



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ville Piiroinen

SAIRAALAHOITOA VAATIVAT
MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT -
OPETUSTAPAHTUMAN PITÄMINEN
VAASAN LYSEON LUKIOSSA

Sosiaali- ja terveysala
2013

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Ville Piironen
Opinnäytetyön nimi	Sairaalahoitoa vaativat mielenterveyden häiriöt – opetustapahtuman pitäminen Vaasan lyseon lukiossa
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	35 + 2 Liitettä
Ohjaaja	Päivi Autio

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö sai alkunsa tekijän halusta jakaa tietoa psyykkisistä sairauksista ja niiden nykyaikaisesta hoidosta psykiatrisella osastolla. Tekijää kiinnostaa psykiatrinen hoitotyö ja psyykkisistä sairauksista on lukiossa tarjolla tietoa melko suppeasti. Työn tarkoituksena oli syventää lukion oppilaiden tietoutta myös psykologian kurssilla käsiteltävistä mielenterveysongelmista.

Opinnäytetyö koostui aluksi tiedon keräämisestä ja opetustapahtuman suunnittelusta Vaasan Lyseon lukion psykologian kurssille, joka toteutettiin käytännössä yhdelle oppilasryhmälle lukion psykologian 7. kurssilla. Opetustapahtuman kulusta kerättiin arviointilomakkeella palautetta sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.

Oppitunnilla käsiteltiin mielenterveyslakia, psykiatriseen hoitoon päätyminen käytäntöä, hoitopolkua sairastumisesta sairaalaan ja toipumiseen sekä muutaman yleisimmän sairaalahoitoa vaativan mielenterveysongelman oirekuvaa sekä hoitomuotoja.

Avainsanat: Mielenterveysongelmat, sairaalahoito, psykoosit, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Ville Piironen
Title	Mental Disorders Requiring Hospitalization – A Learning Episode in Vaasan Lyseo Upper Secondary School
Year	2013
Language	Finnish
Pages	35 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Päivi Autio

This practice-based bachelor's thesis was started with the author's desire to spread knowledge about mental illnesses and their treatment on a psychiatric acute ward today. The author is interested in psychiatric nursing and information concerning psychiatric illnesses is rather vague and scarce in schools. The aim of this bachelor's thesis is to deepen the knowledge of the upper secondary school students of the mental disorders that are dealt with in the psychology courses at school.

The bachelor's thesis process first started with gathering of information and then proceeded to planning the learning episode that was carried out with a group of students during psychology course 7 in Vaasan Lyseo upper secondary school. The learning episode was evaluated by the students and both qualitative and quantitative feedback was collected with an evaluation form.

The presentation covered the Finnish Mental Health Act, how someone is committed to psychiatric care, the treatment path from falling ill to recovery and the symptoms and ways of treatment of a few of the most common types of mental illnesses that require treatment in a psychiatric hospital.

Keywords Mental illnesses and disorders, hospital treatment, psychosis, schizophrenia, bipolar disorder, depression

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	7
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	8
3 PROJEKTI JA SWOT-ANALYYSI.....	9
3.1 Projektin vaiheet.....	9
3.2 SWOT-analyysi.....	10
4 LAIT HOIDOSTA JA HOITON MÄÄRÄÄMISESTÄ.....	13
4.1 Psykiatrisen hoidon palvelut.....	13
4.2 Tahdosta riippumaton hoito.....	14
4.3 Hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa.....	17
5 SAIRAALAHOITOA VAATIVAT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT.....	19
5.1 Psykoosi.....	19
5.2 Skitsofrenia.....	20
5.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	22
5.4 Masennus.....	24
6 OPETUSTAPAHTUMA.....	27
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	29
7.1 Opetustapahtuman suunnittelu ja toteuttaminen.....	29
7.2 Opinnäytetyön toteutus ja arviointi.....	29
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	31
LÄHTEET.....	33
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. SWOT-analyysi

s.12

LIITELUETTELO

Liite 1. Arviointilomake

Liite 2. Power Point -esitys

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistella ja pitää opetustapahtuma Vaasan lyseon lukion opiskelijoille sairaalahoitoa vaativista mielenterveyden häiriöistä sekä niiden hoidosta. Toiminnalliseen työhön tekijä päätyi, koska sen tekeminen oli paljon luonnollisempaa, oikeuttaen yhdistämään teorian ja käytännön. Lähteinä tässä työssä käytettiin lääke- ja hoitotieteellistä kirjallisuutta, Hoitotiede -lehden artikkelia hoidollisesta rajaamisesta, Käypä hoito -suosituksia, Suomen lakia sekä eri lääkeyritysten julkaisuja mielenterveyden ongelmista.

Lukion psykologian syventävä kurssi 5 sisältää seuraavat osiot; persoonallisuuspsykologia, persoonallisuuden tutkiminen, mielenterveyden häiriöt sekä erilaiset terapiamuodot. Opetushallitus on asettanut kurssin tavoitteiksi muun muassa, että opiskelija ”ymmärtää mielenterveyden määrittelyn vaikeuden sekä sen, miten psyykkiset, biologiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät ovat yhteydessä mielenterveyteen” sekä ”tietää keskeisiä mielenterveyden häiriöitä ja niiden erilaisia hoitomuotoja”. (Opetushallitus, 2003). Opinnäytetyön aihe on siis rajattu vain sairaalahoitoa vaativiin mielenterveyden ongelmiin, kuten erilaisiin psykooseihin, skitsofreniaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sekä vakavaan tai psykoottiseen masennukseen ja näiden hoitokeinoihin sairaalassa, koska aihealue olisi muuten liian laaja oppituntia ajatellen.

Työtä varten pidettävästä opetustapahtumasta oli alustavasti sovittu suullisesti Vaasan lyseon lukion rehtorin sekä psykologian opettajan kanssa jo helmikuussa 2012.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistella ja pitää opetustapahtuma Vaasan lyseon lukion opiskelijoille sairaalahoitoa vaativista mielenterveyden häiriöistä sekä niiden hoidosta.

Tekijällä on omakohtaisia kokemuksia lukion psykologian 5. kurssista ja olisi toivonut lisätietoa mielenterveysongelmista. Opinnäytetyö tukee Opetushallituksen määritelmää kurssin sisällöstä sekä tuottaa Vaasan lyseon lukion psykologian syventävän kurssin opiskelijoille tietoa vakavista ja sairaalahoitoa vaativista mielenterveyden häiriöistä lääketieteen ja hoitotyön käytännön kokemuksen pohjalta. Opetustapahtuman tavoitteena oli lisätä ja selkiyttää opiskelijoiden tietoa ja ymmärrystä vakavista mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta.

3 PROJEKTI JA SWOT-ANALYYSI

Projekti on yhteinen kokonaisuus, joka koostuu useista eri osista. Prosessin kulkuun kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen, päättäminen, sulauttaminen ja arviointi. (Nikkilä, Paasivaara & Suhonen 2008.) Tässä opinnäytetyössä yhdistetään lääke- ja hoitotieteellistä tutkimustietoa sekä käytännön työssä saatua kokemusta, joiden avulla voidaan saada opiskelijoille eheä kokonaisuus psyykkisistä sairauksista ja nykyaikaisesta psykiatrisesta hoidosta.

3.1 Projektin vaiheet

Tämän työn vaiheina oli aluksi kerätä laajasti tietoa erilaisista vakavista mielenterveyden ongelmista, joiden hoitamiseen vaaditaan psykiatrista sairaalahoitoa. Työssä on tarkoituksella rajattu pois mielenterveysongelmat, jotka voidaan hoitaa avohoidossa. Vaasan lyseon lukion psykologian opettajaa on konsultoitu tämän omista toiveista liittyen oppitunnilla käsiteltäviin aiheisiin, mutta opettaja oli tyytyväinen alkuperäiseen sisältöön.

Työsuunnitelman valmistuttua vuorossa oli luvan anominen opetustapahtuman pitämiseen. Vaasan lyseon lukion rehtorin kanssa oli oltu puhelin- ja sähköpostiyhteydessä ja sovittu, että lupa anotaan rehtorilta itseltään.

Kun lupa oli saatu, vuorossa oli opetustapahtuman suunnitteleminen. Lukion oppitunti kestää 75 minuuttia ja tänä aikana tarkoitus oli pitää opiskelijoille Power Point -esitelmä, jossa tieto on kerätty tiiviiksi paketiksi ja täydentää tietoa käytännön esimerkein (LIITE 2). Luonnollisesti opiskelijat voivat esittää kysymyksiä ja esityksen lopuksi oli tarkoitus keskustella aiheesta ja opetustapahtuman herättämistä ajatuksista. Opetustapahtuman jälkeen opettajalta sekä opiskelijoilta on tarkoitus pyytää kirjallista palautetta lomakkeella, johon arvioidaan oppitunnin sujuvuutta ja vastasiko se odotuksia ja toiveita (LIITE 1).

