

**OPINNÄYTETYÖ**  
Sanna Torvinen 2010

**MIELENTERVEYSHÄIRIÖT ENSIAPUTILANTEESSA**  
**Opas SPR Rovaniemen osaston**  
**ensiapuryhmälle**



**Rovaniemen**  
**ammattikorkeakoulu**  
University of Applied Sciences

**HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA**

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

## **MIELENTERVEYSHÄIRIÖT ENSIAPUTILANTEESSA**

Sanna Torvinen

2010

Toimeksiantaja Suomen Punainen Risti, Rovaniemen osasto

Ohjaaja Erola Heikki

Hyväksytty 10.11.2010

---

<b>Tekijä</b>	Sanna Torvinen	Vuosi	2010
<b>Toimeksiantaja</b>	Suomen Punainen Risti, Rovaniemen osasto		
<b>Työn nimi</b>	Mielenterveyshäiriöt ensiaputilanteessa		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	31 + 1 (opas)		

---

Opinnäytetyöni tehtävänä oli tehdä opas mielenterveyshäiriöistä ja ensiavusta Suomen Punaisen Ristin Rovaniemen osastolle, kohderyhmänä ensiapuryhmä. Oppaan tarkoituksena oli antaa hyödyllistä lisätietoa ensiapuryhmälle muiden koulutusten lisäksi.

Opinnäytetyö koostuu kirjallisesta raportista ja oppaasta. Raportti käsittelee työn taustaa, oppaan suunnittelua ja toteutusta, lisäksi siinä käsitellään teoreettisena viitekehystenä mielenterveyttä, yleisiä mielenterveyshäiriöitä sekä ensiaputilannetta, jossa autettavalla on mielenterveyshäiriö. Lähdemateriaalina on käytetty pääasiassa lääketieteen ja hoitotyön oppikirjoja, artikkeleita ja julkaisuja.

Oppaassa kerrotaan yleisesti mielenterveydestä ja mielenterveyshäiriöstä, minkä jälkeen käydään läpi yleisiä mielenterveyshäiriöitä eli masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt sekä psykoosit. Lisäksi oppaassa kerrotaan mielenterveyshäiriöstä kärsivän auttamisesta ensiaputilanteessa ja itsetuhoisen ja aggressiivisen ihmisen kohtaamisesta.

Oppaan tavoitteena oli lisätä ensiapuryhmän tietoutta mielenterveyshäiriöstä ja häiriöstä kärsivän auttamisesta ensiaputilanteessa. Tavoitteena oli tiedon lisäämisen kautta mahdollisesti helpottaa mielenterveyshäiriöistä kärsivän kohtaamista.

**Avainsanat** Mielenterveys, Mielenterveyshäiriö, Ensiapu

---

<b>Author</b>	Sanna Torvinen	Year	2010
<b>Commissioned by</b>	The Finnish Red Cross, Rovaniemi Branch		
<b>Subject of thesis</b>	Mental Health Disorders in Emergency Situations		
<b>Number of pages</b>	31 + 1 (guide)		

---

The purpose of my thesis was to make a guide on mental health disorders and first aid to the Finnish Red Cross, Rovaniemi branch. The target group for the guide was a first aid team. The goal of the guide was to give useful information for the first aid team and to complement their training.

The thesis consists of a report and a guide. The report deals with the background of the thesis, designing and implementing the guide. In addition, the theoretical framework consists of the topics of mental health, the most common mental health disorders and emergency situations that involve people with mental health disorders. The source of information for the thesis include medical and nursing textbooks, articles and publications.

The guide is mainly about mental health and mental disorders. It goes through general mental health disorders i.e. depression, bipolar disorder, anxiety and psychosis. The guide also includes information about helping a person who has a mental health disorder and about facing a suicidal or an aggressive person.

The aim of the guide was to increase knowledge about mental health disorders and to help the first aid team to encounter people who suffer from them.

Key words                      mental health, mental health disorders, first aid

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ</b> .....	<b>3</b>
2.1 OPPAAN TARKOITUS .....	3
2.2 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TIEDONHAKUJEN KUVAUS .....	4
<b>3 SUOMEN PUNAISEN RISTIN ROVANIEMEN OSASTO</b> .....	<b>5</b>
<b>4 MIELENTERVEYDESTÄ JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖISTÄ</b> .....	<b>6</b>
4.1 MIELENTERVEYDESTÄ .....	6
4.2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖISTÄ .....	7
4.2.1 <i>Masennustila</i> .....	9
4.2.2 <i>Kaksisuuntainen mielialahäiriö</i> .....	11
4.2.3 <i>Ahdistuneisuushäiriöt</i> .....	13
4.2.4 <i>Psykoosit</i> .....	14
4.3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA ENSIAPU .....	17
4.3.1 <i>Itsetuhoisuus ja itsemurhavaara</i> .....	18
4.3.2 <i>Aggressiivisuus ja väkivallan uhka</i> .....	20
<b>5 OPPAAN TOTEUTUS</b> .....	<b>22</b>
5.1 OPPAAN SISÄLTÖ .....	22
5.2 OPPAAN ULKOMUOTO .....	23
<b>6. POHDINTA</b> .....	<b>25</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>28</b>
<b>LIITE</b>	

## 1 JOHDANTO

Toiminnallisena opinnäytetyönäni tein tuotteena oppaan mielenterveyshäiriöistä ja ensiavusta. Toimeksiantajanani oli Suomen Punaisen Ristin Rovaniemen osasto. Oppaan kohderyhmänä oli osaston ensiapuryhmä. Ensiapuryhmän toimintaan kuuluvat taitoja ylläpitävät koulutukset ja harjoitukset sekä erilaiset päivystystapahtumat (Sahi – Castrén – Helistö – Kämäräinen 2007, 158).

Opinnäytetyöni aiheeseen liittyvää aiempaa tietoa ei ole kovin paljon. Suomen Punaisen Ristin Ensiapuopas käsittelee mielenterveyden erityistilanteita. Ensiapuoppaassa selvitetään oireista, jotka voivat kertoa mielenterveyden hätätilanteesta ja vaativat ensiapua, toimintaohjeet autettavan kohtaamiseen sekä toimintaohjeita itsemurhavaarassa olevan ja väkivaltaisen henkilön auttamiseen. (Sahi ym. 2007, 131–134.)

Opinnäytetyöni aihetta lähellä ovat myös nyt ajankohtaiset Mielenterveyden ensiapu-kurssit. Australiassa vuonna 2000 Betty Kitchener ja professori Tony Jorm ovat kehittäneet ohjelman Mental Health First Aid (MHFA) lisätäkseen tietoutta mielenterveyshäiriöistä ja auttaakseen ihmisiä mielenterveyshäiriöstä kärsivien tukemisessa. Ohjelma on kansainvälistynyt ja on nykyään käytössä useissa maissa. Vuonna 2006 ohjelma on tullut myös Suomeen. Suomen Mielenterveysseura on muokannut ohjelman Suomen olosuhteisiin sopivaksi ja kääntänyt alkuperäisen ohjeistuksen suomen kielelle. (Mental Health First Aid 2007; 2009.) Mielenterveyden ensiapu on rekisteröity tavaramerkki Suomen mielenterveysseuralla, joka myös järjestää Mielenterveyden ensiapu-koulutukset (Suomen mielenterveysseura 2010).

Verrattuna kaikkiin sairauksiin mielenterveyshäiriöt ovat hyvin yleisiä. Ne aiheuttavat palveluiden tarvetta ja kustannuksia, mutta ennen kaikkea huomattavasti kärsimystä sairastaville. (Pirkola – Sohlman 2005, 4.) Mielenterveyshäiriöstä kärsivä tarvitsee harvemmin ensiapua (Lund 2009, 64), kuitenkin tilanteissa, joissa mielenterveys on järkkynyt, nopea apu voi auttaa tilanteen selviämistä ja silloin tarvitaan rohkeutta auttaa (Sahi ym. 2007, 131).

Opinnäytetyönä tekemässäni oppaassa olen käynyt läpi yleisiä mielenterveyshäiriöitä: masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt sekä psykoosit. Häiriöistä käydään läpi niiden yleisyyttä, oireita ja häiriön vaikutusta elämään. Lisäksi opas sisältää tietoa mielenterveyshäiriöisen kohtaamisesta ensiaputilanteesta sekä itsetuhoisen ja aggressiivisen autettavan kohtaamisesta. Tekemäni oppaan tarkoituksena on toimia hyödyllisenä lisätietona Suomen Punaisen Ristin ensiapuohjeiden rinnalla, ei korvata niitä. Rovaniemen osaston ensiapuryhmä ei ole saanut aiemmin tietoa varsinaisesti mielenterveyshäiriöistä. Erilaisten päivystystapahtumien vuoksi heidän on kuitenkin hyvä tietää millaisia mielenterveyshäiriöitä on ja kuinka häiriöstä kärsivää voi auttaa.

Tekemäni oppaan tarkoituksena oli antaa tietoa ensiapuryhmälle yleisistä mielenterveyshäiriöistä sekä siitä kuinka mielenterveyshäiriötä sairastavaa voi auttaa ensiaputilanteessa. Oppaan tavoitteena oli lisätä tietoutta, jonka kautta mielenterveyshäiriöstä kärsivän kohtaaminen olisi helpompaa. Omana oppimistavoitteenani oli syventää omaa ammatillista tietoutta sekä oppia suunnittelemaan ja toteuttamaan kohderyhmän huomioivan ja selkeän oppaan.

Kyseessä ollessa toiminnallinen opinnäytetyö, se sisältää oppaan lisäksi raporttiosion. Raportin alussa olen käynyt läpi opinnäytetyön suunnittelua ja tiedonhakua sekä oppaan tarkoitusta. Lisäksi olen kertonut Suomen Punaisen Ristin ja Rovaniemen osaston toiminnasta. Raportissa käsitellään mielenterveyttä ja mielenterveyshäiriöitä sekä ensiapua mielenterveyshäiriöihin liittyen ja itsetuhoisuutta ja aggressiivisuutta. Näitä aiheita olen käynyt läpi raportissa laajemmin kuin oppaassa, koska halusin oppaan olevan mahdollisimman selkeä. Raportissa kerron lopuksi myös oppaan sisällön ja ulkomuodon toteutuksesta.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

### 2.1 Oppaan tarkoitus

Suomen Punaisella Ristillä on kirjallisuutta, jotka ovat tekemäni oppaan aiheita lähellä. Suomen Punaisen Ristin Ensiapuopas käsittelee mielenterveyshäiriöihin liittyen mielenterveyden erikoistilanteita ja oireita, jotka voivat kertoa mielenterveyden hätätilanteesta. Ensiapuoppaassa annetaan toimintaohjeet autettavan kohtaamiseen sekä ohjeita itsemurhavaarassa olevan ja väkivaltaisen ihmisen auttamiseen. (Sahi ym. 2007, 131–134.)

Suomen Punaisella Ristillä on myös Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas, joka on tarkoitettu muun muassa henkisen tuen kursseille sekä ensiapukursseille oppikirjaksi. Psyykkistä ensiapua ihminen tarvitsee kriisitilanteissa esimerkiksi onnettomuuksissa, jotka voivat olla henkisesti järkyttäviä. Tarkoituksena on tukea, rauhoittaa ja lisätä ihmisen turvallisuuden tunnetta. Henkisen tuen avulla pyritään auttamaan kriisistä selviytymisessä sekä ehkäisemään mahdollisia myöhemmin esiintyviä ongelmia. Psyykkistä ensiapua pidetään kansalaisvelvollisuutena samalla tavalla kuin kaikkea muutakin ensiapua. (Saari – Kantanen – Kämäräinen – Parviainen – Valoaho – Yli-Pirilä 2009, 4.)

Tekemäni oppaan tarkoitus on toimia hyödyllisenä lisänä Suomen Punaisen Ristin kirjallisuuden ja koulutusten rinnalla, ei kuitenkaan korvata aiempia ohjeistuksia. Rovaniemen osaston ensiapuryhmän erilaisten päivystystapahutumien vuoksi ryhmälle on hyödyksi tietää mielenterveyshäiriöistä ja häiriöistä kärsivän kohtaamisesta. Mielenterveyshäiriöistä heillä ei ole ollut aiempaa koulutusta.

Oppaan tavoitteena on lisätä ensiapuryhmäläisten tietoutta yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja antaa tietoa kuinka mielenterveyshäiriöstä kärsivää voi auttaa ensiaputilanteessa ja milloin hoitoon toimittaminen on tärkeää. Tietoisuuden lisäämisen kautta mielenterveyshäiriöstä kärsivän kohtaaminen on helpompaa. Omana oppimistavoitteenani oli syventää omaa ammatillista tietoutta. Lisäksi tavoitteena oli oppia suunnittelemaan ja toteuttamaan kohdeyhmän huomioiva ja selkeä opas.



## 2.2 Opinnäytetyön suunnittelu ja tiedonhakujen kuvaus

Aloitin opinnäytetyön tekemisen keväällä 2009. Työskentely alkoi miettimällä ja suunnittelemalla toimeksiantajan kanssa oppaan sisältöä, jotta se vastaisi kohderyhmän tarpeita ja toiveita. Suomen Punaisen Ristin ensiapuryhmän toiminta oli itselleni ennalta tuttua, mikä helpotti oppaan sisällön suunnittelua. Aiheen rajaaminen oli oleellista, jotta opinnäytetyöstä ei tulisi liian laaja.

Lähdemateriaalin haku oli aloitettava aktiivisesti heti työn suunnitteluvaiheessa. Tietoa tarvitsin mielenterveydestä ja mielenterveyshäiriöistä. Lisäksi tarvitsin tietoa mielenterveyshäiriöihin liittyvästä ensiavusta sekä itsetuhoisen ja aggressiivisen henkilön kohtaamisesta. Käytin lähdemateriaalihakuun pääasiassa KAARNIKKA- ja Medic- aineistotietokantoja. Lisäksi käytin apuna löytämäni teosten kirjallisuusluetteloita, myös manuaalisella haulla löysin lähdemateriaalia.

