

SAIRAUDENTUNNOTTOMUUS SKITSOFRENIASSA

Keinoja lisätä hoitoon sitoutumista

Mirka Sneck

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) SNECK, Mirka	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 06.05.2013
	Sivumäärä 54	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SAIRAUDENTUNNOTTOMUUS SKITSOFRENIASSA. KEINOJA LISÄTÄ HOITOOON SITOUTUMISTA.		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli käsitellä sairaudentunnottomuuden, hoitoon sitoutumisen ja erilaisten hoitotyön keinojen yhteyttä skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia selitysmalleja sairaudentunnottomuudesta nykytutkimuksessa esitetään. Lisäksi tavoitteena oli kuvata sellaisia hoitotyön keinoja, joilla hoitoon sitoutumista voitaisiin sairaudentunnottomilla skitsofreniapotilailla lisätä.</p> <p>Metodina käytettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää sovellettuna. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia CINAHL, PubMed, EBSCO ja COCHRANE- tietokannoista. Haut rajattiin vuosiin 2000- 2013. Pääosa löydetystä tutkimuskirjallisuudesta on englanninkielistä. Aineisto luokiteltiin teemoittelun avulla.</p> <p>Keskeisiksi tuloksiksi sairaudentunnottomuuden selitysmalleina nousivat: 1) psykologinen defenssimalli, 2) neuropsykologinen malli, 3) kognitiivinen selitysmalli sekä 4) näkökulmia yhdistelevä malli. Psykologinen defenssimalli on väistymässä muiden selitysmallien tieltä. Hoitoon sitoutumisen lisäämisen keinoina sairaudentunnottomilla skitsofreniapotilailla tulivat esille 1) selviytymiskäyttäytymisen lisääminen, 2) sairauden oireiden normalisointi, 3) potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen, 4) varhaisen tuen tarpeellisuus ja 5) psykoedukaatio. Hoitoon sitoutumisen lisäämisen keinot saivat pääosin tukea opinnäytteen taustakirjallisuudesta.</p> <p>Johtopäätöksinä esitetään, että hoitotieteen alalle kaivattaisiin lisää suomenkielistä tutkimusta sairaudentunnottomuudesta. Erityisesti tietoa skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutumisen lisäämisen keinoista tarvitaan. Myös konkreettisten hoitotyön toimintamallien kehittäminen sairaudentunnottaan heikkojen skitsofreniapotilaiden auttamiseksi olisi hyödyllistä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) sairaudentunnottomuus, skitsofrenia, hoitoon sitoutuminen, potilasohjaus, mielenterveyshoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) SNECK, Mirka	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 06052013
	Pages 54	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title LACK OF INSIGHT IN SCHIZOPHRENIA. MEANS TO INCREASE COMMITMENT TO TREATMENT.		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) KUHANEN, Carita		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to deal with the connection between the lack of insight in schizophrenia, commitment to treatment and different kinds of mental health nursing methods with schizophrenic patients. The aim of the thesis was to examine the explanations to the lack of insight as presented by contemporary research. Furthermore, another aim was to describe such methods of mental health care which may increase commitment to treatment with schizophrenic patients who are unaware of their illness.</p> <p>The method of this thesis was an application of a systematic literature review. The answers to the research questions were searched in the CINAHL, PubMed, EBSCO and COCHRANE- databases. The search of data was limited to the years 2000- 2013. The research literature which was found was mainly in English. The data was categorized by using thematic analysis.</p> <p>The following essential results emerged in the analysis of data as results of this thesis. There are four explanations of how to describe lack of insight: 1) The psychological defense model, 2) The neuropsychological model, 3) The cognitive perspective and 4) A combination of different perspectives. It seems that the psychological defense model is currently losing ground in comparison to the other models. The reviewed literature highlighted the following as means to increase commitment to treatment among schizophrenia patients who are unaware of their illness: 1) promotion of functional coping behaviors, 2) normalizing the symptoms of illness, 3) taking individuality into account, 4) necessity of early support and 5) psychoeducation.</p> <p>As a conclusion it is proposed that more Finnish research on the lack of insight in schizophrenia is needed. Especially more information about how to increase commitment to treatment among schizophrenia patients is required. In addition, it would be useful to develop concrete operational models in nursing in order to help schizophrenia patients with poor insight.</p>		
Keywords unawareness of illness, lack of insight, schizophrenia, commitment, patient education, mental health care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 SAIRAUDEN TUNNON PUUTTUMINEN - HAASTE YHTEISTYÖLLE.....	3
2 SAIRAUDENTUNNOTTOMUUDEN KÄSITE JA ESIINTYVYYS SKITSOFRENIASSA	4
2.1. Sairaudentunnottomuus käsitteenä ja ilmiönä.....	4
2.1 Sairaudentunnottomuus ja skitsofrenia.....	5
3 SKITSOFRENIAPOTILAAN HOITOMYÖNTYVYYS JA HOITON SITOUTUMINEN	7
3.1. Hoitomyöntyvyyden ja hoitoon sitoutumisen käsitteet	7
3.2 Hoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä	8
3.3. Hoitomyöntyvyys ja sitoutuminen skitsofreniassa.....	10
3.4. Hoitotyön keinot ja hoitoon sitoutuminen	13
3.4.1. Tiedon ja tuen tarjoaminen.....	13
3.4.2 Reflektiivinen kuuntelu.....	15
3.4.3. Dialogisuus ohjauksen menetelmänä.....	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄ	19
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUKSEN VAIHEET	20
5.1. Tutkimusten haku	22
5.2. Tutkimusten valinta	23
5.3. Aineiston analyysi	29
6 TULOKSIA: SAIRAUDENTUNNOTTOMUUDEN SELITYSMALLEJA	30
6.1 Psykologinen defenessimalli	30
6.2 Neuropsykologinen selitysmalli.....	32
6.3 Kognitiivinen selitysmalli.....	34
6.4. Näkökulmia yhdistelevä selitysmalli.....	35

	2
7 TULOKSIA: HOITON SITOUTUMISEN LISÄÄMISEN KEINOJA	36
7.1. Selviytymiskäyttäytymisen lisääminen	37
7.2. Sairausten oireiden normalisointi	38
7.3. Potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen	38
7.4. Varhaisen tuen tarjoaminen	39
7.5. Psykoedukaatio	40
8 POHDINTA	42
8.1. Luotettavuus ja eettiset kysymykset	42
8.2. Tulosten tarkastelua	44
8.3. Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	49
LÄHTEET	51

1 SAIRAUDEN TUNNON PUUTTUMINEN - HAASTE YHTEISTYÖLLE

Sairaudentunnottomuus on ilmiö, joka voi tulla vastaan skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitotyössä. Sairauden tunnon puuttuminen voi hankaloittaa yhteistyötä, hoidon tavoitteiden asettamista, sairauden hyväksymistä, hoitoon sitoutumista ja kuntoutumisen alkamista. (Sorvaniemi & Kampman 2000; Timlin 2009.) Kyseessä on siis ilmiö, jolla on vaikutusta niin hoidon tuloksiin kuin inhimillisen kärsimyksen lisääntymiseen. Mielenkiinto opinnäytetyön aiheeseen syntyi mielenterveys-, päihde-, ja kriisi-työn syventävän harjoittelujakson aikana, jossa kohtasin sairaudentunnottomia ja sairaudentunniltaan heikkoja potilaita.

Helposti mieleen tuleva selitys sairaudentunnottomuudelle on sairauden kieltäminen osana minän puolustusmekanismeja. Sairastuminen horjuttaa aina sekä minäkuvaa että turvallisuuden tunnetta. Tämä malli hallitsi pitkään sairaudentunnottomuuden selityksiä, onhan se hyvin järkeenkäyvä. (Amador 2011a; Langdon & Ward 2009.) Minäkuvaaan liittyvä selitys oli itsellänikin ensimmäisenä mielessä, mutta erilaisiin tutkimuksiin perehtyminen osoitti, että totuus sairaudentunnottomuuden selitysmalleista on paljon monimuotoisempi ja osittain vielä kiistanalainen.

Sairaudentunnottomuus ei ole pelkästään mielenterveyshoitotyössä vastaantuleva ilmiö, vaan esimerkiksi Alzheimerin tauti ja erilaiset aivosairaudet voivat aiheuttaa samanlaisen oireen, jota kutsutaan anosognosiaksi. (Juva 2004; Takalo 2009.) Aivotutkimuksen löydökset ovatkin nousseet keskeiseksi selitysmalliksi, mutta myös sosio-kognitiivisia selitysmalleja tutkitaan. (Raij 2012.) Yhtä mieltä tutkijat näyttävät olevan siitä, että kyseessä on olennainen ilmiö, koska sairaudentunnottomuus aiheuttaa hoitoon sitoutumattomuutta, sairaalajaksojen lisääntymistä ja kärsimystä niin potilaille kuin omaisille.

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyössä pyritään valottamaan sairaudentunnottomuuden, hoitoon sitoutumisen ja erilaisten hoitotyön keinojen yhteyttä skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitotyössä. Metodina käytetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää sovellettuna.

2 SAIRAUDENTUNNOTTOMUUDEN KÄSITE JA ESIINTYVYYS SKITSOFRENIASSA

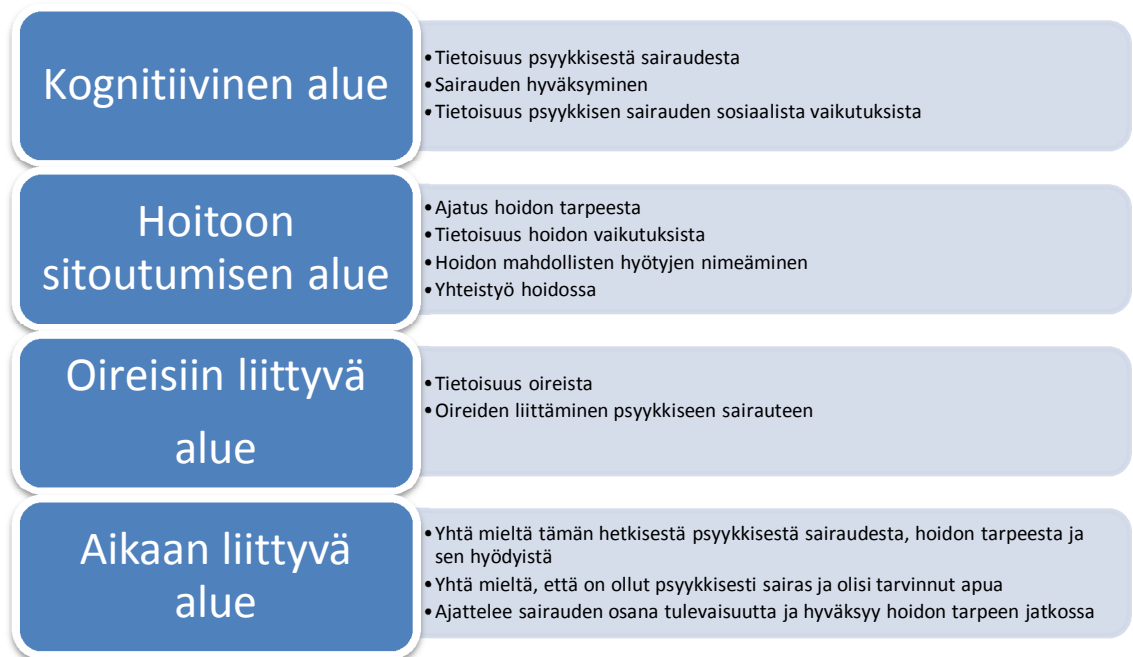
2.1. Sairaudentunnottomuus käsitteenä ja ilmiönä

Sairaudentunnottomuutta ei sellaisenaan löydy suomen kielen sanakirjoista tai asiasanaluetteloista. Sivistyssana anosognosia tarkoittaa sairaudentunnottomuutta, sanakirjassa se selitetään seuraavasti 1.(lääketiede) vaikeus tiedostaa sairauttaan. (Suomisanakirja.) Anosognosia käsitettä käytetään jonkin verran kansainvälisissä julkaisuissa. Amadorin (2011a) mukaan anosognosia on amerikkalaisesta sairausluokituksista löytynyt vuodesta 2000 saakka.

Englanniksi sairaudentunnottomuutta käsittelevissä lähteissä puhutaan yleensä käsitteellä *unawareness of illness*, *lack of awareness*, *poor insight* tai *lack of insight*. Suunnilleen samaa tarkoitetaan myös käsitteellä *kieltäminen* eli *denial of illness* tai käsitteellä *anosognosia*, jota voidaan käyttää joko synonyyminä tai erottamaan kieltämisen psykologista luonnetta anosognosian biologisesta perustasta. (Saks 2009.)

Sairaudentunnottomuus liitetään usein mielenterveyden sairauksiin ja sen onkin todettu olevan yleistä esimerkiksi skitsofreniassa, anoreksiassa ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisessa vaiheessa. (Rüsch & Corrigan 2002, 23; Sorvaniemi & Kampman 280.) Sairaudentunnottomuutta voi esiintyä dementoivissa sairauksissa kuten Alzheimerin taudissa ja erilaisissa otsalohkon sairauksissa, esimerkiksi otsalohkodementiassa sairaudentunnottomuus on läsnä sairastumisen alusta lähtien. (Juva 2004.) Myös erilaiset aivovauriot voivat aiheuttaa sairaudentunnottomuutta. Aivovaurio voi aiheuttaa oireet, joista Kaplan-Solms ja Solms (2002) Takalon (2009) artikkelissa puhuvat anosognosiana, jonka äärimmäisessä ilmenemismuodossa vamma kiistetään täysin jopa silloinkin, kun on läsnä päinvastaista todistusaineistoa. Esimerkiksi potilaan toisen käden ollessa halvaantunut, hän voi väittää pystyvänsä käyttämään sitä normaalisti. Lievempänä oireilu saattaa esiintyä anosodiaforiana: vammaa ei sinällään kiistetä, mutta siihen suhtaudutaan emotionaalisesti välinpitämättömästi. (Takalo 2009, 10.)

Amadorin mukaan tutkimus sairautentunnottomuuden parissa on lisääntynyt kahden vuosikymmenen aikana. Vuonna 1989 löytyi 10 tutkimusta sairautentunnottomuudesta, kun vuonna 2011 niitä löytyi lähemmäs 300 kappaletta. (Amador 2011b.) Sairautentuntoa voidaan tarkastella seuraavanlaisten neljän osa-alueen avulla, kognitiivisen, hoitoon sitoutumisen, oireiden ja aikaan liittyvien piirteiden avulla. (Rüsch & Corrigan 2002, 24.)



Kuvio 1. Sairautentunnon osa-alueet

Ihmisen sairautentunto on sitä parempi, mitä useamman osa-alueen tunnuspiirteet hän täyttää. Sairautentunnottaan heikot tai sairautentunnottomat ihmiset eivät ole yhdenmukainen ryhmä, vaan heidän käsityksensä kullakin neljällä osa-alueella vaihtelevat.

2.1 Sairautentunnottomuus ja skitsofrenia

Sairautentunnottomuus on yleistä skitsofreniassa. Arviot esiintymisestä vaihtelevat lähteestä toiseen. Arviolta noin puolella skitsofrenia sairastavista sairautentunnottomuus on osa sairaudenkuvaa. Amador (2011b) viittaa tutkimukseensa vuodelta 1994, jossa tutkimusjoukkona oli 221 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Heistä 40,7 % oli tietoinen sairaudestaan. 25,3 % oli jossakin määrin tietoinen, mikä tarkoittaa sitä, että henkilö voi pitää mahdollisena sitä, että hän sairastaa skitsofreniaa. 32,1 % oli sairau-

dentunnettomia, mikä tarkoittaa ehdotonta kieltämistä siitä, että hänellä olisi skitsofrenia. Uusimmissa tutkimuksissa kyselyn kategorioita on lisätty kolmesta viiteen. (Amador 2011 b.)

Sairaudentunnettomuuden testaamiseksi on olemassa mittari nimeltä “the Scale for the Assessment of Unawareness of Mental Disorder”, jonka lyhenne on SUMD. Mittaria käytetään yleisesti kansainvälisessä sairaudentunnettomuuden tutkimuksessa. Korkea pistemäärä mittarista tarkoittaa huonompaa sairaudentuntoa. Fiss ja Chaves (2005) ovat testanneet mittaria 35 potilaan aineistolla ja havainneet sen toimivaksi. SUMD on puolistrukturoitu avoin haastattelu, joka arvioi yleistä oivalluskykyä, sairaudentuntoa ja oireiden ymmärrystä. Tutkimuksissa SUMD on osoitettu olevan luotettava ja pätevä. Toisaalta Roe & muut (2008) tutkimuksessaan havaitsivat, että kaikkein sairaudentunnettomin ryhmä yllättäen sai matalimmat pisteet SUMD testistä, mikä oli tutkijoille yllätys. (Fiss & Chaves 2005; Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos & Ly-saker 2008.)

Skitsofreniaa sairastava ihminen voi kieltää sairautensa huolimatta selvistä oireista. Skitsofreniaa sairastava Saks (2009) selitti oireensa itselleen kolmella tavalla. Hän ajatteli, että jokaisen mielessä on kaaosta, väkivaltaa, hämmennystä ja pelottavia ajatuksia kuten hänellä itsellään. Muut vain olivat hänen mielestään parempia hallitsemaan näitä ajatuksia ja miettivät enemmän, mitä sanoivat. Hän ei siis mielestään ollut sairas vaan sosiaalisesti taitamaton. Toisen selityksen mukaan hän näytti henkisesti sairaalta, mutta hän ajatteli, että kunhan hänen tilastaan tiedetään tarpeeksi, sairaus osoittautuu epätodeksi. Kolmas selitys oli ajatus siitä, että ihminen valitsee itse tekonsa ja ajatuksensa. Hän mielestään päätti valita tietyt uskomukset, vaikka todisteita ei pidettäisi ns. vahvana näyttönä. Hänellä oli oma määritelmänsä totuudesta. Sairaus ei ollut jotain joka vain tapahtui hänelle, vaan jotain mitä hän valitsi tehdä. Saks tuli lopulta tietoiseksi sairaudestaan monivaiheisen prosessin avulla, johon lääkityksen vaihtaminen antoi ensisysäyksen. (Saks 2009.)

