



Skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjojen havainnollistaminen VR-videon avulla

Sanni Järvenpää, Meri Laine & Matleena Sissi

Laurea-ammattikorkeakoulu

Skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjojen havainnollistaminen VR-videon avulla

Sanni Järvenpää, Meri Laine,
Matleena Sissi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2021

Sanni Järvenpää, Meri Laine, Matleena Sissi

Skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharhojen havainnollistaminen VR-videon avulla

Vuosi 2021

Sivumäärä 44

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa suomenkielinen opetusvideo skitsofreniaa sairastavan aistiharhoista Laurea-ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyön tavoitteena on havainnollistaa virtuaalitodellisuuden (VR) avulla skitsofreniaa sairastavan positiivisia oireita, erityisesti aistiharhoja eli hallusinaatioita. Opinnäytetyössä syvennyttiin ainoastaan kuulo- ja näköaistin alueella tapahtuviin harhoihin.

Opinnäytetyö tehtiin hyödyntäen toiminnallisen tutkimuksen menetelmiä ja se sisälsi teoreettisen viitekehksen. Teoreettinen viitekehys kasattiin tutkitusta tiedosta sekä monipuolisista lähteistä, joiden valinnassa käytettiin lähdekritiikkiä. Videon käsikirjoituksen suunnittelussa hyödynnettiin teorian lisäksi kokemusasiantuntijan haastattelua kokonaisvaltaisemman kuvan luomiseksi.

Skitsofrenia on monimuotoinen ja vakava psykoottinen mielenterveyden häiriö. Se ilmenee tavallisimmin erilaisina harhaluolina, aistiharhoina, kognitiivisten toimintojen häiriönä, hajanaisena ajatteluna ja puheena, poikkeavana motorisena käyttäytymisenä ja sosiaalisena vetäytymisenä. Skitsofreniassa aistiharhat voivat esiintyä näkö-, tunto-, kuulo-, haju- tai makuuainin alueella. Harhat ovat epätodellisia, esimerkiksi yksittäisiä ääniä tai havaintovirheitä eli illuusioita.

Virtuaalitodellisuus tarkoittaa virtuaalilasien avulla välitettyä keinotekoisia läsnäolon tunnetta. Virtuaalitodellisuuden avulla voidaan nähdä, kuulla, lukea ja toisinaan suorittaa annettuja tehtäviä, jolloin katsoja voi kokea simuloitun todellisuuden turvallisesti. VR-videon lisäksi opinnäytetyö sisältää YouTube-videon sekä erillisen äänitallenteen.

Video arvioitiin strukturoidun kyselylomakkeen ja kahden avoimen kysymyksen avulla. Palautelomakkeen avulla pyrittiin selvittämään videon hyödyllisyyttä, tarkoituksenmukaisuutta sekä autenttisuutta. Palautteen nojalla opetusvideo osoittautui todentuntuiseksi, mielenkiintoiseksi sekä käytännölliseksi. Videon avulla katsoja koki saaneensa lisää ymmärrystä aistiharhoista. Opinnäytetyön arviointi pohjautui kerätyn palautteen lisäksi itsearviointiin. Palautteen ja itsearvioinnin perusteella videosta voitaisiin tehdä entistäkin todentuntuisempi videon pelillistämisen ja näköharhan liikkumisen myötä.

Sanni Järvenpää, Meri Laine, Matleena Sissi

Demonstrating visual and auditory hallucinations of a person with schizophrenia through a VR-video

Year	2021	Pages	44
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to create a video tutorial for Laurea University of Applied Sciences about hallucinations of people who suffer from schizophrenia. The goal of the thesis is to demonstrate the positive symptoms, especially hallucination, of a person suffering from schizophrenia with the aid of virtual reality (VR). In the thesis, only auditory and visual hallucinations were examined.

The thesis was conducted by the methods of practical thesis, and it included a theoretical framework that consisted of information collected by professionals and diverse articles that were chosen with care. The script of the video was created based on the theory and an interview with an expert of experiences to receive a comprehensive image of the subject.

Schizophrenia is a diverse and serious psychotic mental disorder. It is often manifested with different misconceptions, hallucinations, disturbance of cognitive actions, incoherent thinking and speaking, abnormal motoric behavior and social withdrawal. In schizophrenia, hallucinations can be visual, auditory, and experienced through senses of smell, taste, and touch. The hallucinations are not true - single sounds, observation errors, or illusions can occur, for example.

Virtual reality means an artificial feeling of being present transmitted by virtual glasses. Through virtual reality one can see, hear, read, and sometimes perform actions, and the viewer can experience the simulated reality safely. In addition to the VR-video, a Youtube video and a separate soundtrack are included in the thesis.

The video was evaluated with a structured questionnaire and two open-ended questions. The usefulness, appropriateness, and authenticity were assessed by the feedback form. Based on the feedback, the tutorial video was considered realistic, interesting, and practical. Furthermore, the viewer experienced that they gained more profound understanding of hallucinations through the video. The assessment of the thesis was based on the collected data and self-evaluation. Based on the feedback and self-evaluation it would be possible to create an even more realistic video with gamifying and movements related to optical illusions.

Keywords: hallucinations, psychotic disorders, schizophrenia, virtual reality

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Psykoottiset häiriöt mielenterveyshäiriöinä	7
2.1	Mielenterveyshäiriöt	7
2.2	Psykoottiset häiriöt	8
3	Skitsofrenia mielenterveyden häiriönä.....	9
3.1	Skitsofrenia	9
3.1.1	Skitsofrenian taudinkulku ja oireet	10
3.1.2	Skitsofrenian diagnostiset kriteerit	11
3.1.3	Skitsofrenian hoidon periaatteet	13
3.1.4	Psykoosilääkkeet skitsofrenian hoidossa	14
3.1.5	Skitsofrenian hoito- ja kuntoutusmuodot	16
3.1.6	Skitsofrenian eteneminen ja ennuste.....	17
3.2	Aistiharhat skitsofreniassa	18
3.3	Harhaluulot skitsofreniassa	20
4	Virtuaalitodellisuus ja sen hyödyntäminen oppimisessa	21
5	Yhteistyökumppani	22
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	23
7	Opinnäytetyöprosessi	23
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	23
7.2	Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus	24
7.2.1	Suunnittelu	24
7.2.2	Toteutus	24
7.3	Opinnäytetyön palaute	26
8	Pohdinta	28
8.1	Opinnäytetyön eettisyys	29
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	31
8.3	Tuotoksen tarkastelu ja kehittämisaiheet.....	31
	Lähteet.....	33
	Kuviot	40
	Taulukot	40
	Liitteet	41

1 Johdanto

Suomessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat tänä päivänä yksi suurimmista syistä työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle. Kun tarkastellaan esimerkiksi 1970-lukua, mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys työelämässä oli suhteellisen vähäistä ammattitaitoihin sekä muihin fyysisiin oireisiin verrattuna. (Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin 2020.) Tällä hetkellä masennushäiriöt näyttävät kansanterveyden kannalta yhtenä keskeisimpänä kansanterveysongelmana ja aikuisväestöstä vähintään 5 % kärsii vuosittain vakavasta masennustilasta (Mielialahäiriöt 2020). Mielenterveyden riskitekijöitä ovat yleisesti perheiden köyhyys, kiusaaminen, yksinäisyys sekä päihdeongelmat (Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin 2020).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa suomenkielinen opetusvideo Laurea-ammattikorkeakoululle osana mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön opetusta. Opetusvideon avulla sosiaali-, terveys- ja rikosseuraamusalan opiskelijat pääsevät kokemaan skitsofreniaa sairastavan aistiharjoja todentuntuksessa tilassa, VR-lasien ja kameran luoman 360°-videokuvan sekä äänten avulla.

Opinnäytetyön tavoitteena on havainnollistaa skitsofreniaa sairastavan henkilön positiivisia oireita, erityisesti aistiharjoja eli hallusinaatioita. Aistiharjoja voi esiintyä niin näkö-, tunto-, kuulo-, haju- että makuaistin alueella. Opinnäytetyössä syvennyttiin ainoastaan kuulo- ja näköaistin alueella tapahtuviin aistiharjoihin, sillä muiden aistielinten aktivointi VR-lasien välityksellä on lähes mahdotonta. Näkö- ja kuuloaistia muokkaamalla voitiin luoda subjektiivinen kokemus virtuaalimaailmasta.

Skitsofrenia on sairautena hyvin monitekijäinen eikä sen syytä tarkkaan ottaen tiedetä (Tuulio-Henriksson 2020). Tästä huolimatta skitsofreniaan on liitetty vahva geneettinen alttius ja tärkeimpiä skitsofreniaa ennakoivista tekijöistä ovat ensiasteen sukulaisella esiintyvä skitsofrenia tai muu psykoosi, jotka lisäävät sairastumisriskiä kymmenkertaisesti (Skitsofrenia 2020a). Tavallisesti skitsofrenia puhkeaa varhaisaikuisuudessa (Tuulio-Henriksson 2020). Keskimääräisen eliniän pidentymisen vuoksi vanhusten skitsofrenia on kuitenkin määrällisesti kasvussa. Suomen väestöstä 0,5-1,5 % sairastaa skitsofreniaa, jonka perusteella Suomessa on noin 55 000-65 000 skitsofreniapotilasta. (Skitsofrenia 2020a.)

Virtuaalitodellisuus eli VR voidaan määritellä keinotekoisena, tietokoneella luotuna simulaationa tai luonnoksena todellisesta elämäntilanteesta. Stimuloimalla ensisijaisesti näkö- ja kuuloaistia, VR-teknologiaa käyttävä voi kokea simuloitun todellisuuden VR-lasien välityksellä. (Reyna 2018.) Virtuaalitodellisuus mahdollistaa todentuntuksella, mutta turvallisesti, esimerkiksi kriisitilanteiden harjoittelemista ja virtuaalipotilaan operoimista (Pihkala 2019). King-Thompsonin (2017) mukaan VR-simulaation avulla oppijat pääsevät kokemaan sellaisia kokemuksia, jotka olisivat muuten mahdottomia saavuttaa.

Virtuaalitodellisuus tarjoaa aktiivisemman oppimisympäristön passiivisen oppimisympäristön rinnalle sekä tehostaa opittavan asian sisäistämistä.

2 Psykoottiset häiriöt mielenterveyshäiriöinä

2.1 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveys sisältää emotionaalisen, psykologisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin, jotka yhdessä vaikuttavat vahvasti siihen, miten ajattelemme, tunnemme ja toimimme (What Is Mental Health? 2020). Maailman terveysjärjestö WHO:n määrittelyn mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, selviytyy eteen tulevista haasteista, pystyy työskentelemään tuottavasti ja myötävaikuttamaan yhteisöönsä (World Health Organization 2018). Mielenterveys ei ole mustavalkoisesti joko mielen hyvinvointia tai ongelmattomuutta. Jokaisen ihmisen elämään kuuluu ajoittain myös surua, pettymyksiä, pelkoja sekä ahdistusta, ja siksi mielenterveyden häiriöiden suoraviivainen määrittely on jopa mahdotonta. (Mielenterveyshäiriöt 2019.)

Mielenterveyden häiriöiksi ei lasketa arkipäiväisiä psyykkisiä reaktioita tai tiloja, sillä monet psyykkiset oireet ovat ohimeneviä (Mielenterveydenhäiriöt 2020). Tavanomainen suru tai vahva ristiriita yksilön ja häntä ympäröivän maailman kanssa ei yksinomaan ole luokiteltavissa mielenterveyden häiriöksi (Lönnqvist & Lehtonen 2019). Kun mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös hankaloittavat toimintakykyä, ihmissuhteita tai tuottavat kärsimystä, voidaan puhua mielenterveydellisistä häiriöistä (Mielenterveyshäiriöt 2019). Mielenterveysongelmat voivat ilmetä monin eri tavoin ja oireet saattavat poiketa toisistaan, vaikka kyseessä olisi sama mielenterveyden häiriö (Lönnqvist & Lehtonen 2019). Vakavat mielenterveyshäiriöt voivat lamaannuttaa ihmisen toiminnan täysin (Mielenterveyshäiriöt 2019).

Lönnqvistin & Lehtosen (2019) mukaan mielenterveyden häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät ja psyykkistä tuskaa sekä toimintakykyä haittaavat psyykkiset oireet, jotka muodostavat suuremmassa kokonaisuudessa erilaisia oireyhtymiä. Tautiluokituksen mukaan kullekin häiriölle on kriteerit, jotka kuvastavat keskeisimpiä oireita, kestoja, etenemistä sekä häiriön haittavaikutuksia. Jokaiselle mielenterveyden häiriölle on annettu tautiluokituksessa oma nimike eli diagnoosi.

Mielenterveydenhäiriöt pyritään määrittelemään mahdollisimman ymmärrettävästi, vaikka raja sairauden välillä on häilyvä. Mielenterveydenhäiriöksi voidaan luokitella muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aikaansaamat oireyhtymät, aivojen kehitykseen liittyvät häiriöt, masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt sekä pakko-oireiset häiriöt. Mielenterveyden häiriöiden piiriin luokitellaan tämän lisäksi erilaiset unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, poikkeavat

psykkiset reaktiot ja traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä erilaiset päihteiden käyttämiseen liittyvät häiriöt. (Lönqvist & Lehtonen 2019.)

2.2 Psykoottiset häiriöt

Psykoottisilla häiriöillä tarkoitetaan vakavia mielenterveyden häiriöitä, joihin voidaan usein liittää todellisuudentajun hämärtymistä, hallusinaatioita eli epätodellisia aistimuksia sekä delusioita eli harhaluuloja. Psykoottisen henkilön käytös saattaa olla silmiinpistävän kummallista ja psykomotoriikaltaan normaalista poikkeavaa. (Lönqvist 2019; Schizophrenia Causes, Signs, Symptoms & Side Effects 2020.) Sairastunut saattaa esimerkiksi naureskella tai puhua itsekseen (Huomanen 2020). Eriskummallinen käytös voi synnyttää ulkopuolisissa pelkoa sekä kielteisiä ajatuksia ja asenteita mielenterveyden häiriöitä kohtaan (Huomanen 2020; Lönqvist 2019).

