

samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

PINJA STENROOS  
VEERA VUORISALO

## **Opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle**

Yleisimmät työntekijöiden työssään kohtamat mielenterveysongelmat ja niiden hoito

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA  
2024

## TIIVISTELMÄ

Stenroos Pinja, Vuorisalo Veera: Opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle, yleisimmät työntekijöiden työssään kohtaamat mielenterveysongelmat ja niiden hoito

Opinnäytetyö, AMK

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Joulukuu 2024

Sivumäärä: 69

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle työntekijöiden yleisimmistä psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Tavoitteena on koota tietoa yleisimmistä kyseisen yrityksen työntekijöiden kohtaamista sairauksista helposti käytettävään muotoon työyhteisölle. Opinnäytetyö on projektiopinnäytetyö, jonka tuotoksena on opas.

Mielenterveys aiheena on tekijöiden mielestä tärkeä ja kiinnostava, ja tekijät halusivat oppia aiheesta lisää. Tekijät valitsivat aiheen ja projektin kiinnostuksen, sekä hyödyllisyyden perusteella, he halusivat opinnäytetyön tuotoksen olevan kohderyhmälle oikeasti käytännöllinen.

Oppaan suunnittelussa käytettiin apuna henkilökunnalle laadittua kyselyä, jonka avulla selvitettiin yksikössä esiintyvät yleisimmät mielenterveysongelmat. Kyselyn avulla selvitettiin myös, mitä tietoa henkilökunta haluaisi oppaassa tulevan esille eniten. Opas luotiin kirjoittamalla ensin opinnäytetyön teoreettinen tausta luotettaviin lähteisiin pohjautuen, jonka jälkeen tiedosta muodostettiin opas tiivistämällä ja selkeyttämällä tekstiä. Opas tehtiin Canva-ohjelmalla. Oppaasta päätettiin tehdä sellainen, että sitä voi käyttää tulostettuna versiona ja/tai sähköisessä muodossa omalla työlaitteella.

Oppaan tarkoituksen ja tavoitteen toteutumista arvioitiin työntekijöille lähetetyn palautekyselyn avulla. Palautekyselyn vastausten perusteella opas on työntekijöiden mielestä selkeä, helppolukuinen ja käytännöllinen, sekä sisältää tarpeeksi kattavasti tietoa mielenterveysongelmista.

Kysely oppaan sisällöstä lähetettiin vain kahdelle yrityksen yksikölle, joten periaatteessa opas on kohdennettu juuri niihin yksiköihin. Opas on kuitenkin laadittu niin, että myös muut yrityksen yksiköt voisivat hyödyntää opasta. Oppaan tieto on luotettavista lähteistä, sekä isoksi osaksi hoitosuosituksista kerättyä, joten käytännössä sitä voi hyödyntää kuka tahansa.

Tilaajan vaatimuksesta kohdeorganisaatiota ei paljasteta työssä. Tämän vuoksi opas ei siis ole julkinen, se on otettu liitteistä pois. Muista liitteistä on peitetty kohdeorganisaation nimi.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveysongelma, masennus, skitsofrenia, päihderiippuvuus, ahdistuneisuushäiriö, kaksisuuntainen meilialahäiriö, persoonallisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, toipumisorientaatio, opas

## ABSTRACT

Stenroos, Pinja & Vuorisalo, Veera: A guide for a private company providing social services, the most common mental health problems faced by employees at work and their treatment

Bachelor's thesis

Nursing

December 2024

Number of pages: 69

The purpose of this thesis is to produce a guide for a private social services company on the most common psychiatric illnesses and their treatment that employees encounter. The aim is to compile information on the most common illnesses encountered by employees of the company in a format that is easy to use for the work community. The thesis is a project thesis, the output of which is a guide.

The authors found mental health an important and interesting topic and wanted to learn more about it. The authors chose the topic and the project based on their interest and on the usefulness of the topic. They wanted the output of the thesis to be actually practical for the target group.

The guide was designed using a staff survey to identify the most common mental health problems in the unit. The questionnaire was also used to find out what information staff would most like to see in the guide. The guide was created by first writing the theoretical background of the thesis based on reliable sources, then summarising and clarifying the text to form a guide. The guide was made with Canva software. It was decided that the guide should be made available in a printed version and/or in electronic form.

The fulfilment of the purpose and objective of the guide was assessed through a feedback survey sent to employees. Based on the responses to the feedback questionnaire, employees found the guide to be clear, easy to read, practical and to contain sufficient information on mental health problems.

The survey about the content of the guide was only sent to two company units, so in principle the guide is targeted at those units. However, the guide has been prepared in such a way that other company units could also make use of the guide. The information in the guide is from reliable sources, and a large part of it is collected from treatment recommendations, so practically anyone can use it.

At the request of the company, the target organization will not be disclosed in this thesis. Therefore, the guide is not public and has been removed from the annexes. The name of the target organization has been hidden in the other annexes.

Keywords: mental health, mental health disorder, depression, schizophrenia, substance dependence, anxiety disorder, bipolar disorder, personality disorder, obsessive-compulsive disorder, recovery-oriented practices, guide

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 TEOREETTINEN TAUSTA .....	7
2.1 Masennus .....	7
2.1.1 Oireet ja oireiden vaikutus arkeen.....	7
2.1.2 Syntyyn vaikuttavat tekijät .....	9
2.1.3 Hoito.....	10
2.1.4 Lääkehoito .....	13
2.2 Skitsofrenia .....	17
2.2.1 Oireet .....	18
2.2.2 Sairauden vaikutukset arkeen.....	19
2.2.3 Hoito.....	20
2.3 Päihderiippuvuus.....	25
2.3.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen .....	25
2.3.2 Hoito.....	26
2.3.3 Lääkehoito .....	28
2.4 Ahdistuneisuushäiriöt .....	29
2.4.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen .....	29
2.4.2 Hoito.....	32
2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	34
2.5.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen .....	35
2.5.2 Hoito.....	36
2.6 Persoonallisuushäiriö .....	39
2.6.1 Persoonallisuushäiriöiden eri tyypit .....	39
2.6.2 Hoito.....	40
2.7 Pakko-oireinen häiriö .....	40
2.7.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen .....	41
2.7.2 Hoito.....	41
2.8 Toipumisorientaatio .....	42
3 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT.....	43
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT .....	45
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	46
6 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU .....	47
6.1 Kohdeorganisaatio .....	47
6.2 Aikataulu .....	47
6.3 Resurssit ja riskit .....	47

6.4 Arviointi suunnitelma .....	48
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	49
8 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI .....	51
8.1 Resurssit ja riskit .....	52
9 POHDINTA .....	53
9.1 Ammatillinen kasvu .....	53
9.2 Oppaan hyödynnettävyys .....	54
9.3 Opinnäytetyön eettisyys .....	54
LÄHTEET .....	56
LIITE 1: TIEDONHAKUTAULUKKO .....	60
LIITE 2: TUTKIMUSTAULUKKO .....	61
LIITE 3: SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT .....	63
LIITE 4: ETENEMISSUUNNITELMA .....	64
LIITE 5: PALAUTEKYSELY .....	65
LIITE 6: KYSELY OPPAAN SISÄLLÖSTÄ .....	67
LIITE 7: SAATEKIRJE .....	68
LIITE 8: TUTKIMUSLUPA .....	69

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdetyön osaamista tarvitaan koko ajan enemmän ja enemmän mielenterveysongelmien yleistyessä. Teoriatieto eri mielenterveysongelmista tulee siis jatkuvasti merkityksellisemmäksi. Esimerkiksi ammatillisissa oppilaitoksissa ahdistuneisuudesta kärsivien naisten/tyttöjen ja miesten/poikien (16–24-vuotiaat) määrä on ollut noususuunnassa vuosina 2019–2021. Naisten keskivaikea/vaikea ahdistuneisuus on noussut jopa kymmenellä prosentilla. (Niemi, 2023, kohta 6.) Esimerkiksi masennus on yksi kansanterveyden kannalta merkittävimmistä mielenterveysongelmista. Se alentaa ihmisen toimintakykyä usein enemmän kuin monet yleisimmät somaattiset sairaudet yhdessä. (Leppävuori, 2023, s. 3.) Päihteiden käyttö aiheuttaa isoja terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja, ja esimerkiksi alkoholin käytön kroonisten haittojen rooli on korostunut. Huumeiden käyttö on yleistynyt paljon ja niistä aiheutuvat myrkytyskuolemat ovat lisääntyneet huomattavasti. (Niemi, 2023, kohta 2.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle työntekijöiden yleisimmin kohtaamista psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Tavoitteena on koota tietoa yleisimmistä kyseisen yrityksen työntekijöiden kohtaamista sairauksista helposti käytettävään muotoon työyhteisölle.

Oppaalla on tarkoituksena olla helpottavana tekijänä työntekijöillä asioiden muistamisessa, ja kenties opettaa jotain lisää etenkin uudemmille työntekijöille. Opasta on myös kätevä pitää mukana käytännön työtilanteissa, joten tietoa on helppo tarkastella uudelleen, milloin vain. (Kangas & Hämäläinen, 2007, s. 10.)

## 2 TEOREETTINEN TAUSTA

### 2.1 Masennus

Masennustila eli depressio on varsin yleinen mielenterveydenhäiriö, siitä kärsii noin kuusi prosenttia väestöstä. Masennuksessa ihmisen normaali mieliala on huonontunut ja mielihyvä sekä kiinnostus erilaisiin asioihin häviää. Aikuisväestöstä selkeästä masennustilasta kärsii tällä hetkellä noin viisi prosenttia ja psykoottisesta masennuksesta kärsii vajaa prosentti. Masennustilat ovat hyvin yleisiä, mutta ne voivat olla eriasteisia. (Rovasalo, 2022a.) Masennusta diagnosoidessa tulee ottaa huomioon somaattisen sairauden mahdollisuus ja sen vaikutus, tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi erilaiset puutos tilat, pahanlaatuisen kasvain tai neurologinen sairaus. Masennus täytyy erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, sillä sen hoito eroaa merkittävästi masennuksen hoidosta. (Depressio: käypä hoito – suositus, 2024, kohta erotusdiagnostiikka.)

#### 2.1.1 Oireet ja oireiden vaikutus arkeen

Masennuksen keskeisiä oireita ovat vähentynyt mielihyvän tai mielenkiinnon kokeminen sekä masentunut mieliala. Masennuksessa ei ole kyse vain laske-neesta mielialasta vaan siihen kuuluu lukuisia muitakin oireita. Muita oireita voi olla ruokahalun muutokset ja ne johtavat usein painon laskuun tai nousuun. Unettomuus lisää päivittäistä väsymystä ja voimattomuutta, mutta oireena voi olla myös lisääntynyt unen tarve. Liikkeet ja mieli hidastuu tai kiihtyy. Ajattelu ja keskittyminen vaikeutuu. Ihminen kokee itsensä arvottomana ja kokee alemmuuden tunnetta, sekä hän saattaa kohdistaa itseensä kohtuutonta syyllisyyden tunnetta. Masennuksen oireet voivat olla myös itsetuhoisuus ja kuolemaan liittyvät ajatukset. (Rovasalo, 2022a.)

Masentuneella henkilöllä on usein lisääntynyttä päihteiden käyttöä ja eriasteista ahdistusta. Toisaalta myös päihteiden käyttö saattaa aiheuttaa ja johtaa masennukseen. Masennus oireet ovat pitkäkestoisia ne voi kestää viikkoja,

kuukausia tai välillä jopa vuosia. Lyhyt aikainen suru tai masentunut mieli eivät vielä ole varsinaisia masennustiloja. (Rovasalo, 2022a.)

Depressio potilaat kärsivät usein taloudellisista vaikeuksista ja työkyvyttömyydestä. Maailmanlaajuisesti Depressio aiheuttaa selkeää työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä. Yksilö kokee taloudellisia ongelmia, mutta myös valtiolle depression aiheuttamat kustannukset ovat mittavia. Kustannuksia valtiolle tulee työkyvyttömyyseläkkeestä ja sairauspäivärahoista sekä heikentyneistä työsuorituksista ja hoitojärjestelmien kuluista. (Depressio: käypä hoito – suositus, 2024, kohta Depressio ja työkyvyttömyys ja depression taloudelliset vaikutukset.)

Masennustilat erotellaan niiden oirekuvan perusteella lieviin, keskitasoisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Lievä masennustila vaikuttaa vain vähän sosiaaliseen toimintaan sekä ihmissuhteisiin. Lievä masennustila vaikuttaa työkykyyn heikentävästi varsinkin, jos työ on henkisesti vaativaa. Lyhytkestoinen tai osa-aikainen työ saattaa vielä onnistua. Keskivaikea masennustila saattaa aiheuttaa ihmisessä jo työkyvyttömyyttä, sekä arkisista asioista suoriutuminen heikentyy. Vaikea masennustila pitää sisällään jo runsaasti erilaisia oireita sekä ne haittaavat jo paljon kaikkia arkisia asioita ja elämän eri osa-alueita. Vaikeasta masennuksesta kärsivän ihmisen arki on selviytymistä, eikä hän siitä aina selviydy ja tällöin turvaudutaan sairaalaan hoitoon. Nyrkissäännön mukaan ihmisellä ajatellaan olevan psykoottinen masennus, jos ihminen ryhtyy tosimelessä itsemurhayritykseen. Psykoottisessa masennustilassa henkilö kokee harhoja. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita voi olla vaikeimmissa psykoottisissa masennustiloissa. Näitä oireita voi olla harhaluulot ja aistiharhat, usein kuuloharhat. (Rovasalo, 2022a.)

Lievässä masennuksessa voi ilmetä itsetuhoisuutta. Aktiiviset itsetuhoisuunnitelmat ilmenee yleensä vaikeissa masennustiloissa. (Rovasalo, 2022.) Itsetuhoisuus voi olla kuolemantoiveita, epäsuorasti riskinottoa tai suoraan itsemurhayrityksiä tai ajatuksia, joista osa voi johtaa itsemurhaan. Itsetuhoisuus ei suoraan tarkoita itsemurhaa. Itsemurhia voidaan estää, kun itsetuhoisuuden kulkuun puututaan. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2023b.)

Lievän, keskivaikean, vaikean ja psykoottisen masennustilan lisäksi masennustiloja voidaan erotella myös melankoliseen ja epätyypilliseen depressioon sekä kaamosmasennukseen, joka ilmenee talvella pimeinä kuukausina. Melankoliselle masennukselle on tyypillistä alakulo sekä synkkämielisyys. Tilapäistenkin iloreaktioiden sekä mielihyvän tunteen menettäminen melkein kaikissa toiminnoissa. Melankolisesta masennuksesta kärsivän ihmisen ruokahalu heikkenee ja hän laihtuu. Hän hidastuu liikkeiltään mutta mieli on kiihtynyt. Melankoninen masennus on tyypiltään erilaista, kun esimerkiksi epäonnistumisten, pettymysten tai menetysten jälkeen koettu tunne. Itsesyytökset hallitsevat ajattelua vahvasti. (Rovasalo, 2022a.)

Epätyypillisestä depressiosta kärsivän mieli on voimakkaasti reaktiivinen. Tämä tarkoittaa sitä, että jokin myönteinen asia voi parantaa ihmisen mielialaa hetkellisesti, mutta tämä toimii myös päinvastoin eli jos henkilö kohtaa vastoinikäymisen, saattaa mieliala romahtaa pitkäksikin aikaa. Ihmissuhteissa tai työelämässä tämän tapainen herkkyyys loukkaantua vaikeuttaa arkea. Ruokahalu on lisääntynyt ja paino nousussa, unen määrä on myös lisääntynyt. Henkilö kokee yleensä omat raajansa raskaiksi. Epätyypillinen depressio esiintyy usein persoonallisuushäiriöiden kanssa päällekkäin sekä se muistuttaa useita eri persoonallisuushäiriöitä. (Rovasalo, 2022a.)

Dystymia on oma diagnoosinsa. Dystymia eli pitkäaikainen masentuneisuus tarkoittaa pitkäkestoista lievempää alavireisyyttä kuin varsinainen masennustila. Diagnoosin saamiseksi tulee oireita ollut vähintään kaksi vuotta. (Rovasalo, 2022a.)

### 2.1.2 Syntyyn vaikuttavat tekijät

Psykologiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät vaikuttavat masennustilojen syntyyn. Synnynnäinen temperamentti sekä persoonallisuuden rakenne, jota erilaiset kokemukset ovat kehityksen aikana muokanneet voivat lisätä masennusalttiutta. Sosiaalisista tekijöistä masennus alttiutta lisäävät ihmissuhteiden

menettäminen sekä turvarakenteiden ja verkkojen horjuminen. Perinnöllisten tekijöiden merkitys vaihtelee erityyppisten masennustilojen ja yksilöiden välillä. (Rovasalo, 2022a.)