3 SKITSOFRENIAPOTILAAN HOITOMYÖNTYVYYS JA HOITOON SITOUTUMINEN

3.1. Hoitomyöntyvyyden ja hoitoon sitoutumisen käsitteet

Käsitteitä hoitomyöntyvyys ja hoitoon sitoutuminen käytetään osassa tutkimuksia suunnilleen samaa tarkoittavina sanoina. Joissakin lähteissä käsitteet erotellaan toisistaan ja hoitoon sitoutumista pidetään enemmän potilaan tai asiakkaan aktiivisuutta osoittavana käsitteenä. Esittelen seuraavassa käsitteitä synonyymeinä ja käytän niitä siinä merkityksessä kuin ne on alkuperäislähteessä kuvattu.

Englanniksi hoitoon sitoutumisessa voidaan käsitteinä käyttää esimerkiksi sanoja compliance, adherence ja co-operation. Merkitykseltään adherence kuvastaa compliance käsitettä paremmin asiakkaan omaa osuutta hoidossa. Concordance painottaa yhdessä asetettujen tavoitteiden merkitystä ja toimimista yhdessä niiden mukaan. (Kyingäs & Hentinen 2009, 18- 19.)

Hoitoon sitoutumisen käsite on käytössä yleisesti koko terveydenhuollossa. Käsitteen hyväksyminen ja käyttö osoittaa asiakaskäsityksen ja asiakkaan roolin muuttumista. Aikaisemmin ajateltiin, että syy oli asiakkaassa, ellei hän noudattanut annettuja hoito-ohjeita. Varhaisimmat määritelmät korostivat potilaan alisteista asemaa lääkärin ja hoitohenkilökunnan antamien ohjeiden noudattajana. Nykyään hoitoon sitoutumisessa vastuun ajatellaan olevan yhtä hyvin ammattihenkilöillä kuin asiakkaalla. Sitoutuminen nähdään yhteistyönä ja vuorovaikutuksena terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Myös yhteiskunnasta ja muusta ympäristöstä johtuvat tekijät on alettu ottaa huomioon entistä paremmin. (Kyingäs & Hentinen 2009, 19- 20.)

Hoitomyöntyvyys voidaan suppeasti määritellä vain annettujen hoito-ohjeiden noudattamiseksi. Hoitomyöntyvyyden käsite on kuitenkin laajentunut käsittämään myös potilaan aseman aktiivisena, neuvottelevana ja tasavertaisena oman terveytensä ja sairautensa asiantuntijana ja hoitonsa toteuttajana. Monet tutkimukset käsittelevät edelleen hoitomyöntyvyyttä vain lääkehoitomyöntyvyyden mittaamisena. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 277.)

Hoitoon sitoutumiseen kuuluu myös terveystyöskäyttäytyminen, joka edellyttää ihmiseltä enemmän kuin pelkän määrättyjen lääkkeiden ottamisen. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - raportti on osa maailmanlaajuisen projektin työtä, joka on aloitettu vuonna 2001 WHO:n ei-tarttuvien tautien ja mielenterveyssairauksien osaston aloitteesta. Projektin päämäärä on lisätä sitoutumista kroonisten tautien hoitoihin maailmanlaajuisesti. Projekti on halunnut laajentaa hoitoon sitoutumisen määritelmää ottamalla käyttöön seuraavan määritelmän.

Hoitoon sitoutuminen = Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita.

Projektissa korostettiin sitä, että hoitoon sitoutuminen täytyy erottaa hoitomyöntyvyydestä. Olennaisin ero on siinä, että hoitoon sitoutumisessa potilas on samaa mieltä suosituksista. Potilaan tulisi olla aktiivinen kumppani sopimassa hoidostaan yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 3-4, 11.)

3.2 Hoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä

Kuntoutumisen ja paranemisen onnistumiseen vaikuttaa sitoutuminen hoitoon. Keskimäärin puolet kaikista pitkäaikaisia sairauksia potevista noudattaa hoito-ohjeita. Huono hoitomyöntyvyys on haaste niin osassa somaattisissa sairauksissa kuin mielenterveyteen liittyvissä sairauksissa. Mielenterveyden häiriöihin liittyy monia huonoon hoitomyöntyvyyteen kytkeytyviä tekijöitä, silti hoitoon myöntyväisten potilaiden osuus on suunnilleen sama kuin muillakin lääketieteen aloilla. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 281.)

Hoitoon sitoutumisen mittareina voidaan käyttää suoria tai epäsuoria arviointimenetelmiä. Epäsuoria menetelmiä ovat esimerkiksi potilaiden ja hoitohenkilökunnan omat arviot ja keskustelut, hoitotulokset ja kliininen tila. Suoria menetelmiä ovat esimerkiksi elektronisia seurantalaitteita, apteekkien tietojärjestelmiä ja biokemiallisia lääkepitoisuuksien mittareita hyödyntävät menetelmät, joilla esimerkiksi lääkepitoisuuksia

voidaan mitata. Mitään yksittäisistä mittaamenetelmistä ei ole osoitettu optimaaliseksi. Parhaana pidetään monia menetelmiä käyttävää lähestymistapaa, joka yhdistää luotettavan itsearvioinnin ja luotettavat objektiiviset mittarit. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 4- 5; Kyngäs & Hentinen 2009, 36- 39.)

Hoitoon sitoutuminen on moniulotteinen ilmiö, jonka viidestä ulottuvuudesta vain yksi on suoraan potilaaseen liittyvissä tekijöissä. Terveystieteiden tutkimuksiin liittyvien tekijöiden vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen on toistaiseksi tutkittu vähän. Monilla tekijöillä voi olla negatiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen kuten esimerkiksi: hoitavien henkilöiden puutteelliset tiedot tai koulutus, terveydenhoitohenkilöiden liiallinen työmäärä, järjestelmän kyvyttömyys kouluttaa potilaita ja tarjota hoidon seuranta, tiedon puute hoitoon sitoutumisen tärkeydestä ja hoidon parantamiseen tähtäävien interventioiden puute. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 28- 29.)

Sairauteen liittyvät tekijät ovat potilaan tautiin liittyviä ongelmia. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat voimakkaasti mm. oireiden voimakkuus, toimintaesteisyyden määrä, taudin vakavuus ja etenemisnopeus sekä hoito ja sen saatavuus. Näiden tekijöiden merkitys riippuu siitä, kuinka ne vaikuttavat potilaan käsitykseen riskistä sekä hoito-ohjeiden noudattamiseen ja hoitoon sitoutumisen tärkeydestä. Monet hoitoon liittyvät tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Tärkeimpiä ovat hoidon monimutkaisuus, hoidon kesto, aikaisemmat hoidon epäonnistumiset, useat hoidon muutokset, hyödyllisten vaikutusten välittömyys, haittavaikutukset ja se, kuinka niiden kanssa selviämistä tuetaan. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 29- 30.)

Potilaaseen liittyvät tekijät edustavat potilaan voimavaroja, tietoja, asenteita, kokemuksia ja odotuksia. Potilaan tieto ja uskomukset sairaudesta, motivaatio sen hallintaan, luottamus omaan kykyyn selviytyä taudin hallinnasta, odotukset hoidon onnistumisesta ja huonon hoitoon sitoutumisen seuraamukset vaikuttavat kaikki toisiinsa tavoilla, joiden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ei vielä täysin ymmärretä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 30.)

Perheen, yhteisöjen ja potilasjärjestöjen on havaittu olevan tärkeimmät hoitoon sitoutumista parantavat tekijät, joten niihin pitää kiinnittää huomiota. Perheen tuki voi olla konkreettista, emotionaalista tai tiedollista. Vertaistuki edistää erityisesti huonosti

hoitoon sitoutuneiden potilaiden sitoutumista ymmärtämisen ja tuen avulla. Hoitoon sitoutumisen parantamisessa tarvitaan potilaalle räätälöityjä toimenpiteitä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 11, 13- 14; Kyngäs & Hentinen 2009, 34.)

3.3. Hoitomyöntyvyys ja sitoutuminen skitsofreniassa

Sorvaniemi ja Kampman (2000) viittaavat Blackwelliin (1992) ja Fentoniin (1997) selityksenä sille, että mielenterveyshoitotyön alalla on saatu samansuuntaisia hoitomyöntyvyytuloksia kuin muidenkin sairauksien hoidossa, mikä saattaa liittyä siihen, että hoitoa on painotettu enemmän vuorovaikutukseen ja sen vahvistamiseen. Hoitomyöntyvyydellä voidaan myös ajatella olevan rajansa, jota ei voida ylittää, kun kyseessä on pitkäaikaisen sairauden hoito. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 278- 279.)

Jos mielenterveyspotilas ei sitoudu hoitoon, seurauksena voi olla pitkä sairaalahoito tai joutuminen laitos- avohoitokierteeseen. Huonoon hoitoon sitoutumiseen on monia syitä. Hoitoon sitoutuminen on usein huonoa silloin, kun

- sairaus on todettu äskettäin
- oireet eivät ole kestäneet pitkään
- potilas ei tunnista oireitaan
- potilas ei koe olevansa hoidon tarpeessa
- vaste hoitoon on heikko
- potilaalla on negatiivisia tunteita: häpeää, toivottomuutta, pelkoa, syyllisyyttä
- potilaalla on sairaudentunnon puute

Potilaat saattavat kokea hoidon tarpeettomaksi ja siksi kieltäytyä hoitotoimista sekä yhteistyöstä. Erityisesti tahdonvastaisesti toteutetussa hoidossa lähtötilanne on haastava, vaikka hoito voi olla välttämätöntä potilaan sairauden ja turvallisuuden näkökulmasta. Hoitosuhteenkin aikana potilas voi ajoittain toimia passiivisesti. Potilas voi ajatella, ettei hänen oikeastaan kuulukaan olla hoitosuhteessa aktiivinen. Hän voi myös olla sairauden myötä kyvytön toimimaan oma-aloitteisesti tai osallistumaan hoitoonsa, ennen kuin psyykinen vointi on jonkin verran parantunut. Psyykinen vointi ja toimintakyky voi myös olla sairauden myötä niin taantunut, ettei hoitoon sitoutumisen edellytyksiä sillä hetkellä ole. (Timlin 2009, 169- 170.)

Suomessa mielenterveyspotilaan hoitoon sitoutumista on tutkittu vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa hoitoon sitoutuminen on keskittynyt lääkehoitoon ja skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitoon. (Timlin 2009, 165.) Lääkehoidon haittavaikutusten ohella puutteellinen teho aiheuttaa suuren osan hoitomyöntymättömyydestä. Uusien psykoosilääkkeiden parempaan siedettävyyteen ja tehoon liittyy taipumus jättää lääkitys voinnin normaalistuttua. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 281.)

Olfsonin ja muiden (2006) tutkimuksen tarkoitus oli arvioida skitsofreniapotilaiden sairautentunnon yhteyttä kliiniseen vaikutelmaan, pärjäämiseen ja psykoosilääkkeiden lääkesitoutumattomuuteen. Metodina oli kysely, joka lähetettiin 771 psykiatrille. Tutkimusjoukko muodostui 300 potilaasta, jotka olivat tietoisia sairaudestaan ja 97 potilaasta, jotka olivat sairautentunnottomia. Sairautentunnottomilla potilailla oli merkittävästi pitempiä jaksoja lääkkeisiin sitoutumattomuudessa ja taipumus kokonaan lopettaa antipsykoottisen lääkityksen käyttö. Heillä oli myös vakavampia positiivisia oireita ja heillä yleisemmin seurasi sairaalajakso lääkesitoutumattomuudesta kuin heillä, jotka olivat tietoisia sairaudestaan. Psykologiset interventiot ja erilaiset perheinterventiot olivat vähemmän tehokkaita kuin heillä, jotka olivat tietoisia sairaudestaan. (Olfson, Marcus, Wilk & West, 2006, 205.)

Amador (2011 b.) viittaa Rummel-Klugen tutkimukseen vuodelta 2008, jossa 50 – 75 % skitsofreniapotilaista oli lääkekielteisiä kokonaan tai osittain. Samoin hän viittaa Oehl (2000) tutkimukseen, jonka mukaan 33 % otti lääkkeensä tunnollisesti. Jos ajatellaan asiaa sairautentunnottoman potilaan näkökulmasta, kieltäytyminen esimerkiksi lääkehoidosta on loogista. Amador käyttää esimerkkinä insuliinia ja pyytää pohtimaan käyttäisimmekö sitä, vaikka lääkäri määräisi, jos uskoisimme, ettemme ole sairaita. (Amador 2011 b.)

Potilaat kertovat usein vähäisen lääkesitoutuvuuden syyksi sivuvaikutukset. Amadorin (2011 b.) mukaan se on vain osa totuutta. Sairautentunnottomat potilaat ovat oppineet, ettei kannata sanoa ” en ole sairas, enkä tarvitse lääkkeitä”, vaan sivuvaikutukset ovat hyväksyttävämpi syy lääkekielteisyydelle. Psykoedukaatio ei auta lääkekielteisyyteen, koska potilaat eivät usko olevansa sairaita. Tärkein tekijä, joka on sidoksissa tunnolliseen lääkkeiden käyttöön, on luottamuksellinen hoitosuhde. Hoitosuhdetta määrittää silloin kuunteleminen ilman tuomitsemista ja potilaan näkemyksen kunnioit-

taminen. Kolmantena piirteenä korostetaan, että huolimatta potilaan epäilyksistä, potilaalle kerrotaan hänen hyötyvän lääkityksestä. (Amador 2011 b.)

Huono hoitomyöntyvyys skitsofreniassa liittyy vaikeisiin psykoosioireisiin. Harhaluulot, erityisesti suuruusfantasiat ja kognitiivisten toimintojen taantuminen kytkeytyvät hoitomyöntyvyyden ongelmiin. Harhaluulot vaikeuttavat lääkehoitoa esimerkiksi myrkytetyksi tulemisen pelon takia. Kognitiivisten toimintojen kuten aloitekyvyn ja päämäärähakuisen toiminnan heikkenemisen sekä muistihäiriöiden takia sovittujen hoito-ohjeiden noudattaminen vaikeutuu. Sairaudentunnon puuttuminen on riskitekijä. Yksin asuminen, huonot asunto-olot, sosiaalinen eristäytyminen, päihdeongelma ja miessukupuoli kytkeytyvät huonoon hoitomotivaatioon. Neuroleptien aiheuttamat sivuvaikutukset ovat yksi vahvimmin dokumentoitu hoitomyönteisyyttä heikentävä tekijä. Myös monimutkaiset ja ristiriitaiset hoito-ohjeet lisäävät hoitokielteisyyttä. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 278- 279.)

Hyvään hoitomyöntyvyyteen liittyviä asioita skitsofreniassa on sairaudentunto. Sairaudentunto oireiden havaitsemisesta ja kyvystä määrittää ne patologisiksi (esimerkiksi äänen kuuleminen = kuuloharha) sekä motivaatiosta sitoutua suositeltuun hoitoon. Tukea antava perheilmapiiri ja perheenjäsenten kyky havaita läheisessään psykoosioireita ovat kytköksissä hyvään hoitomyöntyvyyteen. Hyvä potilas-lääkärisuhde on yhteydessä hyvään hoitomyöntyvyyteen. Perhekeskeiset psykoedukatiivisia menetelmiä käyttävät hoitomallit seurantatutkimuksilla arvioituna liittyvät pääasiassa parantuneeseen hoitomyöntyvyyteen. Myös yksilökeskeisillä kognitiivisilla terapiamalleilla on parannettu skitsofreniapotilaiden hoitomyöntyvyyttä. (Sorvaniemi & Kampman 2000, 278- 279.)

Mielenterveyspotilaan hoito on usein pitkäkestoista. Laitoshoidon jälkeen hoitoa jatketaan avohoidossa. Paraneminen ja kunnossa pysyminen riippuvat siitä, miten potilas motivoituu hoitoon. Erityisesti tässä vaiheessa hoitoon sitoutuminen nousee keskeiseksi. Jatkuvuus vaatii sitoutumista, aitoa yhteistyötä ja omaehtoisuutta. (Timlin 2009, 165.)

Amadorin (2011 b.) mukaan kymmenen prosenttia skitsofreniaa sairastavista tekee itsemurhan. Hän pitää sitä enemmän sairauden oireena, kuin harkittuna tekona. (Amador 2011 b.) Olisi olennaista pystyä vaikuttamaan skitsofreniaa sairastavien hoitoon

sitoutumiseen, jotta itsemurhat ja huonot hoitotulokset saataisiin vähenemään. Hoitoon sitoutumisen lisäämisessä on käytössä monenlaisia hoitotyön menetelmiä.

3.4. Hoitotyön keinot ja hoitoon sitoutuminen

Mielenterveyspotilaan hoitotyössä hyödynnetään useita eri hoitomenetelmiä. Yleisimmin käytettyjä menetelmiä ovat hoidollinen omahoitaja- ja lääkärisuhde, erilaiset terapiat, hoidolliset ryhmät, yhteisöhoito sekä lääkehoito. Ammatillisessa yhteistyösuhteessa luottamus, toivo, empatia, kuuntelu, yksilöllisyys, tasa-arvo, kunnioitus, potilaslähtöisyys ja turvallisuus ovat keskeisiä teemoja, ja niihin olisi hyvä kiinnittää huomiota myös psyykkisesti sairastuneen potilaan hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. (Timlin 2009, 165.)

Timlin (2009) näkee mielenterveyspotilaan hoitoon sitoutumisessa ensimmäisenä askeleena hoitoon osallistumisen. Osallistuminen on edellytys myöhemmin seuraavalle hoitoon sitoutumiselle. Jotta potilas voisi osallistua hoitoonsa, hän tarvitsee tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Tiedon avulla potilas voi tehdä päätöksiä tai olla mukana vaikuttamassa niihin. (Timlin 2009, 162.)