Tammikuussa 2012 opinnäytetyön tekijä kävi keskustelemassa Vaasan lyseon lukion rehtorin kanssa mahdollisuudesta pitää opetustapahtuma psykologian

tunnilla mielenterveyshäiriöistä ja sain suullisen hyväksynnän aiheeseen. Projektin työstäminen aloitettiin konkreettisesti tammikuussa 2013, jolloin osastonjohtaja hyväksyi aiheen ja aineistoa alettiin kerätä eri lähteistä ja siitä muokattiin tekstiä lopullista työtä varten. Opinnäytetyön väliseminaarit pidettiin 1.2.; 28.3. ja 27.5.2013. Työsuunnitelman oli tarkoitus olla valmis toukokuussa 2013 ja itse opetustapahtuma pidettiin 22.10.2013, josta sovittiin lukion psykologian opettajan kanssa. Opetustapahtuma pyrittiin järjestämään psykologian 5. kurssilla, mutta tarvittaessa sitä voitiin opettajan mukaan soveltaa toisen kurssin aikanakin.

Oppitunnilla esitettävä Power Point -esitelmä (LIITE 2) esiteltiin lukion psykologian opettajalle 9.9.2013, jolloin työn tukirankana toimiva esitys esiteltiin kokonaisuudessaan ja käytiin läpi, minkälaisia esimerkkejä tekijä voi oppitunnilla esittää ja kuinka työssä edetään. Opettaja hyväksyi työn sisällön suoraan, mutta ehdotti, että esityksen tekstimäärää vähennettäisiin seuraamisen ja tiedon sisäistämisen vuoksi. Työn tekijä suoritti toivotut muutokset saman tien tapaamisen jälkeen.

3.2 SWOT -analyysi

SWOT-analyysi on keino kartoittaa ja analysoida koulussa tai työpaikalla tapahtuvaa oppimista. SWOT tulee englannin kielen sanoista, jotka ovat Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) sekä Threats (uhat). SWOT:in avulla voidaan tarkastella ja tunnistaa työn kriittisiä kohtia. SWOT -analyysi on kuitenkin hyvin tekijäkohtainen, joten samoja tuloksia tuskin saadaan harvoin edes eri tekijöiden samoilla lähtötiedoilla. (Opetushallitus 2012.)

Tämän työn vahvuuksiksi on SWOT-analyysissä päädytty tekijän noin 3 vuoden käytännön kokemusta psykiatrisessa hoitotyössä toimimisesta, joka on kerryttänyt hiljaista tietoa psykiatristen potilaiden hoidosta eri psykiatrisissa hoitoyksiköissä. Vahvuuksia ovat myös kiinnostus aiheeseen sekä sen opettamiseen, joka helpotti

tiedon hakua, työn tekemistä ja ajatusta mennä esiintymään luokan eteen. Tutkittua lääketieteellistä tietoa eri mielenterveyden häiriöistä löytyy suuret määrät alan kirjallisuudesta, tietokannoista ja esimerkiksi lääketehaiden Internet sivuilta, minkä avulla tutkittua tietoa oli runsaasti tarjolla.

Heikkouksia työssä ovat tekijän motivaation puute opinnäytetyön tekemiseen, mikä osaltaan vaikeuttaa aineiston keräämistä ja työhön löytyvää aikaa ja halua. Aikataulujen tekemisen vaikeus ja niistä kiinni pitäminen vaikeuttaa myös työn valmistumista. Tekijästä johtumattomiksi heikkouksiksi selvisi esimerkiksi salassapitovelvollisuuden tuomat haasteet käytännön esimerkkien kanssa, koska esimerkkejä käytettäessä ei saa tulla esiin potilaiden henkilökohtaisia tietoja, joiden avulla potilas voitaisiin tunnistaa (L559/1994). Oppitunnin kesto on myös heikkous, sillä kerrottavaa on paljon eikä esitykseen käytettävissä oleva 70 minuuttia välttämättä tule riittämään kaiken kertomiseen.

Työn mahdollisuuksia ovat tekijän mahdollisuudet syventyä kiinnostavaan aiheeseen ja oppia entistä enemmän. Etenkin lakeihin perehtyessä, oppii niiden sisällöstä tarkemmin ja kuten aiemmin mainittiin, lait ovat pohjana suurelle osalle psykiatrista sairaalahoitoa ja hoitajien tulisi ne osata. Lukiolaisten tietous mielenterveyden ongelmista kasvaa ja esimerkiksi haitallisten stereotyyppien kitkemisessä oppitunnista voi olla apua. Tutkimusten mukaan joka sadas ihminen muun muassa sairastuu skitsofreniaan (Käypä hoito 2013). Tällöin oppilailla on jonkinlainen tietopohja sairaudesta esimerkiksi läheisen sairastuessa, jotta he pystyisivät ehkä käsittelemään asiaa perustietojensa pohjalta.

Uhkia tässä työssä tuottavat esimerkiksi se, että oppitunnin aika ei riitä aiheen läpikäymiseen, vaan tärkeitä ja oleellisia asioita jää kertomatta. Uhkana opetustapahtuman onnistumiselle voi olla myös opiskelijoiden mahdollinen mielenkiinnon puute aiheeseen, jolloin opetustapahtuma ei tavoita toivottua kohdeyleisöä.

SWOT -analyysi

<p>Vahvuudet</p> <p>Työkokemus</p> <p>Kiinnostus aiheeseen</p> <p>Tiedon runsas saatavuus</p>	<p>Heikkoudet</p> <p>Motivaation puute</p> <p>Aikataulujen tekemisen vaikeus</p> <p>Salassapitovelvollisuus vaikka esimerkeillä konkretisoinnissa</p> <p>Oppitunnin lyhyys</p>
<p>Mahdollisuudet</p> <p>Uuden oppiminen aiheesta mm. lait</p> <p>Stereotyyppien kitkeminen</p> <p>Paremmat perustiedot, joilla käsitellä asioita</p>	<p>Uhat</p> <p>Oppitunnin lyhyys</p> <p>Yleisön mielenkiinnon puute</p>

4 LAIT HOIDOSTA JA HOITOON MÄÄRÄÄMISESTÄ

Lähes kaikki terveydenhuoltopalvelut, etenkin psykiatriset palvelut, pohjaavat Suomen lakeihin ja lakiin voidaan pohjata myös päätöksiä, joita terveydenhuoltopalveluissa tehdään. Tulevissa osissa käydään läpi Suomen lakia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä sekä tahdon vastaiseen hoitoon määräämisestä.

Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä ja sen voidaan nähdä olevan psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 13). Sigmund Freud on muun muassa sanonut mielenterveyden olevan ”kykyä rakastaa ja tehdä työtä”. Mielenterveyden häiriöiksi voidaan kutsua monenlaisia mielenterveyttä uhkaavia ja häiritseviä tiloja syistä tai vaikeusasteesta riippumatta (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 13).

4.1 Psykiatrisen hoidon palvelut

Mielenterveyspalveluita on tarjolla perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä erityistason psykiatrisessa sairaalahoidossa. Näiden palveluiden tuottaminen on määritelty ja velvoitettu kunnille ja valtiolle muun muassa mielenterveyslaissa sekä terveydenhuoltolaissa. (L1116/1990; L1326/2010.) Palvelujen luonne vaihtelee kaikkien kolmen tason välillä. Psykiatrisen osastohoito sekä paljolti avohoidon palvelut Vaasassa ovat erikoissairaanhoidon piirissä. Perusterveydenhuollon psykiatrisiin palveluihin kuuluvat psykiatrian sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksissa, nuorisotalo Klaara sekä mielenterveysasema Horisontti.

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen (L1326/2010). Kunnalla on siis velvollisuus varmistaa, että sen alueelta löytyvät kunnan asukkaille tarvittavat palvelut niin avo- kuin sairaalahoidon varten.

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (L1116/1990.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa lääkärit päättävät mm. potilaan lääkityksestä ja hoidon kestosta, mutta hoitajilla on myös suuri rooli hoidon toteutuksessa. Potilaalle asetetaan omahoitaja, jonka tehtävä on huolehtia ensisijaisesti potilaan asioista ja täten myös parhaiten tuntee potilaan ja tämän taustan, avun tarpeen ja vahvuudet. Omahoitaja luo hoitosuhteen potilaan kanssa ja pyrkii tämän kanssa molemminpuoliseen luottamukseen ja yhteistyöhön. Omahoitaja myös keskustelee lääkärin kanssa potilaan asioista ja käytännön työssä usein myös usein voi antaa ehdotuksia hoidon suunnasta, lääkityksen vaikutuksesta sekä potilaan jatkohoidosta.

4.2 Tahdosta riippumaton hoito

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (L785/1992.) Lain mukaan potilaan itsemääräämisoikeus on tärkeässä osassa mielenterveyspalveluja tuottaessa. Laissa säädellään, mitä mielenterveyspalveluita kunnissa on järjestettävä ja millä keinoin palveluita tulisi tarjota ensisijaisesti. Laki potilaan asemasta oikeuksista tukee myös mielenterveyslain määritelmää, mutta siinä kuten mielenterveyslaissakin määritellään erikseen tilanteet, joissa potilas ei voi tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta hoidostaan vamman tai sairauden tilansa vuoksi.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuulta-

va sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (L785/1992.)

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (L1116/1990.)

Vastentahtoisesti hoitoon määrääminen alkaa siitä, kun potilas saapuu lääkärin tutkittavaksi itse tai omaisten, poliisin, ensihoitohenkilöstön kanssa tai muilla keinoin. Potilaan tutkittuaan lääkäri voi mielenterveyslain 9§ mukaan laatia potilaalle tarkkailulähetteen, mikäli lääkärin arvion mukaan hoitoon määrääminen on välttämätöntä. Lähetteessä on oltava myös perusteltu kanta siitä, ovatko hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti olemassa. (L1116/1990.) Tätä lääkärin tarkkailulähetettä kutsutaan myös M1-lähetteeksi.