Itsetunnon heikkous ja kehityksen aikana opitut negatiiviset ajatusmallit altistavat masennukselle. Muita psykologisia altistavia tekijöitä on sosiaalinen arkuus, sekä vuorovaikutustilanteissa riippuvuuden kokemukseen perustuva taipumus. Edellä mainitut tekijät saattavat lisätä stressiherkkyyttä ja pessimismisiä. Pitkittynyt stressi johtaa usein uupumukseen ja siitä vielä masennustilaan. Sosiaaliset menetykset lisäävät masennukseen sairastumisen riskiä esimerkiksi läheisen menettäminen, parisuhteen ristiriita tai sosiaalinen eristäytyminen. Toistuvat masennukset kaventavat masennuksesta kärsivän henkilön tukiverkkoa ja se lisää masennusalttiutta ja masennustilojen kestoa. Perinnölliset tekijät eivät aiheuta masennusta, mutta niillä on merkitystä mieliala häiriöissä. Jos identtisisistä kaksosista toinen sairastaa masennuksen niin 70 % todennäköisyydellä tulee myös toinen kaksosista sairastamaan masennusta elämänsä aikana. Naisista jopa kolmasosalla on joskus elämänsä aikana masennusjakso. (Rovasalo, 2022a.)

Masennuksen laukaisevia tekijöitä ovat pettymykset ja surut tai ylipäätään negatiiviset elämäntapahtumat. Tulee huomioida, ettei suru ole masennustila, mutta pitkittynyt suru voi johtaa siihen. Sureva ihminen tietää mitä suree, mutta masentuneelle ihmiselle tunteen kohteesta/syystä ei ole täyttä varmuutta eli se on epäselvä. (Rovasalo, 2022a.)

### 2.1.3 Hoito

Hoidon toteuttamisen ehtona on lääkärin kliiniseen tutkimukseen perustuva diagnoosi. Potilaille tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan potilaan tarpeet sekä vaikuttavaksi todetut hoitomuodot sekä muut tukitoimet. Depression hoito on jaettu kolmeen osaan: akuutin vaiheen hoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuutissa vaiheessa pyritään oireettomuuteen ja akuutti hoito vaihe kestää tämän saavuttamiseen asti. Jatkohoidon tarkoituksena on estää

oireiden uusiutuminen. Ylläpitovaiheessa yritetään ehkäistä uuden masennustilan puhkeaminen. Akuuttihoiossa on mahdollista käyttää psykoterapiaa ja/tai depressiolääkehoitoa, sekä sähkö- ja kirkasvalo hoitoa. Myös neuromodulaatiot ja transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa voidaan käyttää. Masennuksen hoitoon kuuluu aina psykoedukaatio eli sairautta sekä sen hoitoa koskeva potilasopastus. Psykoterapiaa ja lääkehoitoa suositellaan käyttäessä yhdessä parhaan hyödyn saamiseksi. Nykyään ajatellaan, että molemmista saa erikseen yhtä hyvän hyödyn lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa. Yhdessä ne ovat kuitenkin selvästi tehokkaampia. Yhtäaikaista käyttöä suositellaan varsinkin silloin, jos masennus selvästi heikentää yksilön toimintakykyä. Säännöllisestä ohjatusta liikunnasta on huomattu olevan hyötyä masennuksesta kärsivän henkilön hoidossa, joten sitä suositellaan osaksi kokonaisuhoitoa. Tärkeää kuitenkin muistaa, ettei liikunta yksistään korvaa depression muita hoitoja. Depressiopotilas tarvitsee jatkuvaa seuranta hoitomuodosta riippumatta. Seurantakäynneillä seurataan hoitosuunnitelman ajantasaisuutta ja toteutumista sekä hoidon tuloksellisuutta ja oireista toipumista. Depressiopotilaan hoidossa tulee ottaa huomioon myös useita muita tekijöitä kuten potilaan oma tahto ja toiveet hoitoon liittyen, potilaan toimintakyky, somaattinen terveydentila, mahdollinen muu lääkehoito ja itsemurhavaara. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta hoito.)

Lievässä ja keskivaikeassa depressiossa akuuttivaiheen hoidossa käytetään hoitomuotoina psykoterapiaa ja masennuslääkkeitä sekä internetissä tapahtuvaa tietotekniikka avusteista terapiaa. Vaikeassa käytetään sähköhoitoa ja masennuslääkkeitä. Myös psykoterapiaa käytetään, mutta yksistään vaikutus voi olla riittämätön. Psykoottisen masennuksen hoitomuotoina käytetään sähköhoitoa sekä masennus- ja psykoosilääkettä yhtäaikaisesti. Pelkän masennuslääkkeen käyttö yksistään voi olla riittämätön. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta hoito.)

Masennukseen tehokkaana itsehoitona pidetään säännöllistä päivärytmiä sillä passivoituminen ja eristäytyminen on depressiopotilaan suurimmat haasteet, jonka takia myös sosiaalista eristäytymistä tulisi välttää. Oman jaksamisensa mukaan olisi hyvä toteuttaa sosiaalista ja positiivista toimintaa, mutta sitä ei

tule tehdä kuitenkaan pakotettuna. Alkoholi, kannabis ja vahvemmat huumeet altistaa masennusjaksoille sekä laukaisee niitä. Päihteet myös vaikuttavat siihen, kuinka hyvin hoito tehoaa, sillä ne hidastavat toipumista ja saattavat jopa estää sen. Depressiopotilas usein suhtautuu itseensä hyvin pessimistisesti, tästä on kuitenkin mahdollista vapautua esimerkiksi psykoterapian avulla. Depressiopotilaan tulisi kyseenalaistaa omia depressiivisiä uskomuksiaan kysymällä itseltään kysymyksiä kuten: jos epäonnistun, tarkoittaako se välttämättä sitä, että olen huono? (Rovasalo, 2022a.)

Sähköhoitoa käytetään vaikeassa tai psykoottisessa masennuksessa, joskus myös keskivaikean masennuksen hoidossa. Potilas nukutetaan ennen hoitoa. Sähköhoitoa harkitaan, kun tarvitaan nopeatehoista hoitoa tai lääkehoito ei ole tuottanut toivottua tulosta. Hoito tapahtuu yleensä psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä. Kaamosmasennuksen hoidossa käytetään kirkasvalohoitoa. Kirkasvalohoitoa annetaan aamuisin 30–60 minuuttia ensiksi parin ensimmäisen viikon aikana yleensä päivittäin, tämän jälkeen joko jatkuvasti tai kuureina, kuitenkin vähintään viidesti viikossa talvikauden ajan. Transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito eli TMS on turvallinen depression hoitomuoto, jossa on vain vähän haittavaikutuksia. Akuutissa vaiheessa TMS-hoidon teho vastaa lääkehoitoa. TMS-hoitoa kohdennetaan aivojen eri alueille. TMS-hoidosta on apua myös lääkeresistentissä depressiossa. Tasavirtastimulaatio on uusi aivojen stimulaatio ja sitä toteutetaan elektrodimyssyn avulla. Hoitokerta kestää yleensä 20–30 minuuttia ja hoitoa annetaan yleensä viisi kertaa viikossa kolmen viikon ajan, tämän jälkeen hoitoa voidaan vielä toteuttaa kertaviikkoisena. Hoidon teho vastaa parhaimmillaan masennuslääkkeiden tehoa. Tasavirtastimulaatio on hyvin siedetty ja yleisin haittavaikutus on päänahan ihoärsytys. Invasiiviset neuromodulaatiohoidot ovat hoitomuotoja, jotka perustuvat neuromodulaatioon. Neuromodulaatiota on kahdentyyppistä: Vagaalinen hermostimulaatio ja syvä aivostimulaatio. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta hoito.)

#### 2.1.4 Lääkehoito

Masennuslääkkeellä tarkoitetaan lääkettä, joka on kehitetty masennuksen hoitoon. Näillä lääkkeillä voidaan hoitaa kuitenkin myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten unettomuutta, kiputiloja ja ahdistuneisuushäiriötä. Masennukseen on välillä haastavaa löytää tarpeeksi tehokasta lääkehoitoa, silloin muiden hoitomuotojen käyttö korostuu kokonaishoidossa. (Socada, 2023a.)

Masennuslääkkeen teho tulee usein näkyviin kahdesta neljään viikon kuluessa. Oireiden parannuttua tulee masennuslääkettä syödä vielä kaksi kuukautta, jotta masennuksen uusiutuminen voitaisiin estää. Poikkeuksena kuitenkin useat taustalla olevat masennusjaksot, tällöin uusiutuminen on todennäköisempää ja lääkettä tulee syödä pidempään. Masennuksen oireet eivät helpota ja parane samaa tahtia. Usein masentunut mieliala vähenee ja mielenkiinto palaa ensiksi, sen jälkeen vasta alkaa voimavarat kasvamaan ja ajattelukyky palaamaan takaisin ennalleen. Tämä on normaalia ja kuuluu paranemisprosessiin. Lääkehoidossa tulee huomioida itsemurhavaara, raskaana olevat ja imettävät, sekä erilaiset somaattiset sairaudet. Depressiopotilaalle tulee kertoa mistä saa apua, jos itsemurha-ajatukset voimistuvat. Osa lääkkeistä on raskauden ja imetyksen aikana kiellettyjä. Äidin masennusta kuitenkin pyritään hoitamaan, sillä masennuksen ja ahdistuneisuuden tiedetään olevan epäedullisia sikiölle ja vauvalle. Tietyt somaattiset sairaudet kuten maksa ja munuaissairaudet sekä rytmihäiriöt vaikuttavat siihen mitä masennuslääkkeitä depressiopotilas voi käyttää ja millä annoksella. (Socada, 2023a.)

Masennuslääkkeet jaetaan neljään ryhmään: trisykliset masennuslääkkeet, SSRI-lääkkeet ja SNRI-lääkkeet ja NaSSA-lääkkeet. Trisykliset masennuslääkkeet ovat vanhimpia masennuslääkkeitä. Suomessa trisyklisiä masennuslääkkeitä on viisi. Trisykliset masennuslääkkeet ovat haittavaikutuksiltaan ja tehoiltaan samanlaisia. Ne kaikki rauhoittavat ja väsyttävät. Lääkkeiden tehon ajatellaan perustuvan kykyyn vahvistaa noradrenergisten, sekä serotoninergisten hermosolupäätteiden toimintaa. SSRI-lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat tällä hetkellä yleisin masennuslääke. Näitä lääkkeitä on kuusi. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta hoito.)

Taulukko 1. Masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta hoito; Duodecim lääketietokanta, n.d.)

Vaikuttava aine	kauppanimet	vaikutusmekanismi	muuta huomioitavaa
Essitalopraami	Cirpalex, Escitalopram	SSRI	Rytmihäiriönriski varsinkin isommissa annoksilla.
Fluoksetiini	Seronil, Seromex, Fluoxetine Vitabalans	SSRI	MAO-estäjän ja fluoksetiinin käyttöä samanaikaisesti ei suositella.
Fluvoksamiini	Fluvosol	SSRI	-
Paroksetiini	Optipar, Paroxetin, Seroxat	SSRI	-
Sertraliini	Sertralin, Zoloft	SSRI	Greippimehu voi estää sertraliinin poistumista elimistöstä, tällöin haittavaikutukset voivat lisääntyä. Oraaliliuos sisältää pienen määrän alkoholia, joten ei voida käyttää yhdessä disulfiraamin kanssa Antabusreaktion takia.
Sitalopraami	Citalopram, Sepram, Cipramil (erityislupavalmiste)	SSRI	Rytmihäiriöriski.
Agomelatiini	Agomelatine, Valdoxan	Lisää nonadrenaliinin ja dopamiinin vapautumista tietyillä aivoalueilla ja	Ei käytetä, jos asiakkaalla maksan vajaatoimintaa. Samanaikaisesti

		vaikuttaa serotoniini ja melatonini-reseptoreihin. Normalisoi vuorokausirytmia.	käytettynä yhteisvaikutuksia voi olla mm. siprofloksasiinilla (mikrobilääke) tai fluvoksamiinilla (masennuslääke). Tupakointia vältettävä
Bupropioni	Bupropion, Voxra, Zyban	Lisää dopamiinin ja noradrenaliinin aktiivisuutta aivoissa.	Lääkettä ei käytetä, jos asiakkaalla on taipumusta kouristuskohtauksiin, maksan vajaatoimintaa tai kaksisuuntainen mielialahäiriö.
Duloksetiini	Cymbalta, Duloxetine, Duloxetine, Loxentia, Yentreve	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin aktiivisuutta aivoissa, myös dopamiinin vaikutukset lisääntyvät keskushermostossa.	Lääkettä ei käytetä, jos on maksan vajaatoiminta, verenpainetauti, joka ei ole hallinnassa tai vaikea munuaisten vajaatoiminta.
Mianseriini	Tolvon	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin aktiivisuutta aivoissa	Lääkettä ei käytetä, jos on vaikea maksasairaus tai mania. Alkoholin kanssa nautittuna Mianseriini lisää alkoholin väsyttävää vaikutusta.
Mirtatsapiini	Mirtazapin, Remeron (erityislupa)	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin aktiivisuutta aivoissa	Muut masennus-, migreeni-, ja voimakkaita

			kipulääkkeitä hyvä välttää (esim. tramadoli).
Moklobemidi	Aurorix	Estää monoamiinien eli serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin hajoamista aivoissa. MAO-estäjä.	Muita masennus-, migreeni-, ja voimakkaita kipulääkkeitä hyvä välttää (esim. tramadoli).
Tratsodoni	Azona	Lisää serotoniinin määrää, sekä vaikuttaa histamiinin ja noradrenaliinin reseptoreihin aivoissa.	Lääkettä ei voi käyttää jos asiakkaalla on hiljattain sairastettu sydäninfarkti.
Venlafaksiini	Efexor, Venlafaxin	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin aktiivisuutta aivoissa.	Ei voi käyttää MAO-estäjien kanssa samanaikaisesti. Yhteisvaikutuksia voi olla muilla masennuslääkkeillä tai kipulääke tramadolilla.
Vortioksetiini	Brintellix	Muuntaa serotoniinin vaikutusta aivoissa ja estää sen takaisin ottoa.	Ei voi käyttää MAO-estäjien kanssa samanaikaisesti. Lääke tulee aloittaa varovasti, jos on taipumusta kouristeluun tai on epilepsia.
Amitriptyliini	Amitriptylin, Klotriptyl, Pertripetyl, Trptyl, Amineurin	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin vaikutusta aivoissa. Saattaa	Lääkettä ei käytetä, jos on kohonnut silmänpaine, rytmihäiriö tai

	(erityislupavalmiste), Amitriptyöine (erityislupavalmiste)	lievittää pitkittynyttä kipua, ei juurikaan kohota mielialaa.	sydäninfarktin toipumisaika.
Klomipramiini	Anafranil	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin vaikutusta aivoissa. Saattaa lievittää pitkittynyttä kipua, ei juurikaan kohota mielialaa.	Lääkettä ei käytetä, jos on kohonnut silmänpaine, rytmihäiriö tai sydäninfarktin toipumisaika.
Nortriptyliini	Noritren	Lisää noradrenaliinin ja serotoniinin vaikutusta aivoissa. Saattaa lievittää pitkittynyttä kipua, ei juurikaan kohota mielialaa.	Lääkettä ei käytetä, jos asiakkaalla rytmihäiriö tai sydäninfarktin toipumisaika.

Masennuskyselyllä (BDI-21) voidaan arvioida asiakkaan masennusoireita. Kyselyn voi täyttää vaikkei olisi masennus diagnoosia. Kyselyssä on 21 kysymystä. (Mielenterveystalo, n.d.-e.)

## 2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psykoosisairaus, jonka oireprofiili vaihtelee yksilöllisesti. Erilaisia skitsofrenian oireita ovat esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat, ajattelun ja puheen hajanaisuus, kognitiivisten toimintojen häiriöt, poikkeava motorinen käyttäytyminen, aloitekyvyttömyys ja sosiaalinen vetäytyminen. Skitsofreniassa esiintyy usein myös masennusta ja ahdistusta. Suomessa skitsofrenian esiintyvyys on 0,5–1,5 % (55 000–65 000 ihmistä). (Skitsofrenia: käypä hoito – suositus, 2024, kohta Tausta & kohta Esiintyvyys, ilmaantuvuus ja elinaikainen riski.)

