

Jenni Elonen ja Niina Kylliäinen

AISTIHARHOJEN VAIKUTUS ELÄMÄÄN

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2022



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijät	Jenni Elonen ja Niina Kylliäinen
Työn nimi	Aistiharhojen vaikutus elämään
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Vuosi	2022
Sivut	39 sivua, liitteitä 6 sivua
Työn ohjaaja	Riitta Tenkanen-Salmela

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tutkitun tiedon pohjalta, miten eri aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään. Tavoitteena on lisätä tietoa aiheesta ja saada ymmärrystä aistiharjoja kokevan ihmisen omasta kokemuksesta. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu on opinnäytetyön tilaaja. Opinnäytetyötä on tarkoitus hyödyntää opetusmateriaalina mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolla.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen avulla etsittiin vastausta kahteen tutkimuskysymykseen. Millaisia aistiharjoja on olemassa ja miten aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään? Tiedonhaku toteutettiin tieteellisiin tietokantoihin tarkoin valittuja hakulausekkeita käyttäen. Lisäksi tehtiin manuaalista tiedonhakua. Tutkimusten valinnassa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerejä ja tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin apuna valmista tarkistuslistaa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kahdeksan kansainvälistä tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Sisällönanalyysin perusteella tutkimuksissa esiintyi negatiivisia, positiivisia ja neutraaleja kuuloharjoja, negatiivisia ja neutraaleja näköharjoja, neutraaleja hajuharjoja sekä negatiivisia tuntoharjoja. Kuuloharhat olivat yleisimpiä aistiharjoja. Näköharhat olivat toiseksi yleisimpiä. Aistiharhoilla oli negatiivisia vaikutuksia ihmisen päivittäisistä toimista suoriutumiseen, sosiaaliseen toimintakykyyn ja sosiaalisiin taitoihin, ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen verkostoon ja psyykkiseen toimintakykyyn. Aistiharhoilla oli myös positiivisia vaikutuksia ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn. Suurin osa aistiharhojen vaikutuksista elämään oli negatiivisia. Eniten aistiharhat vaikuttivat negatiivisesti ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn sekä ihmissuhteisiin.

Johtopäätöksenä voi todeta, että tuloksien avulla voidaan lisätä terveydenhuollon opiskelijoiden ja muiden aiheesta kiinnostuneiden ymmärrystä aistiharhoista ja niiden aiheuttamista vaikutuksista ja tuntemuksista. Tulevaisuudessa tulisi toteuttaa suomalaista tutkimusta aistiharhojen vaikutuksista.

Asiasanat: aistiharhat, mielenterveys, skitsofrenia, psykoosi

Degree	Bachelor of Health Care
Authors	Jenni Elonen and Niina Kylliäinen
Thesis title	Effect of hallucinations on life
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Sciences
Time	2022
Pages	39 pages, 6 pages of appendices
Supervisor	Riitta Tenkanen-Salmela

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to chart based on the researched knowledge, how different hallucinations have effect on human life. The object of this thesis was to increase knowledge of the subject and to gain an understanding of a person's own experience of hallucinations. South-Eastern Finland University of Applied Sciences is the commissioner of the thesis. The thesis will be utilized as an educational material during mental health and substance abuse work study module.

A narrative literature review was used as a research method for the thesis. The literature review was used to find answers to two research questions. What kind of hallucinations exist and how do hallucinations affect the life of a person? Data retrieval was performed on scientific databases using carefully selected search queries. Manual data retrieval was also performed in addition. Inclusion and exclusion criteria were used to select the studies and a checklist was used to estimate the quality of the studies. There were eight international studies selected in the literature review. The studies were analyzed using inductive content analysis.

Based on the content analysis, the studies showed negative, positive, and neutral auditory hallucinations, negative and neutral visual hallucinations, neutral olfactory hallucinations, and negative tactile hallucinations. Auditory hallucinations were found to be the most common hallucinations. Visual hallucinations were the second common. Hallucinations had negative effects on a person's daily activities, social performance and social skills, relationships and social networking and psychic performance. Hallucinations also had positive effects on a person's psychic performance. Most of the effects of hallucinations on life were negative. Hallucinations had the greatest negative effect on a person's social performance and relationships.

In conclusion, the results can be used to increase the understanding about the hallucinations and their effects among health care students and others who are interested in the subject. In the future Finnish research should be carried out on the effects of hallucinations.

Keywords: hallucination, mental health, schizophrenia, psychosis

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	AISTIHARHAT.....	6
2.1	Aistiharhojen ilmeneminen.....	7
2.2	Aistiharhojen syntymekanismi.....	8
2.3	Aistiharhoja aiheuttavat sairaudet ja tilat	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	17
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	17
4.2	Aineiston keruu.....	20
4.3	Aineiston analyysi.....	23
5	TULOKSET.....	26
6	POHDINTA.....	31
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	33
6.2	Jatkotutkimusehdotukset	35
	LÄHTEET.....	36

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysillä muodostetusta analyysirungosta

1 JOHDANTO

Mielenterveys on voimavara ja se on osa terveyttä. Mielenterveys koskee jokaista ihmistä, ja se on tärkeää yksilön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Sen tarkka määrittelyminen on vaikeaa, koska mielenterveys on käsitteenä niin monimuotoinen. Hyvään mielenterveyteen kuuluu henkilön hyvä itsetunto, elämönhallinnan tunne, optimismi, mielekäs toiminta, kyky solmia tyydyttäviä sosiaalisia suhteita sekä taito kohdata vastoinkäymisiä. Mielenterveyden kehittymiseen vaikuttavat monet yksilölliset tekijät, kuten perimä, varhainen vuorovaikutus, elämäkokemukset, sosiaalinen verkosto sekä elämäntilanteen kuormitus. (Toivio & Nordling 2013, 60; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Aistiharhoiksi eli hallusinaatioiksi kutsutaan mielen tuottamia havaintoja, jotka ovat hyvin todentuntuksia. Yleisimpiä niistä ovat kuuloharhat ja näköharhat, jolloin kokija kuulee puhetta tai näkee asioita, joita ei todellisuudessa ole. Harhat voivat olla myös tunto-, maku- tai hajuaistimuksia. (Huttunen 2018a.) Sisäisillä äänillä on yleensä suuri merkitys niiden ihmisten elämässä, jotka niitä kuulevat. Äänien kanssa eläminen voi olla hyvinkin raskasta, mutta ne voivat toimia myös voimavarana. Niille, joilla ei ole kokemusta sisäisistä äänistä, ilmiön ymmärtäminen on usein vaikeaa. (Suomen Moniääniset ry 2016.) Erilaisia aistikokemusten vääristymiä tai harha-aistimuksia voi olla monilla ihmisillä ilman että ne ovat luonteeltaan psykoottisia. Tällaisia kokemuksia voi esiintyä etenkin stressitilanteissa tai nukahtamisvaiheessa. Tällöin ihminen ymmärtää aistimuksensa vääristyneen, kun taas psykoottisena kokemuksena sama aistimus koetaan todellisena ilmiönä. (Huttunen 2018b.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi aistiharhojen vaikutuksen ihmisen elämään. Olemme kiinnostuneita lisäämään tietoa ihmisen psyykkisestä terveydestä ja aistiharhoista. Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella, miten eri aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään. Tarkoituksena on myös tiedon lisääminen aiheesta. Tavoitteena on ymmärtää ihmisen omia kokemuksia ja niiden seurauksia. Opinnäytetyössä selvitetään kuuloharjojen, näköharjojen ja myös mahdollisesti tuntoharjojen, hajuharjojen ja makuharjojen vaikutusta

ihmisten elämään. Opinnäytetyön tilaajana on Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyötä tullaan käyttämään osana mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson opetusmateriaalia.

2 AISTIHARHAT

Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat mielen tuottamia aistimuksia, jotka eivät aiheudu mistään todellisesta ulkoisesta aistinärsykkeestä. Niitä voi ilmetä kaikkien aistien alueella. Tällöin henkilö kuulee, näkee, tuntee, haistaa tai maistaa jotakin, jota ei todellisuudessa ole tai sitä ei todellisuudessa tapahdu. (Huttunen 2018a; Suvisaari ym. 2014, 140.) Kaikki ihmiset voivat kokea satunnaisia yksittäisiä aistiharhoja. Toistuvat ja todentuntuiset hallusinaatiot ovat kuitenkin useimmiten merkki vakavasta mielenterveyden häiriöstä ja edellyttävät aina ammattilaisen tekemää arviota. (Mielenterveystalo s.a.) Harha-aistimukset ovat psykoottisia, jos harha-aistimuksia kokeva henkilö on vakuuttunut niiden todellisuudesta ja ne aiheuttavat harhaluuloja. Skitsofreenisellä tavalla häiriintyneen ajattelun erottaa tavanomaisemmasta ajattelusta ajatushäiriöiden massiivinen määrä ja ihmisen kyvyttömyys palata poikkeamista normaalin käsitteellisen ajattelun piiriin. (Huttunen 2018a.) Harha-aistimukset, eli hallusinaatiot johtuvat joko mielenterveyden häiriöstä tai sitten elimellisestä syystä, jolloin taustalla on jokin fyysinen sairaus. Kuuloharhat ovat yleisiä skitsofreniassa, muut aistiharhat, erityisesti näköharhat, ilmenevät usein elimellisissä psykooseissa. Haju- ja makuharhat ovat mahdollisia esimerkiksi epileptisissä tiloissa, depressiossa ja skitsofrenian kirjon psykooseissa. Aistiharhat voivat olla myös muistisairauteen liittyviä käytösoireita. (Suvisaari ym. 2014, 140, 566.) Harha-aistimuksia tai niiden ahdistavuutta voidaan usein lievittää psykoosilääkityksen avulla (Huttunen 2018a).

Aistiharhoista löytyy tutkittua tietoa alustavien kirjallisuushakujen perusteella. On muun muassa tutkittu, miten henkinen kärsimys vaikuttaa aistiharhoihin ja arvioitu visuaalisten aistiharhojen ominaisuuksia psykoosipotilailla. Esimerkiksi noin puolella äskettäin leskeksi jääneistä ilmenee kuolleeseen puolisoon liittyviä visuaalisia tai auditiivisia harhoja. Samoin jäsenen amputaation jälkeen esiintyy varsin usein haamutunteuksia tai -särkyä. Lyhyen aikaa kestävä ja usein erilaisissa stressitilanteissa ilmenevät hallusinaatiot tai illuusiot samoin kuin delusionaaliset, eli harhaluuloiset ja muut tavallisuudesta poikkeavat kokemukset voivat olla merkki psykoosialttiudesta. (Salokangas 2004.)

2.1 Aistiharhojen ilmeneminen

Aistiharhoista yleisimpiä ovat auditiiviset eli kuuloharhat ja visuaaliset eli näköharhat ja harvinaisempia olfaktoriset eli hajuharhat, gustatoriset eli makuharhat ja haptiset eli tuntoharhat. Hallusinaatiot jaetaan myös niiden kompleksisuuden mukaan alkeellisiin eli elementaarisiin ja monimutkaisiin eli kompleksisiin. Edellisiä ovat muun muassa kolahdukset tai valonvälähdykset ja jälkimmäisiä muun muassa puheen kuuleminen tai yksityiskohtiaan myöden tunnistettavan hahmon näkeminen. (Salokangas 2004.)

Aistiharhat saattavat myös olla sellaisia, että ihminen luulee venttiilistä virtaavan myrkyllistä tai huumavaa kaasua, ruoka maistuu ja tuoksuu myrkytetylle. Harhojen vallassa oleva ihminen ryhtyy usein paniikinomaisiin ja sekaviin toimiin suojellakseen itseään. Hän tekee rikosilmoituksia, lähettää kantelukirjelmiä oikeuskanslerille tai presidentille, linnoittautuu asuntoonsa tai päinvastoin pakenee sieltä uskaltamatta palata takaisin, hän saattaa lakata syömästä, kulkee porraskäytävässä soittelemassa ovikelloja ja pyytelemässä apua. Tällaisten ihmisten on vaikea liikkua ihmisten joukossa, koska ääniharhat sekaantuvat usein todelliseen puheeseen. Tyypillisiä harhojen kohteita ovat omaiset, naapurit, työkaverit, paholainen, tietokoneet, vakoilujärjestöt ja vieraiden kansojen tai etnisten ryhmien edustajat. Joskus harvoin psykoosissa oleva ihminen turvautuu väkivaltaan pelastuakseen harhaiselta uhalta. Väkivalta jää ilmeisesti vähäiseksi siksi, että pelastuskeinotkin ovat usein harhaisia ja potilaat ovat tavallisesti niin peloissaan, ettei toisten kimppuun hyökkääminen tule kysymykseen. (Sariola & Ojanen 1997, 109–110.)

