



# Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen yleisimmät hoitomuodot – E-oppimateriaali hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille

Marissa Cutajar, Natalia Lehti

2025 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen yleisimmät hoitomuodot  
– E-oppimateriaali hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille**

Marissa Cutajar, Natalia Lehti  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
2025

Marissa Cutajar, Natalia Lehti

**Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen yleisimmät hoitomuodot – E-oppimateriaali hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille**

Vuosi

2025

Sivumäärä

48

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaali yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä ja sen yleisimmistä hoitomuodoista hoitotyön ammattilaisten ja opiskelijoiden käyttöön. Tavoitteena oli tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali ja edistää sen saavutettavuutta sekä kertoa yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä yleisellä tasolla, keskittyen sen yleisimpiin hoitomuotoihin. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Skhole Oy:n kanssa ja valmis oppimateriaali julkaistiin heidän digitaalisessa oppimisympäristössään.

Teoreettisessa viitekehyksessä kerrotaan yleistyneen ahdistuneisuushäiriön riskitekijöistä ja taustoista, sairauden tunnistamisesta hoitotyössä ja sen yleisimmistä oireista. Siinä tutustutaan myös tällä hetkellä yleisimmin käytössä oleviin hoitomuotoihin, kuten lääkehoitoon, psykoedukatioon ja psykoterapeuttisiin hoitomuotoihin sekä itsehoitoon. Aineistoa ja tutkimustietoa teoreettiseen viitekehukseen haettiin muun muassa PubMedistä, Finnasta, Google Scholarista ja Terveystietokannasta. Lähteinä käytettiin lisäksi muuta kirjallisuutta, tutkimuksia ja Käypä hoito -suosituksia.

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, jossa hyödynnettiin iteratiivista prosessia ja yhteiskehittämisen menetelmiä. Oppimateriaali perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen ja sen sisältöä suunnattiin yhteistyössä Skhole Oy:n kanssa heidän toiveidensa mukaisesti. Työtä seurattiin ja arvioitiin tutkimuspäiväkirjan avulla, johon kirjattiin eri osapuolien kehittämisehdotuksia. Oppimateriaalin asiakassegmentiksi valikoitui kaikki hoitotyön ammattilaiset eikä oppimateriaalin sisältöä suunnattu tiettyyn hoitotyön erikoisalaan. Opinnäytetyössä saavutettiin sille asetetut tavoitteet ja oppimateriaali vastasi yhteistyökumppanin toiveita. Tuotoksen sisältö on tuotettu noudattaen saavutettavuuden periaatteita ja se soveltuu arvioinnissa kerätyn palautteen pohjalta hyvin hoitotyön ammattilaisten käyttöön.

Asiasanat: yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD), yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito, e-oppimateriaali

Marissa Cutajar, Natalia Lehti

**Generalised anxiety disorder and its most common treatment methods – E-learning material for nursing professionals and students**

Year	2025	Pages	48
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to produce learning material about generalized anxiety disorder and its most common treatment methods for nursing professionals and students. The aim was to create clear and informative e-learning material and to promote its accessibility. In addition, this thesis aimed to provide a general overview of the topic and focus on the most common treatment methods. The thesis was done in collaboration with Skhole Oy and the completed learning material was published on their digital learning platform.

The theoretical framework discussed the risk factors and background of generalized anxiety disorder, its identification in nursing practice, and the most common symptoms. It also covered the most commonly used treatment methods currently in use, such as pharmacotherapy, psychoeducation, psychotherapeutic interventions and self-care. Source material and research data for the theoretical framework were gathered from PubMed, Finna, Google Scholar and the Terveystietä health portal. Additional sources included other literature, studies and Current Care Guidelines.

The thesis was conducted as a development project utilizing an iterative process and co-creation methods. The learning material was based on the theoretical framework of the thesis and tailored in collaboration with Skhole Oy according to their needs. The development process was supported by a research diary, which documented suggestions for improvement from various involved parties. The target audience for the learning material was defined as all nursing professionals, and the content was not limited to any specific nursing specialty. The thesis met its stated objectives, and the produced material fulfilled the expectations of the partner organization. The content was created following accessibility principles and based on the feedback collected during the evaluation phase is well-suited for use by nursing professionals.

Keywords: generalised anxiety disorder (GAD), care of generalised anxiety disorder, e-learning material

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö .....	2
2.1	Riskitekijät ja tausta .....	3
2.2	Tunnistaminen hoitotyössä .....	4
2.3	Yleisimmät oireet .....	5
2.3.1	Fyysiset oireet .....	5
2.3.2	Psyykkiset oireet .....	6
3	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito .....	7
3.1	Lääkehoidon periaatteet .....	8
3.1.1	Masennuslääkkeet .....	8
3.1.2	Ansiolyttiset lääkkeet .....	10
3.1.3	Muut lääkkeet.....	12
3.1.4	SSRI- ja SNRI-lääkkeiden haittavaikutukset .....	13
3.1.5	Lääkehoidon vaikuttavuus .....	14
3.2	Psykoedukaatio ja psykoterapeuttiset hoitomuodot.....	15
3.2.1	Psykoedukaatio .....	15
3.2.2	Nettiterapia .....	16
3.2.3	Kuntouttava psykoterapia .....	17
3.2.4	Palvelusetelipsykoterapia .....	18
3.3	Itsehoito .....	18
3.3.1	Rentoutuminen .....	19
3.3.2	Liikunta .....	19
3.3.3	Uni ja nukkuminen .....	20
4	Hyvän e-oppimateriaalin piirteet.....	21
5	Digipalveluiden saavutettavuus .....	22
6	Yhteistyökumppani Skhole Oy .....	22
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	23
8	Kehittämistyön prosessi .....	24
8.1	Oppimateriaalin toteutuksen kuvaus .....	25
8.2	Tuotoksen esittely .....	26
9	Arviointi .....	26
10	Pohdinta.....	28
10.1	Eettisyys .....	29
10.2	Luotettavuus.....	29
11	Johtopäätökset ja jatkokehittämisidea .....	30

Lähteet .....	32
Kuviot .....	37
Taulukot .....	37
Liitteet.....	37

## 1 Johdanto

Mielenterveyskysymykset ja -haasteet ovat tällä hetkellä laajasti esillä mediassa ja koskettavat monia suomalaisia ikää katsomatta. Yhteiskuntamme suorituskeskeisyys ja sen luoma paine pakottaa yksilön todistamaan jatkuvasti erinomaisuuttaan (Helne 2019). Pitkittynyt stressi ja uupumus voivat myös ilmetä mielenterveyshäiriöinä, joista yksi yleisimmistä on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Työterveyslaitos 2024; Koponen 2024). Opinnäytetyössä viitataan myöhemmin yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön lyhenteellä GAD. Se muodostuu englannin kielen sanoista *generalized anxiety disorder* (Käypä hoito -suositus 2024).

GAD on yksi yleisimmistä psyykkisistä häiriöistä (Käypä hoito -suositus 2024) ja siitä kärsii jopa 0,8–6,4 % väestöstä jossain elämän vaiheessa. Taudinkuvassa esiintyvät oireet ovat kroonisia, ja ne alkavat useimmiten potilaan ollessa alle 40-vuotias. (Koponen 2023.) GAD:in yleisyydestä huolimatta sen oireet ovat edelleen vaikeasti tunnistettavissa perusterveydenhuollossa, sillä potilaista jopa puolet hakeutuvat ensin oireiden myötä somaattiselle puolelle tutkimuksiin. Muiden psykiatristen häiriöiden samanaikainen esiintyminen on yleistä ja ne voivat hankaloittaa GAD:in diagnosoimista. (Käypä hoito -suositus 2024.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaalia GAD:ista ja sen yleisimmistä hoitomuodoista hoitotyön ammattilaisten ja opiskelijoiden käyttöön. Materiaalista hyötyvät siis ammattilaiset sekä välillisesti myös potilaat. Tavoitteena oli oppimateriaalin saavutettavuuden edistäminen eri keinojen avulla sekä tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä yhteistyökumppanin Skhole Oy:n kanssa. Tuotettu oppimateriaali on koottu opinnäytetyöhön tuodun teorian pohjalta ja se on saatavilla Skhole Oy:n digitaalisella oppimisolustalla. Oppimateriaali on suunnattu sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, lähihoitajille sekä muille hoitotyön ammattilaisille. Siitä voi hyötyä myös sosiaalityöntekijät. Rajallisten resurssien, opinnäytetyön tavoitteiden, yhteistyökumppanin toiveiden ja aiheen laajuuden vuoksi opinnäytetyössä aihetta tarkastellaan vain yleisellä tasolla eikä siinä syvennytä eri asiakasryhmiin. Opinnäytetyössä keskitytään pääasiallisesti häiriön tällä hetkellä yleisimmin käytettyihin hoitomuotoihin.

## 2 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Ahdistus kuuluu elämään ja jokainen tuntee olonsa joskus ahdistuneeksi. Sen tarkoituksena on valmistella yksilö kohtaamaan vaaratilanteita ja auttaa niistä selviytymisessä. Jos liika murehtiminen, kehollinen jännitys ja korostunut huolestuneisuus pitkittyy, puhutaan GAD:ista. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 13–14.) GAD on ahdistuneisuushäiriöistä yleisin ja sitä esiintyy 4–8 %:lla perusterveydenhuollon potilaista sekä se on kaksi kertaa yleisempi naisilla kuin miehillä. GAD:in taudinkuva on aaltoileva ja sen oireet ovat kroonisia. (Käypä hoito -suositus 2024.) Altistavia tekijöitä GAD:in pitkittymiselle ovat sen varhainen alkamisikä, työttömyys, matala koulutustaso ja perheen alhainen tulotaso (Fagan & Baldwin 2023).

Ahdistuneisuuden pitkittyminen saattaa laskea merkittävästi yksilön toimintakykyä sekä elämänlaatua (Koponen 2024; Viikki & Leinonen 2015; Fagan & Baldwin 2023). Ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat kaikista psykiatrisista ja somaattisista sairauksista kuudenneksi eniten työkyvyttömyyttä. GAD-potilaan työkyvyttömyys on todettu yhtä yleiseksi kuin masennusta sairastavan potilaan. Lisäksi niiden samanaikainen sairastaminen lisää työkyvyttömyyttä entisestään. (Fagan & Baldwin 2023.) Seuraavassa taulukossa 1 esitellään GAD:in diagnostiset kriteerit.

Diagnostiset kriteerit
A. Vähintään kuuden kuukauden ajan vähintään puolena päivistä on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja toimiin (esimerkiksi pärjääminen työssä tai koulussa).
B. Henkilön on vaikea hallita huolestuneisuuttaan.
C. Ahdistuneisuuteen ja huolestuneisuuteen liittyy vähintään kolme seuraavista kuudesta oireesta, joista ainakin jotkut oireet ovat ilmenneet useimpina päivinä viimeisten kuuden kuukauden aikana: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. levottomuus ja jännittyneisyys</li> <li>2. väsyminen helposti</li> <li>3. vaikeus keskittyä</li> <li>4. ärtyneisyys</li> <li>5. lihasjäykkyys</li> <li>6. univaikeudet (vaikeus nukahtaa tai pysyä unessa, levoton tai riittämätön uni)</li> </ol>

D. Ahdistuneisuus, huolestuneisuus tai somaattiset oireet aiheuttavat merkittävää kärsimystä tai heikentävät toimintakykyä.
E. Häiriö ja oireet eivät johdu elimellisestä sairaudesta tai päihteiden tai lääkkeiden käytöstä tai vieroitusoireista.
F. Häiriö tai sen oireet eivät johdu toisesta psykiatrisesta sairaudesta tai häiriöstä.

Taulukko 1: Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit (DSM-5) (mukailten Huttunen & Socada 2017, 255)

GAD-potilaan on vaikeaa hallita omaa huolestuneisuuttaan ja ahdistuneisuuden aiheuttamat oireet voivat heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa merkittävää kärsimystä. GAD-potilaiden oireet eivät johdu päihteiden käytöstä tai muista psyykkisistä tai elimellisistä sairauksista. Diagnoosin kriteereihin kuuluu vähintään kuuden kuukauden kestäneet korostuneet pelon, jännittyneisyyden ja huolestuneisuuden oireet. Lisäksi kriteereihin kuuluu ahdistuneisuuden tai huolestuneisuuden aiheuttamien oireiden esiintyminen useimpina päivinä kuuden kuukauden ajan. Näihin oireisiin voi kuulua lihasjäykkyys, univaikeudet, keskittymisen vaikeus, helposti väsyminen, ärtyneisyys ja levottomuus tai jännittyneisyys. (Huttunen & Socada 2017, 255.)