Lähdemateriaalia etsiessäni pidin tärkeimpinä asioina lähteen tuoreutta, luotettavuutta ja että sisältö liittyy oleellisesti aiheeseeni. Lähteinä olen käyttänyt pääasiassa lääketieteen ja hoitotyön oppikirjoja, artikkeleita sekä julkaisuja. Internet- lähteitä olen käyttänyt harkiten.

Tietokanta hauissa käytin rajausta 2000-luvulla ilmestyneet teokset. Hakusanoina KAARNIKKA- aineistotietokannassa käytin (mielenterveys? AND ensiapu), joka ei tuonut kuin muutamia tuloksia. Käytettäväksi sain yhden teoksen. Käytin hakusanoina myös (mielenterveys AND mielenterveyshäiriöt) sekä pelkästään hakusanaa (ensiapu). Näillä hakusanoilla löytyi useita tuloksia, joista valikoin käytettävät teokset. Sain lähdemateriaalia myös hakusanoilla (itsemurha? OR itsetuho?) sekä (väkivalt? OR aggressiiv?). Tein myös yhdistelmähakuja, kuten (väkivalt? OR aggressiiv?) AND (mielenterveys?). Lisäksi tein erikseen hakuja eri mielenterveyshäiriöstä.

Medic – tietokannasta etsin artikkelilähteitä edellä mainittujen hakujen lisäksi yhdistelmähauilla (mielenterveys\*) AND (itsetuho\*) OR (itsemurha\*) sekä (mielenterveys\*) AND (väkivalta\*) OR (aggressiiv\*). Hakutuloksia sain näillä hakusanoilla useita, joista valitsin viisi julkaisua.

### 3 SUOMEN PUNAISEN RISTIN ROVANIEMEN OSASTO

Suomen Punainen Risti on vuonna 1877 Suomeen perustettu kansalaisjärjestö. Toiminnassa on mukana yli 90 000 jäsentä ja noin 45 000 aktiivista vapaaehtoista. Suomen Punainen Risti jakautuu 12 piiriin ja 500 osastoon. (Suomen Punainen Risti 2010a.) Lapin piirissä toimii 24 osastoa, joista yksi on Rovaniemen osasto (Suomen Punainen Risti 2010b). Vuonna 2009 Rovaniemen osastolla on ollut 488 jäsentä. Osaston toiminta jaottuu kolmeen vapaaehtoistoimintaan perustuvaan ryhmään: ensiapuryhmään, nuorisoryhmään ja ystävätoimintaan. (Suomen Punainen Risti 2010c.)

Suomen Punaisen Ristin ensiapuryhmät pitävät ensiaputaitoa yllä koulutusten ja harjoitusten avulla ja toimivat ensiapupäivystäjinä erilaisissa tapahtumissa. Ensiapuryhmien tarkoituksena on auttaa kanssaihmissiä, mutta myös olla avuksi viranomaisille, joten ne osallistuvat myös esimerkiksi kadonneiden etsintöihin ja onnettomuustilanteiden hoitamiseen. (Sahi ym. 2007, 158.)

Suomen Punaisen Ristin Rovaniemen osaston ensiapuryhmän suurimpia päivystystapahtumia ovat muun muassa ravi-tapahtumat, erilaiset kilpailutapahtumat sekä turisteille järjestettävät tapahtumat. Näiden lisäksi päivystyksiä on myös pienemmissä tilaisuuksissa ympäri vuoden. Ennen päivystystapahtumaa ensiapuryhmä tekee riskikartoituksen ja varautuu mahdollisimman kattavasti loukkaantumisiin ja mahdollisiin onnettomuustilanteisiin. Ensiaputilanteessa ryhmä antaa onnettomuuden uhrille välittömän ensiavun ja kutsuu paikalle lisäapua hätäkeskuksen kautta. Lisäksi Rovaniemen osasto järjestää myös hätäensiapu-koulutusta. (Lepistö 2010.)

Rovaniemen osaston ensiapuryhmässä on nyt myös ensivastetoimintaan kouluttautuneita päivystäjiä (Lepistö 2010). Ensivasteella tarkoitetaan ensimmäisenä tapahtumapaikalle saapuvaa yksikköä. Ensivasteyksikkö ei yleensä kuljeta potilaita vaan tekee arvion tilanteesta, raportoi havainnoistaan ja antaa tapahtumapaikalla hätäensiavun. Ensivastetoiminnan avulla pyritään lyhentämään auttamisviivettä. (Sahi ym. 2007, 14.)

## 4 MIELENTERVEYDESTÄ JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖISTÄ

### 4.1 Mielenterveydestä

Mielenterveyttä käsitteenä voidaan määritellä ja lähestyä monin eri tavoin. Arkikielessä mielenterveyttä voidaan kuvata ilmauksilla yksilöllinen hyvinvointi, tyytyväisyys elämään, onnellisuus ja elämänlaatu. Käsite mielenterveys sisältää niin myönteisiä kuin kielteisiäkin mielikuvia, sillä se voidaan yhdistää myös mielenterveyshäiriöihin. (Sohlman 2004, 27, 33.) Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä ja on yhteydessä myös fyysiseen terveyteen. Se on hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta. (Lavikainen – Lahtinen – Lehtinen 2004, 9, 32.)

Maaailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen ymmärtää omat mahdollisuutensa, kykenee selviytymään normaaliin elämään kuuluvasta stressistä, työskentelee tuottavasti ja pystyy antamaan panoksensa yhteiskunnalle. Mielenterveys ei siis ole vain mielenterveyshäiriön puuttumista. (World Health Organization 2010; Lehtonen – Lönnqvist 2009, 26.)

Mielenterveyttä voidaan määritellä myös jakamalla se positiiviseen ja negatiiviseen mielenterveyteen. Positiivinen mielenterveys on ihmisen voimavara ja sitä tarvitaan, jotta elämä voitaisiin kokea miellyttävänä. Positiivinen mielenterveys on tärkeä osa hyvinvointia ja se auttaa havainnoimaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan ympäristöä sekä sopeutumaan siihen. (Lavikainen ym. 2004, 32.) Hyvästä mielenterveydestä kertoo kyky ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen sekä kykeneväisyys välittämiseen ja tunteiden ilmaisuun. Se auttaa elämänhallinnassa sekä selviytymisessä vaikeuksista ja menetyksistä. (Lehtonen – Lönnqvist 2009, 28–29.) Ihminen, joka omaa hyvän mielenterveyden, voi toimia luovana ja tuottavana yhteiskunnan jäsenenä. Negatiivinen mielenterveys taas käsittää mielenterveyden häiriöt, oireet ja ongelmat. (Lavikainen ym. 2004, 32.)

Mielenterveyden olemusta ja siihen vaikuttavia asioita voidaan kuvata mielenterveyttä suojaavina tai haavoittavina tekijöinä, jotka edelleen voidaan ja-

kaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa perimä, fyysinen terveys, itsetunto, oppimiskyky, vuorovaikutustaidot, positiiviset varhaiset ihmissuhteet sekä kyky aloittaa, ylläpitää ja lopettaa ihmissuhteita. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi ruoka, suoja, työllisyys, ympäristön turvallisuus ja toimiva yhteiskuntarakente. (Lehtonen – Lönnqvist 2009, 30, 32.)

Sisäisiin haavoittaviin tekijöihin kuuluvat muun muassa synnynnäiset sairaudet ja vammat, itsetunnon haavoittuvuus, huonot ihmissuhteet, huono sosiaalinen asema ja eristäytyneisyys. Ulkoisiin haavoittaviin tekijöihin katsotaan esimerkiksi nälkä ja puute, kodittomuus, menetykset ja erot, päihteiden käyttö, hyväksikäyttö tai väkivalta, psyykkiset häiriöt perheessä, syrjintä, työttömyys, köyhyys ja haitallinen ympäristö. (Lehtonen – Lönnqvist 2009, 30.) Mielenterveyteen siis vaikuttavat ihmisen kokemukset sekä yksilölliset tekijät (Lavikainen ym. 2004, 9, 32–33).

## **4.2 Mielenterveyshäiriöistä**

Mielenterveyshäiriöt ovat toimintakykyä ja elämän laatua heikentäviä sairauksia, jotka koostuvat erilaisista oirekokonaisuuksista. Mielenterveyshäiriö on nykyään käsite, jolla kuvataan hyvinkin paljon toisistaan poikkeavia psykiatrisia häiriöitä, esimerkiksi psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, uni-häiriöt, syömishäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt. Mielenterveyshäiriöiksi ei katsota kuuluvan arkielämään kuuluvia mielentiloja, kuten menetykseen kuuluvaa surua. (Lönnqvist – Lehtonen 2009, 14.)

Jokainen mielenterveyshäiriö on nimetty ja numeroitu tautiluokitukseen, jossa lyhyesti kuvataan häiriön tunnusomaiset oireet, kulku ja vaikutus elämään (Lönnqvist – Lehtonen 2009, 14). Suomessa käytössä oleva tautiluokitus on Maailman Terveysjärjestön luokitus ICD-10 (international classification of diseases). DSM-IV (diagnostic and statistical manual of mental disorders) on Amerikan Psykiatriayhdistyksen kehittämä luokitus, jota käytetään kansainvälisesti tutkimus- ja opetustyössä. DSM-IV painottaa mielenterveyshäiriöiden olevan oireyhtymiä tai käyttäytymismuotoja, jotka aiheuttavat kärsimystä, toimintakyvyn laskua tai vapauden menetystä. (Lönnqvist 2009, 49–51.)

Opinnäytetyössä ei ole painotettu kumpaakaan tautiluokitusta, vaan pyritty kuvaamaan kokonaisvaltaisesti mielenterveyshäiriöitä molempien tautiluokitusten avulla. Ainoastaan mielenterveyshäiriöiden nimet ovat ISD-10 luokituksen mukaisia. ISD-10 ja DSM-IV ovat kehittyneet lähekkäin, joten niitä voidaan käyttää myös rinnakkain (Lönqvist 2009, 51).

Mielenterveyshäiriöitä arvellaan olevan Euroopassa joka viidennellä ihmisellä (Lavikainen ym. 2004, 17). Suomessa noin neljäsosalla väestöstä on haittaavia mielenterveyshäiriöiden oireita (Pirkola – Sohlman 2005, 5). Mielenterveyshäiriöt saavat aikaan työkyvyttömyyttä, kuolleisuutta, elämänlaadun heikkenemistä, tuotannon menetyksiä ja ne kasvattavat julkisen terveydenhuollon menoja (Lavikainen ym. 2004, 17).

Mielenterveyshäiriöön sairastumisen syynä on usein monen tekijän yhteisvaikutus. Vaikuttavia tekijöitä on kuvattu myös kappaleessa 4.1, jossa käsiteltiin mielenterveyden sisäisiä ja ulkoisia haavoittavia tekijöitä. Tekijät voivat siis liittyä ihmisen fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin mutta myös sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Sairastumiseen voi vaikuttaa perinnöllinen alttius mielenterveyshäiriölle, merkittäviä tekijöitä ovat kuitenkin myös yksilönkehitys ja ympäristötekijät. (Lönqvist – Lehtonen 2009, 16–17.)

Mielenterveyshäiriöiden hoitomuotoina ovat lääkehoito ja erilaiset psykoterapiat eli vuorovaikutushoidot. Lisäksi hoitona voidaan käyttää esimerkiksi sähköhoitoa ja valohoitoa. (Pirkola – Sohlman 2005, 4–5, 26, 29.) Lääkehoito on merkittävä keino oireiden lievityksessä sekä voinnin ja toimintakyvyn parantamisessa. Sähköhoidolla pyritään nopeaan oireiden poistoon esimerkiksi vaikeassa masennuksessa. Valohoidolla hoidetaan erityisesti talviaikaan esiintyvän masennustilan eli kaamosmasennuksen oireita. (Partonen – Lönqvist – Syvälahti 2009, 703, 732, 737.) Psykoterapiassa koulutettu psykoterapeutti auttaa ihmistä haitallisten tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen muokkaamisessa (Lönqvist – Marttunen 2009, 740).

Mielenterveyspalveluita on olemassa hyvin erilaisia. Mielenterveyshäiriöitä hoidetaan perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa muun muassa avokäynneillä, laitoshoidossa tai pitkäaikaissairaiden asumis- ja kuntoutu-

mispalveluissa. Kunta järjestää mielenterveyspalvelut asukkailleen. Palveluita järjestää myös kolmas sektori tarjoamalla esimerkiksi tukea arkeen tai kriisitilanteisiin. (Pirkola – Sohlman 2005, 9.)

#### 4.2.1 Masennustila

Käsitettä masennus käytetään usein kuvaamaan tunnetilaa, joka liitetään usein arkielämään kuuluviin pettymyksen tai surun tunteisiin. Tällainen masennus ei kuitenkaan ole sama asia kuin masennustila eli depressio. Masennustilasta erotetaan myös masentunut mieliala, joka on pitkittyneempi kuin tavanomainen ohimenevä masentuneisuus, mutta siihen ei kuulu muita masennustilan oireita. Näin ollen vain masennustila luokitellaan mielenterveyshäiriöksi. (Isometsä 2009b, 157.)

Mielialahäiriöihin kuuluvaa masennustila on yleinen mielenterveyshäiriö. Vuonna 2004 noin 4–9 prosenttia kärsi masennustilasta ja arviolta noin 10–20 prosenttia väestöstä sairastaa masennustilaa elämänsä aikana. Länsimaissa masennustilaa esiintyy yleisemmin naisilla kuin miehillä. (Pirkola – Sohlman 2005, 4.)