Potilas voi siirtyä osastolle esimerkiksi joko omaisensa kanssa tai tarvittaessa ambulanssilla, on kuitenkin toivottavaa, ettei potilas lähtisi yksin liikkeelle jo lähetettä vaativan vointinsa vuoksi. Potilas voi siirtyä myös poliisin valvonnassa, mikäli potilaan aggressiivinen käytös tai muu vastaava syy sitä vaatii, jolloin lähettävä lääkäri laatii samalla poliisille virka-apu pyynnön (L1116/1990).

Potilaan tarkkailujakso sairaalassa kestää enintään neljä päivää tarkkailuun ottamispäivän jälkeen ja tänä aikana potilaan vointia seurataan ja pyritään selvittämään jakson aikana, vaatiiko potilaan psyykkinen vointi todella psykiatrasta sairaalahoitoa. Viimeistään neljäntenä päivänä potilaasta vastaava lääkäri, tai hänen

ollessaan estynyt, muu sairaalan lääkäri, kirjoittaa tarkkailulausunnon, josta on tultava ilmi, onko potilaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon edellytyksiä. Mikäli edellytyksiä ei ole, potilas tarkkailu on välittömästi lopetettava ja hänet on tahtoessaan päästettävä poistumaan sairaalasta. (L1116/1990.)

Lääkärin tekemää tarkkailulausuntoa kutsutaan M2:ksi ja hoitoonmääräämispäätöstä M3:ksi. Potilaan hoitoon määräämisestä tekee päätöksen potilaan hoidosta vastaava ylilääkäri, tai hänen ollessa estynyt, sijaiseksi asetettu psykiatrian erikoislääkäri, jonka jälkeen päätös hoitoon määräämisestä annetaan välittömästi tiedoksi potilaalle (L1116/1990). Päätös voi olla positiivinen eli potilas määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon, tai negatiivinen, jolloin hän voi joko lähteä sairaalasta tai jäädä halutessaan vapaaehtoiseen hoitoon.

Potilaalle annetaan alkuperäinen M3-lomake allekirjoitettavaksi sekä omaksi kopia omasta hoitopäätöksestään. M3:n allekirjoittaminen tarkoittaa, että hän on saanut hoitopäätöksestä tiedon. M3:n allekirjoittaminen ei siis tarkoita hyväksyntää esimerkiksi pakkohoitoon määräämisestä, kuten potilaat usein voivat virheellisesti aluksi luulla. Mikäli potilas kieltäytyy allekirjoittamasta M3 päätöstään, sen allekirjoittaa kaksi hoitajaa, jotka täten todistavat, että potilaalle on annettu tiedoksi tämän M3 päätös. Mielenterveyslain mukaan potilaalla on 14 päivää aikaa valittaa päätöksestä hallinto-oikeuteen päätöksen tiedoksiantopäivästä lähtien. Tästä syystä on tärkeää, että päätökseen merkitään tarkasti, milloin potilas on tullut tietoiseksi hoitopäätöksestään. (L1116/1990.)

Mikäli potilaan hoito on jatkunut enintään kolme kuukautta ja hän tarvitsee edelleen sairaalahoitoa, mutta hänen hoidostaan ei päästä yhteisymmärrykseen, tulee potilaasta lain mukaan tehdä uusi tarkkailulausunto. Tämän jälkeen hoitoa voidaan jatkaa tällä päätöksellä seuraavat kuusi kuukautta, jonka jälkeen, mikäli tilanne on yhä muuttumaton, tehdään jälleen uusi tarkkailulausunto. (L1116/1990.) Tämä prosessi voi pahimmillaan kestää useita vuosia tai vuosikymmeniä, mikäli potilas ei ole psyykkisestä voinnistaan johtuen kotiutuskelpoinen.

4.3 Hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa

Ajoittain psykiatrisessa sairaalahoidossa voidaan joutua käyttämään hoidollista rajoittamista. Lain mukaan henkilön itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa, mikäli tämä ei ole kykenevä tilanteestaan johtuen tekemään päätöksiä omasta hoidostaan. Kun potilaan itsemääräämisoikeutta aletaan rajoittaa, se ei voi tapahtua mielivaltaisesti, vaan kaikelle toiminnalle on löydyttävä lain tuki. Siksi muun muassa hoitohenkilöstön tulisi opetella heitä koskevat lait, jotta he voivat perustella toimintansa potilaalle sekä välttyä virkavirheiltä työssään. ”Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa tämän luvun säännösten nojalla rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun tässä luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii” (L1116/1990).

Hoidollisen rajoittamisen piiriin kuuluvat esimerkiksi potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen, viestintävapauden rajoittaminen, omaisuuden väliaikainen haltuotto, fyysinen kiinnipito, vastentahtoinen lääkitys tai eristäminen muista potilaista. Potilaan eristämisestä on myös tehty tarkat määrityksen Suomen mielenterveyslaissa.

Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista:

- 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
- 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
- 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (L1116/1990.)

Suomessa psykiatrisissa sairaaloissa on alettu 2000-luvun alussa kouluttamaan psykiatristen sairaaloiden henkilöstöä nimenomaan väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn sekä tarvittaessa väkivaltaisen potilaan fyysiseen rajoittamiseen, eli MAPAan (Management of Actual or Potential Aggression) (Kyngäs & Timlin 2007, 183). Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikössä on henkilökunnalta

edellytetty MAPA-koulutusta vuodesta 2006 lähtien ja kertauskurssille on osallistuttava vuosittain.

Kyngäksen ja Timlinin tutkimuksen (2007, 189) mukaan suuri osa fyysisen rajoittamisen koulutuksen läpikäyneistä hoitajista on kokenut koulutuksen jälkeen fyysisten rajoitustilanteiden ja näiden aikana tapahtuneen yhteistyön onnistuneen aiempaa paremmin sekä ovat kokeneet huomioineensa myös potilaan tarpeet rajoitustilanteissa paremmin kuin ennen.

5 SAIRAALAHOITOA VAATIVAT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden ongelmia löytyy useita erilaisia, joista osaa voidaan hoitaa avohoidossa esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla tapahtuvilla tapaamisilla, työterapiassa käymisellä, erilaisissa mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa yhdistyksissä tai palveluasunnoissa. Joskus kuitenkin mielenterveyshäiriöön sairastuneen ihmisen vointi on niin huono, ettei hän kykene selviämään yksin kotonaan tai on jopa vaarallinen itselleen tai muille. Tällöin sairaalahoito on ainoa vaihtoehto, jolla henkilöä voidaan hoitaa ja saavuttaa tuloksia voinnin parantamisessa. Seuraavissa alaluvuissa kerrotaan erilaisista sairaalahoitoa vaativista mielenterveyshäiriöistä sekä niiden hoidosta psykiatrisella osastolla.

5.1 Psykoosi

Psykoosiksi kutsutaan tilaa, jossa henkilön todellisuuden taju hämärtyy, eikä psykoosista kärsivä erota mielikuvituksen ja sairauden tuottamia aistiharhoja tai harhaluuloja todellisuudesta. Psykoositiloja esiintyy pääasiallisesti erilaisten mielenterveyshäiriöiden, kuten skitsofrenian, skitsoaffektiivisen häiriön kaksisuuntaisen mielialahäiriön tai vakavan psykoottistasoisen masennuksen yhteydessä. (Lönqvist & Suvisaari 2009.)

Lönqvistin & Suvisaaren mukaan muita psykoosia aiheuttavia sairauksia ja terveydentiloja voivat olla elimelliset sairaudet, erilaiset aivosairaudet, tulehdukset sekä päihteiden käyttö. Aivoja stimuloivat aineet, kuten huumausaineet ja alkoholin pitkäaikainen käyttö voivat myös altistaa väliaikaisille tai pitempikestoisille psykoositiloille (Lönqvist & Suvisaari 2009). Muita psykoosien muotoja ovat esimerkiksi lapsivuodepsykoosi, joka tarkoittaa synnytyksen jälkeistä psykoottista tilaa, mistä on kuitenkin hyvät mahdollisuudet parantua tehokkaan hoidon avulla sekä reaktiivinen tai lyhytkestoinen psykoottinen häiriö, joka saattaa puhjeta henkilön raskaiden ja vaikeiden elämäntilanteiden tai -muutosten kautta (Honkonen & Lönqvist 2001, 130-132).

Psykoosien hoidossa käy yleensä yhtenäinen hoitokäytäntö. Psykoosin hoito tapahtuu paljolti neuroleptilääkityksellä, joilla psykoosin oireet pyritään aluksi hoitamaan ja myöhemmin lääkeytyksen yhteydessä on myös hyvä käyttää psykoterapiaa. Joidenkin psykoosien yhteydessä on myös erilaisia mielialahäiriöitä, kuten depressiota tai maniaa, jolloin antipsykoottisten lääkkeiden rinnalle on aloitettava mielialaa tasaava lääkeyty. Mikäli lääkeytyksellä ja terapialla ei ole toivottua vastetta, voidaan myös harkita sähköhoidon antamista. (Honkonen & Lönnqvist 2001, 118-132.)