Yksittäistä psykoosioiretta ei voida suoraan liittää psykoosisairauteen ja nykyisen diagnoosiluokituksen mukaan erilaiset psykoottiset häiriöt erotetaan toisistaan oireen tai oireiden keston perusteella (Taulukko 1) (Psykoosiopas 2021). Suomalaisen tautiluokituksen mukaan pääosa psykooseista kuuluu skitsofrenia ryhmään, skitsotyyppinen persoonallisuus ja harhaluuloisuushäiriöt (F20-F29). Tämän ryhmän sisälle kuuluvat skitsofrenia (F20), skitsotyyppinen häiriö (F21), pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt (F22), äkilliset ja väliaikaiset psykoottiset häiriöt (F23), indusoitunut harhaluuloisuus (F24), skitsoaffektiiviset häiriöt (F25), muut määritetyt ei-elimelliset psykoottiset häiriöt (F28) ja määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö (F29). Näiden lisäksi myös mielialahäiriöt voivat pahimmillaan olla psykoottisoireisia, esimerkkinä kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ja depressiiviset häiriöt. (F20-29 Psykoottiset häiriöt 2020; Lönqvist 2019.)

Psykoosihäiriö	Tyypillisimmät oireet
Skitsofrenia (F20)	Aistiharhat, harhaluulot ja vainoamisharhat.
Skitsotyyppinen häiriö (F21)	Merkittävät puutteet sosiaalisissa suhteissa ja vuorovaikutustilanteissa.
Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt (F22)	Pitkäaikaiset harhaluulot ilman skitsofrenialle tyypillisiä ajattelun ja tunne-elämän häiriöitä.
Äkilliset ja väliaikaiset psykoottiset häiriöt (F23)	Nopeasti alkavat todellisuudentajua vääristävät häiriöt, jotka menevät ohi muutamassa viikossa.
Indusoitunut harhaluuloisuus (F24)	Jo sairastuneen vakiintuneet harhat laukaisevat läheisen harhaluuloisuushäiriön.
Skitsoaffektiiviset häiriöt (F25)	Häiriössä esiintyy skitsofrenialle sekä vakavalle mielialahäiriölle tyypillisiä oireita samanaikaisesti.
Muut määritellyt ei-elimelliset psykoottiset häiriöt (F28)	Muut psykoottiset häiriöt, jotka eivät täytä muiden luokkien kriteerejä.
Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö (F29)	Sairauden tila, jossa ilmenee psykoosin oireita, joita ei ole vielä tyypitelty.

Taulukko 1: F20-29 Psykoottiset häiriöt (tiedot F20-F29 Psykoottiset häiriöt 2021; Huomanen 2020; Huttunen 2018a)

3 Skitsofrenia mielenterveyden häiriönä

3.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on monimuotoinen ja vakava, epäyhtenäinen eli heterogeeninen psykoottinen mielenterveyden häiriö (Skitsofrenia 2020a). Tämä tarkoittaa sitä, että skitsofrenian oireet ja niiden kulku voivat olla erilaisia henkilöstä riippuen (Huttunen 2018a). Skitsofrenia ilmenee tavallisimmin erilaisina harhaluuloina, aistiharhoina, kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelyyn liittyvien toimintojen häiriöinä, hajanaisena ajatteluna ja puheena, poikkeavana motorisena käyttäytymisenä sekä sosiaalisena vetäytymisenä. Skitsofreniapotilailla esiintyy usein myös ahdistusta ja masennusta. (Mitä toimintakyky on? 2019; Skitsofrenia 2020a.) Skitsofrenia puhkeaa yleensä varhaisaikuisuudessa. Miehet sairastuvat skitsofreniaan tavallisesti 20-28-vuotiaina ja naiset keskimäärin muutaman vuoden vanhempana kuin miehet. Skitsofreniaan voi poikkeuksellisesti sairastua myös lapsena, murrosiässä tai harvemmin keski-iässä. Ihmisistä noin 1 % sairastuu elinaikanaan skitsofreniaan. (Huttunen 2018a.)

Skitsofrenian synty käsitetään stressi-haavoittuvuusmallin pohjalta eli skitsofrenia voi puhjeta siihen alttiilla olevalla henkilöllä vuorovaikutuksessa ympäristöstä tulevien stressitekijöiden kanssa (Skitsofrenia 2020a). Tutkimusten mukaan tietyt perinnölliset tekijät lisäävät alttiutta sairastua skitsofreniaan (Huttunen 2018a). Tärkeimpänä skitsofreniaa ennakoivana riskitekijänä pidetään ensiasteen sukulaisella, esimerkiksi äidillä, esiintyvää skitsofreniaa tai muuta psykoosia. Sairastumisriski on tällöin noin kymmenkertainen verrattuna normaaliväestöön. Sairauden kehittymiseen voivat vaikuttaa myös erilaiset ympäristötekijät, esimerkiksi lapsuus- ja nuoruusiän traumat, kaltoinkohtelu, huumeiden käyttö, psykososiaalinen vähäosaisuus sekä maahanmuutto ja siihen liittyvä syrjäytyminen. Ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat myös odottavan äidin stressi, raskaudenaikaiset ja synnytyksen komplikaatiot, lapsuudessa sairastetut keskushermoston infektiot sekä nälkiintyminen. (Skitsofrenia 2020a.)

Skitsofrenia voidaan jakaa erilaisiin alatyyppeihin pääasiallisten oireiden esiintyvyyden perusteella (Taulukko 2). Tavallisimmat alatyypit ovat F20.0 paranoidinen skitsofrenia, F20.1 hajanainen skitsofrenia, F20.2 katatoninen skitsofrenia sekä F20.3 erilaistumaton skitsofrenia. (F20 Skitsofrenia 2020.) Skitsofrenian muut alatyypit ovat F20.4 skitsofrenian jälkeinen masennus, F20.5 residuaalinen skitsofrenia, F20.6 erityisosatekijätön skitsofrenia, F20.8 muu skitsofrenia ja F20.9 määrittämätön skitsofrenia (Suvisaari ym. 2019a).

Skitsofrenian alatyypit	Tyypillisimmät oireet
Paranoidinen skitsofrenia (F20.0)	Suhteellisen vakaat usein vainoavat harhaäänet.
Hajanainen skitsofrenia (F20.1)	Sairastuneen tunne-elämän muutokset voimakkaita, harha-aistimukset epäyhtenäisiä samalla kun käytös muuttuu vastuuttomaksi.
Katatoninen skitsofrenia (F.20.2)	Katatoniselle skitsofrenialle tyypillisimpiä oireita liikevilkkauksen ja kiihtymyksen vaihtuminen äärimmäiseen jäykkyyteen.
Erihaustumaton skitsofrenia (F20.3)	Nimike sisältää psykoottisia tiloja, jotka eivät kuitenkaan sovi aiempiin alatyyppeihin. Saattaa esiintyä useimpien alatyypin piirteitä ilman, että minkään oireen erityisesti korostumatta.
Skitsofrenian jälkeinen masennus (F20.4)	Skitsofreenistä sairautta sauraa masennusjakso, jonka yhteydessä esiintyy edelleen lieviä skitsofreenisiä oireita.
Residuaalinen skitsofrenia (F20.5)	Diagnostista nimikettä käytetään kun skitsofrenia ei ole edennyt varhaisvaiheesta myöhäsvaiheeseen.
Eriostosatekijätön skitsofrenia (F20.6)	Sairastuneen käytös muuttuu huomaamatta omituiseksi niin ettei hän pysty selviytymään yhteiskunnan vaatimuksista. Sairastuneella ei esiinny aistiharjoja, eikä hän ole selvästi psykoottinen.
Muu skitsofrenia (F20.8)	Määrittämättömät skitsofreenistyyppiset häiriöt tai psykoosit.
Määrittämätön skitsofrenia (F20.9)	Oireet eivät täytä muiden häiriöiden kriteerejä tai sairaudesta ei ole tarpeeksi tietoa diagnoosin tekemiseksi.

Taulukko 2: Skitsofrenian alatyypit (tiedot Komulainen ym. 2012, 114-117; Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020)

3.1.1 Skitsofrenian taudinkulku ja oireet

Skitsofrenian etenemisestä voidaan erottaa viisi eri vaihetta, vaikka taudinkulku on usein hyvin subjektiivinen. Vaiheet ovat seuraavat, vaihe 0: Oireeton henkilö, jolla on suurentunut psykoosin riski ensiasteen sukulaisella esiintyvän vakavan mielenterveyden häiriön takia. Vaihe 1: Psykoosiriskivaihe. Tässä vaiheessa esiintyy yleensä prodromaali- eli ennako-oireita. Prodromaalioreet koostuvat yleensä ei-psykoottistyyppisistä sekä lievistä psykoottistyyppisistä oireista. Vaihe 2: Ensipsykoosi. Tällöin henkilö sairastaa ensimmäisen psykoosin. Vaihe 3: Tässä vaiheessa voidaan kokea epätäydellinen toipuminen ensipsykoosista, psykoosin uusiutuminen ja osittainen toipuminen tai psykoottisia episodeja toistuvasti. Epätäydellinen toipuminen ensipsykoosista voi johtaa jo vaiheeseen 4., joka käsittää pitkäkestoisen vaikean psykoosin. (Skitsofrenia 2020a.)

Suurella osalla, noin kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuneista on tavattu ennako-oireita eli prodromaalioreita (Huttunen 2018a). Prodromaalioreilla tarkoitetaan oireita, jotka ennakoivat tiettyä kriteereitä täyttävää sairautta. Oire voidaan todeta varmuudella prodromaalioreeksi usein vasta sairastuminen jälkeen. (Suvisaari ym. 2019b.) Ennako-oireita voi esiintyä kuukausista jopa vuosiin ennen skitsofrenian puhkeamisen ensijaksoa (Huttunen

2018a). Alkuvaiheen prodromaalioireita ovat muun muassa ahdistuneisuus, eristäytyminen, epäluuloisuus, käyttäytymisen häiriöt, unihäiriöt, psykosomaattiset oireet sekä huomio- ja keskittymiskyvyn heikkeneminen. Alkuvaiheessa oireita voivat olla myös energian ja motivaation väheneminen, oudot subjektiiviset kokemukset motoriikan, havaintojen ja ajattelun alueella sekä koulunkäynnin ja opiskelun vaikeudet tai ammatillisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen. Monet prodromaalioireet ovat epätarkkoja ja samantyyppisiä oireita voi kuulua normaaliin nuoruuteen ohimenevästi. Lähempänä skitsofrenian puhkeamista esiintyy psykoottistyyppisiä ennakko-oireita, kuten pakkoajatuksia, vaikeuksia erottaa kuvitelmia ja havaintoja toisistaan sekä kielen ymmärtämisen häiriöitä. Psykoottistyyppisiä prodromaalioireita ovat myös suhteuttamistaipumus, automatisoituneiden toimintojen vaikeutuminen ja muutokset oman ruumiin havaitsemisessa tai minäkokemuksessa. (Suvisaari ym. 2019b.)

Oireet psykoosisairauksissa jaetaan niiden ilmaantumisjärjestyksessä. Psykoosiriskivaiheen oireet eli prodromaalioireet voivat kestää muutamasta päivästä jopa vuosiin, toisinaan ne voivat hävitä kokonaan. Ennen ensimmäistä psykoosia edeltävät psykoosiriskivaiheen oireet kestävät tyypillisesti pitkään, jopa pidempään kuin psykoosin uudelleen puhkeamista edeltävät oireet. Psykoosiriskivaiheen oireiden jälkeen ilmaantuu akuuttivaiheen oireet, näistä yleisimpiä ovat positiiviset eli psykoottiset oireet. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Akuuttivaiheen oireiden jälkeen seuraa jälkioireet, eli yleisimmin negatiiviset oireet. Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, tunneilmaisun latistuminen, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, ihmissuhteista vetäytyminen ja sosiaalisten kontaktien puute. Suurella osalla skitsofreniaa sairastavista esiintyy myös kognitiivisia puutosoireita keskittymisessä, tarkkaavaisuudessa, muistissa, yleisessä kognitiivisessa suoriutumisessa, toiminnanohjauksessa, näönvaraisessa hahmottamisessa sekä tiedon prosessointinopeudessa. Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy edellä mainittujen oireiden lisäksi usein myös unettomuutta, itsetuhoisuutta sekä ahdistus- ja mielialaoireita. (Skitsofrenia 2020a.)

3.1.2 Skitsofrenian diagnostiset kriteerit

WHO:n julkaiseman uuden ICD-11-tautiluokituksen käyttöönotto on tarkoitus toteuttaa Suomessa vuonna 2022 (Meurman 2019). Käytössä olevan Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (2020) skitsofrenian alatyypin (paranoidinen, hajanainen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia) yleiset diagnostiset kriteerit ovat:

1. Esiintyy vähintään yksi seuraavista oireista (A-D):

A) Ajatusten siirto tai riisto, ajatusten kaikuminen tai ajatusten lähettäminen.

B) Harhaluulot, jotka liittyvät vaikuttamiseen, ohjatuksi tulemiseen tai kontrolloimiseen. Nämä sairastunut liittyy selvästi poikkeuksellisiin toimintoihin, ajatuksiin, tuntemuksiin, vartalon tai raajojen liikkeisiin.

C) Kuuloharhat, joissa äänet keskustelevat sairastuneesta keskenään tai kommentoivat hänen käyttäytymistään. Kuuloharjojen yhteydessä voi esiintyä myös toisentyyppisiä ääniä, jotka voivat kuulua jostakin ruumiinosasta.

D) Itsepintaiset harhaluulot, jotka ovat täysin mahdottomia ja kulttuuriin sopimattomia.

Tai

2. Esiintyy vähintään kaksi seuraavista oireista (E-H):

E) Pitkäkestoisia aistiharhoja, joiden tulee kestää päivittäin vähintään yhden kuukauden ajan ja niihin liittyy myös harhaluuloja ilman mielialaan liittyvää sisältöä tai sisältävät yliarvostettuja itsepintaisia ajatuksia.

F) Tavallisen ajatuksen kulun väliin tulevat irralliset katkaisevat ajatukset tai neologismit katkot eli potilaan keksimät omat sanat. Tästä seuraa merkityksen menetys tai puheen hajanaisuus.

G) Katatoninen käytös, kuten puhumattomuus, kiintymys, vahamainen taipuisuus tai pysähtyminen outoihin asentoihin, täydellinen pysähtyneisyys ja negativismi.

H) Negatiiviset oireet, kuten puheen vähäisyys, huomattava apaattisuus, epäsuhtaisuus tai tunteiden latistuminen. On kuitenkin varmistettava, että oireet eivät johdu masentuneisuudesta tai neuroleptilääkityksestä.

Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (2020) tilan tulee täyttää myös seuraavat ehdot: 1. Jos potilas täyttää F30 maanisen jakson tai F32 masennustilan kriteerit, tulee myös edellä mainittujen 1. kohdan ja 2. kohdan kriteerien täytyttyä ennen mielialahäiriön kehittymistä. 2. Häiriötä ei pidetä elimellisenä aivosairautena eikä päihteiden tai alkoholin käyttöön liittyvänä riippuvuutena, vieroitusoireina tai päihtymistilana.

Ennen kuin skitsofreniadiagnoosi voidaan tehdä, tulee tautiluokituksen mukaisten oireiden kestää vähintään yhden kuukauden. Diagnoosi on kliininen ja perustuu potilaan toimintakyvyn ja oireiden esitietoihin sekä somaattiseen ja psykiatriseen tutkimukseen. Diagnoosin tekee potilaan iästä riippuen joko nuorisopsykiatrian erikoislääkäri tai psykiatrian erikoislääkäri. Ennen kuin voidaan varmistaa skitsofreniadiagnoosi, puhutaan psykoosista. Jos diagnoosi varmistuu, potilaalle ja hänen läheisilleen tulee antaa informaatiota skitsofreniasta ja sen

hoidosta. Informaatio tulee antaa siten, että vältetään skitsofreniaan sairastuneen stigmatisointia eli leimaamista. (Skitsofrenia 2020a.)

3.1.3 Skitsofrenian hoidon periaatteet

Skitsofrenia on pitkäaikainen psyykinen sairaus, yleensä jopa elinikäinen. Myös sairauden hoito on lievenemisvaiheista huolimatta pitkäjänteistä. Keskeistä hoidossa on psykoterapeuttisten, psykososiaalisten ja biologisten hoitomuotojen yhdistäminen, samalla huomioiden potilaan ja hänen läheistensä tarpeet. Hoidon ja kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan skitsofreniapotilaan psykososiaalista toimintakykyä ja sopeutumista sairauteen, lievittämään oireita, tukemaan itse potilasta sekä hänen läheisiään. Tavoitteena on vähentää psykoosijaksojen määrää tai estää kokonaan uusien psykoosijaksojen ilmentyminen sekä lievittää niiden vaikeusastetta. Hoidon menetelmät ja tavoitteet riippuvat sairauden vaikeusasteesta sekä siitä, missä vaiheessa sairaus on. (Suvisaari ym. 2019c.)

Skitsofrenian hoito nojautuu moniammatillisen työryhmän ja psykiatrian laatimaan tutkimukseen sekä siihen perustuvaan kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman lähtökohdana toimii potilaan yksilölliset tarpeet. Yksilöllisten tarpeiden pohjalta kirjataan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot, joiden avulla ne voidaan saavuttaa. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan sekä toisinaan vuorovaikutuksessa potilaan läheisten kanssa. Hoitosuunnitelmassa otetaan kantaa muun muassa psykiatriseen oireiluun, sairastumista edeltäneeseen psykososiaaliseen kehitykseen, potilaan ja hänen perheensä psykososiaaliseen elämäntilanteeseen ja kulttuuristaustaan. Suunnitelmassa otetaan kantaa myös sosiaaliseen kokonaistilanteeseen (ihmissuhteet, opiskelu, työ, muu), lääkehoitoon, somaattiseen terveydentilaan, psykososiaalisten interventtioiden ja ammatillisen kuntoutuksen sekä hoidon tarpeeseen. (Skitsofrenia 2020a.) Suvisaaren ym. (2019c) mukaan psykoosilääkitys sekä muut hoito- ja kuntoutusmuodot tulee arvioida tilanteesta riippuen säännöllisesti, ainakin kerran vuodessa. Vastikään sairastuneiden kohdalla kolmen kuukauden välein ja akuutissa psykoosissa jopa viikoittain. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on tarpeen arvioida myös silloin, kun potilaan elämäntilanteessa tai psyykkisessä voinnissa tapahtuu ilmeisiä muutoksia.

Skitsofrenian biologisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi lääkehoito, aivojen sähkö-, valo- ja magneettihoidot sekä uniestot. Yleisimmin käytetty biologinen hoitomuoto on lääkehoito, ja se on psykososiaalisten hoitomuotojen ohella yksi keskeisin keino potilaan oireiden lievityksessä, voinnin kohentamisessa sekä toimintakyvyn parantamisessa. Jos vaste lääkehoitoon on kuitenkin riittämätön, saattavat muut hoitomuodot psykoosilääkehoitoon liitettynä olla tarpeellisia. (Skitsofrenia 2020a.) Aivojen sähköhoidolla tarkoitetaan toimenpidettä, jolla voidaan palauttaa muun muassa aivojen häiriintynyttä aineenvaihduntaa (Biologiset hoidot 2021). Ja vaikka sähköhoidon käyttö skitsofrenian yhteydessä ei ole kovin yleistä, se on todettu

tehokkaaksi keinoksi silloin, kun potilas tarvitsee nopeaa hoitoa (Hoidon tehostaminen 2016; Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2019a).

Käytetyt biologiset stimulointimenetelmät kehittyvät jatkuvasti (Isometsä 2020). Aivojen magneettihoito on hoitomuotona varsin uusi ja tutkimustieto menetelmää koskien on laajentunut sekä kliininen käyttö lisääntynyt vähitellen (Biologiset hoidot 2021; Partonen ym. 2019a). Transkraniaalisessa magneettisimulaatiossa aivoalueita pyritään stimuloimaan magneettisilmukan avulla, jolloin dopamiinin aineenvaihdunta muuttuu ja serotoniinin pitoisuus aivoissa lisääntyy (Jääskeläinen, Holi, Mainio, Roine, Isojärvi & Sihvo 2017, 2535). Hoitomuoto on tehokas hoitoresistenttien hallusinaatioiden hoidossa (Skitsofrenia 2020a).

Negatiiviset oireet ovat nousseet skitsofrenian koko lääkehoidon historian ajan yhdeksi suurimmaksi hoito-ongelmaksi. Sosiaalisesti rajoittavat ja sairastuneen toimintakykyä rappeuttavat negatiiviset oireet ovat tämän vuoksi lisääntymässä. (Ikäheimo 2017, 56.) Tutkimustulokset aivojen kirkasvalohoidon käytöstä ovat skitsofrenian biologisena hoitomuotona ristiriitaisia. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että kirkasvalohoidolla voitaisiin vaikuttaa positiivisesti skitsofreniaa sairastavien negatiivisiin oireisiin. Uudet tutkimukset aiheeseen liittyen ovat kuitenkin vahvistaneet, että kirkasvalohoito saattaa jopa pahentaa oireiden esiintymistä. (Roopram, Burger, van Dijk, Enterman & Haffmans 2016, 317-320).

Uniestot ovat liuta erilaisia keinoja, joiden avulla pyritään pitämään potilas valveilla. Estot voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että potilas pidetään hereillä yöstä seuraavaan iltaan saakka. Harvoin käytettävät uniestot tehostavat muiden hoitomuotojen vaikutuksia ja lieventävät sairastuneen masennusoireita nopeasti (Hyvä Uni 2019, 5-15; Partonen ym. 2019a). Skitsofreniapotilaiden masennusoireiden tai masennusjaksojen esiintyvyys vaihtelee laajasti välillä 7-75%. Masennusoireiden hoitaminen tulisi olla osa skitsofrenian hoitoa remissioiden välttämiseksi ja kokonaistuloksen parantamiseksi. (Subodh 2020, 1.)

3.1.4 Psykoosilääkkeet skitsofrenian hoidossa

Partosen ym. (2019b) mukaan psykoosilääkkeet eli antipsykootit ovat yleisnimitys niille lääkkeille, joita käytetään vaikeiden mielenterveyshäiriöiden, kuten psykoosien hoidossa. Kun potilaalla diagnosoidaan skitsofrenia, lääkitys on lähes aina akuuttivaiheessa tarpeellinen. Jotta vältytään potilaan toipumisen viivästymiseltä sekä skitsofrenian kroonistumiselta, tulee psykoosilääkitys aloittaa mahdollisimman pian. Tärkeää on myös sekä potilaan että hänen omaistensa myönteinen asennoituminen lääkitykseen. (Suvisaari ym. 2019d.)

Psykoosilääkkeet eli antipsykootit voidaan jakaa kahteen eri ryhmään: perinteiset psykoosilääkkeet sekä toisen polven psykoosilääkkeet (Taulukko 3). Toisen polven psykoosilääkkeet ovat uudempia kehitettyjä psykoosilääkkeitä. (Huttunen 2017a.) Partosen ym.

(2019b) mukaan perinteisiä psykoosilääkkeitä ovat Bentsamidit (sulpiridi), Butyrofenonit (haloperidoli), Fentiatsiinit (levomepromatsiini, perfenatsiini, proklooriperatsiini) ja Tioksanteenit (flupentiksoli, klooriprotikseeni, tsuklopentiksoli). Perinteiset psykoosilääkkeet lievittävät skitsofrenian positiivisia oireita lähes yhtä tehokkaasti kuin toisen polven psykoosilääkkeet. Toisen polven psykoosilääkkeitä ovat aripipratsoli, asenapiini, karipratsiini, ketiapiini, klotsapiini, loksapiini, lurasidoni, olantsapiini, paliperidoni, risperidoni, sertindoli ja tsiprasidoni. Toisen polven psykoosilääkkeet ovat tehokkaita oireiden lievityksessä sekä aiheuttavat vähemmän erilaisia hermostoperäisiä tahdottomia liikkeitä, joita esiintyy perinteisten psykoosilääkkeiden käytön yhteydessä. (Viikki 2021; Partonen ym. 2019b.)

Perinteiset psykoosilääkkeet	Toisen polven psykoosilääkkeet
Bentsamidit	Aripipratsoli
Sulpiridi	Asenapiini
Butyrofenonit	Karipratsiini
Haloperidoli	Ketiapiini
Fentiatsiinit	Klotsapiini
Levomepromatsiini	Loksapiini
Perfenatsiini	Lurasidoni
Proklooriperatsiini	Olantsapiini
Tioksanteenit	Paliperidoli
Flupentiksoli	Risperidoni
Klooriprotikseeni	Sertindoli
Tsuklopentiksoli	Tsiprasidoni

Taulukko 3: Psykoosilääkkeet (tiedot Partonen ym. 2019b)

Huttusen (2017b) mukaan perinteisten psykoosilääkkeiden käytön aikana ilmenee useammin erilaisia ekstrapyramidaalioireita kuten akuuttia dystoniaa, parkinsonismia, akatisiaa ja tardiivia dyskinesiaa. Ekstrapyramidaalioireet käsittää joukon erilaisia pakkoliikkeitä ja lihasjäykkyyttä. Akuutit dystoniat ovat lihasten kouristustiloja vartalon, niskan, kaulan ja silmien alueella. Parkinsonismissa esiintyy lihasjäykkyyttä, lepovapinaa, köpöttävää kävelyä, kasvojen ilmeettömyyttä, psykomotorista hidastumista ja tunteiden latistumista. Akatisia on pakonomaista motorista levottomuutta. Tardiivissa dyskinesiaassa esiintyy lihasten pakonomaisia liikkeitä suun, kielen ja joskus vartalon alueella.

Psykoosilääkitystä pyritään käyttämään monoterapiana eli käytössä on vain yksi lääkeaine. Osa potilaista saattaa kuitenkin hyötyä myös kahden eri psykoosilääkkeen samanaikaisesta käytöstä. Pitkävaikutteista injektio- ja infuusiolääkitystä harkitaan hoidoksi erityisesti silloin, kun potilaan hoitoon sitoutuminen tai sairaudentunto ovat puutteellista, potilas käyttää päihteitä tai silloin, jos

potilaan toimintakyky on kognitiivisesti heikentynyt. Pitkävaikutteinen injektio-lääkitys vähentää hoitojen epäonnistumista ja uusiutuvia sairaalahoitojaksoja, sillä skitsofrenian hoitoa haittaa usein puutteellinen lääkehoitomyöntyvyys. Hoitomyöntyvyyttä ennustaa parhaiten potilaan sairautentunto ja asenne käytettävää hoitoa kohtaan. Potilailla, jotka kiinnittyvät hyvin hoitoon, on pienempi sairaalahoidon tarve. (Skitsofrenia 2020a.)

3.1.5 Skitsofrenian hoito- ja kuntoutusmuodot

Keskeistä skitsofrenian hoidossa lääkityksen lisäksi ovat erilaiset hoito- ja kuntoutusmuodot. Hoitoja tulee yhdistää siten, että ne muodostavat yksilöllisesti potilaan elämäntilanteeseen soveltuvan ja hänen toipumistaan edesauttavan kokonaisuuden. Kuntoutus voi olla palauttavaa tai korjaavaa, toimintakyvyn haittoja suojaavaa tai kroonisten sairauksien kohdalla haittoja vähentävää. Kuntoutus on skitsofreniassa erityisen merkityksellistä, sillä skitsofrenia on useimmiten jo toteamisvaiheessa aiheuttanut toimintakyvyn heikkenemistä ja laaja-alaisen vajaakuntoisuuden riski on suuri. Kuntoutus tulee aloittaa mahdollisimman nopeasti osana skitsofrenian kokonaisvaltaista hoitoa lääkehoidon rinnalla. Skitsofreniapotilaan kuntoutus toteutuu ensisijaisesti avohoidon puolella. Kuntoutusmuotoja on monia, esimerkiksi psykoedukaatio, perheinterventiot, arkipäivän ja sosiaalisten taitojen harjaannuttaminen, ammatillinen kuntoutus ja työryhmäpohjainen tehostettu avohoito. Kuntoutusmuotoja ovat myös päihdeinterventiot, elintapainterventiot, palkitseminen, kognitiivinen kuntoutus, yksilöterapiat, luovat terapiat, vertaistuki, sairaalakuntoutus ja asumiskuntoutus. (Suvisaari ym. 2019e.)

Psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia on osa jokaisen skitsofreniaan sairastuneen hyvää hoitoa. Psykoedukaatio yhdistettynä muiden hoitomuotojen kanssa sekä liitettynä osaksi psykoosin ennako-oireiden seurantaan vähentävät sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta. (Skitsofrenia 2020a.) Psykoedukaatio voidaan toteuttaa yksilöllisesti, ryhmässä tai perheen kanssa. Kuntoutusmuotona psykoedukaatio sisältää selviytymis- ja hallintakeinojen suunnittelua sekä niiden harjaannuttamista, yhteistyössä tapahtuvaa varomerkkien ja pysyväisoireiden tunnistamista sekä yksilöllisen haavoittuvuus-stressimallin huomioon ottamista. Psykoedukaation on todettu olevan yksi tehokkaimmista psykososiaalisista hoitomuodoista ja sen avulla voidaan vähentää akuuttivaiheiden uusiutumista sekä parantaa lääkehoitomyöntyvyyttä skitsofreniapotilailla. (Suvisaari ym. 2019e.) Yksilöterapian kuntoutusmuotoihin kuuluvalla kognitiivisella käyttäytymisterapialla voidaan lievittää erityisesti skitsofreniapotilaan positiivisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on todettu tehottomaksi psykoosirelapsien eli psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä silloin, kun hoito kohdistuu ainoastaan oireiden parantamiseen. Tästä syystä tähän terapiamuotoon tulee sisällyttää opastusta psykoosirelapsin varhaisoireiden tunnistamisesta. Kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttö kuntoutusmuotona ei vaikuta

skitsofreniapotilaan negatiivisiin oireisiin yhtä hyvin. Sen sijaan negatiivisia oireita voidaan lievittää kognitiivisen kuntoutuksen avulla. (Skitsofrenia 2020a.)

Skitsofrenian hoito voidaan jakaa skitsofrenian eri vaiheiden mukaan. Oireettoman henkilön hoidossa painopisteet ovat mielenterveyttä tukevassa neuvonnassa, ongelmanratkaisun tukemisessa ja koulutuksellisessa perheterapiassa. Psykoosiriskivaiheessa hoidon tavoitteena on estää potilaan sosiaalisen, koulutuksellisen ja ammatillisen toimintakyvyn heikkeneminen ja parantaa sitä sekä estää psykoosin puhkeaminen. Psykoosiriskipotilaan hoito on syytä toteuttaa vaiheittain. Ensin sovelletaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa, mikäli se ei yksinään riitä, lisätään mukaan pieniannoksinen psykoosilääke. Psykoosilääkkeen aloittaminen jo ensivaiheessa on tarpeellista, jos lyhytaikaisiin tai vaimentuneisiin psykoottisiin oireisiin liittyy itsetuhoisuutta tai aggressiivisuutta. Psykoosiriskissä olevan hoidon ensivaiheessa ei suositella pitkäaikaista psykoosilääkehoitoa. Psykoosiriskipotilaan muita häiriöitä, kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä, tulee hoitaa niihin liittyvien hoitosuositusten mukaisesti. (Skitsofrenia 2020a.)

Ensipsykoosissa hoito tulee aloittaa heti, kun psykoosioireita ilmaantuu. Olennaista kuitenkin on, että psykoosilääkehoito sekä psykososiaalinen hoito aloitetaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Psykososiaalisen hoidon tulee sisältää psykoedukaatiota sekä siinä tulee ottaa huomioon potilaan läheiset. Hoidon tavoitteena on ensipsykoosin akuuttivaiheessa oireiden vähentäminen ja toimintakyvyn palauttaminen. Näihin tavoitteisiin pyritään sopivalla lääkityksellä, psykoedukaatiolla, kognitiivisella käyttäytymisterapialla, hoidollisella vuorovaikutuksella, turvallisen hoitoympäristön avulla sekä mahdollisten samanaikaissairauksien hoidolla. Ensipsykoosin jälkeen potilaat tulee ohjata muutaman vuoden ajaksi avohoitoon, jossa kuntoutus on monipuolisempaa ja seuranta tiiviimpää. Psykoosin uusiutumisen eston hoidossa painotetaan erilaisia psykososiaalisen kuntoutuksen muotoja ja niiden yhdistämistä lääkehoitoon sekä muihin biologisiin hoitoihin. Hoidon tulee jatkua aktiivisena myös pitkäkestoisen psykoosin vaiheessa. Tärkeää on lääkehoidon ylläpitäminen ja sen mahdollinen tehostaminen, psykososiaalinen kuntoutus ja tuetut asumispalvelut. Merkittäviä ovat myös kaikki ne toimenpiteet, jotka ylläpitävät fyysistä kuntoa, ehkäisevät somaattisia sairauksia ja tukevat hyvää hoitoa. (Skitsofrenia 2020a.)

3.1.6 Skitsofrenian eteneminen ja ennuste

Suvisaaren ym. (2019b) mukaan taudinkulku tarkoittaa sitä, miten tauti on siihen saakka jo edennyt tai miten se tulee mahdollisesti etenemään. Ennuste tarkoittaa taas arviota, joka tehdään taudinkulun ja paranemisen perusteella. Molemmat, taudinkulku sekä ennuste, sisältävät useita eri osa-alueita, joita ovat muun muassa elämänlaatu, toimintakyky, sosiaaliset suhteet, työkyky, oireiden vakavuus ja määrä. Eri osa-alueita ovat myös lääkitys, relapsit, remissiot eli oireiden lieventymiset, kuolleisuus, hoivapalvelujen sekä sairaalahoitojen tarve ja

määrä. Skitsofrenian taudinkulku on hyvin vaihteleva ja siihen vaikuttavat muun muassa taudin oirekuva, hoito, hoitomotivaatio, kognitiiviset oireet sekä perheen että muun ympäristön tuki ja asenteet. Skitsofrenia voidaan ymmärtää yksilöllisenä haavoittuvuutena, joka johtaa usein toistuviin sairausvaiheisiin. Aktiivisten sairausvaiheiden puhkeamiseen vaikuttavat olennaisesti ajankohtaiset stressitekijät sekä ulkoiset ja henkilökohtaiset riski- ja suojatekijät.

Skitsofrenian ennuste on todennäköisesti heterogeeninen eli epäyhtenäinen ja siitä täydellinen toipuminen on harvinaista (Suvisaari ym. 2019b). Sairauden epäyhtenäisyydellä tarkoitetaan sairauden kulun ja oireiden vaihtelevuutta henkilöstä riippuen. Tutkimusten mukaan täysin oireettomiksi skitsofreniasta paranee vuosien myötä noin 5-20 % ja lieviä oireita kokee 40-70 %. Kuitenkin noin 20-40 %:lla skitsofrenia jatkuu vakavasti oireilevana jopa vuosikymmeniä. (Huttunen 2018a.) Skitsofrenian ennuste on hyvin yksilöllinen, pitkään seurattuna se ei välttämättä ole pessimistinen. Sairauden runsaiden alkuoireiden vuoksi työ- ja toimintakyky usein heikkenevät samalla, kun hoidon tarve lisääntyy. Skitsofreniaan sairastuneista yli 90 % kokee akuuttivaiheen relapsin yhden tai useamman kerran ja yleensä toimintakyvyn suurin lasku tapahtuu sairastumisen ensimmäisinä vuosina. Fyysisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat fyysisten terveysongelmien hoidon puutteet sekä elintavat, kuten vähäinen liikunta, epäterveellinen ravitsemus sekä tupakointi. Usein monet skitsofreniapotilaat kaipaavat runsaasti sosiaalitoimen sekä perusterveydenhuollon palveluja sekä tuettua asumista. Skitsofrenian ennuste on hyvin vaihteleva, siihen voidaan vaikuttaa havaitsemalla psykoosioireiset potilaat mahdollisimman ajoissa. Tämän lisäksi ennusteeseen voidaan vaikuttaa tarjoamalla riittävää ja nopeaa hoitoa ensipsykoosiin, kiinnittämällä huomiota somaattiseen terveyteen ja omaisten tukemiseen sekä huonon ennusteen riskipotilaisiin. (Suvisaari ym. 2019b.)

3.2 Aistiharhat skitsofreniassa

Aistiharhat, eli tunnetummin hallusinaatiot ovat ihmisen aistimuksia ilman ulkoista aistielimen ärsykettä. Aistiharhoja voi esiintyä näkö-, tunto-, kuulo-, haju- tai makuaistin alueella. (Suvisaari ym. 2019f.) Usein vakavan psykiatrisen sairauden ensioireita ovat toistuvat harha-aistimukset (Huttunen 2018b).

Skitsofrenian yleisimpiä hallusinaatioita ovat erilaiset kuuloharhat, joiden yhteydessä henkilö kuulee joko yksittäisiä sanoja, fraaseja tai kokonaisia lauseita (Huttunen 2018b; Suvisaari ym. 2019f). Toiset aistivat kuuloharhat hyvin selkeinä, toisille äänet saattavat esiintyä taustalla vain jatkuvana epäselvänä, jopa useiden kuuloharjojen samanaikaisena ääntelynä. Kuuloharjojen kuulemista ei pidä kuitenkaan sekoittaa normaaliin sisäiseen ääneen, jonka jokainen kuulee mielessään. Kuuloharhoja voidaan siitä huolimatta kuvata yhtä todellisina, kuin kuulisi toisen henkilön puhuvan samassa huoneessa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ne aivojen osat, jotka aktivoituvat puheen kuulemisesta, aktivoituvat myös kuuloharjojen

yhteydessä. (Understanding voices 2017; Waters 2010, 1.) Tyypillisimmät kuuloharhat kommentoivat henkilön käytöstä tai antavat käskyjä, miten käyttäytymistä tulisi muuttaa (Huttunen 2018b). Huomattava osa sairastuneista kuulee harhat musiikkina, eläinten ääniä, koputuksina tai napautuksina (Waters 2010, 1; Preda 2020). Tutkimusten mukaan äänet voivat olla läheisten tai täysin vieraiden ihmisten ääniä, joiden sukupuoli ja äänenvoimakkuus voivat vaihdella hetkestä toiseen (Skitsofrenia 2020b).

Kuuloharhat ovat sisällöltään yleisimmin negatiivista, henkilöä uhkaavaa, syyttävää tai jollain tavoin loukkaavaa ja usein ne häiritsevät sen hetkistä käyttäytymistä sekä ajattelua. Vuosien kuluessa äänet voivat kuitenkin muuttua lempeämmiksi ja sairastunut voi oppia säätelemään kuuloharjojaan. Kannustavat ja henkilöä tukevat harhat ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. (Suvisaari ym. 2019f.) Skitsofreenikko voi vastata ja keskustella äänien kanssa tai jopa naurahdella kuullessaan niitä. Kuuloharjojen vaarana on se, että käskyjä aletaan noudattamaan. (Suvisaari ym. 2019f.) Täydellisen todellisuudentajun menettäminen on yleistä kuitenkin vain silloin, kun sairaus on vakavimmillaan ja tällöin sairastunut uskoo harha-aistimustensa todellisuuteen kiistattomasti (Huttunen 2018b).

Kuten aiemmin todettu, skitsofreniaan voidaan kuuloharjojen lisäksi liittää muitakin hallusinaatioita (Suvisaari ym. 2019f). Näköharhat ovat useimmiten pelottavia hahmoja, esineitä tai asioita, jotka tavalla tai toisella voidaan yhdistää kuuloharhoihin (Oksanen, Vataja, Lappalainen, Lindberg & Koponen 2016, 2793). Näköharhat ovat epätavallisia ja voivat johtua erilaisista aivoperäisistä orgaanisista häiriöistä (Tuominen & Salokangas 2016, 468). Tutkimusten perusteella tunto-, haju- ja makuaistin hallusinaatioihin voidaan näköharjojen tavoin liittää jokin elimellinen syy esimerkiksi epilepsia. Hajuharhat ilmenevät monesti epämiellyttävinä pilaantuneen ruoan tai ulosteen hajuina, makuharhat pahoina, usein metallisina makuina, kun taas tuntuoharhoihin voidaan yhdistää epärealistiset kokemukset esimerkiksi iholla ryömivistä madoista. (Hummel, Landis & Hüttenbrink 2011, 8; Salokangas 2004, 2088-2090 & Suvisaari ym. 2019f.)

On arvioitu, että noin 10-27 % ihmisistä kärsii jonkin asteisista aistiharhoista. Tällöin aistiharhat ovat tyypillisesti ohimeneviä ja lyhytkestoisia, jolloin ihminen kykenee tunnistamaan harhat epätodellisiksi. Ohimenevät harhat eivät yleensä ole kovin monimutkaisia, vaan esiintyvät esimerkiksi yksittäisinä ääniä tai havaintovirheinä eli illuusioina, jonka vuoksi pimeässä nähty vaatekasa näyttää virheellisesti ihmiseltä. Yksittäiset hallusinaatiot voivat johtua esimerkiksi liiallisesta valvomisesta, päihteiden käytöstä tai voimakkaasta rasituksesta, mutta usein ne väistyvät silloin, kun hallusinaation aiheuttaja poistuu. (Aistiharhat (hallusinaatiot) 2020.) Psykoosilääkkeillä voidaan lievittää tai hoitaa harha-aistimuksia ja mikäli harha-aistimus on traumaperäinen, on tärkeää työstää traumaattisiin kokemuksiin liittyviä tunnemuistoja psykoterapiassa (Huttunen 2018b).

3.3 Harhaluulot skitsofreniassa

Harhaluulot ovat virheellisiä uskomuksia ja niihin liittyvät monesti väärin tulkitut havainnot sekä kokemukset. Henkilöt, jotka kärsivät harhaluuloista eivät luovu uskomuksistaan, vaikka ne olisivat selvästi osoitettavissa virheellisiksi. Harhaluulot voivat pahimmillaan olla vakiintuneita, itsepintaisia ja systemoituja, jolloin ne saattavat hallita ajatuksia, sosiaalisia suhteita sekä käyttäytymistä. Harhaluulojen taustalla on monesti pelottava, ahdistava tai tavallisuudesta poikkeava kokemus. Ihminen voi etsiä epätavalliselle kokemukselle syytä, jolloin siitä muodostuu vähitellen vakaa, todellisuudesta poikkeava uskomus. Harhaluulot voivat syntyä myös tilanteissa, jotka tuovat mieleen lapsuuden aikaisen traumaattisen kokemuksen. (Huttunen 2018c.) Ihmisellä voi olla useita erilaisia harhaluuloja samanaikaisesti (Suvisaari ym. 2019f). Harhaluuloja voidaan hoitaa antipsykoottisen lääkehoidon avulla sekä opettelemalla ymmärtämään harhaluulojen luonnetta, taustaa ja ahdistavuutta (Huttunen 2018c).

