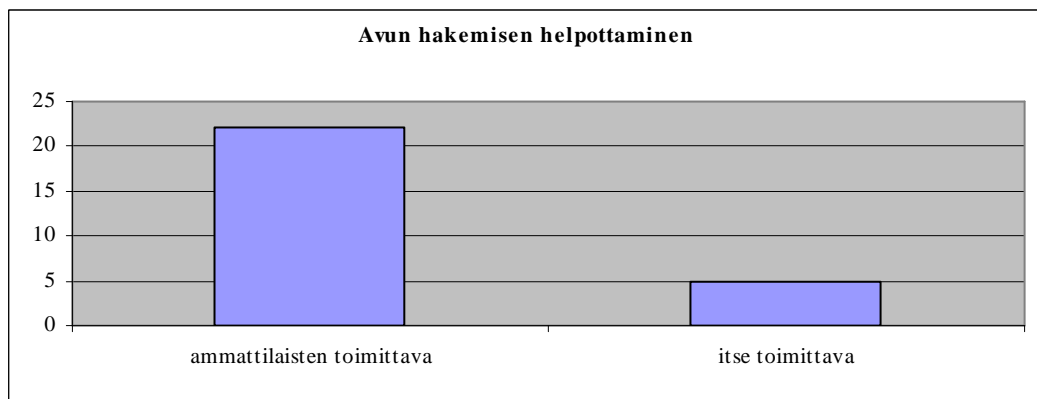
Taulukko 2. Hoidot, jotka eivät auttaneet ja syitä, miksi eivät auttaneet.

Lääkkeet (11 ilmaisua)	<ul style="list-style-type: none"> – väärän lääkityksen määrääminen – lääkkeiden sivuoireet ja riippuvuus – ei käytä määrättyä lääkettä
Terapia (9 ilmaisua)	<ul style="list-style-type: none"> – terapeutin epäpätevyys – ei henkilökemiaa terapeutin kanssa – hoitohenkilökunta ei ottanut vakavasti – hoito ei poistanut traumoja
Harjoitukset (3 ilmaisua)	<ul style="list-style-type: none"> – harjoituksia ei pystynyt tekemään tarvittavassa tilanteessa

Hoidot, jotka eivät auttaneet olivat: lääkkeet (11 ilmaisua), terapia (9 ilmaisua) sekä harjoitukset (3 ilmaisua). Syitä, miksi nämä hoitomuodot eivät ole auttaneet olivat: väärän lääkityksen määrääminen, lääkkeiden sivuoireet ja riippuvuus, ei käytä määrättyä lääkettä, harjoituksia ei pystynyt tekemään tarvittavassa tilanteessa, terapeutin epäpätevyys tai ei henkilökemiaa terapeutin kanssa, hoitohenkilökunta ei ottanut vakavasti sekä hoito ei poistanut traumoja.

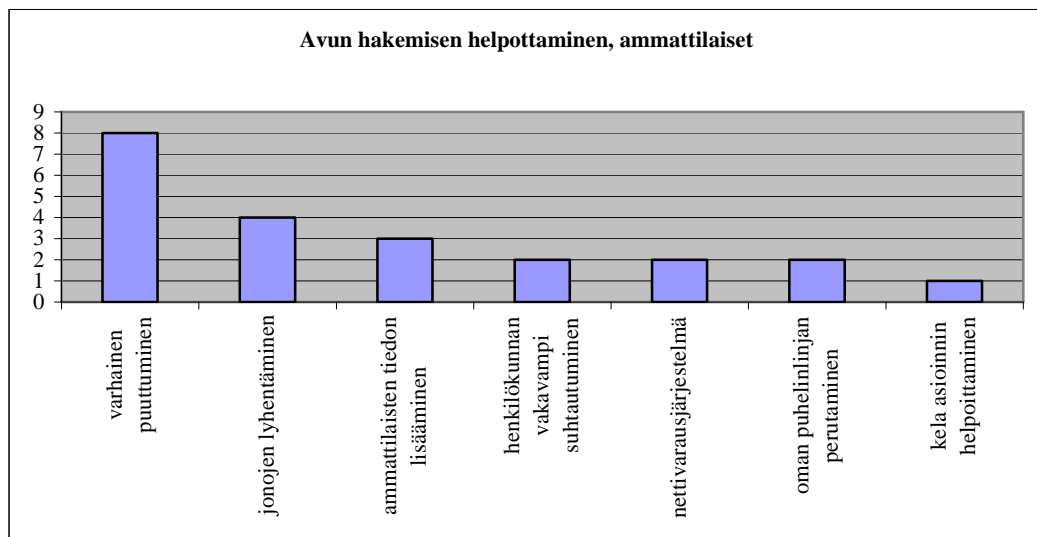
5.4 Avun hakemisen helpottaminen ja toivotut hoitomuodot

Vastaajilta kysyttiin, avoimesti ja vapaavalinnaisesti, miten heidän kohdallaan olisi voitu helpottaa avun hakemista. Ilmaisuja tuli kaiken kaikkiaan 27 ja ne jakautuivat kahteen pääluokkaan, jotka on kuvattu kuviossa 15.