Erilaiset aistiharhat saattavat kasvattaa ihmisen väkivaltariskiä. Muun muassa psykoosisairaudet, erilaiset persoonallisuushäiriöt sekä päihteiden väärinkäyttö liittyvät kasvaneeseen väkivaltariskiin. Väkivaltaisuus on monimutkainen ilmiö, johon liittyy aina erilaisia tilannetekijöitä sekä psykologisia ja sosiologisia seikkoja, eivätkä kaikki mielenterveysongelmaisten väkivaltateot ole seurausta mielenterveysongelmista. Kuitenkin mielenterveyden häiriöillä ja väkivaltakäyttäytymisellä on yhteys. Kaikkein suurin riski syyllistyä uudelleen henkirikokseen on sairaalasta poistetuilla kriminaalipotilailla ensimmäisen vuoden aikana. (Parpola 2013, 100–101.)

Ääniharhat ilmenevät käytännössä esimerkiksi siten, että henkilö kuulee ääniä, jonka alkuperästä hän ei ole varma. Henkilö ei osaa sanoa, ovatko todentuntuiset äänet muiden ihmisten puhetta vai tuottaako hän itse nämä äänet. (Toivio & Nordling 2013, 195.)

Häkkinen (2019, 15) määrittelee kirjassaan näköharhojen, eli hallusinaatioiden piirteet seuraavanlaisesti: Aistiharhan ja mielikuvan erottaa se, että aistiharhan kokemus on kehon ulkopuolinen, aivan kuten todellisen maailman objektit. Aistiharhaa tarkkaileva henkilö pystyy kohdistamaan katseensa eri puolille hallusinaatiota. Se syntyy tahdosta riippumatta, eikä henkilö pysty lopettamaan sitä tahdon voimalla. Aistiharha on niin todellisen tuntuinen, että se huijaa katsojaa realismillaan.

Toisinaan pelkkä visuaalinen illuusio voi aiheuttaa samanlaista hämmennystä katsojassaan kuin aistiharha. Illuusio tai vääristymä on kuitenkin havaintokokemus, joka on aivojen muunnelma todellisesta aistiärsykkeestä. Illuusiota katsottaessa aistielämys tulkitaan väärin ja tapahtuu havaintovirhe. Esimerkiksi esinettä katsoessa sen väri, pintakuviointi tai koko voi muuttua, ne voivat liikahdella tai kiemurrella. Aistiharhan määritelmän mukaan nämä eivät siis ole aistiharhoja eikä niitä pidä sekoittaa keskenään. Kaikki näkevät illuusion samalla tavalla, aistiharha taas on yksityinen kokemus, jota muut eivät voi nähdä tai kokea. (Häkkinen 2019, 16–17.)

2.2 Aistiharhojen syntymekanismi

Aistiharhojen syntymekanismi on jokseenkin epäselvä. Häkkinen (2019, 13–15) avaa kirjassaan näköharhan, eli hallusinaation määritelmää, jotta voidaan ymmärtää harhan taustalla vaikuttavat aivomekanismit. Moderni määritelmä hallusinaatiosta on siis harha-aistimus, joka ei aiheudu mistään todellisesta ulkoisesta aistinärsykkeestä. Ennen 1800-lukua aistiharhoille ei ollut olemassa mitään selittävää teoriaa ja niitä pidettiin yliluonnollisina ilmiöinä. 1800-luvulla alettiin edistämään aistiharhojen tutkimusta merkittävästi. Ranskalainen Jean-Etienne Esquirol oli tässä tärkeässä roolissa. Hän korosti tutkimuksissaan aistiharhoja aivojen toimintaan liittyvänä ilmiönä, jolloin myös yliluonnolliset seli-

tykset alkoivat väistyä. Aistiharhaan liittyy myös uskomuksen aste, eli ymmärtääkö aistiharhoja kokeva henkilö, että kyseessä on vain harha vai uskooko hän aistiharhan todellisuuteen. Häkkinen kuitenkin toteaa, että aistiharhan tuottava aivomekanismi on täysin samanlainen riippumatta siitä, uskooko henkilö aistiharhan todellisuuteen vai ei.

Illuusiot osoittavat, että ihminen pystyy näkemään monia muuntuneen todellisuuden havaintoja, eikä aistiharhojen, illuusioiden ja vääristymien erottelu ei ole aivan itsestäänselvyys. Ihmisen näkö ei toimi passiivisesti välittäen vain verkkokalvoille piirretyn kuvan aivoihin käsiteltäväksi. Näköaistin välittämä informaatio on havaintokokemusten rakennusainetta, josta aivot luovat meille sen maailman, jonka näemme. Tietoisuuteen pääsee vain rajallinen määrä elämisen kannalta oleellista tietoa, jonka aivot visualisoivat havaintomaailmaksi. Näön välittämien havaintokokemusten tehtävänä ei ole siis rakentaa tarkinta mahdollista ulkoisen maailman mallia, vaan auttaa havaitsijaa toimimaan ja selviämään ulkomaailmassa. (Häkkinen 2019, 21–22.)

Aivot ovat koko ajan käynnissä ja pyrkivät jatkuvasti ennustamaan informatiivirtaa, jota tulee eri aistielimiltä ja aivokuorilta. Häkkisen (2019, 22) mukaan tällaiset ennustamisen mekanismit ylläpitävät havaitsemista muistuttavaa spontaania prosessointia aivoissa, jonka perusteella voidaan sanoa, että syvällä alitajunnassa ihmisen tietoisuuden ulkopuolella aivot hallusinoivat jatkuvasti. Tämä aivojen sisäinen hallusinaatiomaailma ei yleensä tunkeudu ihmisen tietoisuuteen, mutta esimerkiksi joskus elämän epätavallisissa tilanteissa aivojen yleensä alitajuinen prosessointi rikkoo tietoisuuden rajapinnan. Tällöin aivojen ennustamisen prosessit tunkeutuvat tietoisuuteen ja ihmisen havaintomaailmaan ilmaantuu outoja näkyjä, aistiharhoja.

Visuaalisten aistiharhojen voidaan uskoa olevan peräisin samasta havaintomaailmasta, josta välittyy mieleemme aidot havaintokokemukset. Siksi harhoilla voi olla myös samoja ulkomuodollisia ominaisuuksia, jotka tekevät niistä niin aidon tuntuisia. Kaikkien ominaisuuksien ei kuitenkaan tarvitse olla läsnä aistiharhoissa, niistä voi puuttua esimerkiksi syvyyttä tai väriä. Niitä kutsutaan silloin epätäydellisiksi hallusinaatioiksi, mutta ne eivät kuitenkaan lakkaa olemasta hallusinaatioita. Sama pätee aistiharhoihin, joihin liittyy niitä kokevan henkilön käsitys siitä, että ne eivät ole totta. Niin kauan kuin yksilön kokemus

on visuaalinen havainto, vaikka sitä vastaavaa aistiärsykettä ei ole olemassa, kutsutaan sitä visuaaliseksi aistiharhaksi. Visuaalisia aistiharhoja voidaan luonnehtia visuaalisiksi käsityksiksi, joita aisteilta tuleva tieto ei riittävästi pysty hillitsemään. (Collerton ym. 2015, 28–29.)

Häkkinen (2019, 41–42, 108–109, 112–113) käy läpi kirjassaan eri syistä ilmaantuvia hallusinaatioita, jotka eivät liity mielenterveyden häiriöihin. Esimerkiksi on hyvin yleistä läheisen ihmisen kuoleman jälkeen kokea tähän liittyviä aistiharhoja, kuten kuulla vainajan ääni, kokea tämän läsnäolo tai jopa nähdä vainaja. Tämä liittyy suruprosessiin. Myös univaje sekä rasitus pitkään jatkessaan aiheuttaa erilaisia aistiharhoja, koska ne saavat aivojen välittäjäaineet toimimaan epänormaalilla tavalla. Myös aistiärsykkeiden puute voi vaikuttaa univajetta muistuttavalla tavalla aivoihin, esimerkiksi pitkään ajaneet rekkakuskit tai lentäjät voivat alkaa hallusinoimaan tuijotettuaan pitkään yksitoikkoista maisemaa.

Salokangas (2004) käsittelee myös artikkelissaan aistiharhan syntymistä. Hän kertoo teoriasta, jossa selitetään aistiharhan kokemista vahvistuneen sisäisen vireyden ja vähentyneen ulkoisen aistiärsykevirran yhteisvaikutuksesta, joka saa aikaan havainnon ilman vastaavaa aistiärsykettä. Tämä selittää myös sensorisen deprivaaation, eli aistiärsykkeiden puutteen, aikana ilmenevää herkkyyttä kokea aistiharhoja. Esimerkkinä hän mainitsee kokeellisesti aiheutetun ärsykevajauksen tai kuurouden.

2.3 Aistiharhoja aiheuttavat sairaudet ja tilat

Skitsofrenia on psykiatrinen sairaus, jossa esiintyy eri aistiharhoja. Se vaikuttaa ihmisen ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen. (Cagliostro 2021.) Skitsofrenian oireet vaihtelevat suuresti eri potilailla ja myös samalla potilaalla hänen sairautensa eri vaiheissa. Skitsofreniaa voidaan kutsua yhdeksi haastavimmista sairauksista, jota ihmiskunnassa yleisesti esiintyy. Se on mielenterveyden häiriö, johon sairastuu noin 1 % suomalaisista, yleensä nuorena aikuisena. Sairastumisen syyt ja taustat ovat edelleen puutteellisesti tunnettuja. Skitsofrenia ilmenee yleensä toistuvina psykoosijaksoina, joista sairastunut parantuu osittain tai kokonaan. Osalla sairastuneista esiintyy vakavia oireita

jatkuvasti. (Suvisaari ym. 2014, 137, 140.) Nykyään skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin, joita ovat hebefreeninen, katatoninen, paranoidinen, residuaalinen ja erilaistumaton skitsofrenia. Alatyypit eroavat toisistaan oireiden, sairastumisen, oireiden esiintulon ja sairauden ennusteen suhteen. (Toivio & Nordling 2013, 196.)

Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin, negatiivisiin, hajanaisiin ja kognitiivisiin oireisiin. Perusoireita ovat muun muassa harhat ja hallusinaatiot sekä ajattelun vääristymät, sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Aistiharhat sekä harhaluulot luetaan positiivisiin oireisiin. Usein skitsofreniaa sairastava ihminen kokee aistiharhat todellisiksi eikä tiedosta niiden olevan sairauden aiheuttamia. (Cagliostro 2021; Suvisaari ym. 2014, 140.) Skitsofreniaa sairastavan on siis vaikea erottaa sitä, mikä on todellista ja mikä ei. Sairastunut voi kuulla ääniä ja nähdä näkyjä, hänellä voi olla outoja kehontuntemuksia ja hänen ruumiinkuvansa voi olla vääristynyt. Myös käsitys ajankulusta voi muuttua sairauden aikana. Sairastunut voi olla myös vakuuttunut siitä, että hän kokee sosiaalista uhkaa tai ulkopuoliset ihmiset yrittävät vaikuttaa hänen ajatuksiinsa. (Cagliostro 2021.)

Ääniharhat ovat yleisimpiä skitsofreniaa sairastavan aistiharhoja ja ne voivat häiritä tavanomaista ajattelua ja käyttäytymistä. Ne heikentävät sairastuneen toimintakykyä ja ne vaikeuttavat lisäksi itsenäistä toimintaa arjessa, sosiaalisissa suhteissa sekä ammatillisessa elämässä. Skitsofreniaa sairastavalla on yleensä merkittäviä vaikeuksia monissa mielen toiminnoissa. Sairastuneen toimintakyky laskee edeltävästä tasosta ja ongelmia esiintyy monella elämänalueella, kuten työssä, opinnoissa tai jopa itsestään huolehtimisessa. (Joenperä 2020.) Ääniharhat voivat häiritä skitsofreniapotilaan ajattelua ja käyttäytymistä, vaarallisia ne voivat olla silloin, jos hän alkaa noudattaa käskyjä, joita hän kokee saavansa äänien välityksellä. Joillakin kuuloharhat voivat olla myös tukevia ja rohkaisevia ja jotkut voivat oppia säätelemään kuuloharjojen luonnetta. (Suvisaari ym. 2014, 140.)

Skitsofrenialle tyypillisiä harhoja ovat myös omien ajatusten kuuluminen, omia liikkeitä ja toimintaa kommentoivat äänet sekä kahden tai useamman äänen väittäily, joka usein koskee henkilöä itseään. Myöskään käskävät ja muuten

ohjailevat äänet eivät ole harvinaisia. Eri tutkimusten mukaan 60–90 % skitsofreniapotilaista kärsii ääniharhoista. Usein sairastuneet kuvaavat harhoja negatiivisesti, luultavasti siksi, että ääniharhat voivat olla hyvinkin ahdistavia ja syyttäviä, vaativia, rankaisevia, uhkaavia tai mitätöiviä. Dissosiativisille ääniharhoille on ominaista, että ne tulevat henkilön sisältä päin ja voivat kommentoida hänen toimintaansa tai kehottaa häntä esimerkiksi tekemään jotakin. Potilas yleensä tiedostaa äänet harhoiksi mutta ei puhu niistä mielellään, ettei tulisi leimatuksi hulluksi. (Salokangas 2004.) Ääniharhojen lisäksi skitsofreniaa sairastunut saattaa kokea näköharhoja, esimerkiksi pelottavia hahmoja, jotka liittyvät ääniharhoihin. Näkö-, kosketus-, haju- ja makuaistimukset saattavat vääristyä merkillisellä tavalla. Elämysmaailmaan voi kuulua pelottavina kokemuksina myös ulkoisia uhkia tai vieraita voimia. (Joenperä 2020.)