GAD:ia sairastavien potilaiden samanaikainen masennusdiagnoosi on yleinen ja sitä esiintyy jopa puolella potilaista. GAD-potilaiden muita yleisiä psykiatrisia vaivoja ovat sosiaaliset pelot sekä johonkin tiettyyn asiaan tai tilanteeseen liittyvät pelot, joita ilmenee noin neljäsosalla potilaista. Päihteiden väärinkäyttö on myös kohtalaisen yleistä ja sitä esiintyy 22,5 % GAD-potilaista. (Fagan & Baldwin 2023.)

## 2.1 Riskitekijät ja tausta

GAD ei synny minkään yksittäisen tekijän seurauksena, vaan häiriön syntyyn kuuluu useita eri riskitekijöitä, jotka altistavat yksilön sairastumiselle (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 14). Ne voidaan jakaa biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin (Käypä hoito -suositus 2024). Altistaviin tekijöihin kuuluvat myös pahentavat tekijät, kuten ahdistusta aiheuttavien toimien tai ajatusten välttäminen sekä päihteiden liikakäyttö (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 15–16).

Tutkimuksissa on havaittu, että biologisista tekijöistä erityisesti yksilön geneettinen perimä voi lisätä riskiä sairastua ahdistuneisuushäiriöihin. GAD:iin sairastuneiden osalta geneettisten tekijöiden on arveltu olevan noin 30 %:n luokkaa. On esitetty, että samantyyppiset geneettiset tekijät altistavat yksilöä sairastumaan myös masennukseen, ja ympäristötekijät määrittelevät ilmeneekö häiriö GAD:ina vai masennuksena. Geneettisen perimän on esitetty olevan erityisen merkittävä naisten GAD:in kehittymisen kannalta. (Koponen 2023.) Varsinaista GAD-geeniä ei

ole löydetty, mutta yksilön synnynnäinen temperamentti saattaa altistaa GAD:iin sairastumiselle (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 14–15).

Psykologisista tekijöistä yksilön persoonallisuuden piirteet, kuten kielteisillä tunteilla reagoiminen ja korostunut estyneisyys, voivat altistaa ahdistuneisuushäiriön kehitykselle (Käypä hoito -suositus 2024). Korostuneesti estyneelle henkilölle on usein ominaista varautuneisuus, jännittyneisyys ja pelokkuus. Henkilö hakee jatkuvaa hyväksyntää muilta ihmisiltä ja on hyvin herkkä erityisesti itseensä kohdistuvalle negatiiviselle palautteelle. (Terveysportti 2025.)

Lapsuudessa koetut traumat, kuten koulukiusaaminen sekä fyysinen, psyykinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu lisäävät yksilön herkkyyttä sairastua GAD:iin (Käypä hoito -suositus 2024). Myös muilla sosiaalisilla tekijöillä, kuten negatiivisella kasvatusilmapiirillä, vanhempien jatkuvalla riitelyllä, sekä muun muassa varhaisilla hylkäämiskokemuksilla on yhteys ahdistuneisuushäiriöiden ilmenemiseen (Käypä hoito -suositus 2024). Lapsuudessa koetut vaikeat ja toistuvat kokemukset voivat lisätä yksilön kokemusta siitä, ettei asioihin pysty itse vaikuttamaan. Tämän myötä maailma saattaa esiintyä jopa vaarallisena paikkana. (Ranta & Ylijukuri 2020.) Taipumus murehtimiseen voi olla myös lapsuudessa vanhemmilta omaksuttu malli, jonka lapsi on tulkinut hyväksi asiaksi ja tunnollisuuden piirteeksi (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 15).

## 2.2 Tunnistaminen hoitotyössä

Jotkut somaattiset sairaudet, kuten astma, sydänsairaudet ja anemia, voivat aiheuttaa ahdistuneisuudelle tyypillisiä oireita (Koponen 2024). Siksi somaattisten sairauksien poissulku on tärkeää psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoidossa (Toivikko, Vesanen & Pulkkinen 2017). Somaattisten sairauksien poissulun jälkeen on tärkeää keskustelemalla potilaan kanssa selvittää, onko ahdistuneisuus jatkuvaa tai liiallista suhteessa potilaan elämäntilanteeseen (Liinaharja 2024; Niinihuhta 2024). Ranta ja Ylijukuri (2020) painottavat, että GAD:ista kärsivän potilaan huolestuneisuus eroaa muiden ihmisten tavallisista huolista niiden määrän suhteen. Huoliin liittyy usein myös katastrofijattelua, jonka avulla potilas pyrkii valmistelemaan itsensä niiden mahdolliseen toteutumiseen. GAD:iin liittyy vahvasti yksilön vaikeus sietää epävarmuutta, ja katastrofijattelu saattaa lisätä hetkellistä hallinnan tunnetta.

GAD:in tunnistamiseen on saatavilla GAD-7-seula, joka on kehitetty työkaluksi GAD:in seulontaan ja seurantaan. Se havaitsee häiriön 89 % herkkyydellä ja 82 % tarkkuudella. Seulan nimi muodostuu englannin kielen sanoista generalized anxiety disorder 7-item scale. Seula on nopea ja sen lomake on helposti saatavilla Mielenterveystalo-verkkosivustolta. Ammattilaiset löytävät lomakkeen myös Terveysportista. (Melartin 2024.) Lomake soveltuu erityisesti työikäisten ja iäkkäiden GAD:in tunnistamiseen, mutta sitä voidaan käyttää apuna myös nuorten GAD:in arvioinnissa (Melartin 2024; THL 2025). Seula koostuu seitsemästä väittämästä, ja täyttäessään seulaa potilaan tulee arvioida kuinka hyvin väittämät pitävät potilaan kohdalla paikkansa. Oireita tulee arvioida kahden edellisen viikon ajalta. Jokaisesta väittämästä tulee 0-3 pistettä

valitun vastauksen perusteella. Mahdollisen GAD-diagnoosin alarajaksi on asetettu  $\geq 10$  pistettä, mutta vaikeassa ahdistuneisuudessa pisteitä voi tulla jopa 16:sta ylöspäin. Seulan maksimipistemäärä on 21 pistettä. (Melartin 2024.)

Diagnoosin asettaminen ei kuitenkaan perustu pelkästään GAD-7-seulaan, vaan sen lisäksi hoitajan tulee haastatella potilas ja tehdä kokonaisarvio potilaan sen hetkisestä tilanteesta. GAD:in oirekuvassa tyypillistä on jatkuva murehtiminen tai huolestuneisuus. Hoitajan tulee keskustella potilaan kanssa hänen huolistaan ja auttaa häntä ymmärtämään omaa ahdistustaan. Lisäksi hoidon arviota tehdessä hoitajan tulee pyytää potilasta kuvaamaan omin sanoin elämäntilannettaan ja sen hetkistä ahdistusta. Hoitaja voi käyttää kysymyksinä GAD-7-seulan väittämiä ja auttaa potilasta täsmentämään kertomaansa myös lisäkysymyksiä avulla. (Liinaharja 2024; Niinihuhta 2024.) Nuoren potilaan kohdalla on tärkeää kartoittaa mahdollinen lastensuojelun tarve, tai onko nuori esimerkiksi joutunut vakavan kiusaamisen uhriksi (Mattila 2023).

Useimmiten GAD ei vaadi välitöntä hoitoon pääsyä. Kuitenkin GAD:in muiden liitännäissairauksien oireiden kuten itsetuhoisuuden, psykoottisuuden, muiden ahdistuneisuustilojen tai päihitteiden väärinkäytön ilmeneminen toimii indikaationa potilaan kiireelliseen hoitoon. Myös tilanteissa, joissa edellä mainittuja oireita ei ole, mutta potilas kokee ahdistuksen jatkuvana eikä koe selviytyvänsä arjesta, potilas tulee ohjata hoitoon seuraavan 24 tunnin sisällä. Mikäli potilas selviää arjesta eikä ahdistus ole heikentänyt toimintakykyä merkittävästi, potilas voidaan ohjata kiireettömään hoitoon. (Niinihuhta 2024.)

### 2.3 Yleisimmät oireet

Potilaan oireet voidaan jakaa autonomisen kiihotustilan oireisiin, rinnan ja vatsan alueen oireisiin, yleisoireisiin, psyykkisiin oireisiin, jännitysoireisiin ja muihin oireisiin (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 171). GAD:issa fyysiset ja psyykkiset oireet vaikuttavat toisiinsa, sillä fyysiset oireet saattavat ylläpitää psyykkisiä oireita tai voimistaa niitä, ja päinvastoin. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 43.) Seuraavissa luvuissa tarkastellaan GAD:in yleisimpiä oireita.

#### 2.3.1 Fyysiset oireet

Ihmisen autonominen hermosto on tahdosta riippumaton järjestelmä, joka koostuu sympaattisesta ja parasympaattisesta osasta. Sympaattinen hermosto lisää muun muassa sydämen lyöntitiheyttä, nopeuttaa hengitystä, lisää hien eritystä ja hidastaa ruoansulatusta. Sympaattisen hermoston tarkoituksena on valmistaa ihminen taistelemaan tai pakenemaan ja se on ollut tärkeä osa lajin selviytymisen kannalta. Parasympaattisen hermoston aktivoituminen puolestaan vaikuttaa elinjärjestelmään päinvastaisesti: se hidastaa sykettä ja hengitystä sekä nopeuttaa ruoansulatusta. GAD:issa ahdistuksen aiheuttamat pelot ja murehtiminen aktivoivat sympaattista hermostoa, mikä pitää elimistöä jatkuvassa hälytystilassa, vaikka todellista vaaraa ei olisi. Fyysisten oireiden kokeminen saattaa entisestään lisätä sympaattisen hermoston toimintaa,

mikäli yksilö kiinnittää huomiota korostuneesti kehon epämiellyttäviin tuntemuksiin. Tämä saattaa lisätä pelkoa esimerkiksi elimellisistä sairauksista ja lisätä ahdistuksen tunnetta. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 32–36.)

Yleisimpiä somaattisia sairauksia jäljitteleviä oireita ovat autonomisen hermoston oireet kuten sydämen tiheälyöntisyys, rinta- ja vatsakivut sekä lihassäryt ja -kivut (Koponen 2024; Viikki & Leinonen 2015). Muita yleisiä fyysisiä oireita ovat vapina, hengenahdistus, huimaus tai pyörtymisen tunne sekä hikoilu (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 36).

### 2.3.2 Psyykkiset oireet

Keskeisimmät psyykkiset oireet GAD:issa ilmenevät jatkuvana murehtimisena tai huolestuneisuutena. Näiden voimakkuus on ylikorostunutta suhteessa ihmisen elämäntilanteeseen, ja ne ilmenevät usealla elämän osa-alueella samaan aikaan. Murehtiminen on niin sanotusti ennakkoivaa ahdistuneisuutta ja usein ihminen tunnistaa itsekin murehtimisen olevan olosuhteisiin nähden liiallista. Ihminen ei kuitenkaan pysty vain päättämällä lopettaa murehtimista. Muut psyykkiset oireet voivat ilmetä esimerkiksi keskittymisvaikeuksina, levottomuutena, ärtyneisyytenä, väsymyksenä tai univaikeuksina. Lapsilla ja nuorilla psyykinen oirekuva saattaa olla kapeampi kuin aikuisilla. Lapsilla psyykkisiin oireisiin liittyy usein itseluottamuksen puutetta, perfektionismia, suorituspelkoa ja onnettomuuksien tai esimerkiksi myöhästymisen pelkoa. (Rovasalo 2022.) GAD:in psyykkisiin oireisiin kuuluvat myös erilaiset pelot, kuten hulluksi tulemisen tai itsensä menettämisen pelko. Voimakkaasti ahdistunut ihminen voi kokea lisäksi itsensä epätodelliseksi tai vieraaksi, tai tuntea epätodellisuuden tunnetta. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 36.)