Harhaluuloisuushäiriöitä on harhaluulon luonteen mukaan erilaisia, mutta tietyt ominaisuudet ovat niille siitä huolimatta tyypillisiä. Tavallisimmat harhaluulot ovat erilaisia vainoamisharhaluuloja ja niistä kärsivä voi kokea ihmisen tai järjestön vainoavan häntä. (Huttunen 2018c.) Joskus sairastunut kokee vainon epämääräisenä kykenemättä kertoamaan, kuka tai mikä on vainon taustalla (Oyebode 2015, 123). Kontrolloimisharhojen yhteydessä sairastunut kokee, että jokin ulkopuolinen voima kontrolloi hänen ajatuksiaan sekä tunteitaan. Sairastunut voi luulla, että ajatukset levitetään ympäristöön ja pahimmillaan harhaluuloinen voi tuntea olevansa vieraan ihmisen tahdonalainen. (Suvisaari ym. 2019f.)

Suhteuttamisharhaluulossa sairastunut antaa usein ympäristön normaaleille, arkisille tapahtumille oman henkilökohtaisen merkityksen. Näitä merkityksiä ovat esimerkiksi tuntemattoman kadulla kävelevän henkilön liikkeet ja eleet, joiden harhainen uskoo liittyvän häneen tavalla tai toisella. Suhteuttamisharhaluuloihin voi liittyä erilaisia uskomuksia siitä, että lehdissä tai radio-ohjelmissä viitataan henkilökohtaisesti häneen tai näiden kautta yritetään välittää viestejä. (Suvisaari ym. 2019f.)

Suuruusharhaluulossa sairastunut kokee olevansa yliluonnollinen tai poliittinen merkkihenkilö, tehneensä jotain poikkeuksellista tai omaavansa erityisiä kykyjä esimerkiksi ajatusten lukutaitoa (Isham ym. 2019, 6-7). Mustasukkaisuusharhassa sairastunut on vakuuttunut perusteetta puolisonsa uskottomuudesta. Mustasukkaisuusharhaluulo on lähes yhtä yleistä sekä naisilla että miehillä. Erotomania on harvinainen mielenterveystila, jossa sairastunut luulee toisen ihmisen olevan eroottisesti kiinnostunut tai rakastunut itseensä. Tutkimusten mukaan erotomaniaa esiintyy enemmän naisten keskuudessa. (Huttunen 2018c; Kulkarni ym. 2017, 2016-2017.)

Somaattisesti harhaluuloinen voi kokea ruumiinosansa olevan rujo tai viallinen (Huttunen 2018c). Sairastunut voi muun muassa tuntea, että hänen fyysinen ulkonäkönsä on muuttunut

tai, että hän kärsii jonkinlaisesta piilossa olevasta sairaudesta. Ajan mittaan somaattisesti harhaluuloinen saattaa kehittää joukon erilaisia oireita, kuten kipu- ja särkytiloja sekä muita tuntemuksia, jotka vahvistavat pelkoja harha-aistimuksia kohtaan. Yleisimpiä somaattisia harhaluuloja ovat esimerkiksi kuvitelmat elimistössä olevista loisista tai hyönteisistä, kehosta tulevista epämiellyttävistä hajuista sekä oman kehonkuvan vääristyminen. (Somatic Delusions 2021.)

4 Virtuaalitodellisuus ja sen hyödyntäminen oppimisessa

Virtuaalitodellisuus (VR) tarkoittaa virtuaalilasien avulla välitettyä keinotekoisia läsnäolon tunnetta, jonka muodostavat vuorovaikutteinen ja stimuloitu ympäristö, samalla aivojen reagoiessa VR-kokemukseen. Korkeat paikat voivat tuntua VR-lasien läpi pelottavan aidoilta, kun taas sosiaalisessa VR-kokemuksessa ihmisen liiallinen lähestyminen saattaa aiheuttaa katsojalle epämiellyttäviä tunteita. Virtuaalitodellisuuden käyttöä lääketieteellisesti on tutkittu peräti 25 vuotta ja sen avulla voidaan täydentää jo olemassa olevia hoitomuotoja. VR-materiaalia on pystytty hyödyntämään ainakin psykiatriassa, kivunhallinnassa, kuntoutuksessa sekä kouluttautumisessa. Parhaimpia tuloksia on saatu pelkotilojen ja trauman jälkeisen stressihäiriön hoidossa. Virtuaalitodellisuutta on hyödynnetty erilaisten hoitomuotojen lisäksi jo pitkään esimerkiksi NASA:n astronauttien koulutuksessa, sotilasteknologiassa, autojen suunnittelussa, rakennusteollisuudessa sekä arkkitehtuurissa. (Pänkäläinen 2017; Takala 2017, 1031-1032.)

Opiskelussa virtuaalitodellisuutta on käytetty vasta vähän. Virtuaalitodellisuuden avulla opiskelija pystyisi näkemään, kuulemaan, lukemaan sekä toisinaan suorittamaan annettuja tehtäviä ja näin virtuaalitodellisuus voisi mahdollistaa opiskelijalle todellisen tilanteen simuloimisen turvallisesti. (Pänkäläinen 2017.) Laurea-ammattikorkeakoulun kampuksella Otaniemessä on otettu opetuskäyttöön VR-lasit sekä älykamerat vuonna 2019. Virtuaalitodellisuus on otettu osaksi hoitotyön opetusta ja sen avulla on mahdollistettu muun muassa anatomian ja fysiologian havainnollistaminen. Opetusmenetelmänä virtuaalitodellisuus on mahdollistanut elämyksellisen oppimisen sekä kokemukset autenttisissa olosuhteissa turvallisesti. Palautteen mukaan opiskelijoiden opiskelumotivaatio on vahvistunut virtuaalitodellisuuden avulla. Opetusvideoita on tehty muun muassa näytteenotosta turvaneulalla, terveystarvikkeista työmaakohteissa sekä muista hoitotyöhön ja fysioterapiaan liittyvistä aiheista. (Vuoden pedagoginen teko 2020: Digiloikka 2020.)

Rogersin (2019) mukaan tutkimukset viittaavat siihen, että virtuaalitodellisuusharjoituksiin osallistumisen jälkeen ihminen pystyy säilyttämään ja soveltamaan oppimaansa. Tutkijat Marylandin yliopistosta suorittivat perusteellisen analyysin liittyen virtuaalisen oppimisympäristön vaikutuksista parempiin oppimistuloksiin. Tutkimus osoitti, että aivojen

mieleenpalauttamisen alueella tapahtui 8,8 %:n parannus VR-laseja käytettäessä. Tutkimusryhmän mukaan luku on tilastollisesti merkittävä. Virtuaalitodellisuus on loistava väline mieleenpalauttamisen osa-alueen tehostamisessa ja sen avulla voidaan myös parantaa empatian tunteen kokemusta. Tämä auttaa VR-lasien käyttäjää ymmärtämään ihmisiä, tilanteita ja tapahtumia, joihin heillä ei olisi muuten ollut mitään kosketuspintaa.

Pänkäläisen (2016) mukaan aivot kokevat virtuaalimaailman todelliseksi, jonka vuoksi katsoja voi olla täysin läsnä kokemuksessa ja keskittyä videon ääniin sekä kuvaan kokonaisvaltaisesti. Mikäli kyseessä olisi pelimuotoinen VR-kokemus, kaikki huoneessa olevat esineet olisivat pelaajan käytettävissä ja hän voisi tehdä niillä juuri sitä, mitä haluaa tai on pelin kannalta tarkoituksenmukaista. Virtuaalitodellisuudessa silmälasia muistuttavat lasit, yhdessä kuulokkeiden kanssa korvaavat puhelimen tai tietokoneen näytön. Opinnäytetyönä tuotettu VR-video on rajoittuneempi, koska videossa katsoja on sidottu kameran sijaitsemaan katselupisteeseen.

Monien hyödyllisten vaikutusten lisäksi VR-videoissa esiintyy myös huonoja puolia. Tärisevät VR-videot tai vauhdikkaasti liikkuvat ja heiluvat 360°-videot voivat aiheuttaa katsojalle pahoinvointia. Huonovointisuus johtuu usein siitä, että silmät näkevät ihmisen liikkuvan vauhdikkaasti, mutta tasapainoaisesti tuntee olevansa paikallaan. Aistien toiminnan muutos aiheuttaa aistiritiriidan, mikä saattaa olla pahoinvoinnin taustalla. Pahoinvointia aiheutuu usein myös silloin, kun katsoja ei pysty itse liikkumaan ja videon kuvakulmaa liikutetaan automaattisesti. Pahoinvointia voidaan estää jalkojen alle asetettavan tärinämaton avulla. Tärinämatto aiheuttaa yhdenmukaisen tasapainoistimuksen tärisevän kuvakokemuksen kanssa. Pahoinvoinnin eston vuoksi on myös tärkeää opetella käyttämään VR-kameraa ja -sovellusta jo videon tekovaiheessa. (Pänkäläinen 2016.)

Toisin kuin perinteiset videot, opinnäytetyössäkin hyödynnetty 360° -video antaa katselijalleen täydellisen 360-asteen näkymän. 360° -video vaatii katsojalta enemmän vuorovaikutusta, mutta samalla antaa mahdollisuuden katselusuunnan hallintaan. 360° -videota ei voi suoraan verrata virtuaalitodellisuuteen, sillä katsoja ei pysty itsenäiseen liikkeeseen. (360° -video 2020; What is 360-video? 2020.)

5 Yhteistyökumppani

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Laurea on ammattikorkeakoulu, joka toimii kuudella eri kampuksella Uudellamaalla. Korkeakoulu on rakentanut arvoperustan avoimuudelle, vaikuttavuudelle sekä vastuullisuudelle. Laurean toiminnassa ihmiset ja vuorovaikutus asetetaan etusijalle, joka tulee esiin myös tunnuslauseessa ”yhdessä enemmän”. (Laurea korkeakouluna 2020.)

Laurea-ammattikorkeakoulussa työelämä ja oppiminen kulkevat rinnakkain. Jokaisen koulutusalan keskeisessä osassa ovat työelämän tarpeista tulevat toimeksiannot, joita ovat erilaiset projektit ja kehittämistehtävät. Projektien kautta opiskelijat pääsevät verkostoitumaan, lisäämään työelämätaitojaan ja oppimaan käytännön läheisyyttä. (Laurea korkeakouluna 2020.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa suomenkielinen opetusvideo Laurea-ammattikorkeakoululle osana mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön opetusta. Opinnäytetyön tavoitteena on havainnollistaa skitsofreniaa sairastavan positiivisia oireita, erityisesti aistiharjoja eli hallusinaatioita.

7 Opinnäytetyöprosessi

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Vilkan ja Airaksisen (2003, 9) mukaan ammatillisessa kentässä toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan järjestämistä, järjeistämistä, opastamista tai ohjeistamista. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen tai ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjeistus. Kohderyhmän mukaan toteutustapa voi olla muun muassa opas, kirja, kansio, vihko, portfolio, kotisivut, tapahtuma tai näyttely. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää on käytännön toteutuksen yhdistyminen raportointiin tutkimusviestinnän keinoin.

Opinnäytetyö on osoitus opiskelijan asiantuntijuudesta sekä korkeakoulutasoisesta osaamisesta (Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs projektityö 2020). Työn tulee olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilka & Airaksinen 2003, 10). Ammattikorkeakoulutasoisessa opinnäytetyössä opiskelijan on tarkoitus osoittaa kykenevänsä tuottamaan oman ammattialueen työyhteisöä, itseään sekä alaa kehittävän opinnäytteen. Opinnäytetyössä kuuluu näkyä opiskelijan itsenäinen työskentely, kriittinen, kehittävä sekä tutkiva työote. Prosessin ajan opiskelija osoittaa osaavansa viestiä sekä kirjallisesti että suullisesti opinnäytetyön tuloksista sekä niiden hyödyntämismahdollisuuksista eri toimijoille. (Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs projektityö 2020.)

7.2 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus

7.2.1 Suunnittelu

Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi yhteistyökumppanin, Laurea-ammattikorkeakoulun, taholta. Idea selkeytyi katsomalla ulkomaisia tuotoksia vastaavanlaisista videoista, joiden tarkoituksena oli havainnollistaa skitsofreniaa sairastavan sisäistä maailmaa. Alkuperäinen suunnitelma perinteisestä videosta kuitenkin muuttui, kun yhteistyökumppani tarjosi mahdollisuuden VR-videon toteuttamiseen.

Osallistuimme tammikuussa 2020 ensimmäiseen opinnäytetyöpajaan, jossa työn aihe esiteltiin lyhyesti. Aiheen hyväksymisen jälkeen aloitimme opinnäytetyön suunnitelman työstämisen. Keväällä 2020 maailmanlaajuisen pandemian aiheuttanut koronavirus vaikutti kuitenkin opinnäytetyön suunnitelman laatimiseen, jonka vuoksi työntekoa jatkettiin pääasiassa etäyhteyksiä hyödyntäen. Suunnitelman tekovaiheessa yhteydenpito oli saumatonta ja etäpalaverit viikoittaisia. Pandemiasta johtuen myös opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin Zoom-videopuhelun muodossa toukokuussa 2020. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen varsinainen opinnäytetyö lähti liikkeelle maltillisesti, mutta johdonmukaisesti. Kesän 2020 aikana työstimme opinnäytetyön kirjallista osiota, otimme yhteyttä kokemusasiantuntijaan, laadimme haastattelun ja toteutimme sen.

Syksyllä 2020 tutustuimme opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa erilaisiin VR-videoihin ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksen eri tiloihin videon toteutusta varten. Vasta kuvauspäivänä löytyi kodinomainen tila, jossa lopullinen videon tallennus toteutettiin. Syksyn aikana opinnäytetyössä työstettiin videon näkö- ja kuuloharjojen käsikirjoitusta, videon prototyyppiä, esimerkkiäänitteen tekoa, lopullisen tuotoksen hienosäätöä sekä kirjallista osuutta.

7.2.2 Toteutus

Opetusvideon käsikirjoituksessa sekä toteutuksessa hyödynnettiin kokemusasiantuntijan henkilökohtaista tietoa videon todentuntuisuuden ja luotettavuuden lisäämiseksi. Kokemusasiantuntijan haastattelun avulla pystyttiin saamaan kokonaisvaltaisempi kuva skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjoista.