Masennustilan vaikeusaste määritellään oireiden määrän ja laadun mukaan, myös toimintakyvyn muutokset kertovat myös masennustilan vaikeudesta. Lievään masennustilaan liittyy vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, mutta toiminta ei ole täysin estynyt. (Leinonen 2008, 64.) Ihminen voi esimerkiksi pystyä käymään töissä (Toivio – Nordling 2009, 105). Kohtalainen masennustila vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen elämään ja työntekoon. Vaikeaa masennustilaa sairastavalla työnteko ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen on lähes mahdotonta. Psykoottiseen masennustilaan kuuluvat harhaluulot sekä aistiharhat, jotka ovat usein mielialan mukaisia. (Leinonen 2008, 64–65.) Vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa ihminen tarvitsee ympärivuorokautista seurantaa ja hoitoa, joka usein tapahtuu sairaalassa (Toivio – Nordling 2009, 105).

Masennustilan oireita ovat masentunut mieliala sekä mielihyvän ja mielenkiinnon menetys (Leinonen 2008, 63). Masennustilasta kärsivällä on suurim-

man osan ajasta masentunut mieliala. Lievissä masennustiloissa alakuloisuus saattaa helpottaa hetkellisesti huomion kiinnittyessä johonkin muuhun, mutta vaikeissa masennustiloissa huomiota on vaikea kiinnittää mihinkään ja masennus on pysyvämpää. Epävarmuus ja päätöksenteon hankaluus kuuluvat masennustilan tyypillisiin oireisiin, jolloin arkistenkin päätösten teko voi olla vaikeaa. Myös keskittymiskyky voi heiketä huomattavasti. Masennustilan oireena itseluottamus heikentyy ja itsensä arvostaminen on vaikeaa. Syyllisyyden tunteet ovat tavallisia ja masennustilasta kärsivä voi olla ylikriittinen itseään ja tekemisiään kohtaan. (Isometsä 2009b, 158–159.) Masennustilasta kärsivän tulevaisuus saattaa vaikuttaa hänestä toivottomalta ja hänen ajatuksensa ja toimintansa voi olla itsetuhoista (Leinonen 2008, 64).

Masennustilan oireita ovat myös uupumus ja unihäiriöt. Unihäiriöt voivat ilmetä unen katkonaisuutena ja aamuyön valvomisena tai päinvastoin liiallisena nukkumisena. Masennustilaa sairastava voi kokea uupumusta niin, että hän väsyä helposti vähäisestäkin ponnistelusta. Oireena voi olla myös liikkeiden hidastuminen ja jähmeys. (Isometsä 2009b, 159.) Erittäin vaikeassa masennustilassa henkilö voi olla jopa täysin liikkumaton (Leinonen 2008, 65). Toisaalta tuskaisuuden vuoksi voi olla myös levottomuutta ja kiihtyneisyyttä, mikä näkyy esimerkiksi raajojen liikkutteluna tai pakonomaisena kävelynä. Masennustila voi vaikuttaa myös ruokahaluun. Usein siihen liittyy ruokahaluttomuutta ja painon laskua, ruokahalu voi kuitenkin myös lisääntyä ja paino nousta. (Isometsä 2009b, 159.)

Masennustila on yksi yleisimpiä syitä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Nykyään masennuksen vuoksi hakeudutaan helpommin hoitoon kuin ennen, mutta silti noin puolet masennustilaa sairastavista ei tunnista sitä itsessään vaikka oireita olisikin. (Toivio – Nordling 2009, 104.)

#### 4.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on mielialaan ja aktiivisuuteen vaikuttava mielenterveyshäiriö (Leinonen 2008, 68), jossa masennus-, hypomaaniset ja maaniset jaksot vaihtelevat toistuvasti (Isometsä 2009a, 196). Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsii noin 1-2 prosenttia suomalaisista (Pirkola – Sohlman 2005, 4). Häiriöön voi sairastua niin nuorena kuin vanhanakin eikä sukupuolieroja sairastumisessa ei juuri ole (Leinonen 2008, 69).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jaotella tyyppiin I ja tyyppiin II. Tyyppissä I on maniavaiheita, sekamuotoisia vaiheita sekä masennusvaiheita. Sekamuotoisissa vaiheissa manian oireet ja masennuksen oireet esiintyvät yhtä aikaa tai nopeasti vaihdellen. Tyyppin II muodossa henkilöllä on masennusjaksoja ja hypomaanisia jaksoja, mutta ei maniajaksoja ollenkaan. (Isometsä 2009a, 196, 201.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso on oireiltaan hyvin paljon samanlainen kuin masennustila. Kestoltaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso voi olla hieman lyhyempi kuin masennustila. Masennusjakson oirekuvaan liittyy myös useammin psykoottisia oireita kuin masennustilassa. (Isometsä 2009a, 203.)

Hypomaanisessa jaksossa henkilön mieliala ja aktiivisuus nousee lievästi, mutta niin että se on kuitenkin huomattavissa. Hypomaniasta kärsivä on korostuneen hyväntuulinen ja hän hakeutuu usein sosiaaliseen kanssakäymiseen. Hypomanian tyypillisiä oireita ovat lisäksi toimeliaisuuden ja aloitteellisuuden kasvu, jonka vuoksi henkilö saa usein paljon aikaan. Hypomaanisen jakson aikana voimakas ajatustoiminnan virta voi kuitenkin aiheuttaa myös keskittymiskyvyttömyyttä ja henkilön huomio voi poukkoilla helposti asiasta toiseen. Unihäiriöt kuuluvat hypomanian oireisiin. Unentarve usein vähenee useita tunteja, henkilö on rauhaton eikä tunne väsymystä. Rajoitukset ja esteet aiheuttavat herkästi ärtyneisyyttä. Hypomaniassa käyttäytyminen on lievästi vastuutonta ja hän voi ottaa tavanomaisesta poikkeavia riskejä. Lisäksi seksuaalinen kiinnostus ja halukkuus voi lisääntyä. (Isometsä 2009a, 196–199.)



Kaksisuuntaisen mielialahäiriön mania jakso on samanlainen kuin hypomaaninen, mutta oireet ovat voimakkaampia ja aiheuttavat enemmän toimintakyvyn laskua. Maniasta kärsivä puhuu paljon ja vauhdikkaasti, puhe myös siirtyy nopeasti aiheesta toiseen. Henkilöllä on runsaasti suunnitelmia ja tehtävää, jolloin hän on jatkuvasti liikkeessä. Usein suunnitellut toiminnot jäävät kuitenkin toteuttamatta kiinnostuksenkohteen muuttuessa. Maniassa käyttäytyminen on uhkarohkeaa tai vastuutonta ja henkilö voi toimia hetken mielijohteesta pystymättä arvioimaan mahdollisia riskejä. (Isometsä 2009a, 199–200.) Ihminen joutuukin usein suuriin sosiaalisiin vaikeuksiin manian aikana (Toivio – Nordling 2009, 128). Itsetunto on selkeästi kasvanut. Maniassa henkilö voi käyttäytyä sopimattomasti ja estottomasti ja hän voi olla seksuaalisesti aktiivinen välittämättä parisuhteesta. (Isometsä 2009a, 200.)

Mania voi kehittyä myös psykoottiseksi, jolloin oireet ovat kuten maniassa, mutta lisäksi henkilöllä on esimerkiksi harhaluuloja tai aistiharhoja. Harhaluulot voivat liittyä esimerkiksi omaan mahtavuuteen ja suuruuteen. Henkilö voi esimerkiksi luulla olevansa merkkihenkilö tai yliluonnollisia kykyjä omaava ihminen. Harhaluulot voivat olla myös vainoharhaisia. (Isometsä 2009a, 201.)

Maniajakso kestää ilman hoitoa kahdesta viikosta keskimäärin kolmeen kuukauteen. Jakso alkaa usein äkillisesti ja se tulisi hoitaa mahdollisimman pian, jotta henkilö ei ehdi sotkea asioitaan. (Leinonen 2008, 69.) Maanisessa vaiheessa ihminen joutuu usein sairaalahoitoon. Hypomaniassa toimintakyky usein säilyy ja jaksoa voi olla vaikea tunnistaa. Hypomaaninen jakso kestää yleensä muutamasta päivästä useisiin viikkoihin. (Isometsä 2009a, 199, 202.) Masennusjaksot ovat yleensä kestoiltaan maniavaiheita pidempiä. Siirtymävaiheet jaksosta toiseen voivat olla nopeita, noin pari päivää kestäviä, mutta voivat kestää myös vuosia. Siirtymävaiheessa ihmisellä ei välttämättä ole minkäänlaisia oireita, usein kuitenkin lievä masennus on tavallista. (Toivio – Nordling 2009, 129.)

#### 4.2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Normaaliin elämään kuuluvat ristiriidat ja vaikeudet voivat aiheuttaa ahdistusta. Tällainen ahdistus ei ole kuitenkaan sama asia kuin ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia ja hoitoa vaativia mielenterveyshäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja erilaiset pelot, kuten sosiaalisten tilanteiden pelko ja muut yksittäisiin asioihin kohdistuvat pelot. (Lepola – Koponen – Leinonen 2008, 77–78.) Nämä ovat myös tunnetuimpia ahdistuneisuushäiriöitä (Pirkola – Sohlman 2005, 4).

Ahdistuneisuushäiriöihin sairastutaan usein nuorella iällä. Häiriöiden yleisyydestä on esitetty vaihtelevia arvioita. Lievemmat ahdistuneisuushäiriöt ovat todennäköisesti yleisempiä kuin nämä arviot antavat ymmärtää. On kuitenkin ajateltu, että kutakin ahdistuneisuushäiriötä sairastaa ihmisistä yhdestä muutama prosenttia. (Pirkola – Sohlman 2005, 4.)

*Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö* muistuttaa tavallista ahdistusta, mutta on jatkuvaa ja aiheuttaa toimintakyvyn laskua. Toisin kuin esimerkiksi paniikkihäiriössä tai sosiaalisten tilanteiden pelossa, ahdistus ei ole kohtauksellista tai johonkin tiettyyn tilanteeseen liittyvää. Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä huolehtii usein lähes hallitsemattomasti omista tai läheistensä asioista. (Lepola ym. 2008, 91–92, 94.) Huolta aiheuttavia asioita voi olla esimerkiksi terveys tai talous. Lisäksi häiriöstä kärsivän on vaikea sietää epävarmuutta. (Koponen 2009, 256.) Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä on jännittynyt ja rentoutuminen on mahdotonta. Henkilöllä voi olla keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja vaikeuksia unen saannissa. (Toivio – Nordling 2009, 95.)

Somaattiset oireet kuuluvat myös usein yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Näitä oireita ovat esimerkiksi lihaskivut, levottomuus ja suolisto-oireet, kuten ummetus tai ripuli. Häiriöstä kärsivällä voi olla myös nielemisvaikeuksia ja palan tunnetta kurkussa. (Koponen 2009, 256, 259.) Myös rintakipu, sydämen tykyttely, huimaus, puutumistuntemukset ja hengenahdistus ovat mahdollisia oireita (Lepola ym. 2008, 94).

*Paniikkihäiriö* esiintyy kohtauksittain voimakkaina ahdistusoireina, johon myös usein liittyy somaattisia oireita. Kohtaukset tulevat usein äkillisesti paikasta riippumatta ja aiheuttaa kuoleman, sekoamisen tai kontrollin menettämisen pelkoa. Paniikkikohtaus kestää vähintään muutamia minuutteja. Tällöin ihminen kokee samankaltaisia somaattisia oireita kuin yleistyneessä ahdistushäiriössäkin. Oireet voivat olla esimerkiksi hengenahdistus, sydämen tykyttely, huimaus, suun kuivuus ja vatsaoireet, mutta myös monen muunlaiset oireet ovat mahdollisia. Paniikkikohtaus on pelottava kokemus, jonka johdosta aletaan usein pelätä mahdollisia tulevia kohtauksia. (Lepola ym. 2008, 84–86.)

*Pelot* eli *fobiat* voivat kohdistua esimerkiksi eläimiin tai erilaisiin paikkoihin, kuten hissiin, julkisiin paikkoihin tai ahtaisiin paikkoihin. Ne voivat kohdistua myös sosiaalisiin tilanteisiin. Pelkoa herättävät kohteet ovat usein vaarattomia tai niihin liittyvät riskit ovat erittäin pieniä. (Toivio – Nordling 2009, 98.) Ne kuitenkin aiheuttavat voimakasta ahdistusta fobiasta kärsivälle (Lepola ym. 2008, 84). Fobiasta kärsivä ihminen usein tietää pelon olevan perusteeton mutta ei voi tunteelleen mitään (Toivio – Nordling 2009, 98). Fobiat voivat aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä, jolloin ihminen varoo joutumasta ahdistusta aiheuttaviin tilanteisiin tai paikkoihin tai välttelee pelon kohdetta. Välttämiskäyttäytyminen kaventaa ihmisen elämää. Se voi johtaa jopa siihen, että ihminen ei poistu kotoaan. (Lepola ym. 2008, 80–81, 83.)

#### 4.2.4 Psykoosit

Psykoosi on ihmisen ajatus-, havainnointi- ja päättelytoimintaa hämärtävä mielenterveyshäiriö. Psykooseiksi luokiteltavia häiriöitä ovat muun muassa skitsofrenia ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Lisäksi on olemassa psykoottistasoisia mielialahäiriöitä esimerkiksi masennustila, myös päihteet tai somaattiset sairaudet voivat aiheuttaa psykoosin. (Lönqvist – Honkonen 2009, 140–142.) Skitsofreniaa sairastavia arvellaan olevan eri väestöissä 0.5–1,5 prosenttia, mutta yhteensä kaikkia psykoottisia häiriöitä on moninkertainen määrä (Pirkola – Sohlman 2005, 5).

