

Tarleena Rämä, Krista Saarinen, Sara Toitturi

# SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN OSAAMISALUEET

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja AMK

2019



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Tarleena Rämä, Krista Saarinen ja Sara Toitturi	Sairaanhoitaja AMK	Joulukuu 2019
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyön osaamisalueet		48 sivua 10 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (XAMK)		
<b>Ohjaaja</b>		
Elisa Marttila, Terhi Hede		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle opetuskäyttöön soveltuva esitys skitsofreniapotilaan hoidosta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä kehittämistutkimuksen keinoin. Työn teoriapohja koostui 7 tutkimuksesta ja 10 tieteellisestä artikkelista sekä lisäksi muusta kirjallisuudesta. Tavoitteena oli lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoisuutta skitsofrenian hoitotyöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.</p> <p>Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden kiinnostuksesta mielenterveyshoitotyötä kohtaan ja koulun tarpeesta opetusmateriaalille. Skitsofrenia valikoitui tutkittavan aiheen näkökulmaksi sen yleisyyden ja vakavuuden vuoksi. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus ja yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista. Skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyön osaamisalueita, sekä tietoa muutamasta yleisimmästä opetusmenetelmästä, joista valittiin soveltuvin työn opetusmateriaalin muodoksi. Sopivimmaksi opetusmenetelmäksi valittiin Powerpoint-esitys. Opetusmateriaali ladattiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön oppimisolustalle opiskelijoiden saataville.</p> <p>Koko opinnäytetyön prosessi sisälsi tiedonhakuja skitsofreniasta ja sen hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Aineisto kerättiin tieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Opinnäytetyön ulkopuolelle rajattiin pediatriinen ja geriatriinen näkökulma. Opinnäytetyön tuloksena toteutettu Powerpoint-esitys luotiin teorian kirjoittamisen jälkeen, jotta siitä saatiin mahdollisimman laadukas.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
skitsofrenia, hoitotyö, hoitomyöntyyvyys, opetusmateriaali, varhainen diagnoosi		

<b>Authors</b>	<b>Degree</b>	<b>Time</b>
Tarleena Rämä, Krista Saarinen and Sara Toitturi	Bachelor of Health Care, Nursing	December 2019
<b>Thesis title</b>		48 pages 10 pages of appendices
Areas of expertise in nursing a patient with schizophrenia		
<b>Commissioned by</b>		
South-Eastern Finland University of Applied Sciences XAMK		
<b>Supervisor</b>		
Elisa Marttila, Terhi Hede		
<b>Abstract</b>		
<p>The objective of this thesis was to produce a presentation suitable for teaching about nursing a patient with schizophrenia. It was produced for the South-Eastern Finland University of Applied Sciences, which was also the commissioner of the thesis. The thesis was carried out as a functional thesis with the methods of development research. The theory base of the thesis consisted of 7 researches and 10 scientific articles and other literature. The aim of the thesis was to increase the students' knowledge of the nursing of schizophrenia and the factors that have impact on it.</p> <p>The subject of the thesis was selected because of the interest of the authors in mental health nursing and because of the school's need for educational material. Schizophrenia was selected for the thesis point of view because of the extent and graveness of the disease. Schizophrenia is the most common psychosis disease and one of the biggest public health problems. About 1 % of the population has schizophrenia.</p> <p>The theory part of the thesis consists of the areas of expertise in nursing a patient with schizophrenia and information on some of the most commonly used educational methods. The most suitable method was chosen among from the ones introduced in the thesis. The selected method was a Powerpoint presentation. The educational material was uploaded online for the nursing students to use during the course in mental health and substance abuse nursing.</p> <p>The thesis process consisted of research about schizophrenia and the factors that impact the nursing of schizophrenic patients. The material was gathered from scientific articles and researches. The pediatric and geriatric points of view were defined outside of the scope of the thesis. The Powerpoint presentation was created after writing the theory base in order to verify its high quality.</p>		
<b>Keywords</b>		
schizophrenia, nursing, patient compliance, educational material, early diagnosis		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ JA KEHITTÄMISTUTKIMUS.....	7
3	SKITSOFRENIA SAIRAUTENA .....	9
4	SKITSOFRENIA POTILAAN HOITO JA TUTKIMUKSET .....	13
4.1	Lääkehoito .....	13
4.2	Hoidon suunnittelu ja toteutus .....	16
4.3	Erilaisia hoitomuotoja.....	21
5	SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN OSAAMISALUEITA ....	23
5.1	Näyttöön perustuva hoitotyö .....	23
5.2	Omahoitajuus ja hoitosuhdetyöskentely .....	24
5.3	Psykososiaalinen hoitotyö .....	26
5.4	Dokumentointi ja kirjaaminen.....	27
5.5	Kehittämisen ja kehittymisosaaminen.....	29
6	PSYKOEDUKAATIO.....	30
7	OPETUSMENETELMÄT .....	31
7.1	Luennointi .....	31
7.2	Ryhmätyö .....	32
7.3	Case-opetus .....	32
7.4	Verkkomateriaali ja verkossa oleva diamateriaali .....	33
7.5	Simulaatio-opetus .....	34
7.6	Soveltuvan opetusmenetelmän valitseminen.....	34
8	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	35
9	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	35
9.1	Kirjallisuuskatsaus sisällön laatimisen tukena .....	35
9.2	Opinnäytetyön toteutus.....	37

10	OPPIMATERIAALIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	37
11	POHDINTA .....	38
11.1	Tavoitteet ja niiden toteutuminen .....	39
11.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	40
11.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	41
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	

Liite 1. Tutkimustaulukko

## 1 JOHDANTO

Skitsofrenia on monimuotoinen psykiatrinen sairaus, johon sairastutaan useimmiten nuorena aikuisena. Skitsofreniaa voidaan kutsua myös jakomieli-taudiksi. (Huttunen 2018a.) Skitsofreniaan sairastuu noin 1 % väestöstä elämänsä aikana (Huttunen 2018a; Hätönen ym. 2014, 169; Roberson 2009). Tämä tarkoittaa, että Suomessa on tällä hetkellä noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä (Käypä hoito 2015). Se on yleisin psykoosisairaus ja yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista (Lönnqvist ym. 2012). Skitsofreniaa esiintyy maailmanlaajuisesti, eikä ihmisen etnisellä taustalla tai maantieteellisellä sijainnilla ole merkitystä sairastumisen suhteen (Roberson 2009).

Vuonna 2001 tehdyssä tutkimuksessa koskien suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia kävi ilmi, että Suomessa psykoosisairauksia esiintyi eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa. Tutkimukseen osallistuneet ihmiset, jotka sairastivat skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja olivat heikommin koulututtaneita verrattuna muuhun väestöön. Myös heidän tulotasonsa oli pienempi. Useimmat heistä elivät sinkkotaloudessa ja olivat päässeet eläkkeelle. (Lönnqvist ym. 2012.)

Sairauden ennuste on nykyään hyvä, vaikka sairaus itsessään voi olla hyvin vaihteleva (Niskanen 2014). Taudin aiheuttajaa ei täysin tiedetä, joten sen ehkäiseminen ei ole mahdollista. Sairastumiseen vaikuttava suurin riskitekijä on lähisukulaisella esiintyvä skitsofrenia, joka moninkertaistaa sairastumisriskin. (Käypä hoito 2015.)

Skitsofrenia voidaan jakaa neljään eri alalajiin. Näitä ovat paranoidinen, hebefreerinen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia. Paranoidinen skitsofrenia on sairauden yleisin muoto. (Käypä hoito 2013.) Paranoidista muotoa sairastavalle tavallista on epäluuloisuus, harhat sekä arvaamattomuus (Kuhanen ym. 2017, 254–255).

Xamk eli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Xamkilla on neljä kampusta; Kotkassa, Kouvossa, Mikkelissä ja

Savonlinnassa. Toimintansa se on aloittanut vuonna 2017 Etelä-Savon ja Kymenlaakson kampusten yhdistyessä. Xamkissa voi opiskella hyvinvoinnin-, teknologian- ja luovan talouden aloja. Tällä hetkellä opiskelijoita on noin 9400 ja työntekijöitä 800 henkilöä. (Xamk s.a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle opetuskäyttöön soveltuva esitys skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyöstä. Työn tavoitteena oli lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoisuutta skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Esitys laitettiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson oppimisolustalle opiskelijoiden saataville.

## **2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ JA KEHITTÄMISTUTKIMUS**

Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena on jokin konkreettinen tuote, kuten ohjeistus, infopaketti tai tapahtuma. Tavoitteena on tuottaa viestinnällisesti ja visuaalisesti tehokas tuote, josta tunnistaa tavoitellun päämäärän. Tuotteen tulisi erottua muista vastaavista edukseen esimerkiksi persoonallisuudellaan. Persoonallisuuden lisäksi erityisesti opasta tai ohjeistusta tehtäessä on syytä kiinnittää huomiota lähdekritiikkiin. Kerättyjen tietojen luotettavuuden varmistamisen kuvaus on osa opinnäytetyötä. Käytännön toteutus kuvataan opinnäytetyön prosessiin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei tarvitse välttämättä käyttää varsinaisia tutkimuksellisia menetelmiä. Kerättyä aineistoa ei myöskään tarvitse analysoida yhtä täsmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 52–58.)

Toiminnallinen opinnäytetyö yhdistää teorian tiedon ja käytännön ammatillisen taidon. Tuotettavan materiaalin on oltava hyödyksi opiskeltavalle alalle. Opinnäytetyö harjaannuttaa opiskelijan ajan- ja kokonaisuuksien hallintaa, yhteistyökykyä ja työelämälähtöistä innovatiivista kehittämistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159–160.)

Kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusmenetelmänsä, vaan se yhdistelee eri tutkimusmenetelmiä, joita käytetään tilanteen ja kehittämiskohteen mukaan.

Se koostuu kahdesta prosessista: kehittämistyöstä ja tutkimuksesta. Kehittämistyönä voidaan tuottaa esimerkiksi tuote, palvelu tai toiminta. Tutkimuksen tuotoksena syntyy taas itse opinnäytetyö. Täten pelkkä kehittämistyönä toteutettu tuotos ei voi olla kehittämistutkimus, vaan se vaatii teoreettisen pohjan. (Kananen 2012, 19, 45.)

Kehittämistutkimuksen perustana on jokin ilmiö tai prosessi, jota halutaan kehittää paremmaksi. Tämä kehittämiskohde voidaan muuntaa tutkimusongelman muotoon. Kehittämistutkimus alkaa aina aiheen valinnalla. Parasta on, jos opiskelijoilla on valmiiksi perustietämys opinnäytetyön aiheesta. Usein aihe muodostuu opiskelijoiden työ- tai harjoittelukokemuksista. Aiheen valitsemisen jälkeen aihe tulee täsmentää ja rajata niin, että tutkimusongelmaan on mahdollista löytää ratkaisu. (Kananen 2012, 13–14.) Hyvä tutkimusongelma on tarpeeksi tarkka ja relevantti tutkimuksen tarkoitusta ajatellen. Mikäli ongelma on liian laaja, johtaa se helposti ongelmiin liian suuren aineiston takia. Tutkimusongelma ei kuitenkaan saa olla liian suppea ja siihen tulee olla mahdollista vastata kirjallisuuden avulla. Liian suppealla kysymyksellä aineisto jää liian niukaksi. Alustavasta kirjallisuushausta on apua tutkimuskysymyksen asettelussa. Sillä tutkija saa käsityksen jo olemassa olevasta tutkimustiedosta ja siitä, onko tutkimuskysymykseen mahdollista vastata niiden perusteella. (Stolt ym. 2013, 24–25.)

Aiheen täsmennettyä päätetään sopivat tiedonkeruumenetelmät ja kerätyn tiedon analyysimenetelmä, mikäli sellaista käytetään. Tärkeää on dokumentoida kaikki opinnäytetyöprosessin aikana toteutetut vaiheet ja muistaa, että kehittämistutkimus nojaa aina teoriaan tai teorioihin. Kehittämistutkimus voidaan toteuttaa joko tuottamalla uutta tietoa aiheesta tai viemällä jo tutkittua asiaa uuteen toimintaympäristöön. (Kananen 2012, 13–14, 19.)

Suunnitteluvaiheessa tutustutaan siihen, mitä aiheesta on kirjoitettu aikaisemmin. Kehittämistutkimukseen kuuluu keskeisenä osana kirjallisuuskatsaus, josta muodostuu työn teoreettinen viitekehys. Kirjallisuuskatsauksen avulla kirjoittajat oppivat ymmärtämään paremmin tutkittavaa ilmiötä. Suunnitteluvai-



heen jälkeen alkaa niin sanottu kenttävaihe, jonka aikana muodostetaan opinnäytetyön muodostava aineisto. Kenttätyön ja opinnäytetyön kirjoituksen voi tehdä samanaikaisessa eli synkronisessa prosessissa tai toteuttaa ne erillisinä peräkkäisinä prosesseina. Synkronisessa prosessissa etuna voi olla syvällisempi analyysi, mutta liiallinen paneutuminen yksityiskohtiin voi estää laajemman näkökulman toteutumisen. (Kananen 2012, 48–49.)

Tämä opinnäytetyö toteutui toiminnallisena kehittämistutkimuksena: tutkimuksellinen osio muodostui kirjoitetusta teoriaosuudesta, johon etsimme mahdollisimman ajankohtaista tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Aluksi tarkoitus oli tehdä työ yleisesti mielenterveystyöstä, mutta aihetta rajattiin rajusti laadukkaan opinnäytetyön varmistamiseksi. Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyö valikoitui aiheeksi sen ajankohtaisuuden, yleisyyden ja tekijöiden mielenkiinnon takia. Aiheesta löytyi myös runsaasti tietoa, mikä helpotti teoriapohjan muodostamista. Tutkimuskysymykset muodostuivat kahdesta opinnäytetyön pääelementistä: skitsofreniapotilaan hoitotyöstä ja aiheesta tuotettavasta opetusmateriaalista. Toiminnallinen osuus ja niin sanottu kenttätyö koostui Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle tehdystä verkkomateriaalista, jonka teossa hyödynnettiin tutkimuksellisessa osiossa saatuja tietoja. Toteutimme ensin kirjallisen osuuden, jonka jälkeen aloimme vasta työstää opetusmateriaalia. Näin pystyimme paremmin suunnittelemaan ja toteuttamaan loogisesti etenevän Powerpoint-esityksen.

### **3 SKITSOFRENIA SAIRAUTENA**

Skitsofrenia voidaan jakaa neljään eri alalajiin. Näitä ovat paranoidinen, hebefreerinen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia. (Käypä hoito 2013.)