Kuvio 15. Avun hakemisen helpottaminen.

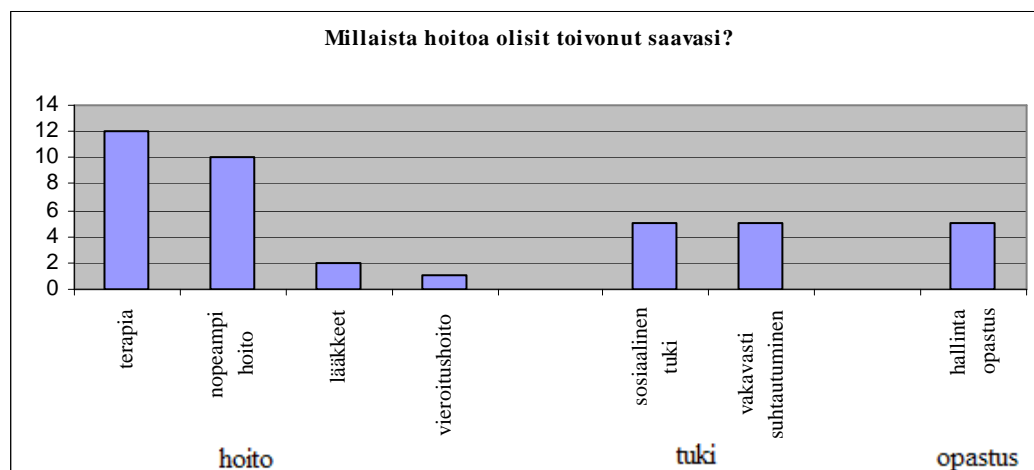
Pääluokat olivat: ammattilaisten toimittava (22 ilmaisia) sekä itse toimittava (5 ilmaisia). Itse toimittavan alle ei jakautunut yhtään alaluokkaa, mutta ammattilaisten toimittavan alle jakautui seitsemän alaluokkaa, jotka kuvataan kuviossa 16.



Kuvio 16. Avun hakemisen helpottaminen, ammattilaisten toimittava.

Eniten esille nousi paniikkihäiriöön varhainen puuttuminen (8 ilmaisia), myös hoitoon pääsyn jonoja haluttiin lyhentää (4 ilmaisia), tiedon lisäämistä ammattilaisille (3 ilmaisia), henkilökunnan vakavampi suhtautuminen (2 ilmaisia). Nettivaraustajustelmää (2 ilmaisia) ja oman puhelinlinjan perustamista (2 ilmaisia) toivottiin myös, sillä sosiaalisten tilanteiden pelossa on vaikea hakea apua aluksi kasvokkain. Kela-asiointiin toivottiin myös helpotusta (1 ilmaisia).

Vastaajilta kysyttiin, millaista hoitoa he olisivat toivoneet saavansa, ja tämä jakautui kolmeen pääluokkaan, joissa ilmaisuja oli yhteensä 40. Toivotun hoidon pää- ja alaluokat kuvataan kuviossa 17.



Kuvio 17. Toivotun hoidon pää- ja alaluokat.

Toivottu hoito oli jakautunut kolmeen pääluokkaan: Hoitoon (25 ilmaisuja), tukeen (10 ilmaisuja) sekä opastukseen (5 ilmaisuja).

Hoito pääluokkana piti sisällään neljä alaluokkaa: terapia (12 ilmaisuja), nopeampi hoito (10 ilmaisuja), lääkkeet (2 ilmaisuja) sekä vieroitushoito (1 ilmaisu).

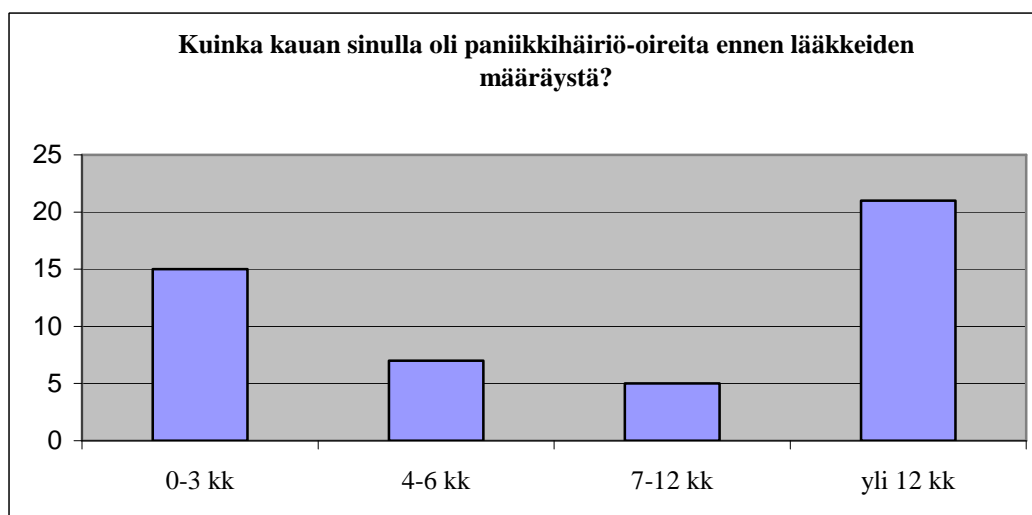
Tuki oli jakautunut kahteen alaluokkaan, sosiaaliseen tukeen (5 ilmaisuja) ja vakavasti suhtautumiseen (5 ilmaisuja). Sosiaalinen tuki piti sisällään maininnat tukihenkilöstä sekä vertaistuesta. Vakavasti suhtautumisen puolestaan käsitti potilaan vakavasti ottamisen, säännöllisyyden ja jatkuvuuden hoidossa sekä ymmärtävyyden.