Psykoottinen henkilö kokee todellisuuden erilailla kuin muut eikä välttämättä tiedä mikä on totta ja mikä ei (Toivio – Nordling 2009, 119), koska hänen ajatus-, päättely- ja havainnointitoiminnot eivät toimi tavanomaisella tavalla. Psykoottisen henkilön käyttäytyminen voi olla hyvin erikoista ja puhe voi olla sekavaa ja järjestyvätöntä. (Lönqvist – Honkonen 2009, 140.) Psykoottisuuteen liittyy harhaluuloja tai aistiharhoja, kuten ääniä tai hahmoja (Kimppa 2008, 25). Aistiharhat ovat usein jollain tapaa negatiivisia, esimerkiksi ääniharhat voivat olla syyttäviä tai uhkaavia. Oireiden vuoksi psykoottinen henkilö voikin kokea elämänsä kaoottiseksi ja pelottavaksi. Tästä huolimatta psykoottinen ihminen ei useinkaan tunnista itse olevansa sairas. (Toivio – Nordling 2009, 119.)

Skitsofrenia on vaikea, monimuotoinen ja usein pitkäaikainen mielenterveyshäiriö. Sen voidaan kuvata aiheuttavan persoonallisuuden hajoamista ja todellisuudentajun häiriintymistä ja se vaikuttaa heikentävästi toimintakykyyn ja sosiaaliseen elämään. Skitsofrenia voidaan jakaa paranoidiseen, hebefreeniseen ja katatoniseen skitsofreniaan. Lisäksi on myös muita harvinaisempia muotoja, kuten jäsentymätön skitsofrenia ja jäännösskitsofrenia. (Isohanni – Joukamaa 2008, 43, 46–47.)

Skitsofrenian oireita ovat muun muassa aistiharhat eli hallusinaatiot, harhaluulot eli deluusiot sekä ajatus- ja tunne-elämän häiriöt. Aistiharhat voivat liittyä minkä tahansa aistin toimintaan, yleisimpiä ovat kuitenkin ääniharhat, jotka voivat esimerkiksi uhkailla tai syytellä. Harhaluulot voivat liittyä esimerkiksi vainoamiseen tai henkilön ajatusten julkikuulumiseen. Harhaluuloja kuvataan usein eriskummallisiksi. Skitsofreniaan liittyy ajatushäiriöitä, jolloin ajatustoiminta on hajanaista, henkilön puhe voi olla epäyhtenäistä tai hän voi jopa keksiä uudissanoja. Taantumisen johdosta toimintakyky laskee ja ihminen voi tulla täysin työkyvyttömäksi. Erityisesti kognitiiviset eli tietotoiminnot heikkenevät pahimmillaan niin paljon, että henkilö ei pysty enää huolehtimaan itsestään tai esimerkiksi taloudestaan. Skitsofreniassa myös tunne-elämä häiriintyy. Tunteiden latistuminen tai tunteiden ilmaisun epäasianmukaisuus kuuluvat myös oireisiin. Pahimmillaan ihminen voi olla täysin apaattinen. (Isohanni – Joukamaa 2008, 42–45.)

Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö kestää muutamasta päivästä korkeintaan kolmeen kuukauteen. Häiriöstä toivutaan usein kokonaan ja toimintakyky palautuu täydellisesti. Lyhytkestoisten psykoottisten häiriöiden taustalla on usein huomattavia stressitekijöitä, kuten menetys tai ero. Häiriö voi puhjeta myös synnytyksen jälkeen. Psykoottisten oireiden, kuten harhaluulojen, aistiharhojen ja hajanaisen puheen lisäksi, henkilö voi olla sekava ja hänellä voi olla ahdistusta ja unettomuutta. (Lönngqvist – Honkonen 2009, 152–153.)

Aistiharhoina tai harhaluuloina esiintyvä psykoosi voi johtua myös somaattisesta sairaudesta. Erilaiset keskushermoston sairaudet, maksa- ja munuais-sairaudet, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt tai esimerkiksi vaskulaarinen dementia voi aiheuttaa psykoottisuutta. Myös huumeet tai lääkkeet voivat aiheuttaa tällaisia psykooseja. Psykoottisuus voi tulla aineiden käytön aikana tai vaikka kuukausi sen jälkeen ja oireet eivät välttämättä lopu heti käytön lopettamisen jälkeen. Oireet voivat kestää jopa useampia viikkoja. On mahdollista, että myös tavanomaiset lääkkeet, esimerkiksi sydän- ja verenkiertolääkkeet tai keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, voivat aiheuttaa psykoottisia tiloja. (Lönngqvist – Honkonen 2009, 155.)

Edellä mainittujen häiriöiden lisäksi on olemassa useita muita psykooseiksi luokiteltavia mielenterveyshäiriöitä, esimerkiksi skitsoaffektiivinen häiriö, skitsofreenistyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö (Lönngqvist – Honkonen 2009, 140). Psykoosit eroavat toisistaan syntymekanismin tai oireiden perusteella, kuitenkin skitsofreniaan liittyviä ongelmia ilmenee myös muissa psykooseissa (Toivio – Nordling 2009, 119).

### 4.3 Mielenterveyshäiriöt ja ensiapu

Ensiavulla tarkoitetaan heti tapahtumapaikalla annettavaa apua, jonka antaa tavallisesti maallikko. Ensiapu keskittyy pääasiassa fyysisten oireiden ja vammojen hoitoon, sitä voidaan tarvita kuitenkin myös mielenterveyden häiriötilanteissa. (Sahi ym. 2007, 14, 131.)

Psykoottiset oireet sekä voimakas masennus, ahdistus ja pelkotilat voivat heikentää kykyä huolehtia itsestään ja vaativat ensiapua ja toimittamista hoidon piiriin. Välitöntä apua tarvitsevat myös itsetuhoisesti käyttäytyvät tai muita uhkaavat ihmiset. Erityisen poikkeavanlainen käytös tai erikoiset fyysiset oireet voivat olla merkki mielenterveyshäiriöstä, myös todellisuudentajun ja ajan- ja paikantajun hämärtyminen ovat oireita, jotka kertovat hoidon tarpeesta. Kuten kaikissa ensiaputilanteissa, lisäapua saa soittamalla hätäkeskukseen. Yhdessä autettavan kanssa voidaan myös käydä läpi eri toimintavaihtoehtoja, kuten terveyskeskukseen tai päivystykseen hakeutuminen tai tukihenkilön paikalle kutsuminen. (Sahi ym. 2007, 131–132.)

Ensiaputilanteessa mielenterveyshäiriöisen ihmisen auttaminen tapahtuu lähinnä puhumalla ja kuuntelemalla (Kuosmanen 2008, 480). Rauhallisuus, selkeys ja johdonmukaisuus auttavat säilyttämään puheyhteyden. Auttajan olisi hyvä pyrkiä herättämään luottamus autettavaan, jotta yhteistyö sujuisi paremmin. (Sahi ym. 2007, 132.)

Auttamisen perustana on henkilön kokemuksen kunnioittaminen. Mielenterveyshäiriöstä kärsivä ihminen ei välttämättä tunnista itsessään häiriön oireita ja hän voi nähdä ja kokea oireensa erilaisina kuin auttajat. Henkilö voi esimerkiksi hakea apua johonkin somaattiseen vaivaan. (Kuosmanen 2008, 480.) Mielenterveyshäiriöön liittyvä somaattinen vaiva voi olla esimerkiksi väsymystila tai kipuoireyhtymä, jotka liittyvät yleensä masennustilaan. Myös ahdistuneisuushäiriöihin voi liittyä somaattisia oireita (ks. 5.3). Lisäksi esimerkiksi skitsofreniaa sairastavalla voi olla eriskummallisia oireita, jotka liittyvät hänen harhamaailmaansa. (Toivikko 2007, 551.) Voi olla ettei henkilö halua kertoa mielenterveyshäiriöstään pelätessään ennakkoluuloja. Toisaalta ihmisellä ei välttämättä ole sairauden tuntoa, jolloin hän voi vastustaa hoitoon

toimittamista. (Kuosmanen 2008, 480.) Tällöin pyritään puhumalla ja suostutteleamalla saamaan ihminen odottamaan ambulanssia (Lund 2009, 65).

Henkilön aikaan ja paikkaan orientaatio tulee arvioida. Keskustellessa voidaan huomioida myös onko hänellä mahdollisesti harhoja tai kertooko hän niistä. Jos keskustelu vaikuttaa olevan turvallista, otetaan selville minkälainen ja -laatuinen mielenterveyshäiriö mahdollisesti on kyseessä. Selvitetään onko henkilöllä ollut mahdollisesti masentuneisuutta, itsemurha-aikeita, unettomuutta tai stressiä. Häneltä voidaan kysyä myös mahdollisista harhoista ja psykoottisuudesta eli onko henkilöllä ollut todellisuudentajun häiriötä. Tietoja voidaan kysyä omaisilta tai paikallaolijoilta, jos henkilö itse ei pysty kysymyksiin vastaamaan. Myös päihteiden käytöstä on hyvä kysyä. (Lund 2009, 65.)

Mikäli tilanne sallii, tulee syke, verenpaine, happisaturaatio ja verensokeri mitata (Lund 2009, 65). On huomattava, että myös hoitoa vaativa fyysinen sairaus voi aiheuttaa äkillisesti oireita, jotka vaikuttavat liittyvän mielenterveyshäiriöihin. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tulehdukset, myrkytykset, sokeritasapainohäiriöt, verenkiertohäiriöt tai epilepsia. (Sahi ym. 2007, 132.)

Ensiaputilanteessa auttajan tulee muistaa niin oma kuin autettavankin turvallisuus (Sahi ym. 2007, 132). Mielenterveyshäiriöstä kärsivä henkilö voi olla arvaamaton ja äkkipikainen. Väkivaltaisuus voi olla kohdistunut henkilöön itseensä, jolloin hän voi vahingoittaa itseään, tai muihin esimerkiksi uhkailuina. (Lund 2009, 64–65.)

#### 4.3.1 Itsetuhoisuus ja itsemurhavaara

Itsetuhoisuus tarkoittaa käyttäytymistä, jolla on tavoitteena vahingoittaa itseään tai joka on niin riskialtista, että se voi uhata henkeä. Itsetuhoisuus voidaan jakaa epäsuoraan tai suoraan itsetuhokäyttäytymiseen. Epäsuoralla itsetuhokäyttäytymisellä tarkoitetaan sitä, että henkilöllä ei ole tietoista tarkoitusta vahingoittaa itseään tai kuolla, mutta hänen toimintansa voi ennemmin tai myöhemmin vahingoittaa tai johtaa kuolemaan. Epäsuora itsetuhokäyttäytyminen voi näkyä esimerkiksi liikennekäyttäytymisessä tai henkilö voi myös jättää fyysisen sairautensa hoitamatta. Suorasta itsetuhoisuudesta puhutaan,

kun henkilöllä on itsemurha-ajatuksia, -puheita sekä mahdollisia itsemurhayrityksiä. (Lönngqvist ym. 2009, 340.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyy selkeästi suurempi itsemurhariski verrattuna muuhun väestöön (Koponen 2008, 232). Sokero Petterin tutkimuksen (Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder) mukaan huomattava toivottomuus, alkoholin väärinkäyttö tai riippuvuus, heikentynyt toimintakyky ja huono sosiaalinen tuki ovat tekijöitä, jotka ovat eniten yhteydessä itsetuhoajatuksiin. Itsemurhayrityksiin taas yhdistyy selkeästi vakava masennustila, alkoholiriippuvuus, nuori ikä sekä toimintakyvyn heikkous. (Sokero 2006, 50.) Arviolta joka 20:s itsemurhayritys johtaa kuolemaan ja on tutkittu, että itsemurhan tehneistä jopa 90 prosentilla on ollut taustalla vakava mielenterveyshäiriö (Koponen 2008, 232).

Miehillä on suurempi riski toteuttaa itsemurha kuin naisilla, sillä miehet suunnittelevat sen yleensä huolellisemmin ja menetelmät ovat tappavampia. Naisilla taas itsemurhayritykset ovat yleisempiä, koska he toimivat impulsiivisemmin ja käyttävät vähemmän tehokkaita tai hitaampia keinoja, jolloin avunsaaminen on varmempaa. (Koponen 2008, 234–235.)

Ennen itsetuhoista käytöstä tulevat itsemurha-ajatukset. Ne voivat olla hetkellisiä tai pitkäaikaisia ja huolellisia suunnitelmia itsemurhasta. Aina ihminen ei välttämättä halua kuolla vaan toivoo elämänsä jonkinlaista taukoa tai helpotusta. Tästä huolimatta itsemurha-ajatukset ovat vakavasti otettava riski itsemurhalle. Itsemurha-ajatukset kertovat toivottomuudesta ja psyykkisestä huonovointisuudesta ja niistä puhuminen toimii usein myös avunpyyntönä. Toisaalta itsemurhasta puhuminen voi myös tarkoittaa, että henkilöllä on jo pitkälle viety itsemurhasuunnitelma, jota hän on alkanut jo toteuttaa. (Lönngqvist ym. 2009, 340–341.) Itsemurhavaara on suuri, jos ihmisellä on toistuvia, hallitsemattomia ja henkilön itsensä hyväksymiä itsemurha-ajatuksia ja suunnitelmia. Tällöin itsemurha on usein tarkoin suunniteltu ja harkittu. Vaara on suuri myös silloin jos henkilö on aiemminkin yrittänyt itsemurhaa. (Kiiltomäki 2007, 544–545.)



Henkilön, jolla on selkeitä itsemurhasuunnitelmia, hoito tapahtuu turvallisimmin psykiatrisella osastolla (Koponen 2008, 237). Mikäli ihminen on välittömässä itsemurhavaarassa, hänen ulottuviltaan tulee poistaa mahdolliset itsemurhavälineet, joita voi olla ase, lääkkeet, köydet ja letkut. Henkilö tulisi myös siirtää turvalliseen ympäristöön valvontaan. Häntä ei tule jättää yksin vaan ohjata jatkohoitoon. (Sahi ym. 2007, 133.)