Paranoidista muotoa sairastavalle tavallista on epäluuloisuus, harhat sekä arvaamattomuus (Kuhanen ym. 2017, 254–255). Paranoidinen skitsofrenia on skitsofrenian yleisin muoto. Hebefreenisessä skitsofreniassa sairastuneella on huomattavissa suuria tunne-elämän muutoksia. Sairastuneen käytös on äkkipikaista ja harha-aistimukset ovat häilyviä. Kaavamainen käyttäytyminen on tyypillistä hebefreenistä muotoa sairastaville. (Käypä hoito 2013.) Katatonialla tarkoitetaan psykomotoristen oireiden perusteella tunnistettavaa tilaa, jossa sairastuneen mielialat vaihtelevat sekä hänen motorinen toimintansa voi olla

joko kiihtynyttä tai lamaantunutta. Katatonian vaikeusaste vaihtelee lievästä hengenvaaralliseen. (Korkeila 2013.) Erilaistumaton skitsofrenia täyttää ICD-10-tautiluokituksen skitsofrenian kriteerit, mutta se ei muodoltaan sovi mihinkään edellä mainittuihin skitsofrenian alalajeihin (Käypä hoito 2013).

Sairauden oireet vaihtelevat yksilöllisesti sairastuneilla eri vaiheiden mukaan (Käypä hoito 2015). Oireet jaetaan perinteisesti positiivisiin ja negatiivisiin. Positiiviset eli psykoottiset oireet sisältävät aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuuden. Myös omituinen käyttäytyminen luetaan positiivisiin oireisiin. Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunne-elämän ja puheen köyhtyminen, sosiaalisista suhteista vetäytyminen sekä aloitekyvyn heikkeneminen. (Hätönen ym. 2014, 119; Käypä hoito 2015; Pulkkinen & Vesanen 2017.) Positiivisten ja negatiivisten oireiden lisäksi oireet voidaan jaotella myös kognitiivisiin oireisiin. Kognitiiviset oireet ilmenevät erilaisina toimintakyvyn ongelmina, jotka liittyvät keskittymiskykyyn ja muistiin. (Skitsofreniainfo s.a.) Arjessa ne voivat näyttäytyä esimerkiksi vaikeutena paneutua keskusteluun tai kyvyttömyytenä saada asioita tehtyä (Viertio ym. 2016). Vahvojen negatiivisten oireiden ja korkean psykoosilääkityksen on todettu heikentävän merkittävästi skitsofreniapotilaan kognitiivista toimintakykyä. Myös keskimääräistä matalamman tai korkeamman syntymäpainon on todettu vaikuttavan negatiivisesti kognitiiviseen toimintakykyyn. (Torniainen 2013, 50–53.)

Aistiharhoista tavallisimpia ovat kuuloharhat. Aistiharhoista yleisemmin käytetty termi on hallusinaatio. Tyypillisemmin skitsofreenikko kuulee puhetta, joka toistaa hänen omia ajatuksiaan tai kommentoi hänen tekemisiään. Äänien määrät voivat vaihdella, kuten myös niiden luonne. Skitsofreniaan sairastunut voi myös keskustella äänien kanssa. Toisilla äänet voivat olla käskeviä tai syyttäviä. Kuuloharjojen lisäksi myös muut harhat eli näkö-, tunto- ja makuharhat ovat mahdollisia. Harhaluulot eli deluusiot ovat uskomuksia, joihin sairastunut vahvasti uskoo. Vahvat uskomukset voivat hallita sairastuneen ajatusmaailmaa ja täten heikentävät sairastuneen sosiaalista toimintakykyään. Paranoidisissa eli vainoharhaisissa harhaluuloissa skitsofreenikolle tyypillistä ovat pelot esimerkiksi vainotuksi tulemisesta. Pelot ovat yleensä aiheettomia.

Sairastunut voi luulla lehtikirjotuksen koskevan suoraan häntä tai hän voi tulkita ihmisten eleitä ja puheita väärin. Vaikeissa sairauden muodoissa skitsofreniaan sairastunut voi kuvitella, että hänen ajatuksensa kuuluu muille, tai että häntä ohjaa jokin ulkopuolinen voima. (Huttunen 2018a.)

Puheen ja ajatusten häiriöt ovat yleisiä sairastuneilla. Skitsofreenikon puhe voi olla täysin poukkoilevaa ajatuksesta toiseen ja se voi sisältää sairastuneen omia sanoja, joita kutsutaan neologismeiksi. Toisaalta skitsofreniaan sairastuneen puhe voi olla todella yksityiskohtaista, joka takertuu pieniin asioihin tai vaihtoehtoisesti monotonista saman asian toistamista. Tunne-elämän ja tunneilmaisuiden eri asteiset vaikeudet ovat ominaisia kroonisesti sairastuneille skitsofreenikoille. Kykenemättömyys tuntea erilaisia tunteita voi ajaa sairastuneen vakavan masennuksen kaltaiseen tilaan, eikä hän tunne nautintoa elämästä. Skitsofreniaan sairastunut henkilö ei välttämättä myöskään tunne vastakohtaisia tunteita kuten surua tai pelkoa. Nämä oireet voivat oleellisesti vaikeuttaa sairastuneen sosiaalista elämää. Anhedonia eli kyvyttömyys tuntea nautintoa voi olla myös sivuvaikutus psykoosilääkkeistä. Neuropsykologiset vaikeudet eli keskushermoston toiminnan häiriöt ovat yleisiä skitsofreniaan sairastuneille. Yleisimpiä näistä ovat tarkkaavaisuuden ja keskittymisen häiriöt, päätöksenteon vaikeudet sekä tiedon vastaanottaminen ja käsitteleminen. Nämä oireet on syytä ottaa huomioon muun muassa kuntoutussuunnitelmaa tehdessä. Kaikilla skitsofreniaan sairastuneilla ei ole näitä ongelmia, vaan osa voi olla vastakohtaisesti hyvin luovia. (Huttunen 2018a.)

Sairauden aiheuttajaa ei vielä täysin tiedetä, joten sen ehkäiseminen ei ole mahdollista. Sairastumiseen vaikuttava suurin riskitekijä on lähisukulaisella esiintyvä skitsofrenia, jolloin sairastumisriski on moninkertainen. Tästä huolimatta valtaosalla sairastuneiden perheissä ei kuitenkaan esiinny kyseistä sairautta tai muitakaan psykooseja. (Käypä hoito 2015.) Lisäksi sairastumisen riskiä kasvattaa sikiöaikana tai ensimmäisinä elinvuosina sairastetut infektiot, aliravitseminen sekä D-vitamiinin ja folaatin puutostilat (Kieseppä & Suvisaari 2016). Raskausaikana äidin alhaisilla tyroksiiniarvoilla on todettu olevan yhteys skitsofreniaan (Gyllenberg 2017). Skitsofreniaan sairastuneet ovat keskimäärin muita enemmän joutuneet lapsena kaltoin kohdelluiksi. Lapsuusiässä

koettu voimakas stressi vaikuttaa dopamiinijärjestelmään, jolla on todettu olevan yhteys sairauteen. (Kieseppä & Suvisaari 2016.) Skitsofreniapotilailla on keskimäärin viivästynyt motorinen kehitys lapsena. Heillä on myös enemmän käyttäytymis- ja ahdistusoireita lapsuudessa. (Gyllenberg 2017.) Kannabiksen käytöllä on todettu riski laukaista psykoosi, joten skitsofreenikoita tulisi varoittaa kyseisen huumausaineen käytön riskeistä (Käypä hoito 2015). Huttunen (2018a) mainitsee tekstissään, että osalla skitsofreniaan sairastuneilla on todettu olevan muutoksia aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnassa ja rakenteessa. Tällä löydöksellä voidaan selittää skitsofreenikoiden vaikeudet keskittymisessä, lyhytkestoisessa muistissa ja päätöksenteossa.

Sydän- ja verisuonisairaudet ja metaboliset häiriötilat ovat yleisiä skitsofreniaa sairastaville. Jopa 75 % skitsofreenikoista sairastaa jotakin somaattista sairautta. (Salokangas 2009.) Sydän- ja verisuonisairauksien ja metabolisten häiriötilojen lisäksi skitsofreniaa sairastavilla yleistä on ylipainoisuus, jonka myötä veren kolesteroliarvot ovat kohonneet. Myös luuston heikkous, D-vitamiinin puutos ja heikentynyt näkö nousivat esille Terveys 2000 -tutkimuksessa. Skitsofreniaan sairastuneet kokivat elämänlaatunsa heikentyneeksi, minkä pääsyyinä olivat masennusoireet. Psykoosisairauksissa somaattisia sairauksia lisäävät epäterveelliset elämäntavat, kuten esimerkiksi tupakointi ja liikunnan harrastamattomuus. (Lönngqvist ym. 2012.) Näiden eri sairauksien vuoksi skitsofreniaa sairastavien oletettu elinikä on jopa 25 vuotta lyhyempi verrattuna muuhun väestöön (Niskanen 2014). Eliniän odotteeseen vaikuttaa skitsofreniaa sairastavan hoitoon hakeutuminen ja hoitomyönteisyys (Lönngqvist ym. 2012).

Tutkimuksessa, johon osallistui 250 000 skitsofreniapotilasta, todettiin naisten eliniänodotteen olevan noin 60 vuotta ja miesten 68 vuotta (Yle 2017). Sydän- ja verisuonisairauksiin kuolleisuus on jopa 40 % (Niskanen 2014). Negatiiviset oireet, kognitiiviset häiriöt, epäterveellinen elämäntapa, lääkitys ja hoidon viivästyminen myötävaikuttavat sairastumisiin. Psykiatrisessa hoidossa onkin syytä kiinnittää huomiota skitsofreniaa sairastavien potilaiden somaattiseen terveyteen. (Salokangas 2009.)

## 4 SKITSOFRENIAPOTILAAN HOITO JA TUTKIMUKSET

Mielenterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja ihmisen hyvinvoinnin perusta. Kun mielenterveyden tasapaino järkkyy, ihminen voi sairastua. Ihmisellä on erilaisia sairastumiselle altistavia ja laukaisevia tekijöitä, mutta myös suojaavia tekijöitä. Sairaanhoidajan on tärkeää tunnistaa nämä tekijät ja ominaisuudet mielenterveyshoitotyötä tehdessään ja tukea työssään asiakkaan vahvuuksia ja voimavaroja. Tavoitteena on tunnistaa sairastumisen riskit mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Kuhanen ym. 2010, 16.)

Kuhasen ym. (2010, 176) mukaan sairaanhoidajan on tunnettava keskeisimmät mielenterveyshäiriöt, niiden hoitopolku, potilaan hoidon suunnittelu, hoitotyön toteuttaminen ja sen arviointi. Hoitopolku tulee tuntea sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Wright ja McKeown (2018, 24) taas jakavat osaamisen tiedollisiin ja käytännön taitoihin. Psykiatrasta hoitotyötä toteuttavan sairaanhoidajan osaamisalueita heidän mukaansa ovat yhteistyötaidot, arviointitaidot, ihmissuhde- ja kommunikaatio-osaaminen sekä hoitajaan itseensä ja ajatteluunsa liittyvät hallinta- ja tiedostamistaidot.

### 4.1 Lääkehoito

Lääkehoidon osaaminen on keskeinen osa sairaanhoidajan toteuttamaa psykiatrasta hoitotyötä. Mielenterveyspotilasta hoitavan on tunnettava käytettävien lääkkeiden vaikutukset, hyödyt ja haitat. Tärkeää on tietää erityisesti eri psykykenlääkeryhmien käyttötarkoituksista. Potilaan motivointi ja kiinnittäminen omaan lääkehoitoonsa on asia, joka mielenterveyspotilasta hoitavan henkilön on osattava. Hoitajalla on oltava riittävät tiedot psykykenlääkkeistä, jotta hän voi ymmärtää potilaan esiintuomia lääkkeen vaikutuksia. (Kuhanen ym. 2010, 252.)

Psykoosilääkkeet eli antipsykootit ovat skitsofrenian hoidossa käytetty suurin lääkeyhmä (Hämäläinen ym. 2017, 303). Antipsykootit vähentävät ahdistuneisuutta, aggressiivisuutta ja levottomuutta (Nurminen 2012, 330). Antipsykoteilla voidaan huomattavasti vähentää skitsofrenian niin kutsuttuja positiivisia oireita ja ehkäisemään psykooseja (Leinonen ym. 2015; Nurminen 2012, 330).

Kuten jokaisella potilaalla skitsofrenia oireilee yksilöllisesti, niin myös antipsykoottien teho on yksilöllistä (Hämäläinen ym. 2017). Usein joudutaan pohtimaan lääkityksen tehon ja siedettävyyden välillä (Tiihonen 2019). Äkillisesti psykoosiin sairastanut voi tarvita ja sietää suurempia lääkeannoksia kuin jo pitkään sitä sairastaneet (Hämäläinen ym. 2017, 303–304; Nurminen 2012, 330). Lääkehoito kuitenkin aloitetaan mahdollisimman pienellä annoksella haittavaikutusten minimoimiseksi (Nurminen 2012, 330). Lääkeannosten säätämisen ja sen vaikutuksen seurannan on tapahduttava valvonnassa. (Hämäläinen ym. 2017, 303–304; Tiihonen 2019.) Määrättyä psykoosilääkitystä on jatkettava potilaskohtaisesti 2–5 vuotta tasaantumisvaiheen jälkeen. Lääkeannoksia voidaan tämän jälkeen hiljalleen alkaa purkamaan potilaan vointia tiiviisti seuraten. (Leinonen ym. 2015.) Lopettaessa lääkeannos puretaan hiljalleen noin kahden kuukauden aikana, sitä nopeampaan purkuun liittyy psykoosin uusintariski (Nurminen 2012, 330). Psykykkisen voinnin heiketessä on palattava aiempaan annokseen (Leinonen ym. 2015).

Antipsykootit voidaan jakaa kahteen ryhmään; klassisiin eli perinteisiin antipsykootteihin ja uudempiin antipsykootteihin. Klassiset antipsykootit vaikuttavat dopamiinijärjestelmään. Järjestelmän säätely lievittää psykoottisia oireita. Klassisten antipsykoottien käytössä voi sivuvaikutuksena esiintyä niin kutsuttuja veto-oireita. Myös veto-oireet voidaan jakaa kahteen osaan; akuutit ja krooniset oireet. Akuutit oireet riippuvat lääkeaineen annoksesta. Oireita ovat jäykkyys, vapina, lihasjänteyshäiriö ja pahanlaatuinen neuroleptisyndrooma. Akuutit oireet esiintyvät ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana. Krooniset oireet taas esiintyvät kuukausien tai vuosien käytön jälkeen. Krooniset oireet ovat pitkäaikaisia, eivätkä välttämättä häviä lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen. Oireet esiintyvät kasvojen alueen pakkoliikkeinä ja lihastoiminnan liika-tilkkautena ja ne kehittyvät hitaasti. Töpöttävä kävely, lepovapina, kasvojen ilmeettömyys, lihasten tooniset kouristelut, verenpaineen lasku, rytmihäiriöt, näön hämärtyminen, virtsaamisvaikeudet ja hormonaaliset häiriöt ovat myös antipsykoottien haittavaikutuksia. Vaikeiden haittavaikutusten esiintyessä on harkittava lääkityksen vaihtamista toiseen. (Hämäläinen ym. 2017, 303–305.) Klassiset antipsykootit tehoavat hyvin skitsofrenian positiivisiin oireisiin, mutta

huonosti negatiivisiin oireisiin. Klassisia antipsykootteja ovat muun muassa haloperidoli, levomepromatsiini ja perfenatsiini. (Nurminen 2012, 331, 333).