3.4.1. Tiedon ja tuen tarjoaminen

Hotin (2004) tutkimukseen osallistui 100 skitsofreniapotilasta. Tutkimuksessa selvitettiin sitä, mitä potilas haluaa tietää. Sekä potilaiden että lääkäreiden mielestä potilaalle on hyötyä sairauttaan koskevasta tiedosta. Potilaiden mielestä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta tulee antaa potilaille monipuolisesti, varhain ja useita kertoja. Useimmat potilaista halusivat tietoa jo sairautta epäiltäessä. Lääkärien mielestä tietoa tulee antaa varsinkin skitsofreniapotilaille pääsääntöisesti vasta diagnoosin varmistuttua tai myöhemmin tai jopa ei lainkaan. Sairauden alkuvaiheessa tiedon antaminen on erittäin tärkeää ja hyödyllistä, mutta juuri silloin se on myös erityisen vaikeaa. (Hotti 2004, 163.)

Hoitajat voivat työssään monin tavoin edistää hoitoon osallistumista ja sitoutumista. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – raportissa (2004) suositellaan seuraavia toimenpiteitä hoitajien tehtäväksi:

- hoitoon sitoutumisen arviointi potilaan kanssa keskustelemalla
 - kysyminen lääkityksen haittavaikutuksista ja niiden vaikutuksesta elämänlaatuun
 - potilaan opastaminen asioissa, jotka koskevat hänen sairauttaan, hoitoon sitoutumisen tärkeyttä, hoidon tehoa, mahdollisia haittavaikutuksia ja niistä selviytymistä
 - muistia tukevien seikkojen ehdottaminen lääkehoidon tueksi
 - hoitoa toteuttavan käyttäytymisen palkitseminen ja vahvistaminen
 - potilaan rohkaisu kehittämään hoitosuhteita terveydenhoidon ammattilaisten kanssa
 - potilaan rohkaisu toimintaan vertaisryhmien ja perheenjäsenten kanssa.
- (Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 158.)

Hotti (2004) esittää tutkimuksensa pohjalta johtopäätöksinä seuraavia suosituksia. ”Tietoa tulee antaa psykiatrisille potilaille heidän sairaudestaan ja sen hoidosta monipuolisesti jo sairautta epäiltäessä. Tietoa tulee antaa psykiatrisille potilaille heidän sairaudestaan ja sen hoidosta monipuolisesti diagnoosin varmistuttua. Tietoa tulee antaa toistuvasti myös niille potilaille, jotka ovat sairastaneet kauan, jopa vuosikymmeniä. Tietoa tulee antaa riippumatta siitä, kysyykö potilas.” (Hotti 2004, 164.)

Joskus potilaan toiminta hoidossa voi ulkoisesti vaikuttaa hyvältä, mutta potilas saattaa toimia ilman, että todella on motivoitunut ja sitoutunut omaan hoitoonsa. Tällaisessa tapauksessa terveydenhuoltohenkilöstön tulee vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta, luoda luottamusta, tukea potilasta ilmaisemaan asioitaan, suunnitella hoitoa yhdessä, tukea omatoimisuutta ja suostutella itsehoitoon. Potilas ja terveydenhuoltohenkilöstö voivat selvittää yhdessä esteitä hoitoon sitoutumiselle, esimerkiksi etsimällä syitä ja visioimalla seurauksia. (Timlin 2009, 166.)

Timlinin (2009) mukaan hoidossa tulee erityisesti huomioida vuorovaikutus, rakentava dialogi ja aktiivinen kuuntelu sekä potilaan yksilöllisyyden korostaminen ottaen huomioon elämäntilanne ja sairauden oireet. Timlin korostaa tiedon ja tuen antamista, jotta voidaan tavoitella potilaan itsehoitoa, siinä määrin kuin se kunkin potilaan kohdalla on mahdollista. Itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen saattaa edistää myös potilaan hoitoon sitoutumista, kun potilas ottaa aktiivisesti vastuuta omasta hoidostaan. (Timlin 2009, 166.)

3.4.2 Reflektiivinen kuuntelu

Amador on tutkimuksissaan havainnut, että monet skitsofreniaa sairastavat, jotka myöntävät esimerkiksi lääkärille tai perheelleen olevansa sairaita, kertovat puolueettomalle tutkijalle etteivät tosiasiasa olekaan, vaan vain sanovat niin eri syistä. He ovat tajunneet, että on parasta myöntää olevansa sairas. Amador (2011 b) summaa lääkesitoutumista koskevat tutkimukset vuosilta 1980 -2000 johtopäätökseen siitä, että sairautentunnottomuus ei parane, vaan jatkuu huolimatta psykoedukaatiosta. Amador (2011a.) puhuu painokkaasti sen puolesta, ettei sairautentunnottoman potilaan kanssa kannata kiistellä siitä, onko hänellä sairaus vai ei. Hänen mukaansa sairautentunnottomuus on skitsofreniassa sairauden oire. Sairautentunnottomalla potilaalla on tunne, että kaikki ovat häntä vastaan. Kiistelyn ja vakuuttelun sijaan kannattaa keskittyä potilaan kokemukseen oireistaan sekä siihen, mitä potilas hoitohenkilökunnalta tarvitsee päästäkseen esimerkiksi sairaalasta pois tai pystyäkseen pitämään työpaikkansa. (Amador 2011a; Amador 2011b.)

Myös Kruck ja muut (2009) ovat yhtä mieltä Amadorin (2011) kanssa. Silloin kun potilas ei usko olevansa sairas tai etenkin sairastavansa skitsofreniaa, psykoedukaatio ei näytä olevan hyödyllistä tai sitä ei hyväksytä. Vaihtoehdoksi ehdotetaan kognitiivista terapiaa, jonka avulla saavutetaan syvempi ymmärrys asiasta. Terapiassa voidaan käydä keskustelua lääkemyöntyvyydestä ja pohtia yhdessä seikkoja lääkityksen puolesta ja vastaan. Keskustelujen tuloksena saatetaan saavuttaa ymmärrystä sairauden oireista, esimerkiksi yhteisymmärrys siitä, että hallusinaatiot ovat mielen tuotetta. Tämän näkemyksen pohjalta lääkitys voi olla helpompi hyväksyä. Potilaan mukaan ottaminen päätöksentekoprosessiin on havaittu voimaannuttavaksi. (Kruck, Flasman, Roth, Koven, McAllister & Saykin 2009, 34- 35.)

Saksin (2009) mielestä terapian avulla on mahdollista ymmärtää mitkä ovat potilaan syyt kieltämiselle ja kuinka heitä voisi auttaa, ettei kieltämisestä tarvittaisi. Jotkut kieltävät sairautensa ja silti hyväksyvät hoidon. He saattavat järkeillä, että vaikka eivät ole sairaita lääkitys auttaa esimerkiksi unettomuuteen. Mikäli hoitohenkilökunta ymmärtää, kuinka potilas asian järkeilee, hoitoa voidaan kohdistaa paremmin. (Saks 2009.)

Sairaudentunnotomilla erilaiset motivaatiotekniikat ja pitkäaikainen terapia on havaittu tehokkaammaksi. Amador esittelee Leap- lähestymistavan potilaiden hoidossa. Sen kulmakivet ovat listen eli kuuntele, empathy eli empatia, agree eli ole samaa mieltä ja partner eli kumppanuus. (Amador 2011 b.) Potilaan kanssa keskustellessa käytetään seuraavanlaista lähestymistapaa.

- 1) Lupaen kuunnella kysymyksiäsi. Jos sinulle sopii, niin voisitko ensi kertoa enemmän _____?
- 2) Kerron sinulle, mitä mieltä olen. Haluan kuitenkin kuunnella sinun näkemyksesi, koska voin oppia siitä. Voinko kertoa sinulle myöhemmin mitä ajattelen?
- 3) Uskon, että sinun mielipiteesi on tärkeämpi kuin minun ja haluan oppia siitä enemmän, ennen kuin kerron oman mielipiteeni.

Reflektiivisessä kuuntelussa on tärkeää luopua normaalille keskustelulle tyypillisesti piirteistä kuten reaktioista, joita voivat olla esimerkiksi kysymykset, välittömästä empatiasta tai ongelmanratkaisusta. Kuuntelussa on olennaista keskittyä potilaan harhoihin, sairaudentunnotomuuteen ja potilaan tarpeisiin. Esimerkkinä voidaan potilaalle vastata esimerkiksi: ”Anna kun tarkistan olenko ymmärtänyt oikein. Sinä et siis ole mielestäsi sairas, et tarvitse lääkkeitä, mutta haluat apua päässäsi olevan lähettimen poistamiseksi, jotta sinua ei tultaisi tappamaan.” (Amador 2011b.)

Edellinen ohje muistuttaa Seikkulan & Arnkilin (2011) ohjetta psykoottisen potilaan kohtaamisesta. Aina kun potilas alkaa puhua psykoottiselta kuulostavista asioista tai muista vaikeasti ymmärrettävistä asioista, on hyvä pysähtyä. Kaiken muun selvittelyn voi siirtää ja todeta vaikka, ”hetkinen, mitä sinä sanoit? Voitko kertoa enemmän, mitä tarkoitat niillä oudoilla ajatuksilla?”. Psykoottiset kokemukset otetaan mukaan keskusteluun, jolloin tehdään tilaa sille, että psykoottisia kokemuksia kuvaavista puheenvuoroista tulee ääni muiden joukossa. Psykoottiselle käyttäytymiselle ei etsitä selitystä ulkopuolelta, vaan se nähdään yhtenä puheenvuorona teemasta. (Seikkula & Arnkil 2011, 121- 122; 136.)

3.4.3. Dialogisuus ohjauksen menetelmänä

Ohjaus käsitettä on käytetty rinnakkaiskäsitteenä informoinnille, tiedon antamiselle, neuvonnalle ja opastukselle. Englanninkielisestä kirjallisuudesta käsitteet advising,

counselling, coaching, facilitating, guidance, supervising ja tutoring on tavallisesti käännetty ohjaukseksi. (Vänskä, Laitinen- Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16.)

Ohjauksen eettiset kysymykset liittyvät asiakkaan oikeuksiin kuten autonomiaan ja yksilöllisyyteen sekä hyvän edistämiseen ohjaustilanteessa. On olennaista miettiä miten voidaan säilyttää asiakkaan tarve hallita omaa elämäänsä ja tehdä valintoja tietoisena seurauksista. Erityisen tärkeitä eettiset kysymykset ovat silloin kun asiakkaan kyky ottaa vastuuta päätöksenteosta tai omasta hoidosta on rajoittunut psyykkisten ongelmien vuoksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 154- 155.)

Käsitykseen ohjaamisesta on vaikuttanut oppimisen tutkimus. Konstruktivistisen lähestymistavan mukaan käsitys tiedosta on tilannesidonnainen, muuttuva ja moniulotteinen. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan aloitteellisuutta ja taitoja parantaa elämäänsä niillä tavoilla, jotka asiakas kokee mielekkäiksi. Olennaista on kehitys sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Asiakas nähdään aktiivisena toimijana, tiedon hankkijana ja pulmien ratkaisijana. Oppijan omat havainnot, tulkinnot, ymmärrys ja toiminta ovat keskeisiä. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Hoitajan tehtävä on tukea asiakasta päätöksenteossa, olla oppimisen prosessin ohjaaja ja oppia itsekin. (Kyngäs ja muut 2007, 25; Vänskä ja muut 2011, 23.)

Ohjauksen vuorovaikutusorientaatiot voidaan jakaa asiantuntijakeskeiseen, asiakastai ohjattavakeskeiseen sekä dialogiseen vuorovaikutusorientaatioon. Suositeltavana mallina pidetään dialogista mallia ja asiakaskeskeinen vaihe voidaan nähdä välivaiheena siirryttäessä kohti dialogista vuorovaikutusta. Asiakaskeskeinen malli voi korostua silloin kun ohjattavalla on erityisen suuri tarve tulla kuulluksi ja hän pyrkii purkamaan kokemuksiaan ja näkemyksiään. Asiakaskeskeisyyden korostuminen voi johduttaa myös defensiivisyydestä, mikäli asiakas ei pysty kohtaamaan sairauttaan tai ohjaajan tarpeesta miellyttää ohjattavaa. (Vänskä ja muut 2011, 52- 56.)

Dialogiseen malliin pyrkivän ohjaajan olisi tunnistettava ja hallittava kaikki ohjauksen orientaatiot, jotta hän voisi käyttää niitä joustavasti eri tilanteissa. Ohjaustilanteen vuorovaikutus rakentuu yhdessä kaikkien tilanteeseen osallistuvien kesken. Dialoginen keskustelu on hidasta ja viipyilevää, sen tehtävänä on yhteisen ymmärryksen rakentaminen. Tunnelman tulisi olla hyväksyvä, tutkiva ja salliva. Dialogisuuden tavoit-

teena on ohjattavan voimaantuminen. Ohjaajan tehtävä on olla ohjaustyön asiantuntija ja ohjattavan oman elämänsä asiantuntija ja ratkaisujen tekijä. Tällainen lähestymistapa tekee ohjaajasta rinnalla kulkijan, tukijan ja mahdollistajan. (Vänskä ja muut 2011, 58- 60.)

Dialogisissa suhteissa on läsnä tekijöitä, jotka ovat erilaisia kuin perinteisessä ohjaaja-ohjattava suhteelta on totuttu ajattelemaan. Siinä ammattiauttaja pyytää apua asiakkaalta ja muilta ei ammattihenkilöiltä helpottaakseen omia huoliaan. Auttaja muuntaa omaa toimintaansa toisten toiminnan muuttamisen sijaan. Kehitys on yhteistä, sekä auttaja että autettava muuttuvat. Asiakkaan läheisverkostot nähdään voimavarana, ei ongelmana. Yhteistyössä ei pyritä yhteiseen ongelmanmäärittelyyn vaan kiinnostuneita ollaan siitä, millainen tilanne on kunkin toimijan näkökulmasta. Hoidon tai avun suunnittelua ei eroteta hoito- tai auttamisprosessista, eikä prosessia suunnitella ammatilaisten kesken ilman asiakkaan läsnäoloa. Kuunteleminen on tärkeämpää kuin neuvojen antaminen. Metodien sijaan korostetaan ajattelutapoja, asennetta ja kohtaamista. Pyritään rajojen ylittämiseen ammatillisessa järjestelmässä. (Seikkula & Arnkil 2011, 169.)

Kriisissä dialoginen keskustelu voi syntyä lähes itsestään, koska ahdistus on niin määrävä tekijä. Tunteiden ilmaisun mahdollistaminen edellyttää rauhallisuutta keskustelussa, ajan antamista vastausten sanojen etsimiseen ja muotoiluun myötäelämiseen omilla täydentävillä kommentteilla. Vastataan aina siihen, mitä joku toinen sanoi. Tämä tarkoittaa sanotun huomiointia ja siihen mahdollisesti uuden näkökulman avaamista. Kysymyksillään auttajan olisi hyvä ohjata puhetta sellaiseksi, että itse kukin puhuu omista havainnoistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. (Seikkula & Arnkil 2011, 115-117.)

Dialogisen mallin toteuttaminen on mahdollista, kun ohjaaja osaa soveltaa ohjauskeskustelun kielellisiä työvälineitä. Vänskä ja muut (2011) jaottelevat erilaiset kysymystyytit keskustelussa seuraavasti: avoimet kysymykset, tarkentavat kysymykset, suljetut kysymykset, kuvaavat kysymykset, kontekstuaaliset kysymykset ja refleksiiviset kysymykset. (Vänskä ja muut 2011, 36- 40.) Kaikilla on kohtaamisessa oma paikkansa, niiden tarkoituksena on saada asiakkaan näkemys kuuluville. Muita kielellisiä keinoja ovat esimerkiksi avainlausumien poimiminen, rohkaiseminen, tarkistaminen, pehmentävät sanat ja yhteenvetojen tekeminen puhutusta. Kielellisen kohtaamisen

lisäksi voidaan käyttää sanatonta viestintää kuten eleitä, ilmeitä, kosketusta ja tilan käyttöä. (Vänskä ja muut 2011, 40- 44, 48.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄ

Hoitoon sitoutumisen on havaittu olevan haasteellista erityisesti sairautentunnonaltaan heikoilla skitsofreniapotilailla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairautentunnottomuutta sekä skitsofreniapotilaiden hoitotyötä. Vastauksia tutkimuskysymyksiin pyritään saamaan sovelletun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millä sairautentunnottomuutta nykytutkimuksessa selitetään. Sairautentunnottomuutta käsitellään nimenomaan skitsofreniapotilaiden osalta. Toinen tavoite on kuvata sellaisia yhteistyösuhteen ja hoitotyön keinoja, joilla hoitoon sitoutumista voitaisiin lisätä.

Tutkimuskysymykset:

- Millaisia selitysmalleja sairautentunnottomuudesta on olemassa?
- Kuinka hoitoon sitoutumista voidaan skitsofreniaa sairastavilla sairautentunnottomilla potilailla lisätä?

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotellaan kokonaiskuvaa jo olemassa olevasta tutkimuksesta tietystä tutkittavasta aiheesta. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia kuten narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. (Johansson 2007, 3.) Johansson viittaa mm. Jonesiin & Evansiin (2000) ja Cookiin (1997) kertoessaan narratiivisen ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eroista. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tehdään koonti olemassa olevasta tutkimustiedosta tietyltä aihealueelta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on tehty tietystä näkökulmasta ja tutkimusten hakua, valintaa ja käsittelyprosessia ei kuvata niin tarkasti kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Kriittisen tarkastelun toteutumisen hankaluutta pidetään narratiivisen kirjallisuuskatsauksen heikkoutena. Lukijan on vain luotettava katsauksen tekijän valintoihin ja asiantuntemukseen.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus nähdään mahdollisuutena löytää korkealaatuisia tutkimustuloksia. Se eroaa muista kirjallisuuskatsauksista tarkan tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin takia. Jokainen vaihe määritellään ja kirjataan tarkkaan virheiden minimoimiseksi ja katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Johansson 2007, 4-5.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etuina on se, että sillä estetään aineiston valikoitumisesta aiheutuva harha, tutkimuksia ei valita omien kiinnostuksenkohteiden mukaisesti. Toinen etu siinä, että mukaan valikoituu laadukkaampia lähteitä, joiden menetelmälliset ratkaisut ovat tiedossa. Tiedon määrä on nykyään valtava. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla eri tutkimusten tuloksia on mahdollista yhdistää ja saavuttaa näin olemassa olevien tulosten selkeä ja tehokas hyödyntäminen. (Metsämuuronen 2009, 47.)