Ihminen ei välttämättä itse tuo esille itsetuhoisuuttaan, jolloin asia täytyy ottaa puheeksi, lisäksi puheesta voidaan yrittää havainnoida mahdollisia vihjeitä esimerkiksi toivottomuudesta. Itsemurhavaaraa epäiltäessä henkilöltä kysytään suoraan onko hän ajatellut itsemurhaa, kuinka usein ja onko ajatus ollut ohimenevä vai jatkuva ja harkittu. Häneltä voidaan kysyä onko hän suunnitellut itsemurhaa, tehnyt mahdollisesti valmisteluja ja onko hän suunnitellut tekotapaa. Henkilön kanssa voi myös keskustella siitä, miten hänen mielestään itsemurha vaikuttaisi hänen läheisiinsä ja kuka häntä jäisi kaipaamaan. (Kiiltomäki 2007, 544.)

#### 4.3.2 Aggressiivisuus ja väkivallan uhka

Aggressiolla tarkoitetaan tunnetilaa, joka voi olla pahanlaatuisen lisäksi myös hyvälaatuista. Hyvälaatuista aggressio on, kun ihminen pystyy olemaan voimakastahtoinen ja pitämään puolensa. Pahanlaatuisessa aggressiossa toiminta aiheuttaa joko psyykkistä tai fyysistä vahinkoa muille ihmisille. Aggressiivinen käyttäytyminen on esimerkiksi uhkailuna tai pelotteluna ilmenevää toimintaa. Väkivaltaisuudella tarkoitetaan toimintaa, jonka pyrkimyksenä on vahingoittaa fyysisesti. (Lehestö – Koivunen – Jaakkola 2004, 87–88.)

Aggressiiviseen käyttäytymiseen voi olla monia syitä. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöt, somaattiset sairaudet tai päihtymystila voivat olla aggressiivisuuden taustalla. (Kuosmanen 2008, 482.) Syynä voi olla myös tyytymättömyys palveluun tai kärsimättömyys. Myös koettu epäoikeuden mukainen kohtelu voi aiheuttaa ärsyyntymistä. (Koste 2007, 700.) Taipumus aggressioon on ihmiselle luontainen tapa reagoida pettymyksiin. Ihmisellä on kyky hillitä yllykettä vahingoittaa aggression kohdetta, mutta esimerkiksi mielenterveyshäi-

riö voi vaikuttaa tähän kykyyn. Fyysinen väkivalta edellyttää osittain myös sitä, että henkilö hyväksyy tällaisen käyttäytymisen. (Lehestö ym. 2004, 88.)

Aggressiivisesti käyttäytyvää ihmisen kohtaamisessa on muistettava rauhallisuus ja omat mahdolliset aggression tunteet on hillittävä, vaikka voikin joutua kuuntelemaan henkilökohtaisia loukkauksia. Huumoria tulee välttää eikä aggressiivisen henkilön käytökselle saa nauraa. (Saari ym. 2009, 92.) Aggressiiviseen ihmiseen tulee säilyttää katsekontakti ja häntä tulee kuunnella, koska tilanne voi rauhoittua ihmisen saatua purettua kiihtymystään. Puheen tulee olla asiallista, kunnioittavaa ja kuuluvaa. Ihmisen ollessa kiihtynyt hän kiroilee, korottaa ääntään eikä suostu kuuntelemaan. Tällöin on hyvä muistaa, että kiihtyneeseen ihmiseen ei tule koskea. Tilanteesta on myös hyvä pyrkiä irrottautumaan, mutta henkilön kuunteleminen on edelleen tärkeää. (Koste 2007, 700–701.)

Ihmisen kiihtyessä edelleen hänestä tulee rauhaton, äänekäs ja epäluuloinen, hän voi lyödä nyrkkiä pöytään tai kaataa huonekaluja. Tällaisessa tilanteessa ihmiseen tulee ottaa etäisyyttä ja häntä voi pyytää istumaan, sillä se hidastaa hyökkäykseen lähtöä. Kädet tulisi pitää näkösellä ja äkkinäisiä liikkeitä tulee välttää. Jos aggressiivinen henkilö uhkailee väkivallalla eikä halua ratkaista asiaa neuvottelemalla, hyökkäys pyritään ehkäisemään siirtymällä suojaan ja puhumalla rauhallisesti lyhyitä lauseita tai käskysanoja. Aikomuksesta hyökätä voi kertoa eleet, kuten käsien puristuminen nyrkkiin, katseen harhailu, kasvojen ja hartioiden kiristyminen ja sivulle liikkuminen. Usein myös hengitys tihenee ja puhe katkeilee äänen pettäessä. (Koste 2007, 701.)

Uhkaaviin tilanteisiin ei tule mennä yksin vaan avuksi voi pyytää poliisia tai järjestyksenvalvojaa (Saari ym. 2009, 92). Aggressiivisesti käyttäytyvän ihmisen kanssa auttajan tulee muistaa varmistaa itselleen ja autettavalle perään-tymistie ja ympäristöstä tulee poistaa esineet, joita voi käyttää aseena. Aseella uhatessa tulee vaatimukseen suostua välittömästi. Väkivaltatilanteet on aina hyvä käsitellä jälkeinpäin. (Kuosmanen 2008, 482.)

## 5 OPPAAN TOTEUTUS

### 5.1 Oppaan sisältö

Tekemässäni oppaassa olen selvittänyt, mitä käsite mielenterveys tarkoittaa ja mitkä asiat vaikuttavat mielenterveyteen. Myös mielenterveyshäiriötä olen käsitellyt ensin käsitteellisesti. Tarkoituksena on osaltaan helpottaa mielenterveyshäiriöiden synnyn ja sairastamisen ymmärtämistä, mutta myös lisätä käsitystä mielenterveyden tärkeydestä jokaiselle meistä. Oppaassa ei käsitellä eri mielenterveyshäiriöiden hoitoa, joten olen myös lyhyesti käynyt läpi missä ja millä keinoin hoito voi tapahtua.

Olen kertonut oppaassa masennustilasta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöistä sekä psykooseista. Tarkoitukseni on ollut ottaa oppaaseen yleisiä mielenterveyshäiriöitä ja olen kertonut niiden oireista ja vaikutuksesta elämään. Olen pyrkinyt valitessani huomioimaan myös mahdollisen ensiaputilanteen eli mistä mielenterveyshäiriöistä olisi hyvä olla tietoa ensiaputilanteessa. Oppaaseen otettujen mielenterveyshäiriöiden valintaan on vaikuttanut myös toimeksiantajan toivomukset. Oppaassa on tietoa mielenterveyshäiriöstä kärsivän kohtaamisesta ensiaputilanteessa, kuinka häntä voidaan auttaa ja milloin hoitoon toimittaminen on tärkeää. Lisäksi oppaassa käsitellään itsemurhariskiä ja itsetuhoisen henkilön kohtaamista sekä aggressiivisen autettavan kohtaamista ja väkivallan uhkaa. Nämä on käsitelty erikseen, koska tällaiset erikoistilanteet ovat mahdollisia ensiaputilanteissa ja niihinkin mielestäni on hyvä osata varautua.

Hyvässä tekstissä asiasisältö, rakenne sekä kieliasu ovat yhtenäisiä. Tarkoituksen mukainen otsikointi sekä suunniteltu kappalejako ja kieliasu selventävät asioiden välisiä yhteyksiä, jolloin teksti on ehjää ja etenevää. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007, 276.) Tekemäni opas etenee aihepiireittäin alkaen käsitteiden avaamisella, jonka jälkeen etenee mielenterveyshäiriöihin ja siitä ensiapuun. Otsikoinnin avulla pyrin tekemään oppaasta sellaisen, että sieltä on helppo löytää haluamaansa tietoa. Tämän vuoksi tein oppaaseen myös sisällysluettelon.

Tieteellinen kieli sisältää alalleen tyypillisiä ammattisanoja, termejä (Hirsjärvi ym. 2007, 274). Opinnäytetyöhön kuuluvan tuotteen tekstin tulee olla kohderyhmää puhuttelevaa (Vilkkä – Airaksinen 2003, 129). Opasta tehdessä minun tuli huomioida kohderyhmä. Liiallinen ammattisanojen ja erikoisten käsitteiden käyttö olisi mielestäni tehnyt tekstistä vaikeasti ymmärrettävän. Tekstin ymmärrettävyys on riippuvainen muun muassa aihepiirin tuttuudesta ja sanaston konkreettisuudesta, lisäksi lukijan omat tiedot ja käsityskyky vaikuttavat tekstin ymmärtämiseen. Toinen lukija voi kokea tekstin ymmärrettäväksi, toinen ei, riippuen kuinka hyvin lukijat tuntevat asiaa ennestään. (Hirsjärvi ym. 2007, 276.) Kohderyhmässä oppaan aiheen ennakkotuntemus on vaihteleva. Tämän vuoksi pyrin oppaassa siihen, että en käytä ammattisanoja tai erikoisia käsitteitä, jotta hekin joille aihe on täysin tuntematon ymmärtävät tekstin paremmin. Pyrin myös tekemään oppaan tekstistä enemmän kuvailevaa kuin luettelevaa. Näin tehdessäni tarkoituksena oli saada oppaasta miellyttävän lukea.

## 5.2 Oppaan ulkomuoto

Tekstin luettavuus tarkoittaa yleensä sen selvyyttä ja kiinnostavuutta, mutta siihen kuuluu myös tekstin ulkoasu (Hirsjärvi ym. 2007, 276). Valitsin oppaaseen fontin kokeilemalla erilaisia ja päädyin fonttiin Lucida Console luettavuuden ja erilaisuuden vuoksi. Koin epävirallisemmän fontin tekevän oppaasta rennomman ja helpommin lähestyttävän. Fonttikokona leipätekstissä on 14. Tarkoituksena suuremman fontin valinnassa oli se, että yhdelle sivulle ei tule liikaa tekstiä, mielestäni tämä tekee oppaasta selkeämmän. Fontin väriyksessä päädyin tummansiniseen saadakseni oppaaseen väriä ja ulkonäköä, huomioiden kuitenkin myös tekstin näkyvyyden. Otsikot pyrin erottamaan selkeästi leipätekstistä, jotta halutun tiedon etsiminen oppaasta olisi helpompaa. Tämän vuoksi otsikoiden fonttikokona on 18.

Oppaan viitemerkinnät olen tehnyt numeroin yläindeksiin, jotta ne eivät keskeytä lukemista ja lisäävät oppaan luettavuutta. Lähdeluettelo on tehty numerjärjestykseen aakkosellisen järjestyksen sijasta, jotta lähdeteokset olisi helppo tavoittaa luettelosta.

Oppaan ulkonäköä piristääkseni lisäsin joka sivulle kehykset. Väriksi kehyksiin valitsin punaisen Suomen Punaisen Ristin logon värityksen vuoksi. Lisäsin oppaaseen myös erilaisia tekstikehyksiä, joissa olen luetteloanut ja tiivistänyt kappaleen asioita. Tämän tein myös saadakseni oppaaseen ilmettä, mutta myös siksi, että tekstikehyksistä on helppo lukea kappaleen pääasioita. Tekstikehykset korvaavat osaltaan kuvitusta, sillä kuvia oppaassa ei ole.

Opas on kokoa A4, koska se oli luonnollisin ja kätevin vaihtoehto toteuttaa kansiksi. Kansion muotoon päädyimme yhdessä toimeksiantajan kanssa, koska siitä olisi tarvittaessa helppo hakea haluttua tietoa ja sitä olisi myös helppo lukea. Toimeksiantajalle oppaita tuli vain yksi kappale, joten kansio oli myös käytännöllisin toteuttaa. Kansiksi valitsin muovitaskullisen kansion, jotta sivut pysyvät ehjinä ja siisteinä. Sivuja oppaassa on 19 lähdeluettelo mukaan luettuna.

## 6. POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tehdä opas mielenterveyshäiriöistä ja ensiavusta. Oppaan kohderyhmänä oli Suomen Punaisen Ristin Rovaniemen osaston ensiapuryhmä. Tarkoituksena oli, että ensiapuryhmä saisi tietoa yleisistä mielenterveyshäiriöistä sekä mielenterveyshäiriöstä kärsivän kohtaamisesta ensiaputilanteessa. Halusin oppaan olevan selkeä ja halutun tiedon olevan helposti löydettävissä.

Opinnäytetyössä tavoitteenani oli oppia suunnittelemaan ja toteuttamaan kohderyhmän huomioivan ja käytännöllisen oppaan. Suunnitelmavaiheessa haasteena oli oppaan laajuus ja lähdemateriaalin hankinta. Jotta opinnäytetyöni pysyisi sopivan laajuisena, minun täytyi miettiä ja karsia aiheita. Tämä oli vaikeaa, koska halusin oppaan kuitenkin olevan suhteellisen kattava.

Lähdemateriaalia hankkiessani totesin aiheeseen liittyvän ja luotettavan aineiston löytämisen hankalaksi. Mielenterveyshäiriöistä lähdemateriaalia löytyi reilusti, mutta mielenterveyshäiriöistä ensiaputilanteessa löytyi hyvin vähän tietoa. Suomen Mielenterveysseuran tavaramerkiksi rekisteröimiä mielenterveyden ensiapu-materiaaleja en voinut lähdemateriaalina käyttää. Tämän lisäksi suoraan aiheeseeni sopiva lähde oli Suomen Punaisen Ristin ensiapuopas. Hain materiaalia käyttäen apuna aineistotietokantoja, mutta löysin paljon lähteitä myös manuaalisella haulla. Lähdemateriaaliksi pyrin kuitenkin valitsemaan teoksia, jotka tulivat vastaan myös monien muiden teosten kirjallisuusluetteloissa vastaan, näin tehdessäni tarkoituksena oli saada luotettavia lähteitä. Pyrin myös käyttämään ajantasaisia teoksia ja tuoreita julkaisuja.

Opinnäytetyöstäni aloin tehdä ensimmäisenä opasta, koska se tuntui helpommalta tavalta alkaa jäsentämään aiheita. Saadessani oppaan sisällöllisesti lähes valmiiksi aloin tehdä raporttiosiota. Lopulta viimeistelin opasta yhtä aikaa raportin kanssa. Opinnäytetyön edetessä huomasin suunnitellun aikataulun olevan liian tiukka ja jouduin venyttämään aikataulua useammalla kuukaudella. Opinnäytetyötä tehdessäni opin huolellisesti tehdyn suunnitelman merkityksen, toisaalta totesin suunnitelman tärkeäksi ominaisuudeksi myös joustavuuden.