Skitsofreniaan liittyy vaikean häiriön leima, jota halutaan välttää. Siksi skitsofrenian diagnoosia on käytetty aina harkiten Suomessa. Diagnoosin saamista vaikeuttaa lievät tai epäselvät oireet, myöhäisessä iässä alkaneet oireet, oheissairaudet tai päihdeongelma, jolloin skitsofreniaa sairastavat saattavat saada jonkin muun diagnoosin tai psykoosidiagnoosin. Skitsofrenialla on merkittäviä toimintakyvyn alenemiseen vaikuttavia oireita, jotka vaikuttavat työ- ja opiskelukykyyhin, sosiaaliseen toimintakykyyn sekä itsenäisiin selviytymistaitoihin. (Joenperä 2020.)

Stigmat voivat johtaa itsensä leimaamiseen, jolloin skitsofreniaa sairastava alkaa uskoa ulkoapäin tuleviin kielteisiin käsityksiin itsestä ja omaksuu nämä osaksi omaa identiteettiään. Tällöin skitsofreniaa sairastava alkaa käyttäytymään näiden stigmojen mukaisesti ja ottaa osakseen mielenterveyspotilaan leiman, samalla luopuen vanhasta identiteetistään esimerkiksi työntekijänä tai opiskelijana. Muiden ihmisten ja omat negatiiviset käsityksen kyseistä sairautta kohtaan aiheuttavat itsetunnon ja itsevarmuuden romahtamisen, masennusta ja myös toivottomuutta. Kun skitsofreniaa sairastava ihminen alkaa uskomaan stigmatisoiviin ajatuksiin, ei heillä useinkaan ole motivaatiota tavoitella elämäänsä liittyviin pyrkimyksiin, kuten esimerkiksi työllisyyteen tai ihmissuhteisiin, sillä heillä on uskomus siitä, etteivät he tule pärjäämään niissä. Tällaiset negatiiviset uskomukset itsestä estävät heitä tavoittelemasta erilaisia päämääriä. Useimmat skitsofreniaa sairastavat kokevat syrjintää normaalissa

arjessaan. Sairaus vaikuttaa siis suuresti ihmisen toimijuuteen yhteiskunnassa, mutta toisaalta taas sairaus ja yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat yksilön käsityksiin ja uskomuksiin omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan toimia ympäröivässä yhteiskunnassa. Toimijuus määrittyy siis suhteessa toiminnan esteisiin ja mahdollisuuksiin. (Joenperä 2020.)

Skitsofreniaa sairastavalla esiintyy myös usein ahdistusta ja masennusta. On tutkittu, että noin 60 % skitsofreniapotilaista on riski sairastua masennukseen elämänsä aikana, kun taas psykoosivaiheen jälkeistä masennusta esiintyy joka neljännellä potilaalla. Väestössä yleensä masennustilan esiintyvyys on noin 15 %:n luokkaa. Skitsofreniaa sairastavilla masennukseen liittyy kohonnut itsemurhariski ja se on yleisin kuolinsyy alle 35-vuotiailla skitsofreniapotilailla. Noin puolet sairastuneista yrittävät jossakin vaiheessa elämää tehdä itsemurhan. Nykyään kuitenkin suurin osa potilaista elää vanhusikään saakka. Noin kolmasosalla skitsofreniapotilaista aistiharhaoireet lievittyvät vanhenemisen myötä. (Toivio & Nordling 2013, 200–201; Skitsofrenia 2020.)

Skitsofrenian aiheuttavaa syytä ei tunneta, joten varsinaista parantavaa hoitoa siihen ei ole olemassa. Parhaan hoitotuloksen suurimmalle osalle skitsofreniaa sairastavista tuottaa, kun yhdistetään lääkehoito, käyttäytymisterapeuttiset perheterapiamenetelmät sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu. Hoidossa voidaan kuitenkin hyödyntää useita erilaisia menetelmiä potilaan yksilöllisen tilanteen, voimavarojen ja ongelmien mukaan. Tärkeimmät hoidon kulmakivet ovat pitkä ja monipuolinen hoito, johon sisältyy myös lääkehoito, yksilöllisesti räätälöity hoito-ohjelma, potilaan ja hänen läheistensä aktiivinen hoitoon mukaan ottaminen ja potilaan mahdollisten kykyihin liittyvien rajoitusten huomiointi. Hoidon avulla pyritään lievittämään skitsofreniaa sairastavan oireita, parantamaan hänen toimintakykyään sekä auttaa sopeutumaan elämään sairauden kanssa. (Suvisaari ym. 2014, 165, Toivio & Nordling 2013, 201–203.)

Skitsofreeninen häiriö aiheuttaa yksilölle monia ongelmia. Selvemmin havaittavia ovat skitsofrenian oireet, mutta häiriön vaikutus ei rajoitu vain oireisiin, vaan se vaikuttaa monin eri tavoin ihmisen elämän laatuun. Hän kokee ahdistusta omasta tilastaan, tuntee itsensä erilaiseksi, joutuu joskus syrjityksi ja tuntee myös itsensä eristetyksi. Hän kokee olonsa turvattomaksi ja avuttomaksi.

Skitsofreniapotilaan taidot ovat useinkin puutteellisia. Ihmisten välillä on kuitenkin suurta vaihtelua ja arkielämän taidoissa on suuria eroja. Jotkut selviytyvät tyydyttävästi, jotkut kohtuullisesti ja jotkut hyvin. Toisilla taitojen puutteet ovat merkittävät. (Sariola & Ojanen 1997, 197.)

Psykoosit eroavat toisistaan joko syntyhistorialtaan tai oireiluiltaan siten, että ne voidaan luokitella itsenäisiksi mielen sairauksiksi, vaikka esimerkiksi skitsofreniaan liittyvää problematiikkaa esiintyy myös muissa psykoosisairauksissa. Psykoottisuus on oire, jossa ihmisen todellisuudentaju heikentyy joko rajatusti tai laajasti jollain aistitoiminnon alueella tai ajatustoiminnassa. Psykoosisissa sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet voivat sekoittua keskenään siten, ettei henkilö aina tiedä, onko jokin asia totta vai ei. (Toivio & Nordling 2013, 195.)

Tämän vuoksi psykoottisen potilaan puheet ovat usein epäjohdonmukaisia, käyttäytyminen voi olla kummallista ja psykomotoriikalta poikkeavaa. Psykoottisuuden taustalla voi olla muun muassa psykiatrinen tai somaattinen sairaus, lääkitys tai vieroitusoireet. Psykoottisen potilaan päivystystilanteessa arvioidaan erityisesti potilaan oma sairaudentunto ja hoitomotivaatio, ahdistuneisuus ja kiihtyneisyys, mahdollinen aggressiivisuus ja itsetuhoisuus. Ensipsykoosin yhteydessä tulisi tutkia ja poissulkea mahdolliset somaattiset syyt psykoosioireille, kuten neurologiset sairaudet, päihdeongelma, lääkkeiden väärinkäyttö, myrkytykset, infektiot ja syöpäsairaudet. Erityisesti vanhuksien psykoottisen oireilun kohdalla tulee poissulkea muistisairaudet ja aivoverenkierron häiriöt. (Linnamaa 2020.)

Myös maanisissa ja depressiivisissä psykooseissa voi esiintyä samankaltaisia aistiharhoja kuin skitsofreniassakin. Näihin liittyy usein voimakas tunnepitoinen komponentti. Masentunut henkilö saattaa kuulla moittivan tai sadistisesti tuomitsevan äänen, joka kehottaa tekemään esimerkiksi itsemurhan, kun taas maanisella henkilöllä ääniharhan sisältö on usein henkilöä itseään ja hänen erinomaisuuttaan ylistävä. (Salokangas 2004.) Psykoosin aikana esiintyvät aistiharhat ja harhaluulot voivat joissakin tapauksissa olla vaikuttamassa henkilön kiihtyneisyyteen. Henkilön kireys, uhkailu ja oireiden voimistuminen saattavat ennakoida kiihtyneisyyden syntyä. Tällaisen henkilön arvioinnissa usein joudutaan toimimaan vähäisien taustatietojen varassa ja tekemään nopeita, henkilön vapauteenkin puuttuvia ratkaisuja. Kaikki kiihtyneet henkilöt eivät ole

psykoottisia, eivätkö läheskään kaikki psykoottiset potilaat ole kiihtyneitä. (Hietanen & Henriksson 2002.)

Myös psykoottisessa masennuksessa voi ilmetä aistiharhoja. Psykoottinen masennus on sairaus, jossa masennukseen liittyy psykoottisia piirteitä. Masennustilan lisäksi sairastuneella ilmenee aistiharhoja sekä harhaluuloja. Tyyppisiä oireita ovat voimakkaat riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet, sairauden tai kuoleman pelko, kokemus siitä, että on ansainnut rangaistuksen ja vainoharhaisuus. Myös vaikutuselämykset liittyvät sairauteen, eli sairastunut selittää omaa pahaa oloaan ulkopuolisilla tekijöillä, kuten ihmisillä ja tapahtumilla. Psykoottinen masennus voi johtaa itsemurhaan tai sen yritykseen tai jopa toisen ihmisen hengen riistämiseen. (Toivio & Nordling 2013, 205–206.)

Päihdepsykoosit voivat myös aiheuttaa aistiharhoja. Alle 30-vuotiailla yleisin päihdepsykoosin aiheuttaja on huumausaineet, kun taas vanhemmilla yleisin aiheuttaja on alkoholi. (Suvisaari ym. 2014, 213.) Alkoholipsykoosit johtuvat alkoholin erittäin runsaasta ja pitkäaikaisesta käytöstä ja sen oireet liittyvät usein vieroitusoireisiin, joita esiintyy sen jälkeen, kun henkilö on lopettamassa tai jo lopettanut runsaan juomiskauden. Alkoholipsykoosin oireina saattaa esiintyä muun muassa kouristelua, näkö-, kuulo- ja kosketusharhoja. Joillekin potilaille voi kehittyä delirium, eli alkoholista johtuva sekavuustila, joka sisältää yhtäkkisiä muutoksia potilaan tietoisuudessa ja kognitiivisissa prosesseissa. Sekavuustila kehittyy yleensä äkillisesti, jopa muutamassa tunnissa. Potilas voi olla hyvin levoton, eikä hän tunnista tuttua ympäristöä tai tuttuja ihmisiä. Kahdella kolmesta potilaasta esiintyy aistiharhoja tai harha-ajatuksia. (Toivio & Nordling 2013, 206.)

Alkoholipsykooseja hoidetaan psykiatrisella osastolla tai katkaisuhoidoasemalla ja sen hoidossa käytetään psykoosilääkkeitä. Lääkehoitoa jatketaan muutaman kuukauden ajan oireiden väistymisen jälkeen. (Suvisaari 2014, 214.) Myös huumausaineet voivat aiheuttaa aistiharhoja. Niin kutsutut hallusinogeenit ovat aistiharhoja tuottavia huumeita, joihin luokitellaan LSD sekä huumaavat sienet. LSD on kemiallinen yhdiste, ja se on luokiteltu erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi. Sienet sisältävät psilosybiinia ja psilosiinia, jotka ovat laissa määritellyt huumausaineiksi. (Hallusinogeenit s.a.)

Aistiharhat ja sekavuus kuuluvat olennaisesti myös synnytyksen jälkeiseen psykoosiin, joka ilmaantuu äidille pian synnytyksen jälkeen. Silloin äiti saattaa olla vaaraksi itselleen tai vastasyntyneelle lapselleen harhojen vuoksi. Synnytyksen jälkeiseen psykoosiin sairastuu 0,1–0,2 % synnyttäjistä ja siten se on harvinaisempi sekä myös paljon vakavampi tila kuin synnytysmasennus, jota myös ilmenee äideillä synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeinen mielialan lasku on luonnollinen ilmiö, joka mm. ohjaa äitiä sopeutumaan uuteen tilanteeseen vastasyntyneen kanssa ja ottamaan vastuuta vauvan hoidosta. Synnytyksen jälkeisessä psykoosissa taas äiti voi olla hyvin yliaktiivinen tai sitten hyvin passiivinen. (Toivio & Nordling 2013, 206.) Synnytyksen jälkeisen psykoosin hoito tulee aloittaa välittömästi valvotuissa olosuhteissa. Valtaosa äideistä toipuu psykoosista hyvin ja kykenee toimimaan äitinä lapselleen. Vertaistuellalla on suuri merkitys psykoosin lieventymisen jälkeen asian käsittelyn kanssa. (Suvisaari ym. 2014, 212; Toivio & Nordling 2013, 206.)