Tässä opinnäytteessä tehty kirjallisuuskatsaus on pääosin systemaattinen opinnäytetyön tulosten osalta. Tutkimusten haku, valinta ja käsittelyprosessi on mahdollisimman tarkoin kuvattu sairaudentunnottomuuteen liittyvän tutkimuksen osalta. Samoin hakuprosessi avataan lukijalle sairaudentunnottomuuden, skitsofrenian, hoitoon sitoutumisen ja potilasohjauksen yhdistävissä hauissa, joilla pyrittiin saamaan opinnäytteen toiseen tutkimuskysymykseen vastauksia. Muilta osin tätä kirjallisuuskatsausta voidaan pitää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tunnusmerkit täyttävänä.

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUKSEN VAIHEET

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun. *Suunnitteluvaiheessa* tutustutaan alustavasti aihepiiristä tehtyyn tutkimukseen, mietitään onko kirjallisuuskatsaukselle tarvetta ja tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma sisältää tutkimuskysymykset. (Johansson 2007, 5- 6.)

Alustavia hakuja tehtiin hakusanalla sairaudentunnot* aluksi Janetista, Terveysportista, Artosta, Aleksista ja Cinahlista. Myös Googlea kokeiltiin ja sen avulla löytyikin

ainoa suomenkielinen lähde nimenomaan sairautentunnottomuudesta, lääkäri Tuukka Raijn Skitsofreniaverkoston symposiumissa syyskuussa 2012 pitämä esitelmä. Googlen avulla löytyi myös sairautentunnottomuuden avaintutkijana tunnetun psykiatrian alan professori Amadorin konferenssiesitys. Melindan kautta löytyi Helsingin yliopistoon tehty Henna Pekkasen pro gradu vuodelta 2002 Sairautentunto skitsofrenia- ja muilla psykoosipotilailla sairauden alkuvaiheessa, valitettavasti opinnäytettä ei ole saatavilla sähköisenä versiona, joten siihen ei päästy tutustumaan.

Suunnitteluvaiheen aikana selvisi, ettei sairautentunnottomuudesta juurikaan löydy suomenkielistä tutkimusta tai kirjallisuutta, eikä sitä ole mielenterveysshoitotyön alalla ainakaan tällä käsitteellä selvitetty. Tutkimuksen vähyys lisäsi opinnäytetyön tekijän innostusta tehdä kirjallisuuskatsaus aiheesta. Suomenkielisen lähdemateriaalin puute myös hankaloitti opinnäytetyön tekemistä, koska englanninkieliseen tutkimukseen perehtyminen on hitaampaa.

Alustavassa tarkastelussa selvisi, että englanninkielellä sairautentunnottomuutta ja sairaudenkieltämistä on käsitelty sekä somaattisten sairauksien osalta, esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ja erilaisten syöprien osalta. Sairaudenkieltämistä on psykiatrian näkökulmasta tutkittu esimerkiksi skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja anoreksian osalta, myös raskaudenkieltämisestä on tehty paljon tutkimusta. Siirryttyäni englanninkielisiin hakutermeihin alkoi opinnäytteen tutkimussuunnitelma hahmottua tutkimuskysymyksiksi. Tässä vaiheessa huomattiin, että haut kannattaa rajata vain skitsofreniassa esiintyvään sairautentunnottomuuteen.

Käytin paljon aikaa kirjallisuuskatsauksen taustan kokoamiseen tutkimuskysymyksiin liittyvistä aihepiireistä. Tässä osiossa kirjallisuuskatsaukseni on narratiivinen, lukija joutuu luottamaan opinnäytetyön tekijän valitsemiin lähteisiin ilman, että hakuprosessia kuvataan tarkasti. Kriteerinä valinnoilleni oli se, että tutkija on tunnettu ja julkaisu on arvostettu alallaan.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe *sisältää katsauksen tekemisen, johon kuuluu hakujen, analyysin ja synteisien tekeminen*. Kolmannessa vaiheessa *raportoidaan eli kerrotaan tulokset ja tehdään johtopäätökset ja suositukset*. (Johansson 2007, 5-7.) Toista vaihetta kuvataan seuraavissa alaluvuissa. Kolmas vaihe kuvataan opinnäytetyön luvuissa tulokset ja pohdinta.

5.1. Tutkimusten haku

Alustavan tutkimukseen perehtymisen myötä selvisi, että suomenkielisiä lähteitä sairautentunnotuudesta löytyy hyvin vähän. Tästä syystä pääosa opinnäytteen sairautentunnotuutta käsittelevistä lähteistä on englanninkielisiä. Hakusanana käytettiin käsitettä *unawareness of illness* tai *lack of insight* tai pelkkä *insight*, jonka avulla löytyi tieteellisiä artikkeleja, jotka on julkaistu psykiatrian, psykologian, hoitotieteen ja lääketieteen alan tieteellisissä julkaisuissa.

MUKAANOTTOKRITEERIT

- kansallinen tai kansainvälinen tutkimus tai tutkimusartikkeli, joka käsittelee sairautentuntoa skitsofreniassa ja/tai hoitoon sitoutumista/hoitomyöntyvyyttä sekä keinoja, joilla edelliseen voidaan vaikuttaa
- tutkimus tai tutkimusartikkeli saatavilla tietokannasta koko tekstinä (Full Text)
- julkaistu vuosina 2000- 2013
- suomen- tai englanninkielinen
- vastaa riittävästi tutkimustehtävään ja tutkimuskysymyksiin

Tiedonhankintaan voidaan myös systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mm. Khanin (2003) mukaan sisällyttää myös manuaalista tiedonhakua. (Johansson 2007, 6.) Manuaalisesti löydetään tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset, kuten esimerkiksi konferenssijulkaisut. Tällaisessa ns. harmaassa kirjallisuudessa voi tosin olla vaikeaa arvioida sen laatua. (Pudas- Tähkä & Axelin 2007, 50- 51.) Tässä opinnäytteessä osa lähteistä on löydetty edellisten lähteiden perusteella, opettajan suosituksesta tai sattumalta. Tiedonhaku internetistä ei ole opinnäytetöissä suositeltavaa, mutta esimerkiksi Google Scholar on tieteellisen tiedon etsimiseen keskittynyt hakupalvelu, jonka avulla tein käyttökelpoisia hakuja kirjastoinformaation suosituksesta. Sen avulla pääsee lukemaan esimerkiksi amerikkalaista *Scizophrenia Bulletin* julkaisua.

Toisen tutkimuskysymyksen osalta oli tarkoitus löytää lähteitä, joissa käsiteltäisiin sairautentunnotuutta skitsofreniassa yhdistettynä hoitoon sitoutumisen ja ohjauksen teemoihin. Hauissa käytettiin hakusanoja *sairautentunnot**, *skitsof**, *hoitoon sitoutum** ja *ohjau**. Englanninkielisinä termeinä käytettiin hoitoon sitoutumisesta käsi-

tettä adherence . Ohjauksesta päädyttiin käyttämään käsitettä patient education. Kirjaston henkilökunnalta sain apua tähän osuuteen liittyvissä tietokantahauissa.

5.2. Tutkimusten valinta

Ensimmäinen haku tehtiin Cinahlista Boolean operaattorilla unawareness of illn* AND schizop* . Haku rajattiin koko tekstiin, englanninkielisiin artikkeleihin ja vuosiin 2000- 2013. Tällä haulla löydettiin kaksi artikkelia (1. ja 2. taulukossa). Hakusanat schizophrenia AND insight tuottivat 42 artikkelia, joissa oli paljon samoja kuin seuraavassa Pub Medista kuvatussa haussa.

Pub Med tietokannasta hakusanoilla unawareness of illness AND schizop* löytyi 13 viitettä, kun rajaukset tehtiin ilmaiseen koko tekstin saatavuuteen ja viimeiseen 10 vuoteen. Artikkelit silmäiltiin läpi ja näistä rajattiin pois sellaiset artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin vaan käsitelivät esimerkiksi skitsofrenian lääkitystä (1 artikkeli), itsemurha-alttiutta (2 artikkelia) tai sairaudentunnottomuuden mittaria, SUMD- testiä (1 artikkeli). SUMD- testiä käsittelevää tiivistelmää käytetään muualla opinnäytetyössä. Tarkemman perehtymisen myötä pois rajattiin myös sellaiset neurotieteelliset artikkelit, joiden tuloksia oli tällä koulutustaustalla mahdoton ymmärtää (3 artikkelia). Pois rajattiin myös intialainen tutkimus, jossa tutkittiin sairaudentunnottomuuden esiintymistä yhden sairaalan potilaissa. Tutkimus mittasi enemmänkin sairaudentunnottomuuden esiintymistä kuin selitti tai määritteli erilaisia selitysmalleja. Lopulliseen tarkasteluun valittiin 5 artikkelia, jotka ovat taulukossa numeroilla 3-7.

Pub Medissa hakusanat schizophrenia AND insight tuottivat 1375 osumaa, joten haku tarkennettiin hakusanoihin schizophrenia AND lack of insight, jolloin vapaasti saatavilla olevia artikkeleja viimeisen viiden vuoden ajalta löytyi 48 kappaletta. Haku rajattiin vuosiluvuiltaan tarkemmaksi, koska mukaan jo löydettyjen tutkimusten lisäksi haluttiin uusinta tutkimusta. Osumissa osa oli samoja kuin edellä, ja pois karsittiin jälleen neurotieteellisiä ja farmakologisia artikkeleja sekä sellaisia, joissa ei suoraan kerrottu sairaudentunnottomuuden selitysmalleista. Muutamia mielenkiintoisia jouduttiin karsimaan pois, koska koko tekstin ilmainen saatavuus ei pitänytään paikkaansa. Mukaan otettiin vielä yksi artikkeli, taulukossa 8.

Cochrane- tietokannasta ei löytynyt hakutuloksia edellisillä hakusanoilla. Myöskään Medic- tietokannasta ei löytynyt hakutuloksia sanoilla sairautentunnottomuus ja skitsofrenia. Tuloksissa ensimmäisen tutkimuskysymyksen apuna käytetään myös muutamia suomenkielisiä lähteitä, joilla esimerkiksi selitetään skitsofrenian oireita, samoin hyödynnetään Raijn (2012) suomenkielistä lähdetä. Näitä lähteitä voidaan pitää ns. harmaana kirjallisuutena. (Pudas- Tähkä & Axelin 2007, 50- 51.)

Taulukko 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä.

	Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko ja mittarit	Päätulokset
1	Lysaker, France, Hunter & Davis 2005	Selvittää ovatko jotkut elementit psykisen sairauden kertomuksesta persoonallisia/sosiaalisia rakenteita, kun taas jotkut piirteet tulosta neurokognitiivisesta vajauksesta.	N=51 skitsofreniaa tai skitsoaffektiivista häiriötä sairastavaa naista ja miestä Haastattelu (Indiana Psychiatric Illness Interview) 7 testiä (esim. Narrative Coherence Rating Scale ja SUMD)	Löydettiin korrelaatiota esim. kognitiivisen suoriutumiskyvyn ja positiivisten oireiden välillä.
2	Rickelman 2004	Ei varsinainen tutkimus, vaan tarkoitus esitellä sairautentunnottomuuden selitysmalleja ja tutkimustuloksia.	Käyttää lähteenään tieteellistä tutkimusta sairautentunnottomuudesta ja skitsofreniasta.	Esittelee ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi, hoitajien koulutukseen ja käytännön työhön.
3	Kruck, Flasan, Roth, Koven, McAllister & Saykin 2009	Määritellä onko lisääntynyt kieltäminen (itsepetoksen muodossa) sidoksissa heikentyneeseen tietoisuuteen sairaudesta	65 potilaasta valittiin 40. Verrokkiryhmänä 25 tervettä. 7 testiä, kuten SUMD, PDS ja Beckin depressiomittari.	Potilasryhmä ja verrokkiryhmä eivät eronneet toisistaan. Tulokset eivät tue psykologista sairauden kieltämisteoriaa.

4	Parellada, Boada, Fraguas, Reig, Castro-Fornieles, Moreno, Gonzalez-Pinto, Otero, Rapado-Castro, Graell, Baeza, Arango 2011	Tutkia skitsofrenia-sairauden vaiheen ja yksilöllisten tekijöiden merkitystä sairautentunnon kokeemisessa.	N= 110 Sairautentunnonmittarina SUMD, tutkittiin sen korrelaatiota kliinisiin, sosiodemografiisiin, kognitiivisiin ja aivotutkimuksen piirteisiin.	Sairautentunto kahden vuoden kohdalla on huonompi skitsofrenia sairauskirjon oireisilla kuin muissa psykooseissa. Mitä vakavampi psykoosi on, sitä huonompi on sairautentunto.
5	Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, Lysaker 2008	Tunnistaa piirteitä kertomuksellisesta näkemyksestä (sairautentunnosta) ja testata kuinka piirteet ovat sidoksissa standardisoituun mittamiseen	N= 65 skitsofreniaoireista SUMD- mittari ja perusteellinen puolistrukturoitu haastattelu	Kertomukset sairaudesta ovat monitahoisia ja perinteiset mittarit eivät välttämättä ole tarpeeksi herkkiä eri tavoille, kuinka ihmiset sairautensa ymmärtävät.
6	Medalia & Thysen 2008	Tutkia kognitiivisten kykyjen vajavuutta ja sairautentuntoa sekä potilaiden tunnetta tunne kognitiivisesta vajauksesta.	N= 75 SUMDin perusteella kehitetty uusi mittari: Measure of Insight into Cognition-Clinician Rated Subjects. Testejä kognitiivisesta suoriutumisesta ja ongelmanratkaisukyvyistä.	Käytännössä kaikilla oli kognitiivista puutosta, mutta tunne neurokognitiivisesta oireista oli vajavainen.
7	Mysore, Parks, Lee, Bhaker, Birket, & Woodruff 2007	Tehdä kluster- analyysi skitsofreniaa sairastavien sairautentunnon mukaan jaetuista ryhmistä: 1) tietoinen sairaudesta 2) osittain tietoinen 3) sairautentunnon	N= 56 Schedule for the Assessment of Insight (SAI)- mittari puolistrukturoitu haastattelu kolmen sairautentunnon kategorian mukaisesti, kaksi testiä mittaamaan toimintakykyä ja muistia	Sairautentunnoton ryhmä suoriutui huonosti mm. muistitestistä. Osittain tietoisien kognitiiviset kyvyt olivat vahingoittumattomat.

8	Langdon & Ward 2008	Pyrkiä mallintamaan kognitiivisia prosesseja, joilla sairauden-tunnottomuutta voidaan selittää.	30 skitsofreniaa sairastavaa potilasta ja 26 tervettä verrokkia teki-vät testisarjan nimeltään ToM.	Tulokset tukevat näkemystä, että sairaudentunto liittyy kognitiiviseen kyvykkyyteen.
---	---------------------	---	---	--

Toisessa tutkimuskysymyksessä PubMedista haettiin hakusanoilla schizophrenia AND lack of insight AND adherence AND patient education. Osumia ei saatu. Hakua muutettiin muotoon schizophrenia AND insight AND adherence. Haku rajattiin ilmaiseen koko tekstiin ja tutkimusartikkeleihin, jolloin tulokseksi saatiin 4 artikkelia. Suurin osa käsitteli tavalla tai toisella lääkehoitoon sitoutumista, jotka haluttiin jättää tästä tarkastelusta pois. Mukaan valittiin 1 artikkeli, jossa käsiteltiin yleisemmin hoitoon sitoutumista (taulukossa 1).

Sauraavaksi käytiin läpi EBSCO ja CINAHL, josta käyttämällä asiasanoja schizophrenia AND insight AND adherence AND patient education ei löytynyt osumia. Jättämällä pois ”patient education” löytyy 16 tulosta rajauksilla koko teksti, vuodet 2000 - 2013 ja Peer reviewed. Artikkelit silmäiltiin otsikoiden avulla läpi ja mukaan valittiin sellaiset, joissa ei käsitelty pelkästään lääkehoitoa tai skitsofreniapotilaiden huumeidenkäytön yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Pois rajattiin tarkemman lukemisen jälkeen myös Kiinassa tehty sitoutumista koskeva tutkimus, koska kulttuuritekijöistä johtuen Kiinassa on stigmatisoivempaa sairastaa skitsofreniaa ja tutkimuksessa ei mainittu hoitoon sitoutumista lisääviä keinoja. Näillä kriteereillä mukaan saatiin yksi tutkimus (taulukossa 2).

COCHRANE- tietokannasta haku tehtiin hakusanoilla schizophrenia AND insight AND adherence AND education. Haku rajattiin taas vuosiin 2000- 2013. Hakutulokseksi saatiin 16 osumaa. Artikkeleista karsittiin pois pelkkää lääkehoitoa käsittelevät artikkelit tai sellaiset, jotka eivät otsikon perusteella näytä vastaavan tutkimuskysymyksiin. Artikkeleista valittiin neljä tehokkaita terapiamuotoja tarkastelevaa artikkelia tarkempaan lukemiseen, joista päädyttiin valitsemaan mukaan yksi psykoedukaatiota käsittelevä artikkeli (taulukossa 3).

Tiedonhakua tehtiin myös Google Scholar tietokannasta, josta hakusanoilla schizophrenia AND adherence AND "lack of insight" AND "patient education" tuli 154 tulosta

vuosille 2000- 2013. Rajaamalla vuosiin 2005 -2013 saatiin hakutulokseksi 120 artikkelia, joita alettiin karsia otsikon mukaan. Osa artikkeleista oli samoja kuin muissa tietokannoissa. Jälleen mukana oli paljon lääkesitoutumista tarkastelevia artikkeleja. Mukaan valittiin kolme artikkelia (taulukossa 4-6), joissa ohjauksen näkökulma oli esillä ja kokoteksti saatavissa. Lisäksi tästä tietokannasta otettiin mukaan vuonna 2013 valmistunut systemaattinen kirjallisuuskatsaus (taulukossa 7), jonka kirjastoinformaattikko löysi monimutkaisella hakusanojen yhdistelmällä: schizophrenia AND ”lack of insight” AND adherence AND instruction AND study AND motivation.

