

Opinnäytetyö (AMK)

Toimintaterapeuttikoulutus

2023

Maija Mustila, Selja Niemi ja Aino-Kaisa Nurminen

Psykoedukaatiota ääniharhoja kuuleville

Psykoedukaatio-oppaan tuottaminen Tyksin
psykoosiosastoille



Opinnäytetyö (AMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeuttikoulutus

2023 | 54 sivua, 6 liitesivua

Maija Mustila, Selja Niemi ja Aino-Kaisa Nurminen

Psykoedukaatiota ääniharhoja kuuleville

- Psykoedukaatio-oppaan tuottaminen Tyksin psykoosiosastoille

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Toimeksiantajana toimi Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrisen palvelualue. Kehittämistyön kohderyhmiä olivat psykoosiosastojen kuntoutujat sekä siellä toimivat toimintaterapeutit.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa psykoedukaatiomateriaalia ääniharhoja kuuleville psykoosikuntoutujille. Tuotoksena syntyi *Elämää äänien kanssa* - opas. Oppaasta tuotettiin sekä sähköinen että tulostettava versio. Opas on suunniteltu toimintaterapeuttien käyttöön psykoosikuntoutujan yksilö- ja ryhmäterapiassa sekä arviointijaksolla.

Lisäksi tavoitteena oli jakaa tietoa psykoosista, psykoosisairauksista, ääniharhoista sekä psykoedukaatiivista menetelmistä ääniharhojen kuntoutuksessa, niin kuntoutujille, kuin henkilökunnalle. Kehittämistyön teoreettisten lähtökohtien tarkoituksena on tukea oppaan käyttöä.

Kehittämisprosessiin sisältyi oppaan toimivuutta ja käyttömahdollisuuksia arvioiva kokeilujakso psykoosiosastoilla. Palaute kerättiin verkkokyselyllä. Verkkokysely koostui avoimista ja suljetuista kysymyksistä. Kokeilujakson perusteella opas koettiin selkeäksi sekä helposti lähestyttäväksi. Kokeilujaksoon osallistuneiden toimintaterapeuttien mukaan kuntoutujat olivat kokeneet oppaan sisältävän vanhan tutun tiedon lisäksi myös uutta.

Asiasanat:

Psykoosi, psykoosisairaudet, skitsofrenia, ääniharhat, psykoedukaatio, toimintaterapia

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in Occupational therapy

2023 | 54 pages, 6 pages in appendices

Maija Mustila, Selja Niemi and Aino-Kaisa Nurminen

Psychoeducation for patients with auditory hallucinations

- Producing psychoeducational guidebook for TYKS psychosis wards

This bachelor's thesis was carried out as a development project. The employer of this project was the psychiatric service district of the Turku University Hospital. The target groups of this project were the patients and occupational therapists of the psychosis wards.

The purpose of this thesis was to produce material for psychoeducational purposes for patients with auditory hallucinations. This project produced a psychoeducational guidebook called *Living with voices*. The guidebook was produced in both digital and printable formats. The guidebook is designed to be used by occupational therapists for three different purposes: individual therapy, group therapy and during assessment process.

Furthermore, the objective of this project was to share information with the patients and the healthcare personnel about psychosis, psychotic disorders, auditory hallucinations, and psychoeducational methods used in the rehabilitation of patients with auditory hallucinations. The theoretical basis included in this thesis is meant to support the use of the guidebook.

The project included a practical trial period at the wards to assess the functionality and the usability of the guidebook. The feedback was gathered by using an online survey. According to the results the guidebook was perceived as clear and easy to approach. According to the occupational therapists who participated in the trial period, the rehabilitants had experienced the guidebook to contain not only familiar but also new information.

Keywords:

Psychosis, psychotic disorders, schizophrenia, auditory hallucinations, psychoeducation, occupational therapy

SISÄLTÖ

SANASTO	6
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	10
3 PSYKOOSISAIRAUDET	11
3.1 Psykoosi	11
3.2 Psykoottiset häiriöt	13
3.3 Skitsofrenia	13
3.4 Psykoosisairaahan kuntoutus	15
3.5 Lääkehoito	17
4 AISTIHARHAT	18
4.1 Ääniharhat	19
4.2 Ääniharhojen syntymekanismi	22
5 PSYKOEDUKAATIO	24
5.1 Psykoedukaatio toimintaterapiassa	25
5.2 Psykoedukaatio psykoosisairaahan kuntoutuksessa	26
5.3 Psykoedukaatio ääniharhoja kokevien kuntoutuksessa	28
6 KEHITTÄMISPROSESSI SPIRAALIMALLIN MUKAAN	31
6.1 Perusteluvaihe	31
6.2 Organisointivaihe	32
6.3 Toteutus	33
6.4 Arviointivaihe	37
7 POHDINTA	41
7.1 Eettisyys ja luotettavuus	44
7.2 Jatkokehittämisehdotukset	46
LÄHTEET	48

LIITTEET

Liite 1. Palautekysely	55
------------------------	----

KUVAT

Kuva 1. Stressi-haavoittuvuusmalli (Tuulio-Henriksson 2020).	12
Kuva 2. Ääniharhojen syntyminen (de Buijn 2006, 4223).	23

SANASTO

Deluusio	Harhaluulo eli epärealistinen uskomus, joka johtuu yleensä havainnon tai kokemuksen väärästä tulkinnasta. Harhaluulon sisältö ja kohde eivät aina linkity toisiinsa. (Huttunen 2018a.)
DSM-5-sairausluokitus	Psykiatrinen kriteereihin perustuva diagnoosijärjestelmä. Suomen Psykiatriyhdistyksen asiantuntijaryhmien johdosta luokituksesta on julkaistu diagnostiset kriteerit myös suomeksi. DSM-5 julkaistiin vuonna 2013. (Lönqvist 2021a.)
Hallusinaatio	Aistiharha tai aistimus, joka syntyy ilman ulkoista ärsykettä. Aistiharha voi liittyä näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaistiin. (Huttunen 2018b.)
ICD-10-tautiluokitus	Maailman mielenterveysjärjestön (WHO) tautiluokitus, joka kuvaa sairauksia, tapaturmia, kuolemansyitä ja terveystalveluiden käytön syitä (THL 2011). ICD-10 löytyy verkosta THL:n julkaisemana, ja sitä päivitetään jatkuvasti. THL on julkaissut ICD-10-tautiluokituksesta erillisen Psykiatrian luokituskäsikirjan. (Lönqvist 2021a.)
Itsehoitointerventio	Itsehoito koostuu tyypillisesti sairastuneelle annettavasta informaatiosta, jota hän voi lukea tai jonka mukaan hän voi toimia. Itsehoito voi toteutua itsenäisesti tai ryhmässä, ammattilaisen tuella tai ilman. (Schneider 2006, 121.) Itsehoitointervention tarkoituksena on tarjota yksilölle keinoja ja itseluottamusta, jotta hän tunnistaisi ja hallitsisi omia terveyteensä liittyviä haasteitaan (Lean ym. 2019, 260).

Katatonial	Oireulottuvuus, johon sisältyy psykomotorisia oireita ja toiminnanohjauksen häiriöitä. Oireityyppejä ovat liikkeiden vilkastuminen, väheneminen tai estyminen sekä merkittävät tahdon häiriöt. Psykiatrisista sairauksista katatoniala esiintyy yleisimmin psykoosin yhteydessä. (Korkeila 2016, 1321–1323.)
Kognitio	Tajunnan sisältö, johon kuuluu tiedon vastaanottaminen ja käsittely, tiedon säilyttäminen sekä sen käyttö (Lönnqvist & Partonen 2021).
Negatiiviset oireet	Negatiivisia oireita ovat tunneilmaisun latistuminen, ajatusten ja puheen köyhtyminen, mielihyvän puute sekä tahdottomuus (Lönnqvist 2021b). Ne viittaavat normaalien psyykkisten toimintojen heikkenemiseen (Suvisaari ym. 2021a).
Positiiviset oireet	Positiivisilla oireilla tarkoitetaan ylimääräistä, psyykkisiä toimintoja häiritsevää toimintaa (Suvisaari ym. 2021a). Positiivisiksi oireiksi luokitellaan harhaluulot ja aistiharhat (Tuulio-Henriksson 2020).
Psykoedukaatio	Mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja ehkäisyssä käytetty hoito- ja kuntoutusmuoto (Kumpulainen ym. 2016, 492–493). Psykoedukaatio määritellään tiedon jakamiseksi mielenterveydestä ja siihen vaikuttavista teemoista (THL 2022a).
Relapsi	Sairaudeo oireiden palaaminen sen jälkeen, kun oireissa on tapahtunut näennäistä paranemista. Tämä voi näkyä esimerkiksi masennustilan pahenemisena saman masennusjakson aikana. (Lönnqvist & Partonen 2021.)
Remissio	Sairaudeo oireiden lieveneminen. Lieveneminen olla väliaikaista tai pitkäkestoista. (Lönnqvist & Partonen 2021.)

1 JOHDANTO

Lähes 10 prosenttia ihmisistä kokee elämänsä aikana ääniharhoja. Ääniharhat määritellään oirejatkumoksi terveillä yksilöillä ilmenevien hetkellisten kokemusten sekä psykiatristen sairauksien oireiden välillä. (Maijer ym. 2018, 879.) Ääniharhoja voi esiintyä muun muassa masennuksen, manian, traumaperäisten stressihäiriöiden (Salokangas 2004, 2085) sekä muiden psykiatristen tai neurologisten sairauksien yhteydessä. Yleisintä ääniharhojen kuuleminen on skitsofreniaa sairastavien ihmisten keskuudessa. (Stephane 2001, 61.) Jopa kolmasosalla skitsofreniaan sairastuneista ääniharhat ovat luonteeltaan pysyviä (Linszen ym. 2022, 2).

Yleisyydestään huolimatta (Jardri ym. 2011, 73) ääniharhat ovat huonosti ymmärrettyjä ja valitettavan stigmatisoituja (Woods ym. 2022, 6). Äänet tuovat sairastuneen arkeen kärsimystä ja häiriötä (Woods ym. 2022, 6), eikä lääkehoidolla saada aina riittävää vastetta äänien ilmenemiseen (Turkington ym. 2016, 391). Psykoosien kokonais kuntoutuksessa psykoedukaatio on yksi tehokkaimmiksi todetuista psykososiaalisista hoitomuodoista (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133–2134). Sen avulla voidaan lisätä sairastuneen tietoisuutta ja jakaa keinoja oireiden kanssa pärjäämiseen (Kumpulainen ym. 2016, 494).

Tämä opinnäytetyö toteutui syklistä mallia mukaillen. Kehittämistyö toteutui yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrisen palvelualueen kanssa. Toimeksiantajana toimivat Turun yliopistollisen keskussairaalan psykoosiosastojen toimintaterapeutit. Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa psykoedukaatio-opas. Tyksin psykoosikuntoutujien parissa työskentelevät toimintaterapeutit olivat tunnistaneet tarpeen saada kuntoutujille helposti omaksuttavaa psykoedukaatiomateriaalia.

Kehitetyllä oppaalla on kaksi tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on tarjota kuntoutujille informaatiota ja keinoja ääniharhojen kanssa elämiseen ja kuntoutumiseen. Toisena tavoitteena on tarjota psykoosiosastojen toimintaterapeuteille työväline tiedon jakamiseen ja aiheen puheeksi

ottamiseen. Psykoedukaatio-opas suunniteltiin siten, että sitä on mahdollista käyttää sekä arviointi- että kuntoutusjaksoilla olevien kuntoutujien kanssa. Opasta suositellaan ensisijaisesti käytettäväksi yhdessä ammattilaisen kanssa.

Oppaasta on muodostettu kaksi versiota: sähköinen sekä tulostettava opas. Kumpikin versio on julkaistu Theseus-palvelussa opinnäytetyön yhteydessä. Tulostettava versio tulee tulostaa A4-kokoiselle arkille seuraavin tulostusasetuksin: kaksipuolisena ja käännä arkin lyhyen sivun ympäri. Taittamalla tulostetut sivut kahtia saadaan aikaan A5-kokoinen opasvihko.

Kehittämisprosessiin sisältyi oppaan kokeilujakso psykoosiosastoilla. Tietoa oppaan toimivuudesta käytännössä kerättiin kokeilujaksoon osallistuneilta toimintaterapeuteilta. Lisäksi palautetta saatiin toimeksiantajalta myös vapaamuotoisesti ennalta sovituisissa palavereissa. Opas koettiin kokeilujakson perusteella helposti lähestyttäväksi, selkeäksi sekä helppolukuiseksi.

Tässä raportissa esitellään koko oppaan tuottamiseen liittyvä kehittämisprosessi: oppaan taustalla vaikuttavat teoreettiset lähtökohdat sekä syklisen kehittämistyön vaiheet. Lopuksi pohditaan prosessia kokonaisuudessaan, kehittämiseen liittyviä eettisiä näkökulmia sekä mahdollisia jatkokehittämisehdotuksia.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyö toteutui Tyksin psykiatrisen palvelualueen psykoosiosastoille. Kehittämistyön kohderyhmiä olivat psykoosiosastojen toimintaterapeutit sekä moninaisista psykoosisairauksia sairastavat kuntoutujat. Psykoosiosastoilla työskentelee moniammatillisia työryhmiä. Työryhmät koostuvat sairaanhoitajista, lähihoitajista, toiminta- ja fysioterapeuteista, lääkäreistä, psykologeista sekä sosiaalityöntekijöistä.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa näytönhaun pohjalta ääniharhoihin keskittyvä psykoedukaatio-opas. Opas suunniteltiin arviointi- ja kuntoutusjaksoilla olevien kuntoutujien kanssa hyödynnettäväksi. Näytönhausta kertynyt teoriapohja sekä oppaan käyttöä tukevat tutkimusartikkelit jaettiin Tyksin psykoosiosastojen toimintaterapeuttien hyödynnettäväksi. Oppaan toimivuutta ja käytettävyyttä osastoilla kartoitettiin kokeilujaksoa seuranneen palautekyselyn avulla.

Psykoedukaatiomateriaalilla on kaksi päätavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on jakaa kuntoutujille informaatiota psykoosista tarjoten heille keinoja ja siten myös tukea kuntoutumista. Toisena tavoitteena on tarjota toimintaterapeuteille työväline tiedon jakamiseksi sekä puheeksi ottamiseksi.

Tavoitteena oli, että opinnäytetyön osana tuotettava opas ja teoriaosuus tukisivat psykoosiosastojen toimintaterapeuttien työskentelyä. Suuremmassa mittakaavassa psykoedukaatiomateriaali voi hyödyttää muutakin Tyksin psykoosiosastojen henkilökuntaa sekä alan ammattilaisia yhteiskunnallisesti.

3 PSYKOOSISAIRAUDET

Psykoosisairaudet koskettavat jopa 3,5 prosenttia suomalaisista (THL 2022b). Psykoosisairauksille tyypillistä ovat vääristyneet tulkinnat ulkoisesta todellisuudesta tai muut epätodelliset ajatukset sekä niihin liittyvä epänormaali käytös. Mieli saattaa toimia toisinaan normaaliin tapaan, sillä todellisuudentajun vääristymät vaihtelevat ajankohdasta riippuen. (Lönqvist 2021b.)