Uudemmat antipsykootit eli niin sanotut toisen polven psykoosilääkkeet, aiheuttavat pääsääntöisesti vähemmän neurologisia haittavaikutuksia kuin klassiset antipsykootit. Toisen polven psykoosilääkkeet vaikuttavat dopamiinijärjestelmän lisäksi serotoniinireseptoreihin. Haittavaikutuksina voi olla esimerkiksi painonnousua ja veren rasva- ja glukoosiarvojen suurentumista. Ennen lääkityksen aloittamista tulee selvittää potilaan riskitekijät sydän- ja verisuonisairauksiin sekä diabetekseen. Painoa, verenpainetta, veren kolesteroli-, triglyseridi- ja verensokeriarvoja on seurattava lääkehoidon aikana. Esimerkkinä toisen polven antipsykoteista ovat aripipratsoli, ketiapiini, olantsapiini ja klotsapiini. Klotsapiini-lääkityksessä haittavaikutuksena on veren valkosolujen väheneminen ja agranulosytoosi, joten säännöllinen verenkuvan seuraaminen on avainasemassa klotsapiinia käytettäessä. Näiden mainittujen haittavaikutusten takia klotsapiini on yleensä viimeinen lääkitysvaihtoehto, kun mikään muu antipsykootti ei ole antanut hoitovastetta. (Nurminen 2012, 332–333.) Nykyisin psykoosilääkehoito aloitetaan tavallisimmin aripipratsolilla, olantsapiinilla tai risperidonilla. Yli 40 % suomalaisista skitsofreniapotilaista käyttää useampaa kuin yhtä antipsykoottia. (Tiihonen 2019.)

40–65 % avohoitopotilaista ei kiinnity lääkehoitoonsa ja jättää ainakin toisinaan noudattamatta saamiaan lääkitysohjeitaan (Saari 2015). Skitsofrenialle ominaista on sairausepisodien uusiutuminen. Potilaalle suunniteltu lääkitys pienentää uusiutumisen riskiä, mutta edellyttää potilaalta sitoutumista omaan hoitoonsa. Psykoosipotilaista jopa 70 % käyttää määrättyä pienempää annosta. Lääkehoitoon sitoutuminen vaihtelee myös jaksoittain potilailla. Lääkitykseen epäsäännöllinen sitoutuminen altistaa uusille sairaalajaksoille sekä sairauden vaikenemiselle. Määrätyn lääkityksen lopettaminen viisinkertaistaa riskin sairausepisodin uusiutumiselle. (Oksanen 2015.) Mikäli potilas on sairautentunnoton eikä sitoudu lääkehoitoonsa, voi pitkävaikutteinen injektio-lääkitys olla tarpeellinen (Nurminen 2012, 330). Yleisesti ottaen injektio-lääkitys vähentää psykoosin uusiutumista jopa 30 % (Tiihonen 2019).

Skitsofreniapotilaiden sitoutumista lääkehoitoonsa on tutkittu paljon. Päihdeongelma on yksi merkittävimmistä tekijöistä, joka vaikuttaa lääkehoitoon sitoutumista. Tämä perustuu päihteiden käytön aiheuttaman epäsäännöllisen elämän vaikutuksella. Lääkkeenotto ja reseptien uusiminen unohtuu helposti. Toinen merkittävä tekijä on lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Skitsofreniaa sairastavilla kognition puutteet heikentävät oireiden tiedostamista ja täten omasta sairaudestaan. Luottamuksellisen hoitosuhteen koetaan lisäävän potilaan sitoutumista lääkehoitoon. (Oksanen 2015).

#### **4.2 Hoidon suunnittelu ja toteutus**

Skitsofreniapotilaan hoidon kulmakiviä ovat luottamuksellinen hoitosuhde sekä ajantasainen ja yksilöllinen hoitosuunnitelma (Käypä hoito 2015). Mielenterveyslaki (21.12.2001/1423, 22 b §) määrittelee, että jokaiselle potilaalle on laadittava hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma on potilaan ja hoitotyöryhmän välisen keskustelun tulos. Hoitosuunnitelmassa on määriteltävä hoidon tavoite ja keinot tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitosuunnitelman luominen yhdessä potilaan kanssa motivoi potilasta hänen omaan hoitoonsa. Hoidolle on myös suunniteltava aikataulu. (Kuronen ym. 2019.)

Huolellinen haastattelu on ainoa keino saada riittävästi tietoa potilaan psyykkisestä tilasta (Moilanen 2013, 888). Se on myös luottamuksellisen yhteistyösuhteen alku (Hätönen ym. 2014, 113). Olemuksesta huomiota kiinnitetään muun muassa ulkonäköön ja elekieleen. Hoitamaton ulkonäkö kertoo potilaan suhtautumisesta itseensä ja heikentyneestä toimintakyvystä. (Moilanen 2013, 888.) Potilaan jähmeys voi viitata niin skitsofreniaan kuin masennukseenkin, mutta voi johtua myös käytetystä lääkityksestä (Hätönen ym. 2014, 117). Epäilevä ja pälyilevä elekieli voi kieliä psykoosista, kuten myös epäasianmukaiset tunnereaktiot. Lisäksi tarkistetaan potilaan orientaatio aikaan ja paikkaan. Psykoosi tai psykoottiset oireet aiheuttavat usein myös kognitiivisten taitojen heikentymistä, joka voi ilmetä esimerkiksi ongelmina lähimuistissa (Hätönen ym. 2014, 118; Moilanen 2013, 889). Toisaalta puutteet kognitiivisissa toiminnoissa voivat viitata myös somaattisiin sairauksiin (Hätönen ym. 2014,



118). Psykoottisen potilaan käyttäytyminen ja puhe voi olla hajanaista eikä ulkopuolinen välttämättä ymmärrä potilaan puheen logiikkaa. Aistiharhoista ja harhaluuloista tulee kysyä potilaalta suoraan. (Moilanen 2013, 888–889.)

Psykoosin arviointi ja huomaaminen voi olla hankalaa, varsinkin mikäli kyse on hitaasti kehittyneestä psykoositilasta eikä akuutista psykoosista. Psykoosin kulmakivinä pidetään todellisuudentajun häiriintymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Psykoosiin liittyvät epäspesifiset oireet, kuten masentuneisuus, voivat peittää psykoosin varsinaiset oireet. Oireet voivat liittyä alkavan skitsofrenian lisäksi esimerkiksi harhaluuloisuushäiriöön. (Moilanen 2013, 886.) Potilas voi olla sairautentunnoton eikä ymmärrä oireidensa liittyvän mielenterveydenhäiriöihin tai hänen voi olla vaikea hyväksyä sitä. Sairautentunnottomuudesta huolimatta hän saattaa silti haluta apua ja hoitoa. (Hätönen ym. 2014, 119.)

Ensipsykoosin ilmaantuessa on potilas ohjattava psykiatriseen erikoissairaanhoidon tutkittavaksi (Käypä hoito 2015). Sairauden diagnosointi on kliininen, joka perustuu esitietoihin potilaan oireiden, toimintakyvyn ja suvun perusteella, sekä psykiatriseen ja somaattiseen tutkimukseen. Diagnoosin voi tehdä vain psykiatrian erikoislääkäri. Sairauden diagnosointi perustuu ICD-10-tautiluokitukseen. Standardoituja mittareita suositellaan käytettäväksi potilaan kliinisen tilan tutkimisessa. Niiden koetaan lisäävän tutkimisen laajuutta ja luotettavuutta. Ensimmäisen psykoosin kohdalla somaattinen puoli on myös tutkittava, jotta voidaan poissulkea psykoosin johtuminen jostakin somaattisesta sairaudesta. (Käypä hoito 2015; Saari ym. 2015.) Somaattisiin tutkimuksiin kuuluvat potilaan yleis- ja neurologisen tilan tutkiminen, laboratoriotutkimukset ja joskus kuvantamistutkimukset, vaikkakaan skitsofreniaa ei voida todeta verikoetulosten perusteella (Hirvonen & Salokangas 2010; Käypä hoito 2015).

Skitsofrenian diagnosoimiseksi vaaditaan ainakin kaksi seuraavista tyypillisistä oirekuvista, sekä oireiden keston on oltava vähintään kuukausi:

1. Harhaluulot
2. Aistiharhat
3. Hajanainen puhe
4. Pahasti hajanainen tai outo käytös tai selvämotorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys

5. Ns. Negatiiviset eli puutosoireet (tunneilmaisujen selvä latistuminen, puheen selvä köyhtyminen tai tahdottomuus)

Lisäksi diagnoosiin vaaditaan, että epäillyn sairastuneen sosiaalinen toimintakyky on oleellisesti heikentynyt ja heikentyminen on jatkunut muutaman kuukauden ajan. (Huttunen 2018a.)

Noin 75 %:lla esiintyy ennen tautiin sairastumista niin sanottuja prodromaali- eli ennakko-oireita. Oireet voivat esiintyä kuukausia – paria vuotta aikaisemmin ennen taudin varsinaista ensijaksoa. Oireet vaikeutuvat ja pidentyvät kestoltaan ennen ensipsykoosia. (Juola ym. 2015.) Ennakko-oireita on monia, kuten esimerkiksi mielialan vaihtelut, eristäytyminen muista ihmisistä, oudot ajatukset ja käytös, keskittymisvaikeudet, stressin sietokyky alenee, unihäiriöt ja lyhytaikaiset harhat (Huttunen 2018a). Ohimenevät psykoosioireet kertovat suuren riskin vaiheesta. Tässä vaiheessa kyse ei vielä ole psykoosista, mutta 15–29 %:lla psykoosi puhkeaa 1–3 vuoden kuluessa. (Oksanen ym. 2016.) Ennakko-oireiden ilmaantuessa lääkäriin hakeutuminen voi viivästyttää tai jopa estää sairauden ilmaantumisen tai lievittää taudin vaikeutta (Huttunen 2018a; Hätönen ym. 2014, 170). Prodromaalioireet eivät aina välttämättä johda psykoosiin (Granö ym. 2017).

Potilaan kuntoutumisen etenemistä on seurattava aktiivisesti, jotta nähdään ovatko tavoitteet ja hoitosuunnitelma inhimilliset, vai täytyykö niitä muuttaa. Potilaalle itselleen on annettava riittävästi tietoa sairaudesta ja sen eri hoitomuodoista, jolloin potilas kykenee itse osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Tavoitteita asettaessa on mietittävä potilaan elämäntilanne ja hänen oma sitoutumisensa sairauden hoitoon. Potilaan hoitoa koskevat päätökset tehdään yhdessä hoitoon osallistuvien ammattiryhmien, potilaan sekä potilaan omaistensa kanssa. (Huttunen 2017.) Potilaan vastuuttaminen omasta hoidostaan lisää potilaan kokemaa osallisuutta (Laitila 2010, 112). Ristiriitatilanteissa ammattilaisen on osattava perusteltava oma näkökulmansa (Hätönen ym. 2014, 126–128).

Skitsofreniaan liittyy yleensä heikentynyt sairudentunto. Tämä vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Skitsofreniaa sairastavilla tyypillistä on huono hoitoon sitoutuminen. Sairudentunnon kehittämisen keinoista löytyy niukasti tutkittua tietoa. Huono hoitoon sitoutuminen tulisi tunnistaa mahdollisimman varhain, jotta potilaalle voidaan esimerkiksi psykoedukaation avulla lisätä hoitomyönteisyyttä. Heikon sitoutumisen syy tulisi aina selvittää. Sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa viiteen alalajiin maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan: sosioekonomisiin, hoitoon liittyviin, potilaaseen liittyviin, olosuhteisiin liittyviin ja terveydenhuoltojärjestelmään tai palvelun tuottajaan liittyviin tekijöihin. Hoitoon sitoutuminen skitsofreniaa sairastavilla on vaihtelevaa. Positiivisten oireiden eli harha-aistimusten määrällä sekä negatiivisilla oireilla on yhteys huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Hietala ym. 2019.)

Yhteisöllisyys mielenterveyshoitotyössä on tärkeä osa kuntoutusta, ja mielenterveyshoitotyössä hyödynnetäänkin hoito- ja kuntoutusyhteisöä. Yhteisöhoitossa käytetään hyödyksi sosiaalista ja fyysistä ympäristöä. Ympäristöä hyödynnetään potilaan hoidollisten ja kuntoutuksellisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteisöhoitolla tarkoitetaan hoidollista toimintaa, joka pyrkii tietoisesti hyödyntämään inhimillisyyttä, pyrkimystä, tasa-arvoa ja sosiaalisia voimia. Yhteisöhoito hoitaa potilasta ja tukee potilasta, sillä yhteisö takaa potilaan saaman vertaistuen. Yhteisö tukee, motivoi ja kannustaa yksittäistä henkilöä. Yhteisöhoitossa on tavoitteena potilaslähtöinen yhteistyö ja siinä korostuu vuorovaikutus. Hoidossa pyritään henkilön itsemääräämisoikeuden lisäämiseen sekä hoito- ja kuntoutusyksikön, perheen ja sosiaalisen verkoston yhdistämiseen. (Hämäläinen ym. 2017, 205.)

Sairauden hoito on mahdollisuuksien mukaan toteutettava avohoidossa (Käypä hoito 2015). Avohoidon lisäksi potilas voi tarvita pitkiäkin sairaalajaksoja kuntoutumisen tueksi. Sairaalahoitoon ohjaututaan aina lääkärin lähetteellä. Lääkäri voi kirjoittaa täysi-ikäiselle potilaalle lähetteen, jos potilas tiedostaa itse oman tilanteensa ja on valmis aloittamaan hoidon vapaaehtoisesti. Lääkäri voi määrätä tahdosta riippumattoman M1-tarkkailulähetteen, jos katsoo potilaan tilan sairaalahoidoa tarvitseväksi. Lähetete kirjoitetaan kliinisin pe-

rustein. Näin toimitaan, kun potilas on sairaudentunnoton eikä suostu vapaaehtoiseen hoitoon. Potilas voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon vain silloin, kun hän tarvitsee akuuttia hoitoa ja on vaaraksi itselle tai muille. Tahdonvastaiseen hoitoon määrääminen tapahtuu neliportaisesti mielenterveyslain määräämän ohjeen mukaisesti. Jos potilas on määrätty hoitoon M1-tarkkailulähetteellä, tulee tarkkailusta vastaavan lääkärin ottaa kantaa viimeistään neljäntenä päivänä hoidon jatkosta tai sen päättämisestä. Mikäli hoitoa jatketaan, tulee lääkärin kirjoittaa M2-lausunto, jossa tulee olla perustelut hoidon jatkumisesta. Pakkohoitopäätös puretaan heti, kun sille ei enää ole perusteita. Mikäli tahdosta riippumatonta hoitoa jatketaan, tulee psykiatriasta vastaavan ylilääkärin tai psykiatrian erikoislääkärin kirjoittaa M3-lausunto. Potilasta kuullaan lausunnosta. M1-lähetteen kirjoittanut lääkäri ei voi kirjoittaa M2-lausuntoa eikä M2-lausunnon kirjoittanut lääkäri voi tehdä päätöstä hoitoon määräämisestä. Näin toteutuu lain vaatima kolmen lääkärin näkemys hoidon tarpeellisuudesta. (Huttunen 2018b.)