5.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on mielen sairaus, jossa ihmisen todellisuuden taju on häiriintynyt ja toimintakyky heikentynyt. Skitsofreniassa oleellisena osana ovat psykoottiset jaksot sekä sosiaalisen toiminnan ja tunne-elämän latistuminen. Skitsofrenian diagnosoinnissa on tärkeä sulkea pois ensin kaikki muut mahdolliset syyt psykoosille ennen diagnoosin antamista (Riikola & Salokangas 2008). Skitsofrenia usein alkaa nuorella aikuisiällä, miehillä noin 20-28 -vuotiaana ja naisilla noin 24-32 -vuotiaana, mutta sen puhkeamista on todettu myös murrosikäisistä yli 40-vuotiaisiin ja jopa lapsilla (Janssen-Cilag 2012; Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2001, 68).

Skitsofreniasta on erilaisia muotoja, joilla on ominaislaatuisia piirteitä. Muotoja ovat esimerkiksi paranoidinen skitsofrenia, joka yleensä alkaa myöhemmällä aikuisiällä ja sitä tyypittävät yhteen tai kahteen asiaan keskittyvät harhaluulot ja usein kuuloharhat. Hajanaisen skitsofrenian piirteisiin taas kuuluvat käytöksen hajanaisuus, voimakkaiden tunteiden latistuminen sekä estottomuutta ja epäasiainmukaisuutta. Jäsentymätön skitsofrenia tulee kyseeseen, kun muut skitsofrenian alatyypit eivät ole sopivia diagnooseja ja nykyisin jäsentymättömäksi skitsofreniaksi luokitellaan suuri osa nykyajan skitsofrenikoista. (Honkonen ym. 2001, 59-60.)

Skitsofrenian taudinkuvaan kuuluvat niin kutsutut ”positiiviset” ja ”negatiiviset” oireet. Positiivisia oireita ovat oireet, joita ihmisellä ei ole aiemmin ollut ja jotka sairauden katsotaan tuottaneen lisäksi ihmisen persoonaan. Näitä ovat harha-
aistimukset, hallusinaatiot, kuten äänet, näyt, maut, hajut tai tuntoaistimukset. Myös harhaluulot, eli paranoia, ajatushäiriöt ja epäloogiset päätelmät sekä muutokset käytöksessä kuten kiihtymistilat, hajanaisuus ja levottomuus ovat osa skitsofrenian positiivista oirekuva. (Janssen-Cilag 2012; Honkonen ym. 2001, 62-66.)

Negatiivisiin oireisiin kuuluvat erilaiset tunne-elämään ja toiminta- ja aloitekyvyn heikkenemiseen liittyvät oireet. Näitä ovat muun muassa masennuksenkaltaiset oireet, apatia, tunne-elämän latistuminen, innostuksen puute, sosiaalisen toiminnan ja vuorovaikutuksen ongelmat, kuten eristäytyminen muista. (Janssen-Cilag 2012; Honkonen ym. 2001, 62-66.)

Myös niin kutsuttuja affektiivisiä oireita ovat masennus, ahdistus sekä itsetuhoajatukset. Kognitiivisia oireita voivat olla keskittymis- ja muistiongelmat, vaikeudet hoitaa omia asioitaan tai selviytyä arkisista askareista, kuten laskujen maksaminen, kaupassa käynti ja hygienian hoito. (Janssen-Cilag 2012.)

Suomessa skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä. Sairastumiseen altistavat lähisukulaisen skitsofrenia, jonka vaikutuksesta on monia arvioita, mutta yhtenevä kanta on, että perintötekijät ovat suurin yksittäinen riski skitsofrenian puhkeamiselle, sekä kova sisäinen ja ulkoinen stressi sekä muut ympäristötekijät, jotka voivat olla laukaiseva tekijä skitsofrenian puhkeamisessa. Myös varhaisessa vaiheessa tapahtunut keskushermoston kehityksen häiriö on todettu olevan oleellinen tekijä skitsofrenian sairastumisessa. (Lönnqvist & Suvisaari 2009; Riikola & Salokangas 2008.)

Skitsofrenian hoidossa pääosassa on antipsykoottinen lääkehoito. Lääkkeitä on useita ja niiden vaikutus vaihtelee suuresti henkilöstä riippuen. Lääkehoidon perustana on löytää pienin tehokas lääkeannos vuorokaudessa, jolla sairautta hoidetaan. Hoitoa on kuitenkin vaikea aloittaa ja potilasta hankala sitouttaa jatkamaan hoitoa myös sairaalajakson jälkeen, mikäli potilaaseen ei ole saatu

luotua luottamuksellista hoitosuhdetta. (Riikola & Salokangas 2008; Honkonen ym. 2001, 92-93.) Neuroleptit voidaan jakaa vanhan sukupolven antipsykoottisiin lääkeaineisiin, kuten klooripromatsiini, perfenatsiini, perisiatsiini, haloperidoli ja tsuklopentiksoli, sekä uuden sukupolven antipsykoottisiin lääkkeisiin, joita ovat ketiapiini, olantsapiini, sertindoli, risperidoni ja klotsapiini (Honkonen ym. 2001, 104). Uudemmissa psykoosilääkkeillä on todettu olevan vähemmän ja lievempiä sivuoireita kuin vanhoilla lääkkeillä. Yleisiä neuroleptien sivuvaikutuksia ovat muiden muassa väsymys, ruokahalun lisääntymisestä johtuva painon nousu, verenpaineen lasku, sykkeen hidastuminen, ummetus ja muutokset veren solujen määrässä (Mielenterveyden keskusliitto 2013).

Skitsofrenian vaiheet voidaan jakaa kolmeen osaan, akuuttivaiheeseen, joka yleensä hoidetaan sairaalassa, tasaantumisvaiheeseen, jolloin oireiden uusiutumista pyritään välttämään esimerkiksi lääkityksen jatkamisella, tuella ja terapialla sekä vakaaseen vaiheeseen, jolloin hoidon päätarkoitus on pitää uudet oireet poissa ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Honkonen ym. 2001, 92-93.)

Potilaan hoidossa tarvitaan myös paljon rutiininomaista, rauhallista päiväohjelmaa, jotta potilas pääsisi mukaan normaaliin päivärytmiin, etenkin jos esimerkiksi psykoositilan takia vuorokausirytmä on kääntynyt päinvastaiseksi tai muuten epäsäännölliseksi tai sekavaksi. Turvallinen, meluton ja rauhallinen hoitoympäristö ilman potilasta ylikuormittavia ja häiritseviä ärsykeitä tuovat säännöllisyyttä ja turvallisuutta potilaan elämään ja usein helpottavat potilaan toipumista. (Honkonen ym. 2001, 93.)

5.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on psyykkinen sairaus, jossa henkilöllä on vaihtelevasti hypomaanisia tai maanisia ja depressiivisiä jaksoja. Kesto vaihtelee maniajaksoissa kahdesta viikosta viiteen kuukauteen ja masennusjaksoissa noin kuusi kuukautta. Sekamuotoisessa sairaustyyppissä mania ja depressiojaksot voivat esiintyä samanaikaisesti tai vaihdella tiheästi. Oirejaksojen välissä henkilö voi olla

myös oireeton. Hypomaaniset jaksot eivät ole yhtä rankkoja kuin maaniset, vaan hypomaniassa on havaittavissa lieviä muutoksia henkilön käytöksessä ja mielialoissa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosiin on henkilöllä oltava historiassaan useampia sairausjaksoja, joista vähintään yhdessä on ollut depression lisäksi maanisia tai sekamuotoisia oireita. (Isometsä 2001, 174, 178; Riikola, Suominen & Valtonen 2009.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön puhkeamiseen vaikuttaa muun muassa perinnöllisyys (Käypä hoito 2008; Isometsä 2001, 184).