3.1 Psykoosi

Psykoosi on yhteinen piirre monille neuropsykiatrisille, psykiatrisille, neurologisille, hermoston kehitykseen liittyville ja lääketieteellisille sairauksille (Calabrese & Al Khalili 2022). De Bruijn (2006, 4221) määrittelee psykoosin olevan "realiteettien pettämistä, todellisuudentajun menettämistä tai aivojen virheellistä informaatiota". Psykoosi voi esiintyä akuuttina, ohimenevänä tai lyhytkestoisena (Suvisaari ym. 2021b). Skitsofreniakirjon häiriöt puolestaan ovat kroonisia sairauksia (Tuulio-Henriksson 2020).

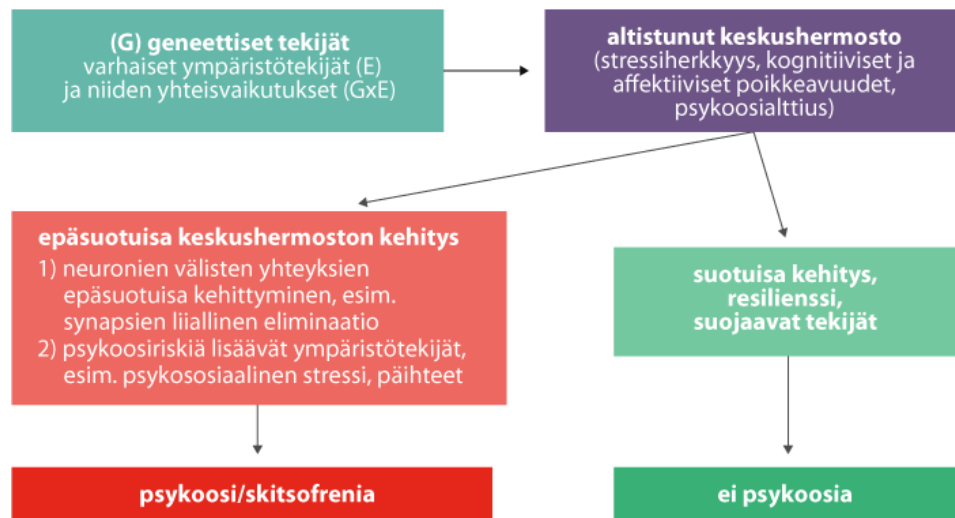
DSM-5-sairausluokituksen mukaan psykoosille ei ole yksiselitteistä määritelmää, mutta siihen liittyy ainakin yksi seuraavista oireista: harhaluulot, aistiharhat, ajattelun tai käytöksen hajanaisuus tai negatiivisia oireita eli normaalin toiminnan heikkenemistä. Mahdollisia oireita voi edellä mainittujen lisäksi olla psykomotorinen hidastuminen sekä energian tai motivaation puute. Oireena voi esiintyä myös katatoniaa. (Calabrese & Al Khalili 2022.)

Psykoosi voi johtua somaattisesta sairaudesta tai päihteiden, kuten alkoholin, lääkkeiden tai huumausaineiden käytöstä (Suvisaari ym. 2021b). Erityisesti kannabiksen käyttö voi altistaa psykoosille. Psykoositilan syntyyn vaikuttaa myös perinnölliset tekijät, varhaiset muutokset aivoissa, haasteet perhe-elämässä, raskausajan komplikaatiot sekä syrjäytyminen. (Mielenterveystalo.fi n.d. a.)

Suurien hormonaalisten muutosten uskotaan altistavan psykoosille synnytyksen jälkeisenä aikana (Hertzberg 2022). Lapsuusiän traumojen, kuten seksuaalisen

hyväksikäytön, raiskauksen ja fyysisen väkivallan on todettu lisäävän riskiä sairastua psykoosiin (Shevlin ym. 2010, 1204). Psykoosiin sairastuneilla onkin havaittu olevan muuhun väestöön verrattuna enemmän traumaattisia kokemuksia lapsuusajaltaan (Bendall ym. 2007, 569). Altistavia riskitekijöitä psykoottisille oireille ovat nuori ikä, vähemmistöön kuuluminen, päihteiden, kuten alkoholin tai kannabiksen käyttö, stressi sekä suvussa ilmenevät mielenterveyden sairaudet (Linscott & van Os 2013, 1137).

Yleinen psykoosin ja skitsofrenian syntyä selittävä malli on stressi-haavoittuvuusmalli (de Bruijn 2006, 4220). Stressi-haavoittuvuusmallin mukaan psykoosin puhkeamiseen vaikuttavat perintö- ja ympäristötekijät. Mallin kannalta keskeistä on perintötekijöiden vaikutus keskushermoston kehitykseen. Geenien ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus yksilöllisiä suojaajatekijöitä vastaan määrittää sen, puhkeako psykoosisairaus vai ei. Mallilla voidaan selittää myös muiden psykoosioireiden ilmaantumista. (Tuulio-Henriksson 2020.)



Kuva 1. Stressi-haavoittuvuusmalli (Tuulio-Henriksson 2020).

Myös dopamiinin on todettu liittyvän voimakkaasti psykoottisten häiriöiden syntyyn. Psykoottisten häiriöiden uskotaan johtuvan liiallisesta dopamiinin välityksestä aivojen mesolimbisessä kanavassa. Myös muilla välittäjäaineilla, kuten glutamaatilla ja gamma-aminovoihapolla on osuutta asiaan. (Calabrese & Al Khalili 2022.)

3.2 Psykoottiset häiriöt

Psykoosi on perinteisesti määritelty eri diagnoosien kautta. Psykoottiset oireet yhdistävät joukkoa, joka on ICD-10-tautiluokituksessa kuvattu muina psykoottisina häiriöinä. (Suvisaari ym. 2021b.) Psykoosien kirjoon kuuluvia häiriöitä ovat skitsofreniaspektrin häiriöt, psykoottisia piirteitä sisältävät kaksisuuntaiset mielialahäiriöt sekä vakavat masennushäiriöt (Longenecker ym. 2022, 893). Psykoottisiin häiriöihin lukeutuvat lisäksi harhaluuloisuushäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö ja näiden lyhytkestoiset tai epätyypilliset muodot (Mielenterveystalo.fi n.d. b). Näiden lisäksi voidaan mainita myös päihdepsykoosit, somaattisten sairauksien aiheuttamat psykoottiset häiriöt sekä synnytyksen jälkeiset psykoosit (Suvisaari ym. 2021b).

Psykoottiset oireet yhdistävät psykoottisia häiriöitä, vaikka niissä esiintyy eroavaisuuksia. DSM-5-tautiluokituksen mukaan psykoottiset häiriöt määritellään niiden viiden pääoireen myötä: deluusiot, hallusinaatiot, hajanainen käytös ja ajattelu sekä negatiiviset oireet (Calabrese & Al Khalili 2022). Esimerkiksi skitsoaffektiiviselle häiriölle tyypillistä on toistuvat psykoosijaksot, harhaluuloisuushäiriölle deluusiot sekä skitsofreenistyyppiselle häiriölle lyhytkestoiset psykoosit. (Suvisaari ym. 2021b.) Vaikeisiin psykoottisiin häiriöihin liittyy usein myös kognitiivisia häiriöitä, kuten työmuistin ja toiminnanohjauksen heikkenemistä (Tuulio-Henriksson 2020).

3.3 Skitsofrenia

Skitsofrenia esiintyy ICD-10-tautiluokituksen Skitsofrenia, skitsotyyppinen persoonallisuus ja harhaluuloisuushäiriöt -ryhmän yleisimpänä psykoosisairautena (Lönqvist 2021b). ICD- ja DSM-tautiluokitusten yhtenäistämisen ja uudistamisen myötä skitsofrenian alatyypit on poistettu niiden epäluotettavuuden vuoksi (Jansson 2019).

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan. Näitä ovat positiiviset, hajanaiset sekä negatiiviset oireet. Positiivisiin oireisiin luokitellaan harhaluulot ja aistiharhat. (Tuulio-Henriksson 2020.) Negatiivisia oireita ovat tunneilmaisun

latistuminen, ajatusten ja puheen köyhtyminen, mielihyvän puute sekä tahdottomuus (Lönqvist 2021b). Hajanaisina oireina voi ilmetä puheen hajanaisuutta, hajanaista tai katatonista käyttäytymistä sekä poikkeavaa tunneilmaisua (Tuulio-Henriksson 2020). Positiivisilla oireilla viitataan niin sanottuun ylimääräiseen toimintaan, kun taas negatiiviset oireet horjuttavat ja heikentävät normaaleja psyykkisiä toimintoja (Suvisaari ym. 2021a).

Sairauden oireet ovat yksilöllisiä ja voivat ilmetä vaihteittain. Masennus- ja ahdistuneisuusoireita ilmenee skitsofreniaa sairastavilla, etenkin akuuttien psykoosijaksojen aikana sekä niiden seurauksena. (Suvisaari ym. 2021a.) Myös skitsofreniaan liittyy kognitiivisia oireita, kuten työmuistin ja toiminnanohjauksen heikkenemistä. Akuutissa vaiheessa sairautta kognitiivinen toimintakyky voi heikentyä, mutta kognition taso pysyy pitkälti samana koko sairauden ajan. (Tuulio-Henriksson 2020.)

Skitsofreniaa aiheuttavat syyt ovat osin tuntemattomia. Nykytiedon mukaan skitsofrenia on aivojen kehityksen häiriö. Tutkimuksissa on havaittu skitsofreniaa sairastavilla esiintyvän aivojen kuorikerroksessa laajoja kehityksellisiä muutoksia. Näitä ovat muun muassa aivojen poimuuntumisen ja harmaan aineen poikkeavuudet, jotka heikentävät synapsistisia yhteyksiä. (Tuulio-Henriksson 2020.)

Osalla sairastuneista skitsofreniaan viittaavia piirteitä, kuten motorisia, kognitiivisia tai emotionaalisia poikkeavuuksia, on ilmennyt jo lapsuudessa. Tutkimusten mukaan haasteita on havaittu oppimisessa, päättelykyvyssä ja käsitteenmuodostuksessa. Haasteita esiintyy normaaliväestöön verrattuna myös tarkkaavaisuudessa, prosessointinopeudessa ja työmuistin toiminnoissa. (Tuulio-Henriksson 2020.)

Suomen väestöstä skitsofreniaa ilmenee 0,5–1,5 prosentilla, joka vastaa noin 55 000–65 000 henkilöä. Skitsofreniaa ilmenee yleisemmin miehillä. Sairaus puhkeaa miehillä usein aikaisemmin, noin 30 vuoden iässä. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2020.) Komulainen ym. (2012, 107) puolestaan väittää, että sairauden esiintyvyys on keskimäärin yhtä yleistä naisilla ja miehillä.

3.4 Psykoosisairaahan kuntoutus

Psykoosisairaahan kuntoutus ja hoito perustuvat aina lähtökohtaisesti sairastuneen suostumukseen. Ääritilanteissa psykoottinen henkilö voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon edellyttäen siihen liittyvien lakien noudattamista. (Lönqvist 2021b.) Kuntoutus toteutuu pääasiassa avohoidon kuntoutuksena (Suvisaari ym. 2021a).

Usein jo diagnosoinnin hetkellä skitsofrenia on aiheuttanut merkittävää toimintakyvyn laskua ja uhka sen heikentymiselle entisestään on suuri. Eryteisesti toimintakyvyn ja sosiaalisen elämän heikentymisen ehkäiseminen, korjaaminen tai haittojen minimointi tulee ottaa kuntoutusta suunniteltaessa huomioon. Kuntoutettaessa skitsofreniaa sairastavaa henkilöä on keskeistä hyödyntää erilaisia kuntoutusmuotoja. Tarvittavat kuntoutusmuodot tulee arvioida yksilöllisesti. (Suvisaari ym. 2021a.)

Psykoosisairaahan kuntoutus voi olla luonteeltaan toimintakykyä ylläpitävää, korjaavaa tai ennaltaehkäisevää kuntoutusta. Kroonisten psykoosisairauksien kohdalla kuntoutuksella pyritään minimoimaan sairauden aiheuttamia haittoja. Psykoedukaatio on olennainen osa psykoosisairaahan kuntoutusta, ja sitä suositellaan toteutettavaksi jokaisessa skitsofrenian hoitoyksikössä. (Suvisaari ym. 2021a.) Myös itsehoitointerventioiden on todettu vaikuttavan vakavien mielenterveysongelmien, kuten skitsofrenian oireiden vakavuuteen. Erään tutkimuksen mukaan itsehoito sai aikaan positiivisia vaikutuksia negatiivisissa oireissa sekä masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireissa. (Lean ym. 2019, 265). Itsehoidolla voidaan parantaa kuntoutujan toiminnallisuutta ja elämänlaatua (Lean ym. 2019, 260).

Suojatekijöiden vahvistamisen rooli on merkittävä kuntoutumisen näkökulmasta. Mikäli suojatekijöitä ei saada vahvistettua, lisää se psykoosirelapsin todennäköisyyttä. (Hämäläinen ym. 2017, 263.) Myös Cullbergin (2005, 140–141) mukaan suojaavien tekijöiden rooli psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä kuntoutumisen kannalta on merkittävä. Suojaavilla tekijöillä tarkoitetaan niitä tekijöitä, jotka vähentävät yksilön haavoittuvuutta elämässä ennen psykoosin

puhkeamista sekä siitä kuntoutuessa (Cullberg 2005, 135). Näitä voi olla esimerkiksi tukiverkosto, kriisi- ja toimintasuunnitelman luominen sekä varoitusmerkkien opettelu (Kieseppä & Oksanen 2013, 2136–2137). Haastavat elämäntilanteet lisäävät psykoosioireilua ja sairastumisen uusiutumiseriskiä, minkä takia kuntoutukseen on syytä sisällyttää ongelmaratkaisutaitojen harjoittelua (Kieseppä & Oksanen 2013, 2137).

Yksi skitsofrenian kuntoutuksessa tehokkaaksi todettu menetelmä on mindfulness-harjoitteet. Mindfulnessin on todettu parantavan skitsofreniakuntoutujien psyykkisiä oireita ja toimintakykyä, kun se yhdistetään psykoedukaatioon tai kognitiiviseen terapiaan. (Oksanen 2020.) Mindfulness-harjoitteiden myötä sairastunut voi oppia vastaamaan psykoottisiin oireisiinsa tietoisemmin. Harjoitukset perustuvat ajatukseen siitä, että tunteukset tulevat ja menevät, mikään ei pysy tietoisuudessa pysyvästi. (Ellet 2013, 148.) Elletin (2013, 157) mukaan Chadwick (2006) suosittelee, että psykoosikuntoutujan kanssa toteutettavat harjoitukset tulisi pitää lyhyinä, ja niiden aikana tulisi välttää pitkiä hiljaisuuksia. Terapeuttia ohjeistetaan antamaan lyhyitä ohjeita, jotta kuntoutujan huomio voidaan palauttaa kokemistaan äänistään nykyhetkeen. Kuntoutujaa voidaan rohkaista myös itsenäiseen harjoitteluun. (Ellet 2013, 157.)

Myös stressi-haavoittuvuusmallin (kuva 1) läpikäymisellä psykoosiin sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa on suuri merkitys. Mallin on todettu olevan helposti omaksuttava, sillä siinä ei pyritä löytämään sairastumiselle syyllistä. Mallin käsitteleminen voi vähentää sairastuneen kokemaa stigmaa. (Hämäläinen ym. 2017, 262–263.)