Skitsofrenian puhkeamisen ajatellaan johtuvan geneettisestä alttiudesta ja stressistä yhdistettynä (stressialttiusmalli). Geneettinen alttius yhdistettynä erilaisiin ympäristön stressitekijöihin (erityisesti lapsena) altistavat sairauden puhkeamiselle. Lähisukulaisen sairastaminen nostaa sairastumisriskin moninkertaiseksi. On kuitenkin tärkeää muistaa, että isossa osassa perheitä skitsofreniaa ei esiinny, kuin yhdellä. Lähisukulaisen sairastuminen ei siis läheskään aina tarkoita muidenkin perheenjäsenten sairastumista. Ympäristön stressitekijöitä ovat esimerkiksi kiusaaminen, syrjäytyminen, kaltoinkohtelu ja psykososiaalinen vähäosaisuus. Myös odottavan äidin stressi, raskaudenaikaiset synnytyksen komplikaatiot ja nälkiintyminen, sekä lapsuudessa sairastetut keskushermoston infektiot altistavat sairauden puhkeamiselle. Myös erilaisten päihteiden, etenkin kannabiksen käyttö suurentaa riskiä sairastua skitsofreniaan. Henkilö voi siis syystä tai toisesta olla altis sairastumaan skitsofreniaan, ja erilaiset ympäristön stressitekijät laukaisevat psykoosin. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Etiologia ja patogeneesi.)

### 2.2.1 Oireet

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin, sekä kognitiivisiin puutosoireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan lähinnä psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja, harhaluuloja, sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. Negatiivisia oireita taas ovat tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisten kontaktien puute. Puutosoireita voi esiintyä yleisessä kognitiivisessa suoriutumisessa, tarkkaavaisuudessa ja keskittymisessä, muistissa, näönvaraisessa hahmottamisessa, tiedon prosessointinopeudessa sekä toiminnanohjauksessa. Ahdistus- ja mielialaoireet, unettomuus ja itsetuhoisuus on myös yleistä skitsofreniapotilailla. Psykoottisten oireiden tulee kestää vähintään kuukauden verran, ennen kuin skitsofrenia voidaan diagnosoida. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Kliininen kuva ja diagnoosi.)

## 2.2.2 Sairauden vaikutukset arkeen

Skitsofrenian vaikutukset ihmisen elämään ovat yksilöllisiä, sillä oirekuva ja toimintakyky vaihtelevat sairastuneilla paljon. Sairauden oireet vaihtelevat myös samalla ihmisellä eri sairauden vaiheissa. Todellisena pidetyt aistiharhat voivat haitata suuresti ajattelua ja käytöstä. Erilaiset harhaluulot saattavat hallita ihmisen koko ajatusmaailmaa ja näin vaikeuttaa sosiaalista toimintakykyä. Skitsofreniaan liittyvät harhaluulot ovat yleisesti paranoidisia eli vainoharhaisia. Niille ominaista on perusteettomat vainotuksi tai vakoilluksi tulemisen pelot. Harhaluuloisuudesta kärsivä voi olla vakuuttunut, että hänen oma tahtonsa on riistetty, hän on ulkopuolisen voiman hallinnassa, hänen päähänsä laitetaan ajatuksia ja hänen ajatuksiaan voidaan myös lukea tai ne kuuluvat kaikuna ääneen. Erilaiset ajatusten rakenteiden ja puheen häiriöt vaikuttavat myös jokapäiväiseen elämään. Skitsofreniaa sairastavan puhe saattaa olla täysin epäloogista ja sekavaa tai taas vastakohtaisesti korostuneen tarkkaa ja yksityiskohtiin takertuvaa tai saman asian toistamista. Ajatustoiminnan häiriöt näkyvät eriskummallisena käyttäytymisenä. Motoriset toiminnot voivat olla jäykistyneet tai päinvastoin kiihtyneet. Kummallinen käytös voi näkyä myös toisten henkilöiden käytöksen matkimisena. Tahdottomuus ja motivaation puute voi pahimmillaan johtaa lähes täydelliseen liikkumattomuuteen ja mutismiin. Ihmissuhteisiin taas vaikuttaa tunne-elämän latistuminen ja tunneilmaisun vaikeudet. Tunne-elämän latistuminen voi olla myös psykoosilääkkeiden vaikutusta. Neuropsykologiset vaikeudet ovat myös yleisiä skitsofreenikoilla, nekin tekevät työnteosta ja arjesta hankalampaa. Näitä ovat esimerkiksi keskittymisen ja tarkkaavaisuuden ongelmat, lähimuistin ongelmat, tiedon vastaanottamisen, käsittelyn ja päätöksenteon vaikeudet. (Rovasalo, 2021.)

Kuten ylempänä kerrottu, sairauden oirekuva vaihtelee yksilöllisesti. Joillain sairaus on hyvin jaksottaista, jolloin sairaus jakautuu akuutteihin ja oireettomiin jaksoihin. Osalla taas esiintyy jonkin verran oireita myös akuuttijaksojen välissä, mutta oireileva pystyy kuitenkin tiedostamaan oireidensa epätodellisuuden. Osalla taas oireet saattavat selkeästi jatkua myös akuuttijaksojen välissä. Melko isolla osalla skitsofrenia jatkuu oireilevana vakavuusaste vaihdellen vuosikausia. Usein kuitenkin iän myötä paranoidiset ajatukset ja aistiharhat

lievittyvät, ja toimintakykyyn vaikuttavat oireet sekä neuropsykologiset oireet lisääntyvät. (Rovasalo, 2021.)

### 2.2.3 Hoito

Hoito arvioidaan aina yksilöllisesti potilaan sairaudenkuvan ja elämäntilanteen perusteella. Akuuttihoiton jälkeen on yleensä vuorossa pitkä kuntoutusjakso. Kuntoutuksessa on tavoitteena sairaudentunnon, hoitoon sitoutumisen, autonomian sekä myönteisen terveyskäyttäytymisen tukeminen. Kuntoutuksella pyritään myös kohentamaan päivittäistä toimintakykyä ja näin myös itsenäisempää arkielämää. (Rovasalo, 2021.)

Neuropsykologiset tutkimukset ovat tärkeitä sairastuneen kuntoutuksen suunnittelussa. Tämä vaikuttaa esimerkiksi ammatinvalinnan/ammattillisen kuntoutuksen suunnitteluun. Psykoedukaatio on myös tärkeä hoitomenetelmä. Sillä on tarkoitus antaa tietoa sairaudesta sairastuneelle sekä läheisille, jolloin edistetään sairauden hyväksymistä ja hoitomyöntyvyyttä. Skitsofreniaa sairastavan hoidossa on normaalia sairastavan äkillinen tilan heikkeneminen, sekä sairastavan halu jättäytyä pois hoidon piiristä suunnittelemattomasti. Tällaisissa tilanteissa tarvitaan nopeaa reagointia ja sairastavan tiivistettyä tukeamista. Näissä tilanteissa korostuu entisestään moniammatillisen tiimityön sekä eri organisaatioiden välisen yhteistyön merkitys potilaan tehokkaassa hoidossa. (Rovasalo, 2021; Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Hoitomuodot & kohta Hoitopalveluiden järjestäminen.)

Psykoosilääkkeet auttavat valtaosaa potilaista ja ovat myös oleellinen osa skitsofrenian hoitoa. Psykoosilääkkeitä on useita erilaisia ja eri tavalla vaikuttavia. Niiden avulla voidaan ehkäistä uusien akuuttijaksojen puhkeamista sekä lyhentää akuuttijaksojen kestoa. Lääkehoidossa hankalaa on psykoosilääkkeiden laajat haittavaikutukset ja potilaan motivointi lääkehoitoon. Lääkehoidon toteuttamistapa vaihtelee esimerkiksi sen mukaan, hoidetaanko akuuttivaihetta, mitä oireita esiintyy (enemmän negatiivisia vai positiivisia), vai ylläpito-vaihetta. Myös ihmisen elimistön yksilölliset erot vaikuttavat käytettäviin

lääkkeisiin ja lääkeannoksiin. Injektiolääkehoito on hyvä vaihtoehto erityisesti, jos sairastavan sairautentunto tai hoitomyöntyvyys eivät ole kovin hyvät. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Hoitomenetelmät.)

Tavallisimpia skitsofrenian hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat olantsapiini, klotsapiini, risperidoni, aripipratsoli ja ketiapiini. Vaikka lääkkeet ovat keskenään suurin piirtein yhtä tehokkaita (klotsapiinia lukuun ottamatta), lääkkeiden tehossa sairauden hoitoon voi olla suuriakin yksilöllisiä eroja, joita ei voi oirekuvan perusteella ennustaa. Lääkkeet eroavat toisistaan myös haittavaikutusten osalta. Haittavaikutukset ovat suurin syy, miksi lääkehoitoa joudutaan vaihtelemaan ennen sopivan löytämistä. (Tiihonen, 2019; Socada, 2023b.)

Psykoosilääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia ovat esimerkiksi neurologiset haittaoireet, väsymys, painonnousu ja seksuaalitoimintojen häiriöt, sekä antikolinergiset haittavaikutukset, joita ovat mm. suun kuivuminen, ummetus ja virtsaamiskyvyttömyys. Harvinainen, mutta vakava haittavaikutus psykoosilääkkeissä on pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä, joka vaatii välitöntä sairaalahoitoa. Neuroleptioireyhtymän oireita ovat muun muassa nopeasti nouseva kuume, lihasjäykkyys, tajunnantason lasku, verenpaineiden vaihtelu, voimakas hikoilu ja korkea syke. (Socada, 2023c.)

Klotsapiinia käytetään sen hankalien haittavaikutusten vuoksi vain hoitoresistenttiin skitsofreniaan (2 tehotonta lääkehoitokokeilua). Klotsapiinin on todettu olevan tehokas erityyppisissä skitsofrenioissa, mutta se edellyttää tarkkaa verenkuvan seurantaa. Klotsapiini aloitetaan aina porrastamalla, eli annosta nostetaan vähitellen, ja kokeilun tulisi kestää vähintään 12 viikkoa. Hoidon aikana tulee seurata veren klotsapiinipitoisuutta, verenkuvaa, maksa-arvoa, rasva-arvoja, sydänfilmiä, painoa, vyötärönympärystä, verenpainetta, pulssia, ja lisäksi harkinnan mukaan aivosähkökäyrää. Mittaukset tulee ottaa myös ennen aloitusta/lääkkeen aloituksen yhteydessä. Ennen lääkkeen aloitusta tulee lisäksi tarkistaa CDT, sekä huumeseula virtsasta. Hoidon aikana nämä tarkistetaan tarvittaessa. Osalle klotsapiinin aloittaneista tulee epileptisiä kohtauksia. Hoidon aikana on myös huomioitava, että tietyt lääkkeet, sekä kahvin juonti ja tupakointi vaikuttavat klotsapiinin pitoisuuteen. Eli esimerkiksi jos asiakas

lopettaa tupakoinnin, tulee lääkityksen annostus arvioida uudelleen. Myös kuumeen noustessa pitää annosta yleensä pienentää kuumeen ajaksi. Klotsapiinia käyttävän tulee myös hakeutua herkemmin terveydenhuoltoon infektiioireisena, sillä lääkitys voi joskus aiheuttaa hengenvaarallista veren valkosolukatoa. (Raitasuo, 2000; Mielenterveystalo.fi, n.d.-f.)

Taulukko 2. Seurattavat arvot klotsapiini hoidossa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2024, kohta Psykoosipotilaan tutkiminen; Mielenterveystalo.fi, n.d.-f).

SEURATTAVAT ARVOT	SEURAAMISTIHEYS
TVK ja S-klotsa (Täydellinen verenkuva ja klotsapiinipitoisuus)	Hetimit, kerran viikossa ensimmäiset 18 viikkoa, jonka jälkeen kerran kuukaudessa
Paino	Hetimit, kerran viikossa 6 viikon ajan, jonka jälkeen kerran kuukaudessa 3kk ajan, jonka jälkeen kerran vuodessa
Vyötärönympäry	Hetimit, vuosittain
Verenpaine ja pulssi	Hetimit, kerran kuukaudessa ensimmäiset 3kk, tämän jälkeen kerran vuodessa
ALAT (maksa-arvo)	Hetimit, 3kk kuluttua, vuosittain
EKG	Hetimit, 3kk kuluttua, vuosittain
Kol, LDL, HDL, trigly (rasva-arvot)	Hetimit, 3kk kuluttua, 6kk kuluttua, vuosittain
fP-Gluk (paastosokeri)	Hetimit, 3kk kuluttua, 6kk kuluttua, vuosittain
CDT ja U-huume (Verikoe alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen ja huumeeseula virtsasta)	Hetimit, jatkossa tarvittaessa

Taulukko 3. Yleisimmät skitsofrenian hoidossa käytettävät lääkkeet. (Duodecim lääketietokanta, n.d; Tiihonen, 2019.)

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIMI	VAIKUTUSMEKANISMI	HUOMIOITAVAA
olantsapiini	olanzapin zyprexa (myös inj.) olanzapine zalasta zypadhera (inj.)	Vaikuttaa useiden eri aivojen toimintaa säätelevien välittäjäaineiden (esim. dopamiini ja serotoniini) toimintaan → lievittää skitsofrenian oireita.	Alkoholin käyttöä vältettävä
risperidoni	Risperidon (myös inj.) Risperdal (myös inj.) Risperidone Rismyl	Vaikuttaa ainakin dopamiinin ja serotoniinin toimintaan aivoissa → lievittää psykoottisia oireita ja käytöshäiriöitä.	Hoidon alussa voi ilmetä hui- mausta ja sydä- mentykytystä, sekä ortostaatista hypoten- siota.
klotsapiini	Leponex Clozapine ac- cord Froidir	Salpaa dopa- miini- ja seroto- niinireseptoreita, sekä muita välit- täjäaineresep- toreita (esim. ad- renergiset alfare- septorit, histamii- nireseptorit, koli- nergiset muska- riinireseptorit).	Klotsapiinista kerrotaan erik- seen omassa kappaleessaan.

aripipratsoli	Aripiprazol Abilify(myös inj.)	Vaikuttaa dopamiini- ja serotoniinireseptoreiden toimintaan. Vaikuttaa heikosti myös alfa- ja histamiinireseptoreihin.	alkoholia vältettävä hoidon aikana.
ketiapiini	Ketipinor Quetiapine Quetiapin Seroquel Biquetan	Vaikuttaa useisiin hermosolujen välittäjäainereseptoreihin, mm. serotoniini- ja dopamiinireseptoreihin.	Sedatiivisen vaikutuksen vuoksi käytetään myös unilääkkeenä. Tämän takia hoidon alussa voi myös ilmetä uneliaisuutta, hui- mausta ja ortostaattista hypotensiota.

Taulukko 4. Muita psykoosilääkkeitä. (Duodecim lääketietokanta, n.d; Socada, 2023b.)

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIMI
Klooripromatsiini	Largactil Chlorpromazine (oraalisuspensio) TEVA-Chlorpromazine
Levomepromatsiini	Levomepromazine
Promatsiini	Prazine
Perfenatsiini	Peratsin

	Pertriptyl
Klooriprotikseeni	Truxal
Tsuklopentiksoli	Cisordinol
Flupentiksoli	Fluanxol
Haloperidoli	Serenase
Sulpiridi	Suprium
Paliperidoni (inj.)	Paliperidone Palmeux Trevicta Xeplion
Tsiprasidoni	Zeldox Ziprasidon
Sertindoli	Serdolect
Asenapiini	Sycrest
Lurasidoni	Latuda

### 2.3 Päihderiippuvuus

Päihteiden eli esimerkiksi huumeiden tai lääkkeiden pakonomaista käyttöä kutsutaan riippuvuudeksi eli addiktioksi. Ihmisellä on tarve käyttää ainetta jatkuvasti, sekä suurentaa annoksia elimistön toleranssin kasvaessa. Addiktion johdosta ihmisen psyykinen ja fyysinen terveys heikkenee ja päihteen lopettamisesta seuraa vieroitusoireita. (Duodecim, 2016.)

#### 2.3.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen

Alkoholin ongelmakäyttäjistä suurin osa on työelämässä. Noin 70 % alkoholi riippuvaisista ei ole hoidossa sillä yli puolet eivät tunnista omaa riippuvuussairauttaan tai he kokevat, etteivät ole hoidon tarpeessa. Alkoholin ongelmakäyttäjistä terveydenhuollossa 10 % on naispotilaita ja 20 % miespotilaita. Huumeiden haitat ja käyttö ovat lisääntyneet selvästi 2000-luvulla, varsinkin kannabiksen, opioidien ja amfetamiinin ongelmakäyttö. Huumaussainerikokset

ja huumemyrkytyskuolemat ovat lisääntyneet. Huumeriippuvaisilla huumeiden ja alkoholin yhteiskäyttö on tavallista. Päihdeongelmaan liittyy usein somaattisia terveysongelmia ja mielenterveysongelmia, sekä lisää kuolleisuutta. (Häkkinen ym., 2022, s. 240.)