Haastattelu toteutettiin puolistrukturoidun haastattelun eli teemahaastattelua pohjalta. Puolistrukturoidun haastattelumuodon käyttäminen antoi mahdollisuuden myös vapaalle keskustelulle kysymysten lomassa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Vapamuotoinen keskustelu koettiin tärkeäksi aiheen sensitiivisyyden vuoksi. Haastattelukysymykset lähetettiin ennen haastattelua kokemusasiantuntijalle. Vallinneen koronatilanteen vuoksi, haastattelu toteutettiin videopuhelun muodossa Teams -sovelluksen kautta. Keskustelulle varattiin aikaa

kolme tuntia ja se koettiin riittäväksi. Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin, jotta kertynyttä tietoa pystyttiin hyödyntämään jälkepäin.

VR-videon näkö- ja kuuloharhat laadittiin pääasiassa kokemusasiantuntijan haastattelun perusteella. Tiedon luotettavuuden lisäämiseksi käsikirjoitukseen liitettiin kirjallista tutkimustietoa näkö- ja kuuloharjoista. Koemusasiantuntijan haastattelu avasi aihetta ja antoi uusia näkökulmia teorian rinnalle.

Haastateltava kertoi subjektiivisen kokemuksensa aistiharhoista ja niiden kanssa elämisestä. Kokemusasiantuntijan haastattelu nosti aiheet uuteen valoon ja vahvisti jo tutkittua tietoa. Haastattelusta nousi esiin erityisesti kuuloharjojen suuri määrä ja niiden toistuvuus päivittäin ilman pidempiä taukoja. Haastateltava kertoi, että äänet voivat olla eri sukupuolien, tuntemattomien tai tuttujen ääniä, ilman äänten keskinäistä kommunikointia. Kokemusasiantuntijan mukaan äänet noudattavat usein tiettyjä aihealueita, joita ovat esimerkiksi uskonnollisuus, ulkonäön kommentointi ja asioiden huonojen puolien esiin tuominen. Kokemusasiantuntija vahvisti äänten olevan pääsääntöisesti negatiivisia käskyjä, joiden noudattamatta jättäminen etenkin sairauden alkuvaiheessa oli haastavaa.

Opetusvideon kuvaaminen toteutettiin Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksen kodinomaisessa vuokrahuoneistossa. Huoneistoa vuokrataan lyhytaikaiseksi majoitukseksi vierailijoille, jotka tulevat kauempaa kampukselle esimerkiksi luennoimaan korkeakoulun opiskelijoille. Tilaan lisättiin kodin tuntua erilaisilla rekvisiitoilla kuten kasvien, vaatteiden ja elintarvikkeiden avulla. Tarkoituksena oli, että VR-lasien käyttäjä saisi kokea skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjoja kodinomaisessa ympäristössä.

Kuvaustilanteessa tilan keskelle asetettiin 360°-kamera kamerajalustan päälle. Jalusta säädettiin niin, että sen korkeus jäljittelisi mahdollisimman tarkasti keskimääräistä katsojan silmien korkeutta, jotta kokemuksesta saataisiin mahdollisimman autenttinen. Tilasta kuvattiin neljä 1-5 minuutin pituisia otosta. Ensimmäinen otos sisälsi videokuvaa ilman luotua näköharhaa. Seuraavissa otoksissa näköharhana toimiva henkilö asetettiin eri puolille huonetta. Vaihtoehtoisten otosten avulla pystyttiin päättämään, miten lopullisen videon muokkaus toteutettaisiin ja kuinka näköharha aseteltaisiin valmiiseen tuotokseen.

Kuuloharhat äänitettiin Myllypuron Mediakirjaston AV-studiossa Adobe Audition audiotyöasemalla. AV-studio on tarkoitettu musiikin, videoiden ja kuvien työstämiseen. Studion äänieristetyssä tilassa on mahdollista äänittää sekä editoida ääntä, kuvia, videoita ja grafiikkaa. (AV-studio 2019.)

Äänittäminen toteutettiin osissa niin, että jokaisen henkilökohtainen ääni nauhoitettiin yhden äänitallenteen sisälle. Uusintaottoja tehtiin useita, jonka avulla pystyttiin varmistamaan äänten todentuntuisuus, laadukkuus sekä persoonallisuus. Tutkitun tiedon perusteella

äänitallenteisiin haluttiin nauhoittaa myös koputusta ja naurua. Käsikirjoitukseen kuului naisten äänten lisäksi yhden miehen ääni. Miehen äänet tallennettiin kotitekoisessa äänitysstudioissa.

VR-videon tekeminen lähti liikkeelle alustavasta käsikirjoituksesta, jonka pohjalta suunniteltiin, kuvattiin ja muokattiin harjoitusvideo. Harjoitusvideon avulla pystyttiin huomaamaan, mitkä asiat ovat VR-videon kannalta mahdollisia. Lopullisen VR-videon muokkauksen toteutti Laurea-ammattikorkeakoulun kautta saatu ammattilainen. Julkaistuissa tuotoksissa hyödynnettiin opinnäytetyöryhmän tekemää äänitallennetta. Ammattilaisen avulla äänitallenteesta voitiin tasata ja poistaa ylimääräinen taustakohina.

Yhteistyö ammattilaisen kanssa oli saumatonta. Opinnäytetyöryhmä kävi läpi jopa seitsemän eri prototyyppiä ennen lopullisen videon valmistumista. Ammattilainen toteutti erilaisia vaihtoehtoja, joiden avulla voitiin nähdä, mitkä ominaisuudet olivat videon kannalta oleellisia. Videon alkuperäisenä suunnitelmana oli toteuttaa paikasta toiseen siirtyvä näköharha. Yllättäen liikkuva harha koettiin kuitenkin liian pelottavaksi, jonka vuoksi idea hylättiin. Monien eri versioiden lisäksi työn etenemistä hidasti korkeakoulun VR-laitteiston virheellinen asennus.

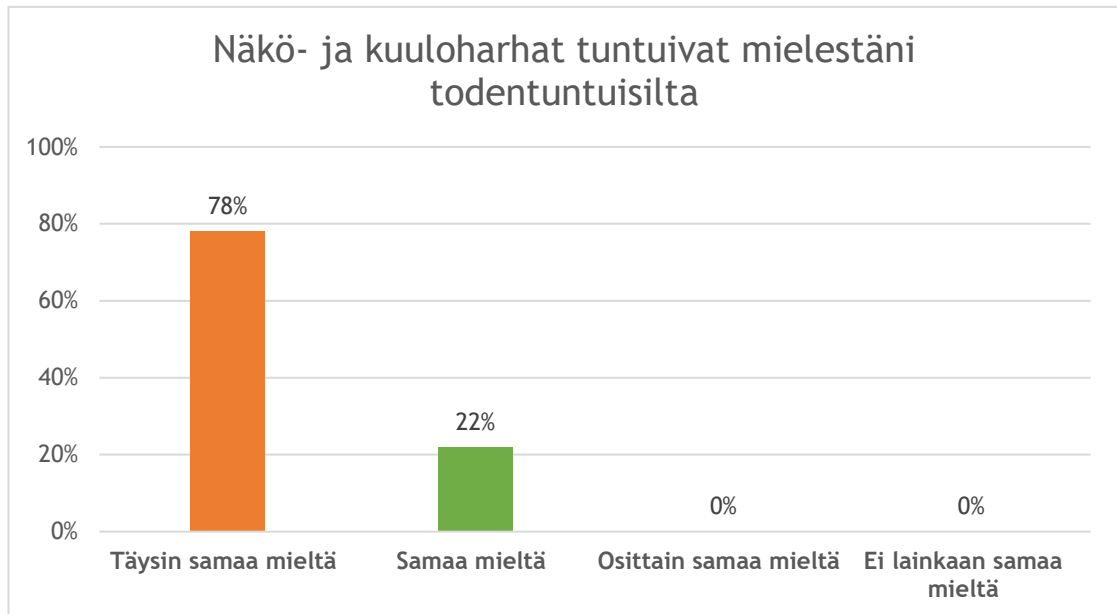
Ammattilainen toteutti toiveiden mukaiset alkutekstit sekä ääniraitojen vuorottelun kuulokkeiden kaiuttimista käsikirjoituksen pohjalta. Alkutekstin tarkoituksena on johdatella ja tiedottaa katsojaa aiheen pariin selkeästi. Videon muokkauksen alkuvaiheessa tekstiä oli enemmän, mutta sen lukeminen koettiin VR-laseilla hankalaksi. Ryhmän tekemät havainnot ja saatu palaute vahvistivat tekstin tiivistämistä entisestään.

7.3 Opinnäytetyön palaute

Opinnäytetyön tuotoksen arviointia varten kehitettiin lomake (Liite 1), joka sisälsi kysymyksiä, joiden avulla palautteen antajat pystyivät vastaamaan valmiiden vaihtoehtojen mukaan (strukturoitu kysymys). Strukturoitujen kysymysten lisäksi lomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen vapaalle sanalle ja yhden kysymyksen videon herättämistä tunteista. Lomakemuotoista strukturoitua haastattelua voidaan hyödyntää silloin, kun haastateltavia on useita ja he edustavat jokseenkin yhtenäistä ryhmää, tässä tapauksessa Laurea Otaniemen sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoita ja opettajia. Käytetty menetelmä oli nopea, jäsenneily ja siitä saatu tieto oli vertailukelpoista. (Haastattelu 2020.)

Lomakkeessa hyödynnettiin likert-asteikkoa, joka on kyselylomakkeissa usein käytettävä vastausasteikko (Likert 2020). Asteikko sisälsi joukon erilaisia väittämiä, jotka ilmaisivat myönteisiä ja kielteisiä asenteita kysymyksiä kohtaan (4 = täysin samaa mieltä, 3 = samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 1 = ei lainkaan samaa mieltä).

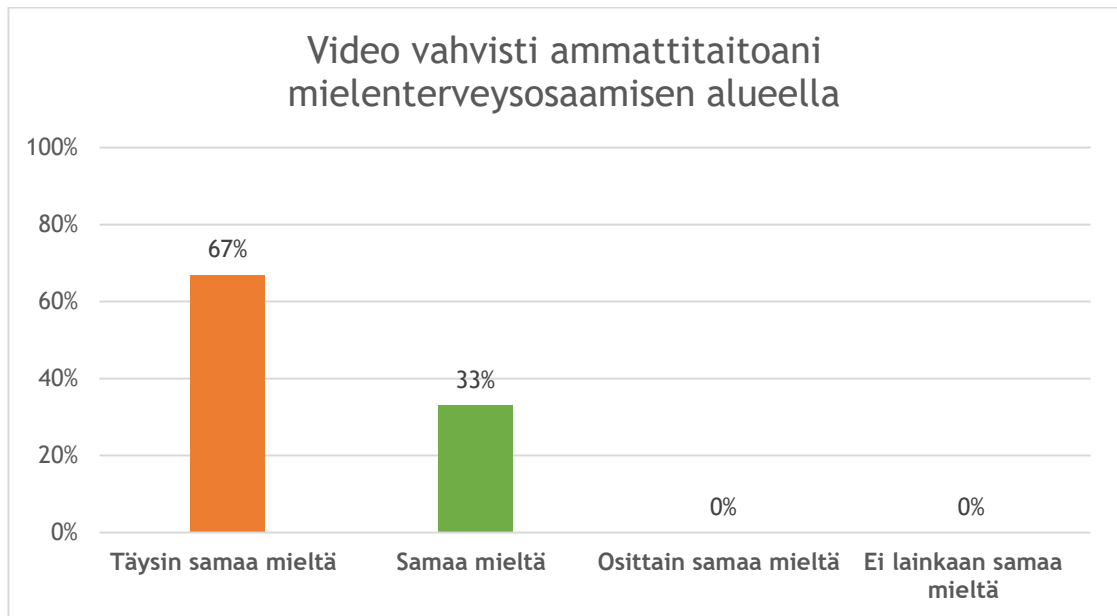
VR-videon arviointilomakkeeseen saatiin vastauksia yhdeksän ja sen vastaanotto oli pääasiassa positiivista. Arviointilomakkeesta (Kuvio 1) selvisi, että 78% vastanneista koki videolla esiintyvät aistiharhat todentuntuksina ja lähes jokainen, 89% vastaajista, koki videon myötä ymmärtävänsä skitsofreniaa sairastavan aistiharhoja (Kuvio 2). Palautteen antajista 67% oli sitä mieltä, että video vahvisti ammattitaitoa mielenterveysosaamisen alueella (Kuvio 3).



Kuvio 1: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Näkö- ja kuuloharhat tuntuivat mielestäni todentuntuksilta"



Kuvio 2: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Ymmärrän videon myötä paremmin skitsofreniaa sairastavan aistiharhoja"



Kuvio 3: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Video vahvisti ammattitaitoani mielenterveysosaamisen alueella"

Avointen kysymysten perusteella lähes jokainen vastaajista oli sitä mieltä, että videon käytännön toteutus oli toimiva ja todentuntuinen. Erityisesti ääninauha koettiin laadukkaaksi ja mielenkiintoiseksi. VR-video tuntui vastaajista jännittävältä elämykseltä, jonka avulla oli mahdollista eläytyä toiseen todellisuuteen. Osa vastaajista koki videon aikana negatiivisia tunteita kuten ahdistusta. Palautteen perusteella todentuntuisuutta olisi voitu lisätä entisestään pelillistämisen tai näköharhan liikkeen avulla.

Opinnäytetyön arviointi koostui kerätyn palautteen lisäksi itsearviointista (Liite 2). Itsearviointi edellytti koko prosessin ajan oman toiminnan kriittistä tarkastelua. Jatkuvan arvioinnin avulla voitiin ymmärtää työn vahvuuksia sekä kehittämiskohteita. Prosessin edetessä ja tietopohjan kerääntyessä selkeytyi ajatus tavoitteiden saavuttamisesta.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa suomenkielinen opetusvideo skitsofreniaa sairastavan aistiharhoista Laurea-ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyön tavoitteena on havainnollistaa virtuaalitodellisuuden (VR) avulla skitsofreniaa sairastavan positiivisia oireita, erityisesti aistiharjoja eli hallusinaatioita. Lopullinen opinnäytetyö käsitti videon, jonka katsominen mahdollistettiin VR-laseilla, 360°-ominaisuudella sekä perinteisen videomuodon avulla. Näiden lisäksi opinnäytetyössä tuotettiin kuunneltava ääninauhoite skitsofreniaa sairastavan kuuloharjoista. Luodut materiaalit tukevat mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön kursseja, syventäen opetusta entisestään.