Lääkäriseura Duodecim määrittelee manian seuraavasti ”vakava mielialahäiriö, jolle ovat ominaisia mielialan liiallinen kohoaminen tai ärtyisyys, suuruuskuvitelmat, ajatustoiminnan kiihtyneisyys sekä liiallinen toimeliaisuus, josta saattaa olla haitallisia seuraamuksia” (Duodecim Terveyskirjasto 2013). Maanisessa jaksossa potilaalla yleensä esiintyy vauhdikasta käytöstä, lisääntynyttä aktiivisuutta ja syrjähtelevää puheliaisuutta, jossa voi olla vaikea pysyä mukana, suuruudenkuvitelmia sekä uhkarohkeata ja radikaalia toimintaa, kuten runsasta päihteiden käyttöä tai yliaktiivista seksuaalista käytöstä. Depressiovaiheita kuvaavat mahdollisesti hyvinkin rankat itsetuhoisen käyttäytymisen jaksot. (Riikola ym. 2009; isometsä 2001, 176-178.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä on ennen nimitetty maanis-depressiivisyydeksi, mikä joidenkin mielestä kuvaa paremmin tautia ja sen oireita. Yleensä hoitoon päätyminen tapahtuukin maniavaiheessa, jolloin potilaan vauhdikas käytös on herättänyt huolta omaisissa.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi esiintyä myös psykoottisuutta, mikä ilmenee aistiharhoina tai harhaluuloina, jotka kuitenkin poikkeavat hieman skitsofrenian oireista esimerkiksi siinä, etteivät ne yleensä skitsofrenian tavoin ole sisällöltään outoja ja ääniharhat esimerkiksi eivät ole henkilön toimintaa kommentoivia tai tämän kanssa keskustelevia. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottiset oireet jaetaan mielialan mukaisiin, joita voivat olla esimerkiksi grandioottiset kuvitelmat potilaan suurista saavutuksista, statuksesta tai tulevaisuuden suunnitelmista, sekä mielialan vastaisiin, joita ovat yleensä vainoharhaiset harhaluulot. (Isometsä 2001, 178; Käypä hoito 2008.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito riippuu vahvasti sairauden tyypistä, sairauden kulloisestakin vaiheesta sekä mahdollisten aiempien sairausjaksojen kulun pohjalta arvioituna (Käypä hoito 2008, Isometsä 2001, 186). Maanisessa vaiheessa olevaa henkilöä voi joissain tilanteissa olla tarpeen hoitaa tahdosta riippumattomassa hoidossa, jotta hoito saadaan toteutettua siten, että siitä on potilaalle hyötyä. Tämä johtuu siitä, että vauhdikas potilas voi tarvita rajoja, joita ei vapaaehtoisessa hoidossa kyetä ylläpitämään riittävästi esimerkiksi potilaan sairautentunnottomuuden sekä ailahtelevan mielialan ja impulsiivisen toiminnan takia (Isometsä 2001, 187).

Potilaan hoito koostuu pääasiassa lääkehoidosta, mutta myös ei-lääkkeellistä hoitoa, kuten terapiaa ja valmennusta sairauden kanssa elämiseen. Lääkehoidossa käytetään mielialaa tasaavaa lääkitystä, kuten litiumia tai natriumvalproaattia mielialaoireiden, kuten mielialan vaihteluiden ja maanisuuden hoidossa sekä tarvittaessa lisäksi masennuslääkkeitä depressio-oireiden hoitoon. Psykoottisten oireiden esiintyessä voidaan käyttää myös neuroleptejä yhdessä mielialaa tasaavan lääkityksen kanssa. Nykyisin myös sähköhoitoa käytetään lääkeresistenteissä tapauksissa tehokkaana hoitomuotona. (Isometsä 2001,187-189.) Mahdollisten yhtäaikaisten päihdeongelmien tiimoilta on hyvä olla kontaktissa myös päihdekuntoutukseen jatkohoitoa ajatellen (Käypä hoito 2008).

5.4 Masennus

Masennus voidaan jakaa oirekuvansa ja keston perusteella kolmeen eri kategoriaan. Masentunut tunnetila tarkoittaa hetkellistä masennuksen tunnetta, joka on normaalia tunnereagointia esimerkiksi menetyksiin tai pettymyksiin elämässä. Masentunut mieliala taas kuvaa pysyvämpää pitkittynyttä masennusta, joka saattaa kestää muutamasta päivästä vuosiin. Viimeinen masennuksen tila on masennusoireyhtymä, joka luetellaan mielenterveyshäiriöksi ja siihen liittyy myös masentuneen mielialan lisäksi myös muita oireita, kuten merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, unettomuutta tai liiallista nukkumista, psykomotorisia muutoksia, väsymystä ja voimattomuutta

tai ajattelukyvyyn heikkoutta sekä kuolemanajatuksia. (Isometsä 2001, 134-135.) Masennuksen vaikeusaste määritellään esiintyvien oireiden perusteella lieviin, keskivaikeisiin tai vaikeisiin masennuksiin (Isometsä 2001, 136). Masennuksen hoito voidaan toteuttaa avohoidossakin, mutta etenkin vakavat ja psykoottistasoiset masennukset tulisi aluksi hoitaa sairaalassa, jotta lääkitys ja hoito saadaan aloitetuksi ja koska potilaalla saattaa olla hyvin korkea itsemurhariski.

Masennusoireyhtymällä on myös useita kliinisiä alaryhmiä, jotka erotellaan oirekuvan perusteella. Näistä ryhmistä voidaan mainita esimerkkeinä psykoottinen masennus, synnytyksen jälkeinen masennus, somaattinen oireyhtymä tai vuodenaikaan liittyvä masennustila. Masennuksen diagnosoinnissa on myös selvitettävä, onko henkilöllä ollut ennen masennusta esiintynyt kliinisesti merkittävää mielialan kohenemistä, jonka avulla voidaan selvittää, onko kyseessä kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarinen häiriö, vai tavallinen masennusoireyhtymä, eli unipolaarinen häiriö. (Isometsä 2001, 137-138.)

Masennus esiintyy usein muiden psyykkisten ongelmien yhteydessä ja voi olla alkujaan seurausta esimerkiksi ahdistuneisuus-, päihde- tai persoonallisuushäiriöstä. Masennuksen esiintymisen on havaittu olevan yhteyksissä myös muun muassa perinnöllisyyteen, stressiin, persoonallisuushäiriöihin, tunne-elämän vaikeuksiin, runsaaseen alkoholin käyttöön, säännölliseen tupakointiin sekä kroonisiin elimellisiin sairauksiin. (Isometsä 2001, 145; Käypä hoito 2009.)

Masennuksen hoito riippuu masennuksen vaikeusasteesta sekä tyypistä riippuen. Lievässä, keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa hoitokeinoina käytetään antidepressiivistä lääkehoitoa tai psykoterapiaa, mutta usein myös molempia voidaan käyttää yhtäaikaaisesti tukemassa toisiaan, jolloin saadaan hoidolle hyvä vaste. Psykoottistasoisessa masennuksessa ei psykoterapiaa kuitenkaan suositella käytettäväksi ja potilaalle aloitetaan antidepressiivisten lääkkeiden rinnalle antipsykoottinen lääkitys psykoosioireiden hoitoon. Hoidon alkuvaiheessa on myös mahdollista käyttää rauhoittavaa lääkettä ahdistusoireiden lievittämiseksi. Vaikeissa tai lääkeresistenteissä tapauksissa hoitomuotoina voidaan käyttää myös

kirkasvalohoitoa tai sähköhoitoa eli ECT:tä. (Isometsä, 2009; Isometsä 2001, 155-156, 164; Käypä hoito 2009.) Antidepressiivisten lääkkeiden aloittamisesta varsinaisen vasteen alkamiseen menee usein muutama viikko, joten lääkitystä aloittava potilasta on informoitava viiveestä voinnin parantumisessa, jottei potilas luule, ettei hoito auta ja jätä tästä syystä lääkkeitä ottamatta.

6 OPETUSTAPAHTUMA

Ihminen oppii koko ajan jotain uutta, vaikkakin suurin osa oppimisesta tapahtuu tiedostamatta ehdollistumisreaktioina, mallioppimisena ja yrityserhdysoppimisena. Oppiminen ja opiskelu poikkeavat siinä, että oppiminen voi, kuten edellä on mainittu, olla myös tiedostamatonta, mutta opiskelu on tiedostettua ja tarkoituksellista oppimistoimintaa. (Engeström 1994, 62; Yrjönsuuri & Yrjönsuuri 1994.) Opetuksen tehtävänä on kohottaa oppimisen laatua ja tehdä siitä määrätietoista ja suunnitelmallista. Opettavan henkilön on toimittava opiskelijoille johtajana, koordinoitava näiden opiskelua, valita ja jäseneltävä opetettava asia sekä luotava syvälle juurtuvaa motivaatiota uuden oppimiseen. (Engeström 1994, 62-64.)

Opetuksen määritelmä on sisällöltään sama eri tutkijoiden mielestä, vaikka sanamuodot vaihtelevatkin. Kari Uusikylä ja Päivi Atjonen ovat teoksessaan (2005) koonneet erilaisia opettamiseen ja oppimiseen liittyviä tutkimuksia ja teorioita. Opetuksesta teoksessa löytyy muun muassa seuraavat määritelmät:

”Opetus on kasvatustavoitteiden suuntaista intentionaalista vuorovaikutusta, jonka tarkoituksena on aikaansaada oppimista” (Hirsjärvi 1990).

”Opetus on kasvatustavoitteista johdatettavaa tarkoituksellista ja suunniteltua opettajan ja oppilaiden välistä sosiaalista, vuorovaikutuksellista toimintaa, jonka tarkoituksena on luoda oppilaalle edellytykset, oppimisen avulla, tavoitteiden saavuttamiseen” (Lahdes 1997).

”Opetus on yksilön intentionaalista toimintaa, jonka tarkoituksena on helpottaa toisen yksilön pyrkimyksiä joidenkin pätevyyksien, kuten tiedon, ymmärryksen ja taitojen saavuttamiseksi” (Uljens 1997).

Hyvien, pitkälle säilyvien ja laajojen tietorakenteiden tuottaminen opiskelijoille on tärkeää, jotta voidaan sanoa opetuksen olleen menestyksellistä. Opettajalla itsellään on tämä saavuttaakseen oltava laaja ja jäsentynyt tietopohja opetettavasta aiheesta. Parhaiten opiskelijoiden oppimista ajava opetustilanne järjestetään tuottamalla opiskelijoille sisällölliseen motivaatioon johtava pulmatilanne, jonka

pohtimiseen ja ratkaisemiseen opiskelijat käyttävät uutta oppimaansa tietoa. (Engeström 1994, 62-63.)