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu mielenterveyspotilaille, jotka eivät pärjää omassa kodissaan, vaan tarvitsevat ympärivuorokautista tukea ja avustusta. Tehostettu palveluasuminen on yhteisöllistä asumista ryhmäkodissa. Koulutettu ammattihenkilöstö auttavat asukkaita selviämään päivittäisistä toiminnoista ja tukevat heidän kuntoutumistaan. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri, kun taas palveluasumisessa asukkaiden tulee pärjätä yöt ilman valvontaa. Palveluasumisessa korostuu itsenäisen asumisen taitojen opettelu, kuten omasta asunnosta huolehtiminen ja yhteisön kotitöihin aktiivinen osallistuminen. Tehostetussa yksikössä henkilökunta voi avustaa asukasta esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja siivouksessa, kun taas palveluasumisessa nämä asiat ovat enemmän asukkaan omalla vastuulla. (Mielenterveystalo s.a.)

Tuetussa asumisessa mielenterveyskuntoutuja saa tarvitsemansa tukipalvelut kotiin. Tavoitteena on tukea kuntoutujan itsenäistä asumista ja mahdollistaa kotona pärjääminen riittäväillä tuilla. Tuettu asuminen toteutetaan yleensä terveyden- ja sosiaalihuollon yhteistyönä, mutta vaihtelua on eri kuntien välillä. Kotona asumisessa pyritään huomioimaan perheen ja tukiverkoston yhteistyö.

Kuntoutuksen avulla mielenterveyskuntoutuja opettelee hallitsemaan sairautta ja suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista itsenäisemmin. Kuntoutuja pyrkii käyttämään kodin ulkopuolisia palveluita sekä löytämään toimintaa vapaa-ajalleen. (Mielenterveystalo s.a.)

### 4.3 Erilaisia hoitomuotoja

Skitsofrenian hoidossa korostuu erilaisten hoitojen yhdistäminen. Eri hoitojen yhdistäminen muodostaa potilaalle soveltuvan ja toipumista edistävän yksilöllisen kokonaisuuden. (Käypä hoito 2015.)

Toiminnallisella kuntoutuksella tarkoitetaan sairastuneen toimintakyvyn ylläpitämistä ja tukemista hoitosuunnitelman mukaisesti. Toiminnallinen kuntoutus voi sisältää esimerkiksi erilaisia toiminnallisia ryhmiä, teemaryhmiä, työtoimintaa ja liikunnanohjausta. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä s.a.) Kuntoutus voi sisältää myös tavallisia jokapäiväisiä asioita kuten kodinhoitoa tai ruoanlaittoa (Mielenterveystalo s.a.).

Aivojen sähköhoito eli ECT, joka muodostuu sanoista *electronconvulsive therapy* on nukutuksessa annettava hoitomuoto, jossa sähkövirta johdetaan kalloon (Partonen ym. 2019). Hoitoa annetaan katatonisen tilan hoitoon ja se voi auttaa vaikeisiin deluusioihin. ECT-hoitojen aloitus voi olla perusteltua, mikäli skitsofrenian oireisiin tarvitaan nopeaa helpotusta tai muut hoidot eivät tehoa. (Leppämäki 2012.) ECT-hoidosta on myös hyötyä klotsapiiniresistenssin hoidossa (Tiihonen 2019). Hoidon tavoitteena on saada potilaalle mahdollisimman tehokas kouristuskohtaus. Tehokkaan kouristuksen tulisi kestää 25-150 sekuntia. Sähkövirran on oltava tarpeeksi tehokas, jotta ärsyke leviäisi mahdollisimman laajalle alueelle aivoissa. (Partonen ym. 2019.) ECT-hoidon voi toteuttaa lääkäri tai ECT-hoitoihin koulutettu sairaanhoitaja lääkärin valvonnassa. Sairaanhoitajan toteuttama hoito yleistyy Suomessa pikkuhiljaa. (Leppämäki 2012.) Sähköhoidon tulokset ovat pian näkyvissä ja vaikutuksen kesto on hyvin yksilöllistä. Kolmasosa potilaista kokee hyötyvänsä sähköhoidosta. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat huimaus, päänsärky, lihaskivut ja lyhytaikaiset muistin menetykset. Sähköhoitoa annetaan jaksoissa riippuen hoidon toimivuudesta potilaalle. (Vuorilehto ym. 2014, 221–222.) ECT-hoidossa tärkeää

on antaa siitä tarpeeksi tietoa potilaalle, jotta hän kykenee tekemään tietoisien päätöksen hoidon aloittamisesta (Ejaredar & Hagen 2014; Oravainen 2013, 15). Potilasta ei saa painostaa hoidon aloittamiseen. Potilaat voivat kokea onnistumisprosentista ja muiden hoitojen tehottomuudesta kertomisen painostavana. (Ejaredar & Hagen 2014.)

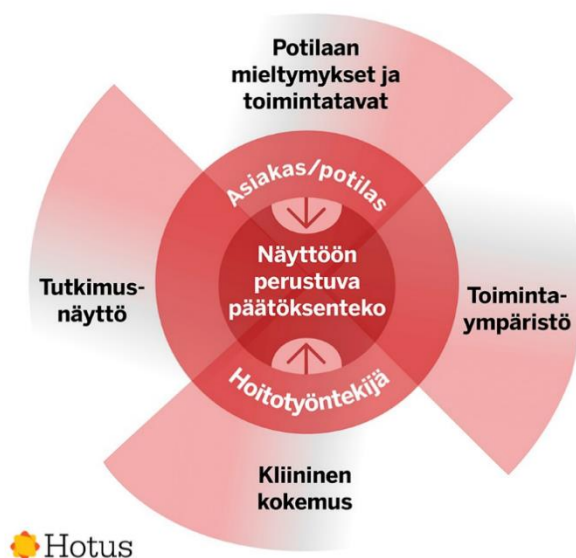
Skitsofreniaan sairastuneella sosiaalinen toimintakyky on alentunut ja toimintakyvyn heikkeneminen on yksi skitsofrenian diagnosoimisen kriteereistä. SCIT eli social cognition and interaction training on harjoitusohjelma, jolla pyritään kehittämään skitsofreenikon sosiaalisen kognition osa-alueita. Harjoituksissa pyritään tunnistamaan erilaisia tunteita ja vaihtamaan ajatusten näkökulmaa. SCIT on useita kuukausia kestävä ryhmäterapiamuoto. Skitsofreenikoiden harhaluulojen taustalla on ajateltu olevan ajatusten vääristymät. MCT eli metacognitive training on harjoitusohjelma, jolla pyritään harjoittamaan ajatusten vääristymiä. (Mehtälä ym. 2016.)

Ryhmässä toteutettavaa (CBT) kognitiivis-behavioraalista terapiaa käytetään pitkäaikaisen unettomuuden hoitoon. Kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä tarkoitetaan terapioita, joissa tutkitaan potilaan mielen toimintamallien ja niistä johtuvan toimintatavan vaikutusta unettomuuteen. Terapian myötä tulevat muutokset ymmärtämisen ja käyttäytymisessä vaikuttavat nukkumiseen ja hyvinvointiin. Kognitiivisilla menetelmillä pyritään vaikuttamaan erityisesti unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja katkaisemaan unettomuus. Osa unettomuuden hoitomenetelmistä vaikuttaa toimintatapoihin. Näillä toiminta tavoilla pyritään säännölliseen unirytmiiin. Säännölliseen elämäntapamuutokseen pyritään nukkumista helpottavien olosuhteiden toteuttamiseen. Näillä tekijöillä pyritään vähentämään sängyssä oloaikaan, jotta uni tulisi iltasin paremmin. (Kajaste 2015.)

## 5 SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN OSAAMI-SALUEITA

### 5.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Hoitotyö on ammatillista toimintaa, joka perustuu aina tutkittuun tietoon ja näyttöön, työkokemukseen tai parhaisiin käytäntöihin. Tavoitteena on oikea hoito oikeaan aikaan oikealle potilaalle, ja päätöksen tekoon käytetään parasta ajantasaista tietoa, joka on yleensä saatu järjestelmällisistä katsauksista tai tutkimusnäyttöön perustuvista suosituksista. Valtakunnalliset hoitosuosituksia laatii Hoitotyön tutkimussäätiö eli Hotus. Hoitosuosituksia ovat hoitotyön asiantuntijoiden laatimia ja tieteellisesti perusteltuja yhteenvetoja, joissa otetaan kantaa tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin. (Holmberg 2016.)



Kuva 1. Näyttöön perustuva päätöksenteko (Hotus 2019)

Näyttöön perustuva päätöksenteko koostuu potilaan mieltymyksistä ja toimintatavoista, hoitajan kliinisestä kokemuksesta, toimintaympäristöstä ja tutkimusnäytöstä. Näiden neljän osa-alueen yhteissummana päästään muodostamaan näyttöön perustuva päätöksenteko. (Kuva 1.)

Näyttöön perustuva hoitotyö on jatkuvaa kehittymistä ja kehittämistä. Kehittämistä voidaan pitää jatkuvana prosessina, joka kehittää yksilön, työyhteisöiden ja organisaatioiden asiantuntijuutta, osaamista ja hoitotyön vaikuttavuutta. Näyttöön perustuvalla toiminnalla halutaan turvata potilas- ja asiakaslähtöisten palveluiden jatkuvuus ja turvallisuus sekä potilaiden ja asiakkaiden oikeuksien toteutuminen. Palvelukokonaisuuksia ovat yhtenäiset toimintaperiaatteet, vastuun ja palveluiden koordinointi sekä yhteisten tavoitteiden saavuttaminen. Näyttöön perustuva toiminta on parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä tai hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuva toiminta on tällä hetkellä osana hoitoalan koulutusta. Koulutukseen on lisätty simulaatiotunteja, joilla voi harjoitella potilaan hoitamista ja kriittistä päätöksentekoa. Näyttöön perustuva toimintamalli on aktiivisesti käytössä eri työyksiköissä. Tähän on osaltaan myötävaikuttanut väestön halu olla tietoinen omasta tilastaan ja erilaisista saatavilla olevista hoitovaihtoehdoista. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteita ovat kliininen osaaminen, lääkehoidon osaaminen, tekninen osaaminen ja työrooliin liittyvien taitojen osaaminen. Näitä tietoja ja taitoja hyödynnetään potilastyössä. (Sarajärvi ym. 2011, 10, 16–27, 57.)

## **5.2 Omahoitajuus ja hoitosuhdetyöskentely**

Kun potilas tulee osastolle hoitoon, hänelle määrätään omahoitaja tai omahoitajatiimi. Omahoitajat toteuttavat ja koordinoivat hoitoa koko hoitajakson ajan. Hoitoryhmään valitaan mieluiten sellaisia hoitajia, joiden koulutus ja kokemus hyödyttävät kyseisen asiakkaan hoitoa ja kuntoutumista. Pysyvät omahoitajat takaavat hoidon samanlaisuuden ja tasaisen laadun hoitajakson aikana. Se antaa paremman mahdollisuuden yksilölliselle hoidolle ja edesauttaa luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntyä. (Heinonen 2013, 31.) Luottamuksellista yhteistyösuhdetta luovat hoitohenkilökunnan vakaa ammattitaito sekä ystävällinen ja avoin työote suhteessa potilaaseen. Myös potilaan tieto hoitosuhteen sisällöstä ja sen kulusta luo vankempaa pohjaa hoitosuhdetyöskentelylle. Haasteita laadukkaalle hoitosuhdetyöskentelylle voi luoda organisaatiolähtöiset tekijät, kuten ajanpuute, tai työntekijälähtöiset, kuten hoitajan omat arvot ja asenteet. Toisaalta hoitajan omat kokemukset voivat parantaa hoitosuhdetta,



mikäli hän on tietoinen ajatuksiinsa ja toimintaansa vaikuttavista sisäisistä tekijöistä. (Hätönen ym. 2014, 67, 69.)

Hätönen ym. (2014, 65) määrittelevät hoitosuhteen potilaan ja hoitajan väliseksi ammatilliseksi työsuhteeksi. Potilas toimii oman elämänsä ja sairautensa asiantuntijana ja päättää mitä aiheita hän haluaa hoitosuhteen aikana käsitellä. Hoitajan tehtävänä on vastata hoitosuhteen luomisesta, ylläpitämisestä ja turvallisesta päättämisestä. Hoitosuhde ja sen luomisen onnistuminen on kuitenkin molempien osapuolten vastuulla, ja molemmilla on omat vastuualueensa. Hoitosuhde voi käsittää kokonaisen hoitajakson tai vain yhden tai useamman tapaamiskerran. (Hätönen ym. 2014, 64.) Hyvä ja luotettava hoitosuhde on psykososiaalisen hoitotyön lähtökohta (Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä 2016).

Asiakaslähtöisyys on tärkeässä osassa yhteistyösuhdetta. Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde edellyttää tasa-arvoa hoitosuhteessa. Asiakkaan ja sairaanhoitajan on oltava tilanteessa tasa-arvoisia, aikuisia ihmisiä. Tasa-arvoisuus näkyy myös eri asiakkaiden kohtelussa: olemassa olevat sopimukset ja säännöt sekä kaikki asiakkaat pitää tulla huomioiduiksi samalla tavalla. Toisaalta hyvässä, asiakaslähtöisessä hoitosuhteessa asiakas kohdataan yksilöllisesti. (Laitila 2010, 103–105.)