Jopa 95 prosenttia suomalaisista skitsofreniaan sairastuneista on kokenut syrjintää. Kuntouttavan tahon tulee huomioida, ettei tätä huomaamatta lisätä tai ylläpidetä. On myös huomioitava sairastuneen mahdollisuus itsestigmatisointiin, jonka myötä kuntoutuja liittyy itseensä negatiivisia näkemyksiä mielenterveyshäiriöihin sairastuneista. Itsestigmatisointi heikentää toivoa

toipumisesta ja vähentää kuntoutumiseen liittyvää motivaatiota. (Suvisaari ym. 2021a.)

3.5 Lääkehoito

Lääkehoidon tehokkuus skitsofrenian akuuttivaiheessa sekä ylläpitävässä hoidossa on osoitettu useiden tutkimusten myötä (Haddad 2014, 44).

Säännöllisen lääkityksen on tutkittu nostavan kuntoutujan elämänlaatua sekä vähentävän aggressiivista käytöstä (Leucht ym. 2012, 2067). Lääkityksellä voidaan pienentää keskushermoston biologista alttiutta reagoida stressiin psykoottisiin oirein (de Bruijn 2006, 4221).

Säännöllisen lääkityksen ylläpitäminen ei poista relapsijakson eli pahenemisvaiheen riskiä, mutta pienentää sitä. Lääkityksen epäsäännöllinen käyttö puolestaan voi aiheuttaa relapsin jopa sairauden remissiovaiheessa sekä saada kuntoutujan olemassa olevista oireista pitkäaikaisia. Lääkityksen epäsäännöllisyys voi johtaa myös uusiin sairaalajaksoihin, itsetuhoisuuteen sekä heikentää kuntoutujan elämänlaatua. (Haddad ym. 2014, 45.)

Lääkehoidolla ei aina kuitenkaan pystytä vaikuttamaan sairastuneen kuulemiin ääniharhoihin (Turkington ym. 2016, 391). Lääkehoidon rinnalle tarvitaan tueksi muita kuntoutusmuotoja. Kuntoutujan läheisille tarjotun psykoedukaation on todettu lääkehoidon rinnalla olevan tehokkaampaa kuin pelkän lääkehoidon (de Bruijn 2006, 4219). Lääkehoitoon liittyy myös ongelmia ja haittavaikutuksia, minkä vuoksi se suunnitellaankin yksilöllisesti ja tilannetta seurataan säännöllisesti (Skitsofrenia: Käypä Hoito -suositus 2020).

4 AISTIHARHAT

Psykoottisten häiriöiden positiiviset oireet luokitellaan aistiharhoihin eli hallusinaatioihin sekä harhaluuloihin eli deluusioihin (Huttunen 2018c). Aistiharha tarkoittaa havaintoa, joka ilmenee ilman ulkoista aistiärsykettä (Salokangas 2004, 2085). Vaikka hallusinaatio syntyy ilman ulkoista syytä (Huttunen 2018b), tuntuu se kokijalleen itselleen todelliselta (Lönqvist 2021b). Aistiharhojen onkin todettu olevan aivojen fysiologisella tasolla aitoja (Salokangas 2004, 2086).

Hallusinaatioita voi esiintyä kuulo-, näkö-, maku- tai tuntoharhoina (Huttunen 2018b) sekä hajuharhoina (Calabrese & Al Khalili 2022). Erityisesti näkö- ja kuuloharhat vaikuttavat sairastuneen päivittäisiin toimintoihin (Linszen ym. 2022, 2). Linszenin ym. (2022, 9) mukaan eri aistialueiden hallusinaatiot esiintyvät usein päällekkäisinä. Hallusinaatiokokemukset nukahtaessa ja herätessä ovat yleisiä (Salokangas 2004, 2087; Huttunen 2018b).

Aistiharhojen luonne voi vaihdella merkittävästi. Hallusinaatiokirjo voi vaihdella keskustelevista äänistä todentuntuisiin näköharhoihin tai ympäristössä kuuluviin kolahduksiin (Huttunen 2018b). Näkö- tai ääniharhojen kesto voi vaihdella sekunneista 10 minuuttiin tai jopa pidemmäksi aikaa (Linszen ym. 2022, 2). Aistiharhat jaetaan kahteen luokkaan, alkeellisiin eli elementaarisiiin sekä monimutkaisiin eli kompleksisiin harhoihin. Puheen kuuleminen luokitellaan kompleksisiin harhoihin. Elementaarisia harhoja ovat puolestaan esimerkiksi edellä mainitut kolahdukset. (Salokangas 2004, 2085.)

Harha-aistimusten on aiemmin väitetty muodostuvan elimellisistä tai toiminnallisista häiriöistä. Psykiatristen häiriöiden ja oireiden jakoa ei kuitenkaan enää tehdä näin kaksijakoisesti. Näköharhojen uskotaan viittaavan aistinelimen tai keskushermoston sairauksiin, hallusinogeneeneihin tai vierotusoireyhtymiin. Haju-, maku- ja tuntoharhat puolestaan luokitellaan elimellisiin tai toiminnallisiin häiriöihin. (Salokangas 2004, 2086–2087.) Salokangas (2004, 2087) korostaa, että aistiharhat eivät aina ole merkki vakavammasta sairaudesta, vaan ne ovat

verrattain yleisiä niin kutsutulla “normaaliväestöllä”. Ääniharhat taas kielivät useimmiten psykiatrisesta häiriöstä (Salokangas 2004, 2087).

Psykoottisten oireiden esiintyvyyttä on tutkittu kansainvälisesti tutkimusotanta- ja populaatiotasolla (Linszen ym. 2022; Linscott & van Os 2013). 61 tutkimukseen perustuva mediaani arvioi, että psykoottisia oireita ilmenee elämänmitan aikana 7,2 prosentilla populaatiosta (Linscott & van Os 2013, 1133). Salokankaan (2004, 2086) mukaan väestöstä jopa 10–27 prosenttia kokee aistiharhoja. Keskiarvoltaan hallusinaatioiden esiintyvyydeksi populaatiossa arvioidaan 6–15 prosentin välimaastoa (Linszen ym. 2022, 1).

Hallusinaatiokokemusten on analysoitu olevan selvästi deluusiokokemuksia yleisempiä (McGrath ym. 2016, 697), vaikka ne ilmenevät usein yhdessä. Deluusiolla eli harhaluulolla tarkoitetaan todellisuudesta irtaantunutta uskomusta tai ajatusta. Harhaluulolla pyritään selittämään aistiharhan ilmenemistä. (Salokangas 2004, 2089.) Brown (2019, 226) esittelee esimerkkinä hallusinaation aiheuttaman ääniharhakokemuksen, joka saa sairastuneen uskomaan FBI:n valvovan häntä. Näin sairastunut kehittää harhaluulon, kuinka vakoilijoita on kaikkialla (Brown 2019, 226).

Aistiharhakokemuksilla on todettu olevan yhteys naissukupuoleen, nuoreen ikään sekä alempaan koulutustasoon (Linszen ym. 2022, 1). Henkilöt, jotka ovat kokeneet lapsuusaikana seksuaalista väkivaltaa, ovat 3,5 kertaa alttiimpia ääniharhoille (Shevlin ym. 2010, 1203). Lapsuusajan traumaattisten kokemusten on todettu myös aiheuttavan rajumpia hallusinaatio-oireita (Bailey ym. 2018, 1117). Unihäiriöiden on tunnistettu olevan yksi harhaluuloja ja aistiharhoja laukaiseva ja ylläpitävä tekijä. Ne ovatkin yleisiä psykoosikuntoutujilla. (Waite ym. 2020, 44.)

4.1 Ääniharhat

Sisäisten ja ulkoisten aistiärsykkeiden sekoittuessa sairastunut ei välttämättä tunnista, mikä on todellista. Kuuloharjojen yhteydessä tämä voi näyttäytyä

siten, että äänen alkuperää voi olla vaikea tunnistaa tai sen olemassaolosta saada varmuutta. (Toivio & Nordling, 2013, 195.)

Jopa 70 prosenttia skitsofreniaan sairastuneista kuulee ääniharhoja (Turkington ym. 2016, 391). Skitsofreniassa ääniharhoja esiintyy hallusinaatioista eniten (Calabrese & Al Khalili 2022; Brown 2019, 227; Linszen ym. 2022, 1). Sairastuneista kolmasosan ääniharhat ovat pysyviä (Mechri ym. 2016). Ääniharhoja voi esiintyä myös muiden psykiatristen tai neurologisten sairauksien yhteydessä (Stephane 2001, 61) kuten masennuksen, manian, traumaperäisten häiriöiden sekä dissosiativisten tilojen yhteydessä (Salokangas 2004, 2085). Koko populaatiosta ääniharhoja kokee elämänsä aikana keskiarviolta 9,6 prosenttia (Maijer ym. 2018, 879). Siitä huolimatta, että ääniharhojen ilmeneminen tässä psykiatrisessa kontekstissa on yleistä (Jardri ym. 2011, 73), ovat ne silti valitettavan stigmatisoituja ja huonosti ymmärrettyjä oireita (Woods ym. 2022, 6).

Ääniharhat ilmenevät yleisimmin puheena (Jardri ym. 2011, 73) ja ulkopuolisina ääninä (Calabrese & Al Khalili 2022). Puheharhat voivat koostua sairastuneen oman nimen toistelusta, epäspesifistä puheesta, lauseista, itkusta, naurusta, huudosta, kiljumisesta tai kuiskimisesta. Muita ääniharhojen muotoja ovat musiikki, hälytykset ja sireenit, soittoäänet tai askelten äänet sekä oven sulkemisen tai aukeamisen äänet. (Linszen ym. 2022, 2.)

Puheesta koostuvat ääniharhat saattavat kommentoida sairastuneen käytöstä tai kehottaa häntä tekemään asioita (Huttunen 2018b). Yleisimpiä ovat kritisoivat äänet. On tavanomaista, että äänet uhkailevat tai kertovat muiden henkilöiden satuttavan sairastunutta. (Sheaves ym. 2022, 154.) Äänet voivat myös kehottaa sairastunutta satuttamaan muita. Uhkaavien äänien lisäksi sairastunut voi kuulla miellyttäviä ääniä. Miellyttävät äänet voivat olla harmittomia, pitää sairastuneelle seuraa, jutella arkipäiväisistä asioista tai nauraa vitseille. On mahdollista, että sairastunut kuulee ainoastaan miellyttäviä ääniä. (Buccheri 2013, 27.)

Vaikka sairastunut voi saada kokemistaan äänistä tukea ja seuraa, aiheuttavat ne useammin merkittävää kärsimystä ja häiriötä arkeen. Psykoosisairauksissa äänet ilmenevät yleisimmin vähättelevinä, väkivaltaisina, häiritsevinä tai huolestuttavina. (Woods ym. 2022, 6.) Erään tutkimuksen mukaan ääniä kuulevista puolestaan vain kolmasosa koki ääniharhat negatiivissävytteisinä. Joka viides koki hallusinaatioiden, mukaan lukien ääniharhojen sisällön, liittyvän johonkin aiempaan traumaattiseen kokemukseen. (Linszen ym. 2022, 2.) Ääniharha voi ilmetä traumaattiseen tapahtumaan liittyvän henkilön äänenä (Hewing 2020, 18). Ääniharhan sisällöllä on merkitystä hoidollisesta näkökulmasta. Negatiivissävytteisten äänien on todettu vaikuttavan vahingollisesti sairastuneen näkemyksiin itsestään tai ympäröivästä maailmasta. (Suvisaari ym. 2021a.)

Mielialalla on havaittu olevan vaikutusta sairastuneen kokemiin hallusinaatioihin. Masentuneisuus antaa ääniharhoille usein negatiivisen sävyn. Maanisuus puolestaan voi lisätä ääniharhojen kannustavuutta ja kehumista. Skitsofreniassa ääniharhat ilmenevät pitkälti toteavina ja neutraaleina. Kuten muissakin hallusinaatioissa, myös ääniharhojen kokemisessa esiintyy yksilöllistä vaihtelua. (Salokangas 2004, 2087.) Erityisesti stressaavissa tilanteissa ääniharhojen on koettu voimistuvan sekä aiheuttavan enemmän häiriötä (Cullberg 2005, 54).

Sairastuneen reagointi ääniharhoihin on luokiteltu aktiiviseen ja passiiviseen kuuntelemiseen. Passiivisella kuuntelemisella tarkoitetaan ääniharhojen kuuntelemista, ilman aikeita noudattaa niiden antamia käskyjä. Aktiivinen kuuntelu määritellään äänien kuunteluksi ja niiden sisällön uskomiseksi. On arvioitu, että alentavien ja uhkaavien äänien kuunteleminen ja niiden sisältöjen uskominen on yleistä. Tämän lisäksi sairastuneen kokemaa masennusta ja ahdistusta sekä ääniharhojen aiheuttamaa kärsimystä. (Sheaves ym. 2022, 157–158.) Äänien kuuntelemiselle ja uskomiselle on useita syitä. Sairastunut saattaa pyrkiä ymmärtämään paremmin kokemaansa uhkaa tai on liian väsynyt vastustaakseen ääniä. Äänet voivat kuulostaa oikeilta tai tutuilta ihmisiltä.

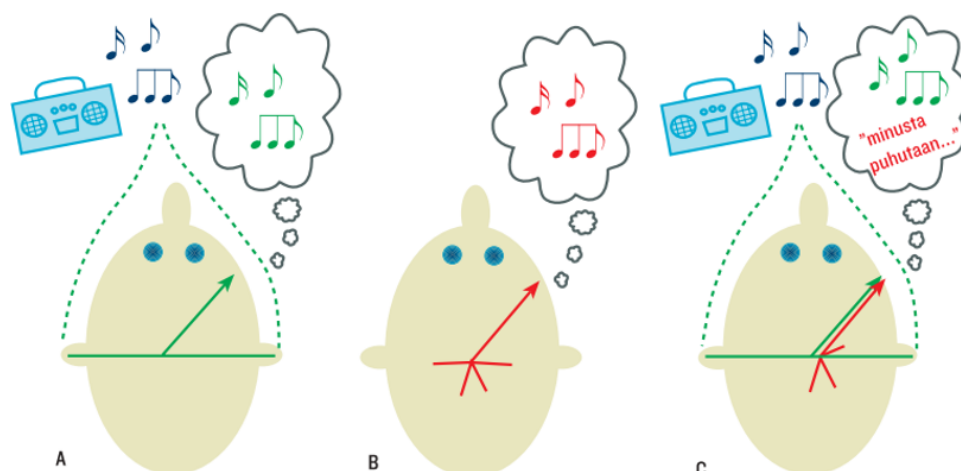
Aktiiviseen kuuntelemiseen voi vaikuttaa myös sairastuneen kokema yksinäisyys. (Sheaves ym. 2022,151.)

Deluusioista poiketen ääniharjoja kokeva voi paikoin kuitenkin ymmärtää kuulemansa ääniharhat hallusinaatioiksi. Tosin vakavammassa vaiheessa sairastunut yleisimmin menettää todellisuudentajunsa ja uskoo herkemmin hallusinaatioidensa olevan totta. Näin tapahtuu useimmiten skitsofreniaan sairastuneiden yksilöiden kohdalla. (Huttunen 2018b.)