Opastus piti sisällään yhden alaluokan, hallintaopastuksen (5 ilmaisuja), joka piti sisällään niin rentoutus- ja hengitysharjoitusohjausta kuin oiretiedon lisäämistä.

5.5 Lääkehoito

Vastaajista kaikille 48 (98 %), jotka olivat hakeneet hoitoa, oli tarjottu lääkkeitä, mutta 6 (12,5 %) heistä ei käytä niitä ollenkaan. 42 (87,5 %) lääkkeitä käyttävästä vastaajasta 4 (9,5 %) koki, että niistä ei ole ollut apua. 23 (54,8 %) vastaajaa on kokenut, että lääkkeistä on aiheutunut häiritseviä sivuvaikutuksia jossain vaiheessa käyttöä.

Kuviossa 18 on kuvattu kaikkien vastaajien lääkkeenmääräysajankohta siitä lähtien, kun heillä alkoivat oireet.



Kuvio 18. Lääkkeiden määräyksen ajankohta oireiden alkamisesta.

Vastaajista 15 (31,3 %) määrättiin lääkkeitä 0–3 kk oireilun jälkeen, 7 (14,6 %) vastaajalle määrättiin lääkkeet 4–6 kk oireilun jälkeen, 5 (10,5 %) vastaajaa sai lääkkeet 7–12 kk oireilun jälkeen ja 21 (43,6 %) vastaaja sai lääkkeet vasta yli 12 kk oireilun jälkeen.

Vastausten painottuessa selkeästi lääkkeiden määräämiseen yli 12 kk oireilun jälkeen herää kysymys, johtuuko tämä siitä, että vastaajat ovat hakeneet hoitoa vasta monen kuukauden oireilun jälkeen ja tämän vuoksi myös lääkkeiden määräys tapahtuu myöhemmin vai siitä, että oikea diagnoosi on saatu vasta monen käynnin jälkeen, ja tämä on syy lääkkeiden myöhäiseen määräämiseen?

Asiaa lähdettiin tutkimaan tarkemmin ja löydettiin 14 (29,3 %) vastaajan yhteys siihen, että hoitoa oli lähdetty hakemaan myöhemmin ja siihen, että lääkkeet määrättiin 12 kk oireiden alkamisen jälkeen. Tämä on merkittävä havainto, sillä tulos on yli kolmasosa vastaajista. Yhteys diagnoosin saannin toistuvien käyntien jälkeen ja lääkkeiden määräämisen yli 12 kk oireilun jälkeen välillä oli 6 (12,5 %) vastaajaa. Tämä yhteys ei ole kuin kahdeksasosa vastaajista.

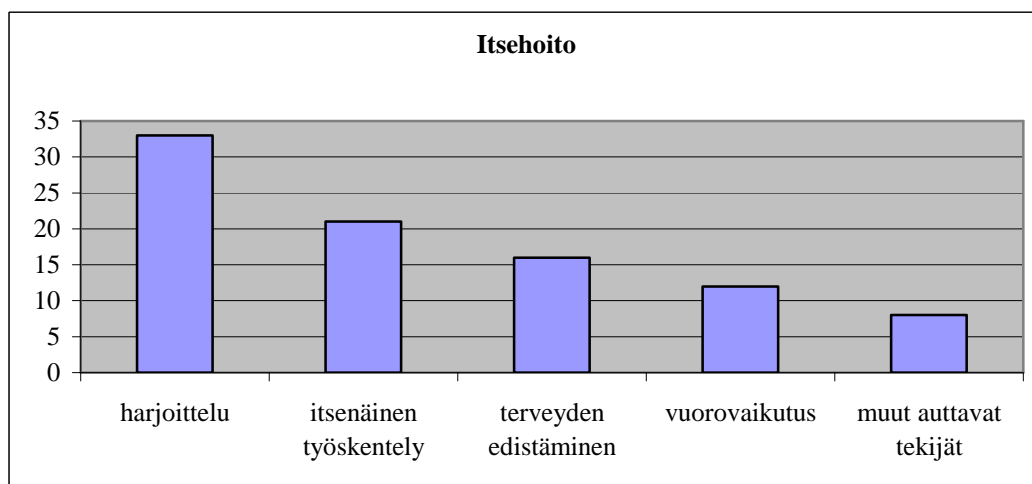
Taulukossa 3 on jaoteltu vastaajien käyttämiä lääkkeitä lääkeryhmän, vaikuttavan aineen ja yleisimpien kaupanimien mukaan.