Hoitosuhdetyöskentelyn vaiheisiin kuuluu hoitosuhteen luominen, ylläpitäminen ja päättäminen. Luomisvaiheessa tärkeimpinä osa-alueina on edellä mainitun luottamuksellisen ammatillisen yhteistyösuhteen aikaansaamisen lisäksi tavoitteiden asettaminen. Alkuvaiheessa asetetut tavoitteet kulkevat mukana koko hoitosuhteen ja niitä sekä niiden toteutumista arvioidaan työskentelyn edetessä. Ylläpitovaiheessa potilas tarkastelee itseään, elämäänsä sekä toiminta- ja ajattelutapojaan, jolloin hoitajan rooli on tarjota vaihtoehtoisia näkökulmia potilaalle. Hoitaja myös tarkastelee potilasta ja tuo potilaalle esiin havaintojaan pitäen mielessä potilaan itse asettamat tavoitteet ja hänen itsemääräämisoikeutensa. Ammatillaisen on tärkeää muistaa distanssi, tarkoittaen niin psyykkistä kuin fyysistäkin välimatkaa suhteessa potilaaseen. Ylläpitovai-

heessa potilasta voi ahdistaa muutokset, joita hän joutuu ajattelussaan ja toiminnassaan tekemään tavoitteiden saavuttamiseksi. Nämä ahdistukset ovat tärkeää käsitellä ja purkaa hoitosuhdetyöskentelyn aikana. Potilaan saavutettua asetetut tavoitteet, hoitosuhde päätetään. Hoitosuhteen päättymiseen voi liittyä monenlaisia tunteita, joiden käsittelyyn kannattaa varata riittävästi aikaa. Voimien huononemisesta kertovat varomerkit on syytä kerrata hoitosuhteen päätyttyä sekä kertoa potilaalle, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä. Potilas voi hyötyä sovitusta seuranta-ajasta esimerkiksi muutaman kuukauden päähän. (Hätönen ym. 2014, 67–68.)

### **5.3 Psykososiaalinen hoitotyö**

Arve ym. (2012) määrittelevät psykososiaalisen tuen olevan henkilön psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioon ottamista sekä hänen mielialansa ja tunteidensa huomioimista. Hyvällä psykososiaalisella tuella parannetaan näin potilaan psyykkistä toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua sekä vahvistetaan potilaan omia voimavaroja (Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä 2016).

Psykososiaaliset interventiot ovat aktiivisia toimia. Ne auttavat potilasta saavuttamaan omat tavoitteensa ja tukevat hänen elämänhallintaansa. Psykososiaaliset interventiot täydentävät näyttöön perustuvia, spesifisiä hoitoja ja ovat keskeinen osa kokonaihoitoa. Tuetaan potilaan arkipäivässä selviytymistä, kuten itsestä huolehtimista, omaan hoitoon sitoutumista, työelämässä selviytymistä. Kognitiivisen harjoittelun tavoitteina ovat tunteiden säätelyn opettelu sekä kliinisten oireiden ja käyttäytymisen parantaminen. Psykoterapiat ovat osa psykososiaalista hoitoa. (Henriksson ym. 2014, 762–763.) Myös toiminta-, taide-, kirjallisuus- ja musiikkiterapiat ovat psykososiaalisia hoitomuotoja (Psykososiaaliset hoidot s.a.).

Myös perheinterventiot kuuluvat olennaisena osana psykososiaaliseen hoitotyöhön (Psykososiaaliset hoidot s.a.). Perheinterventiot taas liittyvät perhekeskeiseen hoitotyöhön. Perhekeskeisessä hoitotyössä potilaan perhe nähdään tärkeänä taustatekijänä, vaikka potilas itse onkin aktiivinen toimija. Läheisten

vointi vaikuttaa yksilön hyvinvointiin, mutta perheenjäsenen psyykkinen sairastuminen voi vaikuttaa myös perheenjäseniin. Mikäli hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan ilman läheisten mukaan ottamista ja huomioimista, voi se toimia läheisille rasisustekijänä ja täten esimerkiksi kohottaa heidän masennusriskiään. (Hämäläinen ym., 190–191.)

Jokainen määrittää oman perheensä itse. Määrittelyn apuna voi käyttää esimerkiksi sukupuuta tai verkostokarttaa. Potilaalta varmistetaan perheen merkitys ja hänen ajatuksensa siitä, mitä hänen perheensä tarvitsee. Perhe otetaan mukaan esimerkiksi potilaan tilanteen arviointiin sekä annetaan heille tukea ja tietoa. Psykiatrista hoitotyötä toteuttavan sairaanhoitajan on tärkeää antaa potilaalle tieto siitä, miksi perheen ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on tärkeää. Hänen tulee myös kertoa miten hoidon suhteen tehtävät valinnat vaikuttavat potilaaseen ja hänen läheisiinsä. Hoitajan tulee olla perheen kanssa työskennellessään kunnioittava ja hienotunteinen, erityisesti mikäli perheen väliset suhteet ovat jostain syystä vienneet tai katkenneet. Perheen välisistä ongelmista on kuitenkin puhuttava avoimesti. (Hämäläinen ym. 2017, 191–192.)

Psyykkisesti sairastuneen lapset on otettava huomioon hoitotyötä tehdessä. Vanhemman sairastuminen voi pelottaa lasta tai hän saattaa joutua huolehtijan rooliin. Lapsen koulunkäynti tai mielenterveys voi kärsiä, kun lapsi huolehtii liikaa omasta vanhemmastaan. Hän voi esimerkiksi jättäytyä pois koulusta huolehtiakseen, ettei vanhempi vahingoita itseään lapsen koulupäivän aikana. Erityisesti lapsiperheen kanssa työskennellessä korostuu suojaavien tekijöiden ja vahvuuksien turvaaminen ja lisäys. Hoitajan tehtävänä on tukea vanhemmuutta ja sitä kautta turvata lasten kehitystä. (Hämäläinen ym. 2017, 193.)

#### **5.4 Dokumentointi ja kirjaaminen**

Terveystenhuollon on pidettävä jokaisesta terveystenpalveluita käyttävästä asiakkaasta potilaskertomusta, joka etenee aikajärjestyksessä (Nykänen & Junttila 2012). Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen (2018) laatiman oppaan mukaan

potilaskertomuksesta on tultava ilmi potilaan henkilötiedot, ja potilaskertomuksessa on oltava merkintä jokaisesta palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumista on kirjattava tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku ja loppuarvio. (THL 2018.)

Hoitohenkilökunta kirjaa potilaskertomuksiin kolmesta eri syystä. Näitä ovat hoidon jatkuvuuden turvaaminen, työntekijöiden oikeusturvan varmistaminen ja hoitotiimin välinen viestiminen. (Nykänen & Junntila 2012.) Sähköisessä muodossa olevat potilasasiakirjamerkinnät takaavat sen, että tahoillaan potilaan hoitoa toteuttavat eri ammattilaiset saavat ajantasaista tietoa potilaasta. Tämä korostuu potilasturvallisuudessa. Sähköisessä muodossa olevat tiedot ovat yhtenäisempiä ja ne ovat helpommin löydettävissä. Potilasasiakirjojen merkintöjen on oltava selkeitä ja helppolukuisia, eivätkä ne saa sisältää lyhenteitä, jotka eivät ole yleisesti tunnettavissa. (Jokinen & Virkkunen 2018.)

Nykyään sähköiset potilastietojärjestelmät, valvonta-, mittaus- ja mobiililaitteet ovat yhä yleisempiä. Stagersin ja työryhmän vuonna 2002 laadituissa osaamisvaatimuksissa on määritelty, että sairaanhoitajan on osattava käyttää työpaikallaan käytettäviä sähköisiä järjestelmiä sekä osattava tallentaa niistä tietoja, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Sairaanhoitajan on osattava ohjata potilasta etsimään tietoa hänen sairaudestaan, lääkityksestään sekä terveydentilastaan. (Sorsa 2011.)

Kirjaaminen tapahtuu rakenteisesti. Tällä tarkoitetaan kirjaamista, joka tapahtuu ennalta sovittujen mallien ja toimintatapojen mukaan sekä tallentamista potilas- ja asiakastietojärjestelmissä ja valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa. Kaikkien noudattaessa yhteisesti sovittua mallia varmistetaan laadukas ja kattava kirjaaminen. (THL 2018.)

Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa, johon jokaisen potilaan hoitoa toteuttavan tahon on kirjattava heidän osaltaan potilaan hoidon kannalta merkittävät asiat. Hoitokertomukseen kirjataan myös hoitosuunnitelma, sekä

päivittäiset merkinnät, jotka kuvaavat potilaan vointia ja kuntoa. (Nykänen & Junttila 2012.)

### **5.5 Kehittämis- ja kehittymisosaaminen**

Kehittämis- ja muutososaaminen on usein asia, jota työnantaja odottaa työntekijöiltään. Mielensterveyshoitotyön kehittämistyö vaatii sairaanhoitajalta jatkuvaa ammattitaidon ylläpitoa. Hoitajaa tulee ohjata ammatilliset arvot ja hänellä tulee olla monipuoliset tiedot ja taidot. Mielensterveyshoitotyön kehittämistyö on moniammatillista yhteistyötä, jossa vaaditaan osaamista muun muassa tutkimustiedon hyödyntämisessä. (Kuhanen ym. 2010, 304–305.) Myös mielensterveyshoitotyön asiakas odottaa sairaanhoitajalla olevan koulutuksen ja kokemuksen tuomaa ammattitaitoa (Laitila 2010, 107).

Alati muuttuvat hoitokäytännöt, avohoitoon painottuminen ja laaja mielensterveyshoitotyön kenttä vaativat mielensterveyshoitotyön jatkuvaa kehittämistä. Jotta kehittämistä voi heidän mukaansa tapahtua, edellyttää se lähtötilanteen kartoittamista, tavoitteiden asettamista sekä arviointia. Arviointi tulee tapahtua laadukkailla mittareilla. Arvioinnin tulosten mukaan luodaan uusia toimintamalleja. Kehittäminen vaatii hoitajalta vahvaa asiantuntijuutta ja kykyä ennakoida tulevaa. (Kuhanen ym. 2010, 304.)

Mielensterveyspalveluita käyttävillä asiakkailla on paras asiantuntijuus palveluiden kehittämiseen. Kokemus olemassa olevista palveluista ja niiden toimivuudesta auttaa kehittämistä oikeaan suuntaan ja ohjaa kehittämisen tarkoituksenmukaisuutta. Asiakkailla voi olla vahvoja mielipiteitä esimerkiksi hoidon järjestämisestä. Palveluiden käyttäjien asiantuntijuutta tulisi hyödyntää palveluiden kehittämisessä, mutta osallisuus toteutuu harvoin. Asiakkaan halu tai kyky osallistua voi riippua oma psyykinen ja fyysinen vointi, lääkitys ja kuntoutumisen vaihe. Käytännössä asiakkaan mukaan ottaminen kehittämistyöhön voi olla mielipiteen kysymistä tai yhteinen toiminnan tai kehittämisprojektin suunnittelu. (Laitila 2010, 86–88, 92.)

## 6 PSYKOEDUKAATIO

Psykoedukaatio, toiselta nimeltään muun muassa potilasopetus tai omahoidon neuvonta, on tärkeä osa mielenterveyshoitotyötä. Aiemmin psykoedukaatiosta on puhuttu vain skitsofrenian hoidon yhteydessä annetusta neuvonnasta ja opastuksesta, mutta nykyisin määritelmä on laajentunut koskemaan myös kaikkia muita pitkäaikaisia tai toistuvia mielenterveyshäiriöitä. Tieto ja ymmärrys omasta sairaudesta lisää potilaan sitoutumista omahoitoonsa, lääkehoitoon ja terapiaan. Psykoedukaatio tukee myös sairauden kanssa elämistä. (Hätönen ym. 2014, 129–131.) Keskeistä on toivon lisääminen ja tulevaisuuden uskon vahvistaminen. Psykoedukaatiolle ei ole yhtä määriteltyä rakennetta, vaan siinä yhdistellään eri menetelmiä ja työtapoja. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Psykoedukaation tavoite on antaa ymmärrettävästi tietoa sairauden eri vaiheissa. Annettava tieto ja sen muoto tulee valita yksilöllisesti asiakkaalle sopivaksi. Psykoedukaation avulla voidaan kumota virheellisiä uskomuksia esimerkiksi lääkähoidosta. Opastus omahoitoon ja psyykkisen voinnin huonontumiseen liittyviin varomerkkeihin ovat avainasemassa. Tärkeää on kertoa miten toimia varomerkkien ilmaantuessa; mihin ottaa yhteyttä tai kuinka muuttaa omaa toimintaa. Lisäksi annetaan tietoa sairauden ennusteesta ja yleisyydestä ja saatavilla olevista hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä niiden hyödyistä ja haitoista. (Hätönen ym. 2014, 130–131.) Psykoedukaation on todettu vähentävän skitsofrenian oireita, psykoosijaksojen uusiutumista ja sairaalajaksojen riskiä (Hätönen ym. 2014, 174–175; Kieseppä & Oksanen 2013; Käypä hoito 2015.)

Psykoedukaation vaikuttavuudesta on vahva näyttö osana skitsofreniapotilaan psykiatrasta hoitotyötä. Mitä useampia psykoedukaatiotapaamisia on, sitä tehokkaammin se estää relapseja. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa yksilötapaamisissa tai ryhmämuotoisesti joko potilaille tai perheille. Potilasryhmämuotoisessa psykoedukaatiossa etuna on vertaistuki. (Hätönen ym. 2014, 131.) Yksilötapaamiset ovat kuitenkin parempia sellaiselle potilaalle, jolla on vaikeita kognitiivisia haasteita. Tällöin voidaan kiin-

nittää enemmän huomiota asioiden toistoon ja käyttää enemmän vaihtoehtoisia oppimisen muotoja. Yksilötapaamisia voidaan hyödyntää myös päihdeongelman tai sosiaalisia tilanteita jännittävän potilaan kohdalla. Yleisesti ottaen sillä, toteutetaanko edukaatio yksilö- vai ryhmätapaamisina, ei vaikuta olevan merkitystä tehokkuuteen. Psykoedukaation tehokkuutta voidaan kuitenkin lisätä yhdistämällä siihen perhetyön menetelmiä. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

## **7 OPETUSMENETELMÄT**

Opetusmenetelmät ovat vuorovaikutuksen muotoja, joiden avulla tuetaan opiskelijoiden oppimista, aktivoitumista ja motivoitumista (Hyppönen & Linden 2009). Erilaisia opetusmenetelmiä on runsaasti (Markkanen 2002). Ennen opetusmenetelmän valintaa tulee suunnitella osaamistavoitteet. Kun osaamistavoitteet ovat selvillä, opetusmenetelmä valitaan sen mukaan, millaisella toiminnalla kyseiset tavoitteet ovat saavutettavissa. (Hyppönen & Linden 2009.) Valintaa ohjaavat myös erilaiset opetukseen, oppijoihin ja oppimiseen liittyvät tekijät. Opetusmenetelmä on sidoksissa itse opetettavaan aiheeseen sekä opiskeluympäristöön. (Markkanen 2002.) Eri menetelmien yhdistäminen voi ylläpitää opiskelijoiden mielenkiintoa paremmin kuin pelkän yhden opetusmenetelmän käyttö (Hyppönen & Lindén 2009). Tässä luvussa käsitellään muutamia yleisimpiä opetusmenetelmiä.