Oppaan suunniteltu sisältö muuttui hieman opasta työstäessäni, mutta sain kuitenkin oppaaseen sovitut ja oleellisimmat asiat sisällytettyä. Oppaan sisältämän tiedon pyrin saamaan mahdollisimman lyhyeksi ja ytimekkääksi. Tämän koin haastavaksi, koska halusin tekstin olevan myös enemmän kuvailevaa kuin luettelomaista. Olen tyytyväinen siihen, että mielestäni opas etenee sisällöltään loogisesti ja teksti on mielestäni kohderyhmän huomioivaa. Kriittisesti tarkasteltuna oppaan teksti olisi voinut olla vielä ytimekkäämpää, jolloin se olisi ollut kevyempää lukea.

Oppaan ulkomuodon toteutuksessa pääsin käyttämään luovuutta. Aluksi koekelin erilaisia fontteja. Halusin käyttää epävirallista fonttia, jotta opas olisi rennompaa. Fontin koon laitoin melko suureksi, jotta yhdelle sivulle ei tulisi kovin paljoa tekstiä, jolloin mielestäni opas on selkeämpi. Harkitsin aluksi oppaan kuvitusta, mutta aiheeseen sopivan asiallisen kuvituksen keksiminen oli vaikeaa, myös kuvituksen toteuttaminen olisi ollut haasteellista. Päädyin lopulta tekemään sivuille reunukset. Tein myös erilaisia tekstikehyksiä, joita lisäsin lähes joka sivulle. Reunukset sivuilla antoivat mielestäni ryhtiä oppaalle. Tekstikehykset koin hyväksi ajatukseksi senkin vuoksi, että oppaassa on tekstiä runsaasti, joten ne keventävät tiedon määrää tiivistämällä oleellisia asioita. Värien suunnittelussa apuna oli osaltaan Suomen Punaisen Ristin punavalkoinen logo. Mietin kuitenkin tekstin näkyvyyttä, joten valitsin siihen tummansinisen värin. Reunuksien ja tekstikehyksien väriksi laitoin punaisen.

Raporttiosiossa olen selittänyt opinnäytetyön taustaa ja kertonut Suomen Punaisen Ristin toiminnasta, lisäksi olen käsitellyt oppaan tarkoitusta sekä sisällön ja ulkomuodon toteutusta. Näissä olen pyrkinyt perustelemaan valintani, joita olen opinnäytetyötä tehdessäni joutunut tekemään. Raportissa luvuissa 4.1 ja 4.2 olen kuvannut mitä tarkoittavat mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt. Luvun 4.2 alaluvut 4.2.1–4.2.4 sisältävät tietoa masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöistä ja psykooseista, luvussa 4.3 aiheeseen lisätään ensiapu. Opinnäytetyön pääpaino onkin juuri näissä luvuissa.

Raportin teko vaati enemmän aikaa ja työtä, kuin olin ajatellut. Välillä erilaisien valintojen perustelu paperille oli hankalaa, vaikka syyt olivat itselläni sel-

keästi mielessä. Muuten oppaasta kertomisen koin suhteellisen helpoksi. Huomasin myös, että oppaan teko olisi ollut helpompaa, jos raportti olisi ollut jo valmis. Kuitenkin opinnäytetyön tekoa aloittaessani päädyin ratkaisuun alkaa tehdä opasta, joten silloin sen täytyi tuntua helpoimmalta keinolta aloittaa.

Oppaan ja raportin tekeminen ja kirjallisuuteen tutustuminen lisäsi paljon omaa tietouttani mielenterveyshäiriöistä sekä mielenterveyshäiriöstä kärsivän kohtaamisesta. Tästä on itselleni paljon hyötyä tulevaa sairaanhoitajan työtä ajatellen. Opinnäytetyötä tehdessäni olen saanut kokemusta pitkäjänteisestä työskentelystä sekä kirjallisen oppaan suunnittelusta ja toteuttamisesta. Toivon, että tekemästäni oppaasta olisi tulevaisuudessa apua ensiapuryhmälle mielenterveyden ja sen häiriöiden ymmärtämisessä ja että ensiapuryhmäläiset saavat oppaasta hyödyllistä tietoa helposti ja ymmärrettävästi.



## LÄHTEET

- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isohanni, M. – Joukamaa, M. 2008. Skitsofrenia. – Teoksessa Psykiatria (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 37–47. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.
- Isometsä, E. 2009a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 196–203. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 2009b. Masennushäiriöt. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 157–159. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiiltomäki, A. 2007. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. – Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja (toim. M. Mustajoki – A. Alila – E. Matilainen – M. Rasimus), 550–551. 4. uudistettu paino. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kimppa, P. 2008. Psykoosiin sairastunut elää omassa harhamaailmassaan. Mielenterveys. Mielenterveyden asiantuntijalehti 5/2008, 25–27.
- Koponen, H. 2009. Yleistynyt ahdistuneisuus. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 261. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koponen, H. 2008. Itsemurhariski. – Teoksessa Psykiatria (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 231–238. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.
- Koste, L. 2007. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. – Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja (toim. M. Mustajoki – A. Alila – E. Matilainen – M. Rasimus), 700–701. 4. uudistettu paino. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuosmanen, L. 2008. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Ensihoito (toim. Kuisma, M. - Holmström, P. – Porthan, K.), 480–482. Helsinki: Tammi.
- Lavikainen, J. – Lahtinen, E. – Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lehestö, M. – Koivunen, O. – Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita.

- Lehtonen, J. – Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveys. – Teoksessa Psykiatria (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 26–32. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.
- Leinonen, E. 2008. Mielialahäiriöt. – Teoksessa Psykiatria (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 63–69. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.
- Lepistö, L. 2010. Sähköposti viestinsä Suomen Punaisen Ristin Rovaniemen osaston ensiapuryhmänjohtajan kanssa.
- Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. 2008. Ahdistuneisuushäiriöt. – Teoksessa Psykiatria (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 77–94. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.
- Lund, V. 2009. Mielenterveysongelma. – Teoksessa Ensihoito-opas (toim. Silfvast, T. – Castrén, M. – Kurola, J. – Lund, V. – Martikainen, M.), 64–65. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 49–51. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. – Henriksson, M. – Isometsä, E. – Marttunen, M. – Heikkinen, M. 2009. Itsetuhokäyttäytyminen. – Teoksessa Psykiatria (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 340–341. 5.–7. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. – Honkonen T. 2009. Muut psykoosit. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 140–155. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. – Lehtonen, J. 2009. Psykiatria. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 14–17. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. – Marttunen, M. 2009. Psykoterapiat. Mitä on psykoterapia ja kuka on psykoterapeutti? – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 741–747. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mental Health First Aid 2007. The Mental Health First Aid Program. Osoitteessa <http://www.mhfa.com.au/index.shtml>. 14.4.2010.

- Mental Health First Aid 2009. Mental Health First Aid International. Mental Health First Aid Finland. Osoitteessa <http://www.mhfa.com.au/international.shtml>. 30.9.2009.
- Partonen, T. – Lönnqvist, J. – Syvälahti, E. 2009. Biologiset hoidot. – Teoksessa Psykiatria (toim. J. Lönnqvist – M. Heikkinen – M. Henriksson – M. Marttunen – T. Partonen), 703–740. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pirkola, S. – Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes.
- Saari, S. – Kantanen, I. – Kämäräinen, L. – Parviainen, K. – Valoaho, S. – Yli-Pirilä, P. (toim.) 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.
- Sahi, T. – Castrén, M. – Helistö, N. – Kämäräinen, L. 2007. Ensiapuopas. 5.–6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes, Tutkimuksia 137. Helsinki: Stakes.
- Sokero, P. 2006. Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder. Publications of the National Public Health Institute A13/2006. Helsinki: KTL.
- Suomen mielenterveysseura 2010. Mielenterveyden ensiapu - koulutukset. Osoitteessa [http://www.mielenterveysseura.fi/koulutus/mielenterveyden\\_ensiapu](http://www.mielenterveysseura.fi/koulutus/mielenterveyden_ensiapu). 14.4.2010.
- Suomen Punainen Risti 2010a. Punainen Risti. Suomen Punainen Risti. Osoitteessa [http://www.redcross.fi/punainenristi/suomenpunainenristi/fi\\_FI/](http://www.redcross.fi/punainenristi/suomenpunainenristi/fi_FI/). 16.9.2010.
- Suomen Punainen Risti 2010b. Tervetuloa Suomen Punaisen Ristin Lapin piiriin sivulle. Osoitteessa <http://www.redcross.fi/aktiivit/piirit/sivut/lappi/>. 8.5.2010.
- Suomen Punainen Risti 2010c. Tervetuloa Rovaniemen osaston sivuille. Osoitteessa [http://www.redcross.fi/aktiivit/osastot/lappi/rovaniemi/fi\\_FI/etusivu/](http://www.redcross.fi/aktiivit/osastot/lappi/rovaniemi/fi_FI/etusivu/). 8.5.2010.
- Toivikko, E. 2007. Psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoito. – Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja (toim. M. Mustajoki – A. Alila – E. Matilainen – M. Rasimus), 550–551. 4. uudistettu paino. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Toivio, T. – Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Vilka, H – Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- World Health Organization 2010. What is mental health? Osoitteessa <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>. 9.5.2010.



OPAS

MIELENTERVEYSHÄIRIÖISTÄ  
JA ENSIÄVUSTA



Sanna Torvinen

# SISÄLLYS

MIKÄ MIELENTERVEYS? .....	1
MITÄ TARKOITTAÄ MIELENTERVEYSHÄIRIÖ? .....	3
MASENNUSTILA .....	4
KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ .....	6
AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT .....	8
PSYKOOSIT .....	10
MIELENTERVEYSHÄIRIÖ ENSIAPUTILANTEESSA .....	13
ITSETUHOISUUS JA ITSEMURHAVAARA .....	15
AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALLAN UHKA .....	17
LÄHTEET .....	19

## MIKÄ MIELENTERVEYS?

Sanaa mielenterveys voidaan määritellä monin eri tavoin. Arkikielessä sitä voidaan kuvata ilmauksilla yksilöllinen hyvinvointi, tyytyväisyys elämään, onnellisuus ja elämänlaatu.<sup>1</sup> Mielenterveys on osa terveyttä ja se on yhteydessä myös fyysiseen terveyteen.<sup>2</sup>

  
Tunteet  
Terveys  
Onnellisuus  
Hyvinvointi  
Sosiaalinen  
elämä  


Mielenterveyttä voidaan kuvata myös jakamalla se positiiviseen ja negatiiviseen mielenterveyteen. Positiivinen mielenterveys on voimavara, jota tarvitaan, että ihminen voisi kokea elämänsä miellyttävänä.<sup>2</sup> Hyvästä mielenterveydestä kertoo kyky tuntea ja ilmaista tunteitaan sekä ihmisen taito sosiaaliseen kanssakäymiseen ja oman elämän hallintaan. Pyrkimys voittaa vaikeudet ja sietää ahdistus ja menetykset kuuluvat mielenterveyteen.<sup>3</sup> Negatiivinen mielenterveys taas käsittää mielenterveyden häiriöt, oireet ja ongelmat.<sup>2</sup>

Mielenterveyteen vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi perimä, fyysinen terveys, itsetunto, kyky oppia, vuorovaikutustaidot sekä kyky aloittaa, ylläpitää ja lopettaa ihmissuhteita. Myös ruoka, koti, työllisyys, turvallisuus ja jopa yhteiskuntarakenteen toimivuus vaikuttaa mielenterveyteen.

Edellä mainittuja asioita voidaan kutsua mielenterveyttä suojaaviksi tekijöiksi.<sup>3</sup>

★★★★★★★★★★

Työ  
Ruoka  
Perimä  
Ihmissuhteet  
Vuorovaikutus  
Terveys  
Koti

★★★★★★★★★★

★★★★★★★★★★

Nälkä  
Sairaus  
Työttömyys  
Eristäytyneisyys  
Kodittomuus  
Menetykset  
Päihteet  
Erot

★★★★★★★★★★

Mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä ovat esimerkiksi synnynnäiset sairaudet, huonot ihmissuhteet, heikko itsetunto, eristäytyneisyys, kodittomuus, nälkä, työttömyys, menetykset ja erot, päihteiden käyttö tai esimerkiksi mielenterveyshäiriöt perheessä.<sup>3</sup>

Mielenterveyteen siis vaikuttavat sekä ihmisen kokemukset että yksilölliset tekijät.<sup>2</sup>



## MITÄ TARKOITTAÄ MIELENTERVEYSHÄIRIÖ?

Eri mielenterveyshäiriöt koostuvat tietyistä ominaisista oirekokonaisuuksista, joiden perusteella ne voidaan luokitella eri diagnooseiksi. Näin ollen arkielämään kuuluvat mielentilat ja reaktiot, esimerkiksi menetykseen liittyvä suru, eivät ole mielenterveyshäiriötä. Mielenterveyshäiriöt heikentävät ihmisen toimintakykyä ja elämän laatua.<sup>4</sup>

Syitä mielenterveyshäiriöön sairastumiseen on monia ja se onkin aina monen tekijän summa. Edellisessä kappaleessa mainitut mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät voivat vaikuttaa häiriön syntymiseen. Sairastumisen syyt voivat siis liittyä niin fyysiseen terveyteen kuin sosiaalisiin suhteisiin tai yhteiskunnallisiin tekijöihin. Alttius sairastumiseen voi olla perinnöllistä, mutta myös ympäristötekijät ja yksilönkehitys ovat hyvin tärkeässä osassa mielenterveyshäiriön kehittymisessä.<sup>4</sup>