Jatkuvaa murehtimista voivat ylläpitää eri taustatekijät. Useimmiten häiriöstä kärsivällä ihmisellä ominaista on välttämiskäyttäytyminen, vaikeus sietää epävarmuutta ja omiin huoliin kohdistuvat virheelliset uskomukset. Joillekin murehtiminen voi toimia keinona välttämällä huomion kiinnittymistä esimerkiksi kehollisiin tuntemuksiin tai epämiellyttävien mielikuviin. Ajatusten siirtäminen pois ahdistavista tuntemuksista tai mielikuvista saattaa tuntua turvalliselta vaihtoehdolta. Pitkällä tähtäimellä välttämiskäyttäytyminen kuitenkin lisää ahdistavien ajatusten itsepintaisuutta ja lisääntymistä. Myös heikko epävarmuuden sietokyky ilmenee usein murehtimisena. Ihminen saattaa ajatella murehtimisen auttavan ennakoimaan tulevaa ja hakee varmistusta, tai rupeaa välttelemään epävarmuutta herättäviä tilanteita. Todellisuudessa kukaan ei kuitenkaan pysty ennustamaan tulevaa ja varmistelu sekä välttäminen vain lisäävät huoliajatuksen syntyä. Omiin huoliin kohdistuvat uskomukset voivat myös ylläpitää huolestuneisuutta. Mikäli ihminen kokee oman huolestuneisuutensa haitalliseksi, se ilmenee useimmiten esimerkiksi hulluksi tulemisen pelkona tai pelkona, että huolestuneisuus johtaa somaattisiin sairauksiin. Toisaalta ihminen saattaa myös ajatella hyötyvänsä huolestuneisuudesta, esimerkiksi uskomalla sen valmistavan häntä tulevaan. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 48–60.)

### 3 Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito

Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistelmä tuottaa yleensä parhaimman tuloksen GAD:in hoidossa (Leinonen, Viikki & Koponen 2018). Psykoterapia ja erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan ollut hyödyllistä. Myös eri lääkehoitojen vaikuttavuutta on tutkittu ja osa niistä on todettu hoitoon sopiviksi. (Fagan & Baldwin 2023.) SSRI- ja SNRI-lääkkeiden ja psykoterapian yhdistelmää voidaan pitää GAD:in ensisijaisena hoitona, ja on todettu, että psykoterapialla voidaan tehostaa lääkehoidon vaikuttavuutta. Eri hoitomuodot voivat kohdentua erilaisiin oireisiin, esimerkiksi psykoterapian on todettu lisäävän hoitoon sitoutumista ja vähentävän lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia. (Strawn, Geraciotti, Rajdev, Clemenza & Levine 2019.)

Cuipers ym. (2014) mukaan GAD-oireiden lievittyminen voi lievittää samalla mahdollisia masennusoireita. Potilaan hoitoa suunniteltaessa potentiaaliset samanaikaisairaudet tulisi huomioida ja mahdollisuuksien mukaan niiden hoito sisällyttää GAD:in hoitoon. Jos lääkehoidon aloitus on aiheellista, olisi suositeltavaa valita lääke, joka tehoaisi molempiin sairauksiin samanaikaisesti. GAD:in hoidossa käytettävät SSRI- ja SNRI-lääkkeet ovatkin usein tehokkaita myös masennuksen ja muiden ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. (Fagan & Baldwin 2023.) Lääkkeettömistä hoitomuodoista erityisesti kognitiivisesta psykoterapiasta on merkittävä hyöty, jos potilas sairastaa samanaikaisesti masennusta (Käypä hoito -suositus 2024).

Potilaan hoito suunnitellaan kuitenkin aina yksilöllisesti (Liinaharja 2024), sillä joskus voimakas ahdistuneisuus voi olla nopeasti ohimenevää eikä vaadi lääkehoitoa (Huttunen & Socada 2017, 230). Elämäntilanteeseen liittyvän ahdistuneisuuden hoidossa lääkehoitoa tehokkaampaa on potilaan elämäntilanteeseen sopiva psykoterapia ja toisen ihmisen tai lääkärin myötätuntoinen ymmärrys. Jotkut ihmiset voivat myös saada riittävän avun ahdistusoireisiin nettiterapioiden harjoituksista ja itsehoitokirjoista. (Huttunen & Socada 2017, 230.) Itsehoito onkin keskeinen osa onnistunutta hoitokokonaisuutta. Ahdistukseen liittyvää pahaa oloa voi yrittää lievittää esimerkiksi hengitys- ja rentoutumisharjoituksilla. Riippumatta siitä, mihin hoitomuotoon lopulta päädytään, potilas tarvitsee kuitenkin aina omahoitajuuteen perustuvan hoitosuhteen ja seurannan. (Liinaharja 2024.)

Vaikka eri hoitomuodoista löytyy paljon tutkittua tietoa, jotka vahvistavat niiden käyttökelpoisuutta GAD:in hoidossa, tutkimuksia tarvitaan vielä lisää. Tarpeellisia aiheita olisivat esimerkiksi psykoterapian ja lääkehoidon tehokkuuden vertailu erillisinä hoitomuotoina. (Strawn ym. 2019.) Niiden vaikuttavuutta on vertailtu liian vähän samoissa kontrolloiduissa tutkimuksissa (Fagan & Baldwin 2023). Lisäksi hoidon optimaalista kestoja tulisi tutkia ja vertailla eri lääkehoitojen vaikutuksia. Hyödyllisiä tutkimuksia olisi myös sellaiset, joissa tunnistetaan hoitovasteeseen vaikuttavia tekijöitä. Sen avulla voitaisiin parantaa potilaskohtaisen hoidon valitsemista. (Strawn ym. 2019.)

### 3.1 Lääkehoidon periaatteet

GAD:in lääkehoidon tavoitteena on laskea korkea ahdistuneisuutta. Lääkehoidon tulisi kestää oireiden kroonisuuden vuoksi ainakin 6–12 kuukauden ajan oireiden loppumisen tai riittävän lievittymisen jälkeen. (Koponen 2024.) Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoon voi vaikuttaa muun muassa potilaan ikä ja hänen muut somaattiset ja psyykkiset sairaudet tai vaivat. Ne voivat vaikuttaa esimerkiksi lääkevalintaan ja lääkeannoksiin. (Käypä hoito -suositus 2024). Somaattisista vaivoista kärsivien potilaiden ahdistuneisuuden lääkehoidossa on huomioitava psyykenlääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset sekä yhteisvaikutukset potilaan muiden lääkkeiden kanssa (Leppävuori 2019, 363).

GAD:in lääkehoidon aloituksen perusteena on pitkittyneet, jatkuvat ja voimakkaat oireet. Yleistynyt ahdistuneisuus voi olla toimintakykyä vakavasti rajoittavaa ja kestää kuukausia. Ahdistuneisuushäiriössä oireet ovat pitkäkestoisia ja ainakin osittain elämäntilanteesta riippumattomia. Joskus lääkehoito osoittautuu ainoaksi toimivaksi hoitokeinoksi. Hoidon suunnittelussa on tärkeää erottaa GAD muista ahdistuneisuushäiriöistä ja masennustiloista. Lääkehoidon aloituksessa on myös olennaista arvioida, onko kyse ahdistuneisuushäiriöstä vai elämäntilanteeseen liittyvistä tilapäisistä ahdistus- tai pelko-oireista. (Huttunen & Socada 2017, 230–255.)

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidossa olennaisimmat lääkeaineryhmät ovat SNRI- ja SSRI-lääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet sekä beetasalpaajat ja bentsodiatsepiinit. Nämä lääkeaineet vaikuttavat aivojen välittäjäainejärjestelmiin, joissa on todettu häiriöitä ahdistuneisuushäiriöiden yhteydessä. Niihin järjestelmiin kuuluvat muun muassa noradrenaliini-, GABA- ja serotoniinijärjestelmät. (Leppävuori 2019, 381.) GAD:in hoidossa käytetään myös pregabaliinia ja buspironia. Mikäli lääkehoidolla ei saada riittävää vastetta, voidaan lääkitykseen lisätä pieni annos psykoosilääkettä. (Huttunen & Socada 2017, 233.) Hoidossa on käytetty toisen polven psykoosilääkkeitä, joista ketiapiinilla on ainoa tutkimusnäyttö GAD-potilaiden hoidossa (Käypä hoito -suositus 2024).

#### 3.1.1 Masennuslääkkeet

Masennuslääkkeet ovat GAD:in pitkäaikaisen hoidon ja akuuttihoitovaiheen ensisijainen lääkeryhmä (Käypä hoito -suositus 2024). Masennuslääkkeiden ensisijaisuutta hoidossa puoltaa GAD-potilaiden oireiden taustalla tai rinnalla usein esiintyvät samanaikaissairaudet, joita hoidetaan myös masennuslääkkeellä. Joidenkin masennuslääkkeiden hoitoannokset voivat poiketa GAD:in ja masennuksen hoidossa toisistaan. (Huttunen & Socada 2017, 256–257.) Jos SSRI-lääkkeet eivät ole toimineet GAD-potilaan hoidossa, voivat SNRI-lääkkeisiin kuuluvat venlafaksiini ja duloksetiini saada halutun vaikutuksen. Ja päinvastoin, jos SNRI-lääkkeet eivät ole toimineet voidaan kokeilla hoitoa SSRI-lääkkeellä. Lisäksi muut masennuslääkkeet kuten trisykliset masennuslääkkeet voivat helpottaa GAD:in oireita. (Huttunen & Socada 2017, 256–257.)

Tutkijoiden mukaan SSRI-lääkkeet ovat GAD:in hoitoon tehokkain lääkeaineryhmä. (Leinonen ym. 2018). Niiden yleistyminen liittyy niiden toksisuuden vähäisyyteen, hyvään siedettävyyteen ja yksinkertaiseen annostukseen. Ne ovat turvallisia suurinakin yliannoksina, jos niitä on käytetty yksinään. SSRI-lääkkeen yhteiskäyttö lääkkeen kanssa, joka vaikuttaa aivojen serotoniinijärjestelmään voi kuitenkin johtaa vaaralliseen serotoniinioireyhtymään. (Huttunen & Socada 2017, 122–128.)

SSRI-lääkkeet ovat vaikutusmekanismiltaan selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä. Niihin kuuluu setraliini, sitalopraami, essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini ja paroksetiini. SSRI-lääkkeet voidaan usein aloittaa hoitoannoksella. Jos lääkkeellä ei saada riittävää vastetta 2–4 viikon aikana ja haittavaikutukset puuttuvat, voidaan annosta nostaa kaksinkertaiseksi muutama viikon ajaksi.

Osa SSRI-lääkkeistä estää maksan CYP-entsyymien toimintaa, minkä takia ne voivat suurentaa muiden lääkkeiden pitoisuutta, joita on käytetty samanaikaisesti. Lääkkeistä CYP-entsyymejä estävät vähiten essitalopraami, sertraliini sekä sitalopraami, ja sen vuoksi ne sopivat parhaiten potilaiden käyttöön, joilla on samanaikaisesti muita lääkkeitä käytössä. (Huttunen & Socada 2017, 124.)

Myös SNRI-lääkkeet ovat todetusti ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon sopivia (Huttunen 2017, 129). Niihin kuuluvat duloksetiini ja venlafaksiini ovat tehokkaita GAD:in hoidossa (Käypä hoito -suositus 2024). SNRI-lääkkeitä kutsutaan kaksoisvaikutteisiksi masennuslääkkeiksi, koska niiden hoitovaikutuksen arvellaan perustuvan siihen, että ne estävät serotoniinin sekä adrenaliinin takaisinottoa. Niitä käytettäessä on seurattava potilaan verenpainetta, etenkin hoidon aloitusvaiheessa ja suurien annosten yhteydessä, koska ne nostavat joidenkin potilaiden verenpainetta suurina annoksina. (Huttunen 2017, 128–131.)

Venlafaksiinin käyttö suositellaan aloittamaan 75 mg:n vuorokausiannoksella ja sitä nostetaan vasteen mukaan kahden viikon välein tarvittaessa 225 mg:n tasolle asti. Sitä käytetään yleensä pitkävaikutteisena depot-tablettina, joka otetaan kerran päivässä. Hoitovaste saadaan tavallisesti 150–225 mg:n vuorokausiannoksella. (Huttunen & Socada 2017, 128–129.)

Duloksetiinin käyttö aloitetaan GAD:in hoidossa tavallisesti 30 mg:n vuorokausiannoksella ja annosta voidaan nostaa, jos haluttua vastetta ei saada neljän viikon aikana (Huttunen & Socada 2017, 130). Lääkkeen hoitoannos on 60–120 mg vuorokaudessa (Käypä hoito -suositus 2024).

SSRI- ja SNRI-lääkkeiden vaikutusta voidaan tehostaa käyttämällä pieniä annoksia masennuslääkkeisiin kuuluvaa mirtatsapiinia, jota kutsutaan NASSA-lääkkeeksi (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant). Sen avulla voidaan hoitaa muun muassa kroonista

unettomuutta. (Leppävuori 2019, 381). Pieninä annoksina sen rauhoittava ja sedatiivinen vaikutus korostuu. Mirtatsapiinin tavallisimpiin haittavaikutuksiin kuuluvat päänsärky, ruokahalun lisääntyminen, painonnousu tai joskus voimakas sedaatio. (Huttunen & Socada 2017, 132.)