Päihderiippuvuus kehittyy, kun päihteiden käytön alussa päihteisiin liittyy myönteisiä kokemuksia ja niistä jää muistijälki keskushermostoon. Ympäristötekijät liittyvät yleensä suuresti päihdekokeiluihin. Ympäristötekijöitä voi olla esimerkiksi kaveripiiri. Päihteiden käytön jatkumisessa ympäristötekijöitä merkittävämpi rooli on yksilön neurobiologiassa. Päihteiden vaikutuksen ja vieroitusoireiden kokemiseen vaikuttavat yksilön persoonallisuuspiirteet ja perintötekijät. Aivojen stressi-, motivaatio- ja palkitsemisjärjestelmässä tapahtuu muutoksia, kun päihteidenkäyttö on pitkäaikaista. Pitkän käytön aikana keskushermosto tottuu päihteeseen ja ilman päihdettä oleminen aiheuttaa epä-mukavaa ja pahaa oloa, tästä syystä yksilö koittaa hakea päihteestä uudestaan apua ja helpotusta. Kun päihteestä haetaan helpotusta, muuttuu päihteiden käyttö mielihyvän hakemisesta negatiivisten tunteiden ja vieroitusoireiden poissa pitämiseen ja tällöin päihteiden käytöstä tulee pakonomaista. Yksilön impulssikontrolli ja toiminnanohjaus heikkenee, kun päihteet aiheuttavat aivoissa muutoksia, tällöin retkahtamisen riski kasvaa. Retkahduksen riski on korkeimmillaan ensimmäisen vuoden aikana, kun lopettaa päihteiden käytön. Päihderiippuvuus on itsessään sairaus ja vaatii useita pitkiä kuntoutus- ja hoitojaksoja. Päihderiippuvuuden taustalla voi olla esimerkiksi diagnosoimaton masennus, traumaperäinen stressihäiriö, ahdistuneisuushäiriö ja psykoosioireet. Sosiaalinen tuki ja hyvät psyykkiset selviytymiskeinot suojaavat ja auttavat päihderiippuvuudesta toipumisessa. (Häkkinen ym., 2022, s. 240–241.)

### 2.3.2 Hoito

Päihdehoitoon hakeudutaan usein, kun varhaisen tuen palveluista ei ole enää apua. Kaikissa päihdehäiriöissä käytetään psykososiaalisia hoitoja. Motiiviritiriitä syntyy, kun potilas pohti voisiko käyttää päihdettä aikaisempaa hallitummin vai tulisiko päihteestä luopua kokonaan. Motivoivalla haastattelulla

pyritään saamaan potilas itse puhumaan itselleen muutoksen puolesta. Heijasteleva kuuntelu kuuluu motivoinnin taitoihin, tällöin potilaan itse tuottama puhe muutoksesta heijastetaan hänelle takaisin. (Häkkinen ym., 2022, s. 243)

Hoidon päätavoitteena on muuttaa päihteen käyttäjän ajatuksia, käyttäytymistä ja tunteita liittyen päihteisiin. Tarkoituksena on opetella ennustamaan sekä tunnistamaan tilanteita, joissa on riski päihteiden käyttämiselle. Päihdehoidossa päihteettömyys ei ole aina hoidon ainoa tavoite, vaan hänen elämänsä laatuaan pyritään parantamaan mahdollisimman paljon, jollei hän pysty täysin päihteittä olemaan. (Häkkinen ym., 2022, s. 245.)

Päihderiippuvaisen asiakkaan hoito alkaa usein vieroitushoidosta. Tarkoituksena on hoitaa akuutit vieroitusoireet turvallisessa ympäristössä ja jatkuvassa seurannassa, tarvittaessa voidaan käyttää myös tukilääkkeitä. Vieroitusoireet näkyvät usein psyykkisinä ja fyysisinä oireina. Vieroitusoireiden kesto riippuu käytetystä päihteestä sekä sen määrästä. Erilaisia vieroitusoireita, jotka voivat johtua esimerkiksi alkoholista tai opioideista: oksentelu ja ripuli, pahoinvointi, psykomotorinen kiihtymys, kouristuskohtaukset ja lihassäryt, unettomuus tai levottomuus nukkuessa, pupillinen laajeneminen, sydämentykytykset tai korkea verenpaine, päänsärky, hikoilu sekä vapina. Vieroitushoito voi kestää muutamasta päivästä muutama viikkoon. Vieroitushoitoa voidaan toteuttaa avohoitona siinä tapauksessa, jos aikaisempiin vieroituksiin ei ole liittynyt merkittäviä komplikaatioita. Vieroitushoitoa voidaan toteuttaa myös laitoshoidona, jos päihdeettä olo ei onnistu. Laitoshoidossa on potilaan tilaa mahdollista seurata ympärivuorokautisesti ja laitoshoido tarjoaa päihdeettömän ympäristön. Laitoshoidosta kotiutumisen suhteen tulee olla tarkkaavainen, sillä jos laitoshoidosta kotiutuu suoraan omaan kotiin, riski päihteiden käytölle on merkittävä. (Häkkinen ym., 2022, s. 246; Mielenterveystalo, n.d.-c.)

Päihdekuntoutuksessa keskiössä on asiakkaan päihdeongelma. Muissa haasteissa, tai terveydellisissä ongelmissa autetaan siten, ettei ne ole kuntoutumisen esteenä, sillä tarkoituksena on kokonaisvaltainen kuntoutus. Kuntoutusta voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisena. Päihdeongelmasta kärsivien toimintakyvyt eroavat toisistaan ja se huomioidaan yksilöllisesti yksilön hoito-

ja kuntoutumissuunnitelmassa. Suunnitelman tarkoituksena on määritellä kuntoutuksen keinot, tavoitteet ja seuranta. Tavoite voi olla myös päihteiden käytön väheneminen eikä täysi päihteettömyys. (Häkkinen ym., 2022, s. 246.)

Alkoholiriippuvuuden hoidossa käytetään kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja 12 askeleen hoito-ohjelmaa. Osana kokonaishoitoa käytetään myös motivoivaa haastattelua, yhteisövahvistusohjelmaa ja yhteisövahvistusohjelmaan liitettyä perheohjausta. Huumeriippuvuuden hoidossa käytetään 12 askeleen hoito-ohjelmaa, yhteisövahvistusohjelmaa ja siihen liitettyä perheohjausta, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, motivoivaa haastattelua, sekä motivaatiota vahvistavaa hoitomallia ja muita lyhytinterventioita. Muun hoidon lisänä käytetään myös palkkiohoitoa ja pariterapiaa. (Häkkinen ym., 2022, s. 244.)

### 2.3.3 Lääkehoito

Psykososiaalisten hoitojen rooli on lääkehoitoa merkittävämpi päihdehäiriön hoidossa. Äkillisten ja akuuttien vieroitusoireiden hoidossa voi käyttää tukilääkitystä ja se onkin usein tarpeellinen. Lääkehoidon tarkoitus on olla psykososiaalisen kuntoutuksen tukena. Alkoholiriippuvuudessa voidaan lääkehoitona käyttää opioidiantagonisteja ja disulfiraamia. Huumeriippuvuuksista vain yhteen eli opioidiriippuvuuteen on käytössä lääkehoito, joka on opioidikorvaushoito. Myös opioidiriippuviaset tarvitsevat lääkehoidon ohella psykososiaalista tukea ja päihdekuntoutusta. Kaikille opioidiriippuvaisille tehdään arvio opioidikorvaushoidosta. (Häkkinen ym., 2022, s. 245.)

Disulfiraamia käytetään alkoholiriippuvuuden hoitoon. Disulfiraamilla pyritään tuomaan alkoholin juomisesta negatiivisia vaikutuksia ihmiselle kuten päänsärkyä, verenpaineen laskua, ihon punoitusta ja sydämentykytyksiä, näitä kutsutaan antabusreaktioiksi. Disulfiraami estää alkoholin hajoamista etikkahapoksi. Alkoholia nautitaan usein nousuhumalahakuisesti sosiaalisissa tilanteissa. Nousuhumalan hilpeys kuitenkin katoaa alkoholin pitkäaikaisessa käytössä, jolloin annoskoot ovat jo suuria ja alkoholin käyttö muuttuu seurajuomisesta yksin juomiseksi. Disulfiraamia käytetään muiden terapioiden ohella, se

nopeuttaa alkoholista toipumista, mutta tulee muistaa, ettei se korvaa terapiaa. Disulfiraamista ilmeneviä haittavaikutuksia voi olla esimerkiksi ripuli, pahoinvointi, vatsakivut, päänsärky, väsymys, uneliaisuus ja ihon keltaisuus. Disulfiraamia ei tule käyttää, jos asiakkaalla on vaikea aivovaurio, hoitamaton sydänsairaus, psykoosi, raskauden ensimmäinen kolmannes tai asiakas on äskettäin nauttinut alkoholia. (Duodecim lääketietokanta, n.d.)

Alkoholin käytön riskejä voi arvioida AUDIT-kyselyllä. Kyselyllä saa tietoa siitä onko asiakkaan alkoholin käyttö kohtuullista vai liittyykö siihen riskejä. (Mielenterveystalo, n.d.-b.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyssä o kymmenen kysymystä, lopussa taulukko pisteidentulkinnan apuna. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023c, s. 1-3.)

## 2.4 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti muiden psykiatristen häiriöiden kanssa. Ahdistuneisuushäiriön taustalla voi olla myös jokin fyysinen sairaus johon ahdistus liittyy. Välillä ahdistuneisuuden hoito tulee aloittaa toisen sairauden hoidon ohella. (Tarnanen, Koponen & Laukkala, 2019.)

Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvia oireita ovat ahdistuksen tunne, erilaiset fobiat eli pelkotilat sekä paniikkikohtaukset (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta määritelmät). Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat paniikkihäiriö, julkisten paikkojen- ja sosiaalisten tilanteiden pelko sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta Esiintyvyys).

### 2.4.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen

Paniikkihäiriössä ihminen saa paniikkikohtauksia, joiden oireet ovat melko yksilöllisiä. Tyypillisiä oireita ovat kuitenkin rintakivut ja sydämentykytys, vapina sekä hikoilu, hengenahdistus, kuristumisen ja/tai tukehtumisen tunne, vatsavaivat, pyörtymisen tunne, huimaus, pahoinvointi, kihelmöinti, puutumisen ja

kuumat aallot sekä vilunväreet. Oireiden takia ihminen pelkää usein kuolevansa tai sekoavansa, varsinkin sydän oireet saavat ihmisen pelkäämään kohtausten aikana äkillistä kuolemaa tai hulluksi tulemistä. Paniikkikohtauksessa oireet etenevät nopeasti, tähän menee noin 10 minuuttia. Kohtaus on usein ohi puolessa tunnissa. Ihmisen ensimmäiset paniikki kohtaukset voivat tulla tilanteissa, joissa ei ole ennen ollut juurikaan mitään erityisen ahdistavaa. Uuden paniikkikohtauksen pelossa ihminen saattaa yhdistää aiemman paniikkikohtauksen johonkin tilanteeseen. Paniikkikohtauksessa ihminen pyrkii pakonomaisesti poistumaan tilanteesta, jonka takia esimerkiksi väkijoukot aiheuttavat ihmiselle pelon paniikkikohtauksesta, tämä pelko taas herkistää paniikkikohtaukselle. Paniikkikohtausten määrä ja toistuvuus on yksilöllinen, se vaihtelee ajan mittaan sekä yksilöiden välillä paljon. Kohtaukset voivat olla eri asteisia ja niitä voi olla päivittäin, viikoittain tai vielä harvemmin. Usein ajatellaan negatiivisten asioiden laukaisevan paniikkikohtauksen, mutta myös positiiviset jännittävät asiat voivat laukaista paniikkikohtauksen. (Urtti & Eerola, 2024.)

Paniikkikohtausten syytä ei tarkkaan tiedetä, mutta sen tiedetään olevan monisyinen. Perinnöllisyys ja stressi altistavat paniikkikohtauksille. Paniikki häiriötä esiintyy väestössä 2–3 prosentilla. Miehillä häiriö on harvinaisempi kuin naisilla. Paniikkihäiriö voi ilmaantua 14 ikävuodesta lähtien. Usein se ilmaantuu noin 22 vuoden iässä. Alle 14-vuotiailla paniikkihäiriöön törmätään vain harvoin. Usein henkilöllä on samaan aikaan jonkin muu mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriö. (Urtti & Eerola, 2024.)

Julkisten paikkojen pelko tunnetaan myös nimellä agorafobia, sekä saatetaan käyttää myös nimitystä ”torikammo”. Julkisten paikkojen pelosta kärsivä ihminen ahdistuu helposti tilanteissa ja paikoissa, joista hän ei pääse nopeasti pois tarvittaessa. Julkisten paikkojen pelkoon liittyy usein myös paniikkikohtaukset. Ihminen ahdistuu jo pelkästä ajatuksesta, että joutuu ihmisjoukkoon tai suljettuun tilaan, josta pois pääseminen saattaa kestää hetken. Ihminen on ahdistunut tietystä paikasta eikä siitä, miten itse toimii. Julkisten paikkojen pelosta kärsivä ihminen ahdistuu paikoissa, joissa saattaa kokea nolouden tunnetta tai hän saa hirveästi katseita yrittäessään poistua. Ahdistuneisuus alkaa usein ajatuksesta jo kotona, pelosta siitä, että joutuu menemään epämiellyttävään

tai pelottavaan paikkaan. Tällaisia paikkoja voi olla esimerkiksi julkisen liikenteen välineet, hissi tai vaikka kauppa ja siellä varsinkin kassajono. Ihminen alkaa nopeasti välttelemään paikkoja ja tilanteita, joissa ahdistus nousee. Tätä kutsutaan välttelykäyttäytymiseksi. (Eerola, 2024).

Yli puolet julkisten paikkojen pelosta selittyy perinnöllisyydellä. Lapsuudessa, sekä sen jälkeen koetut negatiiviset tapahtumat ja stressi lisäävät häiriön todennäköisyyttä. Julkisten paikkojen pelosta kärsivät ihmiset havaitsevat herkästi oman ahdistuksena, tällöin puhutaan herkkyydestä ahdistusoireille. Kun ihminen alkaa ajattelemaan omaa ahdistustaan alkaa pelko oireiden voimistumisesta sekä niiden näkymisestä ulospäin kasvaa. Naisilla julkisten paikkojen pelon takana on usein jokin mielialahäiriö, kun taas miehillä päihteiden liiallinen käyttö liittyy pelkoon. (Eerola, 2024).

Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä henkilö pelkää muiden ympärillä olevien ihmisten tarkkailun tai kielteisen arvioinnin kohteeksi päätymistä. Sosiaalisten tilanteiden pelko lievänä on hyvinkin yleinen, vähintään joka viides aikuinen jännittää esiintymistä julkisesti. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsii noin seitsemän prosenttia aikuisväestöstä. Pelko vaikuttaa ihmisen päivittäiseen toimintakykyyn merkittävästi. Pelossa on paniikin tapaista ahdistusta. Henkilö ajattelee hänen olevan jollakin tapaa outo tai nolo, hän kokee itsensä nöyryytetyksi. Pelko ilmenee usein paniikkikohtauksina. Lapsilla sosiaalisten tilanteiden pelko ilmenee usein itkuna, takertumisena, jähmettymisenä ja pahantuu-lisuutena. Lapsen on vaikea käsittää oma pelkoreaktionsa ja sen suhteellisuus tilanteeseen nähden. Pelosta kärsii usein täydellisyyteen pyrkivä ihminen, joka pelkää muiden arvostelemaksi tulemista. (Rovasalo, 2022b.)

Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsii ainakin viisi prosenttia jossakin elämänsä vaiheessa. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireet ovat usein alkaneet jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön taustalla on useampi tekijä eli se on monikerroksinen häiriö. Lapsuusajan turvattomat kokemukset sekä perinnöllisyys vaikuttavat yleistyneen ahdistuneisuushäiriön syntyyn. Henkilö huolehtii jatkuvasti eri asioista ja murehtii niitä, tämän takia hän ahdistuu jo

ennakoivasti. Ennakoiva ahdistus kohdistuu useampaan asiaan samaan aikaan ja usealla elämän osa-alueella saman aikaisesti. Henkilö on usein levoton ja jännittynyt. Hän kärsii väsymyksestä, ärtyneisyydestä ja keskittymisvaikeuksista. Henkilöllä voi olla vapinaa, säpsähtelyä, hikoilua, ripulia, pahoinvointia tai pulssin ja hengityksen tihtymistä. Lapsilla oirekuva on aikuisten oirekuvaa kapeampi. (Rovasalo, 2022d.)