Vaikka suomalaisten fyysinen terveys on kohentunut viimeisen vuosikymmenen aikana merkittävästi, niin mielenterveydessä ei ole huomattavissa yhdenmukaista sairastavuuden laskua (Lönnqvist & Lehtonen 2021, 20; Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin 2020). Mielenterveysongelmien ollessa yhä etenevässä määrin esillä, mielenterveysaiheinen opinnäytetyö tuntui kiinnostavalta ja luonteelta vaihtoehdolta toteuttaa. Mielenterveys aiheena on kuitenkin hyvin laaja, jonka takia aihetta tuli yksilöidä. Opinnäytetyön ohjaajan ehdotus skitsofrenian sisäisistä äänistä tuntui aiheena tärkeältä tulevaisuuden mielenterveystyön ja sairauden laajemman ymmärtämisen näkökulmasta.

Vaikka mielenterveyteen liittyvä asenneilmapiiri on muuttunut myönteisemmäksi ja ongelmista uskalletaan puhua yleisimmin, psykoosisairautta sairastavat joutuvat kokemaan ennakkoluuloja ja leimaamista psykiatrisista häiriöitä sairastavista useimmin (Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin 2020; Stigma eli häpeäleima 2021). Merkittävä este ihmisten välisen leimaantumisen poistamiselle on vähäinen sosiaalinen kontakti sairastuneiden kanssa (Hoftman 2017, 6). Virtuaalitodellisuuden kyky esittää luotua ympäristöä vastaamaan reaalia maailmaa, tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden kohdata, kokea ja ymmärtää skitsofreniaa sairastuneen sisäistä maailmaa paremmin (Freeman ym. 2017, 2393-2394).

Opinnäytetyöntekijöiden tietämys ja asiantuntijuus ovat lisääntyneet kokonaisvaltaisesti psykoosisairauksien, erityisesti skitsofrenian osalta. Edesauttavia tekijöitä olivat kokemusasiantuntijan haastattelu sekä tutustuminen monipuolisesti aihetta koskeviin kansallisiin ja kansainvälisiin lähteisiin. Opinnäytetyön tavoite täyttyi tutkitun tiedon, itsearvioinnin ja kerätyn palautteen perusteella, jossa 89% vastanneista (Liite 1) koki videon myötä ymmärtävänsä paremmin skitsofreniaa sairastavan aistiharhoja.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kukin ammattikorkeakoulu on sitoutunut noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ohjeita "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa" (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019, 3-14). Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama (asetus 1347/1991) tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) ehkäisee tieteellistä vilppiä ja vie eteenpäin hyvää tieteellistä käytäntöä. TENK johdattaa Suomessa tutkimusetiikkaa koskettavaa keskustelua, ohjaa alan kansainvälistä kehittymistä ja toimii aloitteentekijänä tutkimuseettisten kysymysten äärellä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 2-4.)

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ainoastaan silloin, kun tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan hyvän tieteellisen käytännön edellytyksin. Tutkimuseetiikan näkökulmasta on tärkeää, että tutkimuksessa pidetään huolta rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta. Toteutuksen tulee olla koko tutkimuksen ajan avointa ja muita tutkijoita kunnioittavaa. Arvostava työote näkyy asianmukaisin

viittauksin. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 2-4.)

Hyvien tieteellisten käytäntöjen seuraamisesta vastaa ensi sijassa jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 2-4). Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön tekijän on hallittava tieteellisen käytännön vastuut, ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen yleiset periaatteet, eettisen ennakkoinnin lähtökohdat, ennakoarvointimenettely sekä työn tarpeellisuuden tulkinta. Opiskelijan tulee selvittää omat esteellisyytensä, ohjata opinnäytetyötä asiantuntevasti, noudattaa tutkimuseettisiä ohjeistuksia, henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan liittyviä lainsäädäntöjä. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019, 3-14).

Yksityisyyden suoja on tärkeä perus- ja ihmisoikeus, jota jokaisen tulisi kunnioittaa (Yksityisyyden ja henkilötietojen suoja 2021). Tietosuojan avulla turvataan rekisteröityjen oikeuksien ja vapauksien toteutuminen henkilötietojen käsittelyn yhteydessä. Tietosuojan tarkoitus on osoittaa, milloin ja minkälaisin edellytyksin henkilötietoja voidaan käsitellä. (Tietosuoja 2020.) Opinnäytetyössä tietosuojakysymykset koskettavat opinnäytetyön laatijaa, toimeksiantajaa, muita osallistujia sekä opinnäytetyön tutkimusaineistoa (Opinnäytetyö ja tietosuoja 2021).

Opinnäytetyön eettisyydestä pidettiin huolta muun muassa varmistamalla palautteen antajien ja kokemusasiantuntijan yksityisyyden suoja. Osallistuneista henkilöistä ei raportoitu tunnistettavasti ja saadut palautteet sekä haastattelut raportoitiin niin, ettei ketään voitu tunnistaa. Kokemusasiantuntijan kertomien tietojen hyödyntämisestä kysyttiin lupa asianomaiselta eikä yksityiskohtaisia tietoja palautteen antajista missään prosessin vaiheessa kerätty ylös. Palautteet ja muistiinpanot säilytettiin muilta piilossa. Saatua tietoa käytettiin vain opinnäytetyöhön ja työn valmistuttua kerätty tieto tuhottiin.

Eettinen ajattelu oli koko opinnäytetyöprosessin ajan läsnä. Opinnäytetyössä toimittiin sosiaali- ja terveysalan eettisten suositusten mukaan niin, että kokemusasiantuntijan ja palautteen antajien osallistumisen vapaaehtoisuus mahdollistettiin. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5-7.) Opinnäytetyön katsominen oli vapaaehtoista ja palautteen antajat saivat itse tehdä päätöksen videon katsomisesta. Ennen videon katsomista katsojille annettiin riittävästi tietoa videon sisällöstä ja sen mahdollisista vaikutuksista. Yhteistyökumppani katsoi videon ennen sen päätymistä oppimateriaaliksi ja näin varmisti videon käytettävyyden.

Opinnäytetyön eettisesti keskeisenä tavoitteena nähtiin hyvän tekeminen, arvostava, inhimillinen ja luottamuksellinen vuorovaikutus (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta, 5-7). Tavoitteen pohjalta oli olennaista laatia haastattelurunko huolella ja haastateltavaa kunnioittavalla tavalla. Suhtautuminen haastateltavaan oli kohteliasta ja hänen ihmisarvoaan kunnioittavaa, samalla huomioiden kerätyn aineiston arkaluonteisuuden.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta voidaan tarkastella käytetyn lähdeaineiston pohjalta. Käytettyjen lähteiden tulee olla tuoreita, luotettavia, laadukkaita, uskottavia ja ajankohtaisia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72.) Luotettava tietoperusta ja raportointi edellyttävät kriittistä työtettä, perusteltua tietoa opinnäytetyön tekijöiden näkökulmista, viitekehuksesta, tietoperustasta ja lähteiden valinnasta. Raportin tulee sisältää perustelut sille, miksi päädyttiin saatuihin tuloksiin ja miksi työn tekijää tulee pitää luotettavana. Perustellut vastaukset vakuuttavat lukijan työn uskottavuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82.)

Opinnäytetyön kirjallinen raportti koostui monipuolisesta ja laajasta asiasisällöstä. Aineistoa käytettiin huolellisesti ja työn jokaisessa vaiheessa toimittiin rehellisesti. Lähdeviitteiden merkintä oli huolellista ja valinnassa huomioitiin lähteen ikä, laatu sekä uskottavuus. Raportin rakenne oli jäsenneiltyä ja käytetty kielellinen ilmaisu oli asiantuntevaa sekä vakuuttavaa. Työote oli ennen kaikkea kriittistä ja analyysoivaa. Opinnäytetyöstä ei syntynyt kustannuksia, sillä se tehtiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön omistus- ja käyttöoikeuksista tehtiin sopimus yhteistyökumppanin kanssa tekijänoikeuksien kuuluessa alun perin opinnäytetyön laatijoille.

Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelussa tuli huomioida palautteen antajien vähäinen vastausmäärä. Ja koska arviointi oli melko vähäistä, saaduista havainnoista ei voitu vetää suoria johtopäätöksiä, vaikka lähes jokainen vastaaja koki videon havainnollistavana. Opinnäytetyöohjaajan ja muiden opettajien antama positiivinen palaute tuki ajatusta, että opinnäytetyön tavoite toteutui ja luodut oppimateriaalit olivat tarpeellisia.

8.3 Tuotoksen tarkastelu ja kehittämisaiehet

Opinnäytetyön päätuotoksena kehitettiin noin kolme minuuttia kestävä suomenkielinen VR-video opetuskäyttöön Laurea-ammattikorkeakoululle. Videon avulla havainnollistettiin skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjoja. Näkö- ja kuuloharjojen havainnollistaminen mahdollistettiin myös tuotetun ääninauhoitteen sekä YouTube-videon avulla. Videon suunnittelussa ja toteutuksessa pyrittiin huomioimaan hyvän opetusvideon ominaisuuksia. Hyvä opetusvideo on kokonaisuudessaan selkeä ja rakenteeltaan tiivis (Äidinkielen ja kirjallisuuden opetus etänä 2021).

Opetusvideoilla esiintyy useiden erilaisten kuuloharjojen lisäksi yksi näköharha, joka esittää tummaa määrittelemätöntä paikallaan seisovaa hahmoa. Intensiivisten kuuloharjojen keskusteluaiheet, joita olivat muun muassa uskonto sekä ulkonäön negatiivinen kommentointi, valittiin pääasiassa kokemusasiantuntijan antaman haastattelun pohjalta. Videon alkuun lisättiin tiivis teoreettinen osuus selkeyttämään videolla esiin tulevia asioita. Teksti haluttiin

pitää lyhytsanaisena ja selkeänä, menettämättä kuitenkaan sen informatiivisuutta. Opettajien antamien palautteiden perusteella tekstiä lyhennettiin entisestään.

Palautteen nojalla VR-videosta voitaisiin kehittää entistäkin todentuntuisempi videolla esiintyvän näköharhan liikkumisen myötä. Näköharhan odottamaton liikkuminen koettiin videon suunnitteluvaiheessa kuitenkin liian pelottavana. Tulevaisuutta ajatellen näköharhan mahdollisen liikkeen tulisi olla maltillista ja ennalta arvattavaa soveltuakseen opetuskäyttöön. Pelimuotoinen VR-video mahdollistaisi tilassa liikkumisen sekä tavaroihin koskemisen, joka osaltaan vahvistaisi kokemuksen todentuntuisuutta. Pelimuotoinen VR-video ei kuitenkaan ollut mahdollista toteuttaa rajallisten resurssien vuoksi.

Tutkitun tiedon perusteella VR-videot lisäävät opiskelumotivaatiota ja auttavat sisäistämään vaikeita aiheita. Kukkosen, Lehtosen, Mannin ja Kallin (2017) mukaan erilaisilla opiskelutavoilla voidaan edistää osallisuuden kokemusta ja tukea opintoihin kiinnittymistä. Yhteistyökumppanille, Laurea-ammattikorkeakoululle, kehittämisideana olisi tuottaa opiskelijoille lisää opetusmateriaalia virtuaalitodellisuutta hyödyntäen.

Lähteet

Painetut

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

Artikkelit

Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. 2017. Virtual Reality in the Assessment, Understanding, and Treatment of Mental Health Disorders. *Psychological Medicine*, 47 (14): 2393-2400.

Hoftman, G. 2017. The Burden of Mental Illness Beyond Clinical Symptoms: Impact of Stigma on the Onset and Course of Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry Online*, 11 (4): 5-7.

Hummel, T., Landis, B. N., & Hüttenbrink, K-B. 2011. Smell and Taste Disorders. *German Medical Science* 10: 1-15.

Ikäheimo, P. 2017. Karipratsiinihydeokloridi. *SIC! Lääketietoa Fimeasta* 3-4: 56-58.

Isham, L., Griffith, L., Boylan, A.-M., Hicks, A., Wilson, N., Byrne, R., Sheaves, B., Bentall, R.P. and Freeman, D. 2019. Understanding, Treating, and Renaming Grandiose Delusions: A Qualitative Study. *The British Psychological Society*, 1-22.

Jääskeläinen, E., Holli, M., Mainio, A., Roine, R., Isojärvi, J. & Sihvo, S. 2017. Aivojen magneettistimulaatio masennuksen hoidossa. *Suomen lääkärilehti* 72(44), 2535-2535p.

Kulkarni, K., Arasappa, R., Prasad, K., Zutshi, A., Chand, P., Murthy, P. & Muralidharan, K. 2017. Gender Differences in Persistent Delusional Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine* 39(2), 216-217.

Meurman, J. 2019. Kansainvälisen tautiluokituksen uusin versio ICD-11 tulee. *Hammaslääkärilehti*. <https://www.hammaslaakarilehti.fi/fi/kolumnit/kansainvalisen-tautiluokituksen-uusin-versio-icd-11-tulee>

Oyebode, F. 2015. *Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*. Philadelphia: Saunders Elsevier 5: 1-388.

Oksanen, J., Vataja, R., Lappalainen, J., Lindberg, N. & Koponen, H. 2016. Milloin epäillä skitsofreniaa? *Suomen Lääkärilehti* 44: 2791-2795a.

Preda, A. 2020. Positive Symptoms in Schizophrenia. Schizophrenia. Verywellmind.
<https://www.verywellmind.com/positive-symptoms-in-schizophrenia-2953124>

Rogers, S. 2019. Virtual Reality: THE Learning Aid Of The 21st Century. Forbes.
<https://www.forbes.com/sites/solrogers/2019/03/15/virtual-reality-the-learning-aid-of-the-21st-century/#3a785b8139b6>

Roopram, S., Burger, A., van Dijk, D., Enterman, J. & Haffmans, J. 2016. A Pilot Study of Bright Light Therapy in Schizophrenia. ScienceDirect 245: 317-320.

Salokangas, R. 2004. Aistiharha - neurologinen vai psykiatrinen häiriö? Helsinki: Aikakauskirja Duodecim 120: 2085-2092.

Subodh, B. 2020. Depression in Schizophrenia: Prevalence and its Impact on Quality of Life, Disability, and Functioning. Asian Journal of Psychiatry 54: 1-5.