### **7.1 Luennointi**

Luennointi on käytetyin opetusmenetelmä, jossa opettaja pitää esityksen aiheesta opiskelijoille. Perinteisessä asetelmassa opettaja on aktiivisessa roolissa ja opiskelijat omaksuvat passiivisesti annettua tietoa. Opiskelijoiden itsestä tiedonmuodostusta voidaan kuitenkin tukea aktivoimalla heitä esimerkiksi tiedonhakuun itsenäisesti tai vuorovaikutuksessa muiden opiskelijoiden kanssa. Mikäli opettaja kuitenkin päätyy monologimaiseen luennointiin, ei luennoinnin tulisi kestää yli 20 minuuttia, sillä pelkän passiivisen kuuntelun myötä opiskelijoiden tarkkaavaisuus laskee nopeasti. (Hyppönen & Lindén 2009.)

Luentoa suunniteltaessa luennoitsijan on hyvä kiinnittää huomiota kuuntelijoiden tietotasoon. Mikäli aihe on vieras, tulee luennoitsijan käyttää sellaisia termejä ja käsitteitä, että kuuntelija pysyy perässä. Mikäli aihe on entuudestaan tuttu kuuntelijoille, niin abstrakti luento voi edistää oppimista. Luennon hyödyllisyys riippuu myös siinä käytetyistä havainnoista. Luentoa voidaan havainnoida erilaisilla kalvoilla, videoilla, ääninäytteillä tai tilastoilla. Havainnointivälineitä tulee kuitenkin käyttää harkiten, ettei luennoitsijan ja kuuntelijoiden välinen vuorovaikutussuhde kärsi siitä. (Pruuki 2008, 82–83.)

## **7.2 Ryhmätyö**

Ryhmätyöt toteutetaan pienryhmissä, jotka voivat työskentelyn lopputuotoksena tuottaa esimerkiksi raportin, esitelmän, opetustuokion tai keskustelun. Ryhmätyötä käytettäessä opetusmenetelmänä on tärkeää kiinnittää huomiota muun muassa tehtävänantoon, työskentelymuotoihin ja tulosten raportointiin. Ryhmätyöskentelyä voidaan käyttää muiden opetusmenetelmien rinnalla ja sen kesto voi vaihdella. Ryhmätöiden vahvuutena on se, että se kehittää oleellisesti opiskelijoiden yhteistyötaitoja. Opiskelijoiden mahdollisuus syvällisempään oppimiseen paranee, kun ongelmia ratkotaan yhdessä. Se myös mahdollistaa toisilta oppimisen. (Hyppönen & Lindén 2009.) Ryhmätyön etuuksina ovat myös opiskelijoiden yhtäaikainen eteneminen, suuren tiedon jakaminen sekä se, ettei ryhmätyöhön käytetyt tilat eivät vaadi paljoa (Pruuki 2008, 65).

Haasteina voivat olla ryhmäytymisen vaatima aika ja ryhmän ohjaamisen vaikeus (Hyppönen & Lindén 2009). Ryhmätöissä on syytä kiinnittää huomiota ryhmän tasapuoliseen työnjakoon. Ryhmätöissä helposti työnjako kääntyy niin, että on vain yksi aktiivinen osallistuja ja muut saattavat vain passiivisesti kuunnella. (Pruuki 2008, 65.)

## **7.3 Case-opetus**

Case-opetuksessa opiskelijat saavat tapauksen, jota he alkavat työstää itsenäisesti tai ryhmässä käyttäen jo hankkimaansa osaamista tai etsien uutta soveltuvaa tietoa. Case-tapaus voi olla esimerkiksi kertomus tai malli. Tämä



opetusmenetelmä kehittää kokonaisuuksien ymmärtämistä sekä eri ratkaisuvaihtoehtojen arvioimista ja valitsemista. Case-opetuksen hyödyntäminen vaatii opettajalta vahvaa osaamista ja kokemusta. (Hyppönen & Lindén 2009.) Tapaukset kertomusten käyttö lisää yleensä opiskelijoiden mielenkiintoa aihetta kohtaan (Pruuki 2008, 99).

#### **7.4 Verkkomateriaali ja verkossa oleva diamateriaali**

Verkkomateriaalissa, joka tulee opiskelutarkoitukseen, on tärkeää säilyttää pedagoginen laatu. Tämä tarkoittaa sitä, että materiaali tukee oppimista ja soveltuu opetus- ja opiskelukäyttöön. Hyvää pedagogista laatua takaa se, että materiaalia tuottaessa käytetään uusinta tutkittua tietoa. Hyvä oppimateriaali tukee sen lukijan tietoista ajattelua ja aktiivista toimintaa. Verkko-opetusmateriaalina voi olla esimerkiksi muuta opetusmateriaalia tukevaa syventävää materiaalia. (Opetushallitus s.a.) Verkko-opetuksen vahvuutena on sen joustavuus: opiskelu ei ole aikaan tai paikkaan sidottua (Hyppönen & Lindén 2009). Koska opiskelijat joutuvat verkko-opinnoissa ottamaan vastuuta omasta oppimisestaan, oppivat he luottamaan omiin kykyihinsä selviytyä erilaisista haasteista (Taavitsainen 2013). Verkko-opetuksen haasteena taas voi olla esimerkiksi opettajan tai opiskelijan heikko tietoteknillinen osaaminen. Myös vuorovaikutuksen puuttuminen voidaan kokea haasteena. (Hyppönen & Lindén 2009.) Opiskelijat kokevat mahdollisuuden palata verkko-opetusmateriaaliin positiivisena ja mielenkiintoa ylläpitävänä tekijänä (Taavitsainen 2013).

Diaesitysten tarkoitukset voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: yleisö-, esiintyjä- ja esityslähtöisiin. Yleislähtöiset diaesitykset toimivat lähinnä yleisön pohjana muistiinpanoille ja tarjoavat sille valmiin rungon esityksestä. Esiintyjälähtöisessä diaesityksessä diat toimivat esiintyjän muistin tukena. Esityslähtöinen diaesitys taas yhdistelee molempia edellä mainittuja ja diat on valmisteltu esityksen kokonaisuutta ja tarpeita ajatellen. Esityslähtöistä diaesitystä voidaan käyttää havainnollistamaan ja täydentämään puhetta tai kiinnittämään yleisön huomio. (Tarvainen 2016, 78.)

Diaesityksen yhtenäisyyttä voi rakentaa kielellisesti ja visuaalisesti. Kielellisiä keinoja ovat muun muassa synonyymien ja toistojen käyttö. Yksi käytettävä visuaalinen keino on käsitellä eri tavoin puheessa esityksen visuaalisia elementtejä. Esitystä voi yhtenäistää myös limittämällä, eli liittämällä puheessa eri diojen sisältöjä. (Tarvainen 2016, 77.)

## **7.5 Simulaatio-opetus**

Simulaatio-opetuksella tarkoitetaan jonkin tapahtuman tai ilmiön jäljittelyä (Pruuki 2008, 140; Blomgren 2015). Simulaatioiden käyttö on perusteltava opetustapa etenkin silloin, kun asiaa ei ole mahdollisuutta päästä harjoittelemaan aidoissa olosuhteissa sen vaarallisuuden, nopeuden tai harvinaisuuden vuoksi. (Pruuki 2008, 140.) Onnistunut simulaatio parantaa itsetuntoa suoriutumisen suhteen, sekä selviytymistä tulevaisuudessa vastaavasta tehtävästä. Oppiminen vahvistuu, mikäli simulaatiotilanne herättää tunteita opiskelijassa. (Blomgren 2015.)

Simulaatio-opetuksessa keskeistä on opiskelijan tukeminen ja ohjaaminen sekä erilaisten oppimistapojen ymmärtäminen. Opetuksen suunnittelu sekä simulaatioon toimivien tilojen ja välineiden valitseminen korostuvat tässä opetusmenetelmässä. (Joutsen 2010.) Tilanteen läpikäyminen ja palautteen antaminen eli debriefing ovat tärkeä osa simulaation kokonaisuutta. Myös sivusta seuraavilla opiskelijoilla on tärkeä rooli tarkkailun ja kehitysehdotusten myötä. Harjoituksissa opiskelijoiden rooleja kannattaa vaihdella jokaisen oppimisen mahdollistamiseksi. (Blomgren 2015.)

## **7.6 Soveltuvan opetusmenetelmän valitseminen**

Valitsimme opetusmenetelmäksi verkko-opetuksen ja -materiaalin. Tärkeimpänä tekijänä valintaan vaikutti sen sitoutumattomuus aikaan ja paikkaan, sillä ammattikorkeakoululle luovutetun materiaalin tuli olla käytettävissä myös jatkossa ilman meitä. Tästä syystä esimerkiksi luennointi tai simulaatio-opetus eivät olleet mahdollisia opetusmenetelmiä. Verkkomateriaali mahdollistaa myös opiskelijan perehtymisen aiheeseen hänelle sopivassa ajassa ja pai-

kassa. Tärkeää meille oli myös opiskelijan mahdollisuus palata tarvittaessa aiheeseen myöhemmin, koska kyseessä on laaja ja moniulotteinen kokonaisuus.

## **8 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle opetuskäyttöön soveltuva esitys skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyöstä. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu toimii opinnäytetyön tilaajana. Tavoitteena on lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoisuutta skitsofrenian hoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Esitys laitetaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson oppimisalustalle.

Teoriatietoa haettaessa etsimme vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyön osaamisalueet sisältävät?
2. Millainen on hyvä opetusmateriaali?

## **9 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI**

### **9.1 Kirjallisuuskatsaus sisällön laatimisen tukena**

Kirjallisuuskatsaus on oleellinen osa kehitystutkimusta. Sen avulla etsitään, analysoidaan ja esitellään kehittämisiongelmalle merkitykselliset aiemmat tutkimukset ja muu kirjallisuus. (Kananen 2012, 15.) Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää olemassa olevaa teoriaa ja rakentaa myös uutta teoriaa. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuvaa asiakokonaisuuksista ja arvioida teoriaa. (Salminen 2011, 3.)

Kirjallisuuskatsauksessa on useita eri tyyppisiä. Näistä erotetaan yleensä kolme perustyyppiä: kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä määrällinen että laadullinen metasynteesi. (Salminen 2011, 6–15.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa etsitään vastauksia

kysymyksiin siihen, mitä asiasta tiedetään, ja mitkä ovat sen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on usein löydettävissä uusi näkökulma tutkittavaan ilmiöön. Se sopii erityisen hyvin hajanaisiin tutkimusaiheisiin. Tavoitteena voi olla tiedon tuottaminen hyvien käytäntöjen edistämiseksi kliiniseen työhön ja opetukseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)

Tutkimuksia valitessa tulee miettiä millaisella tutkimustavalla toteutetut tutkimukset palvelevat parhaiten omaa tutkimusta. Aineisto valitaan tarkoin muodostettujen kriteerien perusteilla. Näistä muodostuvat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka voivat sisältää esimerkiksi tietyt julkaisuvuodet ja kielet. Kandidaattitason tutkimuksissa myös kokotekstin saatavuus ja aineiston maksuttomuus voivat lukeutua kriteereihin, vaikka se voi johtaa ongelmiin tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien käyttäminen auttavat hallitsemaan aineiston määrää sekä helpottavat katsauksen pysymistä suunnitellussa fokuksessa. (Stolt ym. 25–26.)

Vaikka hakusanat ja valintakriteerit ovat tarkkoja ja hyvin suunniteltuja, hakujen tuloksena on tutkimuksia, jotka eivät ole soveltuvia omaan tutkimukseen. Tutkimusten mukaanotto ja poissulku toteutetaan kolmivaiheisesti: ensin otsikotasolla, sitten tiivistelmätasolla ja lopuksi kokotekstiä tarkastellessa. Haku-prosessista sekä mukaan otetuista ja hylätyistä tutkimuksista on syytä pitää tarkkoja muistiinpanoja. Muistiinpanot kannattaa tehdä jokaisesta hausta, jotta tuloksena olleeseen aineistoon on mahdollista palata myöhemminkin. Haku-prosessi tulee kuvata omassa tutkimuksessa niin tarkasti, että lukija voi sen halutessaan toistaa. (Stolt ym. 2013, 26–28.)

Opinnäytetyön aineisto haettiin tieteellisistä tietokannoista, kuten Medicistä ja Cinahlista. Lisäksi käytimme manuaalista hakua Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Kotkan kampuksen kirjastosta. Etsimme tietoa pro gradu -tutkielmista, väitöskirjoista, tieteellisistä artikkeleista ja alan julkaisuista. Aineisto rajattiin seuraavasti: aineisto oli joko suomen- tai englanninkielinen ja se oli saatavilla joko sähköisenä tai maksutta painettuna kirjastosta. Näiden kritee-

rien lisäksi aineiston oli oltava otsikon ja tiivistelmän perusteella sopiva tutkimukseemme. Ensisijaisesti suosimme maksimissaan viisi vuotta vanhoja aineistoja, mutta laajensimme hakuamme materiaalin vähäisyyden vuoksi kymmeneen vuoteen. Taulukkoon 1 on koottu sisäänotto- ja poissulkukriteerimme.

Taulukko 1. Aineiston kriteerit

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Suomen- tai englanninkielinen	Muut kielet
Pro gradu -tutkielma, väitöskirja, tieteellinen artikkeli, tai hoitoalan luotettava julkaisu	AMK-tason opinnäytetyö
Maksuton sähköinen tai kirjastosta saatava painettu aineisto	Maksullinen aineisto
Julkaistu kymmenen vuoden sisällä	Epäluotettava lähde
Otsikon ja tiivistelmän perusteella aiheeseen sopiva	

## 9.2 Opinnäytetyön toteutus

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksemme juuri tämän, koska meistä psykiatrisen hoitotyö on kokonaisuudessaan kiinnostava aihevalinta ja meillä jokaisella on siitä jonkinlainen työkokemus. Aihe rajautui skitsofreniaan ja sen hoitotyöhön sairauden yleisyyden vuoksi. Heti alussa aiheen ulkopuolelle rajasimme lapset ja nuoret sekä iäkkäät muutoinkin laajan aihealueen vuoksi.

Työtä kirjoitimme pääsääntöisesti yhdessä koululla, mutta loppuvaiheessa käytimme yhdessä kirjoittamisen tukena myös Skype-videopuhelua ja viestiryhmää. Emme jakaneet kirjoitettavia osioita keskenämme, vaan haimme tietoa ja kirjoitimme työtä niin, että kaikki osallistuivat jokaisen osion tekemiseen.

## 10 OPPIMATERIAALIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Hyvän Powerpoint-esityksen suunnittelu ja valmistelu vaatii runsaasti aikaa. Tämä työvaihe sisältää aineiston keräämisen ja sen rajaamisen sekä esityksen ideoinnin ja luonnostelun. Pahimmassa tapauksessa huonosti suunniteltu

ja valmisteltu esitys ei anna lukijalleen tai kuulijalleen lainkaan tavoitteena olutta informaatiota. (Lammi 2009, 23, 26.)