Trisyklisiä masennuslääkkeitä on käytetty pieninä annoksina ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Huttunen & Socada 2017, 114–118). Niiden käytöstä on kuitenkin vain vähäistä näyttöä GAD:in hoidossa (Fagan & Baldwin 2023). Trisyklisiin masennuslääkkeisiin kuuluvat doksepiini, amitriptyliini, nortriptyliini, trimipramiini ja klomipramiini. Ne aloitetaan pienellä annoksella, ja annosta nostetaan hoitovasteen mukaan. Hoitoannokseen pääseminen kestää 2–4 viikkoa. Trisykliset masennuslääkkeet otetaan yleensä 1–3 kertaa päivässä ja niiden sedatiivisen vaikutuksen takia suurin tai koko annos otetaan yleensä iltaisin. Lääkkeen pitoisuus voidaan mitata plasmaplasta, esimerkiksi jos lääkkeellä ei olla saatu haluttua vastetta. (Huttunen & Socada 2017, 114–118.)

Trisykliset masennuslääkkeet voivat olla yliannoksina hengenvaarallisia. Ne voivat hidastaa sydänlihaksen sähköistä johtumista ja siten pidentää sydämen johtumisaikoja kuten QT- tai QRS-aikaa. Niiden muita haittavaikutuksia ovat painonnousu ja antikolinergiset vaikutukset, kuten suun kuivuminen tai ummetus. (Huttunen & Socada 2017, 120–121.)

### 3.1.2 Anksiolyyttiset lääkkeet

Leppävuoren (2019, 381–382) mukaan buspironi on ahdistuneisuutta hoitava lääke ja kuuluu atsapironien lääkeaineryhmään. Buspironi soveltuu hyvin GAD:in hoitoon ja sen etu ahdistuneisuutta hoitavana lääkkeenä perustuu vähäisiin haittavaikutuksiin. Se ei kuitenkaan ole tehollaan bentsodiatsepiinien tai masennuslääkkeiden veroinen, mikä on hidastanut sen yleistymistä. Buspironin ahdistusta lieventävä eli anksiolyyttinen vaikutus alkaa asteittain 2–6 viikon kuluessa lääkkeen aloituksesta. Se aloitetaan 5–10 mg:n vuorokausiannoksella ja annos voidaan myöhemmin nostaa asteittain 60 mg:n tasolle hoitovaste ja haittavaikutukset huomioiden. Anksiolyyttisen vaikutuksen saavuttamiseksi lääkettä pitäisi käyttää säännöllisesti ja lyhyen puoliintumisajan vuoksi annos tulisi jakaa 2–3 ottokertaan päivässä. (Huttunen & Socada 2017, 243–257.)

Buspironin käyttöön liittyvät haittavaikutukset ovat yleensä lieviä ja vähenevät, kun lääkehoito etenee. Lääkeannoksen pienentäminen vähentää haittavaikutuksia. Tavallisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu pahoinvointi, päänsärky, huimaus ja hermostunut levottomuus. (Huttunen & Socada 2017, 277.) Sen käyttöön ei kuitenkaan kehity riippuvuutta eikä lääkkeen lopettamiseen liity vieroitusoireita, minkä vuoksi se soveltuu päihteiden käyttäjien ja niistä vieroittuvien ahdistuneisuuden hoitoon. Buspironin käyttö ei myöskään voimista bentsodiatsepiinien vaikutusta, eivätkä sen haittavaikutukset ole lainkaan samanlaisia. On kuitenkin huomattava, että aikaisemmin bentsodiatsepiineja käyttäneet potilaat eivät hyödy buspironista niin

paljon kuin potilaat, joilla ei ole ollut aikaisempaa bentsodiatsepiinien käyttöä. Tämän aiheuttaja on jäänyt tuntemattomaksi. (Leppävuori 2019, 381–382.)

Vielä 1900-luvun jälkipuolella ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito keskittyi bentsodiatsepiinihoitoon (Leinonen ym. 2018). Leppävuoren (2019, 382) mukaan bentsodiatsepiinit ovat edelleen laajasti käytössä GAD:in hoidossa. Niiden käyttöä suositellaan nykyään kuitenkin ensisijaisesti vain, jos SSRI- ja SNRI-lääkkeet eivät ole sopineet hoitoon (Fagan & Baldwin 2023). Toisaalta Huttusen ja Socadan (2017, 257) mukaan GAD:in lääkitykseen voidaan lisätä bentsodiatsepiini silloin, kun masennuslääkkeellä, buspironilla tai pregabaliinilla ei olla saatu riittävää vastetta.

Bentsodiatsepiinit ovat anksiolyyttisiä lääkkeitä ja teholtaan ne ovat vähintään masennuslääkkeiden veroisia. Niitä voidaan käyttää oireiden voimistuessa, muutaman päivän tai viikon kestoisissa jaksoissa. Bentsodiatsepiinien pidempiaikainen käyttö suuremmallakin annoksella voi olla kuitenkin jossakin tilanteessa kliinisesti oikein. Niiden käyttö on perusteltua, kun potilaalle ei saada riittävää vastetta muilla lääkkeillä ja hoitokeinoilla tai, kun potilaan tuskaisuus ja ahdistuneisuus on tilanne huomioiden erityisen kiusallista tai toimintakykyä lamaavaa. (Huttunen & Socada 2017, 233–258.)

GAD:in hoidossa suositaan yleisesti pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, joihin kuuluu diatsepaami, klonatsepaami, alpratsolaamin depot-muoto ja klooridiatsepoksidi. Niitä suositaan, koska niiden vaikutus on tasainen. (Huttunen & Socada 2017, 233–258.) Bentsodiatsepiinit ovat tehokkaita, mutta ne soveltuvat huonommin pitkäaikaisten oireyhtymien hoitoon. Niihin kehittyy nopeasti toleranssi ja käyttöön liittyy väärin- ja liikakäyttöongelma. Säännöllinen yli 2–3 viikon aikainen käyttö voi johtaa fysiologiseen riippuvuuteen ja vieroitusoireiden esiintymiseen, kun lääkkeen käytön lopettaa. (Leinonen ym. 2018.) Lääkehoidon yleisiin haittavaikutuksiin kuuluu psykomotoristen toimintojen huonontuminen, sedaatiovaikutukset ja ohimenevät muistihäiriöt (Koponen 2024).

Riippuvuusriskin vuoksi bentsodiatsepiinihoidon aloitus tehdään huolellisesti ja harkiten. Ennen lääkehoidon aloitusta potilaan päihteiden käyttö ja mahdollinen aikaisempi bentsodiatsepiinien käyttö ja siihen liittyneet riippuvuusoireet on selvitettävä. Pitkäaikaisessa hoidossa lääkkeen annosta on arvioitava säännöllisesti ja vastaanottokäynneillä on seurattava potilaan vointia ja hoidon etenemistä. Lisäksi psykoedukaation osuus on tärkeä osa onnistunutta lääkehoitoa. (Käypä hoito -suositus 2024.)

GAD-potilaan bentsodiatsepiinilääkitys puretaan asteittain pidemmän ajan (viikoista kuukausiin) kuluessa. Annoksen pienentäminen tai lopettaminen voi aiheuttaa vieroitusoireita. Vieroitusoireet voivat pahentaa ahdistuneisuutta, mutta tässä yhteydessä esiintyvä ahdistus ei ole bentsodiatsepiinihoidon jatkamisen aihe. (Käypä hoito -suositus 2024.)

Tutkimuksissa pregabaliini on todettu GAD:in hoidossa yhtä tehokkaaksi kuin masennuslääkkeet (Huttunen & Socada 2017, 244–258). Pregabaliini kuuluu PKV-lääkkeisiin (Duodecim Terveyskirjasto 2024), ja se on GABA-johdannainen lääke eli se vaikuttaa aivojen GABA-välittäjäainejärjestelmään. Sitä käytetään esimerkiksi epilepsian hoidossa. GAD:in hoidossa sen tyypillinen vuorokausiannos on 150–600 mg, joka tulisi jakaa 2–3 annokseen päivässä. (Huttunen & Socada 2017, 244–258.) Lääkkeen käyttöön liittyy väärinkäytön riski ja lyhytaikaisenkin käytön lopettamiseen liittyy vieroitusoireita (Leppävuori 2019, 382). Sen vuoksi pregabaliinin määräämisessä on noudatettava varovaisuutta potilailla, joilla on todettu aikaisempaa päihteiden käyttöä tai lääkkeen käyttöön on liittynyt lääkehakuista käyttäytymistä (Koponen 2023).

Pregabaliinin harkitseminen lääkehoitoon on perusteltua, kun masennuslääkkeen ja terapian yhdistelmällä ei olla saatu riittävää hoitovastetta (Koponen 2023). Osa potilaista, jotka eivät kokeneet riittävää apua SSRI- ja SNRI-lääkkeistä ovat hyötäneet pregabaliinin käytöstä (Huttunen & Socada 2017, 244–258). Sitä voidaan käyttää myös tilanteissa, joissa halutaan välttyä SSRI- ja SNRI-lääkkeiden unihäiriöitä pahentavalta vaikutukselta (Käypä hoito -suositus 2024). Pregabaliini on yleisesti hyvin siedetty lääke. Sen tavallisimpiin haittavaikutuksiin kuuluvat vatsavaivat, huimaus, uneliaisuus, ärtyneisyys ja painonnousu (Huttunen & Socada 2017, 244–258).

### 3.1.3 Muut lääkkeet

GAD:in hoidossa voidaan käyttää masennuslääkkeen ohella pientä annosta toisen polven psykoosilääkettä, jonka tarkoituksena on tehostaa masennuslääkkeen vaikutusta. Toisen polven psykoosilääkkeisiin kuuluvat muun muassa olantsapiini, arpipratsoli, risperidoni ja ketiapiini. Niitä voidaan käyttää niin sanotun hoitoresistentin GAD:in hoidossa. (Leppävuori 2019, 382.) Niiden kokeilu voi olla perusteltua erityisesti tilanteissa, joissa ahdistuksen oireiden taustaan liittyy psykoottisävytteisiä pelkoja (Huttunen & Socada 2017, 259). Toisen polven psykoosilääkkeitä voidaan käyttää potilailla, joilla masennuslääkkeen ja terapian yhdistelmä ei ole ollut riittävä. GAD:in lääkehoidossa on aikaisemmin käytetty enemmän psykoosilääkkeitä, mutta niitä ei kuitenkaan enää suositella niiden mahdollisten pitkäaikaishaittojen vuoksi. (Koponen 2023.)

Eri lähteet esittävät hieman eroavia näkökulmia toisen polven psykoosilääkkeiden käytöstä GAD:in hoidossa. Useassa lähteessä puhutaan ketiapiinin käyttökelpoisuudesta ja muutamassa mainitaan myös, että muita toisen polven psykoosilääkkeitä voidaan kokeilla hoitoon, jos muut hoitokeinot eivät ole toimineet. Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen (2024) mukaan ketiapiini on todettu tehokkaaksi GAD:in hoidossa, mutta muihin psykoosilääkkeisiin liittyvä näyttö ei ole riittävää. Myös Huttunen ja Socadan (2017, 259) mukaan ketiapiinista on tutkimusten mukaan ollut hyötyä yksin tai lisälääkkeenä GAD:in hoidossa. Ketapiinin annos on 100–300 mg:n välillä päivässä ja depotmuodossa lääke kannattaa ottaa iltaisin. Päiväväsymystä voidaan välttää iltannoksen avulla. (Huttunen & Socada 2017, 18, 259.) Psykoosilääkkeitä käytettäessä on

kuitenkin huomioitava mahdolliset haittavaikutukset, joihin kuuluu painon nousu, metabolinen oireyhtymä, sedaatio ja lääkkeen aiheuttama levottomuustila (Leppävuori 2019, 382).

Beetasalpaajiin kuuluva propranololi on käyttökelpoinen, kun ahdistuneisuuteen liittyy paljon somaattisia oireita kuten vapinaa, punastumista tai sydäntuntemuksia. Sen annos on tyypillisesti 80–160 mg:n välillä vuorokaudessa. (Huttunen & Socada 2017, 259.). Propranololia on käytetty myös tilannekohtaisen ahdistuneisuuden hoidossa ja sen 20–40 mg:n annos on todettu sopinut tilannekohtaisen pelon hallinnassa. Kuitenkin viimeaikaisten tutkimusten mukaan lääkkeen käyttöä ei suositella rutiininomaisesti tilannekohtaisen ahdistuksen hoidossa. Beetasalpaajien käyttö on vasta-aiheista keuhkohtaumatauti- ja astmapotilailla. Niitä tulee käyttää harkiten myös diabeetikoilla, koska ne voivat peittää hypoglykemian oireita ja hypoglykemian yhteydessä ne estävät glykokeenin pilkkoutumisen. (Leppävuori 2019, 382.)