#### 2.4.2 Hoito

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytetään lääkehoitoa ja psykososiaalisia hoitoja, sekä näiden yhdistelmää. Asiakkaan yksilöllisyys huomioidaan hoidon valinnassa. Hoitojen yhdistämistä käytetään usein toimintakyvyn heikentyessä ja kun oirekuva on erityisen vaikea. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta Hoito ja kuntoutus). Ahdistuneisuushäiriön hoidossa keskeistä on myös itsehoito. Riittävästä unesta, levosta, liikunnasta ja rentoutumisesta tulee huolehtia. Lääkehoitona ahdistuneisuushäiriöön käytetään usein masennuslääkkeitä, varsinkin SSRI- ja SNRI-ryhmien lääkkeitä. Lääkkeillä pyritään vähentämään oireita ensimmäisen kolmen kuukauden aikana eli tällöin puhutaan akuutista lääkehoidosta. Akuutin lääkehoidon jälkeen siirrytään jatkolääkehoidon vaiheeseen, jolla pyritään vakiinnuttamaan akuutin lääkehoidon tulos. Jos yksilö on kärsinyt ahdistuneisuushäiriöstä jo kauan, paremman tuloksen saamiseksi yhdistellään lääkitystä ja psykoterapiaa. (Tarnanen ym, 2019.)

Taulukko 5. Ahdistuneisuushäiriön hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Ahdistuneisuushäiriö: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta hoito ja kuntoutus; Duodecim lääketietokanta, n.d.)

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIMI	VAIKUTUSMEKANISMI	HUOMIOITAVAA
Buspironi	Anksilon, Buspiron	Vaikuttaa keskushermoston kautta välittäjäaineisiin	Vältettävä runsasta greippimehun käyttöä.

Pregabaliini	Lyribastad, Lyrica, Pregabalin, Pregabalin-neuraxpharm	Rauhoittaa aivojen liiallista sähköaktiivisuutta	Yhteisvaikutuksia keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa.
Hydroksitsiini	Atarax, Hydroxyzine	Väsyttävä antihistamiini	Ei käytetä, jos on rytmihäiriö (erityisesti pidentynyt QT-aika), on dialyysia vaativa munuaisten vajaatoiminta tai asiakas on raskaana tai imettää.

Bentsodiatsepiinejä käytetään ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Bentsodiatsepiinilääkityksessä tulee olla tarkkana ja jo ennen lääkkeen aloitusta tulee tarkistaa mahdollinen riippuvuusriski. Bentsodiatsepiini lääkitys puretaan hitaasti viikkojen tai kuukausien aikana ja purkamiseen voidaan yhdistää kognitiivista käyttäytymisterapiaa. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.) Pitkä- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit joita käytetään ahdistuneisuushäiriön hoidossa rauhoittavat, rentouttavat tahdonalaisia lihaksia ja lisäävät univalmiutta. Bentsodiatsepiineja ei käytetä asiakkailta, joilla on vaikea maksan vajaatoiminta, lihasheikkoutta aiheuttava sairaus, uniapnea tai hengityskatkoksia. (Duodecim lääketietokanta, n.d.)

Taulukko 6. Ahdistuneisuushäiriön hoidossa käytettäviä bentsodiatsepiineja. (Ahdistuneisuushäiriö: Käypä hoito – suositus, 2019, kohta hoito ja kuntoutus; Duodecim lääketietokanta, n.d.)

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIIMI
Alpratsolaami	Alprazolam, Alprox, Xanor
Diatsepaami	Diapam, Medipam, Stesolid (peräruiske), Diazepam (injektio), Diazepeks (injektio)

Klonatsepaami	Rivatriil (myös injektio), Clonazepam (erityislupavalmiste)
Loratsepaami	Lorazepam (myös injektio), Temesta
Oksatsepaami	Opamox, Oxamin, Oxascand (erityislupavalmiste)

Ahdistuneisuusoireita voi arvioida ahdistuneisuus kyselyllä eli GAD-7 kyselyllä. Kyselyn tekemiseen ei tarvitse olla ahdistuneisuushäiriön diagnoosia, vaikka kysely perustuukin DSM-5 järjestelmän kyselyyn yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä. (Mielenterveystalo.fi, n.d.-a.)

## 2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sairastavalla esiintyy masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia jaksoja, sekä oireettomia/vähäoireisia välivaiheita. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on usein pitkäaikainen ja uusiutuva sairaus. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyttä Suomessa ei tarkkaan tiedetä. Mielenterveyden keskusliiton mukaan sitä sairastaa noin prosentti väestöstä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Keskeinen sanoma & kohta Esiintyvyys; Mielenterveyden keskusliitto, n.d..)

Myös kaksisuuntainen mielialahäiriö on aiheuttajien kannalta monitekijäinen sairaus. Syntyyn vaikuttaa geneettiset sekä kehitykselliset tekijät. Sairaus puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä, ja liittyy usein kuormittaviin elämäntilanteisiin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Etiologia.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen tyyppiin. Tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on masennusjaksojen lisäksi selviä maniajaksoja ja/tai sekamuotoisia jaksoja. Tyypin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on masennusjaksojen lisäksi hypomaniajaksoja. (Tarnanen ym, 2021, kohta Mania ja hypomania, mitä ne ovat?.)

### 2.5.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen

Mania on vakava mielialahäiriö, jossa esiintyy mielialan liiallista kohoamista, ärtyisyyttä, sekä liiallista toimeliaisuutta selvästi tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Maaninen henkilö on usein toimelias, vauhdikas, rauhaton, puhelias, energinen ja ärtyisä. Unen tarve pienenee usein huomattavasti. Maniassa voi esiintyä myös psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Hypomania on tästä lievempi versio. Maaninen vaihe alkaa usein nopeasti ja kestää 2 viikkoa-5 kuukautta. Manian aikana sairastunut ei välttämättä pysty huolehtimaan perustarpeistaan, ja on vakavalla tavalla harkitsematon raha-asioissa, liikenteessä, ihmissuhteissa tai päihteiden käytössä, sillä hänen toiminta- ja/tai harkintakykynsä on vakavasti heikentynyt. Maniaan liittyy myös itsetuhoisuuden riski. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Diagnostiikka; Tarnanen ym., 2021, kohta Maaniset ja masennusvaiheet vuorottelevat.)

Masennusvaiheet taas kestävät yleensä noin 6 kuukautta, harvoin yli vuotta. Masennusjaksoilla sairastuneella on masennuksen oireita (kiinnostuksen menetys ympäristöön, mielihyvän tunteen puute, poikkeuksellinen väsymys). Sekamuotoisella jaksolla tarkoitetaan jaksoa, jossa maaniset oireet sekä masennusoireet vaihtelevat hyvin tiheästi tai esiintyvät jopa samanaikaisesti. (Tarnanen ym., 2021, kohta Maaniset ja masennusvaiheet vuorottelevat & kohta Mania ja hypomania, mitä ne ovat?.)

Sairauden oirekuva, jaksojen ja välivaiheiden pituudet sekä ylipäätään sairauden kulku ovat myös yksilöllisiä. Alttius sairausjaksojen toistumiselle on kuitenkin suuri. Joillain sairausjaksot voivat seurata vuodenaikoja, joillain taas sairausjaksot tulevat ketjumaisesti toistensa perässä. Jos sairausjaksot ovat usein toistuvia, riski avioeroille, työuran katkeamiselle sekä työkyvyttömyydelle ovat suuria. Mania- ja hypomaniajaksoissa voi esiintyä myös runsasta ja pakonomaista alkoholin käyttöä jaksottaisesti. Tämä taas pahentaa oireita. (Sadeniemi, 2021, kohta Sairauden kulku; mieli.fi, 2022.)

## 2.5.2 Hoito

Sairauden akuuttihoitossa on tavoitteena sairastavan oireettomuus, tai vain hyvin lievät ja ohimenevät oireet. Kun tämä toteutuu, aloitetaan ylläpitohoito, jolla koitetaan estää masennus-, mania- sekä sekamuotoiset jaksot, ja pitää jaksojen väliset lievätkin oireet poissa. Lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitokeinojen yhdistäminen toimivaksi yksilölliseksi kokonaisuudeksi on tärkeää. Keskeisimpänä hoitomuotona kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on mielialaa tasaava lääkitys. Sairauden hoidossa voidaan käyttää litiumia ja mielialaa tasaavia epilepsia- sekä psykoosilääkkeitä. Kun oireettomuus saavutetaan, ylläpitohoitoa jatketaan. Tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on suositeltavaa jatkaa lääkitystä loppuelämän ajan. Tyypin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä lääkityksen kesto määritellään oireiden esiintymisestä ja vakavuudesta. (Tarnanen ym, 2021, kohta Hoidon peruseräkkeet & kohta Lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistelmä.)

Toisena keskeisenä hoitomuotona ovat erilaiset psykososiaaliset hoidot, joihin sisältyy esimerkiksi erilaiset terapiat. Psykoedukatiivinen hoito on tärkeää ja sitä tulee tarjota jokaiselle sairastuneelle. Psykoedukaation tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta ja näin helpottaa potilaan ja mahdollisesti omaisten suhtautumista sairauteen sekä motivoida potilasta sitoutumaan hoitoon. Psykoedukaatiolla myös opetetaan sairastunutta tunnistamaan yksilöllisiä sairauden varhaisvaiheen oireita. (Tarnanen ym, 2021, kohta Lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistelmä.)

Mielialamuutosten seuraaminen esimerkiksi mielialapäiväkirjan avulla on hyvä keino oppia lisää omasta sairaudesta ja sen oireilusta. Kun oppii tunnistamaan omat yksilölliset oireet ja varomerkit, on helpompi olla yhteydessä hoitavaan tahoon ajoissa sairausjaksojen ollessa tuloillaan. Säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitäminen on tärkeää, sillä elimistön vuorokausirytmien häiriöt saattavat laukaista sairausjaksoja. Säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitäminen myös auttaa mielialan hallinnassa. Alkoholit ja muiden päihteiden käyttö altistaa sairausjaksoille. Ylipäätään säännöllisen elämän ylläpitäminen niin sosiaalisissa suhteissa kuin töissä ja opiskelussakin auttaa pitämään mielialan tasaisena.

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava on myös alttiimpi erilaisille fyysisille sairauksille kuin muu väestö, jonka takia terveellisten elämäntapojen ylläpitäminen on tärkeää. (Sadeniemi, 2021.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamiseen on tehty mielialahäiriökysely (MDQ), jota voidaan käyttää osana muuta diagnostista arviota. Positiivinen löydös merkitsee vasta sairauden epäilyä, ei diagnoosia. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta Diagnostiikka.) Kysely on lyhyehkö ja nopea täyttää. Kyselyn perässä on tulkintaohjeet, jonka perusteella tulos on joko negatiivinen tai positiivinen. (Käypä hoito, 2008.)

Taulukko 5. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Duodecim lääketietokanta, n.d.; Socada, 2023d).

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIMI	VAIKUTUSMEKANISMI	HUOMIOITAVAA
Litium	Lito Litiumcarbonat Resilient	Vaikutusmekanismeja ei tunneta tarkkaan. Epäillään selittyvän dopamiinin, GABA:n, asetyylikoliinin, serotoniinin sekä adrenergisen systeemin toiminnan muutoksilla.	Veren litiumpitoisuutta seurattava (litiummyrkytyksen vaara). Runsaat haittavaikutukset, sekä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Munuaisille haitallista (vasta-aiheena käytölle munuais- tai sydänsairaudet). Voi aiheuttaa muutoksia kilpirauhasen toiminnassa.
valproaatti/valproiinihappo	Absenor Deprakine	Vaikutus johtuu ainakin osittain	Ei raskaana oleville. Käytön

(epilepsialääke)	Orifil Valproat	gamma-aminovoi- hapon (keskusher- moston hermosolu- luja vaimentava välittäjäaine) pitoi- suuden kasvusta aivoissa.	aikana huolehdit- tava ehkäisystä.
Karbamatsepiini (epilepsialääke)	Neurotol slow Tegretol Carbamazepine	Salpaa keskusher- moston hermosolu- jen natriumkana- via.	Yhteisvaikutuksia monien eri lääkkei- den kanssa (kiih- dyttää maksan metaboliala). Tästä syystä jatkuva käyttö voi myös ai- heuttaa D-vitamiin- in puutosta joka puolestaan altistaa luiden pehmenem- iselle ja osteopo- roosille.
Lamotrigiini (epilepsialääke)	Lamictal Lamotrigin	Salpaa hermosolu- jen natriumvirtaa, sekä estää gluta- maatin vapautu- mista hermopäät- teistä.	Estrogeenejä si- sältävät ehkäisy- valmisteet voivat heikentää lamotri- giinin tehoa.
Okskarbatsepiini	Apydan Oxcarbazepin Trileptal	Salpaa keskusher- moston hermosolu- jen natriumkana- navia. (Samanta- painen vaikutus kuin karbamatse- piinilla.)	Saattaa heikentää hormonaalisen eh- käisyn tehoa.

## 2.6 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöt ovat ajatuksissa, tunne-elämässä ja käytöksessä kokonaisvaltaisesti ilmeneviä häiriöitä, jotka aiheuttavat haittaa eri elämän osa-alueilla. Persoonallisuushäiriötä on montaa eri tyyppiä, ja ne ovat melko yleisiä. On arvioitu, että 5–15 % väestöstä sairastaa jotakin persoonallisuushäiriötä. (Rovasalo, 2023, kohta Yleistä.)

Häiriöiden syntyyn vaikuttaa enimmäkseen lapsuuden ympäristölliset ja kasvatukselliset tekijät, esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden vuorovaikutusasetelmat sekä traumaattiset tapahtumat. Vaikeissa persoonallisuushäiriöissä perinnöllisyydellä on myös hieman merkitystä. Persoonallisuushäiriöt ilmaantuvat siis jo viimeistään varhaisaikuisuudessa, ja ovat pitkäkestoisia. (Rovasalo, 2023, kohta Persoonallisuushäiriöiden tausta.)

### 2.6.1 Persoonallisuushäiriöiden eri tyypit

Persoonallisuushäiriöt jaetaan **kolmeen eri luokkaan** niiden hallitsevien käyttäytymismallien mukaisesti. **A ryhmään** kuuluu epäluuloinen, eristäytyvä, sekä psykoosiin piirteinen persoonallisuus, joissa on tyypillistä käytöksen outous ja erikoisuus. **B ryhmään** kuuluu epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuisen ja narsistinen persoonallisuus. Näissä ominaista on tunne-elämän epävakaus, impulsiivisuus sekä heikentynyt empatiakyky. **C ryhmään** taas kuuluu estynyt, riippuvainen ja vaativa persoonallisuus, joissa haittaa aiheuttavia oireita ovat ahdistuneisuus, pelokkuus ja pakonomaisuus. Usein ihmisillä on useita persoonallisuushäiriöitä samaan aikaan, ja vain yhden persoonallisuushäiriön äärimmäiset muodot ovat harvinaisia. Joskus henkilöllä voi olla piirteitä monesta persoonallisuushäiriöstä, mutta ne eivät riitä minkään persoonallisuushäiriön diagnosoimiseen. Tällöin puhutaan sekamuotoisesta persoonallisuushäiriöstä. (Rovasalo, 2023, kohta Persoonallisuushäiriöiden luokittelu.)

Persoonallisuushäiriöiden nimet kuvaavat hyvin niihin liittyviä oireita. Psykoosiin piirteisessä häiriössä ei ole kyse skitsofreniasta tai edes minkäänäköisestä

psykoosista. Häiriön oireita kuvaa outous, sillä henkilöllä on omituisia kokemuksia ja uskomuksia. Tällöin ulkopuolisen on vaikea ymmärtää henkilön uskomuksia tai käyttäytymistä. Vaativassa persoonallisuudessa taas on kyse liiallisesta tunnollisuudesta ja epäilystä, pikkutarkkuudesta, huolellisuudesta, itsepäisyydestä, varovaisuudesta, jäykkyydestä sekä avoimuuden puutteesta. Tällöin nämä alkavat haittaamaan elämän eri osa-alueita. Vaativa persoonallisuushäiriö on kuitenkin lievempi, kuin pakko-oireinen häiriö (OCD). (Rovasalo, 2023, kohta Persoonallisuushäiriöiden luokittelu.)