Taulukko 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset toisessa tutkimuskysymyksessä.

	Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko ja mittarit	Päätulokset
1	Tait, Birchwood, Trower 2003	Tutkia ennustaako sairautentunto, psykoottiset oireet ja ihmisen toipumistyyli palveluihin sitoutumista.	Tutkittiin 50 skitsofreniapotilasta akuutin psykoosin aikana ja kolmen sekä kuuden kuukauden seuranta-aikana.	Oireiden ja sairauden vähättely-tyylinen coping-tyyli 3 kuukauden seurannassa ennusti alhaista palveluihin sitoutumista 6 kuukauden kohdalla. Oireet tai sairautentunto eivät ennustaneet sitoutumista.
2	Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002	Esitellä erilaisia hoitoon sitoutumisen selittäjiä skitsofreniassa.	Kirjallisuuskatsaus, CINAHL, MEDLINE ja PSYChoINFO tietokannat hakusanoilla ”compliance,” ”adherence,” ja ”schizophrenia”	Tulokset eivät anna selkeää kuvaa hoitoon sitoutumisesta, mutta tarjoavat tietoa ohjaamaan mielenterveysalan hoitajan roolia potilaan hoitoon sitoutumisessa.
3	Xia, Merinder & Belgamwar 2011	Arvoida psykoedukatiivisten interventioiden vaikutuksia.	44 tutkimusta, jotka on julkaistu vuosina 1988-2009. Kirjallisuuskatsaus.	Psykoedukaatio ei näytä vähentävän relapsien tai uusien sairaalajaksojen määrää eikä lisäävän lääkahoitoon sitoutumista.

4	Välimäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen, Adams 2012	Arvioida psykoedukaation vaikutuksia käyttämällä tietotekniikkaa (ICT) skitsofrenia tai psykoosipotilaiden ohjauksessa ja tuen tarjoamisessa.	6 tutkimusta, joissa 1063 osallistujaa Cochrane Schizophrenia Group Trials- rekisteristä	Merkittävää eroa hoitoon sitoutuvuudessa ja yleistilassa ei havaittu vertailtaessa tavanomaisia psykoedukatiivisia malleja tietotekniikkapohjaisiin.
5	Elmasri 2011	Luoda opetuksellinen hoitomalli skitsofreniapotilaille. Saada aikaan myönteisiä muutoksia sairautunnon kehittymisessä ja asenteissa lääkitystä kohtaan.	N= 40 skitsofreniapotilasta (koeryhmä 20, kontrolliryhmä 20)	Tulokset todistivat kehitetyn hoito-ohjelman tuloksellisuudesta sairautunnon kehittymisen suhteen. Ei vaikutuksia asenteisiin lääkitystä kohtaan.
6	Aho-Mustonen, Miettinen, Koivisto, Timonen, Rätty 2008	Esittelee oikeuspsykiatrisen sairaalan hoidossa olevien skitsoreniapotilaiden psykoedukaatioryhmän tuloksia.	Interventioryhmässä seitsemän oikeuspsykiatrista tai vaarallista potilasta, kontrolliryhmässä kahdeksan potilasta.	Sairautunto ja tieto sairaudesta kehittyi interventioryhmässä. Ei näyttöä psykiatrista hoitoa koskevissa asenteissa tai suhtautumisessa lääkitykseen tai masennusoireissa.
7	Lincoln, Lüllmann & Rief 2013	Selvittää sairautuntoa ja sen vaikutuksia oireisiin ja toimintaan.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 88 tutkimuksesta PsycINFO ja MEDLINE-tietokannoista	Suurin osa tutkimuksista tukee oletusta, että sairautunto on sidoksissa hoitoon sitoutumiseen hoidon aikana, mutta pitkäaikaisen sitoutuminen riippuvuus on edelleen epäselvä.

Toisen tutkimuskysymyksen tiedonhakua hankaloitti hakutermin suuri määrä. Kaikille muille hakutermeille kuin skitsofrenialle oli olemassa useita samansuuntaisia käsitteitä. Parhaimman hakutuloksen saamiseksi hakuja olisi tehtävä useilla käsitteiden yhdistelmillä. Aikarajoitteen takia hakujen yhdistelmiä jouduttiin jonkin verran karsimaan ja yritettiin selvittää lähinnä tietokantojen tunnistamalla asiasanoilla. Hoitotieteellisiä lähteitä ei löydetty kovinkaan paljon, mutta niitä pyrittiin ottamaan mukaan aina kuin mahdollista. Tässä osuudessa käytettiin myös ensimmäiseen tutkimuskysymyk-

seen löydettyjä tutkimuksia, jos niissä esitettiin keinoja, joilla lisätä hoitoon sitoutumista ja/tai sairaudentuntoa.

5.3. Aineiston analyysi

Laadullisena aineistona voidaan tässä opinnäytteessä pitää valmiita dokumentteja eli tutkimuksia ja muita tekstilähteitä. Laadullinen aineiston analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, jotka nivoutuvat toisiinsa. Alasuutari (2011) nimeää ne havaintojen pelkistämiseksi ja arvoituksen ratkaisemiseksi. Havaintojen pelkistämisessä aineistoa tarkastellaan vain tietyistä teoreettis-metodologisesta viitekehyksestä. Huomiota kiinnitetään siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaista. Tässä opinnäytteessä tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat ensinnäkin tutkimusten valintaa eli aineistoa sekä olennaisten tietojen valintaa hakusanoilla löydetystä aineistosta. Näin aineiston tekstimassan voidaan ajatella pienevän hallittavammaksi määräksi ”raakahavainnoja”. Pelkistämisen toisessa vaiheessa havaintojen määrää karsitaan etsimällä havaintojen yhteinen piirre, jolloin voidaan yhdistää ”raakahavainnot” havaintojen joukoksi. Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan merkitystulkintojen tekemistä aineistosta. (Alasuutari 2011, 39- 40, 44.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan teoreettista tutkimusta - tutkimusten tutkimusta -, mutta sen toteuttamisessa voidaan apuna käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimustiedon kokoamisessa ja tiivistämisessä tarvitaan luokittelurunko, jonka laatimisessa sisällönanalyysi voi toimia apuna. Esimerkiksi sairaudentunnottomuus ja skitsofrenia hakusanoilla löytyneitä lähteitä luettiin pitäen mielessä kysymys ”Millä tavalla tässä lähteessä määritellään sairaudentunnottomuutta?”. Skitsofreniaa, sairaudentunnottomuutta, hoitoon sitoutumista ja ohjausta käsitteleviä lähteitä lukiessa mietittiin ”Millä tavalla tässä lähteessä kuvataan sairaudentunnottoman potilaan hoitotyön keinoja hoitoon sitoutumisen lisääjänä?” (Tuomi & Sarajärvi 2012, 123.)

Aluksi tutkimusten tulokset ja johtopäätökset suomennettiin ja sitten niistä poimittiin kaikki sairaudentunnottomuuden selitysmallit ja tutkitut tai ehdotetut keinot, joilla lisätä hoitoon sitoutumista. Lähteistä löytyi neljä erilaista kategoriaa, joilla sairauden-

tunnottomuutta voidaan kuvata. Myös keinoista alkoi hahmottua yhtäläisyyksiä, nämä keinot teemoiteltiin viiteen kategoriaan. Löytyneestä aineistosta siis muodostettiin teemoja eli aineistoa pilkottiin ja ryhmiteltiin erilaisten aihepiirien mukaan. Aineistosta etsittiin tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 93.) Tietyn teeman hahmottamista ohjasivat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.

6 TULOKSIA: SAIRAUDENTUNNOTTOMUUDEN SELITYSMALLEJA

Sairaudentunnottomuudesta on olemassa erilaisia selitysmalleja. Langdon ja Ward (2009) katsovat, että kaksi selitysmallia on ollut tähän mennessä hallitsevassa asemassa. Ensimmäinen näkökulma käyttää standardoituja neuropsykologisia testejä tunnistukseen hermoston normaalia toimintaa ja etsii eroja sairaudentunnottomien potilaiden aivojen rakenteista. Toinen näkökulma lähestyy sairaudentunnottomuutta defenssimekanismina, joka motivoi sairauden kieltämiseen. (Langdon & Ward 2009, 1.) Monesti sairaudentunnottomuus jaetaan kolmeen erilaiseen näkökulmaan. Rickelman jakaa sairaudentunnottomuuden selitykset seuraavasti 1) psykologinen defenssimalli 2) neuropsykologinen puutos malli ja 3) kognitiivinen puutos malli. (Rickelman 2004, 231- 233.) Suomalainen Raij (2012) jakaa sairaudentunnottomuuden selitysmallit 1) defenssimekanismit 2) psykoosisairauden oireiksi ja 3) kognitiiviseksi ongelmaksi.

6.1 Psykologinen defenssimalli

Psykologisella defenssimallilla tarkoitetaan sairauden kieltämistä. Se on ollut ensimmäinen ja suosittu selitysmalli, koska sairastuminen voidaan nähdä kriisinä ja sairaudentunnottomuus voidaan tällöin selittää psykeä suojaavana defenssimekanismina. Kieltämisellä pyritään hallitsemaan tunnereaktiota. Kieltämismalli on kuitenkin saanut myös kritiikkiä osakseen.

Näkökulma katsoo sairaudentunnottomuuden olevan tavallaan käyttäytymisen epäonnistumista. Potilailla voi olla kykyä tunnistaa sairautensa, mutta he ovat motivoituneita joka tietoisesti tai tiedostamatta välttämään stressiä ja uhkaa itsetunnolle, joka sai-

raudesta aiheutuisi. Tuki tälle näkökulmalle tulee löydöksistä, joissa sairautentunnottomuuden on havaittu olevan sidoksissa henkilön suurempaan tarpeeseen positiivisesta itsearviosta, pakenemis-välttämismuotoiseen coping- tyyliin ja itseä suojelemaan attribuutiiviseen. Epäilyä teoriaa kohtaan herättää se, että sairautentunnottomuus on skitsofreniassa ensisijainen ominaisuus enemmän kuin seurausta psykiatriseen sairauteen liittyvästä stigmasta. (Langdon & Ward 2009, 2.)

Tutkimuksissa on havaittu, että sairautentunnon kasvaessa masennus lisääntyy. Voidaan ajatella, että sairautentunnottomuus on suojausmekanismi, jolla vältetään oman tilanteen realistinen tarkastelu ja näin säästyään masennukselta. Sairautentunnon ja masennuksen lisääntymisen välinen yhteys ei kuitenkaan ole kovin vahva. Sairautentuntoon voi liittyä masennusta riippumatta siitä, onko sairautentunnottomuus defensiivistä vai ei. Myöskään sairauteen liittyvän stigman ei ole havaittu olevan yhteydessä sairautentunnottomuuteen. Defensiivistä selitysmallia ei myöskään tue se, että sairautentunnottomuus voi jatkua muuttumattomana vuosikymmeniä toisin kuin esimerkiksi alkujärkytyksen jälkeen somaattisissa sairauksissa. (Raij 2012.)

Kruckin ja muiden (2009) tutkimuksen tarkoitus oli määritellä onko lisääntynyt kieltäminen eräänlaista itsepetosta. Sen ajatellaan olevan yhteydessä heikentyneeseen tietoisuuteen, mikä on johdonmukaista kieltämisteoriassa. Tutkimushenkilöinä oli 40 potilasta, joilla oli skitsofrenia tyypistä oireilua ja verrokkina 25 tervettä osallistujaa. Potilaiden tietoisuuden taso ja oireiden nimeäminen arvioitiin haastattelulla. Kaikki osallistujat täyttivät itsearviointikyselyt, jotka mittasivat mielialaoireita ja itsepetoksen käyttöä. Tietoisuus negatiivisista oireista oli yhteydessä kohonneeseen masennukseen. Itsepetos ei kuitenkaan merkittävästi korreloinut mitatun tietoisuuden kanssa. Kun potilaat jaettiin tietoisuuden ja nimeämisen tuloksena, ryhmien välillä ei havaittu eroja itsepetoksessa. Potilaiden ja terveiden ryhmä ei eronnut itsepetoksen käytössä. Saadut tulokset eivät näin tue psykologista kieltämisteoriaa sairautentunnottomuudesta skitsofrenia tyypisessä oireilussa. (Kruck, Flaszman, Roth, Koven, McAllister & Saykin 2009.)

6.2 Neuropsykologinen selitysmalli

Skitsofreniassa tyypillisiä ovat erilaiset keskushermoston toiminnan ongelmat. Keskushermoston toiminnan ongelmat aiheuttavat neuropsykologisia häiriöitä. Tavallisia ovat vaikeudet keskittymisen ja tarkkaavaisuuden ylläpitämisessä, lyhytkestoisessa muistissa, tiedon vastaanottamisessa ja käsittelyssä sekä päätöksen teossa. Osalla skitsofreniaan sairastuneista on todettu toiminnallisesti merkittäviä muutoksia erityisesti aivojen otsa- ja ohimolohkojen hienorakenteessa ja toiminnassa. Muutokset voivat osittain selittää sen, että osalla skitsofreniaan sairastuneista on vaikeuksia tarkkaavaisuuden ylläpidossa, lyhytkestoisessa muistissa ja päätösten toimeenpanossa. (Huttunen, 2011.) Näiden muutosten voidaan ajatella aiheuttavan vaikeuksia ymmärtää ja hyväksyä sairautta.

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin, negatiivisiin ja ennakko-oireisiin. Yleisimmät positiiviset oireet ovat aistiharhoja, erityisesti kuuloharhat, erilaisia harhaluuloja ja puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. (Salokangas & Riikola 2008.) Negatiivisilla oireilla eli puutosoireilla tarkoitetaan normaalien ajatusten, tunteiden tai käyttäytymisen heikentymistä tai puuttumista. Negatiiviset oireet heikentävät elämänlaatua ja selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa. Negatiivisten oireiden syyksi on arvioitu otsalohkon etuosan ja syvempien aivorakenteiden välisten hermoverkkojen puutteellista toimintaa. (Mäkinen, Miettunen, Isohanni & Koponen 2007.)

Sairaudentunnon puuttumisen on havaittu liittyvän mm. kognitiiviseen testisuoriutumiseen. Sairaudentunnon puute liittyy myös harmaan aineen katoon otsalohkossa ja ohimolohkossa. Yhteyksien on kuitenkin havaittu olevan heikkoja ja poikkeavan tutkimuksesta toiseen. (Raj 2012.)

Yksi tutkimussuunta on kiinnostunut siitä, ovatko jotkut elementit psyykkisen sairauden huonosta sairaudentunnosta persoonallisesti tai sosiaalisesti rakentuneita ja osittain tulosta neurokognitiivisesta vajauksesta. Lysaker ja muut (2005) etsivät korrelaatiota potilaiden kertomusten uskottavuuden, yksityiskohtien ja käsitteellistämisen sekä neurokognitiivisten toimintojen, oireiden ja perinteisten sairaudentunnon mittareiden välillä. Kertomusten uskottavuus korreloi merkittävästi toimintakyvyn ja skitsofrenian positiivisten oireiden kanssa. Positiivisten oireiden korkea määrä oli sidoksissa huonompaan käsitteellistämiseen. Kertomusten yksityiskohtien riittävä määrä oli sidoksis-

sa perinteisiin sairaudentunnon mittareihin, mutta ei neurokognitiivisiin toimintoihin tai oireisiin. (Lysaker, France, Hunter & Davis 2005, 140- 151.)

Mysoren ja muiden (2007) tutkimushavainnot tukevat yhteyttä sairaudentunnottomuuden ja kognitiivisen vajaatoiminnan erityisesti muistitesteissä suoriutumisen osalta. He myös korostavat että sairaudentunnottomat potilaat eivät ole yksi yhtenäinen ryhmä, vaan kokonaan sairaudentunnottomat tulisi erottaa osittain sairaudentunnottomista. He tulkitsevat oireensa väärin, mutta heidän kognitiivinen suoriutumiskykynsä on vahingoittumaton (Mysore, Parks, Lee, Bhaker, Birket, & Woodruff 2007).

Raij (2012) esittelee yhtenä mahdollisuutena, että sairaudentunnottomuus on psykoosisairauksien positiivinen oire. Psykoosissa, jossa erilaiset positiiviset oireet korostuvat, sairaudentunnottomuus lisääntyy. Sairaudentunnottomuuden on kuitenkin usein havaittu jatkuvan vielä positiivisten oireiden väistyttyä. Sairaudentunnottomuutta voidaan pitää myös negatiivisena oireena, jolloin tunteiden latistuessa kiinnostus havainnoida omaa vointia vähenee. Tätäkään selitysmallia Raij (2012) ei pidä riittävänä, koska negatiivisten oireiden vaihtelu selittää vain pienen osan sairaudentunnon vaihtelusta.

Medalia ja Thysen (2008) väittävät tutkimuksensa olevan ensimmäinen, joka on tutkinut sairaudentuntoa neurokognitiivisena vajavuutena moniulotteisesta näkökulmasta. He käyttivät uutta MIC-CR- nimistä mittaria, ja huomasivat että skitsofreniapotilaat ovat suunnilleen yhtä todennäköisesti sairaudentunnottomia kuin samalla epäätietoisia myös neurokognitiivisesta vajauksestaan. Hoidon kannalta olisi yhtä tärkeää tunnistaa tietämättömyys kognitiivisesta vajauksesta kuin sairaudentunnottomuudesta. Potilaille voi olla epäselvää miksi heitä hoidetaan ja sairaudentunnottomuus voi aiheuttaa vähentynyttä hoitomotivaatiota. (Medalia & Thysen 2008.)

Sairaudentunnon puutteen voidaan siis ajatella olevan seurausta vaurioituneesta kyvykkyydestä, jota skitsofrenia on neuropsykologisiin toimintoihin aiheuttanut. Tätä näkemystä tukevat havainnot, että paremmin sairaudentuntoisilla potilailla on korkeampi älykkyys ja toimintakyky. Kaikissa tutkimuksissa positiivista korrelaatiota ei kuitenkaan löydy tai näyttö jää vähäiseksi. Paljon sairaudentunnottomuudesta jää selittämättä käyttämällä vain neuropsykologisten testauksia. (Langdon & Ward 2009, 2.)