Aistiharhoja voivat aiheuttaa myös jotkut elimelliset sairaudet, muistisairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti tai Parkinsonin tauti. Lewyn kappale -tauti on toiseksi tai kolmanneksi yleisin muistisairaus. Se on nimetty mikroskooppisten Lewyn kappaleiden (Lewy bodies) mukaan, joita sairastuneella esiintyy tyvitumakkeissa, limbisillä alueilla sekä isoaiivokuorella. Sairauden tyypillisiin oireisiin kuuluu vähitellen paheneva jäykkyys, muistihäiriöt, sekavuustilat sekä yksityiskohtaiset ja toistuvat näköharhat. Myös harhaluulot sekä käytöshäiriöt tai jopa aggressiivisuus voi olla tavallista. Tavallista on oireiden esiintyvyyden ja toimintakyvyn vaihtelu voimakkaasti jopa saman päivän aikana. Sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei tunneta. Lewyn kappale -tauti on rappeuttava aivosairaus. (Koponen & Vataja 2014, 560–561.) Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä krooninen neurologinen sairaus. Se johtuu aivojen dopamiiniradan vähittäisestä tuhoutumisesta, jonka seurauksena hermosolut tuottavat vähemmän dopamiinia, joka on yksi keskushermoston välittäjäaineena toimiva hormoni. Vähentynyt dopamiini keskushermostossa aiheuttaa tahdonalaisten liikkeiden, asennon ja lihasjänteyden säätelyn heikentymistä. Parkinsonin tautiin sairastutaan yleensä keski- tai vanhuusiässä. Tavallisimpia oireita ovat lepovapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjäykkyyden lisääntyminen. Potilailla esiintyy myös psyykkisiä oireita, kuten masennusta. Parkinsonin taudissa käytettävät lääkkeet aiheuttavat psyykkisiä haittavaikutuksia, kuten sekavuutta, univaikeuksia sekä aistiharhoja. Parkinsonin taudin hoidossa lääkehoitoa jatketaan

elämän loppuun saakka, koska tautiin kuuluu lisääntyvä dopamiinin vaje. Lääkehoito valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti, mutta melkein kaikkien lääkeryhmien (antikolienergit, amantadiini, levodopa) haittavaikutuksena on harhat tai hallusinaatiot. (Ahonen ym. 2013, 382–385.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tutkitun tiedon pohjalta, miten eri aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään. Työssä tutkitaan, miten aistiharhat vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn, ohjailevatko ne esimerkiksi ihmisen toimintaa. Tavoitteena on tuoda esille aistiharhoja kokevien ihmisten omia tuntemuksia ja niiden seurauksia. Työssä kartoitetaan aiheesta aiemmin tutkittua tietoa ja kirjallisuutta kokonaiskuvan muodostamiseksi. Työn avulla pyritään lisäämään sen lukijalle tietoa aiheesta.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia aistiharhoja on olemassa?
2. Miten aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen käyttäminen tutkimusmenetelmänä on vakiintunut ja monipuolistunut viime vuosikymmeninä hoitotieteessä ja muussa terveystieteellisessä tutkimuksessa. Yksi yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sitä voidaan luonnehtia katsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Myös tutkimuskysymykset kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voivat olla laajempia kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvailemaan tiettyyn aiheeseen kohdistunutta viimeaikaista tutkimusta. (Kangasniemi ym. 2013; Suhonen ym. 2016, 9.) Tämän opinnäytetyön tutkimus tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimussuunnitelmassa määriteltyihin tutkimuskysymyksiin ja tuottaa laadullisen ja kuvailevan vastauksen käytetyn aineiston perusteella. Katsaus on aineistolähtöinen ja pyrkii ymmärtämiinseen tähtäävään kuvaukseen tarkastellusta ilmiöstä. Aineiston sopivuuden merkittävin kriteeri on, että sen avulla voidaan tarkastella tutkittavaa kysymystä ilmiölähtöisesti sekä tarkoituksenmukaisesti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muotoiluun ja tutkimusetiikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa. Katsauksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, prosessin johdonmukaisuuteen ja kuvailun argumentoinnin vaikuttavuuteen. (Kangasniemi ym. 2013; Salminen 2011.)

Tutkimustulosten tulee olla mahdollisimman luotettavia ja jokainen kirjallisuuskatsauksen aineistona käytettävä tutkimus on arvioitava suhteessa tutkimusmenetelmään, jota käytetään tutkimuksen tulosten tai havaintojen tuottamiseksi (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksessa raporttiin tulee koota selkeä ja ymmärrettävä kuvaus kokonaisprosessista ja sen eri vaiheista. Aineiston analyysivaiheisiin kuuluu muun muassa analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, sen pelkistäminen, kategorisointi ja teemoittelu sekä tulkinta. Tutkimustulosten esittely ei saa pysähtyä vain analyysin tekemiseen, koska silloin tulosten tulkitseminen jää vähäiseksi. Päämääränä on päätyä onnistuneisiin tulkintoihin. (Juuti & Pusa 2020, 148.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sen aineistolähtöisyyden vuoksi. Menetelmän avulla pystymme vastaamaan tutkimuskysymyksiin laadullisesti ja näin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä sekä ihmisten omia kokemuksia. Kangasniemi ym. (2013) jakavat artikkelissaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmän neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Opinnäytetyössä tuli nämä eri vaiheet selkeästi ilmi kokonaisuudesta. Opinnäytetyössä käytettiin aineistona aiheeseen liittyviä tieteellisiä tutkimuksia.

Hirsjärven ym. (2009, 161) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaa-

maan valittua tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Siksi laadullinen tutkimusmenetelmä vastasi hyvin meidän tutkimuksemme tavoitteisiin ja sopi opinnäytetyömme metodiksi.

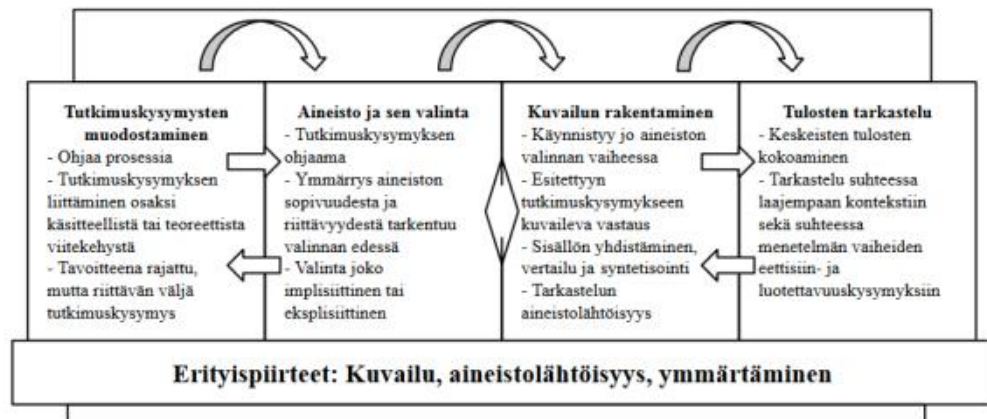
Opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa teimme kartoittavia hakuja eri tietokantoihin, jolloin opinnäytetyössä käytettävät tietokannat sekä hakutermit voitiin valita ja asettaa mahdollisia rajauksia haulle. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valitsimme tutkimuskysymyksiin liittyvät tutkimukset tarkempaan tarkasteluun. Kun tutkimuksiin on perehdytty tarkemmin, pystytään arvioimaan tutkimuksien antaman tiedon luotettavuutta ja laatua. Myös alkuperäistutkimusten laatua arvioidaan kriittisesti, eli arvioidaan tutkimusten vahvuudet ja heikkoudet (Kangasniemi ym. 2013).

Tutkimusten laadun arvioinnin apuna käytimme JBI:n arviointikriteerejä laadulliselle tutkimukselle (Hotus 2018). Hoitotyön tutkimussäätiö on Joanna Briggs Instituutin luvalla kääntänyt arviointikriteerit suomeksi, ja niistä on koottu valmis tarkistuslista, jota hyödynsimme työssämme. Kävimme tarkistuslistasta löytyvät arviointikriteerit läpi katsaukseen valittujen tutkimusten kohdalla ja arvioimme niiden toteutumista. Arvioimme tutkimuksista muun muassa sitä, miten selkeästi teoreettiset lähtökohdat ja metodologinen lähestymistapa olivat kuvattu ja olivatko ne keskenään yhteensopivat. Arvioimme myös sitä, onko tutkimusmenetelmä asianmukainen tutkimuskysymyksiensä kanssa ja miten asianmukaiset aineistonkeruumenetelmät olivat valitun metodologian kanssa. Listan avulla kaikki tutkimukset tulivat arvioitua yhdenmukaisesti ja systemaattisesti.

Kun tarkastelussa olleet tutkimukset oli arvioitu sisällöllisesti ja laadullisesti, valitsimme katsaukseen mukaan otettavat tutkimukset ja taulukoimme ne. Taulukoinnin tavoitteena on jäsentää sekä arvioida valittua aineistoa. Tutkimusten tulosten keskeisten asioiden lyhyt tiivistäminen helpottavat aiheemme kannalta olennaisten tutkimusten valintaa. Myös tutkimustulosten keskenään vertailu on helpompaa tutkimustaulukon avulla (Kangasniemi ym. 2013).

Katsauksessa tulee ottaa huomioon myös menetelmän aineistolähtöinen luonne, eli kiinnittää huomiota alkuperäistutkimusten rooliin suhteessa tutkimuskysymyksiin vastaamiseen, kuten miten ne täsmentävät ja avaavat tutkimuskysymyksiä. Huomiota tulee myös kiinnittää niiden näkökulmaan aiheeseen verrattuna muihin valittuihin tutkimuksiin (Kangasniemi ym. 2013). Katsausta varten on hyvä tehdä myös manuaalista hakua aineistoa hankkiessa. Manuaalista aineiston hakua tehdessä käydään läpi kirjastoista löytyvää aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tieteellisiä julkaisuja.

Katsaukseen hyväksytyjen ja valittujen tutkimusten tulokset tiivistettiin, jonka jälkeen analysoimme tutkimustulokset. Sisällönanalyysiin pohjautuen teimme tutkimuskysymyksiin vastaavat johtopäätökset. Lopuksi tarkastelimme ja arvioimme kirjallisuuskatsauksemme prosessin ja lopputuloksen. Kuvailevan kirjakatsauksen vaiheet on kuvattu kuvassa 1.



Kuva 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi ym. 2013)

4.2 Aineiston keruu

Tässä luvussa kuvataan tiedonhakuja ja aineiston keruuta kuvailevaa kirjallisuuskatsausta varten vaihe vaiheelta. Tiedonhakuja lähdettiin toteuttamaan tiettyjen vaiheiden kautta, joita ovat aiheen valinta, käsitteiden määrittely, hakusanojen keksiminen, tietokantojen valinta ja hakujen tekeminen sekä hakutulosten arviointi (ks. Niela-Vilén & Hamari 2016, 24–28). Koehakujen perusteella aistiharhoista löytyi tutkittua tietoa. CINAHL-tietokantaan tehtyjen ensimmäisten hakujen perusteella näytti siltä, että iso osa aistiharjoja käsittelevistä tutkimuksista on tehty hoitotyön näkökulmasta. Tutkimuksissa kuitenkin oli otettu huomioon myös aistiharjoja kokevan ihmisen omia kokemuksia. Käy-

timme tiedonhaussa apuna yleisimpiä ilmaisia hoitotyön tutkimuksen tietokantoja. Näitä ovat CINAHL, Pubmed sekä Medic. Hyödynsimme myös kirjastosta löytyviä julkaisuja, joita varten teimme manuaalista tiedonhakua.