Aineisto oli kerätty jo opinnäytetyön kirjallista osuutta laadittaessa, joten ensimmäinen varsinainen suunnitteluvaihe oli diaesityksen sisällön hahmottelu. Liiallinen tiedollinen ylikuormitus Powerpoint-esityksessä johtaa niin sanottuun Powerpoint-halvaukseen, joka aiheuttaa opiskelijassa helposti pitkästymisen ja ärtyneisyyden (Lammi 2009, 16). Esityksen päärunko muodostui opinnäytetyön otsikoista, jonka jälkeen valitsimme jokaisen kappaleen ydinasiat. Keskeisimmät asiat pelkistettiin, jottei dioihin tulisi liikaa tekstiä. Kuten Lammi (2009, 19) teoksessaan mainitsee, liikaa tekstiä sisältävä diamateriaali ei tue auki puhuttua sisältöä. Ydinasioiden valitseminen ja esityksen rungon luonnostelu tapahtui tulostettua opinnäytetyötä hyödyntäen: paperiversiosta yliviivattiin keskeisimmät käsitteet ja ne hahmoteltiin sopivaan järjestykseen paperille. Tämän jälkeen otsikot ja käsitteet siirrettiin Powerpoint-pohjalle.

Powerpoint-esitys laadittiin dia kerrallaan. Samalla teimme muistiinpanoja siitä, mitä kirjoitetun tekstin lisäksi puhutussa sisällössä pitää tulla ilmi. Varsinaista käsikirjoitusta auki puhumiseen emme tehneet, jotta tietynlainen luonnollisuus puheessa säilyisi. Dioissa käytimme hyödyksi tekstin lisäksi erilaisia taulukoita ja kuvioita. Esityksen ollessa muuten valmis, lisäsimme jokaiseen diaan ääniraidan, jolla puhuimme auki diassa esiintyvät asiat. Varsinaisen graafisen ilmeen, kuten värit ja fontin päätimme vasta esityksen ollessa muuten valmis. Valitsimme värin ja fontin sillä perusteella, että esityksestä tulee selkeää ja helppolukuinen, mutta samalla myös kiinnostusta herättävä.

## **11 POHDINTA**

Tähän osioon olemme sisällyttäneet opinnäytetyön tavoitteiden ja niiden toteutumisen pohdinnan, opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden sekä jatkotutkimusehdotuksemme.

## 11.1 Tavoitteet ja niiden toteutuminen

Tavoitteenamme oli antaa opinnäytetyössämme kattavasti tietoa skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyön osa-alueista ja täten lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoisuutta aiheesta. Tämän teoritiedon perusteella tarkoituksenamme oli muodostaa selkeä ja informatiivinen Powerpoint-esitys opetuksen tueksi mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolle. Aihe oli laaja ja tutkittua teoritietoa löytyi runsaasti. Saimme mielestämme sisällytettyä työhön kaikki tärkeimmät hoitotyön osa-alueet, kuten esimerkiksi hoidon suunnittelun, psykoedukaation ja psykososiaalisen hoitotyön. Tärkeänä pidimme myös lääketieteen osuutta työssä, jotta sairaanhoitajat ymmärtäisivät paremmin sairauden taustoja, syntyä ja oireistoa. Näin myös esimerkiksi avohoidossa tai terveysasemien vastaanotoilla työskentelevät sairaanhoitajat voisivat paremmin tunnistaa psykoottisen potilaan. Varhainen tunnistaminen on avainasemassa skitsofreniapotilaan hoidossa.

Haasteina olivat lääketieteen ja hoitotyön näkökulmien erottaminen sekä rajan vetäminen siihen, mikä osuus menee liian kauas hoitotyön näkökulmasta. Haasteellista oli myös tuottaa riittävästi tietoa jokaisesta osa-alueesta ilman, että työ muodostuisi liian suureksi AMK-opinnäytetyön laajuuteen nähden. Samaan aikaan tuli huolehtia siitä, ettei mikään osio kuitenkaan jää liian pintapuoliseksi ja vaikuta siten asiaankuulumattomalta. Lopulta koimme kuitenkin onnistuneemme tässä melko hyvin.

Tarkoituksena oli tuottaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolla hyödynnettävää opetusmateriaalia. Teimme aiheesta Powerpoint-esityksen, jossa hyödynsimme puhetta diaesityksen tukena. Mielestämme onnistuimme luomaan selkeän ja informatiivisen esityksen, jossa ei ollut liikaa asiaa, vaikka teoriapohja oli laaja ja aihe monimuotoinen. Powerpoint-esityksen voi halutesaan katsoa ilman selostusta, mutta se on hyödynnettävissä myös pelkällä selostuksella. Täten esitys on monipuolisesti hyödynnettävä ja jokainen opiskelija voi käyttää sitä itselleen parhaalla tavalla.

## 11.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen kulkee mukana koko tutkimuksen teon ajan. Tutkimusetiikka koskee kaikkia tutkimuksen tekijöitä samalla tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy myös eettisesti kestävä tutkimusmenetelmä ja tiedonhankinta, jotka ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. (Vilkkä 2005, 29–30.)

Kehittämistutkimuksen luotettavuuden tarkastelu on haasteellisempaa verrattuna esimerkiksi laadulliseen opinnäytetyöhön, koska kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusotteensa, vaan yhdistelmä laadullista ja määrällistä tutkimusta. Tämän vuoksi kehittämistutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida käytettyjen menetelmien perusteella. Suunnitteluvaiheessa on syytä kiinnittää huomiota tutkimuksen onnistumiseen, sillä luotettavuutta ei voida tarkastella jälkeenpäin. Luotettavuutta tarkastellaan kahdesta eri näkökulmasta reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että toteuttaessa tutkimuksen uudestaan päädytään samoihin tuloksiin. Validiteetti taas tarkoittaa oikean asian tutkimista. (Kananen 2015, 111–112.) Käytettyjen menetelmien kuvaaminen ja niiden perusteltu käyttö lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta ja uskottavuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme noudattaneet Arenen (2018) laatimia ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä ohjeita. Luotettavuutta tässä työssä lisää kolmen eri henkilön materiaalien läpi käyminen. Työn alkuvaiheessa kirjoitimme työtä yhdessä ja työn edetessä kirjoittaessamme olemme käyttäneet viestiryhmää ja Skype-yhteyttä hyödyksi. Olemme osallistuneet myös opinnäytetyöpajoihin, joista olemme saaneet apua yleisesti opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyö lähetettiin plagiaatintunnistusjärjestelmään Urkundiin. Tutkimuksen raportointi on läpinäkyvää, joka vahvistaa luotettavuutta. Käytetyt menetelmät ovat kuvattu ja niiden käyttäminen tässä opinnäytetyössä on perusteltu. Opinnäytetyö on pyritty jäsentelemään niin, että lukijan on helppo seurata sen kulkua.



### 11.3 Jatkotutkimusehdotukset

Skitsofrenian hoitotyön osa-alueita tutkiessamme huomasimme psykoedukation olevan niin laaja kokonaisuus, että siitä voisi tehdä oman opetusmateriaalin. Psykoedukation merkitys skitsofrenian hoidossa on suuri, koska sillä voidaan lievittää skitsofrenian oireita, ehkäistä uusia psykoosijaksoja ja tämän myötä myös uusia sairaalajaksoja.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena esitämme tutkimusta liittyen skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitoon sitoutumisesta. Lääkehoitoon sitoutumista on tutkittu enemmän kuin kokonaisvaltaista hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa muun muassa skitsofrenian ennusteeseen.

## LÄHTEET

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.11.2019].

Blomgren, K. 2015. Simulaatiot – melkein leikkiä, melkein totta. *Duodecim* 131, 2239–2244. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 11.11.2019].

Ejaredar, M. & Hagen, B. 2014. I was told it restarts your brain: knowledge, power, and women's experiences of ECT. Alkuperäisartikkeli. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bf13b042-33d3-4b6c-a0d3-da718305883a%40sessionmgr4007> [viitattu 13.10.2019].

Eloranta, S., Isoaho, H., Routasalo, P. & Viitanen, M. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 1, 14–26. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/24/1/ikaihmis.pdf> [viitattu 6.10.2019].

Granö, N., Huhtaniska, S., Jääskeläinen, E. & Penttilä, M. 2017. Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. *Duodecim* 22, 2117–2123. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/22/duo14025?keyword=skitsofrenia> [viitattu 23.10.2019].

Gyllenberg, D. 2017. Går det att förutse psykosor under uppväxtåren? *Årgång* 1, 41–45. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Handlingar-lehti\\_117\\_09.pdf](https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Handlingar-lehti_117_09.pdf) [viitattu 25.10.2019].

Heinonen, K. 2018. Omahoitajamallin kehittäminen mielialahäiriöosastolla M2 - hoitohenkilökunnan näkökulmia omahoitajuuteen. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. YAMK-opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160130/Opinnaytetyo%20%20Kai%20Heinonen%2030.1.2019%20docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.9.2019].

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietala, E., Kampman, O. & Leijala, J. 2019. Sairauden tunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofreniassa. *Duodecim* 20, 2028–2034. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15197> [viitattu 12.11.2019].

Hirvonen, J. & Salokangas, R. 2010. Skitsofrenia. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. *Duodecim* 126, 1835–1838. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.10.2019].

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hotus. 2019. Näyttöön perustuva päätöksenteko. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/materiaaliapankki/> [viitattu 12.11.2019].

Huttunen, M. 2017. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 24.9.2017. Saatavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00028](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028) [viitattu 13.10.2019].

Huttunen, M. 2018a. Skitsofrenia. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148) [viitattu 6.10.2019].

Huttunen, M. 2018b. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim. PDF-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00512](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512) [viitattu 25.10.2019].

Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja - opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillinen korkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/4670/isbn9789522480637.pdf?sequence=1> [viitattu 7.11.2019].

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hätönen, H., Kurki, M., Larri, T., Vuorilehto, M. 2014. Uudistuva mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Fioca Oy.

Jokinen, T. & Virkkunen, H. 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Opas 1. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++fi-nal+2018\\_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77](https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++fi-nal+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77) [viitattu 25.10.2019].

Joutsen, S. 2010. Potilassimulaattori hoitotyön koulutuksessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82100/gradu04698.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 10.11.2019].

Juola, P., Jääskeläinen, E., Kaivosoja, M., Niemelä, S., Penttilä, M., Raiskila, T. & Seppälä, J. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Lääkärilehti* 70, 875-880. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [viitattu 20.10.2019].

Kajaste, S. 2015. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-bahavioraaliset) menetelmä pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Käypähoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.12.2015. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01074> [viitattu 25.10.2019].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 212. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 14.5.2019].

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim* 129, 2133-2139. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 26.10.2019].

Kieseppä, T. & Suvisaari, J. 2016. Skitsofrenia – usean osuman tauti. *Lääkärilehti* 34, 2013–2014. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.10.2019].

Korkeila, J. 2013. Erotusdiagnoosin vaikeus. *Lääkärilehti* 68, 1911–1913. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.10.2019].

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuronen, R., Liira, H., Mikkola, I. & Wineel, K. 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. *Lääkärilehti* 74, 41–47. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 25.10.2019].

Käypä hoito. 2013. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.2.2013. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00191> [viitattu 10.10.2019].

Käypä hoito. 2015. Skitsofrenia. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.1.2015. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> [viitattu 6.10.2019].

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti! Laadi selkeä esitys. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Leinonen, E., Koponen, H. & Isohanni, M. 2015. Psykoosien käypä lääkehoito. *Lääkärilehti* 70, 891–895. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.11.2019].

Leppämäki, S. Neurostimulaatiohoidot – tulevaisuuden psykiatria. *Lääkärilehti* 67, 2454–2459. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.10.2019].

Lönnqvist, J., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Saarni, I.S., Suokas, J., Suvisaari, J., Tuulio-Henriksson, A. & Viertiö, S. 2016. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Lääkärilehti* 67, 863–869. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.11.2019].

Lönnqvist, J., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Saarni, S., Suokas, J., Suvisaari, J. & Viertiö, S. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Lääkärilehti* 67, 677–683. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.10.2019].

Lönnqvist, J., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Suokas, J., Suvisaari, J., Tuulio-Henriksson, A. & Viertiö, S. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Lääkärilehti* 67, 677–683. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.11.2019].

Markkanen, P. 2002. Opetuksen tuhat taikatemppua – Onko opetusmenetelmällä väliä? Selvitys opetusmenetelmistä Oulun yliopistossa. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www oulu.fi/koulutuspalvelut/julkaisut\\_ ja\\_materiaalit/uutta\\_opetuksessa/pdf/UO16.pdf](https://www oulu.fi/koulutuspalvelut/julkaisut_ ja_materiaalit/uutta_opetuksessa/pdf/UO16.pdf) [viitattu 11.11.2019].

Mattila, L., Rekola, L., Sarajärvi, A. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Painos 1. Helsinki: WSOYpro OY.

Mehtälä, T., Sailas, E. & Viertiö, S. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. *Duodecim* 132, 632–638. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/7/duo13063?keyword=skitsofrenia> [viitattu 7.11.2019].

Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423.

Mielenterveystalo s.a. Asuminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/asuminenM.aspx> [viitattu 26.10.2019].

Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. *Duodecim* 129, 886–892. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10930.pdf> [viitattu 15.9.2019].

Niskanen, L. 2014. Skitsofrenia ja sydänsairaudet. *Duodecim*. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.6.2014. Saatavissa: [https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00417](https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00417) [viitattu 3.11.2019].

Nurminen, M. 2012. Lääkehoito. 10.-11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Nykänen, P. & Junntila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asi-  
antuntijaryhmän loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-doku-  
mentti. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/han-  
dle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf) [viitattu 25.10.2019].
- Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutuminen psykiatriassa. *Duodecim* 131,  
1437–1442. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/>  
[viitattu 25.10.2019].
- Oksanen, J., Vataja, R., Lappalainen, J., Lindberg, N. & Koponen, H. 2016.  
Milloin epäillä skitsofreniaa? *Lääkärilehti* 71, 2791–2795. Verkkolehti. WWW-  
dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.10.2019].
- Opetushallitus s.a. E-oppimateriaalin laatukriteerit. WWW-dokumentti. Saata-  
vissa: <https://www.oph.fi/fi/julkaisut/e-oppimateriaalin-laatukriteerit> [viitattu  
25.10.2019].
- Partonen, T., Lönnqvist, J., Syvälahti, E. 2019. Aivojen sähköhoito. *Duodecim*  
oppiportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.oppi-  
portti.fi/op/pkr03008/do?p\\_haku=skitsofrenia#q=skitsofrenia](https://www.oppi-<br/>portti.fi/op/pkr03008/do?p_haku=skitsofrenia#q=skitsofrenia) [viitattu  
12.10.2019].
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä s.a. Toimin-  
nallinen kuntoutus. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.pkssk.fi/docu-  
ments/601237/620434/Toiminnallinen+kuntoutus.pdf/2db668f0-d00f-48d9-  
84ed-0233579922a1](http://www.pkssk.fi/docu-<br/>ments/601237/620434/Toiminnallinen+kuntoutus.pdf/2db668f0-d00f-48d9-<br/>84ed-0233579922a1) [viitattu 7.11.2019].
- Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Psykososiaaliset hoidot s.a. Mielenterveystalo. WWW-dokumentti. Saatavissa:  
[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psy-  
kososiaalisethoidot.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psy-<br/>kososiaalisethoidot.aspx) [viitattu 27.10.2019].
- Pulkinen, S. & Vesänen, P. 2017. Skitsofrenian hoito. Sairaanhoitajan käsi-  
kirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www-terveysportti-  
fi.ezproxy.xamk.fi/dtk/shk/koti](https://www-terveysportti-<br/>fi.ezproxy.xamk.fi/dtk/shk/koti) [viitattu 23.10.2019].
- Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä. 2016. Terveyden ja  
hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.4.2016. Saatavissa:  
[https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongel-  
maisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia](https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongel-<br/>maisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia) [vii-  
tattu 6.10.2019].
- Roberson, C. 2009. Schizophrenia. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://kaak-  
kuri.finna.fi/](https://kaak-<br/>kuri.finna.fi/) [viitattu 3.11.2019].
- Saaranen-Kauppien, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäope-  
tuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.fsd.uta.fi/me-  
netelmaopetus/kvali/viittausohje.html](https://www.fsd.uta.fi/me-<br/>netelmaopetus/kvali/viittausohje.html) [viitattu 11.11.2019].