Mielenterveyshäiriöitä hoidetaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa mm. avohoitokäynnein, laitoshoidolla ja pitkäaikaissairaiden asumis- ja kuntoutuspalveluilla. Kunta järjestää mielenterveyspalvelut asukkaalleen. Myös eri järjestöt ym. tarjoavat tukea arkeen ja kriisitilanteisiin. Mielenterveyden häiriöitä hoidetaan lääkehoidolla ja erilaisilla psykoterapioilla eli vuorovaikutushoidoilla. Lääkehoidon lisäksi on käytössä myös muita hoitomuotoja, kuten valohoitoa ja sähköhoitoa.<sup>5</sup>

## MASENNUSTILA

Masennuksella tarkoitetaan usein ohimenevää tunnetilaa ihmisen käsitellessä tavalliseen elämään pettymyksen ja surun tunteita. Nämä normaalit tunteet eivät tarkoita sitä että kyseessä olisi mielenterveyshäiriö.<sup>6</sup> Masennustilaa esiintyy länsimaissa kaksi kertaa enemmän naisilla

kuin miehillä. Elämänsä aikana siihen sairastuu noin 10–20 prosenttia väestöstä. Vuonna 2004 masennustilasta kärsi noin 4–9 prosenttia suomalaisista.<sup>5</sup>



Itkuisuus

Arvottomuus

Laskenut mieliala

Laskenut itsetunto

Toivottomuus

Itsetuhoisuus

Syällisyys



Masennustilasta kärsivän mieliala on laskenut, hän voi olla itkuinen tai kertoa olonsa olevan tyhjä tai surullinen. Mielihyvän kokeminen on vaikeutunut ja asiat, jotka ovat ennen olleet tärkeitä, eivät enää kiinnosta.<sup>6</sup>

Ihminen ei juuri reagoi elämässä tapahtuviin muutoksiin.<sup>7</sup> Arvottomuuden ja syällisyyden tunteet ovat tavallisia, ihmisen itsetunto laskee ja hän voi olla myös ylikriittinen itseään kohtaan.<sup>6,7</sup> Tulevaisuus voi vaikuttaa toivotomalta ja mieleen nousta ajatukset itsensä vahingoittamisesta, kuolemasta ja itsemurhasta.<sup>7</sup>

Masennustila vaikuttaa myös toimintakykyyn. Ihmisellä voi olla keskittymisvaikeuksia ja aloitekyvyttömyyttä, arkisten päätösten teko voi olla vaikeaa. Ihmisen toimeliaisuus heikkenee ja hän voi kokea itsensä uupuneeksi vähäistenkin ponnistelujen jälkeen.<sup>6,7</sup>

Masennustilasta kärsivän liikkuminen voi olla hidasta ja jähmeää, vaikeassa masennustilassa jopa täysi pysähtyneisyys on mahdollista. Toisaalta tuskaisuuden vuoksi ihmisellä voi olla levottomuutta, joka voi näkyä raajojen heitutteluna tai jatkuvana kävelynä. Masennustilassa unentarve voi muuttua, mikä näkyy joko unettomuutena tai liiallisena nukkumisena. Lisäksi painossa tapahtuu usein muutoksia ruokahalun lisääntyessä tai vähentyessä.<sup>6</sup>

Masennustila jaetaan oireiden määrästä ja laadusta riippuen lievään, kohtalaiseen, vaikeaan ja psykoottiseen masennustilaan. Lievässä masennustilassa toimintakyky usein säilyy melko hyvin ja masentuneisuus näkyy enimmäkseen totisuutena ja itkuherkkyytenä. Vaikeassa masennuksessa käytös on selvästi poikkeavaa, toimintakyky heikentyy runsaasti ja ihminen tarvitsee jokapäiväistä apua. Psykoottiseen masennukseen liittyy harhaluuloja ja aistiharhoja.<sup>6,7</sup>



Uupumus

Painon muutokset  
Keskittymisvaikeus  
Aloitekyvyttömyys

Unihäiriö



## KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on toistuvasti mielialan ja toimeliaisuuden vaihteluita: masennus-, hypomania- ja maniajaksoja. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi sairastua iästä riippumatta nuorena tai vanhana. Sukupuolieroja sairastumisessa ei juuri ole.<sup>7</sup> Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa noin 1-2 prosenttia suomalaisista.<sup>5</sup>

### ★ Masennusjakso

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso on hyvin paljon samanlainen kuin edellä käsitelty tavanomainen masennustila. Kestoltaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso on yleensä hieman lyhyempi masennustilaan verrattuna ja siihen liittyy useammin psykoottisia oireita.<sup>8</sup>

### ★ Maniajakso

Maniajaksossa ihmisen mieliala ja toimeliaisuus on huomattavasti kohonnut. Myös puhe lisääntyy, on vauhdikasta ja siirtyy nopeasti aiheesta toiseen. Maanisessa vaiheessa ihmisellä on paljon suunnitelmia ja tekemistä, mutta ne jäävät usein toteuttamatta, kun kiinnostuksen kohde muuttuu. Usein ihmisen itsetunto kasvaa ja seksuaalinen halukkuus lisääntyy, jolloin ihmisen käyttäytymisestä voi tulla epäasiallista. Muutenkin sosiaalisista normeista poikkeava käytös on tavanomaista. Maanisen ihmisen toiminta on usein myös uhkarohkeaa ja vastuutonta ja hän toimii hetkenmielijohteesta, jolloin hän ei pysty arvioimaan toimiensa mahdollisia riskejä.<sup>8</sup>

## ★ Hypomaaninen jakso

Masennus- ja maniajakson lisäksi ihmisellä voi olla myös hypomaanisia jaksoja, joissa mieliala ja toimeliaisuus ovat kasvaneet, mutta oireet ovat kuitenkin lievempiä kuin maniassa. Tällöin ihminen on korostuneen hyväntuulinen, mutta hän voi ärsyntyä rajoitusten edessä. Hypomaanisessa vaiheessa ihminen saa paljon aikaa, mutta hänellä voi olla vaikeuksia keskittyä yhteen asiaan. Yleensä unentarve vähenee huomattavasti ja ihminen on rauhaton eikä tunne väsymystä.<sup>8</sup>

Hypomaniaa ei aina tunnisteta, sillä toimintakyky säilyy suhteellisen hyvin, maniassa ihminen päätyy usein sairaalahoitoon. Hypomaniajaksot kestävät muutamasta päivästä viikkoihin, kun maniajaksot voivat kestää useita viikkoja. Sairausjaksojen välissä voi olla myös täysin oireetomia kausia.<sup>8</sup>

## AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT

Kuten masennus, ahdistuskin voi olla normaali elämään kuuluva ohimenevä tunnetila, joka liittyy usein vaikeuksiin tai elämän ristiriitatilanteisiin. Mielenterveyshäiriönä ahdistus on pitkäaikaista ja se heikentää ihmisen toimintakykyä.<sup>9</sup> Ahdistuneisuushäiriöihin sairastutaan usein jo nuorella iällä. On arvioitu, että yhdestä muutama prosenttiin väestöstä sairastaisi kutakin ahdistuneisuushäiriötä. Paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteidenpelko, yleistynyt ahdistuneisuus ja erilaisten yksittäisten asioiden pelot ovat tunnetuimpia ahdistuneisuushäiriöitä.<sup>5</sup>

Ahdistuneisuushäiriöt voivat esiintyä kohtauksellisina tai ne voivat olla jatkuvia. Esimerkiksi paniikkihäiriöissä tulee odottamattomia kohtauksia, jolloin ihminen kokee voimakasta ahdistusta ja kuoleman tai sekoamisen pelkoa. Kohtaukset ovat voimakkaita, vähintään muutamia minuutteja kestäviä ja aiheuttavat usein pelkoa myös mahdollisista tulevista kohtauksista. Paniikkihäiriöön kuuluu usein myös fyysisiä oireita.<sup>9</sup>

  
Paniikkihäiriö  




  
Yleistynyt  
ahdistuneisuushäiriö



Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö taas on pitkäaikaista. Ihminen voi kantaa jatkuvasti ja lähes hallitsemattomasti huolta omista tai läheistensä asioista.<sup>9</sup> Talous ja terveys ovat tavanomaisimpia huolen aiheita. Lisäksi ihmisen on vaikea kestää epävarmuutta.<sup>10</sup> Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä on jännittynyt ja rentoutuminen on mahdotonta. Hänellä voi olla keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja vaikeuksia unen saannissa.<sup>11</sup>

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön ja paniikkihäiriöön kuuluu usein myös fyysisiä oireita. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä fyysisiä oireita ovat esimerkiksi lihaskivut, levottomuus ja suolisto-oireet, kuten ummetus tai ripuli. Häiriöstä kärsivällä voi olla myös nielemisvaikeuksia ja palan tunnetta kurkussa.<sup>9,10</sup> Hänellä voi olla myös rintakipua, sydämen tykyttelyä, huimausta, puutumistunteuksia ja hengenahdistusta.<sup>10</sup> Paniikkihäiriön fyysiset oireet ovat samankaltaisia kuin yleistyneessä ahdistushäiriössä esimerkiksi hengenahdistus, sydämen tykyttely, huimaus, suun kuivuus ja vatsaoireet, mutta myös monen muunlaiset oireet ovat mahdollisia.<sup>10</sup>

## Fyysiset oireet

  
**Pelot eli fobiat**  Yksittäisiin asioihin kohdistuvat pelot eli fobiat voivat olla esimerkiksi eläimiin, sosiaalisiin tilanteisiin tai erilaisiin paikkoihin, kuten hissiin, julkisiin paikkoihin tai ahtaisiin paikkoihin liittyviä. Pelkoa herättävät kohteet ovat usein vaarattomia ja ihminen tietää pelkonsa olevan perusteeton, mutta ei voi tunteelleen mitään.<sup>11</sup> Tällaiset pelot voivat aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä, jolloin ihminen välttelee ahdistusta aiheuttavia asioita. Välttämiskäyttäytyminen kaventaa ihmisen elämää ja se voi johtaa esimerkiksi siihen, että ihminen ei poistu kotoaan.<sup>9</sup>

## PSYKOOSIT

Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on häiriintynyt ja hänellä voi olla vaikeuksia vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Psykooseista tunnetuin ja yleisin on skitsofrenia, mutta myös muita psykooseja on olemassa. Skitsofreniaa sairastavia arvellaan olevan eri väestöissä 0,5–1,5 prosenttia, mutta yhteensä kaikkia psykoottisia häiriöitä on moninkertainen määrä.<sup>5</sup>

Psykoosissa ihminen kokee ympäröivän maailman erilailta kuin muut, sillä hänen ajatustoimintansa on poikkeavaa eikä hänen havainnointikykyensä toimi tavanomaisella tavalla. Psykoottisen ihmisen käyttäytyminen voi olla selvästi tilanteeseen sopimatonta ja puhe voi olla epäjohtonmukaista.<sup>12</sup>

Psykoottisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot tai aistiharhat, kuten äänet tai hahmot.<sup>13</sup> Aistiharhat ovat usein negatiivisia, esimerkiksi äänet voivat olla syyttäviä.<sup>11</sup> Harhaluulot voivat liittyä esimerkiksi vainoamiseen.<sup>14</sup> Oireiden vuoksi ihminen voi kokea elämänsä kaoottiseksi ja pelottavaksi, hän ei välttämättä tiedä mikä on totta ja mikä ei. Tästä huolimatta psykoosia sairastava ihminen ei välttämättä itse tiedä olevansa sairas.<sup>11</sup>

★★★★★★★★★★  
Todellisuudentajun  
hämartyminen  
Aistiharhat  
Harhaluulot  
Erikoinen  
käyttäytyminen  
Hajanainen puhe  
★★★★★★★★★★



★★★★★★★★★★

## Skitsofrenia

★★★★★★★★★★

skitsofrenia on vaikea ja pitkäaikainen mielenterveyshäiriö. Skitsofrenian voidaan kuvata aiheuttavan persoonallisuuden hajoamista ja todellisuudentajun hämärtymistä. Ihmisen toimintakyky heikentyy ja hän vetäytyy usein sosiaalisista suhteista. Skitsofreniaa sairastavan tunne-elämän häiriintyy tai hän voi ilmaista tunteitaan epäasianmukaisesti. Taantumisen ja tietotoimintojen heikentyminen voi aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja pahimmillaan ihminen ei pysty huolehtimaan itsestään tai esimerkiksi talousasioistaan.<sup>14</sup>

Lyhytkestoinen psykoosi kestää muutamasta päivästä korkeintaan kolmeen kuukauteen ja sen toipumisennuste on hyvä. Lyhytkestoisten psykoottisten häiriöiden taustalla on usein huomattavia stressitekijöitä, kuten menetys tai ero, häiriö voi puhjeta myös synnytyksen jälkeen. Psykoottisten oireiden, kuten harhaluulojen, aistiharhojen ja epäloogisen puheen lisäksi ihminen voi olla sekava ja hänellä voi olla ahdistusta ja unettomuutta.<sup>12</sup>

★★★★★★★★★★

## Lyhytkestoinen psykoosi

★★★★★★★★★★

Psykoottistasoisia oireita voi liittyä myös mielialahäiriöihin esimerkiksi masennustilaan. Aistiharhat tai harhaluulot voivat johtua myös päihteiden käytöstä tai fyysisestä sairaudesta, kuten dementiasta, keskushermoston sairaudesta tai maksa- tai munuaissairaudesta. Päihteiden käytöstä johtuva psykoosi voi tulla joko aineiden käytön aikana tai vaikka kuukausi käytön lopettamisen jälkeen. Oireet voivat kestää useampia viikkoja.<sup>12</sup>

★★★★★★★★

Mielialahäiriö

Päihteet


Fyysinen sairaus


★★★★★★★★

Psykooseiksi luokiteltavia häiriöitä on useita, ne eroavat toisistaan synnyn tai oireiden perusteella.<sup>11</sup> Edellä mainittujen häiriöiden lisäksi on olemassa useita muita psykooseiksi luokiteltavia mielenterveyshäiriöitä esimerkiksi skitsoaffektiivinen häiriö, skitsofreenistyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö.<sup>12</sup>