Lähdimme ensin määrittelemään tutkimuskysymyksiin liittyviä käsitteitä ennen tietokantahakujen aloittamista. Halusimme löytää tutkimuksia, jotka kuvaavat aistiharhoja kokevien ihmisten omaa näkökulmaa, jotta katsauksessamme tulisi ihmisten oma ääni kuuluville. Tämän tulisi näkyä myös hakulausekkeissa. Päätimme myös sisäänotto- sekä poissulkukriteerit tutkimuksille, joita noudattimme tutkimuksia hakiessa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit:	Poissulkukriteerit:
Vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin	Sisäänottokriteerit eivät täyty
Tieteelliset artikkelit, alkuperäistutkimukset, pro gradut, väitöskirjat, YAMK-opinnäytetyöt	AMK-opinnäytetyöt
Vertaisarvioitu, peer reviewed	Ei vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin
Maksuttomuus	Maksullinen
Kieli: suomi, englanti	Muut kielet
Julkaistu 2013–2021	Julkaistu ennen 2013
Täytti JBI:n arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle	Ei täyttänyt JBI:n arviointikriteerejä

Lähdimme tekemään eri tietokantoihin hakuja, joissa esiintyy ”aistiharhat” tai englanniksi ”hallucinations” tai niiden synonyymejä sekä ”patient experience” sekä synonyymejä. Haimme myös ”living with hallucinations” -lausekkeella, sekä etsimme laadullisia tutkimuksia liittyen aistiharhoihin. Näiden hakujen perusteella löysimme kahdeksan tutkimusta, jotka vaikuttavat hyvin aiheeseemme liittyviltä. Lisäksi haimme manuaalisesti koulumme kirjaston julkaisuja, joista ei valikoitunut yhtäkään tutkimusta työhömmme. Loppujen lopuksi valitsimme katsaukseemme kahdeksan tutkimusta. Kirjallisuushakumme ovat esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Kirjallisuushakutaulukko

Tietokanta	Hakulauseke	Osumat	Valitut
Emerald	Living with hallucinations	103	1
Medic	Aistih*	10	0
	Living with schizophrenia	59	0
Theseus	Living with hallucinations	13	0
EBSCO	Living with hallucinations	10	0
	hallucination* OR OR hearing voices OR delusion AND patient experience OR patient perception OR patient opinions OR patient attitudes OR patient views OR patient feelings	7	0
PubMed	Living with hallucinations	127	4
	A thematic analysis hallucinations	42	1
	qualitative analysis hallucinations	121	1
APA PsycArticles	hallucination*	78	1
Google Scholar	Aistiharhat	380	0
Manuaalinen tiedonhaku	<i>Hoitotiede</i> -lehden sisällysluettelo vuosikerrat 24–32 (vuodet 2012–2020)		0

Kirjallisuushaut toteutimme syksyn 2021 aikana. Lisäksi APA PsycArticles -tietokantaan teimme kirjallisuushaun vuoden 2022 alussa, kun se tuli ilmaiseksi käyttöön koulumme tietokantaan. Lähdimme sitten tarkastelemaan näitä löy-

dettyjä tutkimuksia vielä tarkemmin, jotta voimme valita niistä meidän tutkimuskysymyksiimme parhaiten vastaavat tutkimukset katsauksemme materiaaliksi. Teimme molemmat kirjallisuushakuja erikseen ja sitten kävimme löydettyt tutkimukset tahoillamme läpi kriittisesti arvioiden ja tarkistuslistaa (ks. Hotus 2018) hyödyntäen. Arvioimme tutkimuksista sen luotettavuutta, sisältöä sekä sitä, kuinka hyvin tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiimme. Näin tutkimukset tuli arvioitua kahdesti ennen tutkimustaulukkoon valikoitumista. Katsauksemme valitut tutkimukset päätimme yhdessä tutkimusten huolellisen lukemisen sekä arvioinnin jälkeen. Tutkimustaulukko on tarkasteltavissa liitteessä 1.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää apuna kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysi jaetaan karkeasti kahteen eri analyysiin, induktiiviseen ja deduktiiviseen. Tämä jako perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetystä päättelyn logiikasta, joka on joko induktiivinen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivinen (yleisestä yksittäiseen). Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 107–108.)

Yksi laadullisen sisällönanalyysin ominaisuus on, että menetelmä keskittyy suurelta osin aiheeseen ja asiayhteyteen sekä korostaa käsitteiden ja luokkien välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Toinen ominaisuus on, että analyysimenetelmä käsittelee ilmeistä sekä piilevää sisältöä tekstissä. Ilmeinen sisältö, eli mitä tekstissä sanotaan, esitetään usein luokissa. Teemojen avulla sen sijaan ilmaistaan tekstin piilevää asiasisältöä ja ydinsanomaa. (Graneheim & Lundman 2004.)

Laadullisen aineiston analysointi ei ole mekaanista luokittelua, vaikka tutkijaa kehoitetaan ensin tekemään aineistosta kategorioita ja sen jälkeen tekemään näistä kategorioista teemoja, joita tutkija alkaa tulkitsemaan. Taitava tutkija analysoi laadullista aineistoa niin, että hän yhdistelee yksityiskohtia kokonai-

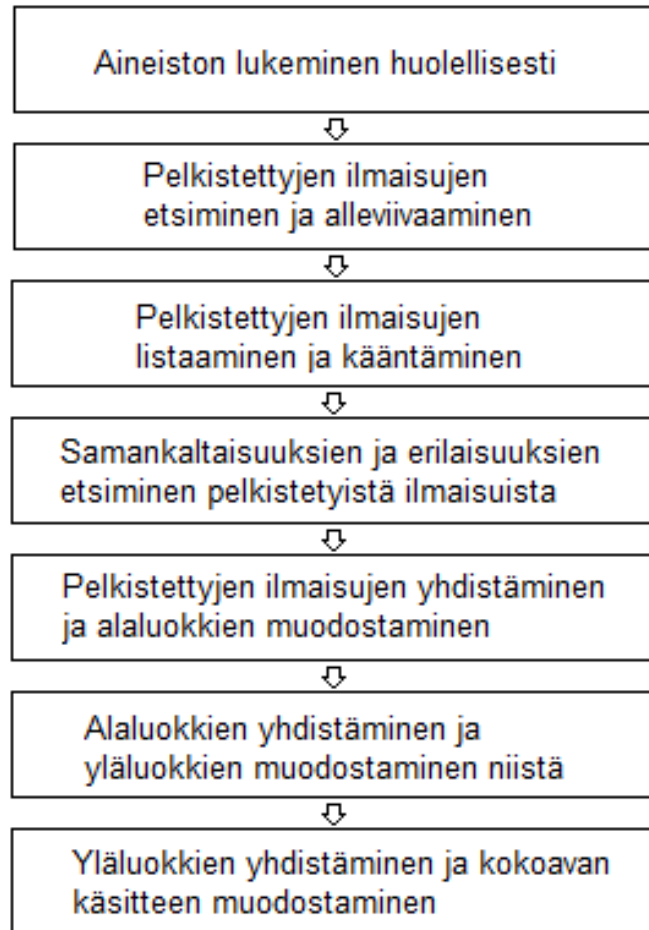
suuteen, joka hahmottuu hänen mielessään. Tutkija kuvaa omat tulkintansa siten, että tutkimuksen lukijalla on mahdollisuus päästä siihen maailmaan, johon tutkija on perehtynyt. (Juuti & Puusa 2020, 143–144.)

Tutkijalla on aktiivinen rooli koko analysoinnin ajan. Tutkija tulkitsee ja havainnoi sekä erittelee ja yhdistelee aineistoa. Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa yhdistyvät analyysi ja synteesi, kun aineisto ensin pilkotaan osiin valitun menetelmän mukaisesti ja sitten kootaan uudelleen synteesian muodossa. Tämän jälkeen tehdään uudelleen kootusta aineistosta johtopäätökset, jotka esitetään tutkimuksen tuloksina. Lopputulema on aina tutkimuskohtaista. (Juuti & Puusa 2020, 146.)

Hirsjärven ym. (2009, 164, 225) mukaan yksi laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on induktiivinen analyysi, koska lähtökohtana ei ole tutkijan hypoteesien testaaminen vaan aineiston yksityiskohtainen tarkastelu monesta eri näkökulmasta. Analysoitavan aineiston elämänläheisyys tekee analyysivaiheen mielenkiintoiseksi sekä antaa myös haastetta analyysille.

Niela-Vilén ja Hamari (2016, 31) kirjoittavat myös teoksessaan, että analyysin tarkoituksena on etsiä valitusta aineistosta eroja ja yhtäläisyyksiä, ryhmitellä ja vertailla niitä keskenään ja sen jälkeen tehdä niistä tulkintoja. Vertailuja ja ryhmittelyä sisältävä vaihe yleensä tehdään pienissä osissa ja prosessia toistetaan. Eroista ja yhtäläisyyksistä muodostetaan lopulta looginen kokonaisuus, eli synteesi.

Opinnäytetyöhön hankittu aineisto analysoidaan induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Tarkoituksena on kuvata tutkimusten sisältöä sanallisesti. Kuvassa 2 on kuvattu opinnäytetyömme aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisen vaiheet.



Kuva 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössämme (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, 123)

Aloitimme opinnäytetyömme analysointivaiheen siten, että molemmat tutkijat perehtyivät kirjallisuuskatsaukseen valittuun aineistoon lukemalla kaikki tutkimukset huolellisesti, sisältöön keskittyen. Sen jälkeen kävimme tutkimukset uudelleen läpi. Tällä kertaa aloimme molemmat tahoillamme listaamaan erilliseen dokumenttiin aineistosta ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Suomensimme ilmaisut tässä vaiheessa parhaan taitomme mukaan ilmaisia käännohjeita apuna käyttäen. Kun alkuperäisilmaukset olivat suomennot ja kirjoitettu taulukkoon ylös, pelkistimme nämä ilmaukset viereiseen sarakkeeseen. Tämän jälkeen aloimme etsimään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia näistä pelkistetyistä ilmaisuista ja jaoimme samankaltaiset ilmaisut samaan lokeroon.

Kun kaikki tutkimukset olivat käyty läpi ja niistä oli meidän tutkimuskysymyksiimme vastaavat ilmaisut saatu avattua taulukkoamme, pystyimme tarkaste-

lemaan aineiston kokonaiskuvaa. Tarkastelimme sitä, millaisia aistiharhoja tutkimuksissamme kuvataan ja millaisia vaikutuksia niillä oli tutkimuksissa haastateltujen elämään.

Tämän jälkeen teimme vielä kaksi taulukkoa molempia tutkimuskysymyksiä varten. Ensimmäisestä taulukosta tuli yksinkertaisempi ja lyhyempi, siinä muodostimme ilmaisuista ensin alaluokkia siitä, millaisia harhoja on olemassa. Esimerkiksi ”negatiiviset kuuloharhat”, ”neutraalit kuuloharhat ja ”positiiviset kuuloharhat”. Alaluokista muodostimme yläluokkia, kuten ”kuuloharhat”, ”näköharhat”, ”hajuharhat” ja ”tuntoharhat”. Nämä yhdistimme pääluokaksi, joka on ”aistiharhat”.

Toiseen taulukkoon lähdimme muodostamaan vastausta siihen, miten aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään. Siitä tuli laajempi kuin ensimmäisestä. Tämä analyysirunko on tarkasteltavissa liitteessä 2. Valitsimme pelkistetyistä ilmaisuista käsitteitä taulukkoon, esimerkiksi ”epänormaali itseilmaisu tai käyttäytyminen” sekä ”vaikeudet levätä, keskittyä ja suoriutua arjesta”. Alaluokkien perusteella muodostimme yläluokkia, kuten ”harhojen vaikutus päivittäisiin toimintoihin” ja ”harhojen vaikutus ihmissuhteissa”. Nämä yläluokat yhdistimme pääluokan alle, kuten ”negatiiviset vaikutukset” ja ”positiiviset vaikutukset”. Näin pilkoimme ensin aineiston osiin ja sitten kokosimme sen uudestaan siten, että pystyimme kokonaisuuden perusteella tekemään johtopäätöksiä ja vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa kappaleessa esittelemme aineistomme analyysin tulokset sanallisesti.

5 TULOKSET

Tutkimuksissa ääniharhojen kuvattiin olevan muun muassa selkeitä kommentteja, tutun tai tuntemattoman henkilön puhetta. Ääniharhojen puhesisällöllä oli henkilökohtaisia merkityksiä (Holt & Tickle 2015; Cogan ym. 2019). Suurin osa ilmauksista luokiteltiin negatiivisten kuuloharjojen alle. Kuudessa eri tutkimuksessa haastatteluun osallistujat kuvasivat ääniharhojen olevan pelottavia (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Holt & Tickle 2015; Yumoto ym. 2019; Renouf ym. 2018; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356) ja viidessä tutkimuksessa niitä kuvattiin ahdistaviksi (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Holt &

Tickle 2015; Cogan ym. 2019; Yumoto ym. 2019). Ääniharhoja kuvattiin vihamielisiksi, uhkaaviksi, vainoaviksi, hämmentäviksi, käskeviksi, rankaiseviksi tai kriittisiksi useassa tutkimuksessa (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Moernaut ym. 2018; Holt & Tickle 2015). Ääniharhat ilmenivät myös seksuaalisina häiritsevinä tai ahdistavina kommentteina useassa tutkimuksessa (ks. Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Renouf ym. 2018). Ääniharhat esittivät ihmistä loukkaavia tai pilkkaavia kommentteja tai jopa tappouhkauksia (Moernaut ym. 2018; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356). Ääniharhat kommentoivat sukupuoli-identiteettiä tai ilmaisivat syyllisyyden tunteita, joita ihminen ei pystynyt muutoin kohtaamaan (Moernaut ym. 2018). Ääniharhoja kuvattiin myös epämukaviksi, masentaviksi, halventaviksi ja kiristäviksi (ks. Yumoto ym. 2019; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Holt & Tickle 2015; Cogan ym. 2019; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Kalhovde ym. 2013).