Taulukko 3. Vastaajien käyttämät lääkkeet.

Lääkeryhmä	Vaikuttava aine	Yleisimmät kauppanimet
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI-lääkkeet 32	Fluoksetiini 6 Fluvoksamiini Paroksetiini 3 Sitalopraami 11 Sertraliini 1 Essitalopraami 11	Seromex Sepram Citalopram Ciprallex
Rauhoittavat, bentsodiasepiini lääkkeet 8	Alpratsolaami 3 Loratsepaami 1 Klonatsepaami Oksatsepaami 2 Diatsepaami 2	Diapam Alprox Opamox
Antipsykoottiset lääkkeet, neuroleptit 4	Ketiapiini 3 Risperidoni 1	Seroquel Ketipinor Risperidon
Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät 5	venlafaksiini 3 duloksetiini 2	Efexor Cymbalta
Beetasalpaajat 3	propranololia 3	Propral
Tetrasykliset masennuslääkkeet 1	Mirtatsapiini 1	Mirtazapin

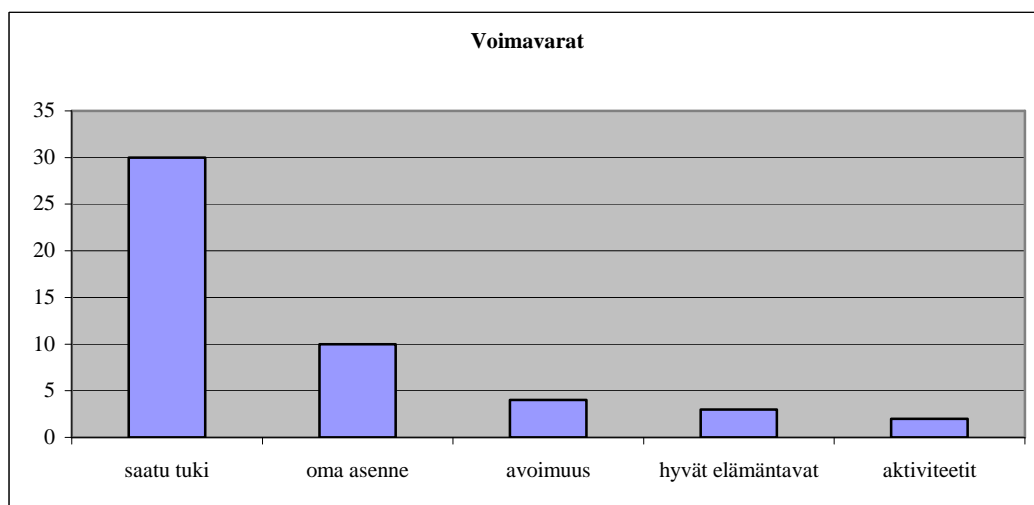
5.6 Itsehoito ja voimavarat

Lopuksi kyselyssä kartoitettiin vielä vastaajien hyväksi kokemia itsehoitomenetelmiä ja omia voimavaroja. Niiden pääluokkiin jakautuminen havainnollistetaan kuvioissa 19 ja 20.



Kuvio 19. Vastaajien itsehoitomenetelmät.

Harjoittelu (33 ilmaisia) piti sisällään niin hengitys-, rentoutus- kuin tilanteille altistamisharjoituksia. Itsenäinen työskentely (21 ilmaisia) piti sisällään tiedon hankintaa ja sisäistä työskentelyä. Terveystiedon edistäminen (16 ilmaisia) kattoi osan ihmisen perusfysiologisista tarpeista kuten liikunnan, ravinnon ja levon sekä lisäksi ulkoilun. Vuorovaikutus (12 ilmaisia) käsitti avoimuuden sairaudesta, saadun tuen sekä uskon. Muihin auttaviin tekijöihin (8 ilmaisia) luokiteltiin apuvälineet, musiikki, välttämiskäyttäytyminen sekä viiltely.



Kuvio 20. Vastaajien voimavarat.

Vastaajien omat voimavarat, joista tuli ilmaisia yhteensä 49, olivat jakautuneet viiteen luokkaan: saatu tuki (30 ilmaisia), oma asenne (10 ilmaisia), avoimuus (4 ilmaisia), hyvät elämäntavat (3 ilmaisia) sekä aktiviteetit (2 ilmaisia).