## MIELENTERVEYSHÄIRIÖ ENSIAPUTILANTEESSA

Ensiaputilanteessa mielenterveyshäiriöstä kärsivän ihmisen auttaminen tarkoittaa yleensä lähinnä puhumista ja kuuntelemista. Tärkeää on kunnioittaa autettavan omaa kokemusta oireistaan ja tilanteesta.<sup>15</sup> Auttajan tulisi olla rauhallinen, selkeä ja johdonmukainen, siten puheyhteys autettavaan on helpompi säilyttää. Auttajan olisi hyvä pyrkiä myös herättämään luottamus autettavaan, jotta yhteistyö sujuisi paremmin.<sup>16</sup>

  
Selkeys  
Rauhallisuus  
Kunnioitus  
Luottamus  
Kuuntelu  


  
Huomattava Ahdistus,  
Masennus,  
Pelkotila  
Todellisuudentajun,  
Ajan- ja paikantajun  
hämärtyminen  
Vaaraksi itselleen tai  
muille

Ensiapua tarvitsevat huomattavan ahdistuneet ja masentuneet sekä pelkotiloista kärsivät tai psykoottisesti oireilevat henkilöt. Ihminen, joka voi olla itselleen tai muille vaaraksi tulee toimittaa hoidon piiriin. Erityisen poikkeavanlainen käytös tai erikoiset fyysiset oireet voivat olla merkki mielenterveyshäiriöstä, myös todellisuudentajun ja ajan- ja paikantajun hämärtyminen ovat oireita, jotka kertovat hoidon tarpeesta.<sup>16</sup>



Kuten kaikissa ensiaputilanteissa, lisäapua saa soittamalla hätäkeskukseen. Yhdessä autettavan kanssa voi myös käydä läpi eri toimintavaihtoehtoja, kuten terveyskeskukseen tai päivystykseen hakeutuminen tai tukihenkilön paikalle kutsuminen.<sup>16</sup>

  
112  


Autettava ei aina välttämättä halua kertoa mielenterveyshäiriöstään välttääkseen ennakkoluulot. On myös mahdollista, että hän ei tunnista itsessään mielenterveyshäiriön oireita, jolloin hän voi tulla hakemaan apua jonkinlaiseen fyysiseen vaivaan.<sup>15</sup> Tällaisia voivat olla esimerkiksi kiputilat, väsymystilat tai oireet voivat olla myös hyvin erikoisia, jolloin ne voivat liittyä psykoottisen harhamaailmaan.<sup>17</sup>

Ihmistä kuunnellen ja kysellen voidaan arvioida hänen orientaatiotaan aikaan ja paikkaan. Samalla voidaan huomioda onko hänellä mahdollisesti harhoja. Jos keskustelu vaikuttaa olevan turvallista, voidaan selvittää millaisia ongelmia ihmisellä on ollut, onko hänellä ollut esimerkiksi masentuneisuutta ja itsetuhoajatuksia, unettomuutta, stressiä tai mahdollisesti harhoja ja muuta todellisuudentajun häiriötä. Myös omaisilta tai paikallaolijoilta voidaan kysellä, mikäli autettava itse ei kykene vastaamaan. Myös päihteiden käytöstä kannattaa kysyä.<sup>18</sup>

Tilanteen salliessa tulisi autettavalta mitata syke, verenpaine, happisaturaatio ja verensokeri.<sup>18</sup> On huomattava, että mm. sokeritasapainonhäiriö, verenkiertohäiriö tai myrkytystila voi aiheuttaa mielenterveyshäiriöiltä vaikuttavia oireita.<sup>16</sup> Jos ihminen ei koe tarvitsevansa tai ei halua apua, hänet tulisi yrittää puhua ja suositella odottamaan ambulanssia.<sup>18</sup>

  
Syke  
Verenpaine  
Happisaturaatio  
Verensokeri  


## ITSETUHOISUUS JA ITSEMURHAVAARA

Itsetuhoinen ihminen toimii itseään vahingoittavalla tai henkeä uhkaavalla tavalla. Usein itsetuhoisuudesta kertovat itsemurha-ajatukset, niistä puhuminen, itsemurhayritykset ja itsemurhat. On kuitenkin myös mahdollista, että ihminen toimii itseään uhkaavalla tavalla tiedostamattaan tarkoitustaan vahingoittaa itseään. Tällöin hän voi esimerkiksi toimia liikenteessä uhkarohkeasti tai lopettaa sairauden hoidon.<sup>19</sup> Miehillä on suurempi riski toteuttaa itsemurha kuin naisilla, sillä miehet suunnittelevat sen usein huolellisemmin. Naisilla itsemurhayritykset taas ovat yleisempiä, sillä he toimivat usein impulsiivisemmin eivätkä suunnitelmallisesti.<sup>20</sup>

Itsetuhoajatukset voivat olla hetkellisiä tai pitkäaikaisia ja suunnitelmallisia. Niiden lopullisena päämääränä ei useinkaan ole kuolema vaan jonkinlainen tauko elämässä, ne kuitenkin kertovat itsemurhariskistä ja on otettava aina vakavasti. Itsetuhoajatuksista puhuminen toimii usein avunpyyntönä. Toisaalta itsemurhasta tai kuolemasta puhuminen voi kertoa myös siitä, että itsemurhasuunnitelman toteuttaminen on jo menossa.<sup>19</sup> Itsemurhavaaran katso- taankin olevan suuri, jos ihminen puhuu itsemurhasta tai kuolemasta, jos hän on yrittänyt tehdä itsemurhan aikai- semmin tai jos hän on suunnitellut itsemurhaa.<sup>21</sup>

Autettava ei välttämättä itse tuo esille itsemurha-ajatuksiaan tai -suunnitelmiaan. On oleellista kuunnella ihmistä ja mahdollisia vihjauksia esimerkiksi toivotto- muudesta. Jos on syytä epäillä itsemurhavaaraa, voidaan ihmiseltä kysyä suoraan onko hän ajatellut itsemurhaa ja kuinka usein ajatuksia on ollut, ovatko ne olleet hetkel- lisiä ja ohimeneviä vai onko hän suunnitellut kuinka it- semurhan tekisi. Myös suunniteltua tekotapaa voidaan ky- syä suoraan. Itsemurhavaarassa olevan kanssa voi keskus- tella kuinka itsemurha hänen mielestään vaikuttaisi esi- merkiksi omiin läheisiin ja kuka häntä jäisi kaipaamaan.<sup>21</sup>

Itsemurhavaarassa olevan ihmisen tur- vallisin hoitopaikka on sairaalassa.<sup>20</sup> Ensiaputilanteessa ihmistä ei jätetä yksin vaan hänet tulee ohjata päivys- tykseen jatkohoitoa varten. Autetta- van ympäristöstä pyritään tekemään turvallinen esimerkiksi poistamalla itsemurhavälineet hänen lähetyvil- tään tai siirtämällä hänet turvalliseen paikkaan valvon- taan.<sup>16</sup>

★★★★★★★★★★  
Kuuntelu  
Ei jätetä yksin  
Turvallinen ympäristö  
Valvonta  
Jatkohoitoon  
★★★★★★★★★★

## AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALLAN UHKA

Usein aggressiivisen käyttäytymisen syynä on tyytymättömyys palveluun tai kärsimättömyys joutuessa odottamaan, myös stressitilanne voi vaikuttaa käyttäytymiseen.<sup>22,23</sup> Koettu epäoikeudenmukainen kohtelu aiheuttaa usein ärsyntymistä tai se, että ihminen ei saa haluamaansa.<sup>22</sup> Mielensterveyshäiriön tai päihteiden käytön myötä todellisuudentaju voi häiriintyä ja myös se voi aiheuttaa uhkaavaa käyttäytymistä. Aggressiivisen käyttäytymisen varalta auttajan tulee aina muistaa huolehtia myös omasta turvallisuudestaan.<sup>15</sup>

★★★★★★★★★★

Pakotie

Välimatka

Neuvottelu

Rauhallisuus

Ei yksin uhkaaviin  
tilanteisiin

★★★★★★★★★★

Aggressiivisen ihmisen kohtaamisessa auttajan tulee säilyttää rauhallisuus ja pyrkiä neuvottelemaan, ei alkaa vastaväittelyyn. Aggressiiviseen ihmiseen on hyvä pitää välimatkaa ja aina tulisi varmistaa pakotie, josta voi tarvittaessa perääntyä. Ympäristöstä

on hyvä pyrkiä poistamaan esineet, joita voi käyttää aseena.<sup>15,23</sup>

Jo uhkaaviin tilanteisiin mennessä voi pyytää avuksi poliisin tai esim. järjestyksenvalvojan, yksin ei kuitenkaan tule tilanteisiin mennä. Jos auttajaa uhataan aseella, tulee esitettyihin vaatimuksiin suostua heti.<sup>23</sup> Väkivaltatilanteet on aina hyvä käsitellä jälkepäin.<sup>15</sup>

Autettavan alkaessa ärsyyntyä ja kiihtyä hänen kuuntelemisensa on tärkeää, sillä se voi rauhoittaa tilanteen nopeasti. Häneen tulee säilyttää katsekontakti ja auttajan puheen on oltava asiallista ja kunnioittavaa,<sup>22</sup> vaikka henkilökohtaiset loukkaukset ovat mahdollisia. Huumoria kannattaa välttää eikä autettavan käytökselle tule nauraa.<sup>23</sup> Kiihtynyttä ihmistä vältetään koskemasta.<sup>22</sup>

★★★★★★★★★★  
Kädet esillä  
Katsekontakti  
Asiallinen ja  
kunnioittava puhe  
Pyydetään henkilöä  
istumaan  
Ei kosketusta  
Ei äkkinäisiä  
liikkeitä  
★★★★★★★★★★

Autettavan muuttuessa äänekkääksi ja uhkailevaksi, häntä kannattaa pyytää rauhallisesti istumaan, sillä se hidastaa hyökkäykseen lähtöä. Omat kädet kannattaa pitää esillä ja äkkinäisiä liikkeitä on hyvä välttää. Kiihtyneisyys, katseen harhailu, hengityksen tihentyminen, olemuksen jännittyminen ja käsien puristaminen nyrkkiin voi kertoa aikomuksesta hyökätä. Hyökkäys pyritään ehkäisemään rauhallisesti lyhyillä lauseilla ja käskyillä. Mikäli mahdollista, tulee auttajan siirtyä suojaan ja varmistaa pakotie.<sup>22</sup>



## LÄHTEET

- 1 Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. *Stakes, Tutkimuksia 137*. Helsinki: Stakes.
- 2 Lavikainen, J. – Lahtinen, E. – Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- 3 Lehtonen, J. – Lönnqvist, J. 2008. Mielenterveys. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 26–31. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 4 Lönnqvist, J. – Lehtonen, J. 2008. *Psykiatria*. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 14–17. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 5 Pirkola, S. – Sohlman, B. (toim.) 2005. *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Stakes.
- 6 Isometsä, E. 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 157–162. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 7 Leinonen, E. 2008. Mielialahäiriöt. Teoksessa *Psykiatria* (Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. – Joukamaa, M. – Isohanni, M. – Hakola, P.), 63–65, 68–69. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- 8 Isometsä, E. 2008. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 196–203. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 9 Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. 2008. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa *Psykiatria* (Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. – Joukamaa, M. – Isohanni, M. – Hakola, P.), 77–94. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- 10 Koponen, H. 2008. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 256–259. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 11 Toivio, T. – Nordling, E. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. 1. painos. Helsinki: Edita.
- 12 Lönnqvist, J. – Honkonen, T. 2008. Muut psykoosit. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 140–155. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 13 Kimppa, P. 2008. Psykoosi on mielen kaaos. *Mielenterveys. Mielenterveyden asiantuntijalehti* 5/2008, 25.
- 14 Isohanni, M. – Joukamaa, M. 2008. Skitsofrenia. – Teoksessa *Psykiatria* (U. Lepola – H. Koponen – E. Leinonen – M. Isohanni – M. Joukamaa – P. Hakola), 37–47. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- 15 Kuosmanen, L. 2008. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa *Ensihoito* (toim. Kuisma, M. – Holmström, P. – Porthan, K.), 480–482. Helsinki: Tammi.
- 16 Sahi, T. – Castrén, M., Heliö, N. – Kämäräinen, L. 2007. *Ensiapuopas*. 5.-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Suomen Punainen Risti.
- 17 Toivikko, E. Psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoito. – Teoksessa *Sairaanhoitajan käsikirja* (toim. M. Mustajoki – A. Alila – E. Matilainen – M. Rasimus) 550–551. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 18 Lund, V. 2009. Mielenterveysongelma. Teoksessa *Ensihoito-opas* (toim. Silfast, T. – Castrén, M. – Kurola, J. – Lund, V. – Martikainen, M.), 64–65. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 19 Lönnqvist, J. – Henriksson, M. – Isometsä, E. – Marttunen, M. – Heikkinen, M. 2008. Itsetuhoikäyttäytyminen. Teoksessa *Psykiatria* (toim. Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T.), 340–341. 5-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 20 Koponen, H. 2008. Itsemurhayritys. Teoksessa *Psykiatria* (Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. – Joukamaa, M. – Isohanni, M. – Hakola, P.), 234–235. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- 21 Kiiltomäki, A. 2007. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Teoksessa *Sairaanhoitajan käsikirja* (toim. Mustajoki, M. – Alila, A. – Matilainen, E. – Rasimus, M.), 550–551. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 22 Koste, L. 2007. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa *Sairaanhoitajan käsikirja* (toim. Mustajoki, M. – Alila, A. – Matilainen, E. – Rasimus, M.), 700–701. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 23 Saari, S. – Kantanen, I. – Kämäräinen, L. – Parviainen, K. – Valoaho, S. – Yli-Pirilä, P. (toim.) 2009. *Hädän hetkellä -psykkisen ensiavun opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Suomen Punainen Risti.