Lisäksi antihistamiineihin kuuluva hydroksitsiini on todettu tehokkaammaksi kuin lumelääke yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa. Ahdistuneisuuden helpottuminen on yhdistetty lääkkeen sedatiiviseen vaikutukseen. Potilaan hoidossa voitaisiin käyttää hydroksitsiinia esimerkiksi silloin, kun oirekuvaan kuuluu ahdistuneisuutta ja allergiaoireita. (Leppävuori 2019, 382.) Huttunen ja Socadan (2017, 259) mukaan sen 25–50 mg:n vuorokausiannos lievittää yleistynyttä tuskaisuutta.

#### 3.1.4 SSRI- ja SNRI-lääkkeiden haittavaikutukset

SSRI-lääkkeiden pitkäaikaisen käytön tavallisimpiin haittavaikutuksiin kuuluvat eriasteiset ja erilaiset seksuaaliset toimintahäiriöt. Eri selvitysten mukaan jopa 30–50 %:lla lääkettä käyttävistä potilaista on ilmennyt seksuaalisia toimintahäiriöitä, joiden syntyperää ei olla täysin selvitetty. Potilaalle on hyvä kertoa mahdollisesta haittavaikutuksesta ja siitä, että se poistuu täysin, kun lääkkeen käytön lopettaa. Erektion, libidon ja kiihottumisen heikentyminen voi olla SSRI-lääkkeen aiheuttamaa, mutta yleisin haitta on siemensyöksyn tai orgasmin estyminen. Nämä lääkkeen käyttöön liittyvät toimintahäiriöt eivät lieviy lääkkehoidon aikana, eivätkä ne poistu vaihtamalla toiseen SSRI-lääkevalmisteeseen tai SNRI-lääkkeeseen. Muita SSRI-lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia voidaan ainakin jossain määrin hoitaa muilla lääkkeillä. (Huttunen & Socada 2017, 125–127.)

Vatsavaivat kuten ripuli, pahoinvointi ja vatsakivut ovat yleisimmät SSRI-lääkkeiden haittavaikutukset lääkehoidon alkuvaiheessa. Lääkkeen aloitus pienellä annoksella sekä lääkkeen ottaminen ruokailun yhteydessä voivat lievittää SSRI-lääkkeen aiheuttamia vatsavaivoja. (Huttunen & Socada 2017, 125–127.) SSRI-lääkkeet voivat lisätä alttiutta verenvuodolle sekä lisätä pohjukaissuolen- ja vatsahaavojen vuotoa (Socada 2023). Riskiryhmiä verenvuodolle ovat potilaat, joilla on aikaisemmin todettu vatsahaavan tai pohjukaissuolen verenvuotoa, yli 65-vuotiaat potilaat sekä potilaat, joilla on käytössä verenvuotoa lisääviä lääkkeitä. (Huttunen & Socada 2017, 125–127.)

SSRI-lääkkeet aiheuttavat motorista levottomuutta, ahdistuneisuutta, unettomuutta ja kiihtyneisyyttä 10–15 %:lla potilaista. Lääkkeen aloitus pienellä annoksella sekä lääkeannoksen nostaminen hitaasti lievittävät näitä oireita. SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa myös hikoilua ja tunneherkkyyden vähentymistä. Lisäksi niihin kuuluvien sitalopraamin ja essitalopraamin on todettu pidentävän sydämen QT-aikaa. (Huttunen Socada 2017, 125–126.)

SSRI-lääkkeiden haittavaikutukset ovat erityisesti pieninä annoksina suurimmaksi osaksi samalaisia kuin SNRI-lääkkeisiin kuuluvien duloksetiin ja venlafaksiinin. Seksuaaliset haitat ovat duloksetiin käytössä harvinaisempia. Lisäksi suurempina annoksina SNRI-lääkkeiden on todettu nostavan joidenkin potilaiden verenpainetta. (Huttunen & Socada 2017, 130–131.)

Hengenvaarallinen serotoniinioireyhtymä aiheutuu kahden lääkkeen yhteiskäytöstä, jotka vaikuttavat aivojen serotoniinijärjestelmään. Niitä ovat esimerkiksi SSRI- ja SNRI-lääkkeet, MAO:n estäjä moklobemidi ja mirtatsapiini. Sen vuoksi näiden lääkkeiden lopetuksen ja uuden serotonergisen lääkkeen aloituksen välillä tulee odottaa 1–4 viikkoa. (Huttunen & Socada 2017, 126–132.)

### 3.1.5 Lääkehoidon vaikuttavuus

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa jopa 40–50 % potilaista ei saa riittävää vastetta hoidon alussa valitun lääkkeen avulla (Fagan & Baldwin 2023). Jos GAD-potilaan hoidossa ensimmäinen lääke ei tuota riittävää vastetta, on suositeltavaa kokeilla eri vaihtoehtoja, sillä eri potilaat voivat hyötyä eri lääkkeistä. Joillekin potilaille kahden lääkkeen yhteiskäyttö voi tuottaa paremman tuloksen. Lääkkeiden lopetuksessa ja uusien lääkkeiden kokeilussa on kuitenkin huomioitava se, että useaan GAD:in hoidossa käytetyn lääkkeen lopetukseen voi liittyä merkittäviä haittavaikutuksia. (Huttunen & Socada 2017, 121–260.)

Lääkehoidon vaikuttavuutta tulisi arvioida ainakin 12 viikon ajan. Hoitovasteen vähäisyys 4 viikon kohdalla voi kuitenkin jo viitata siihen, ettei lääkkeellä tulla saamaan riittävää vastetta. (Fagan & Baldwin 2023.) Leinosen ym. (2018) mukaan hoitolinjauksen ja diagnoosin tarkistaminen voi olla tarpeellista, jos riittävää vastetta ei olla saatu 8–12 viikon aikana. GAD:in oireet ovat luonteeltaan vaihtelevia ja sen vuoksi hoitovasteen luotettava arviointi edellyttää riittävän tiheän seurannan. Lääkehoidon kanssa samanaikainen alkoholiriippuvuus, masennustila sekä tietyt sosiaaliset tai yhteiskunnalliset tekijät, kuten matala koulutustaso ja työttömyys, vaikuttavat hoitovasteeseen heikentävästi. (Koponen 2023.)

Täydellistä paranemista GAD:ista pidetään harvinaisena ja lääkehoidon vaste voi usein olla vain osittainen (Leinonen ym. 2018). Kirjallisuudessa puhutaan usein hoitoresistentistä GAD:ista ja sen tarkka määritelmä on vaihdellut eri lähteissä. Faganin ja Baldwinin (2023) tutkimusartikkelissa viitataan systemaattiseen tutkimukseen, jossa on tutkittu hoitoresistentin ahdistuneisuushäiriön määritelmää. Tutkimuksessa päädyttiin siihen, että ahdistuneisuushäiriötä voidaan

kuvata hoitoresistentiksi, jos hoito on epäonnistunut, kun on kokeiltu vähintään yhden ensisijaisen lääkkeen ja psykoterapian yhdistelmää vähintään 8 viikon ajan. (Fagan & Baldwin 2023.)

### 3.2 Psykoedukaatio ja psykoterapeuttiset hoitomuodot

Psykoedukaation tulisi olla aina osa potilaan kokonaishoitoa. Sen tarkoituksena on auttaa potilasta ymmärtämään omaa sairauttaan, sen taustaa ja sen aiheuttamia oireita. Siinä keskitytään keinoihin, miten potilas voi itse vaikuttaa sairauden kulkuun ja sitä kautta potilaan koherenssin tunne vahvistuu. Painopiste työskentelyssä on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa, ei menneisyydessä tai sairastumisen syissä. Psykoedukaatioon voidaan sisällyttää myös potilaan perheenjäseniä. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, luku 6.)

Hoitajan antamaan psykoedukaatioon kuuluu oleellisesti myös eri hoitomuotojen esittelemineen (Viikki & Leinonen 2015). Esiteltäviin psykoterapeuttisiin hoitomuotoihin voivat kuulua muun muassa lyhytterapioihin sisältyvä nettiterapia tai pitkäkestoinen, kuntouttava psykoterapia. Lievästä tai keskivaikeasta GAD:ista kärsivä potilas voi hyötyä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytterapiasta nettiterapian muodossa (Stenberg, Joutsenniemi & Holi 2015). Suomessa nettiterapiaa tuottaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri eli HUS (Peltola 2024).

Kroonistuneesta oirekuvasta kärsivälle potilaalle suositellaan pitkäaikaista psykoterapiaa. Sen tarkoituksena on muun muassa lievittää psyykkisen häiriön aiheuttamaa kärsimystä sekä tukea yksilön psyykkistä kasvua. Psykoterapiaa voi hakea joko omakustanteisesti tai Kelan kuntoutuspsykoterapiana. (Eerola 2022.) Nykyään tietysin edellytyksin HUS:in tai perusterveydenhuollon potilas voi saada palvelusetelin avulla psykoterapiaa myös maksutta (Mielenterveystalo 2025a).

#### 3.2.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaatiossa tärkeää on vuorovaikutteinen ja tasavertainen keskustelu potilaan kanssa (Viikki & Leinonen 2015; Hämäläinen ym. 2017, luku 6). Se ei ole ainoastaan koulutuksellinen työkalu, jolla syvennetään potilaan osaamista sairaudesta, vaan sen keskiössä on potilaan yksilölliset kokemukset. Hoitajan tulee osata liittää potilaan jakamat kokemukset hoitotyön ja lääketieteen ajankohtaisiin tietoihin ja niiden kautta jakaa omaa asiantuntijuuttaan aiheesta. (Hämäläinen ym. 2017, luku 6.) Joskus kuitenkin jo GAD:in oireista kertominen saattaa helpottaa potilaan ahdistusta. Esimerkiksi GAD:in somaattisista oireista kärsivän potilaan on usein helpottavaa kuulla, että esimerkiksi rintatuntemukset eivät johdukaan mistään elimellisestä sairaudesta, vaan kuuluvat GAD:in oirekuvaan. (Viikki & Leinonen 2015.)

Tarjotessaan psykoedukaatiota, hoitajan tulisi kertoa potilaalle oireiden ja reaktioiden tavallisuudesta ja yrittää lievittää potilaan mahdollista kokemusta ongelman ainutlaatuisuudesta. Psykoedukaatiota voidaan tarjota potilaalle yksilöllisesti tai perhetyön muodossa. Mikäli GAD:ia sairastavalla henkilöllä on lapsia, tulisi myös potilaan lapset huomioida psykoedukaatiota

suunnitellessa. Lapset saattavat herkästi stressaantua ja huolestua oman vanhemman tilanteesta ja tämä saattaa vaarantaa myös lapsen mielenterveyden. (Hämäläinen ym. 2017, luku 6.) Hoitajan on tärkeää ohjata potilas luotettavien tietolähteiden luokse ja esimerkiksi maahanmuuttajien kanssa on hyvä keskustella siitä, miten Suomessa hoidetaan mielenterveyshaasteita ja miten niistä puhutaan. Potilas ei välttämättä tiedä mistä luotettavaa tietoa sairaudesta voisi hakea tai miten sairautta voidaan hoitaa. Lisäksi joissakin kulttuureissa mielenterveysongelmista kärsivä voidaan leimata herkästi ”hulluksi”, mikä korostaa psykoedukaation tarvetta maahanmuuttajien keskuudessa. (Laasanen, Klemetilä, Solin, Pasanen & Castaneda 2021.)

Psykoedukaatio edistää potilaan sitoutumista hoitoon ja yhdessä oikean diagnoosin asettamisen kanssa, ne voivat vähentää turhia somaattisia tutkimuksia. Keskustellessa potilaan kanssa hänelle tulisi tarjota myös elämäntapaohjausta. (Viikki & Leinonen 2015.) Opinnäytetyön luvussa itsehoito, kappaleissa 3.3.1.–3.3.3. esitetään rentoutumisen, liikunnan sekä unen ja nukkumisen tärkeyttä ahdistuksesta toipuvalle. Hoitajan antamassa elämäntapaohjauksessa voi hyödyntää luvussa mainittuja itsehoito-osion aineistoja.