Saatuun tukeen, joka oli selkeästi suurin voimavara, kuului perheeltä, suvulta, ystäviltä ja omilta lapsilta saatu tuki, vertaistuki, eläimet, tukiverkostot, koulu sekä työ. Omaan asenteeseen, joka myös nousi vastauksista hieman enemmän esiin, kuului suomalainen sisu, sinnikkyys, toivo, usko tulevaisuuteen, oma panos sekä puheliaisuus. Hyviin elämäntapoihin kuului riittävä uni, hyvä elämäntilanne sekä hyvät elämäntavat. Aktiviteetteihin kuului musiikki sekä kirjoittaminen. Viisi (10,2 %) vastaajaa oli voimavaroja kysyttäessä vastannut niiden olevan heikot tai lähes olemattomat.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tutkimusongelma sai kovin ristiriitaiset vastaukset. Tuloksista ei löytynyt mitään selkeää vain hyväksi tai vain auttamattomaksi koettua hoitoa. Jokainen potilas on oma yksilönsä: toiselle hyvä hoito voi olla toiselle huonoa hoitoa.

Vaikka paniikkihäiriö terminä on koko ajan yleistymässä ammattilaisten sekä muiden ihmisten keskuudessa, on sitä tutkittu vielä hyvin vähän. Jos joku on kiinnostunut tutkimaan paniikkihäiriötä, ovat sitä sairastavat valmiita auttamaan siinä kertomalla omasta sairaudestaan ja jakamalla kokemuksiaan. Heillä on halu tuoda asiaa enemmän esille ja muiden tietoisuuteen. Tiedon lisääminen ja paniikkihäiriöstä puhuminen saattaa auttaa jotain juuri ensimmäisiä kohtauksia saanutta, joka hakee tietoa siitä, mistä on kysymys. Aiheeseen liittyvät keskustelupalstatkin ovat hyvin aktiivisia.

Tutkimuksessa nousi hyvin selkeästi esille ihmissuhdeongelmat ja sairastumiset/loukkaantumiset paniikkihäiriön aiheuttajiksi. Yleensä paniikin laukaisijat olivat negatiivispainotteisia. Keho yrittää toimia näitä negatiivisia tuntemuksia vastaan ja vaikka mitään fyysistä vikaa ei löydy, soi kehossa silti hälytyskellot, että joku on vialla.

Avun hakeminen oli jakautunut suurimmaksi osaksi vasta myöhempään vaiheeseen. Syynä lienee sairauden vähäinen tieto vielä hakuvaiheessa, sillä jos mennään taaksepäin yli yhdeksän vuotta – tämä siksi, koska suurimmalla osalla vastaajista sairaus on alkanut yli yhdeksän vuotta sitten – oli sairauden tieto vielä vähäisempää kuin nykyään. Toinen syy hoidon myöhempään hakemiseen on suuri kynnys hakea sitä. Pelko leimaantumisesta tai siitä, että kuulee sairastavansa jotain hyvin vakavaa, saa ihmiset varautuneiksi. Toisaalta moni vastasi hakeneensa apua heti ensimmäisten oireiden ilmaannuttua. Tämä kertoo siitä, että huoli omasta terveydestä ajaa ihmisen selvittämään, mikä on vialla. Apua lähdetään hakemaan selkeästi korkeammalle kouluttautuneilta ammattilaisilta: lääkäreiltä, psykologeilta sekä terapeuteilta.

Diagnoosin saaminen ensimmäisellä käynnillä oli eniten vastauksia kerännyt kohta. Nykyään tieto sairaudesta on yleistynyt, ja siksi ammattilaisten on helpompi diagnosoida se. Tietoa on runsaasti tarjolla myös internetissä, joten omatoiminen tiedon haku ja diagnosointi on helpompaa.

Hyväksi koettuun hoitoon ei vaikuta hoidon hakemisen ajankohta, vaan se mitä hoitoa tarjotaan. Sekä ammattilaiset että potilaat pitävät lääkitystä merkittävänä hoitomuotona. Jokaiselle hoitoon hakeutuneelle oli niitä määrätty, ja iso osa vastaajista koki niiden olevan hyvä hoitomuoto. Myös terapiaa ja oman tiedon lisäämistä sairaudesta pidettiin hyvänä hoitona. Vastaavasti ei niin auttavaksi hoidoksi koettiin myös lääkitys sekä terapia. Syinä oli väärän lääkityksen määrääminen, niistä tulleet sivuoireet sekä se, ettei potilas ottanut määrättyä lääkettä. Terapiaa moitittiin ammattilaisten huonon suhtautumisen vuoksi, terapeutin koettiin olevan epäpätevä tai henkilökemiat eivät vain kohdanneet.

Moni vastaaja olisi toivonut, että heidän ongelmaansa puututaan varhaisemmassa vaiheessa, jolloin heidän tilanteensa voisi nykyään olla ihan toinen. Puuttumista toivottiin sekä koulumaailmassa että kotona. Varhainen puuttuminen on avainsana monen ongelman ehkäisyyn, ja tähän tulisikin panostaa vielä enemmän.