Ääniharhat eivät aina olleet kommentteja tai puhetta, vaan saattoivat olla myös muunlaisia ääniä. Näistä suurin osa luokiteltiin neutraalien ääniharhojen alle. Tällaisia neutraaleja ääniharhoja olivat aineistossamme surina, puhelimen soiminen, kirkonkellojen ääni, musiikki, tinnitus, itku, nauru tai kuiskailu (ks. Kalhovde ym. 2013). Ääniharhat olivat myös toisinaan neutraaleja kommentteja, kuten lyhyet kommentit normaalista elämästä tai ihmisen kutsuminen nimellä. Myös ihmisen omat ajatukset saattoivat kaikua pään sisällä (Moernaut ym. 2018).

Aineistosta nousi esiin myös ääniharhoja, jotka koettiin positiivisina. Kahdessa eri tutkimuksessa positiiviset ääniharhat olivat rauhoittavia. (Ks. Kalhovde ym. 2019; Moernaut ym. 2018.) Niitä kuvattiin myös auttaviksi (ks. Kalhovde ym. 2019), toivoa antaviksi tukeviksi, opettavaisiksi tai rohkaiseviksi (ks. Moernaut ym. 2018). Positiiviset ääniharhat koettiin hyödyllisinä. Positiiviset ääniharhat liittyivät yhdessä tutkimuksessa rakkauteen (ks. Moernaut ym. 2018).

Aineistossamme ihmiset kuvailivat myös erilaisia näköharhoja. Ne ilmenivät aineistossa ihmisinä, olentoina, eläiminä ja muukalaisina. Luokittelimme negatiivisiin näköharhoihin aistiharhat, joita kuvailtiin tutkimuksissa pelottaviksi,

epämukaviksi ja ahdistaviksi. (Ks. Yumoto ym. 2019; Renouf ym. 2018.) Neutraaliksi näköharhaksi luokittelimme pienten lasten näkemisen, koska se koettiin tukimuotona (ks. Yumoto ym. 2019). Aineistosta nousi esiin yksi hajuharha. Eräs tutkimuksen osallistuja kuvaili, että kaikki alkoi haista kemikaalilta. Se herätti hänessä tunteen, että muut koittavat myrkyttää hänet. (Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645.) Tuntoharjoja kuvailtiin yhdessä tutkimuksessa. Osallistajat kertoivat muutamassa eri kommentissa erilaisista tuntoharjoista, jotka aiheuttavat heille fyysistä kivun tunnetta (Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645).

Aineistosta ilmeni aistiharhojen negatiivisia sekä myös positiivisia vaikutuksia eri elämänalueilla. Enemmistö niistä oli negatiivisia vaikutuksia ja suurin osa vaikutti aistiharhoista kärsivän henkilön sosiaaliseen toimintakykyyn ja ihmisuhteisiin. Aistiharhat vaikuttivat negatiivisesti ihmisen päivittäisiin toimintoihin tai niistä suoriutumiseen. Harhat saivat ihmisen ilmaisemaan itseään epätavallisesti tai muutti käytöstä epänormaaliksi (Kalhovde ym. 2013). Kolmessa tutkimuksessa osallistajat kertoivat, että harhat vaikeuttavat lepäämistä (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Yumoto ym. 2019) ja neljässä tutkimuksessa kuvattiin harhojen vaikeuttavan arjesta suoriutumista (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Yumoto ym. 2019; Renouf ym. 2018). Harhat myös vaikuttivat negatiivisesti keskittymiskykyyn (Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356). Harhat saattoivat estää ihmistä kuuntelemasta tietynlaista musiikkia tai sai ihmisen tekemään rikoksia kannustamalla niihin (Moernaut ym. 2018). Eräs osallistuja kertoi ylensyövänsä, koska äännet käskivät tehdä niin (Kalhovde ym. 2013). Kahdessa eri tutkimuksessa osallistajat kertoivat harhojen aiheuttavan heissä vainoharhaisuutta. Harhat myös saivat viranomaisluottamuksen heikentymään. (Ks. Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Moernaut ym. 2018.) Harhat aiheuttivat myös epävarmuutta siitä, mikä on todellista ja mikä ei (Cogan ym. 2019).

Aistiharhoilla oli hyvin paljon negatiivisia vaikutuksia ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn. Omien sosiaalisten taitojen koettiin heikentyvän harhojen vuoksi ja harhat saivat epäluottamuksen muita ihmisiä kohtaan kasvamaan (Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356). Aineistossa kuvattiin, että harhojen

vuoksi sosiaalisista suhteista irtauduttiin ja ystävien kanssa ajauduttiin erilleen, muun muassa siksi että harhat vaikeuttivat ihmissuhteiden luomista sekä niiden ylläpitämistä. Aistiharhat saivat myös ihmisiä eristäytymään omiin oloihinsa. (Ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Cogan ym. 2019.) Sosiaalisissa tilanteissa harhojen kuvattiin estävän ihmistä puhumasta vapaasti siitä mistä haluaisi puhua. Keskusteluihin keskittyminen koettiin hankalaksi ääniharhojen vuoksi tai perheen kanssa keskustelu koettiin epämukavana näköharhan vuoksi. (Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Yumoto 2019.) Harhat saattoivat myös aiheuttaa hämmennystä siitä, kuka oikeasti puhuu, keskustelukumppani vai harhat. Aistiharhojen kuvattiin myös lisääntyvän ja pahentuvan muiden ihmisten läsnäolosta. Ihminen koki myös leimautumisen tai tuomitukseksi tulemisen pelkoa aistiharhojen vuoksi muiden ihmisten seurassa. (Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Kalhovde ym. 2013.)

Aineistossa kuvattiin myös erilaisia negatiivisia vaikutuksia, jota aistiharhat aiheuttivat ihmissuhteissa. Kuudessa tutkimuksessa kuvattiin sosiaalisten suhteiden kärsivän aistiharhojen vaikutuksen vuoksi (ks. Renouf ym. 2018; Yumoto ym. 2019; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Kalhovde ym. 2013; Cogan ym. 2019; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356). Aineistossa kuvattiin, että toiset eivät ymmärtäneet harhoja kokevaa, he vähätelivät aistiharhoja eivätkä tunteneet empatiaa harhoja kokevaa kohtaan. Toiset ihmiset olivat aiempaa kärsimättömämpiä sosiaalisissa tilanteissa ja kohtasivat harhoja kokevan ihmisen aiempaa kielteisemmin. Ihmissuhteiden dynamiikka muuttui aistiharhojen ilmenemisen myötä. Ihminen saattoi vastata ääniharhoilleen, ja sen koettiin heikentävän ihmissuhteiden laatua. (Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356.) Aistiharhoja kokeva myös tunsu leimautuvansa muiden silmissä harhojen vuoksi. Aistiharhojen takia ihminen koki syrjäytyvänsä sosiaalisessa verkostossa. (Cogan ym. 2019; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Kalhovde ym. 2013.)

Aineistomme perusteella aistiharhoilla oli myös negatiivisia vaikutuksia ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn. Kahdessa tutkimuksessa osallistujat kuvasivat, että aistiharhojen vuoksi he olivat satuttaneet itseään ja harkitsivat tai jopa yrittivät itsemurhaa (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym.

2020, 631–645). Kuudessa tutkimuksessa kuvattiin aistiharhojen aiheuttavan pelkoa (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Holt & Tickle 2015; Yumoto ym. 2019; Renouf ym. 2018; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356) ja viidessä ahdistusta (ks. Kalhovde ym. 2013; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Holt & Tickle 2015; Cogan ym. 2019; Yumoto ym. 2019) ihmisissä, jotka kokivat niitä. Kolmessa tutkimuksessa aistiharhojen kuvattiin aiheuttavan aggressiivista käytöstä (ks. Renouf ym. 2018; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645). Kolmessa tutkimuksessa aistiharhat aiheuttivat yksinäisyyden tunnetta (ks. Cogan ym. 2019; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356; Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645). Harhat aiheuttivat niitä kokevissa ihmisissä myös ärsytystä, hämmennystä ja häpeää (ks. Moernaut ym. 2018; Kalhovde ym. 2013; Holt & Tickle 2015; Sheaves, Johns, Černis ym. 2020, 341–356). Eräs kuvasi aistiharhojen vuoksi kokevansa myös dissosiaatiota (Moernaut ym. 2018). Harhojen vuoksi aineistossa kuvattiin myös itseluottamuksen heikentymistä (Cogan ym. 2019; Holt & Tickle 2015). Ääniharhojen esittämät seksuaaliset häiritsevät kommentit saivat ihmisen järkyttymään (Moernaut ym. 2018). Myös aistiharhojen aiheuttama vainoharhaisuus koettiin ongelmallisena (Sheaves, Johns, Griffith ym. 2020, 631–645; Moernaut ym. 2018).

Aistiharhoilla oli myös jonkin verran positiivisia vaikutuksia ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn. Yhdessä tutkimuksessa osallistujat kertoivat aistiharhoilla olevan myös rauhoittava ja auttava vaikutus ja kun he tunsivat olonsa hyväksi, jäljelle jäi vain positiiviset äänet. Äänet myös saatettiin kokea tukevinä ja toivoa antavina kumppaneina. (Ks. Kalhovde ym. 2013.) Toisessa tutkimuksessa kuvailtiin aistiharhojen luovan isähahmon aktiivisen läsnäolon, joka koettiin myös rauhoittavana. Aineistossa koettiin myös aistiharhat hyödyllisinä tai itseluottamusta kasvattavina. Eräs osallistuja koki aistiharhojen ohjaavan häntä psykoosin aiheuttamassa kaaoksessa. Aistiharhojen myös koettiin auttavan käsittelemään sitä, kuinka heidän tulisi elää. Harhat koettiin myös opettavaisina ja ne auttoivat vähentämään osallistujan kuolemanpelkoa. Aineistossa kuvattiin myös harhojen olevan toisinaan rohkaisevia tai antavan elämälle uuden tarkoituksen. Eräs osallistuja myös kertoi, että hän oli rakastunut saavuttamattomaan henkilöön, mutta aistiharhat mahdollistivat heidän romanttisen suhteensa ja tämä koettiin positiivisena. (Ks. Moernaut ym. 2018.)

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tuloksista koostimme kattavan aineiston vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Salokankaan (2004) mukaan skitsofrenialle tyypillisiä harhoja olivat ihmisen toimintaa kommentoivat, käskevät tai ohjailevat äänet ja sairastuneet kuvailivat niitä negatiivisesti niiden ahdistavuuden vuoksi. Samat asiat voimme todeta tutkimustuloksiemme perusteella. Skitsofreniaa tai muuta psykoosisairautta sairastavat henkilöt kuvasivat useimmiten kokevansa kuuloharhoja. Ne olivat yleisimpiä aistiharhoja, joita aineistossa kuvattiin. Nämä kuuloharhat olivat usein vihamielisiä, uhkaavia ja kriittisiä. Tutkimuksista nousi kuitenkin esille myös se, että kaikki kuuloharhat eivät olleet negatiivisia. Positiivisiksi koettiin äänet, jotka auttoivat rauhoittumaan, antoivat toivoa, tukivat, lisäsivät itseluottamusta ja rohkaisivat. Positiiviset ääniharhat vähensivät kuolemanpelkoa ja antoivat elämälle uuden tarkoituksen. Suvisaaren ym. (2014, 140) toivat teoksessaan esille myös mahdollisia aistiharhojen positiivisia vaikutuksia. Aineistossamme kukaan ei tuonut ilmi, että olisi pystynyt itse kontrolloimaan aistiharhojaan. Toiseksi yleisin aistiharha aineistossamme oli näköharhat. Näköharhoja esiintyi eniten Lewyn kappale -tautia, Parkinsonin tautia tai dementiaa sairastavilla. Suvisaaren ym. (2014, 140) mukaan näköharhat olivat yleisimpiä elimellisissä psykooseissa, mikä vastaa meidän tutkimuksemme tuloksia. Aineistossamme mainittiin myös haju- ja tuntoharhat, vaikka nämä olivat tuloksiemme mukaan harvinaisempia kuin muut aistiharhat.

Aistiharhoilla oli monenlaisia vaikutuksia niitä kokevien ihmisten elämässä. Suurin osa vaikutuksista oli negatiivisia ja eniten ne vaikuttivat ihmisen sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä myös ihmissuhteisiin. Joenperä (2020) toi työssään esille sairauden aiheuttaman stigman ja leimautumisen vaikutuksia. Myös katsauksessamme nousi useamman kerran esille leimautumisen pelko, sekä syrjäytyminen sosiaalisesta verkostosta ja normaalista elämästä sairauden vuoksi. Myös päivittäisistä toimista selviytyminen hankaloitui monin eri tavoin aistiharhojen vuoksi.