### 3.2.2 Nettiterapia

Ritolan ym. (2021) tutkimus on osoittanut, että HUS:in kehittämä nettiterapia on potilaalle kannattavampaa kuin GAD:in hoitamattomuus ja se vähentää tehokkaasti GAD:in oireita. Tutkimukseen osallistui 1099 potilasta, joista 894 oli saanut GAD-7 seulasta  $\geq 10$  pistettä. Nettiterapian päätyttyä heistä 47,1 % olivat alkaneet toipumaan häiriöstä ja heidän GAD-7 pisteensä tippuivat alle 10:een. Lähtötilanteesta riippumatta kaikki potilaat, jotka saivat nettiterapian päättyessä GAD-7 seulasta alle 5 pistettä, tulkittiin saavuttaneensa remissiovaiheen. Heitä raportoitiin olevan 23 % kaikista tutkimukseen osallistuneista.

HUS:in nettiterapian opetussisältö tarjoaa potilaalle syvempää ymmärrystä GAD:ista, sekä auttaa potilasta tunnistamaan ja refleктоimaan omaa käytöstään. Nettiterapiaan kuuluu myös erilaisia harjoitteita ahdistusoireiden lievittämiseen. Terapian kulkua seuraa nettiterapeutti, johon potilas voi ottaa yhteyttä viestitse terapiasuhteen aikana. (Stenberg, Joutsenniemi & Holi 2015.) Terapeutina toimii psykkiseen häiriöön erikoistunut psykologi tai sairaanhoitaja (Peltola 2024). Palvelun käyttö on asiakkaalle maksutonta. Nettiterapia on erityisen hyödyllinen tilanteissa, joissa psykososiaalista tukea ei pystytä tarjoamaan potilaalle riittävästi esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Se onkin kehitetty mielenterveyshaasteiden varhaiseksi tueksi, sillä tarpeeksi aikaisessa vaiheissa aloitetuilla lyhytterapioilla voidaan ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöiden kroonistumista. Lähetteen nettiterapiaan voi kirjoittaa kuka tahansa lääkäri. (Stenberg, Joutsenniemi & Holi 2015).

### 3.2.3 Kuntouttava psykoterapia

Psykoterapia on potilaan ja psykoterapeutin väliseen keskusteluun perustuva hoitomuoto, jonka tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä ongelmia ja niistä aiheutuvaa kärsimystä. Keskustelun apuna psykoterapiassa voidaan käyttää myös muita toiminnallisia menetelmiä esimerkiksi musiikkia tai kirjoittamista. Hoitosuhde perustuu luottamukseen ja sen keskiössä ovat potilaan ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen. Psykoterapian avulla tuetaan potilaan psyykkistä hyvinvointia ja lisätään potilaan valmiuksia kohdata ja käsitellä omia tunteitaan. (Eerola 2022.)

Psykoterapiamuotoja on kymmeniä erilaisia ja pääosin ne poikkeavat toisistaan lähestymistavoiltaan. Esimerkiksi jotkut terapiamuodot saattavat sisältää enemmän terapeutin antamia harjoitteita ja kotitehtäviä, kun toiset taas perustuvat yksinomaan terapeutin ja potilaan välisiin keskusteluihin. (Eerola 2022.) Tässä opinnäytetyössä valittiin kertoa kognitiivisesta psykoterapiasta, sillä sen yksi alahaara, kognitiivinen käyttäytymisterapia eli CBT, on eniten tutkittu psykoterapiamuoto (Karila, Koivisto & Fredriksson 2020) ja se on todettu tehokkaaksi lähestymistavaksi GAD:in hoidossa (Ranta & Ylijukuri 2020). CBT:tä hyödynnetään usein lyhytterapiassa, mutta se sopii myös erinomaisesti pitkittyneiden häiriöiden hoitoon (Karila ym. 2020).

Karilan ym. (2020) mukaan kognitiivinen psykoterapia perustuu terapeutin ja potilaan väliseen luottamussuhteeseen, hoidon tavoitteellisuuteen sekä vuorovaikutussuhteen tasavertaisuuteen. Sen perusajatuksena on, että yksilön tunteet, ajatukset ja käyttäytyminen ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ihmisen ympäristön kanssa. Kognitiivisen psykoterapiaan kuuluvaa CBT:tä voidaan pitää luotettavana, näyttöön perustuvana GAD:in hoitomuotona (Ranta & Ylijukuri 2020). Vaikka CBT kattaa alleen lisää terapian alahaaroja, niitä kaikkia yhdistää seuraavat oletukset: 1. kognitiot vaikuttavat käyttäytymiseen 2. on mahdollista tiedostaa, tarkastella ja muuttaa kognitiota 3. muuttamalla kognitioita, voi käyttäytymistä muuttaa. Käsitteellä kognitio viitataan ihmisen mielen sisäisiin tiedonkäsittelyprosesseihin, eli kaikkiin niihin toimintoihin, joilla ihminen hankkii, prosessoi ja käyttää tietoa. Se ei siis ole pelkkää ajattelua, vaan se tarkoittaa kaikkia mielen toimintoja, jotka vaikuttavat siihen, miten ymmärrämme maailmaa ja toimimme siinä. (Karila ym. 2020.)

Aikuisten potilaiden hoidossa CBT:n tehokkuutta tukee muun muassa Cuijpers ym. (2014) tekemä meta-analyysi, jossa tutkittiin eri psykoterapiamuotojen hyötyjä GAD:in hoidossa. Meta-analyysissä hyödynnettiin 41:tä tutkimusta ja niiden tuloksia analysoitiin ja verrattiin keskenään. Cuijpers ym. (2014) mukaan näyttäisi luotettavalta sanoa, että yleisesti psykoterapia, ja niistä erityisesti CBT, ovat tehokkaita GAD:in hoidossa.

Psykoterapiaan voi hakeutua omakustanteisesti tai hakemalla Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa. Sitä tarjotaan apuna 16–67-vuotiaille, joiden pysyminen ja jaksaminen työ- tai opiskeluelämässä on vaarantunut. Vuonna 2025 Kela korvaa 57,60 euroa yhdestä 45 minuutin yksilöterapiakäynnistä. Pidempiaikaisen terapian indikaationa voidaan pitää usealle eri elämän osa-

alueelle ulottuvia ongelmia. Psykoterapian tavoitteena voi olla esimerkiksi asiakkaan työ- ja opiskelukyvyn tukeminen tai asiakkaan kuntouttaminen takaisin työelämään. Kelan kuntoutuspsykoterapian hakeminen edellyttää psykiatrin B-lausuntoa ja arviota psykoterapian tarpeesta, sekä vähintään 3 kuukautta kestänyttä hoitosuhdetta mielenterveyshäiriön diagnosoinnin jälkeen. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa voi saada enintään kolmelle vuodelle, mutta sen jatkoa tulee hakea vuosittain uudella lääkärin lausunnolla. Jatkohakemuksen B-lausunnon voivat tehdä muutkin lääkärit kuin psykiatri. Mikäli remissiovaihe on saavutettu alle kolmessa vuodessa, ei psykoterapiaa ole välttämätöntä jatkaa. (Eerola 2022.)

#### 3.2.4 Palvelusetelipsykoterapia

Psykoterapiaa voidaan tarjota perusterveydenhuollon potilaalle myös maksuttomana palveluna palvelusetelipsykoterapian avulla. Palvelusetelipsykoterapian myöntämisen kriteerit vaihtelevat alueittain, ja ne määräytyvät kunkin hyvinvointialueen käytäntöjen mukaisesti. (Mielenterveystalo 2025e). HUS-alueella palveluseteliä voidaan myöntää paitsi perusterveydenhuollon potilaille, myös HUS:in psykiatrian ja pitkittyneiden oireiden kuntoutuspoliklinikan potilaille. Palvelusetelin avulla mahdollistetaan esimerkiksi HUS psykiatristen potilaiden psykoterapiaan pääsy silloin, kun potilaalla ei ole taloudellisesti mahdollista aloittaa Kelan kuntoutuspsykoterapiaa. Palvelusetelipsykoterapian tarjoajat ovat aina laillistettuja psykoterapeutteja eikä heillä saa olla samanaikaisesti työsuhdetta HUS:iin. (Mielenterveystalo 2025a.)

Lievästi oireilevalle HUS:in tai perusterveydenhuollon potilaalle voidaan myöntää lyhyitä, enintään 25:n käynnin palvelusetelipsykoterapioita. Pitkiä palvelusetelipsykoterapioita myönnetään aina vuodeksi kerrallaan ja niitä voidaan myöntää maksimissaan kolmelle vuodelle. Ne ovat tarkoitettu ainoastaan erikoissairaanhoidon piirissä oleville potilaille. Aikuiselle käyntejä voidaan myöntää vuosittain enintään 40, nuorille 90 ja lapsille 105. Aikaisemmin käyty Kelan kuntoutuspsykoterapia ei ole esteenä palvelusetelipsykoterapian saamiselle. (Mielenterveystalo 2025a.)

### 3.3 Itsehoito

Ahdistuksesta toipumista voidaan edistää pitämällä huolta elämän perusasioista. Terveellisellä ruokavaliolla, rentoutumisella, liikunnalla, hyvällä unenlaadulla ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisellä on merkittävä vaikutus arjessa jaksamiseen. (Smith 2022, 61–62; Rovasalo 2022; Käypä hoito -suositus 2024.) Näitä pidetään myös GAD:in ennaltaehkäisevinä tekijöinä (Käypä hoito -suositus 2024). Lisäksi ylimääräistä stressiä tulisi karsia, sekä alkoholin ja kofeiinipitoisten juomien liikakäyttöä välttää (Rovasalo 2022).

Keskeisimmät itsehoitomenetelmät pyrkivät parasympaattisen hermoston aktivointiin ja autonomisen hermoston palautumiseen. Rovasalon (2022) mukaan jotkut yksilöt saattavat hyötyä myös ahdistuksen itsehoitokirjoista. Niiden sisältämät harjoitteet saattavat auttaa yksilöä

läpikäymään pelkotilojen takana piilevää ahdistusta ja sen syitä. Lisäksi mielenterveystalon nettisivuilla on saatavilla ahdistuksen omahoito-ohjelma, joka on matalan kynnyksen palvelu GAD:in lievien ja keskivaikeiden ahdistusoireiden omahoitoon (Mielenterveystalo 2025b). Se on näyttöön perustuvaa ja sitä voidaan käyttää myös muun hoidon tukena. Omahoito-ohjelma sisältää muun muassa psykoedukaatiota aiheesta, harjoitteita ahdistuksen hallintaan sekä erilaisia itsereflektiotehtäviä. Se on ilmainen, aina saatavilla oleva palvelu, eikä sen hyödyntäminen edellytä GAD-diagnoosia. Omahoito-ohjelmia löytyy myös esimerkiksi muiden ahdistuneisuushäiriöiden sekä masennuksen hoitoon, joita yksilö voi hyödyntää, mikäli näitä samanaikaissairauksia esiintyy GAD:in yhteydessä. (Mielenterveystalo 2025b.)

### 3.3.1 Rentoutuminen

GAD:ista kärsivän ihmisen hermosto on usein ylivirittynyt ja kaipaa vastapainoksi rentoutumista. Rentoutumisen avulla saadaan aktivoitua parasympaattista hermostoa, jolla on rauhoittava ja ahdistusta lieventävä vaikutus. Tehokkain ja yleisin tapa rentoutumiseen ovat rauhoittavat palleahengitysharjoitukset. Ne ankkuroivat ihmisen nykyhetkeen ja rauhoittavat ahdistunutta, jonka hengitys on useimmiten pinnallista ja nopeaa. (Stenberg, Service, Saiho, ym. 2015, 38–39.) Pinnallisessa hengityksessä pallealihas jännittyy ja apulihakset aktivoituvat. Rintakehä voi jäädä jäykäksi ja hengitys rajoittua rintakehän yläosaan. Tämän myötä hengittäminen saattaa muuttua vaativaksi ja lisätä ahdistusta entisestään. Palauttamalla huomio takaisin palleahengitykseen, useimmiten ahdistuksen tunne lievittyy. Sen myötä myös muut lihasryhmät voivat rentoutua. Palleahengitysharjoituksen säännöllisyys saakin aikaan kestäviä muutoksia ja voi auttaa ahdistuksen säätelyssä. (Mielenterveystalo 2025c.)

Muita rentoutumiskeinoja ovat muun muassa erilaiset ohjatut rentoutumisharjoitukset sekä tietoisuustaitoharjoitukset. Mielenterveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelma sisältää palleahengitysharjoituksen lisäksi äänitettyjä ja ohjattuja kehon rentoutumisharjoituksia. Niissä kaikissa tarkastellaan kehon tuntemuksia ja pyritään rentouttamaan tietoisesti kehon eri lihasryhmiä. (Mielenterveystalo 2025c.)