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet ovat lääkäreiden eniten määräämät lääkkeet. Nämä ovat pitkäkestoisia lääkkeitä, joista ei niin helposti tule riippuvaiseksi kuin esimerkiksi bentsodiatsepiineista, jotka ovat nopeavaikutteisia lääkkeitä. Tutkimuksessa esille nousseet tulokset tukevat hyvin teoriaa lääkityksen osalta. Nykyään pyritään kirjoittamaan pääsääntöisesti juuri pitkävaikutteisia lääkkeitä ja alun tueksi rauhoittavia lääkkeitä (kts. luku 3.2 Lääkehoito).

Merkittävin itsehoito on harjoittelu. Vastaajat pyrkivät altistamaan ja harjoittelemaan tilanteita, joissa kohtauksia sattuu. Pitkäjänteinen harjoittelu tuottaa lopulta hyviäkin tuloksia. Merkittävin voimavara on muilta saatu tuki. Sairaus on raskas kantaa yksin, mutta muiden tuella ja kannustuksella jaksaa yrittää ja ponnistella vaikka juuri harjoitusten muodossa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tiiviimpi työstäminen oli tarkoitus aloittaa jo hyvissä ajoin keväällä 2010, mutta tuona hetkenä hyväksi koetun kirjallisuuden saaminen oli hankalaa niiden ollessa lainattuna, joten kirjallisuuteen tutustuminen siirtyi syksylle 2010. Oman kokemuksen kautta tietoa aiheesta oli kuitenkin kertynyt jo runsaasti, joten pieni tiedon kasaaminen onnistui alkuun ilman varsinaisia lähteitä. Kirjallisuutta oli helppo valita, koska tiesin jo etukäteen muutamia kirjoja, joita halusin käyttää työssäni. Vaikka kirjallisuuden läpikäyminen jäikin syksylle, sain teorian hyvin kasaan muutaman tehokkaan työskentelyviikon aikana ja olen lopputulokseen tyytyväinen.

Suomalaisen paniikkihäiriötä käsittelevän kirjallisuuden merkittävimpiä nimiä on Ulla Lepola. Häneltä itseltään löytyy aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, minkä lisäksi hän on vahvasti mukana kootuissa psykiatrian kirjoissa. Lepola on dosentti, psykiatrian erikoislääkäri ja hän toimii Kuopion Psykiatripalvelu Oy:n lääketieteellisenä johtajana. Opinnäytetyössä on käytetty kolmea lähdettä, joissa Lepola on jossain muodossa mukana.

Tutkimusta varten laadittu kysely syntyi helposti tavoitteiden asettelun jälkeen. Näin jälkikäteen ajateltuna kysely oli hieman liian laaja. Joukosta olisi voinut karsia muutaman kysymyksen pois, jolloin purkamisenkin olisi ollut helpommin tehtävissä ja mahdutettavissa työhön. Kyselyn julkaisun jälkeen uskalsin toivoa 20 vastaajaa, mutta 49 ihmisen kiinnostus työtäni kohtaan yllätti minut positiivisesti.

Kyselyn eettisyyttä tukeva mahdollisuus nimettömänä vastaamiseen lisäsi todennäköisesti vastaajien määrää. Joskus vaikeista asioista suoraan puhuminen on helpompaa nimettömänä tai nimimerkin turvin. Koin myös tärkeäksi esitellä itseni ja työni tarkoituksen vastaajille, jotta välillemme syntyisi luottamussuhde, vaikka en ollutkaan missään konkreettisessa tekemisessä vastaajien kanssa. Luottamussuhteen luominen takaisi vastaajilta rehelliset ja syvällisesti pohditut vastaukset. Tarkoituksenani on myös opinnäytetyön julkaisun jälkeen linkittää työ niille palstoil-

le, joista olen saanut vastaajat kyselyyn. Näin vastaajat pääsevät itsekkin tarkastelemaan tutkimustuloksia ja kartoittamaan näkemystään aiheesta.

Tutkimustuloksista paljastui mielenkiintoisia havaintoja. Yllättävää oli se, kuinka paljon viitattiin hoitohenkilökunnan vähättelevään asenteeseen. Lääkityksen auttamismäärä ei yllättänyt, sillä olen itsekkin vertaistukena keskustellut hoitokokemuksista, ja lääkitys on niissä noussut esille hyväksi koettuna hoitona.

Itsehoidossa esille noussut pahojen tilanteiden ja kohtauksia vähentävien toimintojen harjoittelu oli merkittävä. Vaikka paniikkihäiriö sairautena saattaa olla välillä hyvinkin lamaannuttava, ovat potilaat silti sitkeitä ja motivoituneita opettelemaan elämään sen kanssa ja parantumaan siitä. Jokaisella paniikkihäiriöpotilaalla on itsehoitomenetelmien lisäksi omat voimavarat. Voimavaroina voivat olla niin perhe ja ystävät kuin vaikkapa musiikki, kirjoittaminen/runoilu, taide tai usko Jumalaan. Jokaisen on löydettävä itselleen sopivat tavat auttaa itseään tulemaan toimeen oireidensa kanssa.