4.2 Ääniharjojen syntymekanismi

Ääniharjojen syntymekanismi aivoissa on monimutkainen tapahtumasarja, jota on tutkittu useasta eri näkökulmasta. Ääniharjojen on kartoitettu saavan aikaan aktivaatiota aivojen etu- ja ohimolohkon alueilla. Nämä pitävät sisällään puheentuoton ja havaitsemisen alueiden lisäksi sanamuistin. (Jardri ym. 2011, 73.) Salokangas (2004, 2086) tarkentaa ohimolohkon aktivaation kohdistuvan auditiiviseen kuorikerrokseen. Stephanen ym. (2001, 61) mukaan skitsofreniassa ilmenevien puheharjojen on todettu syntyvän puheaivokuoren toimintahäiriöstä, joka saa aikaan aktivaatiota puheen havaitsemisen eli Brocan alueella sekä Wernicken eli puheen tuottamisen alueella.

Keskushermostolliset muutokset aiheuttavat synaptisten yhteyksien heikentymistä skitsofreniassa (Tuulio-Henriksson 2020). Näiden yhteyksien karsiutuessa aivojen toiminta häiriintyy. Täten aivoissa voi aktivoitua alueita ilman ulkoisen ärsykkeen olemassaoloa saaden aikaan aistiharhan. (de Bruijn 2006, 4221.)



Kuva 2. Ääniharhojen syntyminen (de Bruijn 2006, 4223).

De Bruijn (2006, 4223) kuvaa ääniharhojen syntymistä yllä olevalla kuvalla. Kuvan A-osio havainnollistaa normaalia kuuloaistimusta, jossa ulkoinen aistiärsyke kulkeutuu korvien kautta kuulokuorikentälle. B-osio kuvaa kuuloharhaa, jossa punaiset nuolet osoittavat aistimuksen syntyvän ilman ulkoista aistiärsykettä. Kuuloharhan saa aikaan aivojen aktivaatio, puheentuottamiskeskus mukaan lukien. C-osio puolestaan esittää kuuloaistimuksen aikaansaamaa deluusiota. Tällaisessa tilanteessa henkilön kokemat ulkoiset ja sisäiset ärsykkeet sekoittuvat, minkä seurauksena henkilö luulee kuulemansa liittyvän virheellisesti häneen itseensä. (de Bruijn 2006, 4223.)

5 PSYKOEDUKAATIO

Psykoedukaatio on mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja ehkäisyssä käytetty hoito- ja kuntoutusmuoto. Psykoedukaatio on keskeinen osa mielenterveysasiakkaiden kuntoutusta, ja se on kirjattu muun muassa depression, syömishäiriöiden, epävakaan persoonallisuushäiriön, skitsofrenian, ahdistuneisuushäiriöiden sekä ADHD:n Käypä hoito -suositukseen. (Kumpulainen ym. 2016, 492–493.) Sen tavoitteena on lisätä ymmärrystä sairaudesta ja sairauden hoidosta kuntoutujalle sekä läheisille (Oksanen 2020).

Psykoedukaation pyrkimyksenä on vaikuttaa positiivisesti sairastuneen kuntoutumismotivaatioon ja arjenhallintaan (THL 2022a) sekä jakaa sairastuneelle tietoa ja kokemuksia (Kieseppä & Oksanen 2013, 2135).

Tärkeä osa psykoedukaatiota on tiedon jakaminen siitä, miten sairaus vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn ja arjessa pärjäämiseen (Nukari & Poutiainen 2020). Tietoa jakamalla pyritään antamaan kuntoutujalle ja läheisille työvälineitä sairauden kanssa elämiseen ja toimimiseen sekä tukemaan voimaantumisen kokemusta (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022). Psykoedukaation antamiseen vaadittavaan koulutustasoon ei ole vähimmäisvaatimuksia. Sitä voivat toteuttaa niin lääkärit, sairaanhoitajat, psykologit ja toimintaterapeutit kuin muutkin kuntoutujaan hoitosuhteessa olevat terveydenhuollon ammattilaiset. (Kumpulainen ym. 2016, 492–493.)

Psykoedukaatio tapahtuu vuorovaikutuksessa yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön, kuntoutujan sekä mahdollisesti läheisten kanssa. Sitä toteutettaessa on tärkeää, että terveydenhuollon ammattihenkilö kuuntelee myös kuntoutujan ja läheisten näkemyksiä. Psykoedukaatitilanteissa voidaan käsitellä yhdessä huolia, kuntoutujan ja läheisten käsitystä tilanteesta sekä heidän huomaamiaan merkkejä sairauden pahenemisvaiheen alkamisesta. (Kumpulainen ym. 2016, 493.)

Toteutustapoja on monia. Psykoedukaatio voi tapahtua ennalta sovittuna ajankohtana tai esimerkiksi hoitoneuvottelun yhteydessä lääkärin tai muun

hoitohenkilökunnan toimesta. Kuntoutuja voi osallistua tilanteeseen yksin tai läheisten kanssa. (Kumpulainen ym. 2016, 492.) Toisinaan terveydenhuollossa järjestetään erillisiä omaisille suunnattuja tapaamisia (Suvisaari ym. 2021a). Tarjolla voi olla myös psykoedukaatioryhmiä, joissa sairastunut voi huomata oirekuviansa erityispiirteet ja niiden vaikutukset. Ryhmäkuntoutus mahdollistaa myös erilaisista oirekuvista oppimisen, mikä voi auttaa sairastunutta tunnistamaan omat vahvuutensa ja näin ollen lisätä hoitomotivaatiota. (Nukari & Poutiainen 2020.)

Psykoedukaatiomuotoja voi olla keskustelu, havainnointi, harjoitukset tai kirjallinen materiaali. Myös teknologiaa voidaan käyttää psykoedukaation toteuttamisen välineenä: opetus voi tapahtua verkko-opetuksena tai itsehallintaa tukevien ohjelmien avulla. Tiedon jakamisen tukena voidaan käyttää myös kuvia, videoita, opetuspelejä tai muita sosiaalisen median tarjoamia mahdollisuuksia sairauden havainnollistamiseen. (Kumpulainen ym. 2016, 494.) On tärkeää, että tiedon jakaminen tapahtuu jokaisen omien kykyjen ja edellytyksien mukaisesti vastaanottaa ja omaksua tietoa (Nukari & Poutiainen 2020).

5.1 Psykoedukaatio toimintaterapiassa

Toimintaterapian näkökulmasta psykoedukaatio voidaan määritellä ohjeeksi, joka on suunnattu tunne-elämän haasteista kärsivälle ihmiselle. Sen tarkoituksena on kehittää päivittäisten toimintojen vaatimia taitoja ja tietoa, edistää sairastuneen tyytyväisyyttä omissa rooleissaan sekä parantaa hänen yleistä hyvinvointiaan. (Steed 2014, 4.) Toimintaterapeuteilla on erityiset valmiudet tunnistaa asiakkaiden ohjauksellisia ja opetuksellisia tarpeita (Steed 2014, 2), sillä toiminnantiede mahdollistaa ymmärryksen toiminnan, terveyden, osallisuuden ja hyvinvoinnin välisistä suhteista (WFOT 2012, 1). Toimintaterapeutit hyödyntävätkin usein psykoedukaatiivisia interventioita mielenterveyskuntoutujien kanssa (Steed 2014, 1).

Toimintaterapian kentällä on erilaisia näkemyksiä psykoedukaation käsitteestä ja siitä, miten se näkyy osana toimintaterapiaa (Steed 2014, 4). Steedin (2014,

4) mukaan esimerkiksi Cowls ja Hale (2005) tekevät selkeän jaon psykoedukaatioryhmien ja elämäntaitoryhmien välille, kun taas Brucen ja Borgin (2002) mukaan nämä kaksi voisi yhdistää. Toisin sanoen, elämäntaitoryhmät voivat samalla olla luonteeltaan psykoedukatiivisia. Heidän kaikkien mukaan psykoedukaation tulisi kuitenkin olla asiakaskeskeistä, kuntoutujan yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityä sekä perustua hyvinvointiin ja keskittyä toimintakykyyn. (Steed 2014, 4.)

A Client-Centered Model of Psychoeducational Design -mallin mukaan psykoedukatiivinen lähestymistapa tulisi valita kuntoutujan oman toiminnallisen käsityksen ja taitotason mukaan. Psykoedukaatiointervention suunnittelussa merkittävää on asiakaskeskeinen arviointi. Arvioinnissa toimintaterapeutti käyttää ammatillista harkintaa päättääkseen, voidaanko terapian tavoitteisiin paneutua opetuksellisten menetelmien kautta, ja jos näin on, mikä lähestymistapa olisi hyödyllisin. (Steed 2014, 5–6.) Usein kuntoutujan tarpeisiin vastaa parhaiten yhdistelmä eri oppimismetodeja ja lähestymistapoja, ja jokainen asiakastilanne tulisi arvioida erikseen (Steed 2014, 6–7).

Psykoedukaatiossa voidaan hyödyntää oppimisen erilaisia viitekehyksiä. Jos kuntoutujan käsitys itsestään on heikko ja taidot alhaiset, vaatii kuntoutuja paljon struktuuria opetukselta. Tällöin käytetyt menetelmät voivat olla laadultaan behavioristisia kuten positiivista vahvistamista tai tehtävien porrastamista. Kuntoutujan hyvät valmiudet sopeutua haasteisiin ja korkea taitotaso mahdollistavat sen, että hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta oppimisestaan. Tämän myötä terapeutilta vaaditaan entistä vähemmän tukea. (Steed 2014, 6.)

5.2 Psykoedukaatio psykoosisairaana kuntoutuksessa

Suomalaisen skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan psykoedukaation vaikuttavuudesta osana kuntoutusta on vahvaa tutkimusnäyttöä. Käypä hoito -suosituksen mukaan psykoedukatiiviset kuntoutusmuodot vähentävät psykoosirelapsien ja uusien osastojaksojen riskiä (Oksanen 2020c) sekä läheisten kokemaa kuormitusta (Oksanen 2020d).

Tarve psykoedukaatiolle on merkittävä, sillä usein psykoosi käsitteenä on sairastuneelle ja hänen läheisilleen tuntematon (de Bruijn 2006, 4221).

Vähäinen tieto sairaudesta vaikuttaa negatiivisesti sairastuneen terveydentilaan sekä kuntoutumiseen (Phelan & Sigala 2022, 126). Oireiden tunnistaminen ja varomerkkien määrittelemineen auttavat ennakoimaan sairauden vaiheita sekä löytämään sopivia selviytymiskeinoja jo hyvissä ajoin (Hämäläinen ym. 2017, 264–265).

Hämäläisen ym. (2017, 262) mukaan psykoosiin liittyvässä psykoedukaatiossa merkittävää on “tiedon antaminen psykoosista, sen oireista, riskitekijöistä, hoidosta, kuntoutumisesta, psykoosirelapsin ehkäisystä, stressin hallinnasta sekä elämäntilanteisiin liittyvästä terveystasvatuksesta”. Sairastuneen kanssa yhteistyössä toteutettu psykoedukaatio edistää sairastuneen ymmärrystä sairaudesta sekä sen hyväksymistä osaksi itseään (Hämäläinen ym. 2017, 262). Läheisten läsnäolo psykoedukaatiotilanteissa pienentää relapsin riskiä (de Bruijn 2006, 4129).

Psykoedukaatio psykoosiin sairastuneen kanssa on hyvä aloittaa stressihaavoittuvuusmallista (kuva 1). Malli havainnollistaa kuntoutujalle sairastumisen syitä sekä sen aiheuttaneita tekijöitä. Yhdessä kuntoutujan sekä läheisten kanssa voidaan miettiä sairauden puhkeamiseen johtaneita mahdollisia stressitekijöitä, kuntoutujan haavoittuvaisuutta sekä elämässä olevia suojatekijöitä, jotka puolestaan ehkäisevät stressin vaikutusta. (Hämäläinen ym. 2017, 262–263.) Osana psykoedukaatiota voi olla hyödyllistä havainnollistaa psykoosioireiden syntyä (kuva 2) kuvin tai piirtämällä (de Bruijn 2006, 4221).

Psykoedukaatiolla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia skitsofreniaan sairastuneiden lääkemyöntyvyyteen myös lyhytkestoisesti toteutettuna (Oksanen 2020). Säännöllistä lääkityksen käyttöä voidaankin tukea psykoedukatiivisilla interventioilla (Haddad ym. 2014, 43).

Erityisesti psykoosisairaana psykoedukaatiossa tulee huomioida sairauden aiheuttamat kognitiiviset haasteet (Hämäläinen ym. 2017, 265). Ymmärtämisen tukena voidaan hyödyntää esimerkiksi toistoa, kirjallista materiaalia, erilaisia

rooli- ja mielikuvaharjoituksia sekä muita muistia tukevia apukeinoja. (Hämäläinen 2017, 267.)

5.3 Psykoedukaatio ääniharjoja kokevien kuntoutuksessa

Psykoedukaatio on hyödyllinen menetelmä mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä tukemiseen. Eräässä tutkimuksessa lyhytkestoinen ääniharhoihin ja niihin liittyviin deluusioihin keskittyvä psykoedukaatio vähensi tilastollisesti merkitsevästi deluusioita sekä masennusta. Myös hallusinaatioihin liittyvissä uskomuksissa oli havaittavissa huomattavaa parannusta niiden pahantahtoisuuden, kaikkivoipaisuuden sekä niihin kohdistuvan vastustuksen suhteen. (Shiraishi ym. 2014, 35.) Tutkimuksen mukaan ääniharhoihin keskittyvä psykoedukaatio saattaa olla hyödyllinen ääniharhoista johtuvien deluusioiden vähentämisessä ilman, että tämä kärjistää masennustilaa (Shiraishi ym. 2014, 38).

Eräs ääniharjojen kuntouttamisprosessi voidaan tulkita kolmiportaiseksi malliksi. Ensimmäisellä portaalla pyritään tunnistamaan kuntoutujan omat vahingolliset keinot hallita ääniä. Toisella portaalla harjoitellaan äänien hallintakeinoja. Viimeisellä, kolmannella portaalla harjoitellaan suhtautumistapoja ääniin. (Turkington ym. 2016, 395.) Hallintakeinot luovat pohjan suhtautumistapojen opettelulle. Suhtautumistavoilla voidaan parantaa kuntoutujan ymmärrystä äänien hallitsemisesta. (Turkington ym. 2016, 391.) Suhtautumistapojen tavoitteena on muuttaa näkemystä ääniharhoista pidemmän aikavälin harjoitteilla. Niiden omaksumisen myötä kuntoutujan kokemat ääniharhat ja ääniharjojen aiheuttama ahdistus vähenee, ja kuntoutuja voi kokea äänettämiä jaksoja. (Turkington ym. 2016, 395.)

Ensimmäisellä portaalla, ennen hallintakeinojen opettelua on tärkeää arvioida kuntoutujan laukaisevia tekijöitä, turvakäyttäytymistä, tulkintaa hallusinaatioista sekä niiden vaikutusta sairastuneeseen. Näin kyetään arvioimaan, ovatko sairastuneen käyttämät hallintakeinot tehottomia. (Turkington ym. 2016, 392.) Myös Buccheri ym. (2013, 27) tukee esittelemässään itsehoitomallissa

arvioinnin toteuttamista kuntouttamisen ensiaskeleilla. Arviointi mahdollistaa yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimisen (Buccheri 2013, 27).