Sariola ja Ojanen (1997, 109–110) teoksessaan kirjoittavat, että aistiharhoista kärsivän ihmisen on vaikeampaa olla muiden seurassa, jos aistiharhat sekaantuvat muiden ihmisten ääniin. Samankaltaisia tuloksia nousi esille myös

tutkimuksista ja samaan aikaan aistiharhojen kuvattiin lisääntyvän ja pahentuvan muiden ihmisten läsnäolosta. Tuloksien mukaan myös ihmissuhteiden laadun koettiin heikkenevän, jos henkilö vastasi aistiharhoilleen muiden seurassa. Tutkimuksista käy ilmi, että enemmistö osallistujista välttelivät kontakteja muihin ihmisiin. Samaan aikaan he kokivat kuitenkin yksinäisyyttä. Toivio & Nordling (2013, 200–201) mainitsivat teoksessaan skitsofreniaan sairastuneiden kohonneesta itsemurhariskistä. Myös työmme tuloksien mukaan aistiharhoista kärsivät olivat harkinneet tai jopa yrittäneet itsensä satuttamista tai jopa itsemurhaa.

Tutkimuksemme tulokset vastasivat hyvin paljon keräämäämme teorian tietoa, vaikka teoriapohja oli pitkälti suomenkielisestä kirjallisuudesta kerättyä ja aineistomme tutkimukset olivat kaikki kansainvälisiä. Aistiharhat ja niiden vaikutukset eivät näytä olevan siten kulttuuriin sidonnaisia. Tästä voimme päätellä, että tutkimuksemme tulokset ovat sovellettavissa myös meidän yhteiskunnassamme ja opinnäytetyötä pystytään hyödyntämään osana mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetusta. Tuloksien avulla voidaan esimerkiksi lisätä terveydenhuollon opiskelijoiden ja muiden aiheesta kiinnostuneiden ymmärrystä aistiharhoista ja niiden aiheuttamista vaikutuksista ja tuntemuksista. Tutkimuksemme lisää myös ymmärrystä siitä, millaisia aistiharhoja voi olla olemassa. Aineistossamme tuotiin ilmi sitä, että muut ihmiset eivät ymmärrä aistiharhoja kokevaa ja muut ihmiset saattavat vähätellä aistiharhojen kokemusta. Työmme tulokset voivat siis auttaa ihmisiä kohtaamaan aistiharhoja kokevaa empaattisemmin sekä auttaa asettumaan aistiharhoja kokevan asemaan paremmin.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, ettei aistiharhojen vaikutuksista löytynyt suomalaista tutkimustietoa. Tämä sai tietysti pohtimaan, miksi näin on. Aistiharhat ovat aiheena sensitiivinen ja yksityinen. Tämä voi olla yksi syy, mikseivät esimerkiksi suomalaiset hoitotieteen tutkijat ole vielä tarttuneet tähän mielenkiintoiseen aiheeseen. Yhtenä syynä voisi olla se, että haastateltavia saattaa olla vaikea löytää. Omien henkilökohtaisten kokemusten jakaminen voisi olla mahdollisten haastateltavien mielestä epämiellyttävää tai vaikeaa. Tutkijoiden täytyisi myös kunnioittaa tutkimuksen eettisyyttä tarkasti aiheen sensitiivisyyden vuoksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aiempien tutkimusten perusteella, millaisia aistiharhoja on olemassa, ja miten aistiharhat vaikuttavat ihmisen elämään. Tarkoituksena oli myös lisätä tietoisuutta aistiharhoista. Tavoitteena oli muodostaa käsitys ihmisten omista kokemuksista sekä ymmärtää niiden seurauksia. Aluksi keräsimme teoriaosuuteen tietoa aistiharhoista sekä siitä, miten aistiharhat muodostuvat ja mistä ne johtuvat. Kokosimme myös tietoa aistiharhoja aiheuttavista sairauksista, minkä jälkeen prosessia jatkettiin aihekohtaisella tiedonhaulla eri tietokannoista. Tutkimusten laadun ja luotettavuuden arvioinnin ja käytettävien tutkimuksien valinnan jälkeen analysoimme tutkimustulokset ja kirjoitimme tuloksia auki itsellemme. Pystyimme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme valitun aineiston perusteella ja toimme aistiharhoja kokevien ihmisten omia tuntemuksia ja kokemuksia esille, niin kuin oli tarkoitus.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielestämme haastavaa, mutta mielenkiintoista. Aiheeksi valikoitui aistiharhojen vaikutus työn tekijöiden oman mielenkiinnon perusteella ja työn edetessä selkeni myös ajatus siitä, että halusimme tuoda nimenomaan niitä kokevien ihmisten omaa ääntä kuuluville. Opimme paljon uutta opinnäytetyön edetessä aistiharhoista sekä myös tutkimuksen tekemisestä, tiedonhausta eri tietokannoista ja aineiston analysoinnista. Oman haasteensa työn tekemiseen toi se, että kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset olivat kaikki englanninkielisiä, mutta selviydyimme mielestämme myös aineiston kääntämisestä hyvin. Kaiken kaikkiaan olemme hyvin tyytyväisiä tutkimuksemme tuloksiin ja koko opinnäytetyömme prosessiin.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen eettisyys liittyy hyvän tutkimusetiikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyössä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja niiden arvioinnissa. Työssä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen mukaisia eettisesti kestäviä tiedonhankinta, tutkimusmenetelmiä ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9.)

Kunnioitimme opinnäytetyötä tehdessä muiden tekemiä teoksia sekä tutkimuksia ja viittasimme niihin asianmukaisella tavalla. Nämä asiat ovat keskeisiä tutkimuksen lähtökohtia hyvän tieteellisen käytännön mukaan (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Katsauksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, prosessin johdonmukaisuuteen ja kuvailun argumentoinnin vaikuttavuuteen. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa vahvasti katsauksessa käytettyjen tutkimusten sisällöllinen ja laadullinen luotettavuus. Tämän vuoksi käytimme opinnäytetyön tekemisen apuna arviointityökalua alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa: JBI:n arviointikriteerejä laadulliselle tutkimukselle (Hotus 2018). Se lisää katsauksemme luotettavuutta. Raportoimme myös kirjallisuuskatsauksemme eri vaiheet tarkkaan ja dokumentoimme ne työhömmme. Se lisää myös katsauksen luotettavuutta, koska näin tutkimus on toistettavissa. Lisäksi samalla pystyimme perustelemaan sitä, miten olemme toimineet ja millaisiin johtopäätöksiin olemme tulleet. Katsauksen aineiston valinnan tukena käytimme myös apuna tutkimusten taulukointia. (Kangasniemi ym. 2013.)

Työn luotettavuutta lisää myös se, että tässä työssä kaksi tekijää. Kaksi eri henkilöä toteutti tiedonhakua, tutkimusten arviointia ja valitsemista, tulosten analysointia ja raportointia sekä pohdintaa. Tuotimme itse koosteen katsaukseen valittujen tutkimusten tuloksista ja pohjasimme sen teorian tietoon. Yksi opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttava tekijä voi olla se, että kirjallisuuskatsaus on työn tekijöiden ensimmäinen. Vieraskieliset tutkimukset ja lähteet voivat myös vaikuttaa hieman luotettavuuteen, koska tulkinnat eivät välttämättä ole oikeanlaisia. Kuitenkin perehdyimme myös vieraskielisiin teoksiin huolellisesti ja parhaan ymmärryksemme mukaan, sanakirjoja ja käännöspalveluita apuna käyttäen. Yksi teoriaosuuden lähteistämme oli vanhempi kuin muut (ks. Sariola & Ojanen 1997). Päätimme kuitenkin käyttää sitä työssämme, koska heidän teoksessaan oli hyvin myös kuvattu, millaisia vaikutuksia aistiharhoilla voi olla ihmisen toimintaan. Muut lähteemme ovat kuitenkin ajankohtaisia ja niissä on mainittu samansuuntaisia asioita, joten pidämme työtämme ajankoh-
taisena ja luotettavana yhdestä vanhemmasta lähde teoksesta huolimatta.

Tässä työssä noudatimme hyvää tutkimusetiikkaa kaikissa työn vaiheissa. Tutkimuksen vaiheet on kirjoitettu auki. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite on selvitetty työssä. Tutkimuskysymykset ja tiedonhaun vaiheet on esiteltynä. Arvioimme myös teoriaosuuden lähteiden luotettavuutta ja pyrimme käyttämään monipuolisesti lähdekirjallisuutta, joka vastaa aiheitamme. Merkitsimme kaikki käyttämämme lähteet lähdeluetteloon ja viittaamme niihin tekstissämme asianmukaisesti. Tutkimuksia katsaukseemme haimme useasta eri tietokannasta ja käytimme valinnassa apuna myös sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Löysimme tutkimuksia, joissa aistiharhoja kokevien ihmisten oma ääni tuli esille, joten aineisto kuvaa siten hyvin ihmisen omaa kokemusta. Pystyimme siten myös vastaamaan tutkimuskysymyksiimme hyvin. Suurimmassa osassa tutkimuksia, jotka valitsimme kirjallisuuskatsaukseemme, haastateltiin skitsofreniaa tai muuta mielenterveyden häiriötä sairastavaa henkilöä. Yhdessä tutkimuksessa haastateltiin Lewyn kappale -tautia sairastavia henkilöitä ja yhdessä tutkimuksessa haastateltiin Parkinsonin tautia tai dementiaa sairastavia henkilöitä. Kaikissa tutkimuksissa kuitenkin tuotiin esiin aistiharhoja ja niiden vaikutuksia ihmisen omasta näkökulmasta. Mielestämme tutkimuksen luotettavuutta voi jopa lisätä se, että katsauksessamme on erilaisia sairauksia edustettuna. Aistiharhat eivät kuitenkaan ole yksinään vain skitsofrenian oire, vaan niitä voi useissa erilaisissa sairauksissa tai tiloissa esiintyä, niin kuin teoriaosuudesta käy ilmi. Aistiharhat aiheuttivat kuitenkin hyvin samankaltaisia tuntemuksia niitä kokevissa ihmisissä, diagnoosista riippumatta.

6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Ehdotamme opinnäytetyömme jatkotutkimusaiheeksi tutkimuksen aistiharhoista ja niiden vaikutuksista suomalaisessa yhteiskunnassa. Olisi myös hyvä tutkia, miten voidaan tukea aistiharhoja kokevien sosiaalista sekä psyykkistä toimintakykyä tai miten voidaan ehkäistä sairastuneiden leimaantumista tai syrjäytymistä. Lisäksi olisi myös hyvä tutkia, kuinka aistiharhojen negatiivisia vaikutuksia voitaisiin lieventää.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö – sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Cagliostro, D. 2021. Schizophrenia symptoms & Diagnosis. Psycom.net. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.psycom.net/schizophrenia-symptoms-diagnosis> [viitattu 12.1.2022].

Cogan, N., Schwannauer, M. & Harper, S. 2019. Recovery and self-identity development following a first episode of psychosis. *Journal of public mental health* 3, 169–179. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 14.12.2021].

Collerton, D., Mosimann, U. & Perry, E. 2015. The Neuroscience of Visual Hallucinations. Iso-Britannia: John Wiley & Sons, Incorporated.

Graneheim U. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004(24), 105–112. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> [viitattu 10.1.2022].

Hietanen, S. Henriksson, M. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 3, 279–284. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/3/duo92766?keyword=kiihtynyt%20psykoottinen%20potilas.%20> [viitattu 20.7.2021].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holt, L. & Tickle, A. 2015. 'Opening the curtains': How do voice hearers make sense of their voices? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 3, 256–262. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.1.2022].

Hotus. 2018. Joanna Briggs Instituutin arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf> [viitattu 14.12.2021].

Huttunen, M. 2018a. Harha-aistimus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00371 [viitattu 1.3.2021].

Huttunen, M. 2018b. Psykoosi. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411 [viitattu 13.3.2021].

Häkkinen, J. 2019. Mielen oudot maisemat – hallusinaatioiden psykologia. Docendo Oy: Jyväskylä.

Joenperä, E. 2020. Skitsofreniaa sairastavien nuorten aikuisten toimijuus. Toimijuuden mahdollisuudet ja rajoitteet. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/121069/Joenper%C3%A4Eveliina.pdf?sequence=2> [viitattu 5.3.2021].

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. 141–156. Helsinki: Gaudeamus.

Kalhovde, A., Elstad, I. & Talseth A.-G. 2013. Understanding the Experiences of Hearing Voices and Sounds Others Do Not Hear. *Qualitative Health Research* 11, 1470–1480. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.10.2013. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.12.2021].

Kangasniemi, M. & Utriainen, K. & Ahonen, S.-M. & Pietilä, A.-M. & Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4, 291–301.

Koponen, H. & Vataja, R. 2014. Neurokognitiiviset häiriöt, muistisairaudet, ja elimelliset aivo-oireyhtymät. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 11. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 551–575.