Varhaista puuttumista voisi kehittää eteenpäin, ja yksi hyvä jatkotutkimusaihe olisikin esimerkiksi yläkoulun opettajille suunnattu tietovihkonen paniikkihäiriöstä. Tämä lisäisi opettajien tietoa paniikkihäiriöstä ja voisi helpottaa havainnointia ja hoitoon ohjaamista varhaisessa vaiheessa.

LÄHTEET

Aaltonen, Jukka (2009). Terveyskirjasto duodecim. Perheterapiat. [Online]. Päivitetty: 6.7.2009 [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus=>>

Bourne, Edmund J. (2000) Vapaaksi ahdistuksesta. Työkirja paniikista ja peloista kärsiville. Helsinki: Rikurex.

Eduix Oy (2009). E-lomake. Tieto talteen tehokkaasti. [Online]. [Viitattu 19.10.2010]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:<https://e-lomake.fi/web/pintaasyvemmalta/kuvaus/>>

Fram, Maria. (2009). Apua kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Irti perfektionismista, kontrollinpelosta ja ihmissuhdeongelmista. Helsinki: Basam Books Oy.

Furman, Ben. (2002). Perhosiä vatsassa. Apua pelkoihin, paniikkiin ja ahdistukseen. Tampere: Tammi.

Heikkilä, Tarja (2008). Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka (2008). Tilastolliset menetelmät. 5. painos. Helsinki: WSOY

Huttunen, Matti O. (2008). Psykenlääkeopas. 2. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Introspekt Oy (2010). Perheterapia. [Online]. [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.introspekt.fi/psykoterapia/perheterapia/>>

Isohanni, Matti (2002). Psykiatria. Teoksessa: *Psykoterapiat*, 264–280. Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola, Panu (toim.). 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Isometsä, Erkki (2001). Psykiatria, duodecim. Teoksessa: *Ahdistuneisuushäiriöt. Paniikkihäiriö*, 197-210. Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). 2. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Jeronen, Eila (2003). Luokanopettajaopiskelijoiden ammatillisten käsitysten kehittyminen päättöharjoittelujakson biologian ja maantieteen opetuksessa. 10.2.1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi. [Online]. Päivitetty 9.2.2010 [Viitattu 03.10.2010]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://herkules.oulu.fi/isbn9514271637/html/x883.html>>

Kärkkäinen, Marco (2010). Yksilöterapia. [Online]. [Viitattu 11.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.humannaturae.fi/18>>

Lahti, Pirkko (2006). Liiku mielihyväksi. Malleja ja kokemuksia liikunnatoiminnan kehittämisestä. Turhala, Satu & Kettunen, Sinikka (toim.). Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Lepola, Ulla. (1992). Kun paniikki iskee. Vaasa: Kirjakiehinen Oy.

Lepola, Ulla. (2002). Information om paniksyndrom och dess behandling. Till patienter och deras anhöriga. Åbo: Läke-medelsföretaget Oy H. Lundbeck Ab.

Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa (2002). Psykiatria. Teoksessa: *Ahdistuneisuushäiriöt. Paniikkihäiriö*, 84–91. Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola, Panu (toim.). 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lundbeck (2010). Paniikkihäiriö. [Online]. [Viitattu 19.10.2010]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:http://finland.lundbeck.com/finland/patients/panic_disorder/default.asp>

Marks, Isaac M. (2007). Pelko– osa elämää. 2. painos. Prometheus.

National Institute of Mental Health (2010). Panic Disorder. What is Panic Disorder? [Online]. [Accessed 14.10.2010]. Available from Internet:
<<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/panic-disorder.shtml>>

Paniikkihäiriöyhdistys ry (2009). [Online]. Sivut päivitetty 23.9.2010 [Viitattu 07.09.2010]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.paniikki.net/paniikki.html>>

Puhakka, Teemu (2003) Paniikkihäiriö, hoito kannattaa. [Online]. [Viitattu 19.10.2010]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.verkkoklinikka.fi/?id=6601732&page=6248568>>

Pylkkänen, Kari & Rehardt, Merja & Saarinen, Päivi & Taajama, Bruno & Tamminen, Tapani (2010). Psykoterapiat. Hämeenlinna: Recallmed Oy.

Riuttala, Pirjo (2010). Kognitiivinen käyttäytymisteapia, Mitä kaikkea se on? [Online]. [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.laakaritalo.fi/default.asp?id=142445&artikkeli=82345&Method=Artikkeli&Hakusana>>

Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta (2004). Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. [Online]. [Viitattu 19.10.2010] Saatavilla www-muodossa:
<URL:http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94071&dlehtiha>

ku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=>

Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys (2010). Käyttäytymisanalyysi ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. [Online]. Sivut päivitetty 12.08.2010 [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.kakkt.fi/terapia.html>>

Suomen Ryhmäpsykoterapia Ry (2010). Miksi hakeutua ryhmään? [Online]. [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.suomenryhmapsykoterapia.fi/miksi_hakeutua_ryhmaan>

Terapiakeskus Puuvilla (2010). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. [Online]. [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.psykoterapiakeskus.fi/04_kkt.html>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Turtonen, Jukka (1996). Paniikkihäiriö potilasopas. Espoo: Novo Nordisk Farma Oy.