Ääniharhoja kokevat henkilöt käyttävät usein tahattomasti itsehoitokeinoja, jotka ylläpitävät oireita sekä niihin liittyvää ahdistusta. Itseopituilla oireiden hallintakeinoilla pyritään hallitsemaan ääniharhojen aiheuttamaa epä mukavuutta. Käytetyt keinot voivat olla muun muassa äänien tukahduttamista, niille takaisin huutamista tai ääniin keskittymistä. Kuntoutumisen kannalta on merkittävää, että tehottomat tai vahingolliset keinot tunnistetaan ammattilaisen tukemana. Tunnistamisen myötä voidaan harjoitella toimiviksi todettuja hallintakeinoja, jotka vähentävät stressiä lyhyellä aikavälillä. (Turkington ym. 2016, 391–392.)

Toimivia hallintakeinoja ovat Turkingtonin ym. (2016, 393) mukaan musiikin kuuntelu, taide, lukeminen, hengitysharjoitteet, television katsominen, soittimen soittaminen sekä lemmikin kävelyttäminen, silittäminen tai sen kanssa leikkiminen. Buccheri ym. (2013, 28) nimeää lisäksi muille puhumisen, kiireisenä pysymisen, muiden auttamisen, päihteiden välttämisen sekä lääkityksen ottamisen. Televisiosta ei suositella katsottavan uutisia tai muita ahdistusta lisääviä ohjelmia, hengitysharjoitusten ohjeita tulisi noudattaa tarkasti ja musiikkia kuunnellessa volyymin tulisi olla hiljainen. On huomioitava, että jokainen hallintakeino voi lisätä ahdistuneisuutta, mikäli niitä käytetään väärin. Tästä syystä hallintakeinoja tulisi harjoitella yhdessä ammattilaisen kanssa. (Turkington ym. 2016, 392–393.)

Kuntoutujan oppimista voidaan tukea ympäristöllä, luottamuksella ja strukturilla. Ääniharhat aiheena on arkaluontoinen, ja kuntoutuja ei välttämättä ole keskustellut niistä ennen ammattilaisen kanssa tai ryhmässä. Turvallinen ympäristö, kunnioitus ja johdonmukaisuus on tärkeää. Hallintakeinojen harjoittelua voidaan tukea strukturoiden tapaamisia, esimerkiksi kirjoittamalla tapaamisen etenemisen vaiheet esille. Ryhmämuotoiseen toteutumiseen on hyvä luoda ryhmän yhteiset säännöt. Opettamisen keinoina on suotavaa

hyödyntää konkreettisia, lyhyitä ja selkeitä vaihe vaiheelta -ohjeita sekä toistoa. (Buccheri ym. 2013, 29–30.)

Kuntoutujalle on hyvä kertoa, että vaikka äänet ovat monesti kriittisiä, ovat ne todellisuudessa ulkoistettuja ja vääristyneitä ajatuksia. Onnistuneen hallintakeinojen harjoittelujakson jälkeen kuntoutuja useimmiten kiinnostuukin äänien luonteesta ja sisällöstä. Tämä auttaa korvaamaan aikaisemmat pelottavat selitykset ja epäsuotuisat käyttäytymismallit. Kun kuntoutuja on ymmärtänyt, että ääniä voidaan ainakin osittain hallita, jää myös muulle elämälle enemmän tilaa. (Turkington ym. 2016, 393.)

Viikkoja hallintakeinojen omaksumisen jälkeen voidaan edetä suhtautumistapojen harjoitteluun. Suhtautumistapojen vaatima keskittyminen on helpompaa, kun äänien sisältö aiheuttaa vähemmän ahdistusta. Toimivat suhtautumistavat jakautuvat seuraaviin kategorioihin: järkipерäinen vastaaminen, skeemapohjaiset tekniikat, äänien lykkääminen, äänihetket, äänien sisällön kirjoittaminen ylös, mielikuvatyöskentely, myötätunnon luominen ääniä kohtaan, hyväksynnän saavuttaminen, mindfulness ja keskittymisharjoitteet. (Turkington ym. 2016, 391–393.)

Kuntoutujaa on syytä informoida, että samat strategiat eivät aina toimi kaikille. Ammattilaisen on tärkeää kertoa, että joskus strategian käyttö voi alkuun lisätä ahdistusta ja äänien voimakkuutta ennen kuin tilanne paranee.

Psykoedukaatiotilanteessa kuntoutujalla voi ilmetä huoli positiivisten äänien katoamisesta. Äänet voivat myös käskeä pidättäytymään kuntoutuksesta, tai kuntoutuja voi uskoa äänien kuulemisen olevan sairauden oire, jota ei voida muuttaa. Nämä tekijät voivat haastaa kuntoutujan sitoutumista kuntoutumisprosessiin. (Turkington ym. 2016, 392–393.)

6 KEHITTÄMISPROSESSI SPIRAALIMALLIN MUKAAN

Kehittämistyö toteutui spiraalisen eli syklisen mallin mukaan. Spiraalimalli muodostaa kehiä, joiden keskeisimpiä vaiheita ovat perustelu, organisointi, toteutus ja arviointi (Salonen 2013, 15). Kehittämiprosessi kuvataan alla näiden vaiheiden kautta. Arviointi sisältyy mallin jokaiseen työvaiheeseen (Salonen ym. 2017, 64).

Spiraalimalli valikoitui kehittämistyön malliksi, sillä se kuvastaa prosessin aikana toteutuvaa jatkuvaa reflektointia sekä työn muokkaamista palautteen ja pohdinnan perusteella. Sosiaali- ja terveysalan kehittämistyössä merkittävää oli myös, kuinka malli huomioi kehittämistoiminnan sosiaaliset, inhimilliset sekä kulttuuriset tekijät (Salonen 2013, 14). Kehittämistyö eteni pieniä askelia kerrallaan. Salosen (2013, 14) mukaan tämän vuoksi prosessin alussa kaikkia askelia ei voida määritellä täysin, vaan ne tarkentuvat vasta työskentelyn lomassa.

Spiraalimallissa kehittäminen kuvautuu jatkuvina uusina kehinä, joita kehystää reflektiivisyys ja vuorovaikutuksellisuus (Salonen 2013, 15). Prosessin keskiössä sijaitsee dialogi toimeksiantajan, ohjaavan opettajan sekä opinnäytetyön tekijöiden välillä. Vuorovaikutus loi pohjan kehittämistyön jatkuvalle arvioinnille. Arviointi mahdollistaa prosessin perustelujen tarkentamisen lisäksi myös sen organisoinnin ja toteutuksen. Tämän myötä kehittämistoimintaa voidaankin tarkastella jatkuvana prosessina. (Toikko & Rantanen 2009, 66.)

6.1 Perusteluvaihe

Kehittämistoiminnan perusteluvaiheessa merkittävää on vastata kysymykseen: miksi jotakin pitää kehittää juuri nyt? Kehittämistoiminta pohjautuu yleisimmin havaittuun ongelmaan tai visioon. (Toikko & Rantanen, 2009, 57.)

Tyksin psykoosiosastoilla toimintaterapeutit tunnistivat tarpeen psykoedukaatiomateriaalille ääniharjoja kokevien henkilöiden kuntoutuksessa. Kehittämistarve nousi toiveesta saada kuntoutujille helposti omaksuttavaa psykoedukaatiomateriaalia. Kehittämistarve syntyi toimeksiantajan kokemuksista käytännön työssä.

Kehittämistyö perustui psykoedukaation merkitykseen osana kokonaisvaltaista kuntoutusta. Psykoedukaation on todettu olevan psykoosien kokonaiskuntoutuksessa yksi tehokkaimmista psykososiaalisista hoitomuodoista (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133). Merkitys korostuu erityisesti ensimmäiseen psykoosiin sairastuneen kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Lisäämällä tietoa sairaudesta ja sen oireistosta voidaan vähentää kuntoutujan kokemaa stigmaa. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133–2134.)

Ääniharhat aiheuttavat merkittävää haittaa sairastuneen arkeen (Woods ym. 2022, 6). Psykoedukaatiomateriaalin ja informaation tuottaminen osana kehittämistyötä oli olennaista, sillä toimintaterapeuttien ammattiosaaminen keskittyy terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen toiminnan kautta (WFOT 2016, 1). Toimintaterapeutit toteuttavat interventioita yhteistyössä yksilöiden ja asianosaisten kanssa konsultoiden (WFOT 2016, 1).

6.2 Organisointivaihe

Tavoitteenasettelun hyväksyntä ja virallistaminen luo kehittämistoiminnan organisointivaiheelle pohjan. Organisointivaihe pitää sisällään toteutuksen suunnittelun ja valmistelun. (Toikko & Rantanen 2009, 58.)

Kehittämistyön ensimmäisen spiraalin kehä alkoi kartoittamalla ja tarkentamalla toimeksiantajan tarpeita ja toiveita koskien psykoedukaatiomateriaalia. Toimeksiantaja toivoi oppaan motivoivan lukijaa kuntoutumiseen, sitouttavan päihteettömyyteen, lisäävän ymmärrystä unen roolista psykoosisairauksiin liittyen sekä sisältävän vertaistuellista lähestymistapaa siitä, etteivät kuntoutujat ole oireidensa kanssa yksin. Visuaalisuuteen liittyen toimeksiantaja toivoi selkeitä kuvia ja ytimekästä tekstiä. Tärkeäksi toimeksiantaja koki myös sen,

että teksti olisi selkeää ja helposti ymmärrettävää. Tarpeet ja toiveet huomioiden laadittiin kirjallinen kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelma toimii johtamisen työvälineenä kehittämisprosessin aikana (Salonen ym. 2017, 60).

Kehittämissuunnitelmaan määriteltiin kehittämistyön viikkokohtainen aikataulu, perustelu, teoreettiset lähtökohdat ja kehittämismalli. Kehittämissuunnitelmassa pohdittiin myös prosessiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Aikatauluun kirjattiin muun muassa kehittämistyön eri vaiheet, oppaan kokeilujakso ja palaverit toimeksiantajan kanssa. Tarkan aikataulun laatiminen mahdollisti työskentelyn kohti kehittämistyön tavoitteita.

Kehittämistoiminnan kannalta merkittävää on suunnitteluvaiheeseen sisältyvä aiheen rajaus (Salonen ym. 2017, 59). Vaikka psykoottisiin häiriöihin kuuluu monia oireita, toimeksiantajan toiveiden ja rajallisten resurssien vuoksi opas keskittyy pääasiallisesti ääniharhoihin. Rajaus perustuu myös tutkimustietoon ja toimeksiantajan kokemukseen siitä, kuinka lääkehoidolla ei aina saada vastetta koettuihin ääniharhoihin.

6.3 Toteutus

Kehittämistyön kolmantena vaiheena oli toteutus. Vaihe pitää sisällään ideoinnin, priorisoinnin, kokeilun sekä mallintamisen (Toikko & Rantanen 2009, 60). Toteutuksen ensimmäisiä vaiheita olivat näytönhaku ja kirjallisen teoriataustan luominen. Näytönhaun ja toimeksiantajan kanssa toteutuneen ensimmäisen palaverin myötä kehittämistyön teemoja priorisoitiin ja tarkennettiin. Näytönhaku toteutui teemoista psykoosisairaudet, aistiharhat sekä psykoedukaatio.

Näytönhaku toteutui Ebscohost-tietokannoista: Academic Search Elite, Cinahl Complete, Ebook collection ja Medline. Tämän lisäksi hyödynnettiin Duodecim Oppiporttia, Terveyskirjastoa, Käypä hoito -suosituksia sekä ResearchGate-palvelua. Kirjallisuutta rajattiin ajan kohtaisuuden perusteella. Pyrkimyksenä oli

hyödyntää viimeisen kymmenen vuoden sisään julkaistua sekä vertaisarvioitua kirjallisuutta. Alla esitelty näytöhaun hakusanojen esimerkkejä:

Psykoosisairaudet	Ääniharhat	Psykoedukaatio
psychosis OR schizophrenia OR "psychotic disorder"	"auditory hallucinations" OR "hearing voices" AND psychosis OR schizophrenia OR "psychotic disorder"	psychosis OR schizophrenia OR psychotic disorder AND psychoeducational intervention OR psycho education OR psychoeducation AND occupational therapy OR occupational therapy intervention" "auditory hallucinations" OR "hearing voices" AND psychoeducation

Näytöhausta koostettu teoriatausta loi pohjan psykoedukaatio-oppaan kirjalliselle osiolla. Oppaan kokoaminen alkoi valitsemalla teoriasta teemat, jotka siirrettiin oppaaseen. Oppaan kokoamisen tukena hyödynnettiin Hyvärisen (2005) ohjetta siitä, kuinka rakentaa toimiva potilasohje. Ohjenuorina noudatettiin loogista etenemistä, otsikointia, kappalejakoja sekä yleiskielen hyödyntämistä (Hyvärinen 2005, 1769).

Tekstiä muokattiin selkeäksi, helposti ymmärrettäväksi sekä tiiviiksi, jotta kuntoutujat motivoituisivat tutustumaan oppaan sisältöön. Opas kirjoitettiin yleiskielellä ja neutraalilla asiatyylillä. Yleiskieli valikoitui siksi, että se kiinnittää lukijan huomion asiasisältöön (Kotimaisten kielten keskus n.d.) eli oppaan tarjoamaan informaatioon ääniharhoista ja niiden kuntouttamisesta. Oppaassa vältettiin ammattisanastoa, jotta teksti säilyi helppolukuisena (Kotimaisten kielten keskus n.d.). Henkilökohtaisempaa vaikutelmaa lisättiin lukijan puhuttelulla (Hyvärinen 2005, 1770). Puhuttelun ulkopuolelle rajattiin informatiiviset tekstit.

Yleiskielen lisäksi oppaassa käytettyä kieltä arvioitiin kohderyhmälle soveltuvaksi. Sanavalinnoilla pyrittiin vaikuttamaan kuntoutujan suhtautumiseen ja sitoutumiseen. Oppaassa käytettiin pääosin ilmausta "äänien kuuleminen" ääniharha -ilmaisun sijaan. Harha -sanana käyttöä pyrittiin välttämään, sillä sairautentunnottomat tai akuutissa sairauden vaiheessa olevat kuntoutujat saattaisivat toimeksiantajan mukaan kokea sen luotaantyöntävänä. Oppaassa

vältettiin stigmatisoivien termien käyttöä, joita Suvisaaren ym. (2021b) mukaan muun muassa ”skitsofreenikko” on. Myös oppaan nimeen *“Elämää äänien kanssa”* päädyttiin sen neutraaliuden vuoksi. Lopullinen nimivalinta oli toimeksiantajan ehdotus. Nimestä voi rivien välistä lukea, että äänien kanssa voi oppia elämään, vaikka niistä ei kokonaan pääsisi eroon.

Oppaan kirjallisen osuuden koostamisen jälkeen opas koottiin Canva Pro –ohjelmassa. Ohjelmassa toteutettiin oppaan rakenteen, asettelun ja olennaisen sisällön suunnittelu. Tulostettavan oppaan kooksi valikoitui A5. Kyseinen koko valikoitui siksi, että oppaan kaksi sivua sai aseteltua yhdelle A4-kokoiselle sivulle, jolloin kahtia taiteltuna sivuista muodostuu vihkomainen opas.

Oppaan takakanteen luotiin Mistä apua? -sivu, johon sijoitettiin muun muassa sivustoja sekä yhdistyksien yhteystietoja, joista kuntoutuja voi saada akuutistikin apua. Sivulle vinkattuihin yhdistyksiin otettiin sähköpostitse yhteyttä ja kysyttiin lupaa logojen käyttöön. Lupa saatiin Mieli ry:ltä, Mielenterveyden keskusliitolta sekä Moniääniset-yhdistykseltä.