Opetustapahtuman suunnittelussa tulee aluksi olla tietoinen opetuksen tarpeesta, jonka pohjalle aletaan luoda toteutussuunnitelmaa. Opettajan on itse pyrittävä luomaan ehyt kokonaisuus tietoa, joka on helppo sisäistää ja osattava käyttää hyödykseen oppilaiden omaa halua oppia. (Engeström 1994, 143-145.) Engeströmin mukaan hyvän opettajan taitoihin kuuluvat muun muassa esiintymistaito, vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot sekä järjestelytaito, mutta ne eivät yksin riitä, vaan opettajan on myös kyettävä valjastamaan itsestään niin kutsutut sisäiset tekijät käyttöönsä, joita hän voi sitten tukea edellä mainituin esiintymis- ynnä muin taidoin. Sisäisten taitojen kautta opettaja voi kehittää toteutussuunnitelman opettamalleen aiheelle siten, että saa myös oppilaat miettimään ja ratkomaan ristiriitoja. Opettajan on itse myös pureuduttava syvemmälle erilaisiin kysymyksiin ja faktatietoihin ja pohdittava, mikä on niiden pohjimmainen tarkoitus ja miten ne voidaan selittää. Opettajan on myös osattava tehdä hyvä, pysyvä suunnitelma, mutta osattava myös improvisoida ja soveltaa suunnitelmaa, eikä kaavoittua yhteen tapaan suorittaa opetus. Viimeiseksi opettajan on myös ajateltava omaa eettisyyttään ja sitä, miten hän suhtautuu oppilaisiinsa. Opettajan on suhtauduttava oppilaisiinsa kunnioittavasti, ja otettava rehellinen kannanotto opetettavaan sisältöön. Tässä suhteessa opettajan persoonallisuus tulee yleensä parhaiten esiin ja vaikuttaa eniten. (Engeström 1994, 157-159.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteutus tapahtui lähiopetustuntina Vaasan lyseon lukiossa psykologian opettajan luvalla sekä läsnä ollessa. Työssä käsitellyt aiheet olivat osa lukion psykologian opetussuunnitelmaa.

7.1 Opetustapahtuman suunnittelu ja toteuttaminen

Oppitunnilla suunniteltiin käsiteltäväksi mielenterveyspalveluihin ja -ongelmiin liittyvää lainsäädäntöä, erilaisia psykooseja aiheuttavia sairauksia, skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä masennusta mainitussa järjestyksessä. Tunnin pituudeksi oli suunniteltu 70 minuuttia ja tämä aika käsiteltäisiin yllä mainittuja aiheita sekä varattiin aikaa keskustelulle tunnin päätteeksi.

Lakien käsittelemiseen tarkoituksena oli käyttää noin viisi minuuttia, jolloin saataisiin lyhyesti selvitettyä perusasiat mielenterveyslaista ynnä muista asiaankuuluvista laeista. Tämän jälkeen siirryttäisiin psykooseihin, joiden läpikäymiseen käytettävissä oli kymmenen minuuttia. Skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä masennuksen käsittelyyn käytettäisiin jokaiseen viisitoista minuuttia. Tunnin lopuksi noin viisitoista minuuttia varattiin keskusteluun ja oppitunnin sisällön pohtimiseen. Viisi minuuttia jätettiin ylimääräiseksi ajaksi ja mahdollisesti palautteen antamiseksi opetustapahtuman pitäjälle (LIITE 1).

7.2 Opinnäytetyön toteutus ja arviointi

Opetustapahtuma pidettiin suunnitelmien mukaan 22.10.2013 Vaasan Lyseon lukiossa Kirkkopuistikon yksikössä. Oppitunnin aikana tekijä sai käsiteltäviä kaikki suunnitellut asiat, mutta oppitunnin kesto jouduttiin pidentämään noin 15 minuuttia, jotta opetustapahtuman esitys voitiin suorittaa loppuun asti. Tästä ei

kuitenkaan tietävästi aiheutunut suurempaa haittaa tai harmia oppilaille tai opettajille.

Oppitunnin aluksi jaettiin arviointilomakkeet (LIITE 1), jotka pyysin oppilaiden täyttävän esityksen lopuksi. Yhteensä vastauksia kertyi 24 kappaletta, joista 2 oli opettajilta. Arvioinnissa oli kuusi kohtaa, joissa oli 6 valmista väittämää, joista rastitettiin omasta mielestä sopivin vaihtoehto sekä kaksi avointa kohtaa. Väittämien vaihtoehdot olivat 1 Täysin samaa mieltä; 2. Osittain samaa mieltä; 3. En osaa sanoa; 4. Ei juurikaan samaa mieltä; 5. Ei ollenkaan samaa mieltä.

Tekijä laski vastauslomakkeista keskiarvot väittämille, joissa 1-2 kuvaavat oppitunnin onnistuneen hyvin ja 4-5 kuvaavat oppitunnin kaipaavan muutosta. Kohdassa 1 keskiarvo oli 1,4; kohdassa 2 keskiarvo oli 1,3; kohdassa 3 keskiarvo oli 2,3; kohdassa 4 keskiarvo oli 2; kohdassa 5 keskiarvo oli 1,3 ja kohdassa 6 keskiarvo oli 1,5.

Arviointilomakkeiden perusteella vastaajat vaikuttivat olevan tyytyväisiä oppitunnin kulkuun, vaikka aikarajassa ei pysytty. Opetustapahtuman aiheet koettiin pääsääntöisesti kiinnostaviksi, vaikka hieman harvempi koki opetuksesta olevan konkreettista hyötyä jatko-opinnoissa tai tulevaisuudessa yleensä. Oppilaat myös kokivat suurimmalta osin luennoinnin suhteellisen hyvin ymmärrettäväksi ja selkeäksi ja kokivat, että oppitunnilla he saivat riittävästi tietoa toivomistaan aiheista.

Avoimiin kysymyksiin annettiin vastauksia vain muutamassa paperissa. Lisätietoa toivottiin muun muassa sairauden ja lääkkeiden vaikutuksista potilaan hermostoon ja aivoihin, käytännön esimerkkejä sekä kuvausta itse hoitotyöstä ja toiminnasta psykiatrisella osastolla. Parannettavaksi ja huomioon otettavaksi oli merkitty Ajan käyttö, tiedon ylitse vuotava määrä, liiallinen teoreettisuus sekä liian pitkä esitys.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyönä pidetyn oppitunnin toteutuminen vastasi hyvinkin paljon SWOT-analyysissä pohdittuja vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Työssä käytetyn tiedon kerääminen oli helppoa, koska tutkittua nykyaikaista tietoa oli paljon saatavilla.

Heikkoutena mainitut aikataulusongelmat ja ajoittainen motivaation ja ajan puute vaikeuttivat työn nopeaa valmistumista, kuten työsuunnitelman valmistuminen vasta syksyllä 2013 noin kuukausi ennen opetustapahtuman pitopäivää.

Mahdollisuuksista oppilaiden perustietojen kartuttamisesta ei voitu opinnäytetyön valmistumisen yhteydessä sanoa vielä mitään, koska oppilaita ei tavattu enää tapahtuman jälkeen, eikä opittua tietoa testattu millään tavoin oppitunnin jälkeen, kuten esimerkiksi tentillä.

SWOT-analyysissä mainitut uhat toteutuivat vain puoliksi. Opetustapahtumaan varattu aika todettiin liian lyhyeksi, kun esitys venyi yliajalle, mutta oppilaat vaikuttivat olevan kuitenkin pääosin kiinnostuneita opetustapahtuman aiheista. Vastauslomakkeiden perusteella oppilaat pääpiirteittäin vaikuttivat tyytyväisiltä opetustapahtumaan sisältöineen ja antoivat palautetta asioista, joihin toivoivat muutosta. Opetustapahtuman mahdollisessa uusinnassa esimerkiksi toiselle ryhmälle tulisi ottaa huomioon pitää tietopaketti tiiviimpänä, ottaa esitykseen enemmän käytännöllisyyttä ja kertoa esimerkkejä sairauksista ja hoitotyöstä sekä hallita ajankäyttöä paremmin.

Tutkimuksen eettisyys toteutui siinä määrin, että esimerkiksi lukion oppilaat sekä sairaalan potilaat pysyivät anonymeinä koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Mitään henkilötietoja ei missään tilanteessa julkistettu, eikä arviointilomakkeissa nimiä vaadittu arvioiden jättämisessä. Oppimisen mittausta ei suoritettu ollenkaan, mikä osaltaan mahdollisesti heikentää tutkimuksen arvoa ja kyseenalaistaa tavoitteiden saavuttamista.

Jatkotutkimusta voisi esimerkiksi tehdä lukiolaisten perustietotasosta psyykkisistä sairauksista, jolla selvitetään tämän kaltaisten oppituntien tarpeellisuus tai maallikoiden stereotyyppioista, jotka liittyvät psyykkisiin sairauksiin.

LÄHDELUETTELO

Atjonen, P. & Uusikylä, K. 2005. Didaktiikan perusteet. 18-20. WSOY. Porvoo.