6.3 Kognitiivinen selitysmalli

Yksi selitys sairautentunnottomuudelle löytyy kognitiivisesta toiminnoista eli muistiin, oppimiseen ja havainnointiin liittyvistä toiminnoista. Käytännössä voi olla vaikeaa erottaa neuropsykologisen mallin ja kognitiivisen selitysmallin tutkimuksia toisistaan. Osa edellisessä luvussa esitellyistä tutkimustuloksista voisi sijoittaa myös tämän otsikon alle.

Metakognitiolla tarkoitetaan tiedonkäsittelyä koskevaa tiedonkäsittelyä, itsehavainnointia, omien mielenliikkeiden käsittelyä ja ymmärtämistä. Omien mielentoimintojen säätelystä ja yhteydestä sairautentuntoon on Raijn (2012) mukaan vähän tutkimuksia. Itsearviointitestit selittävät sairautentunnottomuutta kohtalaisesti. Aivotutkimukset antavat tukea tälle selitysmallille. Terveissä aivoissa itsehavainnointi on liitetty tiettyjen keskilinjarakenteiden toimintaan. Keskilinjarakenteiden heikko toiminta liittyy sairautentunnottomuuteen. Mitä heikompi toiminta aivojen keskilinjarakenteissa harhan aikana on, sitä vaikeampaa henkilön on tunnistaa harha oman mielen tuotteeksi. Raij (2012) ei kuitenkaan ole varma siitä, onko keskilinjarakenteiden heikko toiminta sairautentunnottomuuden syytekijä vai seurausta muista tekijöistä.

Skitsofrenian neuropsykologisessa tutkimuksessa tärkeäksi osa-alueeksi on löydetty sosiaalinen kognitio. Sosiaalinen kognitio tarkoittaa sosiaalisten tilanteiden prosessointia, johon kuuluu esimerkiksi kyky muodostaa mielikuvakonstruktioita toisista ihmisistä, heidän tunteistaan ja käsityksistään (mielen teoria), sekä itsen ja toisten välisistä suhteista. Myös tunteiden ja sosiaalisten tilanteiden havaitseminen kuuluu sosiaalisen kognition alueelle. (Torniainen & Tuulio-Henriksson 2009, 87.) Näissä kyvyissä on osoitettu skitsofreniaa sairastavien ihmisten pärjäävän terveitä heikommin ja sen ajatellaan olevan yhteydessä sairautentunnottomuuteen.

Langdonin ja Wardin (2009) tutkimus pyrkii mallintamaan kognitiivisia prosesseja, joilla sairautentunnottomuutta voidaan selittää. Kognitiiviset prosessit voivat olla vioittuneita (neuro-patologia) tai niitä ei käytetä (motivoivien voimien takia). Tutkijat kutsuvat näitä prosesseja metakognitiiviseksi kapasiteetiksi, jota voi kuvata lauseella ”näemme itsemme sellaisena kuin muut näkevät meidät.” Tutkijoiden hypoteesi on, että vaikeus hyväksyä muita mentaalisia malleja heikkenee skitsofreniassa. (Langdon & Ward 2009, 1, 4-5.)

Mentaalisten mallien käyttöä mitataan tutkimuksessa mielenteoriastehtävillä (ToM). Tutkimuksessa 30 skitsofrenia potilasta ja 26 tervettä verrokkia teki ToM- testit, mitkä sisälsivät esimerkiksi kuvia ja tarinan yhdistäviä tehtäviä, vitsin selittämistehtäviä ja tarinan ymmärtämisen tehtäviä. Vaikka skitsofreniaa sairastavat suoriutuivat huommin kuin verrokkiryhmä kaikissa ToM- tehtävissä, huonompi suoriutuminen potilailla ei ollut yhdenmukaista eri tehtävätyypeissä. Tulokset tukevat näkemystä, että sairautentunto liittyy kognitiiviseen kyvykkyyteen omaksua muiden näkökulmia ja joka toimivana, edistää metakognitiivisia valmiuksia pohtimaan "omaa" mielenterveyttä muiden näkökulmasta. (Langdon & Ward 2009, 1, 4-5.)

Sairauden kertomukset voidaan ymmärtää tarinoina, joita ihmiset kertovat itselleen ja muille kuvatakseen sairauttaan. Nämä tarinat voivat erota toisistaan monilla eri tavoilla. Roe ja muut tekivät (2008) tutkimuksessaan kvalitatiivisen analyysin sairauden kertomuksista. Analyysissä löytyi neljä erilaista kategoriaa, joihin sairautentunto voidaan jakaa. Ensimmäinen on sopeutuva suhtautuminen, jossa ihminen ymmärtää sairastavansa tietyn oirekuvan mukaista sairautta ja tekee aktiivisesti töitä ymmärtääkseen sairauttaan. Toinen kategoria nimettiin ”hyväksyy sairauden, torjuu leimaamisen” - kategoriaksi. Tämän ryhmän potilaat hyväksyvät oireitaan, mutta torjuvat tietyn sairauden alle nimikoimisen tai leiman sairaudesta. Kolmatta ryhmää kutsutaan passiiviseksi näkemykseksi. He hyväksyvät psyykkisen sairautensa ja sen virallisen nimeämisen, mutta suhtautuvat asiaan hyvin pienellä uteliaisuudella, sitoutumisella tai ymmärryksellä. Neljäs ryhmä nimettiin sairauden torjujiksi. He kieltävät sekä oireensa, että minkään psyykkisen sairauden nimeämisen. (Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, Lysaker 2008.)

6.4. Näkökulmia yhdistelevä selitysmalli

Monissa edellä käsitellyissä tutkimuksissa tuodaan esille sairautentunnottomuuden tai sairautentunnon eri kategorioiden moniulotteisuus. Tuskin enää nykyään on asiaan perehtynyttä tutkijaa, joka liputtaisi vain yhden näkökulman puolesta. Moniulotteinen suhtautuminen on todellisuutta, mutta se, mitä pidetään olennaisimpana selittävänä tekijänä, vaihtelee tutkimuksesta toiseen.

Raijin (2012) mukaan sairautentunnottomuus on monitekijäinen ilmiö, jolloin mikään tunnettu malli ei yksin selitä sairautentunnottomuutta. Sairautentunnottomuus on hänen mukaansa kuitenkin enemmän sairauden oire kuin defenssi tai näkökulmaero. Sairautentunnottomuus, kuten kaikki mielen toiminnot liittyvät aivotoimintaan. Kysymyksenä hän esittää arvelun siitä, että metakognition liittyvien hermoverkkojen toiminta on keskeistä. (Raij 2012).

Myös Paralleda ja muut (2011) tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että sairautentunto on hyvin monimutkainen ilmiö. Heidän mukaansa se on sidoksessa psykoosisairauden vakavuuteen ja yksilön sekä sairauden piirteisiin kuten sopeutumiseen, älykkyyteen, kognitiiviseen suoriutumiseen, aivojen etulohkojen toimintojen voimakkuuteen, ikään, sukupuoleen ja etniseen taustaan. (Parellada, Boada, Fraguas, Reig, Castro-Fornieles, Moreno, Gonzalez-Pinto, Otero, Rapado-Castro, Graell, Baeza & Arango 2011.)

7 TULOKSIA: HOITON SITOUTUMISEN LISÄÄMISEN KEINOJA

Sitoutumattomuus määrättyyn lääkitykseen ja hoitoon on olennainen kysymys psykiatristen potilaiden hoitotyössä. Skitsofreniassa, jossa sitoutumattomuus lääkehoitoon todennäköisesti johtaa oireiden pahenemiseen ja toistuviin sairaalahoitoihin kustannukset ovat korkeita sekä yksilöille, perheille että yhteiskunnalle. Pinikahakanan ja muiden (2002) hoitotieteen alan kirjallisuuskatsauksessa valotetaan sitoutuvuuteen vaikuttavia monimutkaisia tekijöitä. Johtopäätöksenä kirjoittajat toteavat, että hoitoon sitoutumiseen liittyvän monimuotoisuuden tuloksena on selvää, että **mitään yksittäistä strategiaa, jolla hoitoon sitoutumisen määrää voitaisiin skitsofreniapotilailla kehittää, ei voida esittää**. Ei kuitenkaan ole selkeää yksimielisyyttä siitä, mitkä tekijät eivät vaikuttaisi sitoutuvuuteen. (Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002, 522-523.)

Tuloksia on tutkimuksista haettu pitäen mielessä hoitoon sitoutumisen selittäjät ja sen lisäämisen keinot. Keskeisiksi tuloksiksi mukana olleista tutkimuksista nousivat 1) selviytymiskäyttäytymisen lisääminen, 2) sairauden oireiden normalisointi, 3) potilai-

den yksilöllisyyden huomioiminen, 4) varhaisen tuen tarpeellisuus ja 5) psykoedukatio.

7.1. Selviytymiskäyttämisen lisääminen

Lincolnin, Lüllmannin & Riefin (2013) tutkimuksessa tehtiin kriittinen kirjallisuuskatsaus 88 tutkimuksesta sairautentunnosta ja sen vaikutuksiin oireisiin ja toimintaan. Suurin osa tutkimuksista tukee sairautentunnon ja sitoutuvuuden yhteyttä hoitojakson aikana, mutta pitkäaikaisen sitoutuvuuden osuus pysyy epäselvänä. Sairautentunto korreloi paremman pitkäaikaisen toiminnan kanssa, mutta se saattaa selittyä yhteydellä oireisiin. Sairautentunnon ja masennuksen välillä on yhteys, mutta asiaa vaatii vielä tarkempaa selvittämistä. Sairautentunto on yhteydessä korkeampiin oiretasoihin hoidon aikana ja suurimmalla osalla sairautentunto kasvaa, kun oireet ja varsinkin hajanaisuus vähenevät. Sairautentunnolla näyttää olevan ennustusarvoa toimintaan, tosin tämä havainto saattaa selittyä oireiden ja sairautentunnon yhteydellä. (Lincoln, Lüllmann & Rief 2013.)

Hoidon näkökulmasta avain vähentää skitsofreniaan liittyvää masennuksen ja itsemurhan riskiä on **edistää toiminnallista selviytymiskäyttämistä**. Se voisi lisätä "käyttökelpoista tietoa", jonka avulla potilas tunnistaa oireet häiriönä todellisuudesta ja erottaa häiriön henkilökohtaisesta identiteetistä, samalla ylläpitäen toivoa. Tällainen lähestymistapa saa tukea viimeaikaisista suosituksista toipumissuuntautuneiden palveluiden kehittämisestä. (Lincoln, Lüllmann & Rief 2013.)

Tait, Birchwood & Trower (2003) viittaavat aiempien tutkimusten havaintoihin siitä, että ihmisten tulkinnat psykoosista ja heidän ajatuksensa tulevaisuudesta ja identiteetistä ovat kriittisiä toipumisessa. Negatiiviset tulkinnat ennustavat masennusta, etenkin menetyksen tai häpeän tunne. Nykyisen tutkimuksen löydökset antavat tukea sellaisten interventoiden kehittämiselle, jotka on suunnattu tukemaan **psykologista sopeutumista sairauteen**. Tällaisiksi mainitaan esimerkiksi hoitomyöntyvyyteen vaikuttava terapia ja kognitiivinen terapia. (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

7.2. Sairauden oireiden normalisointi

Skitsofreniaa sairastavat potilaat tarvitsevat ohjausta, joilla selitetään oireiden syntyä ja jatkumista. **Normalisoinnissa** näkökulmana on korostaa samanlaisuutta suhteessa normaaleihin kokemuksiin enemmän kuin erilaisuutta. Terveystieteiden ammattilaiset voivat tukea potilasta luomaan oireille sellaisia selityksiä, jotka eivät ole pelottavia. Tällainen toiminta todennäköisemmin johtaa toimivaan selviytymistyyliin kuin masennukseen tai toivottomuuteen. (Lincoln, Lüllmann & Rief 2013.)

Rickelman (2004) viittaa Amadoriin (2000) suositukseksi siitä, että hoitavien tahojen pitäisi lopettaa sairautentuntoisten vakuuttaminen siitä, että nämä ovat sairaita, koska yksilöt eivät ole samaa mieltä ja koe tarvitsevansa hoitoa. Sen sijaan hoitohenkilökunnan pitäisi keskittyä oireisiin, mikä on menestyksellisempi näkökulma lääkkeiden ottamiseen tai muihin hoitoihin osallistumiseen. Näillä keinoilla potilaat kokevat saavansa apua oireiden hallintaan. Potilaan vastustavat diagnoosia skitsofrenia, heitä voidaan sijaan rohkaista kertomaan oireistaan kuten äänten kuulemisesta, vainoharhaisuuden kokemuksista tai unettomuudesta. Rickelman viittaa Creageriin (2000) esimerkkinä amerikkalaisesta järjestöstä ”Anonyymit skitsofreenikot”, joka on onnistunut houkuttelemaan osallistujia tapaamisiin keskittymällä oireisiin diagnoosin sijasta. (Rickelman 2004, 236.)

7.3 Potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen

Yksi coping-strategia tai toipumistyyli skitsofreniaa sairastavilla on ”sealing-over”, joka tarkoittaa oireiden merkityksen ja psykoosin vähättelyä ja vähäistä kiinnostusta kokemusta kohtaan. Taitin, Birchwoodin & Trowerin (2003) tutkimuksessa haluttiin testata hypoteesia, että tällainen toipumistyyli ennustaa vähäisempää sitoutumista. Tämän toipumistyylin ryhmässä oli merkittävästi vähemmän palveluihin sitoutumista kuin sairauden hyväksyvässä ryhmässä. Sitoutuminen kolmen kuukauden kohdalla ennusti sitoutumista myös kuuden kuukauden kohdalla. Heillä, joilla oli välttelevä toipumistyyli, oli vaikeuksia sopia ja pitää kiinni tapaamisista, luoda hyvää yhteistyösuhdetta hoitohenkilökuntaan sekä etsiä apua kriisitilanteissa ja sitoutua määrättyihin hoitoihin. Nämä tulokset tukevat sitä, että sopeutumisella psykoosiin on päävaikutus siihen, kuinka palvelujen käyttäjät ovat vuorovaikutuksessa lakisääteisten palvelu-

jen kanssa. Heillä, joilla on välttämistyylinen käytös psykoosisairaudessa, on suurempi todennäköisyys välttää tai peruuttaa tapaamisia terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. **Tämän ymmärtäminen on ensiaskel suunniteltaessa palveluja tälle käyttäjäryhmälle.** (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Palveluihin sitoutumisen ja psykoottisten oireiden tai sairautentunnon välillä ei havaittu yhteyttä. Välttävä toipumistyyli ei siis ole synonyymi sairautentunnottomuudelle. Potilaat voivat toteuttaa tätä toipumistyyliä korkealla tai matalalla sairautentunnotalla. (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Mysoren ja muiden (2007) tutkimuksen tulosten perusteella oletetaan, että yritykset kehittää sairauden ymmärtämistä psykoedukaation avulla voivat olla **tehokkaimpia sellaisten potilaiden kohdalla, jotka tulkitsevat oireensa virheellisesti, mutta ovat tietoisia sairaudestaan.** Tämän vuoksi tutkimus painottaa sen tärkeyttä, että skitsofreniapotilaan oireiden virheellinen tulkinta erotettaisiin sairautentunnottomuudesta sekä kliinisessä työssä että tutkimuksissa. Olisi tärkeää ottaa huomioon sairautentunnon erilaiset toisistaan eroavat ryhmät. (Mysore, Parks, Lee, Bhaker, Birket & Woodruff 2007.)

Riskitekijöiden tunnistaminen korostaa hoitajan tärkeää roolia lääkkeisiin sitoutumisessa ja potilaan kärsimyksen vähentämisessä ja toipumisen edistämisessä. **Korkean riskin potilaiden tunnistaminen kuten skitsofreniaa sairastavat päihteiden käyttäjät** on esimerkki, joissa hoitajien panos voi olla merkittävä. Hoitajien toimet voivat auttaa sivuvaikutusten vähentämisessä tarjoamalla psykoedukaatiota kehittämään sairaudenymmärrystä ja vähentämään päihteiden käyttöä ja pyrkimällä tarjoamaan tukevan ja vakaan sosiaalisen ympäristön. (Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002, 522- 523.)

7.4. Varhaisen tuen tarjoaminen

Toipumistyyli skitsofreniaa sairastavilla näytti selkeästi liikkuvan kohti välttämistyylistä käytöstä varhaisen psykoosiin sopeutumisen aikana. Huomionarvoista on, että sairautentunnon ja oireiden kokeminen liikkuu prosessissa eri suuntaan. On mahdollista, että sairautentunnon ja oireiden kehittyessä, ihmiset tulevat enemmän tietoisiksi

psykoosin vaikutuksista ja negatiivisista seurauksista, mikä motivoi välttämiskäytöstä. Monien ihmisten taipumus ottaa omakseen hyväksyvä toipumistyyli heti hoidon aluksi voi heijastaa yrityksiä toimia rakentavasti haastavassa tilanteessa. Kuitenkin toipumisen aikana mahdollisuus pohtia tilannetta alkaa, mikä voi selittää muutoksen kohti välttämistyyliä. (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Hoitoon sitoutumisen parantamisen mietinnässä kannattaa ottaa huomioon toipumistyyli. Henkilökunta voi sopeuttaa toimintaansa juuri sen hetkiseen toipumistyyliin. Löydös, että toipumistyyli ei ole sidoksissa sairaudentuntoon tukee sitä, että **sitoutumista, tehokkaita selviytymisstrategioita ja psykologista sopeutumista voidaan edistää jo ennen sairaudentunnon kehittymistä tai psykoosioireiden helpottumista.** (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Toipumisen alkaessa lähtee alkuun myös välttämistyylinen suhtautuminen, tutkijat korostavat **varhaisen tuen tarpeellisuutta.** Toipumistyylin tunteminen voi hyödyttää ennakkointia ja tehostaa henkilön sitoutumista palveluihin. Tämä tutkimus osoittaa, että toimet, joilla pyritään edistämään henkistä sopeutumista, ei tarvitse odottaa täyttä toipumista psykoosin oireista tai täyden oivalluksen saavuttamista. (Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Yksi tunnistettu tekijä huonossa hoitoon sitoutumisessa on sairauden lyhyt kesto. Oletus on, että olisi hyödyllistä tarjota **edukatiivisia ja psykologisia strategioita, joiden tarkoitus on lisätä hoitoon sitoutumista. Tällaista tukea olisi tarjottava jo varhaisen sairastumisen aikana.** (Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002, 522- 523.)