Turtonen, Jukka (2006). Mielenterveys ongelmat. Mistä apua? Jyväskylä: Minerva kustannus Oy.

Vanhanen, Kaarina (2009). Perheterapia. [Online]. [Viitattu 06.09.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.perheterapia.com/page0/page2/page2.html>>

Vilka, Hanna (2005). Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Winkler, Martin (2008). Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder. [Online]. Latest revision: 22 Jul 2008. [Accessed 14.10.2010]. Available from Internet: <URL:<http://web4health.info/el/anx-cbt-basic.h>

PANIIKKIHÄIRIÖKYSELY

Olen viimeisen vuoden sosionomiopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulussa ja teen päättötyötä paniikkihäiriöstä. Tutkimukseni tavoitteena on havainnoida potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja mahdollisesti löytää vastauksista yhtäläisyyksiä hyväksi koetuista hoidoista sekä ei niin tarpeelliseksi koetuista hoidoista. Tarkastelen myös omia voimavaroja ja itsehoitomenetelmiä.

Pyri vastaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti.
Tieto käsitellään luottamuksellisesti ja pysyt nimettömänä.
Kaikki tuntemukset, mielipiteet ja ajatukset ovat tervetulleita.

1. Sukupuoli

Nainen Mies

2. Ikä:

3. Minkä ikäisenä paniikkihäiriöoireet alkoivat?

4. Miten/ miksi sairautesi alkoi?

5. Kuinka kauan sinulla on ollut/oli paniikkihäiriö?

- 1-6kk
- 6-12kk
- 1-3 vuotta
- 3-6 vuotta
- 6-9 vuotta
- yli 10 vuotta

6. Onko sinulla vielä paniikkihäiriön oireita?

- kyllä
- ei

Hoito ja sen hakeminen:

7. Oletko hakenut paniikkihäiriöosi hoitoa?

- kyllä
 ei

8. Kuinka aikaisin/ missä vaiheessa lähdit hakemaan hoitoa?

- heti ensimmäisten oireiden ilmaannuttua
 oireiden jatkuessa satunnaisesti muutamia kuukausia
 oireiden jatkuessa viikoittain
 myöhemmin
 en ole hakenut hoitoa

9. Mistä olet saanut/hakenut hoitoa?

- koulu-/työterveydenhoitajalta
 sairaanhoitajalta
 lääkäriltä
 terapeutilta
 psykologilta
 muualta

10. Kuinka nopeasti/ miten sait oikean diagnoosin oireille?

- omatoimisesti etsimällä oireisiin sopivaa sairautta
 ensimmäisen käynnin yhteydessä
 poissulkien ensin fyysiset sairaudet
 toistuvien käyntien jälkeen

11. Millaisia hoitomuotoja sinulle tarjottiin?

- yksilöterapiaa
 ryhmäterapiaa
 käyttäytymisterapia
 kohtausten hallinta opastusta
 lääkkeitä
 rentoutusharjoituksia
 vertaistukiryhmät
 muu

12. Tuntuuko sinusta, että saamasi hoito on auttanut sinua?

- kyllä, miten auttoi? _____
 ei, miksi ei auttanut? _____

13. Onko sinulle tarjottu sellaista hoitoa, josta et ole itse kokenut hyötyväsi ollenkaan?

- kyllä
 ei

14. Vastaa näihin vain jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä.

Mitä hoitoa tarjottiin? _____

Miksi hoito ei auttanut? _____

15. Haitko hoitoa mielestäsi tarpeeksi aikaisin?

kyllä

ei

16. Miten hoidon hakemista olisi kohdallasi voitu helpottaa?

17. Millaista hoitoa olisit toivonut saavasi?

Lääkkeet:

18. Käytätkö/käytitkö lääkkeitä?

kyllä, kuinka kauan? _____, mikä lääke? _____

ei

19. Onko lääkkeistä ollut apua?

kyllä

ei

20. Kuinka kauan sinulla oli paniikkihäiriö-oireita ennen lääkkeiden määräystä?

0-3 kk

4-6 kk

7-12 kk

yli 12 kk

21. Oliko lääkityksellä häiritseviä sivuvaikutuksia?

kyllä

ei

Itsehoito ja omat voimavarat:

22. Miten olet itse ammattiavun ohessa hoitanut paniikkihäiriötäsi?

23. Mitkä ovat olleet omat voimavarasi paranemisprosessissa?

24. Numeroi tärkeys järjestykseen paranemisesi kannalta, aloittaen 1=tärkein jne.

terapia

lääkitys

itsehoito

kirjoista saatu teoretieto

ystävien/perheen tuki

vertaistuki

muu

mikä: _____

Kerro vielä:

25. Jos haluat kerro omisanoin sairaudestasi ja suhtautumisestasi siihen.

Kiitos vastauksistasi ja mielenkiinnostasi tutkimustani kohtaan.

~ Heli Pokela

S-posti: e0600904@puv.fi