### 2.6.2 Hoito

Persoonallisuushäiriöiden hoidossa psykoterapia on olennaista, joskus käytetään myös lääkitystä. Hoito edellyttää sairastavan omaa motivaatiota, joten hoidon on oltava aina vapaaehtoista. Tämä on haastavaa sillä usein sairastava ei näe hoidon tarvetta. Hyvällä ja ammattimaisella psykoterapialla voidaan saada oireita ja haitallista käytöstä rauhoittumaan. Katoamaan persoonallisuushäiriötä ei yleensä saada. Iän myötä oireet kuitenkin usein lievittyvät. (Rovasalo, 2023, kohta Persoonallisuushäiriöiden hoito.)

Persoonallisuushäiriöiden lääkehoito on haastavaa. Lääkitys riippuu sairauden oirekuvasta ja mahdollisista muista samanaikaisista mielenterveysongelmista. Lääkityksenä voidaan käyttää esimerkiksi psykoosilääkkeitä, masenuslääkkeitä tai joitain epilepsialääkkeitä. Erilaisia lääkekokeiluja tulee seurata pitkään ja arvioida kriittisesti. (Rovasalo, 2023, kohta Persoonallisuushäiriöiden hoito.)

### 2.7 Pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireisessa häiriössä henkilöllä esiintyy pakkoajatuksia ja/tai pakkotoimintoja. Pakkoajatuksilla tarkoitetaan toistuvasti ja pakonomaisesti mieleen tunkeutuvia epämiellyttäviä ja ahdistavia ajatuksia tai mielikuvia. Pakkotoimintoilla taas tarkoitetaan toistuvaa käytöstä tai mielessä tapahtuvaa toimintaa, jolla yleensä pyritään helpottamaan pakkoajatuksien tuomaa ahdistusta tai

estämään jokin pelottava tapahtuma. Pakko-oireista häiriötä sairastaa 2–3 % ihmisistä jossain elämänvaiheessa. Häiriö alkaa yleensä murrosiässä tai varhaisaikuisiällä. Perinnölliset tekijät altistavat sairauden puhkeamiselle. Sairauden puhkeaminen tai oireiden voimistuminen ajoittuu myös usein erilaisiin elämän stressitilanteisiin ja muutoksiin. Sairaudessa ajatellaan olevan kyse serotoniini-, dopamiini- ja glutamaattivälitteisten toimintojen häiriöstä aivoissa. (Rovasalo, 2022c, kohta Pakko-oireisen häiriön määritelmä ja oireet & kohta Pakko-oireisen häiriön esiintyminen.)

### 2.7.1 Oireet ja sairauden vaikutukset arkeen

Yleisiä pakkoajatuksia ovat esimerkiksi pelko tautien tartumisesta vuorovaihtuksen tai tavaroiden koskemisen välityksellä, pakonomainen epäily siitä, että on tehnyt vahingossa jotain pahaa, tai pakonomaiset seksuaaliset ja aggressiiviset ajatukset ja mielikuvat. Yleisiä pakkotoimintoja taas ovat jatkuva pakonomainen siivoaminen, peseminen, tarkistaminen, laskeminen, järjestely, kyseleminen, rauhoittavien vakuutusten vaatimus toisilta ja pakonomainen ruokailu. (Rovasalo, 2022c, Pakko-oireisen häiriön määritelmä ja oireet.)

Ajoittaiset lievät pakko-oireet ovat ihmisillä hyvinkin yleisiä. Pakko-oireisessa häiriössä oireet vaativat paljon aikaa, kuluttavat runsaasti henkisiä voimavaroja, aiheuttavat suoraa kärsimystä ja heikentävät toimintakykyä. Sairastava käsittää hyvin itsekin, että oireet ovat liiallisia tai tarpeettomia toteuttaa, mutta pakonomainen paine on liian suuri. Henkilö saattaa esimerkiksi kuvitella, että on jättänyt ovet lukitsematta tai ajanut autolla jonkun yli, ja hänen on pakko palata tarkistamaan asia monta kertaa. Sairauden oireet saattavat aiheuttaa myös paljon häpeää, jos henkilö kärsii esimerkiksi seksuaalisista pakkoajatuksista. (Rovasalo, 2022c, kohta Pakko-oireisen häiriön määritelmä ja oireet.)

### 2.7.2 Hoito

Sairaudesta kärsivän on tärkeää koittaa päästä oireiden aiheuttamasta häpeästä yli, sillä häpeästä vapautuminen auttaa hakeutumaan hoidon piiriin ja on

tärkeää oireita voimistavan stressin hallinnassa. Tämän takia stressinhallintamenetelmät, kuten erilaiset rentoutusharjoitukset, voivat auttaa oireiden hallinnassa. Pakkoajatuksia ja -toimintoja voi myös koittaa hallita opettelemalla ohjaamaan ajatukset muualle erilaisilla keinoilla, kuten erilaisilla luovilla aktiviteeteilla. (Rovasalo, 2022c, kohta Pakko-oireisen häiriön itsehoito.)

Psykoterapia on yksi pakko-oireisen häiriön hoitomuodoista. Erityisesti kognitiivisesta psykoterapiasta ja käyttäytymisterapiasta on todettu olevan hyötyä häiriön hoidossa. Lääkityksellä voidaan merkittävästi helpottaa sairauden oireita, muttei kuitenkaan parantaa sitä. Ensisijaisesti käytetään serotoniinin aineenvaihduntaan vaikuttavia masennuslääkkeitä. (Rovasalo, 2022c, kohta Pakko-oireisen häiriön hoito.)

Pakko-oireisen häiriön oireista ja niiden voimakkuudesta on olemassa kysely, jonka jokainen voi itsenäisesti tehdä. Kyselyiden tulokset ovat aina vain suuntaa antavia. Kyselyt eivät korvaa ammattiapua tai ammattilaisen tekemää diagnoosia. (Mielenterveystalo.fi, n.d.-d.)

## 2.8 Toipumisorientaatio

Toipumisorientaatio on viitekehys, joka pohjautuu yksilöllisyyden, osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja jokaisen ihmisen kasvun mahdollisuuden arvoihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023a).

Toipumisorientaation käyttöönotolla kaikkialla suomalaisessa mielenterveys-työssä olisi hyvä mahdollisuus saavuttaa paljon myönteisiä muutoksia. Hoito ja kuntoutus voisivat monipuolistua hyödynnettäessä kokemuksellisuutta ja vertaisuutta entistä laajemmin. Jos toipumisorientaatiota otetaan käyttöön enemmän, saadaan enemmän kokemustietoa. Tämä puolestaan synnyttää uutta teoretietoa aiheesta, jolloin eri tieteenalojen teoriapohja syvenee. Asiakkaiden vastuu omasta elämästään ja hoidostaan voisi vahvistua myönteisellä tavalla. Toipumisorientaation käytöllä on siis jo ollut ja voisi tulevaisuudessakin olla positiivisia vaikutuksia mielenterveystyöhön. (Nordling, 2018.)

Toipumisorientaatio on viitekehyksenä todella monipuolinen, jonka takia sitä ei voida pitää yhtenä selitettävänä teoriana tai ilmiönä. Toipumisorientaatio perustuu moneen eri taustateoriaan. Toipumisorientaation ihmiskäsityksessä ajatellaan, että ihmisen terveys ja hyvinvointi koostu yksilöllisesti monesta eri osatekijästä ja asiasta. Toipumista määrittää henkilön oma käsitys hyvästä ja mielekkästä elämästä, vaikka häntä ei voisikaan sanoa toipuneeksi kliinisten kriteerien mukaan. Toipumisorientaation mukaisessa auttamistyössä keskitytään myös muuhun kuin ihmisen sairauteen, sillä sairauden hoidon ohella monet muutkin tekijät vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin (esimerkiksi läheiset, asu-  
misympäristö, taloudellinen tilanne). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023a.)

Toipumisorientaation mukaan henkilö laatii itse omat tavoitteensa hänen mielestään mielekkään elämän ja arjen saavuttamiseksi. Ammattilaiset pyrkivät auttamaan edistämällä asiakkaan voimavaroja tavoitteiden laatimiseen ja saavuttamiseen. Ammattilainen myös antaa tietoa sairaudesta, ja siitä, miten oireiden kanssa tulee arjessa toimeen. Ammattilainen myös pyrkii motivoimaan asiakasta ja edistämään asiakkaan mahdollisuuksia tarvitsemaansa sosiaaliseen tukeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023a.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

Tekijät käyttivät opinnäytetyössä menetelmänä kyselyä. Tällä selvitettiin työntekijöiden tarpeellisimmaksi kokema tieto oppaan kannalta, eli mitä tietoa he halusivat sen sisältävän. Palautteen keräämistä varten tehtiin myös toinen kysely, joka lähetettiin kohdeorganisaation henkilökunnalle, kun opas oli hetken ollut heillä käytössä.

Kysely on yksi yleisimmistä tiedonkeruu menetelmistä. Kyselyiden avulla voidaan kysyä isolta joukolta monia asioita nopeasti ja tehokkaasti. Kyselyt ovat usein tilastollisia, sillä tutkimuksista saadaan usein paljon numeroihin perustu-

via tietoja. Kyselyissä tieto saattaa olla melko pinnallista, jota pidetään kyselyiden heikkoutena. Ongelmana kyselyissä on usein myös se, ettei voida tietää kuinka vakavissaan vastaaja on kyselyn täyttänyt, tai miten onnistuneet kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat vastaajien mielestä. Kyselyitä on monia erilaisia, esimerkiksi sähköisessä muodossa olevat kyselyt, postitse lähetettävät kyselyt, joissa ihmiset täyttävät itse kyselylomakkeensa. Kyselyä voidaan toteuttaa myös puhelimitse tai kasvotusten, jolloin kyselijä täyttää vastaajan puolesta vastaukset. Kyselyissä kysymykset ja vastausvaihtoehdot vaikuttavat paljon kyselyn laatuun. Kyselyä laatiessa tulee tarkkaan miettiä hyvä kysymys, joka antaisi mahdollisimman hyvin vastauksen siihen mitä halutaan selvittää. Kyselyitä voidaan käyttää hyvin monien ja erilaisten ilmiöiden tutkimiseen ja tarkasteluun. (Ojasalo ym., 2015, s. 121–122.)

Erilaisten ohjeiden ja oppaiden tekemisessä on huomioitava monia asioita. Opas on laadittava niin, että siinä on sopiva määrä tekstiä aiheesta. Oppaassa tulee olla vain keskeiset asiat aiheesta tiivistetysti, jotta mielenkiinto pysyy yllä sitä luettaessa. Se kannattaa siis pyrkiä pitämään mahdollisimman lyhyenä. Oppaan sisältö on oltava näyttöön perustuvaa ajantasaista tietoa. Tieto on tuotava esille rehellisesti ja asiallisesti. Oppaan on oltava kohderyhmän tarpeita vastaava. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 74–77; Kyngäs ym., 2007, s. 126.)

Oppaan ulkoasu on myös tärkeässä roolissa mielenkiinnon herättämisessä ja lukemisen helppoudessa. Tekstissä pitää kiinnittää huomiota otsikointiin ja kappalejakoon. Tiivistetty tieto tulee tuoda esiin selkein lausein, sillä monimutkainen lauserakenne vaikeuttaa ymmärtämistä. Tekstin tulee olla aina asiallista ja selkeää. Kuvia voi käyttää selkeyttämään tekstiä. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 75–76.)

## 4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT

Tekijät hakivat tietoa erilaisista tietokannoista (LIITE 1). Tekijät löysivät tutkimukset Google scholarista seuraavilla haku lausekkeilla: Mielenterveys AND esiintyvyys AND tuettuasuminen OR yhteisöllinen asuminen -opinnäytetyö 2015–2023, psykoosisairaudet AND hoito AND aikuiset -opinnäytetyö 2015–2023. Tekijät hakivat myös Pudmedin ja Medicin tietokannoista, mutta haut eivät tuottaneet tekijöille hyödyllistä tulosta. Tekijät käyttivät tiedonhaussa apuna myös SAMK Finnaa, josta he lainasivat oppikirjoja. Tutkimuksista on tietoa tiivistetyimmässä muodossa tekijöiden tekemässä taulukossa (LIITE 2), ja ne ovat avattu paremmin myöhemmin työssä.

Tekijät käyttivät työssä sisäänotto ja poissulkukriteereitä, jotka he itse määrittivät (LIITE 3). Tekijät rajasivat tutkimuksen julkaisu vuoden mukaan eivätkä he ottaneet 2015 vuoden jälkeen tehtyjä tutkimuksia. Tutkimus tuli olla myös joko suomeksi tai englanniksi ja teksti tuli olla kokonaisuutena saatavilla maksutta. Tutkimuksien tuli kohdistua aikuisiin ja olla pro-gradu, artikkeli tai tutkimus.

Lappi on tehnyt pro gradu tasoisen tutkielman nimeltään mielenterveys- ja päihdekuntoutusohjaajien työssä jaksaminen. Tarkoituksena oli analysoida sekä tulkita mitä työuupumus, ja työssä jaksaminen ovat mielenterveys- ja päihdekuntoutusohjaajien jäsentämänä, sekä tarkastella miten erilaisia kulttuurisia resursseja käytetään kuvailussa. Tutkimuksessa aineiston keruuna käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksen tulokset jakoutuivat selkeästi kolmeen yksilö-, työ- ja organisaatioulottuvuuksiin. Tekijä oli avannut tuloksia lisää jokaisen otsikon alla. Mielenterveys ja päihdekuntoutustyö ilmeni kaksijakoisena. Työntekijät kokivat työn raskaana mutta samalla myös merkityksellisenä. Työntekijät puhuivat avoimesti stressistä ja työuupumuksesta. Tutkimuksen mukaan, kun työntekijä huomasi itsessään stressin tai työuupumuksen oireita, he päätyivät hoitamaan/hoidattamaan itseään. (Lappi, 2019.)

Mäkisen kirjallisuustutkielmassa tarkasteltiin mielenterveyskuntoutujia sosiaalityön asiakkaina. Tutkielmassa keskityttiin siihen, miten

mielenterveyskuntoutujien osallisuus näkyy työssä, ja mitä erityispiirteitä mielenterveyskuntoutujiin liittyy asiakkaina/mitä erityisosaamista se vaatii työntekijältä, sekä toteutuvatko nämä käytännössä. Aineistona käytettiin kuutta tutkimusta sekä aihetta käsitteleviä artikkeleita ja teoksia. Tutkielmasta tuli selville, että mielenterveyskuntoutujilta löytyi halua osallistua ja vaikuttaa, mutta kyky tähän vaihteli sairauden vaiheen, voinnin ja jaksamisen mukaan. Työntekijällä tärkeänä osaamisen tarpeena oli henkilön mielenterveysongelmista johtuvien yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen, ja osaaminen tarjota tukea ja palveluita yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tutkimuksissa nousi esiin myös asiakkaan kunnioittavan kohtaamisen merkitys. Monilla mielenterveyskuntoutujilla oli sosiaalisesti negatiivisia kokemuksia, kuten syrjintää ja leimaamista. Toimiva ja luotettava vuorovaikutus on merkityksellistä. (Mäkinen, 2021.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle työntekijöiden yleisimmin kohtaamista psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Tavoitteena on koota tietoa yleisimmistä kyseisen yrityksen työntekijöiden kohtaamista sairauksista helposti käytettävään muotoon työyhteisölle.

Oppaalla on tarkoituksena olla helpottavana tekijänä työntekijöillä asioiden muistamisessa, ja kenties opettaa jotain lisää etenkin uudemmille työntekijöille. Opasta on myös kätevä pitää mukana käytännön työtilanteissa, jotta niihin on helppo palata uudelleen, milloin vain. (Kangas & Hämäläinen, 2007, s. 10.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU

Mielenterveys aiheena on tekijöiden mielestä tärkeä ja kiinnostava, ja tekijät halusivat oppia aiheesta lisää. Tekijät valitsivat aiheen ja projektin kiinnostuksen, sekä hyödyllisyyden perusteella, he halusivat opinnäytetyön tuotoksen olevan kohderyhmälle oikeasti käytännöllinen. Tekijät ajattelivat, että henkilökunnalle laadittu teoretiedosta tiivistetty opas olisi hyödyllinen ja käytännöllinen.