7.5 Psykoedukaatio

Aho-Mustosen, Miettisen, Koiviston, Timosen & Rädyn (2008) tutkimuksessa oli mukana oikeuspsykiatrisia ja vaikeahoitoisia skitsofreniapotilaita. Huolimatta siitä, että potilaat tässä tutkimuksessa olivat läpikäyneet useita aiempia sairaalajaksoja ja kärsineet jo pitkään sairaudestaan, **heillä oli selkeä tarve saada lisää tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta.** Pohjimmiltaan heidän ymmärryksensä sairaudestaan oli matala. Verrattuna kontrolliryhmään tutkimusryhmän tietämys skitsofreniasta lisääntyi. Tutkimus osoittaa, että tietty määrä **tiedon tason nousua on mahdollista saavuttaa jopa kaik-**

kein sairaimpien potilaiden keskuudessa, jotka kärsivät kognitiivisista vajavuuksista ja häiriöistä. Tiedon lisääntyminen oli kuitenkin matalinta potilailla, joilla oli kaikin vakavin psykoottinen oireisto. (Aho-Mustonen, Miettinen, Koivisto, Timonen & Rätty 2008.)

Tilastollisesti merkittäviä muutoksia psykiatrista hoitoa tai lääkitystä kohtaan ei löydetty tässä tutkimuksessa. Positiivisia tuloksia saavutettiin potilaiden sairautentunnon kehittymisessä. Tulos on rohkaiseva, koska tietoisuus sairaudesta on tärkeä ymmärryksen osa ja sairautentunnon puute on yleinen ongelma uusimisvaiheissa. Osallistujien masennusoireet arvioitiin ennen ja jälkeen intervention. Tuloksissa ei näkynyt merkittäviä muutoksia josta voidaan päätellä, ettei tämänkaltaisella psykoedukatiivisella interventiolla ole merkittäviä vaikutuksia osallistujien masennusoireiluun. (Aho-Mustonen, Miettinen, Koivisto, Timonen, Rätty 2008.)

Tämän pilottitutkimuksen tulokset olettavat, että **potilaat voivat hyötyä psykoedukatiivisista ryhmistä ja psykoedukatiivinen ryhmä voi olla hyödyllinen osa hoitoa lääkehoidon ja muiden kuntoutusmenetelmien ohella**. Tutkimuksen rajoituksena oli tutkimushenkilöiden pieni määrä ja ei standardisoitu sairauden ymmärtämisen mittaaminen. Seurantatutkimuksen tekeminen olisi tarpeen, jotta pitkäaikaisvaikutuksia voitaisiin selvittää. (Aho-Mustonen, Miettinen, Koivisto, Timonen, Rätty 2008.)

Myös monissa muissa mukana olleissa tutkimuksissa puhuttiin psykoedukaation puolesta. Esimerkiksi Elmasrin (2011) tutkimuksen tulokset osoittavat ohjauksellisen ohjelman tehokkuutta skitsofreniapotilaiden sairautentuntoon. Edukatiivisella ryhmällä ei tosin ollut vaikutusta asenteisiin lääkitystä kohtaan. Kokonaisyymmärrys tai asenne lääkitykseen ei korreloinut merkittävästi sairaalahoitajaksojen määrään, sairauden kestoon tai sairauden puhkeamisaikaan. (Elmasri 2011, 273.)

Sivuvaikutusten tarkkailu, psykoedukaation tarjoaminen potilaille ja heidän perheilleen ja korkean riskin potilaiden tunnistaminen ovat esimerkkejä alueista, joissa hoitajien panos voi olla merkittävä. Toivottavasti huonon hoitoon sitoutumisen riskin tunnistaminen johtaisi kohdennettuihin psykologisiin terapioihin kuten sitoutuvuutta lisäävään terapiaan ja psykoedukatiivisiin ohjelmiin. (Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002, 522- 523.)

Yksi psykoedukaation tarjoamisen muoto on tietoteknologiset sovellukset. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden ajan on ollut kasvava trendi ohjata, hoitaa ja antaa tukea ICT:n avulla mielenterveyspotilaille. Välimäen, Hätösen, Lahden, Kuosmasen & Adamsin (2012) tutkimuksessa on kyse skitsofreniapotilaiden ohjauksesta ja tuesta käyttäen apuna informaatio- ja kommunikaatioteknologiaa. Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että ICT on toiminut esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen hallinnassa. Puuttuu tietoa siitä, voitaisiinko ICT:n avulla auttaa ihmisiä, jotka kärsivät vakavista mielenterveydenongelmista kuten skitsofreniasta. Kirjallisuuskatsaus sisälsi kuusi tutkimusta, jossa oli yhteensä 1063 osallistujaa. Vaikka **ICT:n käyttö näyttää lupaa-valta, ei löydetty selkeää hyötyä sen käytöstä vakavien mielenterveyshäiriöiden osalta verrattuna tavanomaiseen hoitoon ja/tai ohjauksen ja tuen menetelmiin.** (Välimäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen & Adams 2012, 25- 27.)

Kirjoittajat ovat kuitenkin sitä mieltä, ettei katsauksen tuloksen johdosta pidä hylätä tai lykätä ICT:n tutkimusta. Edukaatio sairaudesta ja hoidosta on hyvä keino kasvattaa ihmisen tietoisuutta ja ymmärrystä terveydestä. ICT:llä on mahdollisuus kehittää monia asioita kokonaishoidossa kuten parantaa ohjausta ja sosiaalista tukea. Seurauksena voi olla parempi tieto ja sairauden hallinta, parempi pääsy terveystalvelujen pariin, parempi hoidon laatu, parempi kontakti ja palvelujen jatkuvuus sekä kustannusten väheneminen. (Välimäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen & Adams 2012, 25- 27.)

8 POHDINTA

8.1. Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty lisäämään kertomalla mahdollisimman tarkkaan opinnäytetyön tekoprosessi. Tarkan selostuksen katsotaan lisäävän laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, näin lukija pääsee arvioimaan onko tehty oikeita ratkaisuja niin tiedon hankinnassa kuin sen analysoinnissakin. (Hirsjärvi ja muut 2007, 227.) Luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista.

Tutkimuksessa pyritään siihen, että tulokset eivät olisi sattumanvaraisia. Tätä kuvataan käsitteellä reliabelius, mikä tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabelius voidaan todentaa monella tavalla, kuten sillä että kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai eri tutkimuskerroilla saadaan sama tutkimustulos. (Hirsjärvi ja muut 2007, 226.) Tässä opinnäytteessä toistettavuuteen on pyritty kuvaamalla mahdollisimman tarkasti käytetyt hakutermit ja tietokannat.

Usein mainitaan, että luotettavan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii vähintään kahden tutkijan kiinteää yhteistyötä. (Pudas- Tähkä & Axelin 2007, 46.) Kahden tutkijan käyttämisellä pyritään juuri reliabiliteettiin, kahden ihmisen päätyessä samoihin johtopäätöksiin aineiston valinnan kriteereistä toistettavuus paranee. Tätä kriteeriä ei opinnäytetyössä voitu täyttää, koska kyseessä on yksilötyö. Työparin puuttumisen voidaan katsoa heikentävän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta toistettavuuden näkökulmasta.

Tutkimuksia arvioidaan myös validiuden eli pätevyyden näkökulmasta. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Menetelmä voi aiheuttaa tuloksiin virheitä, jos oman tutkimuksen menetelmän heikkouksia tai mahdollisia väärinymmärryksiä ei tarkastella. (Hirsjärvi ja muut 2007, 226- 227.)

Tässä opinnäytteessä pätevyyttä heikentää se, että kirjallisuuskatsaus ei kokonaisuudessaan ole systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerit täyttävä, vaan osa siitä on laadittu narratiivisen kirjallisuuskatsauksen periaatteilla. Tällaisessa aihepiirissä, josta suomenkielellä ei ole olemassa kokoavaa esitystä en pidä sitä niin suurena puutteena, kuin aihepiirissä, josta tietoa löytyisi paljon. Työn vahvuutena on se, että aiheesta pystyttiin kokoamaan selkeä suomenkielinen esitys, jossa esitellään sairaudentunnottomuuden eri näkemyksiä ja erilaisia keinoja suhtautua siihen hoitotyössä. Mikäli joku haluaisi jatkaa aihepiirin selvittämistä, olisi tämä opinnäyte hyvä pohja lähteä tarkastelemaan asiaa.

Rajallinen aika ja kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen teossa systemaattisesti ovat vaikuttaneet mukaan otettujen lähteiden määrään. Mikäli tutkimus toistettaisiin samoilla hakukriteereillä ja lähteiden hankintaan ja analysointiin olisi käytettävissä

enemmän aikaa, voisi sairautentunnottomuudesta ja siihen vastaamisesta hoitotyön keinoin löytyä vielä uudenlaisia näkökulmia. Saatuja tuloksia voidaan kuitenkin pitää suhteellisen luotettavina, koska käytetyissä lähteissä tuli esille samanlaisia johtopäätöksiä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on erittäin vaativa menetelmä. Tietokantojen myötä saatavilla on maailmanlaajuinen tutkimus. Hakutermien osuvuus on siten erittäin oleellista, jotta hakutuloksia pystytään rajaamaan järkeviin mittoihin. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla siinä olisi voitu onnistua paremminkin. Tiedonhakuihin tukisi olla käytettävissä runsaasti aikaa, samoin löydetyn kirjallisuuden seulomiseen ja tarkempaan lukemiseen. Nyt ajanpuutteen vuoksi rajattiin pois lääkesitoutuvuuteen liittyvät tutkimukset ja artikkelit, joista olisi kuitenkin voinut löytyä näkökulmia myös yleisemmällä tasolla potilaiden hoitotyöhön.

Eettisyys systemaattista kirjallisuuskatsausta metodinaan käyttävässä opinnäytetyössä koskee ensisijaisesti tiedon käsittelyn prosessia, koska tutkimushenkilöihin liittyvää etiikkaa ei tarvitse huomioida. Opinnäytteessä on pyritty eettiseen tiedon käsittelyn tapaan koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekemisen tapa on kuvattu luvussa 5. Suuri osa lähdeaineistoa on ollut englanninkielistä, jolloin tahattomat väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Väärinymmärryksiä on pyritty minimoimaan käyttämällä tutkimusten lukemisen rinnalla selkokielistä tiivistelmää aina kun sellainen on ollut saatavissa.

8.2. Tulosten tarkastelua

Keskeisiksi tuloksiksi mukana olleista tutkimuksista nousivat sairautentunnottomuuden neljä selitysmallia, 1) psykologinen defenssimalli, 2) neuropsykologinen malli, 3) kognitiivinen selitysmalli sekä 4) näkökulmia yhdistelevä malli. Hoitoon sitoutumisen keinoina tulivat esille 1) selviytymiskäyttäytymisen lisääminen, 2) sairauden oireiden normalisointi, 3) potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen, 4) varhaisen tuen tarpeellisuus ja 5) psykoedukaatio. Kokonaiskuvaksi taustateoriaan vertaillen jäi ajatus siitä, että sairautentunnottomuuden, hoitoon sitoutumisen ja hoitotyön keinojen osalta näkemykset ovat vielä aika kiistanalaisia. Tutkimustuloksia on kaikista teemoista olemassa puolesta ja vastaan. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen sairautentunnottomuudesta ja erityisesti siitä, kuinka hoitoon sitoutumista voitaisiin näiden potilaiden kes-

kuudessa parantaa, herätti enemmän kysymyksiä kuin antoi selkeitä vastauksia. Oli kuitenkin henkilökohtaisesti hyödyllistä ja ammatillista kasvuani tukevaa saada esille erilaisia näkökulmia, joiden näyttöön perustuvuutta voi myöhemmin työn ohessa pohdita.

Selviytymiskäyttäytymisen lisääminen tarkoittaa sellaisen tiedon lisääntymistä ja selviytymiskeinojen opettelua, joiden avulla potilas oppii tunnistamaan oireensa osaksi sairauttaan ja hallitsemaan niitä siten, että mielekäs elämä mahdollistuu. Tärkeää olisi myös sopeutua sairauteen siinä määrin, että sairaus ei vaikuttaisi identiteettiä heikentävästi, vaan toivo ja mahdollisimman normaali elämä säilyisivät. Keinoiksi ehdotetaan esimerkiksi kognitiivista terapiaa. (Lincoln, Lüllmann & Rief 2013; Tait, Birchwood & Trower 2003.)

Hoitaja ei työssään ole terapeutti, mutta hän voi toimia potilasta voimaannuttavalla tavalla. Esimerkiksi Vänskä ja muut (2011) ja Seikkula & Arnkill (2011) korostavat dialogisuuden merkitystä ohjattavan voimaantumisen mahdollistajana. Seikkula ja Arnkill puhuvat myös verkostokeskeisen hoitomallin puolesta, jossa välittömällä avulla ja koko hoitoprosessin ajan potilaan lähipiiriin mukaan otolla erilaisten kontrolloivien hoitomenetelmien tarve vähenee. Potilaat eivät myöskään tarvitse yhtä paljon sairaalahoitoa eivätkä pitkäaikaista neuroleptilääkitystä. Tämä voi tarkoittaa potilaan itsemääräämisoikeuden kasvamista ja enemmän voimavaroja työelämään. (Vänskä ja muut 2011; Seikkula & Arnkill 2011.)

Sairausten oireiden normalisointi korostaa samanlaisuutta suhteessa normaaleihin kokemuksiin enemmän kuin erilaisuutta. Hoitajat voivat tukea potilasta luomaan oikeille sellaisia selityksiä, jotka eivät ole pelottavia. Ylipäänsä keskittyminen oireisiin enemmän kuin diagnoosiin on nähty toimivaksi. (Lincoln, Lüllmann & Rief 2013; Rickelman 2004.)

Näkökulma saa tukea erityisesti Amadorin (2011 b.) ja Seikkulan & Arnkilin (2011) ajatuksista, jossa reflektiivisen kuuntelemisen ja dialogisuuden avulla kohdataan potilaan harhat, sairautentunnottomuus ja potilaan tarpeet. Psykoottisia kokemuksia ei yritetä selittää pois, vaan niitä kuunnellaan ja haetaan yhdessä potilaan kanssa mahdollisuuksia ymmärtää esimerkiksi äänet osana sairautta. (Amador 2011b.; Seikkula & Arnkil 2011.)

Potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen on tärkeä hoitotyön periaate. Tässä yhteydessä tuloksissa nousi esiin erityisryhmien huomioiminen, joita mukana olleissa tutkimuksissa oli selviytymistyyppiltään välttämisseuuntautuneet potilaat, sairautentunnoltaan virheellisesti oireitaan tulkitsevat ja päihteitä käyttävät skitsofreniapotilaat. Näillä tekijöillä katsottiin olevan vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ja erilaisten ryhmien huomioiminen hoidon suunnittelussa nähtiin tärkeänä. (Tait, Birchwood & Trower 2003; Mysore, Parks, Lee, Bhaker, Birket & Woodruff 2007 ; Pinikahana, Happell, Taylor & Keks 2002.)

Sairautentunnottomat skitsofreniapotilaat eivät ole vain yhtä massaa, vaan esimerkiksi suhtautumisessa sairauteen on eroja sen lisäksi että kullakin on yksilöllinen elämänsänsä ja omat tavoitteensa tulevalle. Taustateoriassa esimerkiksi Sorvaniemi ja Kampman (2000) nostavat esille erilaisten yksilöllisten tekijöiden vaikutuksen hoitoon sitoutumiseen kuten vaikeat psykoosioireet, kognitiivisten toimintojen taantuminen ja sairautentunnon puuttuminen. (Sorvaniemi & Kampman 2000.) Yksilöllisten tekijöiden huomioiminen on läsnä myös Kyngäksen ja muiden (2007) ajatuksissa asiakkaan oikeuksista autonomiaan ja yksilöllisyyteen sekä Timlinin (2009) ajatuksissa hyvän yhteistyösuhteen piirteistä. (Kyngäs ja muut 2007; Timlin 2009.)

Sairautentuntoa voidaan tarkastella kognitiivisen, hoitoon sitoutumisen, oireiden ja aikaan liittyvien piirteiden avulla. (Rüsch & Corrigan 2002.) Amadorin (2011b) tutkimuksessa (1994) noin 40 % oli tietoisia sairaudestaan, noin 25 % oli jossakin määrin tietoisia ja noin 32 % oli täysin sairautentunnottomia. Roen ja muiden (2008) tutkimuksessa löytyi neljä erilaista kategoriaa, joihin sairautentunto voidaan jakaa; sopeutuvan suhtautumisen kategoriaan, sairauden hyväksyjien, leimaamisen torjujat – kategoriaan, passiivisen näkemyksen kategoriaan sekä sairauden torjujien kategoriaan. (Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, Lysaker 2008.) Kaikissa esimerkeissä näkyy, että sairautentunto skitsofreniassa on yksilöllistä ja potilaan oman suhtautumisen selvittäminen voisi olla hoitotyössä avuksi.

Varhaisen tuen tarpeellisuutta painotettiin toipumistyyliä sekä huonon hoitoon sitoutumisen syitä pohtivissa tutkimuksissa. Katsottiin, että varhaisen tuen tarpeellisuutta korostaa se, että välttämistyylinen käyttäytyminen lähtee käyntiin nopeasti. Tutkimuksen mukaan pyrkimyksien, joilla halutaan edistää potilaan henkistä sopeu-

tumista, ei tarvitse odottaa täyttä toipumista psykoosin oireista tai täyden oivalluksen saavuttamista. Huonon hoitoon sitoutumisen yksi tunnettu tekijä on sairauden lyhyt kesto. Tämäkin näkökulma olettaa, että olisi hyödyllistä tarjota hoitoon sitoutumista lisääviä tapoja jo varhaisen sairastumisen aikana. (Tait, Birchwood & Trower 2003; Pinikahana, Happell, Taylor & Keks.)