Duodecim Terveyskirjasto 2013. Mania. Viitattu 21.3.2013. Saatavilla www-muodossa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02056&p_haku=mania

Engeström, Y. 1994. Perustietoa opetuksesta. 62-64, 143-145, 157-159. Valtiovarainministeriö Painatuskeskus. Helsinki.

Hirsjärvi, S. (toim.) 1990. Kasvatustieteen käsitteistö. Keuruu. Otava.

Honkonen T., Isohanni M., Lönnqvist J. & Vartiainen H. 2001. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, 57-115. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Honkonen T. & Lönnqvist J. 2001. Muut Psykoosit. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, 118-132. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Isometsä, E. 2001a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, 174-195. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Isometsä, E. 2001b. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, 134-156, 164. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Isometsä, E. 2009. Depressio. Duodecim Lääkärin käsikirja. Viitattu 6.8.2013. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Janssen-Cilag Oy 2012. Tietoa skitsofreniasta. Viitattu 5.3.2012. Saatavilla www-muodossa: <http://www.skitsofreniatietoa.fi/>

Kyngäs H. & Timlin U. 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede 4/2008. 182-190.

Käypä hoito 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 22.3.2013. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50076>

Käypä hoito 2009. Masennus (depressio). Viitattu 6.8.2013. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00044>

Käypä hoito 2013. Skitsofrenia. Viitattu 9.3.2013. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi35050>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 3.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 30.12.2012/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 3.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lahdes, E 1997. Peruskoulu uusi didaktiikka. Keuruu. Otava.

Lehtonen J. & Lönnqvist J. 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, 13. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Lönnqvist J. & Suvisaari J. 2009. Psykoosi. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavilla www-muodossa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066

Mielenterveyden keskusliitto 2013. Lääkkeet. Viitattu 23.3.2013. Saatavilla www-muodossa: http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/laakkeet/

Nikkilä J., Paasivaara L. & Suhonen M. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Opetushallitus 2003. Lukion opetussuunnitelman perusteet, 189-193. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Opetushallitus 2012. SWOT-analyysi. Viitattu 9.3.2013. Saatavilla www-muodossa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi.

Riikola T., Suominen K. & Valtonen H. 2009. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 22.3.2013. Saatavilla www-muodossa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00082

Riikola, T. & Salokangas, R. 2008. Käypä hoitosuositus: Skitsofrenia. Viitattu 16.3.2013. Saatavilla www-muodossa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00031>

Uljens, M. 1997. School didactics and learning. Hove. Psychology Press.

Yrjönsuuri, R. & Yrjönsuuri, Y. 1994. Opiskelun merkitys. Helsinki. Yliopistopaino.

LIITE 1

Oppitunti mielenterveyshäiriöistä**Vaasan Lyseon lukio, psykologia**

Oppitunnin pitäjä: Ville Piironen

Rastita ruutu, joka vastaa väittämään mielestäsi parhaiten. Vastaukset jätetään nimettöminä.

1. Täysin samaa mieltä **2.** Osittain samaa mieltä **3.** En osaa sanoa **4.** Ei juurikaan samaa mieltä **5.** Ei ollenkaan samaa mieltä

1. Oppitunnin aiheet olivat mielestäni ajallisesti ja tiedon määrällisesti hyvin järjestelty.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Oppitunnin aiheet olivat mielestäni kiinnostavia.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Oppitunnista oli hyötyä opintojeni kannalta.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Uskon, että oppitunnilla oppimastani on hyötyä tulevaisuudessa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Luennot oli selkeää ja ymmärsin hyvin, mistä puhuttiin.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Sain tarpeeksi tietoa kaikista haluamistani aiheista.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Mitä olisit halunnut tietää lisää?

Mitä esityksessä olisi pitänyt ottaa paremmin huomioon?

Kiitos vastauksistanne!

LIITE 2

Sairaalahoitoa vaativat mielenterveyden häiriöt

Mielenterveys

- Tärkeä osa terveyttä ja psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara
- Freud: ”Kyky rakastaa ja tehdä työtä”
- Mielenterveyshäiriöt ovat mielenterveyttä uhkaavat ja häiritsevät tilat syistä tai vaikeusasteesta riippumatta

Mielenterveyslaki L1116/1990

- Määrittelee, minkälaisia ja kenen järjestämiä mielenterveyspalveluita on tarjolla
 - Perusterveydenhuolto, sairaanhoitopiirit sekä valtio tuottavat psykiatrisia palveluita
 - Ongelmat pyritään hoitamaan perusterveydenhuollossa, mutta jos se ei riitä, kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon kotikunnan sairaanhoitopiiriin
 - Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalvehuina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan

Mielenterveyslaki L1116/1990

- ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla” - L785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
 - Hoito pyritään toteuttamaan aina ensin yhteistyössä potilaan kanssa
 - Jos yhteistyö ei onnistu yrityksistä huolimatta, astuu voimaan mielenterveyslaki
- Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:
 - 1) Jos hänen todetaan olevan mielisairas;
 - 2) Jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveytään tai turvallisuuttaan tai ka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
 - 3) Jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä
- Mielenterveyslain mukaan potilaan toimia voidaan hoidollisesti rajata sairaalahoidon aikana tarpeen vaatiessa
 - Erilaisia hoidollisia rajoituksia ovat esim. liikkumisvapauden rajoitus tai yhteydenpidon rajoitus
 - Todella huonokuntoista, uhkaavaa ja aggressiivista tai muuten haitallisesti käyttäytyvää potilasta voidaan rajoittaa aloittamalla huone-eristys tai leposide-eristys

Psykiatriseen hoitoon määrääminen

- Potilas toimitetaan terveyskeskukseen
 - Potilas voi saapua itse, voi tulla omaisen tuomana tai ambulanssilla
 - Terveyskeskuslääkäri tutkii potilaan psyykkisen voimien ja jos hoitoon määräämisen edellytykset ovat olemassa, voi lääkäri mielenterveyslain 9§ mukaan määrätä potilaalle tarkkailulähetteen tai M1-lähetteen
 - Potilas siirtyy tämän jälkeen psykiatriseen sairaalaan, yleensä ambulanssilla tai omaisen tuomana
 - Sairaalaissa potilas asetetaan tarkkailuun akuuttiosastolle, jossa tarkkailu kestää enintään lähetteen kirjoittamispäivä + 4
 - Tarkkailuajan jälkeen potilasta hoitavalääkäri tai tämän ollessa estynyt toinen sairaalan lääkäri kirjoittaa potilaasta tarkkailuarvion, M2, ja tämän pohjalta toinen lääkäri hoitoon määräämispäätöksen, M3
 - M3-päätös voi olla joko
 - Positiivinen, jolloin potilas jää tahdonvastaiseen hoitoon tai
 - Negatiivinen, jolloin potilas voi jäädä vapaaehtoiseen hoitoon tai poistua sairaalasta

Psykoosit

- Tila, jossa henkilön todellisuuden taju hämärtyy, eikä henkilö erota sairauden tai psykoositilan tuottamia harhaluuloja, aistiharjoja todellisuudesta
- Psykoosin yleisimpiä oireita ovat
 - Aistiharhat, eli hallusinaatiot, voivat olla kuulo-, näkö-, tunto-, haju- tai makuharjoja - ääniharhat yleisimpiä, usein kommentoivia, uhkaavia tai pilkkaavia
 - Harhaluulot, eli paranoia, yleensä koostuvat kokemuksista, että joku tahoo jahtaa tai vainoo sairasta henkilöä - yrittävät myrkyttää tai vaikuttaa henkilön tekemisiin ja ajatuksiin

Psykoosin muodot

- Voivat johtua useista eri syistä
 - Psykkiset sairaudet - skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai masennus
 - Elimelliset syyt - esim. ongelmat munuaisten toiminnassa
 - Aivosairaudet - dementia tai Alzheimerin tauti
 - Tulehdukset - yleensä laajamittaiset tulehdukset
 - Päihteiden käyttö - aivoja stimuloivat aineet, kuten huumausaineet (myös kannabis) ja runsas alkoholin käyttö
 - Lapsivuodepsykoosi - synnytyksenjälkeinen psykoottinen tila
 - Reaktiivinen psykoosi - raskaiden tai vaikeiden elämäntilanteiden kautta puhkeava psykoosi, yleensä taustalla pitkäjaksoista stressiä

Psykoosin hoito

- Tapahtuu useimmiten neurolepteilla, eli antipsykoottisilla lääkkeillä
 - Hoidetaan oireet, jotta päästään käsittelemään psykoosin taustalla olevaa ongelmaa
- Lisäksi voidaan käyttää psykoterapiaa sekä elämäntapaohjausta
- Jos psykoosin yhteydessä esimerkiksi mielialan vaihteluita tai maniaa, voidaan lääkehoitoon liittää mielialaa tasaava lääkitys

Skitsofrenia

- Sairaus, jossa henkilön todellisuuden taju on häiriintynyt ja toimintakyky heikentynyt
 - Vakavia psykoottisia jaksoja
 - Tunne-elämän latistumista
 - Sosiaalisen toiminnan heikentymistä
- Alkaa useimmiten nuorella aikuisiällä n. 20-30 vuotiaana
- Useita toisistaan poikkeavia muotoja
 - Paranoidinen skitsofrenia, harhat ovat pääosassa taudinkuvassa
 - Hebefreeninen skitsofrenia, hyvin nopea sairauden eteneminen
 - Jäsentymätön skitsofrenia, oireet eivät sovi muihin muotoihin
- Noim 1% väestöstä sairastaa skitsofreniaa
- Taudin syntyyn on todettu vaikuttavan laajalti:
 - Perinnöllisyys / Perintötekijät
 - Aivojen rakennemuutokset
 - Keskushemoston kehityshäiriö