### 6.1 Kohdeorganisaatio

Kohdeorganisaationa toimii yksityinen yritys, joka tuottaa päihde- ja mielenterveys palveluita mielenterveyskuntoutujille, sekä muille eritavoin tukea tarvitseville. Kohdeorganisaation yksiköitä on ympäri Suomea. Yksiköissä tarjotaan monipuolisesti tukea. Tuki voi olla auttamista arkisissa asioissa, kodin ulkopuolisten verkostojen ylläpitämisen tukemista tai opiskelun ja työssä käymisen tukemista.

### 6.2 Aikataulu

Syksyllä 2023 tekijät aloittivat opinnäytetyön suunnittelun viemällä opinnäytetyön aiheen Wihiin sekä tekijät olivat keskustelleet tilaajan kanssa opinnäytetyön aiheesta. Joulukuussa tekijät alkoivat kirjoittaa opinnäytetyösuunnitelmaa ja huhtikuussa 2024 opinnäytetyösuunnitelma saatiin allekirjoitettua kaikkien osapuolien toimesta. Opinnäytetyön eri vaiheille laadittiin aikataulu, josta tehtiin erillinen etenemissuunnitelma (LIITE 4).

### 6.3 Resurssit ja riskit

Resurssit tarkoittavat projektissa käytettäviä koneita, laitteita, ohjelmistoja sekä tiloja, myös projektiin osallistuvat henkilöt kuuluvat projektin resursseihin. Kaikissa projekteissa on omat riskinsä ja ne vaikuttavat aikatauluun, resurs-

seihin ja kustannusarvioon. Projektin suunnitelmaan tulee sisällyttää tekijöiden tekemä riskianalyysi, siinä on tarkoituksena arvioida projektissa olevat riskit sekä niiden vakavuus ja varotoimenpiteet, joilla pyritään estämään riskejä. (Kettunen, 2009, s. 106, 122.)

Opinnäytetyötä tekevät kaksi opiskelijaa, joista kummankin käytettävissä on 400 työtuntia työn tekemiseen. Opinnäytetyön tekemisessä käytössä ovat pääasiassa opiskelijoiden omat tietokoneet. Resursseihimme kuuluu myös kohdeorganisaation työntekijät, jotka vastaavat vapaaehtoiseen kyselyymme. Riskinä työssä on esimerkiksi se, että henkilökunta ei vastaa kyselyymme, tai että siihen vastaa vain pieni osa työntekijöistä, jolloin oppaasta ei välttämättä tule heidän tarpeitaan vastaava. Opinnäytetyön tuotoksen, eli oppaan laatimisessa käytetään Canva nimistä ohjelmaa. Opinnäytetyö ei tule vaatimaan taloudellisia resursseja.

#### 6.4 Arviointi suunnitelma

Projektin laadun kannalta jatkuva projektin arviointi on tärkeää. Suunnitelma projektin arvioinnista on hyvä laatia jo projektisuunnitelmaan. Suunnitelmassa tulee näkyä, että mitä arvioidaan, kuka arvioi, milloin ja miten arvioidaan. Projektissa voidaan arvioida lähtökohtia (tehtävä ja tavoitteet, palveleeko tavoite kohderyhmää, yksimielisyys tavoitteista), prosessia (toiminta, toimintatapa, suorituskky, yhteistyö ja viestintä, asiakkaan tyytyväisyys/osallistuminen sekä projektin johtaminen) ja tuotosta/lopputulosta (tavoitteiden toteutuminen, hyödyt/hyödynnettävyys). Prosessin ja tuotoksen arviointiin liittyy myös projektin edistymisen ja aikataulun toteutumisen arviointi, talousasiat, sekä laadun ja riskienhallinta. (Kymäläinen ym., 2016, s. 55 56.)

Projektinaikaisella seurannalla ja arvioinnilla on mahdollisuus kehittää projektin toimintaa samalla kun se on käynnissä. Arviointia voi toteuttaa projektin tekijät (itsearviointi), projektin taustaorganisaatio ja/tai projektin tilaaja. Itsearviointi on usein keskeisin tapa projektinaikaisessa arvioinnissa. Tähän liittyy projektitehtävien tai tiimityön arviointia. (Kymäläinen ym., 2016, s. 56.)

Kun projektin avulla valmiiksi saatu opas on valmiina ja ollut jonkin aikaa yksiköiden henkilökunnan käytössä, tarkoituksena on kerätä yksiköiden työntekijöiltä palautetta oppaasta kyselyn muodossa. Palautekysely on liitteenä (LIITE 5). Kyselyn lähetys toteutetaan samalla tavalla kuin ensimmäisen kyselyn (kysely oppaan sisällöstä).

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin projektiopinnäytetyönä, koska teoretiedon kokoaminen käytännön työväliseksi, eli oppaaksi, ajateltiin olevan hyödyllistä tilaajalle ja opettavaista opinnäytetyön tekijöille. Tekijät halusivat myös luoda jotain konkreettista. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin kokoamalla työn teoreettinen tausta. Teoreettisen taustan kirjoittaminen aloitettiin opinnäytetyösuunnitelman allekirjoittamisen jälkeen. Teoreettisen taustan tietoa on kerätty luotettavista lähteistä kriittisesti arvioiden.

Oppaan suunnittelussa käytettiin apuna työntekijöille toteutettua kyselyä (LIITE 6), jonka avulla tekijät priorisoivat ja rajasivat oppaan sisältöä. Kyselyn yhteydessä lähetettiin myös saatekirje (LIITE 7), jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta, ja täyttämisohteet. Kyselyyn haettiin virallinen tutkimuslupa (LIITE 8). Opinnäytetyön tekijät myös keskustelivat tilaajan kanssa alustavasti oppaasta jo opinnäytetyön aiheen valinnan yhteydessä. Keskustelussa tuli esiin, että yleisimpiä mielenterveysongelmia/psykkisiä sairauksia ovat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus ja päihderiippuvuus. Somaattisista sairauksista nousi esille diabetes ja epilepsia. Tekijät päättivät kuitenkin rajata oppaan sisällön vain psyykkisiin sairauksiin.

Opas luotiin sähköisessä muodossa käyttäen Canva ohjelmaa, mutta opas pyrittiin luomaan niin, että se toimisi myös tulostettuna versiona, jolloin sitä voisi konkreettisesti kantaa mukana. Tekijöillä oli opasta tehtäessä käytössä Canva pron ilmainen kokeilujakso.

Varsinaisen oppaan laatiminen alkoi kesällä 2024. Oppaan toteutus aloitettiin, kun kyselyn vastaukset olivat tulleet. Teoreettisesta taustasta tietoa siirtämällä luotiin opas Canva ohjelmaa käyttämällä. Tekstiä tiivistettiin, ja sitä muokattiin selkeämpään muotoon. Tekstiä laitettiin myös erilaisiin laatikoihin, luetteloihin ja taulukoihin, jotta opasta olisi mielenkiintoisempaa lukea. Fonteissa, laati-koissa ja taulukoissa mietittiin sekä visuaalisuutta, että selkeyttä. Oppaaseen lisättiin väriä, jotta siitä tulisi visuaalisesti houkuttelevampi. Värit pidettiin kuitenkin neutraaleina, ja käytössä on pääsääntöisesti samat värit, eli oppaalla on tietty väriteema. Oppaaseen lisättiin myös hieman kuvitusta, jotta ulkoasu olisi pirteämpi.

Kun oppaasta saatiin ensimmäinen versio valmiiksi, tekijät olivat tiiviissä yhteistyössä tilaajan kanssa, ja opasta muokattiin heidän toivomustensa mukaisesti. Näin oppaasta saatiin sääntöjen mukainen ja molemmille osapuolille mieluinen. Opas saatiin valmiiksi marraskuussa 2024, jolloin se myös annettiin henkilökunnalle käyttöön. Viikko käyttöön ottamisen jälkeen henkilökunnalle lähetettiin oppaasta palautekysely, jota oli aikaa täyttää 1 viikko. Henkilökunnalla oli siis yhteensä kaksi viikkoa aikaa tutustua oppaaseen ja arvioida sitä. Palautekyselyllä tekijät keräsivät tietoa oppaan hyödyllisyydestä, selkeydestä, käytettävyydestä ja sisällön laadusta. Täten saatiin tietoa opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen toteutumisesta. Palautekyselyn vastausten perusteella ei enää muokattu opasta. Palautekyselyä käytettiin vain palautteen keräämiseen valmiista oppaasta opinnäytetyöraporttia varten.

Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen aloitettiin kunnolla oppaan ollessa käytössä tilaajalla, sekä palautekyselyn vastauksia odottaessa. Palautteen keruun jälkeen opinnäytetyö kirjoitettiin loppuun, ja lähetettiin opettajalle arvioitavaksi. Työhön tehtiin tarvittavat korjaukset, jonka jälkeen opinnäytetyö lähetettiin tilaajalle hyväksyttäväksi. Tilaajan vaatimuksesta kohdeorganisaatiota ei paljasteta työssä. Tämän vuoksi opas ei siis ole julkinen, se on otettu liitteistä pois. Muista liitteistä on peitetty kohdeorganisaation nimi.

## 8 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

Opinnäytetyötä arvioitiin tekijöiden toimesta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, joka mahdollisti sen, että tekijät pystyivät arvioimaan toistensa työtä myös objektiivisesta näkökulmasta. Opinnäytetyötä tehtiin kuitenkin tiiviisti yhdessä, jonka takia täysin objektiivinen arviointi ei ole tekijöiltä mahdollista. Lopuksi työ arvioitiin ohjaavan opettajan ja tilaajan toimesta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa yleisimmistä kyseisen yrityksen työntekijöiden kohtaamista sairauksista helposti käytettävään muotoon työyhteisölle. Tämän toteutumista arvioitiin lähettämällä kohderyhmälle palautekysely, johon sisältyi myös helppokäyttöisyyden arviointi. Kyselyssä kysyttiin ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä” väittämän muodossa, koettiinko opas helppokäyttöisenä. Jokaiselta vastaajalta tuli kyseiseen väittämään ”samaa mieltä” vastaus. Tämän lisäksi vapaan palautekentän kautta saatiin palautetta, että opas on selkeä ja helppokäyttöinen. Tämän perusteella opinnäytetyön tavoite toteutui.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas yksityiselle sosiaalipalveluita tuottavalle yritykselle työntekijöiden yleisimmin kohtaamista psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Opinnäytetyön tarkoitus siis toteutui.

Tuotosta eli opasta arvioitiin palautekyselyn avulla, johon vastasi yhteensä 7 työntekijää. Kyselyn vastauksista selvisi, että opas koettiin selkeänä, helppokäyttöisenä ja käytännöllisenä ammattiryhmästä ja työkokemuksen määrästä riippumatta. Palautekyselyssä kysyttiin 4 kysymystä, joissa vastaus vaihtoehtoina oli ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä”. Kysymyksissä aiheina oli tarpeellisen tiedon sisältäminen sairauksista, ulkoasun selkeys, oppaan helppokäyttöisyys ja oppaan käytännöllisyys. Näihin kysymyksiin kaikki vastaajat vastasivat ”samaa mieltä”, eli oppaan koettiin sisältävän kaiken tarpeellisen tiedon sairauksista, olevan ulkoasultaan selkeä, ja olevan helppokäyttöinen sekä käytännöllinen. Palautekyselyn lopussa oli myös mahdollisuus jättää vapaata palautetta, johon kannustettiin kirjoittamaan rehellisesti mielipiteitä oppaasta. Viisi

seitsemästä vastaajasta jätti vapaata palautetta, ja kaikki vapaa palaute oli positiivista.

Opinnäytetyön eteneminen poikkesi suunnitelmasta aikataulun osalta. Tekijät toivoivat ja suunnittelivat, että opinnäytetyö olisi ollut valmis arvioitavaksi jo kesäkuussa 2024. Tekijöiden suunnittelema aikataulu oli turhan tiukka, ja tietyt asiat sekä osa-alueet veivät enemmän aikaa, mitä tekijät osasivat odottaa. Todellisuudessa opasta kirjoitettiin kesän aikana, sekä syyslukukauden alussa. Oppaaseen tehtiin myös odotettua enemmän korjauksia opettajan ja tilaajaan pyynnöstä. Opas saatiin tilaajalle käyttöön marraskuussa 2024, ja palaute saatiin kerättyä vielä marraskuun aikana.

### 8.1 Resurssit ja riskit

Opinnäytetyö ei vaatinut taloudellisia resursseja. Canva ohjelmasta tekijöillä oli käytössä pro version ilmainen kokeilujakso, joten siitä ei aiheutunut tekijöille mitään kustannuksia. Opinnäytetyö tehtiin pääosin tekijöiden omilla tietokoneilla. Oppaan kokoamisessa ja visualisoinnissa käytettiin myös SAMK:in ATK-luokkien tietokoneita.

Yhdeksi riskiksi opinnäytetyössä arvioitiin se, että henkilökunta ei vastaisi tekemiimme kyselyihin. Tämä olisi johtanut siihen, että emme olisi saaneet minkäänlaista apua oppaan laatimiseen tai minkäänlaista tietoa opinnäytetyön tavoitteiden toteutumisesta. Näin ei kuitenkaan käynyt. Tekijät saivat kyselyihin melko hyvin vastauksia, vaikka niitä toivottiin enemmän. Palautekyselyiden vastauksiin kirjoitettiin myös vapaata palautetta, jota tekijät arvostivat paljon.

## 9 POHDINTA

Valitsimme projektiopinnäytetyön, koska halusimme luoda jotakin konkreettista ja käytännöllistä. Halusimme tehdä sellaisen oppaan, joka on hyödyllinen tilaajaorganisaation työntekijöille, ja esimerkiksi toisille opiskelijoille. Opinnäytetyön toteutuksen aikataulutusta oli haastavaa, emmekä jälkeinpäin ajatellen olleet siinä realistisia. Tämä johtui siitä, ettemme aluksi ymmärtäneet kunnolla aiheen laajuutta, ja näin ollen tehtävän työn määrää. Alkuperäisen suunnitelman mukaan oppaan piti olla yksiköiden henkilökunnalla jo kesällä käytössä, mutta oikeasti opas saatiin käyttöön vasta marraskuussa. Aiheen rajaamisen koimme haastavaksi. Mielenterveysongelmista löytyy paljon tietoa, mutta halusimme kuitenkin pitää oppaan siistinä, selkeänä ja helppolukuisena. Yhteistyö tekijöiden välillä sujui hyvin, kuten myös yhteistyö tekijöiden ja opettajan, sekä tekijöiden ja tilaajan välillä.

### 9.1 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli molemmille haastavaa, mutta opettavaista. Aikatauluhaasteiden ja työmäärän kautta opimme, että aihetta olisi kannattanut rajata vieläkin enemmän. Oppaassa on laajasti teoretietoa erilaisista mielenterveysongelmista, joten opimme paljon lisää myös niistä opasta tehdessä. Kyseessä on sellainen aihe, että siitä on teoretietoa olemassa todella paljon, joten tietoa oli myös pakko rajata laajasti. Tämän kautta kehittyi taito rajata ja tiivistää tietoa ymmärrettävämpään ja selkeämpään muotoon.

Koska opas sisältää laajasti teoretietoa eri mielenterveysongelmista, toivomme oppaan olevan hyödyllinen ja edistävän ammatillista kehitystä kenelle tahansa, joka sen lukee. Tiedämme voivamme itsekin palata oppaaseen, jos joskus työelämässä tarvitsemme siitä löytyvää tietoa. Olemme loppujen lopuksi itse tyytyväisiä tekemäämme tuotokseen.

Työelämässä on tärkeää kiinnittää huomiota myös vapaa-aikaan ja riittävään palautumiseen. Opinnäytetyön teossa oli pakko ottaa huomioon selkeä

henkilökohtainen aikataulutus, sillä molemmilla oli myös töitä, työharjoittelua ja muita koulutehtäviä samaan aikaan. Aikataulun laadinnassa oli tämän takia koitettava ottaa huomioon oma vapaa-aika ja riittävä palautuminen, joka oli aika ajoin haastavaa. Lopulta koemme kehittyneemme tässäkin hieman.

## 9.2 Oppaan hyödynnettävyys

Kysely oppaan sisällöstä lähetettiin vain kahdelle yrityksen yksikölle, joten periaatteessa opas on kohdennettu juuri niihin yksiköihin. Opas on kuitenkin laadittu niin, että myös muut yrityksen yksiköt voisivat hyödyntää opasta. Oppaan tieto on luotettavista lähteistä, sekä isoksi osaksi hoitosuosituksista kerättyä, joten käytännössä sitä voi hyödyntää kuka tahansa.