Tietoinen läsnäolo tarkoittaa tarkkaavaisuuden suuntaamista nykyhetkeen ja sitä voi harjoitella erilaisten tietoisuustaitoharjoitusten avulla. Niissä tarkastellaan ajatuksia, tunteita ja kehon tuntemuksia sellaisina kuin ne sillä hetkellä ovat, eikä niitä pyritä muuttamaan. Se auttaa muun muassa yksilöä tunnistamaan omia tunteita ja ajatuksia, ja ottamaan etäisyyttä niihin. (Mielenterveystalo 2025d.)

### 3.3.2 Liikunta

Säännöllisellä liikunnalla on monia suotuisia vaikutuksia ihmisen terveyteen. Se muun muassa ehkäisee sydän- ja verisuonisairauksia, auttaa painon hallinnassa, ehkäisee 2-tyyppin diabetesta

ja laskee verenpainetta. Fyysisen terveyden lisäksi se edistää ihmisen psyykkistä terveyttä ja on tärkeä osa ahdistuksen lievittämisessä. (THL 2024.)

GAD:in hoidossa liikunnan määrä tulee suhteuttaa omaan kuntotasoon eikä suorituksen tarvitse olla rankkaa kuntoliikuntaa (Stenberg, Service, Saiho ym. 2015, 37; Smith 2022, 64). Liikunta lisää mielihyvän kokemusta arjessa - sillä on vahva antidepressiivinen vaikutus ja se kiihdyttää dopamiinin tuotantoa aivoissa. Hidastempoisellakin suorituksella, esimerkiksi joogalla, voidaan saavuttaa haluttuja tuloksia, kuten kehon ja mielen rauhoittuminen. (Smith 2022, 63–64.) Smith (2022, 64) suosittelee liikunnan aloittamista mielekkästä ja helposti lähestyttävästä liikuntamuodosta, esimerkiksi tanssimisesta kotona. Jos liikunta on mielekäästä, todennäköisemmin sen pariin palaa myöhemmin uudestaan.

### 3.3.3 Uni ja nukkuminen

Smithin (2022, 64–65) mukaan unen ja psyykkisen hyvinvoinnin suhde on kaksisuuntainen: toinen vaikuttaa lähes väistämättä toiseen. Jos ihmisen psyykinen vointi on huono, heijastuu se jossain vaiheessa uneen ja sen laatu kärsii. Sama toimii päinvastoin: jos unen laatu on heikkoa, ihmisen vireystila ja mieliala on päivän aikana matala, eikä palautumiskyky ole ennallaan. Monet asiat elämässä saattavat aiheuttaa unen häiriintymistä ja siksi niihin on tärkeää kiinnittää huomiota myös GAD:in hoidossa.

Aikaisemmissa luvuissa käsitellyt rentoutuminen ja liikunta tulisi ajoittaa päivärytmiin sopiviksi. Kofeiinin juomista tulisi välttää iltapäivän jälkeen. Illalla älylaitteiden näytön kirkkaus tulisi säätää minimiin ja ne tulisi sammuttaa hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa. Jos nukkumaan mennessä ajatukset rupeavat täyttymään huolista, voi olla hyvä ajatus kokeilla huolipäiväkirjan kirjoittamista. Päiväkirjaan on tarkoitus kirjoittaa illalla mieleen tulevat ajatukset ylös ja antaa niiden vain olla. Seuraavana päivänä tulisi ottaa aikaa huolien läpikäymiseen ja niiden käsittelyyn. Tämä antaa vapauden olla hetkellisesti ajattelematta huolia ja auttaa rentoutumaan. Unta ei myöskään voi pakottaa, vaan se tulee, kun ihminen luo itselleen rentoutavan ja rauhallisen ympäristön nukkumiseen. (Smith 2022, 65–66.)

#### 4 Hyvän e-oppimateriaalin piirteet

Oppimateriaalia tuottaessa tulee ymmärtää kriteerit laadukkaalle materiaalille. Oppimateriaali voi olla tarkoitettu tietynlaiseen oppimiseen ja tukea tiettyjä toimintoja paremmin. Kaikkia hyvän oppimisen piirteitä ei voida kuitenkaan yhdistää oppimateriaaliin. On kuitenkin oleellista, että e-oppimateriaalin tuottamisessa suositaan pedagogisesti parhaita piirteitä. (Opetushallitus 2024.)

E-oppimateriaalin laadulla tarkoitetaan sitä, että materiaali soveltuu sujuvasti opetus- ja opiskelukäyttöön. Laadukas oppimateriaali antaa pedagogista lisäarvoa, se tukee opetusta ja oppimista. Pedagogisella lisäarvolla voidaan tarkoittaa uudenlaisen tiedon käyttöä, uudenlaisia kehittämisen keinoja ja mahdollisuuksia jonkin tehtävän tekemiseen. Uusimman tutkimustiedon hyödyntäminen oppimateriaalissa sekä oppijan tietoista ajattelua ja aktiivista toimintaa tukeva oppimateriaali edustaa pedagogista laatua. (Opetushallitus 2024.)

E-oppimateriaalissa on kannattavaa käyttää verkon teknisiä mahdollisuuksia. Niihin kuuluu muun muassa vuorovaikutteisuus, linkitykset ja eri aineistojen jakaminen. (Ardestani, Adibi, Golshan & Sadeghian 2023; Opetushallitus 2024.) Oppimateriaalin ei suositella olevan vain ”verkoissa oleva kirja”. E-oppimateriaalin positiivisia ominaisuuksia ovat toimiva ja hyvin tuotettu tekninen kokonaisuus, oppimisen kannalta olennainen sisältö, visuaalisuus ja mielekkäät tehtävät. Oppilasta motivoivat tehtävät ovat avoimia, haasteellisia ja alkuperäisiä. Kiinnostavat toiminnalliset osuudet saavat oppilaan pysymään opittavassa aiheessa. (Opetushallitus 2024.)

Ardestani ym. (2023) tekemän tutkimuksen tulokset tukevat Opetushallituksen kuvaamia kriteerejä laadukkaalle e-oppimateriaalille. Tutkimuksessa tunnistettiin terveydenhuollon ammattilaisille suunnatun e-oppimateriaalin hyviä piirteitä kirjallisuuskatsauksen avulla. Niitä vertailtiin ja ne asetettiin tutkimuksen avulla tärkeysjärjestykseen. Tutkimuksessa käytettiin myös muita tutkimusmenetelmiä ja hyvän e-oppimateriaalin piirteiden arviointiin osallistui 105 henkilöä, jotka työskentelevät e-oppimisen parissa. Tärkeimmiksi piirteiksi todettiin materiaalin hyvä rakenne, oikeellisuus sekä ajankohtaisuus ja oppimisen hallinnointi, millä tarkoitetaan hyvin suunniteltua oppimiskokemusta. Yhtä merkittäväksi todettiin myös yleinen opiskelijatytyväisyys, mihin sisältyy muun muassa materiaalin hyödyllisyys, merkityksellisyys, laatu ja materiaalin vastaavuus opiskelijan odotuksiin. Seuraavaksi tärkeintä olivat opetustavat, joissa opiskelijat pohtivat ja toimivat aiheiden parissa yhdessä. Kolmanneksi tärkeimmät asiat olivat materiaalin arviointi ammattilaisten toimesta, sen helppokäyttöisyys ja materiaalia tuottaessa käytetty menetelmä. Näiden aiheiden jälkeen tärkeimmäksi aiheeksi todettiin e-oppimateriaalin yleinen saavutettavuus.

## 5 Digipalveluiden saavutettavuus

Lain digitaalisten palveluiden tarjoamisesta (303/2019) 3 luvun 7 § määrittää, että palvelun tarjoajan on varmistettava sisällön käyttöliittymien ja navigoinnin hallittavuus ja toimintavarmuus sekä sisällön ymmärrettävyys ja havaittavuus saavutettavuusvaatimusten mukaisesti. Euroopan unioni määrittelee nämä tekniset vaatimukset digitaaliselle palvelulle ja sen sisällölle. Vaatimusten mukaan muun muassa kaikista digitaalisista palveluista pitää löytyä saavutettavuusseloste, jossa kerrotaan palvelun saavutettavuudesta ja käyttäjillä tulisi olla mahdollisuus antaa palautetta palvelun saavutettavuudesta. (Liikenne- ja viestintävirasto Traficom 2025.)

Digipalveluiden saavutettavuudella tarkoitetaan sitä, että verkkosivut tai mobiilisovellukset soveltuisivat mahdollisimman monen erilaisen ihmisen käyttöön. Sillä varmistetaan, että verkossa olevat sisällöt ja palvelut ovat helppokäyttöisiä erilaisille ihmisille. Digipalvelun sisällön tulisi erottua hyvin sivun muista osista ja palvelun käytön pitäisi onnistua vaivattomasti. Otsikoinnin tulisi olla selkeää ja sisältöä kuvaavaa. Lyhyet kappaleet, tekstin hyvä jäsentely ja väliotsikoiden riittävä käyttö tekee tekstistä ymmärrettävää ja helppolukuista. Sisällön tarjoaminen kuvina, videoina ja tekstin kuuntelun mahdollisuus edistävät tekstin ymmärrettävyyttä. Digipalvelun tekniseen saavutettavuuteen kuuluu se, että palvelu toimii hyvin eri laitteilla ja palvelun ohjelmoinnin tulisi olla virheetöntä. Palvelun toimivuus avustavien teknologioiden kuten ruudunluohjelman pitäisi myös toimia. (Liikenne- ja viestintävirasto Traficom 2024.)

## 6 Yhteistyökumppani Skhole Oy

Skhole Oy tarjoaa täydennyskoulutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja opiskelijoille heidän digitaalisessa oppimisympäristössään. Asiakkaina on muun muassa eri oppilaitoksia ja sote-alan yrityksiä, kuten yksityisiä toimijoita ja hyvinvointialueita. Vuonna 2024 asiakasorganisaatioiden määrä oli yhteensä 659. Organisaatiot voivat ostaa vuosilisenssin oppimislustalle henkilökuntansa käyttöön ja näin tukea heidän ammatillista kehittymistensä. Yksityishenkilöillä on myös mahdollisuus tutustua palveluun ja sen sisältöön 2 viikon maksuttomalla kokeiluajalla. Valtaosa oppimisympäristöä käyttävistä ovat valmistuneita sairaanhoitajia ja lähihoitajia, mutta oppimisympäristöstä löytyy myös materiaalia lastensuojelussa työskenteleville. (Skhole Oy 2025.)

Oppimisympäristö on selkeä ja helppokäyttöinen. Vuonna 2024 alustalla oli yhteensä 2590 luentoa ja 229 kurssia. Luentoja, podcasteja ja seminaareja löytyy muun muassa eri asiakasryhmien hoitotyöstä, käsihygieniasta, aseptiikasta sekä eri sairauksien hoidosta. Lisäksi Skholelta löytyy kaikki lääkelupakurssit ja lääkelupaprosessin voi suorittaa oppimisympäristön kautta sähköisesti. Kaikkiin Skholen kurssiin sisällytetään luentotekstien lisäksi ääniluennot ja videot, mikä mahdollistaa räätälöidyn oppimiskokemuksen. (Skhole Oy 2025.)

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa oppimateriaali yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä ja sen yleisimmistä hoitomuodoista hoitotyön ammattilaisten ja opiskelijoiden käyttöön yhteistyökumppanimme Skhole Oy:n digitaaliseen oppimisympäristöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on

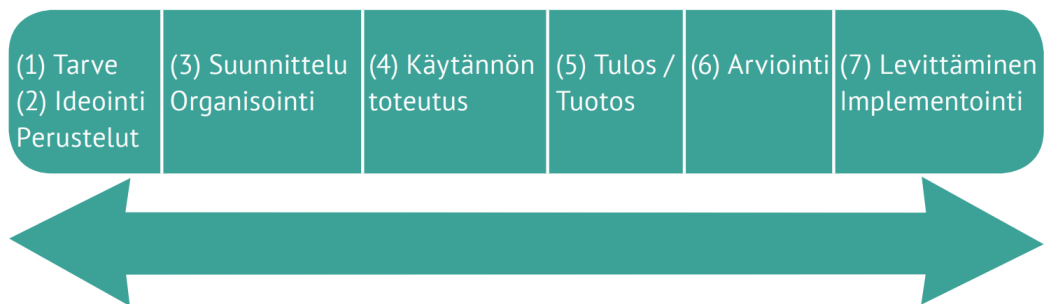
- Tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali GAD:ista ja sen yleisimmistä hoitomuodoista hoitotyön ammattilaisille.
- Kertoa GAD:ista ja sen yleisimmistä hoitomuodoista yleisellä tasolla keskittyen sen yleisimpiin hoitomuotoihin.
- Edistää oppimateriaalin saavutettavuutta.