Hotin (2004) tutkimuksessa sekä potilaat että lääkärit olivat yhtä mieltä siitä, että psykiatrinen potilas hyötyy sairauttaan koskevasta tiedosta. Mieliopitteet siitä milloin ja minkä verran tietoa tulisi antaa, kuitenkin erosivat toisistaan. Potilaiden mielestä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta tulee antaa potilaille varhain ja jo sairautta epäiltäessä. Lääkärien mielestä tietoa tulee antaa varsinkin skitsofreniapotilaille pääsääntöisesti vasta diagnoosin varmistuttua tai myöhemmin tai jopa ei lainkaan. Varhainen tuki merkitsee kuitenkin muutakin kuin tiedon antamista. Tukea antavan perheilmapiiri on havaittu olevan kytköksissä hyvään hoitomyöntyvyyteen, samoin kuin potilaan näkemystä kunnioittava ja luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan ja mielenterveysalan ammattilaisen välillä. (Hotti 2004; Amador 2011 b; Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004; Kyngäs & Hentinen 2009.)

Psykoedukaatiosta näyttää tutkijoiden kesken vallitsevan erilaisia näkökulmia. Opin näytteen tuloksissa päädyttiin poikkeuksetta suositteluun psykoedukaatiota sairautentunnon huonoille skitsofreniaa sairastaville potilaille, joiden hoitoon sitoutuvuutta pyrittiin lisäämään. Kuitenkin useammassakin tutkimuksessa päädyttiin siihen, ettei selkeitä merkkejä esimerkiksi lääkesitoutuvuuden lisääntymisestä tai esimerkiksi ICT:n käytöstä verrattuna muuhun ohjaukseen tai tukeen ollut. (Elmasri 2011; Välimäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen & Adams 2012.) Poikkeuksena oli vaikeahoitoisia ja oikeuspsykiatrisia skitsofreniapotilaita käsittelevä tutkimus, jossa havaittiin tiedon tason nousua sairaudesta. Tiedon lisääntyminen oli kuitenkin matalinta potilailla, joilla oli kaikkein vakavin psykoottinen oireisto. (Aho-Mustonen, Miettinen, Koivisto, Timonen & Rätty 2008.)

Psykoedukaatio nähdään varmastikin niin olennaiseksi osaksi sairaanhoitajan työtä, ettei siitä olla valmiita luopumaan minkään potilasryhmän kohdalla. Jotta potilas voisi osallistua hoitoonsa, hän tarvitsee toki tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Tiedon avulla potilas voi tehdä päätöksiä tai olla mukana vaikuttamassa niihin. (Timlin 2009.) Myös Hotti (2004) päätyi tutkimuksensa pohjalta esittämään suosituksia tiedon anta-

misesta potilaille monipuolisesti, varhain ja toistuvasti sekä huolimatta siitä, kysyykö potilas. (Hotti 2004.)

Sekä Amador (2011) että Kruck ja muut (2009) ovat päätyneet johtopäätökseen, että psykoedukaatio ei täysin sairautentunnotomien skitsofreniapotilaiden kanssa ole toimiva keino. Hehän eivät usko mihinkään diagnoosiin, eivätkä tarvitse tietoa sairaudestaan, koska heitä ei vaivaa mikään. Näiden tutkijoiden mukaan toimivampi tapa on keskittyä potilaan kokemukseen oireistaan sekä siihen, mitä potilas hoitohenkilökunnalta tarvitsee voidakseen paremmin. Menetelmiksi ehdotetaan joko keskusteluja, joissa sairautentunnotonta potilasta ei yritetäkään muuttaa, vaan saavuttaa luottamus tai kognitiivista terapiaa, jonka avulla ymmärrystä oireista ja lääkityksen tarpeesta olisi mahdollista saavuttaa. (Amador 2011a.; Kruck, Flasan, Roth, Koven, McAllister & Saykin 2009.)

Se, kuinka sairautentunnotomuus tai huono sairautentunto määritellään voi mielestäni vaikuttaa siihen kuinka potilasta kohdataan ja millaista ohjausta hän saa. Jos sairautentunnotomuuden ajatellaan aiheutuvan psyykkisen pitkäaikaissairauden stigman ja olevan demenssimekanismi ohjaa hoitajaa toimimaan hyvin eri tavalla kuin se, että sairautentunnotomuuden ajatellaan olevan sairauden oire, asia johon potilas tai hoitaja hyvin vähän voi vaikuttaa. On tärkeää hoitajana olla tietoinen omasta näkemyksestään, kun kohtaa potilaan, joka ei ole samaa mieltä siitä, että hän on sairas tai tarvitsee apua.

Mielestäni olisi myös tärkeää kuten esimerkiksi Amador sekä Seikkula & Arnkil mainitsevat, että koko työyhteisön muutosta uudennlaisiin työtapoihin tuetaan. On vaikeaa toimia työyhteisössä, jossa sairautentunnotomuuteen suhtaudutaan kovin eri tavoin. Jos ammattilaisilla on hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mistä sairautentunnotomuus johtuu, voi työpaikalla olla yhtä aikaa läsnä erilaisia hoitokäytäntöjä.

Hoitoprosessien muuttaminen voi tapahtua esimerkiksi potilaan osallistumista ja työryhmän toimintaa koskevilla muutoksilla. Toinen hoitoprosessi muuttamisen askel koskee henkilöstön kouluttamista painottaen dialogisuutta ajattelutapana. Päätöksenteon tulee myös antaa tuki dialogisille käytännöille. Hoito, koulutus, tutkimus ja päätöksenteko olisi saatava vuorovaikutukseen siten, että ne ruokkivat toisiaan. (Seikkula & Arnkil 2011.) Sairautentunnotoman skitsofreniapotilaan kohtaaminen uudella ta-

valla potilasta kuunnellen voi Amadorin (2011) mukaan herättää monenlaisia pelkoja. Saatetaan ajatella, että potilaan tila huononee, potilassuhde vahingoittuu tai pelätään, että potilas pyytää tekemään jotakin, johon emme voi suostua. Amador kertookin kouluttavansa mieluummin kokonaisia työyksiköitä yksilöiden sijaan, jotta toiminta esimerkiksi sairaalaan osastolla saadaan johdonmukaiseksi (Amador 2011 b.)

Jotta hoitokäytännöt kehittyisivät, tarvitaan Amadorin sekä Seikkulan ja Arnkilin kaltaisia rohkeita uudistajia. Uudistajat uskaltavat ajatella asioita toisin, kokeilla ja toimia vastoin yleisiä periaatteita ja suosituksia. Esimerkiksi Seikkulan & Arnkilin Avoimen dialogin hoitomallissa ei pyritty näyttöön perustuvien hoitosuosituksen toteuttamiseen, vaan malli kehittyi omaa toimintaa arvioivan tutkimustiedon pohjalta. Tutkimusmalli oli jopa monilta osin skitsofrenian hoidon suositusten vastainen. Neuroleptilääkitystä ei aloitettu kaikille potilaille, perheille ei annettu psykoedukaatiota, potilaita ei yleensä sijoitettu sairaalaan eikä potilaiden oireita pyritty nopeasti kontrolloimaan. Silti tulokset näyttävät olevan parempia kuin suositusten mukaan toteutettujen projektien tulokset. (Seikkula & Arnkil 2011.)

8.3. Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytteen tekeminen oli henkilökohtainen kasvutarina. Ajattelin aloittaessani opinnäytettä, että potilaat täytyy saada tietoiseksi sairaudestaan psykoedukaation avulla. Huomasin kuitenkin jo harjoittelussa, ettei psykoedukaatiosta oman potilaani kohdalla tuntunut olevan apua. Pidin tällöin sitä merkinä omasta kokemattomuudestani ja toisaalta kieltämisreaktiosta, joka hänelle oli sairautta kohtaan. Toisaalta olin silloin jo tietoinen siitä, kuinka suuria kognitiivisia puutteita skitsofrenia voi aiheuttaa.

Todellista hoitoon sitoutumista ja kuntoutumista ei voi tapahtua, mikäli potilas ei itse ajattele olevansa sairas, näin väitetään monessa lähteessä. Pohdin itsekin opinnäytetyötä aloittaessani, että omaan kuntoutukseen sitoutuminen edellyttää ainakin jollakin tasolla sairauden hyväksymistä osaksi itseä, jotta hyviä tuloksia voitaisiin saavuttaa. Tutustuttuani esimerkiksi Amadorin ajatuksiin, tulin tästä hieman toisiin ajatuksiin. Hän kertoi tapauksista, joissa potilas kyllä ottaa lääkkeensä ja pärjää ihan hyvin, mutta ei tee sitä sen takia, että uskoisi olevansa sairas vaan siksi, että luottaa ja uskoo esimerkiksi hoitavan lääkärin tai perheen ajattelevan hänen parastaan. Luotettavan hoita-

jan tai lääkärin vakuuttaessa, että hän voi paremmin, kun ottaa lääkkeensä, pystyy ihminen olemaan tästä samaa mieltä, vaikka olisi edelleen sairaudentunnoton. Se onko tämä aitoa hoitoon sitoutumista vai vain hoitokuuliaisuutta voidaan olla montaa mieltä. Pääasia on kuitenkin, että potilas voi paremmin. Päädyin opinnäyteprosessin myötä yhä enemmän ajattelemaan, että ehkä sairaudentunnottomuuden vähentäminen ei olekaan olennainen kysymys, vaan tärkeämpää on se, kuinka sairaudentunnottaan heikkojen potilaiden kanssa voisi toimia hyvässä yhteistyösuhteessa huolimatta sairaudentunnottomuudesta ja sen tuomista haasteista.

Sairaudentunnottomuus tai tunne sairauden puuttumisesta kuten sitä voidaan korrek-
timmin kuvata, on todellinen ilmiö skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. Siitä on
kuitenkin hyvin vähän olemassa suomenkielistä koottua tietoa saati sitten mitään toi-
mintaehdotuksia. Tutkimustietoa siitä, kuinka huolimatta sairaudentunnottomuudesta
potilaita saataisiin sitoutumaan hoitoon, kaivattaisiin lisää. Myös monitieteisyys asian
hahmottamisessa olisi tarpeen.

Olisi tärkeää saada ilmiöstä lisää tietoa kaikille hoitaville tahoille, kokemusasiantunti-
joille, omaisille ja potilaille itselleen. Jatkotutkimusaiheena voisi olla jonkinlaisen
käytännöllisen työkalun luominen, jolla hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten
tietämystä sairaudentunnosta ja sen vaikutuksista hoitotuloksiin voitaisiin lisätä. Työ-
harjoitteluni aikana ideoimme uutta ryhmää, jonka nimi voisi olla esimerkiksi ”En
tunne itseäni sairaaksi. – Miksi muut ovat minusta huolissaan?” Siihen olisi potilaiden
lisäksi tärkeää myös omaisten osallistua. Tällaisen käytännöllisen toimintatutkimuk-
sen toteuttaminen voisi olla mielenkiintoinen seuraava vaihe tämän opinnäytetyön
aihepiiristä.

Toinen tutkimussuunta voisi olla esimerkiksi haastatella skitsofreniaa sairastavien
potilaiden tai asiakkaiden kanssa työskenteleviä hoitajia. Onko heille kertynyt jotakin
sellaista hiljaista tietoa tai toimiviksi koettuja työmenetelmiä, joita olisi hyvä saada
näkyville. Millaiset muutokset työtavoissa nähtäisiin tärkeiksi, jotta tätä haastavaa
potilasryhmää saataisiin parhaiten autettua.

LÄHTEET

- Aho-Mustonen, K., Miettinen, R., Koivisto, H., Timonen, T. & Rätty, H. 2008. Group psychoeducation for forensic and dangerous non-forensic long-term patients with schizophrenia. A pilot study. *The European Journal of Psychiatry*. 22 (2). Viitattu 3.4.2013. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632008000200004>
- Alasuutari, P. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Amador, X. 2011a. Nordic Psychiatry Academy Interview with Dr. Amador. Viitattu 30.1.2013. http://greatdanefilm.dk/web/Janssen-cilag/npa2011_13012011/amadore_interview.html
- Amador, X. 2011b. "I am not Sick, I don't need help!" presentation at the 2011 Nordic Psychiatry Academy. Viitattu 30.1.2013. http://greatdanefilm.dk/web/Janssen-cilag/npa2011_13012011/npa_09.html
- Elmasri, Y.M. 2011. Effect of Educational Program on Insight into Illness and Attitudes toward Medications among Schizophrenic Patients. *Journal of American Science*, 2011; 7(3). Viitattu 3.4.2013. http://www.jofamericanscience.org/journals/amsci/am0703/31_4891am0703_269_277.pdf
- Fiss, N. & Chaves, A.C. 2005. Translation, adaptation and reliability study of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder--SUMD. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2005; 27(2). Tiivistelmä. Viitattu 26.3.2013. Pub Med. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15962141>
- Fung, K., Tsang, H. & Corrigan, P. 2008. Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008; 32(2): 95 -104. Viitattu 2.4.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelliportaali, EBSCO.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C: 212. Turun yliopisto.
- Huttunen, M. 2011. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. s. 3- 9.
- Juva, K. 2004. Työkäisen dementia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004; 120(2):171-176. Viitattu 10.1.2013. www.duodecimlehti.fi/

- Kingdon, D., Rathod, S., Hansen, L., Naeem, F. & Wright, J. H. 2007. Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2007; 21(1): 28 -36. Viitattu 2.4.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Kruck, C., Flasan, L., Roth, R., Koven, N., McAllister, T. & Saykin, A. 2009. Lack of relationship between psychological denial and unawareness of illness in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research* 2009;169(1), 30; 33–38. Viitattu 17.1.2013. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178108002308>
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H., Kääräinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Langdon, R. & Ward, P. 2009. Taking the Perspective of the Other Contributes to Awareness of Illness in Schizophrenia. *Oxford Journals. Schizophrenia Bulletin* (2009) 35 (5): 1003-1011. Viitattu 18.1.20. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/35/5/1003.short>
- Lincoln, T.M., Lüllmann, E. & Rief, W. 2013. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*. 2013; 33 (6): 1324-1342. Viitattu 3.4.2013. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/33/6/1324.full>
- Lysaker, P. H., France, C.M., Hunter, N.L. & Davis, D.L. 2005. Personal Narratives of Illness in Schizophrenia: Associations with Neurocognition and Symptoms *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2005; 68(2): 140-151. Viitattu 23.1.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Medalia, A & Thysen, J. 2008. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34(6):1221-1230. Viitattu 27.3.2013. PubMed <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/6/1221.long>
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. painos, 4. laitos. Helsinki: International Methelp.
- Mysore, A., Parks, R.W., Lee, K.H., Bhaker, R.S., Birkett, P. & Woodruff, P.W. 2007. Neurocognitive basis of insight in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 529-30. Viitattu 27.3.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541114>
- Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni M. & Koponen, H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2007;123(8):911-916. Viitattu 28.1.2013. <http://www.duodecimlehti.fi/>
- Olfson, M., Marcus. S.C., Wilk, J. & West, J.C. 2006. Awareness of Illness and Non-adherence to Antipsychotic Medications Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2006; 57(2): 205 -211. Viitattu 22.1.2013. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=91178>

- Parellada M, Boada L, Fraguas D, Reig S, Castro-Fornieles J, Moreno D, Gonzalez-Pinto A, Otero S, Rapado-Castro M, Graell M, Baeza I, Arango C. 2011. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37(1):38 -51. Viitattu 26.3.2013. PubMed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884756>
- Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M. & Keks, N. A. 2002. Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002; 23(5): 513-528. Viitattu 2.4.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. 2004. Lääketietokeskus. Viitattu 11.1.2013.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf
- Pudas- Tähkä, S-M. & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007: 46-57.
- Raij, T. 2012. Sairaudentunnottomuus aivokuvissa. Diaesitys. HYKS Psykiatria ja Aalto Yliopisto: Lounasmaalaboratorion aivotutkimusyksikkö. Viitattu 8.1.2013. www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2530,15595,22984,29357...
- Rickelman, B. L. 2004. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Issues in Mental Health Nursing*, 2004; 25:227–242. Viitattu 21.1.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Roe, D., Hasson-Ohayon I., Kravetz, S., Yanos, P.T. & Lysaker, P.H. 2008. Call it a monster for lack of anything else: narrative insight in psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196(12):859 -65. Viitattu 27.3.2013. PubMed
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19077852>
- Rüsch, N. & Corrigan, P. W. 2002. Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.2002; 26(1): 23-32. Viitattu 2.4.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Saks, E. R. 2009. Some Thoughts on Denial of Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry* 2009;166:972-973. Viitattu 17.1.2013.
<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=166&page=972&journalID=13>
- Salokangas, R. & Riikola, T. 2008. Skitsofrenia. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 28.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2009. 3.painos. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sorvaniemi, M. & Kampman, O. 2000. Hoitomyöntyvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2000;116(3):277- 284 Viitattu 14.1.2013. <http://www.duodecimlehti.fi/>

Suomisanakirja. Anosognosia. Viitattu 28.1.2013.
<http://suomisanakirja.fi/anosognosia>

Tait, L., Birchwood, M. & Trower, P. 2003. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 182:123 -128. Viitattu 2.4.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12562739>

Takalo, A. 2009. Tieto lisää tuskaa – neuropsykoanalyttinen anosognosia - tutkimus. *Psykologia* 2009; 4 (1). Viitattu 29.1.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1466161>

Timlin, U. 2009. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2011. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Torniainen, M. & Tuulio-Henriksson, A. 2009. Kognitiiviset toiminnot skitsofreniasa. *Psykologia* 2009; 44 (02): 84- 92. Viitattu 24.1.2013.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1466048>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M., Hätönen, H., Lahti, M., Kuosmanen, L. & Adams, C.E. 2012. Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. *The Cochrane Library* 2012, Issue 10. Viitattu 3.4.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007198.pub2/pdf/standard>

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Xia, J., Merinder, L.B & Belgamwar, M. R. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. *Review. Cochrane Library* 2013; 1. Viitattu 28.3.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2/pdf>