Skitsofrenian oireet

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Positiiviset oireet • Sairauden tuottama ”lisä” henkilön persoonaan • Harhaluulot • Harha-aistimukset • Ajatushäiriöt • Hajanaisuus • Levottomuus • Kiihtymystilat <ul style="list-style-type: none"> • Affektiivisiä oireita ovat esim. ahdistuneisuus, masennus ja itsetuhoajatukset • Kognitiivisia oireita ovat esim. muistiongelmat ja vaikeudet selvitä päivittäisistä toimista, kuten laskujen maksu ja peseytyminen | <ul style="list-style-type: none"> • Negatiiviset oireet • Vaikeammin havaittavia oireita • Tunne-elämän latistuminen • Apatia / Anhedonia • Sosiaalisen toiminnan ongelmat • Eristäytyminen muista |
|--|--|

Skitsofrenian hoito

- Skitsofrenian hoidossa käytetään yleisimmin antipsykoottista lääkettä (=neuroleptit)
 - Kunkin lääkeaineen vaikutus vaihtelee henkilöstä riippuen ja lääkeshoidon aloittaminen voi vaatia muutaman eri lääkeaineen kokeilua
 - Etsitään pienin mahdollinen vuorokausiannos, josta on vastetta
 - Lääkeshoidon on yleensä jatkettava loppuelämä, koska oireet palaavat, kun lääkehoito lopetetaan
- Hoitoon voidaan sisällyttää myös psykoterapiaa
- Akuuttihoiossa rauhallinen hoitoympäristö ja rutiinoinomaisuus päiväohjelmassa auttavat toipumista
- Jatkohoitoa esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla tai muulla avohoidon menetelmällä, jolla potilaan vointia voidaan seurata ja mahdollisesti puuttua siihen huononemisivaiheessa

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (maanis-depressiivisyys) on sairaus, jossa henkilö kärsii ajoittain vauhdikkaista maanisista jaksoista ja välillä on syvästi masentunut ja epätoivoinen
- Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on kolme eri muotoa, riippuen oirehdinnasta
 - I-tyyppin sairaudessa maaniset jaksot ja depressiojaksot vaihtelevat
 - II-tyyppin sairaudessa maaniset jaksot ovat "hypomaanisia", eli lievempiä kuin maaniset jaksot I-tyyppissä
 - Sekamuotoisessa sairaudessa maaniset ja depressiiviset jaksot vaihtelevat tiuhaan ja voivat olla päällä myös yhtäaikaaisesti
- Sairausjaksot muuttuvat "aaltomaisesti", vointi kohoaa ja tavoittaa huipun ja sen jälkeen alkaa laskemaan ja vaipuu masennukseen, tämän jälkeen kohoaa jälleen
 - Maniajaksot voivat kestää hyvinkin vaihtelevasti 2 viikkoa – 5 kuukautta
 - Depressiojaksot kestävät keskimäärin 6 kuukautta
 - Henkilöstä ja sairauden muodosta riippuen jaksojen kestot voivat vaihdella

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet

Maniakajako

- Mielialan liiallinen kohoaminen
- Suuruudenkuvitelmat
- Ärtäisyys
- Ajatustoiminnan kiihtyneisyys
- Keskittymisvaikeudet / Hajanaisuus
- Liiallinen toiminnallisuus
- Radikaalia toimintaa, kuten runsasta päihteiden käyttöä tai yliseksuaalisuutta
- Voi myös liittyä psykoottisuutta (psykoottinen mania)

Depressiojakso

- Syvää epätoivoa
- Kovaa ahdistusta
- Itsetuhoajatuksia
- Maniavaiheen rajaton toiminta voi osaltaan myös vaikuttaa masennukseen ja ahdistukseen

Hypomaniajakso

- Selvästi havaittavaa mielialan nousua, huomattavasti kuitenkin lievempää kuin maniaassa
- Yleensä jatkuva hyvätuulisuuden tai ärtyneisyyden tunne

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa on otettava huomioon sairauden muoto, aiempi historia sairauden kulussa sekä sairauden sen hetkisestä vaiheesta (mania tai depressio)
- Lääkehoidossa käytetään mielialaa tasaavaa lääkitystä sekä masennuslääkitystä, joilla mielialan nousut sekä masennusoireet saadaan hoidettua
 - Psykoottisessa maniaassa käytetään usein myös neuroleptilääkitystä psykoosioireiden hoidossa yhdessä mielialalääkityksen kanssa
 - Vaikeissa tai lääkeresistenteissä tapauksissa voidaan myös antaa ECT- eli sähköshokkihoitoa, joka toimii sekä maniaan että masennukseen
- Usein maanista henkilöä joudutaan hoitamaan psykiatrisessa pakkohoidossa sairaudesta johtuvan sairautentunottomuuden takia sekä rajoittamisen mahdollisuuden takia
 - Yleensä sairas henkilö päätyy maniavaiheessa hoitoon ulkopuolisen huolestuessa ja lääkärin lähettämänä M1:llä tai hakeutus itse hoitoon masennusvaiheessa voinnin sietämättömyyden takia
- Hoidossa on hyvä ottaa huomioon myös terapian tarve sekä mahdollisesti olla yhteydessä päihdekuntoutukseen, jos potilaalla on myös päihdeongelma kaksisuuntaisen mielialahäiriön lisäksi

Masennus

- Masennus voidaan jakaa oirekuvansa perusteella kolmeen eri kategoriaan
 - Masentunut tunnetila, normaalia alakuloisuutta esimerkiksi kuolemantapausten tai menetysten yhteydessä
 - Masentunut mieliala, pitkäkestoisempaa masentuneisuutta, joka voi kestää jopa vuosia
 - Masennusoireyhtymä, vakavin tila, luetaan mielenterveyshäiriöksi
 - Luetaan oireiden perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennuksiin
 - Vaikeuttaa huomattavasti sairastavan henkilön elämää ja aiheuttaa haittaa lähes kaikilla elämän osa-alueilla
- Masennuksella on myös erilaisia muotoja
 - Psykoottinen masennus, jossa psykoosioireita on masennusoireiden yhteydessä, kuten harhaluulot tai aistiharhat
 - Synnytyksen jälkeinen masennus
 - Vuodenaikaan liittyvä masennustila
 - Somaattinen oireyhtymä

Masennuksen oireet

- Masennusoireyhtymän oirekuvaan kuuluvat:
 - Masentunut mieliala
 - Merkittävästi vähentynyt mielenkiinto ja mielihyvä lähes kaikissa päivittäisissä toimissa
 - Liiallinen nukkuminen tai unettomuus
 - Väsymys ja voimattomuus
 - Psykomotoriset muutokset
 - Ajattelukyvyn heikkoutta
 - Kuolemantoiveita
- Jos potilaalla on esiintynyt ennen masennusta kohonnutta mielialaa, on hyvin mahdollista, että kyseessä on tällöin kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Masennus voi olla myös seurausta muista psyykkisistä ongelmista, ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriöistä
- Tutkittaessa on löydetty yhteyttä esimerkiksi perinnöllisyyteen, stressiin, tunne-elämän vaikeuksiin, runsaaseen alkoholin käyttöön, säännölliseen tupakointiin ja pitkäaikaisiin elimellisiin sairauksiin

Masennuksen hoito

- Masennuksen hoitoon vaaditaan usein useamman hoitomuodon yhteistyötä
- Hoito määrittyy masennuksen vaikeudesta ja tyypistä riippuen
 - Yleisesti antidepressiivinen lääkehoito aloitetaan masennusoireiden lieventämiseksi
 - Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa voidaan käyttää myös psykoterapiaa yhdessä lääkehoidon kanssa tai erikseen
 - Masennuksen hoidon alkuaikoina voidaan käyttää lyhytaikaisesti rauhoittavaa lääkitystä voimia helpottamaan, mutta pitkäaikaisesti rauhoittavaa lääkettä ei tule syödä
 - Antidepressiivisten lääkkeiden vasteaika alkaa noin 1kk kuluttua lääkityksen aloittamisesta, tästä on syytä kertoa potilaalle, jotta lääkityksen käyttöä ei lopetettaisi turhana
- Vaikeissa ja lääkeresistenteissä tapauksissa hoitokeinona käytetään ECT-hoitoa, jolla on saavutettu hyvää hoitovastetta

Mielenterveysongelmaisen omaiset

- Omaiset on aina huomioitava mielenterveysongelmista kärsivän henkilön hoidossa
- Omaisilla harvoin kattavaa ja tarpeellista tietoa sairaudesta ja sairastuneen tulevaisuudesta
- Sairastuneen läheisen heikko vointi voi ahdistaa ja pelottaa omaisia
- Kun sairastunut ajallaan kotiutuu, tarvitsee hän usein omaistensa tukea, jotta pärjää arjessa kotonaan
 - Tätä varten omaisilla tulee olla tiedossa jatkohoito-ohjeet sekä esim. lääkitykseen liittyvät ohjeet