Oppaan visuaalinen ilme luotiin pääosin Canva Pro-ohjelman valmiiden grafiikoiden (puhe- ja ajatuskuplat, koroste-elementit) avulla. Kuvituskuvat piirsi opinnäytetyöntekijä Selja Niemi. Kuvituskuvat piirrettiin käsin ja väritettiin Corel Painter 2023 –ohjelmalla. Kuvista tarjottiin toimeksiantajalle useampi vaihtoehto, joista valittiin oppaan kannalta tarkoituksenmukaisimmat versiot. Kuvitus pyrittiin pitämään toimeksiantajan toiveesta selkeänä, havainnollistavana sekä kuntoutujalle samaistuttavana.

Oppaan järjestäminen tulostusasetteluun vaati suunnittelua ja useita kokeiluversioita. Oppaan sivujen asettelun, kuvituksen, sisällön ja sivumäärän muuttuminen prosessin aikana vaati järjestyksen uudelleenlaatumista. Välttääksemme tulostamisen ongelmia kokeilujakson kynnyksellä toteutimme toimeksiantajalle asetteluja niin, että tulostus onnistui sekä pitkän sivun että lyhyen sivun kautta. Tällä minimoitiin riskit kokeilujakson viivästymiselle tulostushaasteiden vuoksi.

Ennen oppaan kokeilujaksoa toimeksiantajalle toimitettiin kaksi teoriapohjassamme hyödyntämäämme artikkelia, jotka tukevat oppaan hyödyntämistä. Tällä pyrittiin edistämään psykoedukaatiomateriaalin oikeaoppista ja eettistä käyttöä. Oppaan käytön tueksi suositellaankin perehtymään tämän opinnäytetyön teoriaosuuteen ja ainakin kahteen seuraavaan artikkeliin:

- R, Steed. 2014. A Client-centered model of instructional design for psychoeducation interventions in occupational therapy.
- Turkington, D., Lebert, L. & Spencer, H. 2016. Auditory hallucinations in schizophrenia: Helping patients to develop effective coping strategies.

Oppaassa haluttiin korostaa lukijalle terveydenhuollon ammattilaisen tuen ja läsnäolon tärkeyttä esimerkiksi hallintakeinojen ja suhtautumistapojen harjoittelussa. Hallintakeinojen harjoitteluun yksin liittyy riskejä (Turkington ym. 2016, 392–393), ja siksi tämä koettiin tärkeäksi saattaa myös lukijan tietoon.

Oppaan prototyypin valmistuttua toteutui seitsemän viikon kokeilujakso Tyksin psykoosiosastoilla 27.2.-14.4.2023. Toimeksiantaja toimitti oppaan psykoosiosastoille kokeiluun kahdeksalle toimintaterapeutille. Kokeilujakson tarkoituksena oli kartoittaa mahdollisia kehityskohteita oppaasta käytännön kokeilun myötä. Kokeilujakso ajoitettiin keskelle kehittämisprosessia, jotta palautteen keruulle ja oppaan jatkojalostamiselle jäi aikaa. Kokemuksia kerättiin palautekyselyllä (liite 1), joka luotiin Vehkalahden (2019) julkaisua mukaillen.

Kehittämistyön tuotoksena syntyi psykoedukaatio-opas ääniharhoja kuuleville Tyksin psykiatrian palvelualueen psykoosikuntoutujille. PDF-muotoinen ja tulostettava opas julkaistaan Theseukseen tämän opinnäytetyön yhteyteen erillisinä tiedostoina. Oppaan PDF-versiossa on hyödynnetty hyperlinkkejä, joita painamalla pääsee suoraan mainittujen yhdistysten nettisivuille. Tulostettava versio on aseteltu tulostettavaksi A4-kokoiselle arkille kaksipuolisesti lyhyen sivun yli. Opas taitellaan A5-kokoiseksi opasvihoksi.

6.4 Arviointivaihe

Arviointia tapahtuu syklisen mallin mukaisesti kehittämisprosessin jokaisessa vaiheessa (Toikko & Rantanen 2009, 66). Toteutuksen lomassa toimeksiantajalta haettiin palautetta jokaisen päävaiheen tuotokseen: kirjalliseen teoriataustaan, psykoedukaatio-oppaan kirjallisen osioon, psykoedukaatio-oppaan prototyyppiin sekä kuvituksiin. Toimeksiantajan kanssa toteutui yhteensä kaksi virallista arviointitapaamista suunnittelutapaamisen lisäksi. Vuorovaikutusta ylläpidettiin aktiivisesti sähköpostin välityksellä.

Oppaan kokoamisvaiheessa toimeksiantajalla oli kolme erillistä mahdollisuutta antaa keskeneräisestä oppaasta palautetta. Tällä pyrittiin ylläpitämään vuorovaikutusta toimeksiantajaan sekä varmistamaan, että lopputulos on heidän toiveidensa mukainen. Palautetta oppaasta pyydettiin kaksi kertaa ennen kokeilujakson alkua sekä kerran kokeilujakson päätteeksi. Kokeilujakson päätyttyä kerättiin kokoava palaute koko oppaasta sekä sen käyttämiseen liittyvistä kokemuksista. Jokaisessa vaiheessa tuotosta muokattiin mahdollisten toiveiden ja kehitysehdotusten pohjalta.

Oppaan kokoamisvaiheessa esille nousseet muokauskohteet olivat oppaassa käytetty kieli, oppaan asettelu, sisältö sekä kuvitus. Kielen suhteen oppaassa haluttiin olla tarkkoja. Toimeksiantaja toivoi, että lukijaa puhuteltiin "kuntoutujana" esimerkiksi "potilaan" sijaan. Kehittämisprosessin aikana tarkistettiin, että oppaassa ja teoriataustassa puhuttiin yksinomaan kuntoutujista. Tämän lisäksi hallintakeinojen harjoituksia muokattiin lukijaa puhuttelevaan muotoon, ja tekstistä muokattiin jatkuvasti selkeämpää ja helppolukuisempaa. Tekstiä selkeytettiin myös lihavoimalla avainsanoja ja -termejä.

Asettelyn ja sisällön suhteen toimeksiantaja toivoi, että riskitekijät ja suojatekijät eroteltaisiin selkeiksi kategorioiksi omille sivuilleen. Toimeksiantaja ja opinnäytetyöntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että erottelun ansiosta aihe oli kuntoutujalle helpommin hahmotettavissa. Riskitekijöiden listaukseen lisättiin toimeksiantajan toiveesta lisämaininta päihteidenkäytön vaikutuksista sekä

lääkitystä koskevaa sisältöä muokattiin. Toimeksiantaja toivoi, että lääkitystä käsiteltäessä pyrittäisiin puhumaan siitä motivoivaan, mutta realistiseen sävyyn. Riski- ja suojatekijöitä lukuun ottamatta sisältöön ei tehty suuria muutoksia.

Huolta syntyi toisesta oppaassa esitellystä mindfulness-harjoituksesta. Toimeksiantajan käsityksen mukaan mindfulnessia ei suositella kaikille psykoosikuntoutujille. Toisaalta Turkington ym. (2016, 395) kuvaa mindfulness-harjoitusten hyödyttävän ääniharjoja kokevia psykoosikuntoutujia. Myös Elletin (2013, 148) mukaan mindfulness on osa psykoosipotilaiden kuntoutuksessa käytettävää PBCT-terapiaa (person-base cognitive therapy). Ristiriidan vuoksi mindfulness-harjoitukset pyrittiin ohjeistamaan oppaassa ja teoriataustassa mahdollisimman tarkoin. Suositeltavaa olisi, että opasta työvälineenä hyödyntävä ammattilainen tutustuisi mindfulnessin menetelmiin teoriataustan lisäksi ennen kuin sitä toteuttaisi sairastuneen kanssa.

Kuvituskuvat herättivät jonkin verran keskustelua. Toimeksiantajalta saadun palautteen perusteella kuvia muokattiin ja osa poistettiin. Oppaan kuvista haluttiin kuntoutujalle mahdollisimman samaistuttavat, ja siksi selkeitä kuvia henkilöhahmoista pyydettiin välttämään. Tarkoituksena oli, että kuntoutuja pystyisi kuvittelemaan itsensä mahdollisimman hyvin esimerkiksi Hallintakeinot- ja Suhtautumistavat -kappaleiden harjoitteisiin. Myös Ääniharjojen syntymekanismi -kappaleen kuvitusta pyydettiin mukauttamaan, sillä alkuperäinen kuva (kuva 2 Kuva 2. Ääniharjojen syntyminen (de Bruijn 2006, 4223).) koettiin liian haastavaksi kuntoutujan ymmärtää. Nämä muokkaukset tehtiin oppaaseen ennen kokeilujaksolle lähettämistä.

Kokeilujakson loppupuolella toimeksiantajalle toimitettiin kysely, jolla kartoitettiin käyttökokemuksia oppaasta. Palautteen keräämisen menetelmäksi valittiin kyselytutkimus, sillä se soveltuu hyvin mielipidetiedusteluihin ja palautemittauksiin (Vehkalahti 2019, 11). Palautekysely luotiin Google Forms -alustalla. Kyselyn teemoja olivat oppaan käyttö, asiasisältö, käytetty kieli, ulkoasu ja käytettävyys. Oppaasta pyydettiin myös vapaata palautetta. Osaan kyselyn kysymyksistä vastattiin vapaamuotoisesti ja osa sisälsi valmiiksi annetut

vastausvaihtoehdot ”Kyllä” tai ”Ei”. Näitä vastausvaihtoehtoja kutsutaan avoimiksi ja suljetuiksi osioiksi (Vehkalahti 2019, 24). Valmiit vastausvaihtoehdot selventävät kyselyä, mutta vapaamuotoisista vastauksista saadaan tärkeää informaatiota (Vehkalahti 2019, 25). Palautekysely koostui yhteensä 20 kysymyksestä.

Koska kysely oli lyhyt ja vastaajajoukko pieni, päädyttiin mittausvälineen suhteen neliportaiseen Likert-asteikkoon. Likertin asteikko on yleisimmin käytetty mittaustapa kyselytutkimuksissa (Vehkalahti 2019, 35). Vastaajilla voitiin olettaa olevan mielipide kyseltävistä teemoista heidän ammatillisen kokemuksensa myötä. Tästä syystä ”en osaa sanoa”- vastausvaihtoehtoa ei tarjottu.

Palautekysely lähetettiin toimeksiantajan toimesta kahdeksalle toimintaterapeutille Tyksin psykiatrian palvelualueen psykoosiosastoille. Kyselyyn vastasi kolme henkilöä. Kaikki kyselyyn vastanneista olivat kokeilleet opasta kokeilujakson aikana 1–2 kertaa.

Lopullinen palautekeskustelu pidettiin yhdessä toimeksiantajan kanssa 17.4.2023 kokeilujakson päätyttyä. Keskustelussa käytiin läpi kyselyn tuloksia sekä vapaata palautetta kokeilujaksosta. Toimeksiantaja toi esiin, kuinka myös muut ammattiryhmät, kuten lähi- ja sairaanhoitajat olivat kyenneet hyödyntämään opasta työssään. Opas oli arvioitu helppolukaiseksi ja selkeäksi. Ulkoasu koettiin kauniina. Toimeksiantajan mukaan opas mahdollisti psykoedukaation antamisen jo varhaisessa hoitovaiheessa. Opasta oli hyödynnetty osana kuntoutujien arviointijaksoa, minkä myötä työtavat olivat kehittyneet.

Palautekyselyssä oppaan asiasisällön suhteen kukaan vastanneista ei toivonut teemoista lisää tietoa oppaaseen. Sen sijaan yksi kolmesta vastasi, että karsisi oppaasta pois Mindfulness -kappaleen tiikeriharjoituksen. Tästä keskusteltiin yhdessä palautetapaamisella toimeksiantajan kanssa. Keskustelussa heräsi kysymyksiä siitä, onko tiikeriharjoitus tarpeeksi ymmärrettävässä muodossa ja voiko psykoosikuntoutujalle suositella mindfulness-harjoitusta. Teoriapohjaan

perustuen tultiin kuitenkin yhteiseen lopputulokseen siitä, että tiikeriharjoituksen toimivuudelle kyseisen kohderyhmän kanssa on tutkimuksellista näyttöä. Tiikeriharjoitus päädyttiin jättämään oppaaseen. Harjoitusta kuitenkin selkeytettiin. Harjoituksen yhteydessä ollut kuvituskuva poistettiin, sillä toimeksiantajan mukaan tiikerin kuvituskuva saattaisi ohjailla tai rajoittaa lukijan mielikuvitusta.

Vain yksi kyselyyn vastanneista oli perehtynyt oppaan käyttöä tukeviin materiaaleihin (kehittämistyön teoriatausta sekä kaksi jaettua tutkimusta). Merkittävää kuitenkin oli, että kaikkien vastanneiden mukaan opas on käytettävissä ilman tukimateriaaleja. Vastaajista kaikki kokivat oppaan soveltuvan yksilöterapiaan. Kaksi vastaajaa koki oppaan soveltuvaksi ryhmäterapiaan ja arviointijaksolle, yksi vastaaja oli soveltuvuudesta jokseenkin samaa mieltä.

Tavoitteena oli, että oppaassa käytetty kieli olisi kohderyhmälle riittävän helppoa, eikä se lisäisi psykoosisairauksiin liittyvää stigmaa. Tämä toteutui kaikkien kyselyyn vastanneiden mukaan. Myös oppaan visuaaliseen ilmeeseen oltiin tyytyväisiä. Vapaaseen palautteeseen kolmesta vastaajasta oli vastannut kaksi. Palautteet alla:

”Mukavasti luettavissa ja kaunis ulkoasu, selkeä ja asiallinen.”

”Hyvä kokonaisuus, jota voi käyttää sellaisenaan tai pilkkua useammalle tapaamiskerralla. Helposti lähestyttävä ja helppolukuinen. Potilailta hyvää palautetta, että tuli uutta tietoa hieman ja hyvää kertausta loput.”

Kehittämistyön loppumetreillä toimeksiantajalta pyydettiin sähköpostitse arviointilausunto opinnäytetyöstä. Toimeksiantajalausunnossa opinnäytetyötä ja sen tekijöitä arvioidaan asteikolla tyydyttävä - hyvä - kiitettävä. Toimeksiantaja arvioi opinnäytetyön tavoitteen saavuttamista, työn hyödynnettävyyttä, tekijöiden osaamista, johtopäätöksiä ja aktiivisuutta. Kaikki osa-alueet toimeksiantaja arvioi kiitettäväksi.

7 POHDINTA

Kehittämistyön kriittisessä arvioinnissa on merkittävää analysoida kehittämisen tuottamaa muutosta ja sen vaikutusta kohderyhmään. Kehittämistoiminta on reflektiivinen oppimisprosessi. Tästä syystä onkin ensiarvoisen tärkeää pohtia, mitä prosessin aikana opittiin ja missä epäonnistuttiin. (Salonen ym. 2017, 64–65.)

Tällä psykoedukaatiomateriaalilla oli kaksi päätavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena oli jakaa potilaille informaatiota heidän oireistaan psykoedukaatiivisin menetelmin. Informaatio tuotettiin kirjallisen oppaan muotoon. Toisena tavoitteena oli tarjota toimintaterapeuteille työväline tiedon jakamiseen sekä puheeksi ottamiseen. Toimintaterapian näkökulmasta kehittämistyö pyrki tuottamaan helposti ymmärrettävää ja omaksuttavaa materiaalia, joka osaltaan edistäisi kuntoutujien toiminnallisuutta. WFOT (2012, 1) korostaakin kannanotossaan toiminnantieteen merkitystä toiminnallisia häiriöitä tai toiminnallista menetystä kohdatessa.