Takala, T. 2017. Virtuaalitodellisuus tuo uusia työvälineitä terveydenhuoltoon. Helsinki: Duodecim lehti 133(11): 1031-1032.

Tuominen, L. & Salokangas, R. 2016. Skitsofrenia. Helsinki: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 132(5):467-70.

Waters, F. 2010. Auditory Hallucinations in Psychiatric Illness. Psychiatric Times 27(3): 54.

Sähköiset

360° video 2020. Smile audiovisual. Viitattu 14.11.2020
<https://www.smileaudiovisual.fi/videotuotanto/360-video/>

Aistiharhat (hallusinaatiot) 2020. Mielenterveystalo. Viitattu 20.4.2020.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/aistiharhat-hallusinaatiot.aspx

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 20.5.2020. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

AV-studio 2020. Helmet. Viitattu 28.12.2020. [https://www.helmet.fi/fi-FI/Kirjastot_ja_palvelut/Myllypuron_mediakirjasto/Palvelut/AVstudio\(545\)](https://www.helmet.fi/fi-FI/Kirjastot_ja_palvelut/Myllypuron_mediakirjasto/Palvelut/AVstudio(545))

Biologiset hoidot 2021. Mielenterveystalo. Viitattu 5.1.2021.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Biologisethoidot.aspx>

F20-29 Psykoottiset häiriöt 2020. Mielenterveystalo. Viitattu 12.5.2020.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/default.aspx>

F20 Skitsofrenia 2020. Mielenterveystalo. Viitattu 20.4.2020.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/F20.aspx>

Haastattelu 2020. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.5.2020.

<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Haastattelu>

Hoidon tehostaminen 2016. Tays. Viitattu 24.1.2021. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Hoidon_tehostaminen\(34017\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Hoidon_tehostaminen(34017))

[https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Hoidon_tehostaminen\(34017\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Hoidon_tehostaminen(34017))

Huomanen, L. 2020. Psykoosisairaudet. Luentosarja. Viitattu 17.12.2020.

http://www.epshp.fi/files/11627/Psykoosiluento_01102019.pdf

Huttunen, M. 2018a. Skitsofrenia. Lääkärikirja. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

Huttunen, M. 2018b. Harha-aistimus (hallusinaatio). Lääkärikirja. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00371&p_haku=aistiharhat

Huttunen, M. 2018c. Harhaluulo (deluusio). Lääkärikirja. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372&p_hakusana=harhaluulot

Huttunen, M. 2017a. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 22.9.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033

Huttunen, M. 2017b. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 17.5.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

Hyvä Uni 2019. Uniliitto ry. Kaikki unihäiriöt ja niiden hoito. Viitattu 28.10.2020.
<https://www.uniliitto.fi/wp-content/uploads/2019/06/Uniuutiset-2-2019.pdf>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.
Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 20.5.2020.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Isometsä, E. 2020. Transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) depression akuuttihoiossa.
Käypähoito -suositus. Viitattu 24.1.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nak06962>

King-Thompson, J. 2017. The Benefits of 360° Videos & Virtual Reality In Education. Blend
Media. Viitattu 25.8.2020. <https://blend.media/blog/benefits-of-360-videos-virtual-reality-in-education>

Komulainen, J. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu
12.1.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kukkonen, H., Lehtonen, P., Manni, E. & Kalli, P. 2017. Miksi Peda-ryhmä perustettiin?
TAMKJOURNAL. Viitattu 20.1.2021. <https://tamkjournal.tamk.fi/taok-uudistaa-toimintaansa/>

Laurea korkeakouluna 2020. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.10.2020.
<https://www.laurea.fi/tietoa-meista/korkeakouluna/>

Likert 2020. Peda.net. Viitattu 23.5.2020.
<https://peda.net/ohjeet/tyovälineet/lomake/likert>

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2019. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Duodecim
Oppiportti. Viitattu 22.4.2020.

Lönnqvist, J. 2019. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. Duodecim Oppiportti. Viitattu
12.5.2020.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2021. Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim. Viitattu 14.1.2021.
https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf

Mielenterveyshäiriöt 2019. Mielenterveys. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu
20.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Mielenterveydenhäiriöt 2020. Suomen Mielenterveys ry. Viitattu 22.9.2020.
<https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>

Mielialahäiriöt 2020. Mielenterveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.9.2020.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>

Mitä toimintakyky on? 2019. Toimintakyky. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Opinnäytetyö ja tietosuoja 2021. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Jamk. Viitattu 23.1.2021.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/opinnaytetyo-ja-tietosuoja/>

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2019a. Biologiset hoidot. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 16.5.2020.

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2019b. Psykoosien lääkehoito. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. 16.5.2020.

Pihkala, M. 2019. Nämä ovat kolme digitaalisen oppimisen suurinta trendiä maailmalla. Fingo. Viitattu 27.8.2020. <https://www.fingo.fi/ajankohtaista/blogit/nama-ovat-kolme-digitaalisen-oppimisen-kuuminta-trendia-maailmalla>

Psykoosiopas 2021. Mielenterveystalo. Viitattu 12.1.2021.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Pänkäläinen, T. 2017. Virtuaalitodellisuus - 108 miljardin markkina vuonna 2021? Virtuaalitodellisuus suomessa. Viitattu 22.5.2020.
<https://www.virtuaalimaailma.fi/virtuaalitodellisuus/>

Pänkäläinen, T. 2016. Virtuaalitodellisuus tuo markkinointiin uudenlaisia elämyksiä! Virtuaalitodellisuus Suomessa. Viitattu 22.5.2020.
<https://www.virtuaalimaailma.fi/markkinointi-virtuaalitodellisuus/>

Reyna, J. 2018. The Potential of 360-degree Videos for Teaching, Learning and Research. Viitattu 28.8.2020.
https://www.researchgate.net/publication/323890644_THE_POTENTIAL_OF_360-DEGREE_VIDEOS_FOR_TEACHING_LEARNING_AND_RESEARCH

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. 6.3.2 Teemahaastattelu. KvaliMOTV. Viitattu 22.5.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Schizophrenia Causes, Signs, Symptoms & Side Effects 2020. Riverwoods Behavioral Health. Viitattu 20.12.2020. <https://www.riverwoodsbehavioral.com/disorders/schizophrenia/signs-symptoms-effects/>

Skitsofrenia 2020a. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Viitattu 21.4.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Skitsofrenia 2020b. Mielenterveyden häiriöt. Mieli Suomen mielenterveys ry. Viitattu

6.5.2020. [https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-häiriöt/skitsofrenia](https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-haariot/skitsofrenia)

Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.5.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nix00191>

Somatic Delusions 2021. Delusional Disorder. BrightQuest. Viitattu 24.1.2021

<https://www.brightquest.com/delusional-disorder/somatic-delusions/>

Sosiaali- ja terveystieteiden perusta 2011. Etene. Viitattu 1.1.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70260/URN_ISBN_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stigma eli häpeäleima 2021. Mielenterveystalo. Viitattu 7.1.2021.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>

Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin 2020. Suomen Mielenterveys ry. Viitattu 17.9.2020. <https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019a. Skitsofrenian diagnoosi. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 13.5.2020.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019b. Skitsofrenian kulku ja ennuste. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 3.5.2020.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019c. Skitsofreniapotilaan hoito ja kuntoutus. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 18.5.2020.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019d. Skitsofreniapotilaan lääkehoito. Psykiatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 17.5.2020.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019e. Skitsofreniapotilaan kuntoutus. Psykiatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 18.5.2020.

Suvisaari J., Isohanni M., Kiesepää T., Koponen H., Hietala J. & Lönnqvist J. 2019f. Skitsofrenian kliiniset piirteet. Psykiatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 30.3.2020.

Tietosuoja 2020. Tietosuojavaltuutetun toimisto. Viitattu 27.12.2020.

<https://tietosuoja.fi/tietosuoja>

Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs projektityö 2020. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.10.2020.

<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/projektityo-vs-ns-toiminnallinen-tutkimuksellinen-kehittamishanke-opinnaytetyo/>

Tuulio-Henriksson, A. 2020. Skitsofrenia. Kliininen neuropsykologia. Duodecim Oppiportti. Viitattu 12.5.2020.

Understanding voices 2017. Living with Schizophrenia. Viitattu 17.10.2020.

<https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/understanding-voice-hearing/>

Viikki, M. 2021. Psykoosilääkkeiden käyttö muissa kuin psykooseissa - onko näyttöä riittävästi? Lääkäripäivät. Viitattu 15.1.2021.

<http://www.laakaripaivat.fi/2013/media/tiedotteet/ennakkoinfotiedotteet/psykoosilaaikkeiden-kaytto-muissa-kuin-psykooseissa-onko-nayttoa-riittavasti/index.html>

Vuoden pedagoginen teko 2020: Digiloikka 2020. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.9.2020. <https://www.laurea.fi/koulutus/pedagogisia-innovaatioita/digiloikka/>

What is 360-video? 2020. GFC Global. Viitattu 8.1.2021.

<https://edu.gcfglobal.org/en/thenow/what-is-360-video/1/>

What Is Mental Health? 2020. MentalHealth. Viitattu 27.12.2020.

<https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health>

World Health Organization 2018. Mental Health: Strengthening Our Response. Viitattu 27.12.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yksityisyyden ja henkilötietojen suoja 2021. Minilex. Viitattu 26.1.2021.

<https://www.minilex.fi/a/yksityisyyden-ja-henkil%C3%B6tietojen-suoja>

Äidinkielen ja kirjallisuuden opetus etänä 2021. Opetushallitus. Viitattu 15.1.2021.

<https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/aidinkielen-ja-kirjallisuuden-opetus-etana>

Kuviot

Kuvio 1: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Näkö- ja kuuloharhat tuntuivat mielestäni todentuntuisilta"	27
Kuvio 2: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Ymmärrän videon myötä paremmin skitsofreniaa sairastavan aistiharhoja"	27
Kuvio 3: Palautteen antajien vastaukset väittämään "Video vahvisti ammattitaitoani mielenterveysosaamiset alueella"	28


Taulukot

Taulukko 1: F20-29 Psykoottiset häiriöt (tiedot F20-F29 Psykoottiset häiriöt 2021; Huomanen 2020; Huttunen 2018a).....	9
Taulukko 2: Skitsofrenian alatyypit (tiedot Komulainen ym. 2012, 114-117; Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020)	10
Taulukko 3: Psykoosilääkkeet (tiedot Partonen ym. 2019b).....	15

Liitteet

Liite 1: Palautelomake.....	42
Liite 2: Itsearviointilomake	43

Liite 1: Palautelomake



Skitsofreniaa sairastavan näkö- ja kuuloharjojen havainnollistaminen VR-videon avulla

Rastita sopivin vaihtoehto.

(4 = täysin samaa mieltä, 3 = samaa mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 1 = ei lainkaan samaa mieltä)

	1	2	3	4
Näkö- ja kuuloharjat tuntuivat mielestäni todentuntuilta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ymmärrän videon myötä paremmin skitsofreniaa sairastavan aistiharjoja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Video vahvisti ammattitaitoani mielenterveysosaamisen alueella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kerro omin sanoin.

Mitä tunteita video herätti?

Vapaa sana

Liite 2: Itsearviointilomake

Itsearviointilomake

Työelämän kehittäminen

Yhteistyö

Opinnäytetyön eri vaiheet toteutettiin tiiviissä yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Ongelmatilanteisiin ja muutoksiin puututtiin yhdessä opinnäytetyön ohjaajien kanssa. Opinnäytetyön raportoinnissa hyödynnettiin korkeakoulun asiantuntevaa osaamista.

Kehittäminen

Opinnäytetyössä on merkittävästi kehitetty yhteistyökumppanin osoittamaa aihetta, skitsofreniaa sairastavan aistiharhojen havainnollistaminen suomen kielellä. Digitaalisen oppimateriaalin avulla pystyttiin luomaan uutta vuorovaikutuksellisempaa materiaalia Laurea-ammattikorkeakoulun sosiaali-, terveys- ja rikosseuraamusalan opetukseen.

Työelämän arvio hyödyllisyydestä

Yhteistyökumppani ja opinnäytetyön ohjaaja ovat arvioineet tulokset selkeästi hyödyllisiksi prosessin jokaisessa vaiheessa. Opinnäytetyötä muokattiin yhteistyökumppanin antaman palautteen perusteella aiempaa paremmaksi.

Innovatiivisuus ja luovuus

Uutuus

Opinnäytetyössä tuotettiin VR-video sekä sellaista uutta tietoa ja osaamista, jota yhteistyökumppani ei osannut odottaa. VR-videon lisäksi yhteistyökumppani sai erillisen äänitallenteen sekä YouTube-videon, joita he voivat hyödyntää laajemmin opetuksessa.

Tutkimuksellisuus ja toteutus

Ohjaus

Opinnäytetyön edetessä ohjausta haettiin oma-aloitteisesti ja tavoitteellisesti. Itsenäisen työskentelyn lisäksi prosessissa hyödynnettiin muun muassa yhteistyökumppania, opponoojia sekä korkeakoulun tarjoamaa kirjoittamisen pajaa.

Prosessi

Opinnäytetyössä noudatettiin prosessille keskeisiä vaiheita ja työn tekeminen on pääsääntöisesti edennyt systemaattisesti ja loogisesti. Opiskelijoiden asiantuntijuus vahvistui prosessin aikana.

Raportointi

Opinnäytetyöraportin kielellinen ilmaisu on asiantuntevaa ja vakuuttavaa. Raportti on selkeä ja ulkoasu viimeisteltyä. Raportissa tuodaan totuudenmukaisesti esiin opinnäytetyöprosessi ja sen aikana syntyneet tulokset.

Tietoperusta

Tietoperusta on monipuolinen ja siinä on käytetty opinnäytetyön kannalta olennaisia tutkimuksia ja kansainvälisiä lähteitä. Raportissa on huomioitu lähteiden julkaisuvuosi, laatu sekä uskottavuus. Opinnäytetyön tuotoksessa hyödynnettiin kokemusasiantuntijan tietoa.

Menetelmien käyttö

Opinnäytetyössä on hyödynnetty perusteltuja menetelmiä ja niitä on sovellettu työn jokaisessa vaiheessa erinomaisesti. Työmenetelmät ovat valittu tarkkaan ja niiden käyttö on hallittua.

Sanni Järvenpää, Meri Laine & Matleena Sissi