- Saari, K., Raiskila, T., Moilanen, K., Jääskeläinen, E. & Niemelä, S. 2015. Psykoosien hoito terveyskeskuksessa. *Lääkärilehti* 70, 867–873. Verkkolehti. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.10.2019].
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) [viitattu 14.5.2019].
- Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Duodecim* 125, 505–512. Verkkolehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 27.10.2019].
- Skitsofreniainfo s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.skitsofreniainfo.fi/oireet/Kognitiivisten-oireiden-huomioiminen-yhae-tarkeampi-osa-skitsofrenian-hoito> [viitattu 25.10.2019].
- Sorsa, K. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmassa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110314/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110314.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110314/urn_nbn_fi_uef-20110314.pdf) [viitattu 25.10.2019].
- Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.
- Taavitsainen, S. 2013. Näyttöön perustuvan hoitotyön oppiminen: Aikuisopiskelijoiden kokemuksia verkko-opintojaksolta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130733/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130733.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130733/urn_nbn_fi_uef-20130733.pdf) [viitattu 8.11.2019].
- Tarvainen, V. 2016. Kalvosulkeisista kokonaisvaltaiseksi elämäkseksi. Esitysgraafikka- ja puhe-esitys multimodaalisena tekstinä. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/49652/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-201605072442.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/49652/URN_NBN_fi_jyu-201605072442.pdf?sequence=5&isAllowed=y) [viitattu 25.10.2019].
- THL. 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.9.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa> [viitattu 26.10.2019].
- Tiihonen, J. 2019. Skitsofrenian lääkehoito. *Duodecim* 20, 2021–2027. Verkkolehti. WWW-dokumentti Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15194> [viitattu 24.10.2019].
- Torniainen, M. 2013. Cognitive Impairment in Schizophrenia: Related Risk Factors and Clinical Characteristics. 2013. Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.–2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wright, K. & McKeown. 2018. Essentials of mental health nursing. Lontoo: SAGE Publications Ltd.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Xamk s.a. Tietoa Xamkista. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/> [viitattu 12.11.2019].

Yle. 2017. Skitsofrenia lyhentää elinikää 15 vuodella. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-9561793> [viitattu 3.11.2019].



## Tutkimustaulukko

Tekijä(t), nimi ja julkaisutiedot	Tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä ja -otanta	Keskeisimmät tulokset
Blomgren, K. Simulaatiot – melkein leikkiä, melkein totta. Duodecim. Tieteellinen artikkeli. 2015.	-	-	Onnistunut simulaatio rakentaa sil- lan abstraktin ja konkreettisen vä- lille, helpottaa op- pimista ja paran- taa aikanaan to- dellista suoritusta. Simulaation avulla voidaan harjoitella hyvinkin epätoden- näköisiä tilanteita, jolloin toimintamalli on valmiina tosi paikan tullen.
Ejaredar, M. & Hagen, B. 2014. I was told it re-starts your brain: knowledge, power and women's experiences of ECT. Alkuperäisartikkeli.	Tutkimuksen tar- koituksena oli tut- kia naisten koke- muksia sähköhoi- dosta, tietoisuutta siitä ja potilaan omaa vaikutta- vuutta sähköhoi- toon.	Tutkimukseen osallistui yh- deksän naista, joita haastatel- tiin ECT-hoi- toon liittyvistä asioista, kuten sen vaikutta- vuudesta. Haastattelut analysoitiin laa- dullisella ana- lyysillä, jossa	Tutkimukseen osallistujat kokivat sähköhoitokoke- muksen melko ne- gatiivisena ja luon- nehtivat tietoi- suutta hoidosta huonoksi, kuten myös hoidon vai- kuttavuutta. Osal- listujat kokivat, ettei heitä infor- moitu tarpeeksi ennen ECT-hoitoa ja he kokivat, ettei

		haastattelut ja- ettiin eri tee- moihin.	heillä ollut riittä- västi tietoa tehdä tiedostettua pää- töstä hoidon aloit- tamisesta. He ko- kivat tullessa pai- nostetuiksi sähkö- hoidon aloittami- sen suhteen. Osa osallistujista koki- vat ECT-hoidon epäinhimillisenä.
Hietala, E., Kampman, O., Leijala, J. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitou- tumisen merkitys skitsofrenian hoi- dossa. Duo- decim.	-	-	Skitsofrenian ja muiden psykoosi- sairauksien yhtey- dessä huono pit- käaikaiseen hoi- toon sitoutuminen heikentää merkit- tävästi sairauden ennustetta. Sai- raudentunnon puuttuminen liittyy psykoosioireisiin ja kognitiivisiin toi- mintoihin.
Juola, P., Jääs- keläinen, E., Kai- vosoja, M., Nie- melä, S., Pent- tilä, M., Raiskila, T. & Seppälä, J.	-	-	Ennustetta voi- daan parantaa ny- kyisin käytössä olevin hoitomu- doin. Varhainen tunnistaminen ja

2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. Katsausartikkeli. Lääkärilehti 13/2015.			aktiivinen hoito kohentavat ennustetta. Skitsofrenian ennusteen paraneminen vaatii yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osalta.
Kieseppä, T. & Suvisaari, J. 2016. Skitsofrenia- usean osu- man tauti. Lääkärilehti 34/2016.	-	-	Potilaiden skitsofreniaan sairastumisen syyt voivat olla hyvin erilaisia. Perinnöllisten ja ympäristötekijöiden tarkka analyysi antaa suuntaa yksilöllisiin hoitoihin.
Kuronen, R., Liira, H., Mikkola, I. & Winell, K. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikais- sairauksien avo- hoidossa. Lääkärilehti 1-2/2019. Katsausartikkeli.	-	-	Hoitosuunnitelma parantaa pitkäai- kaissairauksien hoitotuloksia. Hoitosuunnitelmassa luodaan selkeä ta- voite ja keinot sii- hen pääsemiseksi.
Laitila, M. 2010. Asiakkaan osalli- suus mielenter-	Tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta ja	Tutkimuksessa oli kolme vai- hetta: asiakkai-	Asiakkaan osalli- suus tarkoitti asi- akkaiden asiantun-

<p>veys- ja päihde-työssä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>den haastattelu, työntekijöiden haastattelu ja kuvausmallien muodostaminen asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.</p>	<p>tijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyväksymistä. Se toteutui osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen ja palveluiden järjestämiseen. Asiakaslähtöisyys tarkoitti työntekijöiden tapaa tehdä työtä ja tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella eritasolla: organisatiolähtöisenä toimintana, yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana. Asiakaslähtöisellä työtavalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle.</p>
--	---	--	--

<p>Leinonen, E., Koponen, H. &amp; Isohanni, M. 2015. Psykoosien käypä lääkahoito. Katsausartikkeli. Lääkärilehti 13/2015.</p>	-	-	<p>Psykoosilääkkeet ovat olennainen osa skitsofrenian hoitoa. Niillä pystytään merkittävästi vähentämään skitsofrenian positiivisia oireita ja estämään uusia psykoosivaiheita.</p>
<p>Lönnqvist, J., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Suokas, J., Suvisaari, J., Tuulio-Henriksson, A. &amp; Viertiö, S. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 9/2012.</p>	<p>Alkuperäistutkimus psykoosien esiintyvyydestä ja alueellisesta vaihtelusta Suomessa.</p>	-	<p>Psykoosisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Psykooseja esiintyy eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa, kuin muualla maailmassa, joka täytyy ottaa huomioon hoitojärjestelmän resurssoinneissa.</p>
<p>Lönnqvist, J., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Saarni, I.S., Suokas, J., Suvisaari, J., Tuulio-Henriksson, A. &amp; Viertiö, S. 2012.</p>	<p>Vuonna 2000-2001 toteutettu Terveys 2000-tutkimus liittyen suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Tutkimukseen kuului perusteellinen</p>	<p>Terveys 2000-tutkimukseen kutsuttiin 8028 satunnaisesti valittua 30 vuotta täyttänyttä henkilöä.</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavilla todettiin tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän suuri esiintyvyys. Erityisesti ylipainoisuus ja hypertriglyseridemia olivat heillä</p>

<p>Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 11/2012.</p>	<p>terveystarkastus ja toimintakyvyn arviointi.</p>		<p>tavallisia. Skitsofreniaa sairastavilla todettiin muuhun väestöön verrattuna pienempi D- vitamiinipitoisuus ja heikompi luuston terveys. Psykoosisairauksiin liittyi heikentynyt elämänlaatu, johon vaikuttivat erityisesti masennusoireet.</p>
<p>Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Katsausartikkeli. Duodecim.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Heikon hoitomyöntyvyyden syyt ovat moninaisia ja liittyvät lääkkeiden haittavaikutusten lisäksi muun muassa lääkehoitoon liittyviin asenteisiin, päihteiden käyttöön, kognition puutteeseen ja hoitosuhteen heikkoon laatuun.</p>
<p>Oksanen, J., Vataja, R., Lappalainen, J., Lindberg, N. &amp; Koponen, H. 2016. Milloin epäillä</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Skitsofrenia ilmenee laaja-alaisena tunteiden, havaitsemisen, motivaation ja käyttäytymis-</p>

<p>skitsofreniaa? Katsausartikkeli. Lääkärilehti 44/2016.</p>			<p>sen säätelyn häiriöinä, jotka ilmenevät aistiharhoina, harha-ajatuksina ja poikkeavana käyttäytymisenä. Suuren riskin vaiheen tunnistaminen ja hoito voi lykätä psykoosin puhkeamista tai estää sen. Oireet lajitellaan positiivisiin, negatiivisiin, kognitiivisiin ja emotionaalisiin oireisiin.</p>
<p>Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Katsausartikkeli. Duodecim.</p>	-	-	<p><math>\frac{3}{4}</math> skitsofreniakoista sairastaa jostain somaattista sairautta. Skitsofreniapotilaiden odotettu elinikä onkin 20% lyhyempi verrattuna väestöön.</p>
<p>Sorsa, K. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmassa. Itä-Suomenyliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on johtaa suomalaiset hoitotyön tiedonhallinnan osaamissuosituks-</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Sairaanhoitajat koulutetaan käyttämään potilastietojärjestelmiä ja valvontalaitteita, mutta syvempi ym-</p>

Pro gradu – tutkielma.	set kansainvälistä hoitotyön tiedonhallinnan osaamissuosituksista ja arvioida ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmia hoitotyön kirjaamisen osalta suhteessa johdettuihin hoitotyön tiedonhallinnan osaamissuosituksiin.		määritys tiedonhallinnan merkitykseen hoitotyössä, kuten käytön edistäminen on puutteellista. Hallinnollisten ohjelmien käyttö ei kuulu nykyisin opetussuunnitelmiin, vaikka johtamista opetettaisiinkin.
Taavitsainen, S. 2013. Näyttöön perustuvan hoitotyön oppiminen: Aikuisopiskelijoiden kokemuksia verkko-opintojaksolta. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu –tutkielma.	Tarkoituksena oli kuvata Itä-Suomen yliopiston avoimen yliopiston sairaanhoitajien oppimiskokemuksia verkko-opintojaksolta, tavoitteena tuottaa tietoa, jolla kyseistä opintojaksoa voi kehittää.	Aineisto kerättiin palautekyselyllä.	Opettajan antama tuki ja kannustus olivat avainasemassa. Tärkeää olivat myös nopeasti saatu palaute ja itsenäisen ajankäytön mahdollistuminen. Vaikeuttavia tekijöitä olivat opiskelijoiden kiire ja samanaikaiset muut kurssit.



<p>Tarvainen, V. 2016. Kalvosulkeisista kokonaisvaltaiseksi elämäyksi. Esi-tysgrafiikka- ja puhe-esitys mul-timodaalisena tekstinä. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tut-kielma.</p>	<p>Tutkimuksen ta-voitteena oli sel-vittää, kuinka puhe ja sitä ha-vainnollistava esitysgrafiikka-esitys rakentuvat yhdessä multimo-daaliseksi teks-tiksi ja mikä on diaesityksen funktio esitysti-lanteessa.</p>	<p>Aineisto oli ke-rätty kirjallisuudesta.</p>	<p>Psykoedukaatio on tehokas psy-koosien hoidossa käytettävä työme-netelmä ja kuuluu oleellisena osana psykoosipotilaiden kuntoutusohjel-maan. Olennaista on tiedon ja koke-musten jakaminen. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- ja perhemuotoisena. Se tulee toteuttaa suunnitelmallisena ja tarpeeksi pit-känä prosessina.</p>
<p>Torniainen, M. 2013. Cognitive Impairment in Schizophrenia: Related Risk Factors and Clinical Characteristics. THL. Helsin-gin yliopisto. Väi-töskirja.</p>	<p>Tutkimuksen ta-voitteena oli luon-nehtia kognitiivi-sia häiriöitä skit-sofreniassa ja skitsoaffektiivisessä häiriössä ja selvittää ovatko niiden klii-niset piirteet yh-teydessä kognitiivisiin häiriöihin.</p>	<p>Tutkittavina oli skitsofre-niaryhmä, skit-soaffektiivinen ryhmä ja hei-dän terveet per-heenjäsenensä. Osallistujille tehtiin neuro-psykologinen tutkimus, johon kuului muun muassa työ-</p>	<p>Skitsofreniaan liit-tyy skitsoaffektiivista häiriötä suu-rempia kognitiivi-sia ongelmia. Hen-kilöillä, joilla oli ne-gatiivisia oireita ja korkea psykoosi-lääkeannos, oli heikoin kognitiivi-nen toimintakyky. Keskimääräisestä syntymäpainosta poikkeavuus liittyi</p>

		muistia, tark- kaavaisuutta ja kielellistä oppi- mista arvioivia tehtäviä.	kognitiivisiin häiri- öihin. Sukupuoli ei vaikuttanut.
--	--	--	--