Elämää äänien kanssa -opas tukee ääniharjoja kuulevan psykoosikuntoutujan kanssa toteutettavaa psykoedukaatiota. Opasta voidaan asiakaslähtöisesti hyödyntää kokonaisuutena tai pilkkoa sitä pienemmiksi osiksi, esimerkiksi sivu tai aihealue kerrallaan. Oppaassa on pyritty lukijaa osallistavaan lähestymistapaan. Psykoedukaatiomateriaalia voidaan soveltaa eri kuntoutujien kanssa kognitiiviset valmiudet huomioiden. Oppaasta löytyy enemmän tietoa heille, jotka ovat kiinnostuneet tutustumaan aiheeseen syvemmin, esimerkiksi ääniharjojen synnyn osalta. Opas on ensisijaisesti suunniteltu käytäväksi läpi ammattilaisen kanssa. Kokeilujakson palautteiden perusteella kuntoutuja voi hyötyä oppaaseen tutustumisesta myös itsenäisesti. Psykoedukaatiomateriaali on sovellettavissa yksilö- ja ryhmäterapiassa lisäksi arviointijaksoilla.

Ääniharjojen kanssa eläville on olemassa muutama suomenkielinen psykoedukaatiomateriaali. Kehittämistyön tuotoksena syntynyt opas luotiin kohderyhmän erityistarpeet, kuten kognitiiviset haasteet huomioiden. Oppaassa

vältettiin pitkiä tekstikappaleita sekä ammattisanastoa, pyrittiin jäsentämään teksti helppolukuisesti sekä havainnollistamaan informaatiota kuvituksella. Opas pyrittiin tuottamaan mahdollisimman helposti omaksuttavaan muotoon kuntoutujan näkökulmasta. Toimintaterapeuttinen erityisosaaminen toiminnan soveltamisesta ja pilkkomisesta mahdollisti oppaan tekemisen niin, että se soveltuu erilaisiin asiakastilanteisiin ja eritasoisille lukijoille.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa kolmen tekijän voimin haasteena oli täsmentää kehittämisen teemat maltillisiin raameihin. Niin toimeksiantajalla kuin opinnäytetyön tekijöillä ideoita riitti tusinoittain. Psykoosia sairastavien kuntouttaminen on monimuotoista, mutta opinnäytetyön aihe päädyttiin rajaamaan kohderyhmälle olennaisen psykoedukaatiomateriaalin tuottamiseen. Kehittämisprosessia laajennettiin kokeilujakson verran.

Kehittämisprosessi kulki perusteellisesti luodun aikataulun ja suunnitelman asettamia suuntaviivoja pitkin. Koska opinnäytetyön tekijöitä oli kolme, oli aikataulutusta välttämätöntä kehittämistyön valmistumiseksi ajallaan. Luodussa aikataulussa pysyttiin onnistuneesti, vaikka alun perin opinnäytetyöseminaaripäivän ajankohta luultiin viikkoja myöhemmäksi. Yhteisiin sekä henkilökohtaisiin aikatauluihin sitoutuminen oli työn kannalta ratkaisevaa. Suunnitelmaa laatiessa työvaiheisiin kuluva aika arvioitiin onnistuneesti.

Selkeä aihealueiden rajaus sekä yhteydenpito toimeksiantajaan tukivat prosessin etenemistä ja tavoitteiden saavuttamista. Toimeksiantajaan ylläpidettiin jatkuvaa ja alhaisen kynnyksen vuorovaikutusta, jotta varmistettiin kehittämistyön vastaavan heidän toiveitaan sekä kuntoutujien tarpeita. Kuntoutujien tarpeita selvitettiin pyytämällä palautetta psykoosiosastojen toimintaterapeuteilta, jotka olivat jo pidempään työskennelleet psykoosikuntoutujien kanssa.

Kehittämistyön tavoitteet toteutuivat. Kokeilujaksosta kerätyn palautteen perusteella kehittämistyön tuotoksella, psykoedukaatiomateriaalilla, oli ollut positiivinen vaikutus jo kehittämisprosessin aikana. Toimeksiantaja erikseen toivoi, että he saisivat nostettua Tyksin psykiatrian palvelualueen

kehittämispäivillä näkyvyyttä tuotetulle oppaalle. Näin sen olisi mahdollista levitä myös muiden ammattiryhmien hyödynnettäväksi.

Tämä kehittämistyö tarjosi tekijöilleen uusia oppeja kehittämismenetelmistä ja -tavoista. Kehittämistoiminnan menetelmiä olisi voitu kehittämistyössä hyödyntää monipuolisemmin. Kehittämistyössä hyödynnettiin esittäviä ja keskustelua edistäviä menetelmiä, kuten dialogista keskustelua ja käsitekarttoja. Ajalliset resurssit loivat painetta kattavan teoriataustan sekä itse oppaan luomiselle.

Oppaan kokoamisessa kohdattiin useita sudenkuoppia. Prosessin edetessä ja oppaan muokkaantuessa lähdemerkintöjen numerot vaihtelivat useaan kertaan. Kätevintä olisi ollut vaihtaa kirjalliset lähdemerkinnät numeroiksi vasta oppaan lopullisen version valmistuttua. Myös oppaan tulostusasetteluiden kanssa useita työtunteja valui hukkaan. Asettelut olisi ollut järkevää tehdä vasta oppaan lähtiessä kokeilujaksolle sekä lopullisten muutosten jälkeen.

Oppaan visuaalisuuteen kohdistuneita muutoksia olisi voitu ennaltaehkäistä ylimääräisellä tapaamisella toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajan mielipidettä pyydettiin visuaalisuuteen liittyen oppaan kokoamisen alkutaipaleella. Kuvituskuvat luotiin vasta ensimmäiseen prototyyppiin, jolloin näkemyserot tulivat ilmi. Ajallisten resurssien painostaessa ylimääräisen tapaamisen toteutumiseksi oltaisiin voitu hyödyntää etäyhteyttä.

Syklisen mallin eteneminen koettiin raportointivaiheessa haasteelliseksi kuvata. Vaiheiden määrittelemistä kirjalliseen muotoon vaikeutti kehittämisen prosessin syklisyys ja vaiheiden jatkuva vuorottelu. Kronologisen etenemisen sijaan kehittämisen prosessin kehät kuvautuivat jokaisen työvaiheen kohdalla uudelleen, vaikka ne raportissa kuvataan vaihe kerrallaan eteneväksi.

Kehittämisen prosessin aikana huomattiin, kuinka vahvat yhteistyötaidot, opinnäytetyön tekijöiden oma mielenkiinto opinnäytetyön teemoihin sekä opintojen tarjoama soveltamisosaaminen tukivat prosessin etenemistä. Jokainen tekijä löysi oman vahvuutensa osana kehittämistyöryhmää syventäen entisestään innovaatiopedagogiikan mukaista verkosto-osaamistaan.

Tämä kehittämistyö mahdollisti tekijöille ammatillisen osaamisen laajentumisen muun muassa psykoosisairauksien ja ääniharhojen osalta. Tietotaidon lisääntyminen psykiatrisesta toimintaterapiaosaamisesta vahvisti opinnäytetyön tekijöiden kiinnostusta mielenterveyskuntoutujien kanssa toimimiseen. Uutena näkökulmana tutustuttiin psykoedukatiivisiin malleihin, joiden pohjalta kehittämistyön tuotos rakennettiin. Opintojen aikana opinnäytetyön tekijät olivat perehtyneet psykoedukaatioon osana kurssikokonaisuutta, mutta vasta kehittämistyön myötä sen laajempi merkitys osana kuntoutumisprosessia avautui. Toimintaterapeuttinen ydinosaaminen korostui ja vahvistui oppaan rakentamisen yhteydessä tiedon soveltamisena ja porrastamisena kuntoutujalle sopivaan muotoon.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden arvioinnissa hyödynnettiin TENK Hyvä tieteellinen käytäntö - julkaisua (2023). Keskeistä psykoedukaatiomateriaalin tuottamisen eettisyyden toteutumisessa oli materiaalin perustuminen luotettavaan tutkimusnäyttöön. Tutkimusnäyttö kerättiin noudattaen tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat tarkkuus, rehellisyys sekä huolellisuus (TENK 2023, 6). Koska oppaan kohderyhmänä ovat vakavasti psyykkisesti sairaat henkilöt, oli erityisen tärkeää, että materiaalissa jaetulla tiedoilla ja keinoilla pyritään edistämään terveyttä eikä vaarantamaan sitä.

Kehittämistyössä sensitiivisyys oli tärkeää ottaa huomioon materiaalin tuottamisen lisäksi koko opinnäytetyöprosessissa. Niin sanavalinnoilla, kuvituskuvilla kuin sisällön valinnalla oli merkitystä. Koska psykoosisairauksiin ja erityisesti skitsofreniaan liittyy paljon stigmaa, tärkeäksi koettiin kiinnittää huomiota myös sanavalintoihin kuntoutujiin ja oireisiin viitatessa.

Alla olevat sitaatit Toimintaterapeuttien ammattieettisistä ohjeista (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2011) toimivat opinnäytetyömme ohjenuorina:

”Ammatilliseen tiedonvälitykseen kuuluu velvollisuus välittää työyhteisölle asiakkaan kuntoutumisen ja hyvinvoinnin kannalta tärkeät tiedot.”

”Toimintaterapia perustuu vakiintuneeseen sekä hyväksytyyn näyttöön perustuvaan käytäntöön sekä tutkimustietoon.”

Kehittämistyön perustumisella näyttöön pyrittiin turvaamaan oppaan luotettavuus ja vaikuttavuus. Oppaan yhtenä tavoitteena oli toimia toimintaterapeuttien työvälteenä. Vuorovaikutuksessa kentällä työskentelevien toimintaterapeuttien kanssa kehitetty opas toi mukanaan myös uusia menetelmiä kuntoutumisprosesseihin.

Näytönsuhteissa haasteita esiintyi tutkimusartikkeleiden ajankohtaisuuden suhteen. Teoriapohjassa pyrittiin hyödyntämään viimeisen 10 vuoden aikana julkaistua aineistoa. Joidenkin aineistojen suhteen jouduttiin kuitenkin tekemään myönnytyksiä, sillä esimerkiksi aistiharhoista oli rajallisesti saatavilla uudempaa tutkimusnäyttöä. Tämän vuoksi aihealueen teoriataustassa jouduttiin hyödyntämään hieman vanhempia lähteitä. Oletuksena oli, että aistiharhoihin liittyvä perustason tieto ei olisi viimeisen 20 vuoden aikana muuttunut merkittävästi. Monet uudemmissa artikkeleista viittasivat myös huomattavasti vanhempiin lähteisiin, joista osaa hyödynnettiin tässä opinnäytetyössä.

Muutamassa tapauksessa opinnäytetyössä viitataan alkuperäiseen aineistoon toissijaisten lähteiden kautta. Nämä tapaukset johtuivat siitä, että alkuperäiseen aineistoon ei päästy käsiksi, mutta niissä käsitelty informaatio koettiin olennaiseksi. Toissijaisten lähteiden käyttö pyrittiin pitämään minimissään, jotta teoriataustan luotettavuus pystyttäisiin takaamaan (Centria 2016, 19–20).

Kehittämistyön aikana ei kerätty tai säilytetty henkilötietoja. Toimeksiantajalta varmistettiin, että tutkimusluvan hankkimiselle ei ollut tämän kehittämistyön yhteydessä tarvetta, sillä oppaan palautekysely toteutettiin anonyymisti ja kysely kohdistui vain kokeilujaksoon osallistuneille toimintaterapeuteille. Toimeksiantaja toimitti kyselyn vastaajille. Näin ollen vastaajien henkilötietoja ei käsitelty. Kyselyn anonyymius tuotiin kyselyn yhteydessä esiin vastaajille. Palautekyselyn perusteella ei ollut myöskään mahdollista päätellä, millä osastolla kukin vastaajista työskenteli. Jokaisen kysymyksen ja vastausmuodon valinnassa käytettiin jo ennakoivasti erityistä harkintaa anonyymiyden

turvaamiseksi. Toisaalta vastaajien vähäinen määrä (n=3) sai pohtimaan anonyymiyden pitävyyttä.

Kehittämistyön aikana opinnäytetyön tekijöiden ymmärrys tekijänoikeuksiin syventyi ja taito erilaisten lupien hankkimisesta parantui oppaan toteutuksen myötä. Oppaan "Mistä apua?"-sivulla käytettyjen yhdistysten logojen käyttämiseen pyydettiin luvat yhdistyksiltä sähköpostitse. Oppaaseen jätettiin vain niiden yhdistysten logot, joilta saatiin lupa. Opinnäytetyössä ja oppaassa kunnioitettiin käytettyjä lähteitä sekä merkittiin ne selkeästi ja Turun Ammattikorkeakoulun ohjeistuksia noudattaen. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan tulee kunnioittaa muiden toteuttamaa tutkimustyötä ja viitata heidän julkaisuihinsa (TENK 2023, 14). Oppaassa lähdemerkinnät ovat tekstissä numeroin, jotta ne eivät veisi huomiota asiasisällöstä. Myös tilallisten resurssien ja selkokieliisyyden vuoksi numeromerkinnät koettiin paremmaksi vaihtoehdoksi.

Oppaan suositteluun yksilön omaan käyttöön aiheutti pitkällistä harkintaa. Oppaassa esiteltyjä hallintakeinoja ja suhtautumistapoja suositellaan harjoittelemaan yhdessä ammattilaisen kanssa ennen niiden itsenäistä käyttämistä. Toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella tultiin siihen lopputulokseen, että opas voidaan tarjota yksilön omaan käyttöön, sillä se sisältää huomautuksen keinojen harjoittelusta ammattilaisen kanssa.

7.2 Jatkokehittämisehdotukset

Aikataulullisista syistä kehittämistyössä ei ollut mahdollisuutta kartoittaa oppaan hyötyjä kuntoutujan näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi ollut saada laajempaa tietoa toimintaterapeuttien lisäksi myös muun henkilökunnan kokemuksista oppaan käytön osalta. Vaikka näitä jo kokeilujakson jälkeisessä kyselyssä kysyttiin, ei toimintaterapeuteille sattunut kokeilujakson aikana montaa tilaisuutta oppaan hyödyntämiselle kuntoutujien yksilöllisistä oirekirjoista johtuen. Ääniharjoja kokevia tai oppaan käytön kannalta otollisessa kuntoutumisen vaiheessa olevia kuntoutujia ei sattunut montaa kyseiselle ajanjaksolle.

Johtopäätökset oppaan sovellettavuudesta ja luotettavuudesta jäivät heikolle pohjalle, sillä kokeilujaksosta saatu palaute oli vähäistä. Palautekyselyyn osallistui ennalta odotettua vähemmän vastaajia. Jotta oppaan toimivuudesta saataisiin kattavampi kuva, tulisi sitä tutkia pidempään ja suuremmalla otosryhmällä.

Loppupalaverissa nousi toimeksiantajan kanssa puheeksi, että kyseinen psykoedukaatiomateriaali olisi tarpeellinen myös englanninkielisenä. Oppaan kääntäminen mahdollistaisi sen käytön myös heille, jotka eivät suomea ymmärrä. Erityisesti maahanmuuttotaustaisille psykoosikuntoutujille olisi hyödyllistä saada psykoedukaatiomateriaalia jopa mahdollisesti omalla äidinkielellään. Psykoedukaatiomateriaalia olisi hyödyllistä tuottaa myös laajemmin muiden aistiharhojen osalta.