Palautekyselyssä yksi vastaajista toi ilmi, että opasta voisi myös hyödyntää yrityksen asiakkaat. Tämä on näkökulma, jota tekijät eivät olleet ajatelleet. Tullevaisuudessa voisi luoda oppaan, joka on kohdennettu nimenomaan yrityksen asiakkaille tai tehdä sairauksista erillisiä pieniä ja tiiviitä oppaita, joita työntekijät voisivat jakaa asiakkaille.

## 9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikan perusajatuksessa on kysymykset oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta. Tutkimusta tehdessä tulee ottaa huomioon useita erilaisia eettisiä kysymyksiä. Tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Eettisyys on jokaisen tutkijan omalla vastuulla. (Hirsijärvi ym, 2009, s. 23.)

Eettisyys on kaikessa tieteellisessä toiminnassa tärkeä asia. Hoitotieteessä ja muissakin tutkimustieteissä tutkimusetiikka sekä sen kehittäminen on ollut merkittävä tekijä jo pitkään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013 s. 211.) Yleiset eettiset periaatteet ohjaavat suomessa kaikilla tieteenaloilla tutkijoita. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja yksityisyyttä. Tutkijan tulee toteuttaa tutkimus niin ettei siitä

aiheudu tutkittavana olevalle yhteisölle, ihmiselle tai tutkimuskohteille suuria riskejä, haittoja tai vahinkoja. Tutkijan tulee kunnioittaa luonnon monimuotoisuutta, aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 7.)

Tilaaajan vaatimuksesta kohdeorganisaatiota ei paljasteta työssä. Tämän vuoksi opas ei siis ole julkinen, se on otettu liitteistä pois. Muista liitteistä on peitetty kohdeorganisaation nimi.

Laaja perehtyminen opinnäytetyön aiheeseen oli meille tärkeää. Opinnäytetyön teoreettiseen taustaan valitsimme tarkoin, sekä kriittisesti lähteet. Lähteiden valinnassa huomiota kiinnitimme lähteen luotettavuuteen, ajankohtaisuuteen ja alkuperään. Lähteitä valittaessa pidimme mielessämme opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen. Olemme käyttäneet pääosin lähteitä vuosilta 2015–2024. Vanhempia lähteitä käytimme tarkoituksenmukaisesti, ja pohdimme kyseisten lähteiden luotettavuutta.

Opinnäytetyö käsittelee erilaisia mielenterveysongelmia. Loimme kyselyn yksiköiden henkilökunnalle, johon opas tehtiin. Meille oli tärkeää luoda kysely siten, että siihen vastaaminen on nopeaa ja täysin anonyymiä. Opinnäytetyössä ei tuoda esiin asukkaiden tai henkilökunnan yksityisyyteen viittaavia seikkoja. Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa, sillä teetätimme kyselyn henkilökunnalle, jossa työntekijät kertoivat, mitä mielenterveysongelmia he yleisimmin kohtaavat työssään.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme noudattaneet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa” -ohjetta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että tekijöitä oli kaksi ja pystyimme yhdessä kriittisesti pohtimaan opinnäytetyötä ja vältimme omalle tekemiselle sokeutumisen.

## LÄHTEET

- Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito – suositus. (2019). Suomalaisen lääkäreiden seuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Alkoholiongelmat: Käypä hoito -suositus. (2018). Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (2019). Ammattikorkeakoulujen Opinnäytetöiden Eettiset Suositukset. Haettu 11.11.2024 osoitteesta <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Depressio: Käypä hoito -suositus. (2024). Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Duodecim. (2016). Addiktio. Lääketieteen sanasto. Haettu 16.9.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00011>
- Duodecim lääketietokanta. (n.d.). Terveysportti. Haettu 17.7.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/laake/>
- Eerola, H. (15.7.2020a). Julkisten paikkojen palko (agorafobia). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00375>
- Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). Ohjaus hoitotyössä. Tammi.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). Tutki ja kirjoita (15., uudistettu painos). Tammi.
- Häkkinen, M., Rapeli, P. & Vormaa, H. (2022). Päihdekuntoutus. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & S. Melkas (toim.), Kuntoutuminen (2., uudistettu painos, s. 240–246). Duodecim.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus. (2024). Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>
- Kangas, P. & Hämäläinen, J. (2007). Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Työturvallisuuskeskus. Nykypaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. (3., uudistettu painos). SanomaPro Oy.
- Kettunen, S. (2009). Onnistu projektissa (2., uudistettu painos). WSOYpro.

Kymäläinen, H., Lakkala, M., Carver, E. & Kamppari, K. (2016). Opas projektityöskentelyyn. Helsingin yliopiston Tieteestä toimintaa -projektiurssiverkosto. <http://hdl.handle.net/10138/160099>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Käypä hoito. (2008). Mielialahäiriökysely MDQ. <https://www.kaypa-hoito.fi/xmedia/hoi/hoi50076b.pdf>

Lappi, S. (2019) Mielenterveys- ja päihdekuntoutusohjaajien työssä jaksaminen. [pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto]. Eropository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20191378>

Leppävuori, A. (2023). Depressio ja somaattinen sairaus. Duodecim lehti. 139(17), s. 1367–1376. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17767.pdf>

Mielenterveyden keskusliitto. (n.d.). Kaksisuuntainen mielialahäiriö. <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/yleisia-mielenterveyden-hairioita/kaksisuuntainen-mielialahairio/>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-a) Ahdistuneisuuskysely (GAD-7). Haettu 16.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/ahdistuneisuuskysely-gad-7>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-b) Alkoholinkäytön riskien kysely (AUDIT), miehet. Haettu 15.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/alkoholinkayton-riskien-kysely-audit-miehet>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-c). F10.3–19.3 Vieroitusoireet. Haettu 12.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f103-193-vieroitusoireet>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-d). Pakko-oirekysely (OCI-R). Haettu 16.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/pakko-oirekysely-oci-r>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-e) Pitkä masennuskysely (BDI-21). Haettu 16.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/pitka-masennuskysely-bdi-21>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.-f). Tietoa klotsapiinin käyttäjälle. Haettu 10.9.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykoosi/tietoa-klotsapiinin-kayttajalle>

Mieli.fi. (2022). Kaksisuuntainen mielialahäiriö. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/kaksisuuntainen-mielialahairio/>

Mäkinen, S. (2021). Keskiössä ihminen, ei ongelma – Mielenterveyskuntoutajat aikuissosiaalityön asiakkaina [pro gradu -työ, Jyväskylän yliopisto]. JYX-julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-202106153743>

Niemi, A. (2023). Kansantautien ja tautitaakan ennaltaehkäisy – Terveiden edistäminen ja tutkimustulokset väestön terveydestä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/documents/155392151/190159786/Kansantautien+ja+tautitaakan+ennaltaehkaisy.pdf/de45ceaf-df0d-0bc5-6085-1ba5fc90a243/Kansantautien+ja+tautitaakan+ennaltaehkaisy.pdf?t=1685354045638>

Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyössä?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 134(15). <https://www.duodecimlehti.fi/duo14435>

Raitasuo, V. (2000). Klotsapiini skitsofrenian hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 116(11). <https://www.duodecimlehti.fi/duo91557>

Rovasalo, A. (25.1.2022a). Masennustila eli depressio. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>

Rovasalo, A. (25.5.2022b). Sosiaalisten tilanteiden pelko. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00492>

Rovasalo, A. (12.7.2022c). Pakko-oireinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00403>

Rovasalo, A. (7.9.2022d). Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555>

Rovasalo, A. (2023). Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>

Rovasalo, A. (2021). Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>

Sadeniemi, M. (2021). Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378>

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. (2024). Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11\\_2](https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11_2)

Socada, L. (6.6.2023a.) Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01332>

Socada, L. (6.6.2023b). Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01338>

Socada, L. (6.6.2023c). Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01339#s12>

Socada, L. (7.6.2023d). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytettävät lääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01340>

Tarnanen, K., Koponen, H. & Laukkala, T. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00127>

Tarnanen, K., Suominen, K., Lähteenmäki, S. & Laukkala, T. (2021). Kaksi-suuntainen mielialahäiriö – mielialojen vuoristorata. Käyvän hoidon potilasversiot. Haettu 14.5.2024 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00082>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (5.12.2023a). Toipumisorientaatio. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/toipumisorientaatio>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (7.12.2023b). Aiheet. Mielenterveys. Itsemurhien ehkäisy. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023c). Alkoholin riski- ja ongelmakäyttöä kartoittava kysely. Haettu 16.9.2024 osoitteesta [https://thl.fi/documents/155392151/190500116/AUDIT\\_lomake\\_13.6.23.pdf/66c2fc20-ed64-f17d-9cb4-44818a9e29f2/AUDIT\\_lomake\\_13.6.23.pdf?t=1686663942201](https://thl.fi/documents/155392151/190500116/AUDIT_lomake_13.6.23.pdf/66c2fc20-ed64-f17d-9cb4-44818a9e29f2/AUDIT_lomake_13.6.23.pdf?t=1686663942201)

Tiihonen, J. (2019). Skitsofrenian lääkehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 135(20). <https://www.duodecimlehti.fi/duo15194>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Haettu 11.11.2024 osoitteesta [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

Urtti, A-R. & Eerola, H. (2024). Paniikkihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404>

## LIITE 1: TIEDONHAKUTAULUKKO

Tietokanta	Hakulauseke	Tulokset	Valittu
Google Scholar	Mielenterveys AND esiintyvyys AND tuettuasu- minen OR yhtei- söllinen asumi- nen -opinnäyte- työ 2015–2023	347	1
Google Scholar	psykoosisairau- det AND hoito AND aikuiset - opinnäytetyö 2015–2023	161	1
Medic	Mielenterveys AND päihdeon- gelma AMD sai- raudet 2015–2023	21	0
Medic	Mielenterveys AND Päihdeon- gelma AND Kun- toutus 2015–2023	6	0
Pubmed	mental health work AND guide AND benefits AND workers 2015-2023 Free full text	34	0

## LIITE 2: TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijät, vuosi, otsikko, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Käytetyt mittarit/aineistonkeruu	Keskeiset tulokset
Lappi Sari, 2019, Mielenterveys- ja päihdekuntoutusohjaajien työssä jaksaminen, Suomi	Tarkoituksena analysoida sekä tulkita mitä työuupumus ja työssä jaksaminen ovat mielen-terveys- ja päihdekuntoutusohjaajien jäsentämänä	Tutkimuksessa on käytetty haastattelua aineistonkeruu menetelmänä. Teema-haastattelua toteutettiin kolmen päivän ajan	Työn tulokset jakautuivat kolmeen osaan, yksilö-organisaatio- ja työ ulottuvuuksiin. Tekijä on jakanut ulottuvuudet omiin otikoihin ja kertoo niistä erikseen työssään.
Mäkinen Soila, 2021, Keskiössä ihminen, ei ongelma – mielen-terveyskuntoutajat aikuissosiaalityön asiakkaina	Tarkoituksena selvittää mielen-terveyskuntoutujan osallisuutta sosiaalityössä, miten mielen-terveystyö näyttäytyy ja miksi sen huomioiminen on tärkeää sosiaalityössä, ja mitä erityisosaamista sosiaalityön henkilökunnalta vaaditaan mielen-terveyskuntoutujan	Tehty kirjallisuuskatsausena. Aineistoksi valittiin 4 tutkimusta ja 2 hoitotieteen alan väitöskirjaa.	Asiakkaan osallisuus riippuu kuntoutumisen vaiheesta ja voi täten näyttäytyä monenlaisena. Tutkimuksista nousi esiin kunnioittavan kohtaamisen tärkeys. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan erityisosaamisena asiakkaan yksilöllisten tarpeiden

	kohtaami- sessa/auttami- sessa.		tunnistamista, tarpeet riippuvat paljon myös sai- rauden vai- heesta. Mielen- terveyskuntoutu- jilta löytyy halua vaikuttaa.
--	---------------------------------------	--	---

## LIITE 3: SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu 2015–2023	Julkaistu myöhemmin kuin 2015
Suomi tai Englanti	Jokin muu kieli kuin Englanti
Koko teksti, ilmaiseksi saatavilla	Maksullinen, vain osa tekstistä saatavilla
Tutkimukset, pro-gradut, artikkelit	AMK-opinnäytetyöt
Aikuiset	Lapset

## LIITE 4: ETENEMISSUUNNITELMA

<b>10/2023</b>	Opinnäytteen aihe Wihiiin, tilaajan kanssa keskustelu
<b>12/2023</b>	Opinnäytetyö suunnitelma
<b>1/2024</b>	Projekti sopimuksen tekeminen
<b>2/2024</b>	Kyselyn lähettäminen
<b>3–5/2024</b>	Projektin raportin ja oppaan kirjoittaminen
<b>5/2024</b>	Palautteen kerääminen
<b>6/2024</b>	Opinnäytetyön palauttaminen

## LIITE 5: PALAUTEKYSELY

### oppaan palautekysely

Arvostaisimme palautetta, jota voi antaa täyttämällä tämän palautekyselyn. Kysely sisältää seitsemän kohtaa ja on nopea vastata. Kysely on täysin anonyymi ja siihen vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyn tulokset ovat vain oppaan tekijöiden nähtävissä. Kyselyä on aikaa täyttää yksi viikko (26.11.2024 asti). Kyselyn tulosten avulla saamme tietoa kokemuksistanne. Toivomme rehellistä palautetta, jotta tiedämme, mikä oppaassa onnistui ja ei onnistunut niin hyvin.

Ystävällisin terveisin Pinja Stenroos ja Veera Vuorisalo

\* Pakollinen

1. Mikä on ammattinimikkeesi \* 

Sosionomi

Sairaanhoidtaja

Lähihoitaja

Muu


2. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? \* 

0-1 vuotta

2-5 vuotta

Yli 5 vuotta


3. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

**Opas sisältää tarpeellisen tiedon sairauksista** \* 

Samaa mieltä

Eri mieltä

4. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

**Opas on ulkoasultaan selkeä** \* 

Samaa mieltä

Eri mieltä

5. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

**Tieto on helposti löydettävissä oppaasta** \* 

Samaa mieltä


Eri mieltä

6. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

**Koen oppaan olevan kätevä jokapäiväisessä työssä \*** 


Samaa mieltä

Eri mieltä

7. Tähän voit halutessasi kirjoittaa vapaata palautetta oppaasta 

Kirjoita vastaus

## LIITE 6: KYSELY OPPAAN SISÄLLÖSTÄ

1. Mitä mielenterveysongelmia kohtaat työssäsi eniten? (voit valita useamman vaihtoehdon) \* 

- masennus
- skitsofrenia
- kaksisuuntainen mielialahäiriö
- päihdeongelma
- persoonallisuushäiriö
- ahdistuneisuushäiriö
- syömishäiriö
- pakko-oireinen häiriö
- Muu

2. Mitä tietoa haluaisit oppaassa tulevan esille eri mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta? Valitse mielestäsi kolme tärkeintä.

\* 

- oireet
- sairauden aiheuttajat/syntyperä
- sairauden yleisyys
- yleisimmät lääkkeettömät hoitokeinot
- yleisimmät hoidossa käytettävät lääkkeet
- lääkkeiden vaikutusmekanismit
- sairauden vaikutukset arkeen ja elämään
- Muu

3. Halutessasi voit kirjoittaa tähän vapaita ehdotuksia oppaaseen:



## LIITE 7: SAATEKIRJE

Hei,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyönä oppaan [REDACTED] teidän yksikössänne yleisimmin esiintyvistä psyykkisistä sairauksista ja niiden hoidosta [REDACTED] työntekijöiden käyttöön. Tarkoituksenamme on toteuttaa kysely, jonka avulla saamme tietää, mitkä sairaudet ja aiheet olisivat työntekijöiden mielestä tärkeitä ja oleellisia oppaassa. Vastauksia hyödynnetään vain opinnäytetyön tekemiseen.

Kysely sisältää kolme kysymystä ja on nopea vastata, lomakkeen täyttämiseen menee korkeintaan 10 minuuttia. Kysely on anonyymi ja siihen vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Toivomme kuitenkin mahdollisimman laajaa osallistumista, jotta oppaasta saataisiin henkilökunnan tarpeita ja toiveita vastaava. Kyselyyn on saatu lupa [REDACTED] ja vastaamalla kyselyyn annatte suostumuksen käyttää vastauksia opinnäytetyössä.

Vastaathan kyselyyn viimeistään 31.3. mennessä.

Ystävällisin terveisin

Pinja Stenroos ja Veera Vuorisalo

## LIITE 8: TUTKIMUSLUPA

ASIA: TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijoille Pinja Stenroosille ja Veera Vuorisalolle on 2.4.2024 myönnetty tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen.

Helsinki 26.11.2024