Linnamaa, O. 2020. Akuutti psykoosi. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.10.2020. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt01694> [viitattu 18.5.2021].

Mielenterveystalo. s.a. Aistiharhat (hallusinaatiot). WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/aistiharhat-hallusinaatiot.aspx [viitattu 1.3.2021].

Moernaut, N., Vanheule, S. & Feyaerts, J. 2018. Content Matters, a Qualitative Analysis of Verbal Hallucinations. *Frontiers in psychology* 9, 1958. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212510/> [viitattu 15.12.2021].

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja*. A: 73/2016. Turku: Turun yliopisto, 23–35.

Parpola, A. 2013. *Toivo / Häpeä - Psykiatria modernissa suomessa*. Keuruu: Otava.

Renouf, S., Ffytche, D., Pinto, R., Murray, J. & Lawrence, V. 2018. Visual hallucinations in dementia and Parkinson's disease: A qualitative exploration of patient and caregiver experiences. *Int J Geriatr Psychiatry* 10, 1327–1334. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/gps.4929> [viitattu 15.12.2021].

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. *Hoito vai pakkohoito – miten autan skitsofreniapotilasta?* Helsinki: Otava.

- Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 12.1.2022].
- Salokangas, R. 2004. Aistiharha – neurologinen vai psykiatrinen häiriö? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 17, 2085–2092. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 14.7.2021].
- Sheaves, B., Johns, L., Griffith, L., Isham, L., Kabir, T. & Freeman, D. 2020. Why do patients with psychosis listen to and believe derogatory and threatening voices? 21 reasons given by patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 6, 631–645. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1017/S1352465820000429> [viitattu 15.12.2021].
- Sheaves, B., Johns, L., Černis, E., Griffith, L. & Freeman, L. 2020. The challenges and opportunities of social connection when hearing derogatory and threatening voices: A thematic analysis with patients experiencing psychosis. *Psychology and psychotherapy* 2, 341–356. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/papt.12303> [viitattu 15.12.2021].
- Skitsofrenia. 2020. Käypä hoito. Päivitetty 26.03.2020 WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> [viitattu 12.1.2022].
- Suomen Moniääniset ry. 2016. Sisäinen ääni -opas. Saatavissa: <https://moniaaniset.fi/data/documents/Sisainen-aaani-opas-nettisivuille.pdf> [viitattu 13.3.2021].
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2016. Turku: Turun yliopisto, 7–23.
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 11. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 136–198.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Mielenterveyden edistäminen. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.3.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen> [viitattu 16.7.2021].
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. painos. Edita: Helsinki.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 10.3.2021].

Hallusinogeenit. s.a. Youth Against Drugs. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://yad.fi/huume/hallusinogeenit/> [viitattu 18.3.2022].

Yumoto, A. & Suwa, S. 2019. Difficulties and associated coping methods regarding visual hallucinations caused by dementia with Lewy bodies. *Dementia* 20, 291–307. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.12.2021].

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi ja nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeisimmät tutkimustulokset
Cogan, N., Schwannauer, M. & Harper, S. 2019. Recovery and self-identity development following a first episode of psychosis. Skotlanti.	Tarkoituksena on tutkia, miten varhaisen psykoosin kanssa eläminen on vaikuttanut toipuvien nuorten identiteetin kehittymiseen.	Puoli-strukturoidun haastattelun avulla kerättiin tietoa kymmeneltä 16–18 vuotiaalta nuorilta, jotka olivat kokeneet psykoosin. Data analysoitiin teemattisen analysoinnin avulla.	Nuoret kertoivat psykoosin aiheuttaneen epävarmuutta nuorten identiteettiin ja rooliin, vertaisten vähenemistä elämästä sekä aiheuttaneen epäsuotuisaa sosiaalista vertailua.
Holt, L. & Tickle, A. 2015. 'Opening the curtains': How do voice hearers make sense of their voices? Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää alustavaa teoriaa siitä, kuinka ääniharhoja kuulevat ihmiset ymmärtävät ahdistusta aiheuttavien ääniharhojen alkuperän.	Kahdeksan osallistujaa haasteltiin puolistukturoidulla haastattelumenetelmällä. Aineisto analysoitiin grounded theory-menetelmällä.	Osallistujat yrittivät rakentaa omaa ymmärrystään ääniharhoista, ymmärrykseen vaikuttaa muun muassa tahdonvoima, stigma sekä toivo ja toivottomuus, jota yksilö kokee. Yksilöt käyttivät usein selviytymisstrategioita ahdistuksen hallitsemiseksi, kun miettivät ääniharhojen alkuperää.
Kalhovde, A., Elstad, I. & Talseth A.-G. 2013. Understanding the Experiences of Hearing Voices and Sounds Others Do Not Hear. Norja.	Tarkoituksena on ymmärtää, kuinka psykiatrista sairautta sairastavat ihmiset kokevat äänen kuulemisen, joita muut eivät kuule jokapäiväisessä elämässä.	14 ääniharhoja kokevan norjalaisen ihmisen syvähaastattelut ja aineiston analysointi hermeneuttisella fenomenologisella lähestymistavalla.	Haastateltavat kokivat ääniharhat hämmäntävinä, toistuvasti tunkeilevina ja vastustavina. He pelkäsivät menettävänsä mielensä ja elämänsä hallinnan. Harhat vaikuttivat heidän elämänsä niin, että heidän elämänsä häiriintyi ja rajoitui.

<p>Moernaut, N., Vanheule, S. & Feyaerts, J. 2018. Content Matters, a Qualitative Analysis of Verbal Hallucinations. Belgia.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää skitsofreniaa sairastavien ääniharhojen sisältöä paremman ymmärryksen saamiseksi hallusinaatioista.</p>	<p>10 belgialaista skitsofreniaa sairastavaa haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun avulla. Analyysi rajoitettiin haastattelun osiin, jotka käsitelivät hallusinaatioita. Haastattelut analysoitiin temaattisen ja narratiivisen analyysin avulla.</p>	<p>Ääniharhoissa havaittiin haastattelujen perusteella viisi teemaa: vanhemuus ja auktoriteetti, seksuaalisuus ja ihmissuhteet, sukupuoli-identiteetti, elämä kuoleman valossa ja mitä toinen haluaa? Lisäksi oli myös luokittelemattomia harhoja. Harhojen sisällöt eivät ole satunnaisia, vaan ne koskevat eksistentiaalisia kysymyksiä, jotka nousevat kokijan omasta elämästä.</p>
<p>Renouf, S., Ffytche, D., Pinto, R., Murray, J. & Lawrence, V. 2018. Visual hallucinations in dementia and Parkinson's disease: A qualitative exploration of patient and caregiver experiences. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena tutkia visuaalisia hallusinaatioita dementiaa ja Parkinsonin tautia sairastavien henkilöiden ja heidän omaishoitajiensa näkökulmasta.</p>	<p>21 dementiaa tai Parkinsonin tautia sairastavaa henkilöä ja heidän omaishoitajiin haastateltiin syvähaastattelun avulla. Haastattelut analysoitiin induktiivisen temaattisen lähestymistavan avulla.</p>	<p>Haastateltavien ymmärrys vaikutti siihen, koettiin hallusinaatiot uhkaaviksi. Emotionaaliset reaktiot ja hallintastrategiat vaihtelivat taudin etenemisen myötä. Leimautumiseen liittyvät huolet vaikuttivat negatiivisesti avunhakuun ja hallusinaatioiden hyväksymiseen.</p>

<p>Sheaves, B., Johns, L., Černis, E., Griffith, L. & Freeman, L. 2020. The challenges and opportunities of social connection when hearing derogatory and threatening voices: A thematic analysis with patients experiencing psychosis. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena on ymmärtää halventavia ja uhkaavia ääniharhoja kokevan henkilön kokemuksia muiden ihmisten seurassa olemisesta.</p>	<p>15 osallistujaa, joilla on ääniharhoja, haastatettiin puoli-strukturoidun haastattelun avulla. Haastattelut analysoitiin teemaattisen analyysin avulla.</p>	<p>Haastatellut kuvasivat ääniharhojen vaikeuttavan muiden ihmisten kanssa sosiaalista kanssakäymistä. He kokivat, etteivät muut ymmärrä mitä he käyvät läpi, pelkäävät stigmaa sekä saattavat vastata ääniharhoille muiden ihmisten seurassa. Vetäytyminen sosiaalisista kontakteista on yleinen ensireaktio ääniharhoille.</p>
<p>Sheaves, B., Johns, L., Griffith, L., Isham, L., Kabir, T. & Freeman, D. 2020. Why do patients with psychosis listen to and believe derogatory and threatening voices? 21 reasons given by patients. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena on ymmärtää ääniharhoja kokevilta potilailta heidän syynsä kuunnella ja uskoa halventavia ja uhkaavia ääniharhoja.</p>	<p>15 ääniharhoja kuulevaa henkilöä haastatettiin puoli-strukturoidun haastattelun avulla. Tulokset analysoitiin grounded theory-menetelmän avulla.</p>	<p>Haastatelluilla oli erilaisia syitä, joiden vuoksi he kuuntelivat ja uskoivat harhoja. He yrittivät muun muassa ymmärtää ääniä, luottaa aistitietoon, tai he olivat niin uupuneita, etteivät jaksaneet vastustaa äänikokemusta. Haastatteluisissa kuvattiin paljon harhojen luonnetta.</p>

<p>Yumoto, A. & Suwa, S. 2019. Difficulties and associated coping methods regarding visual hallucinations caused by dementia with Lewy bodies. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia vaikeuksia, joita Lewyn kappaletautia sairastavat ihmiset kokevat visuaalisten hallusinaatioidensa seurauksena, sekä heidän selviytymismenetelmiään hallusinaatioiden kanssa.</p>	<p>10 Lewyn kappaletautia sairastavaa henkilöä haastateltiin puoli-strukturoidulla menetelmällä. Aineistolle tehtiin laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Osallistujien mielestä hallusinaatioiden esiintyminen oli kovin ahdistavaa ja ne aiheuttivat erilaisia vaikeuksia heidän elämäänsä.</p>
---	---	--	--

Esimerkki sisällönanalyysillä muodostetusta analyysirungosta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Epänormaali itseilmaisu tai käyttäytyminen - Vaikeudet levätä, keskittyä ja suoriutua arjesta - Estää tietynlaisen musiikin kuuntelun - Saavat vainoharhaiseksi - Epävarmuus todellisuudesta - Saavat tekemään rikoksia - Saavat ylensyömään - Saavat viranomaisluottamuksen heikkenemään 	Harhojen vaikutus päivittäisiin toimintoihin	Negatiiviset vaikutukset
<ul style="list-style-type: none"> - Epäluottamus muihin ihmisiin kasvaa harhojen vuoksi - Sosiaalisten kykyjen heikentyminen - Ystävistä erkaantuminen harhojen vuoksi - Leimautumisen tai tuomitukseksi tulemisen pelko - Harhat estävät puhumasta vapaasti - Hämmennys siitä, kuka oikeasti puhuu - Keskusteluihin keskittyminen on hankalaa äänien vuoksi - Keskustelu on epämukavaa harhojen vuoksi - Harhojen paheneminen muiden läsnäolosta - Sosiaalisesta kontaktista irtautuminen - Eristäytyneisyys - Vaikeudet ihmissuhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä 	Harhojen vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn	
<ul style="list-style-type: none"> - Toiset eivät ymmärrä harhoja kokevaa - Toisten empatian puute - Harhojen vähättely - Toisten ihmisten kärsimättömyys sosiaalisissa tilanteissa - Suhteiden dynamiikka muuttuu - Sosiaaliset suhteet kärsivät - Äänille vastaaminen heikentää ihmissuhteiden laatua - Leimautuminen - Syrjäytyminen sosiaalisessa verkostossa - Muut ihmiset kohtaavat henkilön kielteisemmin 	Harhojen vaikutus ihmissuhteisiin	

Sisällönanalyysillä muodostettu analyysirunko

<ul style="list-style-type: none"> - Itsensä satuttaminen - Itsemurhan harkinta / yrittäminen - Yksinäisyys - Ahdistus - Pelko - Ärsytys - Aggressiivisuus - Hämmennys - Dissosiaatio - Itseluottamuksen väheneminen - Häpeäminen - Seksuaaliset häiritsevät kommentit - Vainoharhaisuus 	<p>Harhojen vaikutus psyykkiseen toimintakykyyn</p>	<p>Negatiiviset vaikutukset</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Auttavat rauhoittumaan - Auttaminen - Antavat toivoa - Tukeminen - Tukimuoto - Hyödyllinen - Lisäävät itseluottamusta - Ohjaavat psykoosin aikana - Rakkauteen liittyvät harhat - Auttaminen elämän käsittelyssä - Kuolemanpelon väheneminen - Antaa elämälle uuden tarkoituksen - Rohkaiseminen 	<p>Harhojen vaikutus psyykkiseen toimintakykyyn</p>	<p>Positiiviset vaikutukset</p>