LÄHTEET

- Bailey, T.; Alvarez-Jimenez, M.; Garcia-Sanchez, A.; Hulbert, C.; Barlow, E. & Bendall, S. 2018. Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 44, No 5, 1111–1122.
- Bendall, S.; Jackson, H.; Hulbert, C. & McGorry, P. 2007. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 34, No 3, 568–579.
- Brown, C. 2019. Schizophrenia and schizoaffective disorder. Teoksessa Brown, C.; Stoffel, V. & Munoz, J. 2019. Occupational therapy in mental health. A vision for participation. 2. edition. F. A Davis Company. Philadelphia. 225–235.
- Buccheri, R.; Trygstad, L.; Buffum, M.; Birmingham, P. & Dowlingm, G. 2013. Self-management of unpleasant auditory hallucinations. A tested practice model. *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 51, No 11, 27–34.
- Calabrese, J. & Al Khalili, Y. 2022. Psychosis. StatPearl. Treasure Island: StatPearls Publishing. Viitattu 12.1.2023. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546579/>)
- Centria-ammattikorkeakoulu. 2016. Opinnäytetyö- ja kirjoitusohjeet. 2. painos. Viitattu 24.4.2023. (<https://www.theseus.fi/handle/10024/107033>)
- Cullberg, J. 2005. Psykoosit: Kokoava näkökulma. Helsinki: Therapeia-säätiö.
- de Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen lääkärilehti*. Vol. 41, 4219–4225.
- Ellet, L. 2013. Person-based cognitive therapy for distressing psychosis. Teoksessa Morris, Eric M. J.; Louise C. Johns; Joseph E. Oliver. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. Wiley-Blackwell. 146–159.
- Haddad, P.; Brain, C. & Scott, J. 2014. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures*. Vol. 5, 43–62.
- Hertzberg, T. 2022. Lapsivuodepsykoosi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.1.2023. (www.terveyskirjasto.fi)
- Hewing, E. 2020. Psychosis: metaphorically speaking. *Human Givens Journal*. Vol. 27, No 1, 12–21.

- Huttunen, M. 2018a. Harhaluulo (deluusio). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.1.2023. (www.terveyskirjasto.fi)
- Huttunen, M. 2018b. Harha-aistimus (hallusinaatio). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.1.2023. (www.terveyskirjasto.fi)
- Huttunen, M. 2018c. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.1.2023. (www.terveyskirjasto.fi)
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Vol. 121, No 12, 1769–1773.
- Hämäläinen, K.; Kanerva, Kuhanen, C.; Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jansson, M. 2019. Psykiatrinen tautiluokitus kehittyä. Lääkärilehti. Viitattu 16.5.2023 (<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/uutiset/psykiatrinen-tautiluokitus-kehitty/?public=3810ef6023ddb28dedd0c8a0f5507e9>)
- Jardri, R.; Pouchet, A.; Pins, D. & Thomas, P. 2011. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A coordinate-based meta-analysis. The American Journal of Psychiatry. Vol. 168, No 1, 73–81.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Vol. 129, 2133–2139.
- Komulainen, J.; Lehtonen, J. & Mäkelä, M. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. 2. painos. THL. Tampere: Juvenes Print Oy. Tampereen yliopistopaino. (<https://www.julkari.fi/handle/10024/90815>)
- Korkeila, J. 2016. Katatonia. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Vol. 132, No 15, 1321–1327.
- Kotimaisten kielten keskus. n.d. Mitä yleiskieli on? Viitattu 21.2.2023. (https://www.kotus.fi/kielitieto/yleiskieli_ja_sen_huoltaminen/yleiskieli/mita_yleis_kieli_on)
- Kumpulainen, K.; Aronen, E.; Ebeling, H.; Laukkanen, E.; Marttunen, M.; Puura, K. & Aalberg, V. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Lean, M.; Fornells-Ambrojo, M.; Milton, A.; Lloyd-Evans, B.; Harrison-Stewart, B.; Yesufu-Udechuku, A.; Kendall, T. & Johnson, S. 2019. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 214, No 5, 260–268.

Leucht, S.; Magdolna, T.; Komossa, K.; Heres, S.; Kissling, W.; Salanti, G. & Davis, J. 2012. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. Vol. 379, No 9831, 2063–2071.

Linscott, J. & van Os, J. 2013. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*. Vol. 43, 1133–1149.

Linszen, M.; de Boer, J.; Schutte, M.; Begemann, M.; de Vries, J.; Koops, S.; Blom, R.; Bohlken, M.; Heringa, S.; Blom, J. & Sommer, I. 2022. Occurrence and phenomenology of hallucinations in the general population: A large online survey. *Schizophrenia*. Vol. 8, No 41, 1–11.

Longenecker J.; Haas, G. & Salisbury, D. 2022. Hierarchical symptom components in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 48, No 4, 893–901.

Lönnqvist, J. 2021a. Diagnoosiluokitukset ICD ja DSM. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2021. *Psykiatria*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 18.5.2023. (<https://www.finna.fi/Record/3amk.295173>)

Lönnqvist, J. 2021b. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2021. *Psykiatria*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 13.1.2023. (<https://www.finna.fi/Record/3amk.295173>)

Lönnqvist, J. & Partonen T. 2021. Psykiatrian käsitteitä. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2021. *Psykiatria*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 13.1.2023. Vaatii kirjautumisen palveluun. (<https://www.finna.fi/Record/3amk.295173>)

Maijer, K.; Begemann, M.; Palmen, S.; Leucht, S. & Sommer, I. 2018. Auditory hallucinations across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*. Vol. 48, No 6, 879–888.

McGrath, J.; Saha, S.; Al-Hamzawi, A.; Alonso, J.; Bromet, E.; Bruffaerts, R.; Caldas-de-Almeida, J.; Tat Chiu, W.; de Jonge, P.; Fayyad, J.; Florescu, S.;

Gureje, O.; Haro, J.; Hu, C.; Kovess-Masfety, V.; Lepine, J.; Lim, C.; Mora, M.; Navarro-Mateu, F.; Ochoa, S.; Sampson, N.; Scott, K.; Viana, M. & Kessler, R. 2016. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*. Vol. 72, No 7, 697–705.

Mechri, A.; Mansour, W.; Brunelin, J.; Mrad A.; Saoud, M.; Gassab, L. & Poulet, E. 2016. Persistent auditory hallucinations in a sample of schizophrenic outpatients. Artikkelin tiivistelmä. *European Psychiatry*. Vol. 20, No 1. Viitattu 15.1.2023.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933815303047?via%3Dihub>)

Mielenterveystalo.fi n.d. a. Psykoosiin sairastuminen. Viitattu 11.2.2023.

(<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykoosi/psykoosiin-sairastuminen>)

Mielenterveystalo.fi. n.d. b. Psykoosien diagnoosit. Viitattu 11.1.2023.

(<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykoosi/psykoosien-diagnoosit>)

Nukari, J. & Poutiainen, E. 2020. Neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Hokkanen, L.; Akila, R. 2020. Kliininen neuropsykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 17.1.2023. (<https://www.finna.fi/Record/3amk.284644>)

Oksanen, J. 2020a. Tietoinen läsnäolo (mindfulness) yhdistettynä psykoedukaatioon tai kognitiiviseen terapiaan skitsofreniapotilaiden hoidossa. Näytönastekatsaus. Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2022. Viitattu 17.2.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/nak09438>)

Oksanen, J. 2020b. Lyhytkestoinen koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) ja psykoosien uusiutuminen. Näytönastekatsaus. Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022. Viitattu 13.1.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/nak09442>)

Oksanen, J. 2020c. Psykoedukaation hyödyt skitsofreniapotilaiden omaisille. Näytönastekatsaus. Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022. Viitattu 13.1.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/nak02540>)

Oksanen, J. 2020d. Psykoedukaatiiviset perheinterventiot skitsofreniapotilaan hoidossa. Näytönastekatsaus. Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022. Viitattu 13.1.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/nak02316>)

Phelan, S., & Sigala, N. 2022. The effect of treatment on insight in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. Vol. 244, 126–133.

Salokangas, R. 2004. Aistiharha – neurologinen vai psykiatrinen häiriö? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Vol. 120, No 17, 2085–2092.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy. Viitattu 14.2.2023. (<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>)

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun Ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy. Viitattu 14.2.2023 (<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>)

Schneider, J. 2006. Self-management in mental health: questions for service providers and commissioners. Psychiatric Bulletin. Vol. 30, No 4, 121–123.

Sheaves, B.; Johns, L.; Loe, B.; Bold, E., Cernis, E.; The McPin hearing voices lived experience advisory panel.; Molodynski, A. & Freeman, D. 2022. Listening to and believing derogatory and threatening voices. Schizophrenia Bulletin. Vol. 49, No 2, 151–160.

Shevlin, M.; Murphy, J.; Read, J.; Mallet, J.; Adamson, G. & Houston, J. 2010. Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. Vol. 46, No 12, 1203–1210.

Shiraishi, N.; Watanabe, N.; Kinoshita, Y.; Kaneko, A.; Yoshida, S.; Furukawa, T. A. & Akechi, T. 2014. Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: An exploratory study. The journal of nervous and mental disease. Vol. 202, No 1, 35–39.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2020. Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.1.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/khp00031#s7>)

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.1.2023. (<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050?tab=suositus>)

Steed, R. 2014. A client-centered model of instructional design for psychoeducation interventions in occupational therapy. Occupational Therapy in Mental Health Vol. 30, No 2, 1–7.

Stephane, M.; Barton, S & Boutros, N. 2001. Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. Schizophrenia Research. Vol. 50, No 1, 61–78.

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. 2011. Toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet. Viitattu 7.4.2023.

(http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/ammattieettiset_ohjeet_2011.pdf)

Suvisaari, J.; Hietala, J.; Jääskeläinen, E.; Kiesepää T.; Koponen, H. & Lönnqvist, J. 2021a. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2021. Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 14.1.2023.

(<https://www.finna.fi/Record/3amk.295173>)

Suvisaari, J.; Jääskeläinen, E. & Lönnqvist, J. 2021b. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2021. Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 17.1.2023.

(<https://www.finna.fi/Record/3amk.295173>)

TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. 1. painos. Helsinki. Viitattu 12.4.2023. (https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Juvenes Print Oy. Viitattu 15.2.2023.

(https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf)

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

THL. 2011. ICD-10-tautiluokitusta päivitetään – sadomasokismi poistuu listalta. Duodecim. Uutiset ja tiedotteet. Viitattu: 18.5.2023.

(https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=24&p_artikkeli=uux14743)

THL. 2022a. Psykoedukaatio. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.1.2023. (<https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/maahanmuuttaneiden-mielenterveys/maahanmuuttaneiden-mielenterveyden-edistaminen/psykoedukaatio>)

THL. 2022b. Psykoosi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.1.2023. (<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>)

Turkington, D.; Lebert, L. & Spencer, H. 2016. Auditory hallucinations in schizophrenia: Helping patients to develop effective coping strategies. *British Journal of Psychiatry Advances*, Vol. 22, No 6, 391-396.

Tuulio-Henriksson, A. 2020. Skitsofrenia. Teoksessa Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Hokkanen, L.; Akila, R. 2020. *Kliininen neuropsykologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 13.1.2023. (<https://www.finna.fi/Record/3amk.284644>)

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsingin yliopisto. Finn Lectura. Viitattu 23.2.2023 (<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf>)

Waite, F.; Sheaves, B.; Isham, L.; Reeve, S. & Freeman, D. 2020. Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*. Vol. 221, 44–56.

WFOT. World Federation of Occupational Therapists. 2012. Position statement. occupational science. (<https://www.wfot.org/resources/statement-on-occupational-therapy>)

WFOT. World Federation of Occupational Therapists. 2016. Code of Ethics. (<https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>)

Woods, A.; Alderson-Day, B. & Fernyhough, C. 2022. *Voices in psychosis. interdisciplinary perspectives*. Oxford University Press. Oxford.

PALAUTEKYSELY

Elämää äänien kanssa - oppaan palautekysely kokeilujaksosta

Tämän kyselylomakkeen tavoitteena on kartoittaa käyttökokemuksia "Elämää äänien kanssa - opas ääniä kuuleville" -psykoedukaatiomateriaalista. Psykoedukaatiomateriaalia tullaan kehittämään tämän kyselyn vastausten perusteella.

Kyselylomake on suunnattu Tyksin psykoosiosastoilla toimiville toimintaterapeuteille, jotka ovat osallistuneet oppaan kokeilujaksoon. Vastauksia tullaan analysoimaan ja ne kirjataan opinnäytetyöhön.

Kysely koostuu monivalinta- ja asteikkokysymyksistä sekä avoimista kysymyksistä. Kysymyksiä on 20 kappaletta. Pakolliset kysymykset on merkitty tähdellä. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5-15 minuuttia. Vastausaikaa kyselyyn on 17.4.2023 klo 10 saakka.

Kysely toteutuu anonymisti.

 Ei jaettu



Oppaan käyttö

1. Kuinka monta kertaa kokeilit opasta kokeilujakson aikana?

- En kertaakaan
- 1-2
- 3-4
- 5 tai enemmän

Oppaan asiasisältö

2. Oppaan aiheiden etenemisjärjestys on looginen. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

3. Kaipaisiko opas jostain aiheesta lisää informaatiota? *

- Kyllä
- Ei

4. Jos vastasit edelliseen kyllä, mistä aiheesta?

Oma vastauksesi _____

5. Karsisitko oppaasta jotain sisältöä pois? *

- Kyllä
- Ei

6. Jos vastasit edelliseen kyllä, mitä?

Oma vastauksesi _____

Käytetty kieli

Selkeys ja sanavalinnat

7. Oppaassa käytetty kieli on helposti ymmärrettävää. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

8. Oppaassa käytetty kieli soveltuu kohderyhmälle. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

9. Oppaassa on ilmauksia, jotka lisäävät tai ylläpitävät stigmaa. *

- Kyllä
- Ei

10. Jos vastasit edelliseen kyllä, mitkä?

Oma vastauksesi

Oppaan ulkoasu

Kuvat, grafiikat ja tekstin ryhmittely

11. Oppaan visuaalinen ilme on miellyttävä. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

12. Oppaan visuaalinen ilme motivoi lukemaan. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

13. Tekstien ja kuvien ryhmittely tukee oppaan luettavuutta. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

Oppaan käytettävyys

Oppaan käyttäminen psykiatrian vastuualueen tarpeet huomioiden

14. Opas soveltuu käytettäväksi ryhmäterapiassa.

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

15. Opas soveltuu käytettäväksi yksilöterapiassa.

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

16. Opas soveltuu kuntoutujan arviointijaksolle.

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

17. Tutustuin oppaan käyttöä tukeviin materiaaleihin. *

(opinnäytetyön teoriapohja, Turkington, D. 2016 ja Steed, R. 2014).

Kyllä

En

18. Jos vastasit edelliseen kyllä:**Kyseiset materiaalit edistävät oppaan käyttöä.**

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

19. Opas on käytettävissä sellaisenaan, ilman tukimateriaaleja. *

(1 = Eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Samaa mieltä)

	1	2	3	4	
Eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Samaa mieltä

Vapaa palaute**20. Vapaa palaute oppaasta tähän.**

Oma vastauksesi