## 8 Kehittämistyön prosessi

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin toiminnallinen kehittämistyö, jossa käytettiin yhteiskehittämistä ja iteratiivista prosessia apuna. Ojasalon, Moilasan ja Ritalahden (2014, 15) mukaan kehittämistöiden keskeisimpiä tavoitteita voi olla tuotteen tuottaminen, asiantuntemuksen jakaminen ja uuden tietämyksen tuominen ammatillisten verkostojen sekä työyhteisöjen saattaville. Vilkkalan (2021, 32) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi opas tai ohje, mikä vastaa ammatillisessa käytännössä tunnistettuun tarpeeseen.

Yhteiskehityksessä kehitetään palvelua yhteistyössä kaikkien osapuolien kanssa, joita prosessi koskee. Sen tarkoituksena on huolehtia siitä, että kaikkien osapuolien näkemykset prosessista ja sen kulusta tulevat esille. Osapuolien välillä kommunikaation tulisi olla avointa ja läpinäkyvää, jotta työ voisi saavuttaa sen täyden potentiaalin. (Ahonen 2019, 53–54.) Opinnäytetyön prosessissa on huomioitu yhteiskehityksen piirteet tekemällä tiivistä yhteistyötä Skhole Oy:n kanssa.

Yhteiskehityksen lisäksi työssä käytettiin iteratiivista kehitystä, joka Ahosen (2019, 56–58) mukaan tarkoittaa palvelun tai tuotteen tuottamista toistojen avulla. Tarkoituksena on tunnistaa jo kehittämisprosessin aikana tulokset tai ratkaisut, joihin ei olla tyytyväisiä ja kehittää näitä osioita niin kauan, kunnes haluttu lopputulos on saavutettu. Tätä kutsutaan iteratiiviseksi sykliksi. Joustavuutensa myötä iteratiivinen kehittäminen antaa erinomaiset valmiudet käytännöllisen ja laadukkaan palvelun tuottamiseen. (Ahonen 2019, 56–58.) Seuraavassa kuviossa 1 esitellään kehittämistyössä eteneminen vaiheittain.



Kuvio 1: Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 52)

Opinnäytetyö tuotettiin aikaisemmin mainittujen menetelmien ja teemojen mukaisesti. Opinnäytetyöprosessi alkoi kehittämistarpeen löytämisestä ja ideoinnista sekä aiheen rajauksesta. Seuraavaksi työlle tehtiin suunnitelma, jossa muun muassa asetettiin opinnäytetyölle suunta ja määritettiin arviointisuunnitelma. Käytännön toteutuksen vaiheessa opinnäytetyöhön kerättiin teorian tietoa ja sitä arvioitiin vaiheittain hyödyntäen iteratiivista prosessia ja yhteiskehityksen

periaatteita. Työn eteneminen jatkui siitä oppimateriaalin tuottamiseen sekä lopulliseen opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen arviointiin. Oppimateriaalin julkaisun jälkeen sen päivittäminen ja mahdollisten korjausten tekeminen ovat ensisijaisesti Skhole Oy:n vastuulla.

### 8.1 Oppimateriaalin toteutuksen kuvaus

Oppimateriaali on suunniteltu tukemaan hoitajien ammatillista kehittymistä ja sen tavoitteena on edistää hoitotyön ammattilaisten osaamista GAD:ista. Oppimateriaali on toteutettu yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti. Ennen varsinaisen oppimateriaalin toteutuksen aloittamista, prosessin suunnitteluvaiheessa tutustuttiin aiheen kirjallisuuteen ja tutkimustietoon.

Tärkeää oli myös heti prosessin alussa määrittää valmiille materiaalille asiakassegmentti, jotta teoriaosuudelle saatiin rajattua selkeä suunta. Asiakassegmentoinnin tarkoituksena on kohdentaa tuote tai palvelu vastaamaan jonkin tietyn asiakasryhmän vaatimuksia (Bergström & Lepänen 2021, luku 3.4.). Oppimateriaali päätettiin tuottaa yleisellä tasolla kaikkien hoitajien käyttöön eikä kaventaa asiakassegmenttiä esimerkiksi vain erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon hoitajiin. Aiheen laajuuden vuoksi aiheita jouduttiin rajaamaan useasti, mutta tiedonkeruussa ja kirjoituksessa huomioitiin, että tiedot ovat hoitotyön kannalta oleellisia. Esimerkiksi lääkehoidon kappaleissa on mainittu lääkeryhmien vaikutusmekanismeja, mutta niitä ei avata perusteellisesti. Lukija voi kuitenkin halutessaan perehtyä aiheeseen itse lisää. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen, omien kirjoitusten reflektointi sekä aiheen rajaaminen jatkui oppimateriaalin suunnitelmavaiheesta julkaisemiseen asti. Suunnitelmavaiheeseen kuului myös tiedonhankinta hyvästä oppimateriaalista ja sen toteuttamisesta. Lisäksi perehdyttiin siihen, miten oppimateriaalin saavutettavuutta voidaan edistää.

Käytännön oppimateriaalin toteuttamisen vaiheessa aiheeseen perehdyttiin huolellisesti ja koottiin opinnäytetyön teoriaosuus, joka toimi pohjana oppimateriaalille. Teoriaosuuden koostamisessa tutkimusten lisäksi hyödynnettiin useita eri oppaita ja suosituksia, jotka pohjautuvat lukuisiin tutkimuksiin sekä aiheen kirjallisuuteen.

Prosessia arvioitiin sen kaikissa vaiheissa. Palautetta teorian tiedon kirjoittamisesta saatiin Skhole Oy:n yhteyshenkilöltä, ohjaavilta opettajilta, Laurean viestinnän lehtoreilta sekä ulkopuolisilta henkilöiltä, kuten ystäviltä.

Prosessin varhaisessa vaiheessa päästiin myös tutustumaan Skhole Oy:n digitaaliseen oppimisympäristöön, jossa oli mahdollisuus tutustua valmiisiin oppimateriaaleihin. Tammikuussa 2025 saatiin yhteistyökumppanin yhteyshenkilöltä sähköpostitse Google Docs tiedosto, joka toimi pohjana oppimateriaalin toteuttamisessa. Täsmennystä tiedoston täyttämiseen ja oppimateriaalin kokoamiseen saatiin maaliskuussa 2025 pidettävässä Teams-palaverissa Skhole Oy:n kanssa.

Kun teoretietoa siirrettiin oppimateriaalin alustavalle pohjalle, mielessä pidettiin hyvät oppimateriaalin piirteet. Luentoihin tuotiin oppimisen kannalta olennainen sisältö ja luentokappaleiden loppuun koottiin linkkejä lisäoppimisen tueksi. Lisäksi saavutettavuutta edistettiin siinä määrin, kuin se oli kirjoittamalla mahdollista: kappaleet pidettiin lyhyinä, tiiviinä ja helppolukuisina. Luentotekstejä sujuvoitettiin ja muokattiin helppolukuisemmaksi yhteistyökumppanin luvalla tekoälyä hyödyntäen. Tekstien oikeellisuus tarkastettiin aina, kun tekoälyä hyödynnettiin ja mahdolliset virheet korjattiin. Luentojen sujuvoittamiseksi myös välikappaleita lisättiin ja varmistettiin, että teksti on ymmärrettävää. Kurssin loppuun tehtiin kysymyssosio, jossa lukija pystyi arvioimaan oppimaansa monivalintakysymysten avulla. Kysymyksiä laadittiin monipuolisesti kaikkia luentoaiheita hyödyntäen.

## 8.2 Tuotoksen esittely

Oppimateriaali koostuu kolmesta kurssista ja jokaiselle kurssille on tehty luentoja pohjautuen kurssin aiheeseen. Ensimmäisessä kurssissa johdatellaan lukija aiheeseen, kerrotaan GAD:in riskitekijöistä, taustoista, tunnistamisesta hoitotyössä sekä häiriön yleisimmistä oireista. Ensimmäiseen kurssiin on lisätty myös luento, jossa kerrotaan hoidosta yleisesti. Toisessa kurssissa esitellään lääkehoito, kolmannessa psykoedukaatio ja psykoterapeuttiset hoitomuodot sekä itsehoito. Oppimateriaalissa on yhteensä 18 luentoa. Oppimateriaalin lopussa on kysymyssosio, jossa on kehittämämme kysymyksiä kurssisisältöjen pohjalta. Kysymysten avulla lukija pystyy tunnistamaan sisäistetyt teemat oppimateriaalista ja tunnistamaan kohdat, joissa kertausta vielä tarvitaan. Kysymykset ovat oikein/väärin väittämiä tai monivalintakysymyksiä, joissa on yksi tai useampi oikea vastaus. Kuvat tuotetusta oppimateriaalista on esitetty liitteessä 1: Valmis oppimateriaali.

## 9 Arviointi

Opinnäytetyön arvioinnissa tarkastellaan asetettujen tavoitteiden selkeyttä ja niiden saavuttamista, kehittämistyön suunnittelua ja kehittämisessä käytettyjä menetelmiä. Kehittämistyönä tuotetun opinnäytetyön arvioinnin avulla suunnataan työtä ja se toimii palautteena työhön osallistuneille. Tarkoituksena on suunnitelmallinen tiedonkeruu ja kootun tiedon analysointi. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi havainnointia tai haastatteluja. Loppuvaiheessa on tarkoituksena kertoa, miten työssä onnistuttiin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 47–48.)

Opinnäytetyötä kirjoittaessa ja oppimateriaalia tuottaessa haluttiin jatkuvasti kehittää ja arvioida työtä. Saadut palautteet dokumentoitiin Excel -taulukkoon vapaamuotoisena tutkimuspäiväkirjana. Se toimi apuvälineenä opinnäytetyön arvioinnissa ja tiedon jäsentelyssä, sekä auttoi iteratiivisen prosessin ja yhteiskehityksen toteuttamisessa. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan tutkimuspäiväkirjaan voidaan kirjoittaa kaikkea, mitä tutkimusprosessin aikana tapahtuu. Asiat voivat olla ihmettelyn aiheita, suunnitelmia ja niiden muutoksia.

Tutkimuspäiväkirja voi olla systemaattinen tai kevyempi ja vapaamuotoinen. Tässä työssä käytettyyn tutkimuspäiväkirjaan kirjattiin palautteen antaja, saatu palaute, keskeisimmät kehittämiskohteet ja/tai huomioitavat asiat sekä niiden toteutusaikataulu. Palautteiden pohjalta opinnäytetyöhön tehtiin tarvittaessa muutoksia.

Palautetta saatiin pääosin ohjaavilta opettajilta ja Skhole Oy:n yhteyshenkilöltä videopuheluiden ja sähköpostien välityksellä. Palautetta kerättiin myös kirjoittajille entuudestaan tutuilta hoitotyön ammattilaisilta sekä henkilöiltä, jotka eivät tee työkseen hoitotyötä. Heiltä palautetta kerättiin suullisesti ja/tai kirjallisesti. Mainittakoon, että tutkimuspäiväkirjaan on dokumentoitu ainoastaan vuodelta 2025 saadut palautteet, sillä ajatus tutkimuspäiväkirjan kirjoittamisesta syntyi vasta tammikuussa 2025. Syksyn 2024 aikana saatuja palautteita ei ole dokumentoitu lainkaan.

Lisäksi opinnäytetyö opponoitiin sen suunnitelmavaiheessa ja sen valmistuessa. Skhole Oy arvioi ja antoi palautetta valmistuneesta verkkokurssista ennen sen julkaisua. Oppimateriaalia saatiin vielä muokata ja kehittää ennen julkaisua saadun palautteen pohjalta.

Lopullisen arvioinnin yhteydessä tarkkailtiin koko opinnäytetyötä ja valmista oppimateriaalia. Tutkimuspäiväkirjan palautteiden analysoinnissa käytettiin apuna sisällön ryhmittelyä. Arvioinnin kannalta päädyttiin ratkaisuun, jossa palautteiden joukosta värikoodattiin kaikki ne palautteet, jotka tukivat opinnäytetyön tavoitteiden toteutumista. Tavoitteen 1 (tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali GAD:ista hoitotyön ammattilaisille) toteutumista tukeva palaute kirjoitettiin sinisellä värillä, tavoitteen 2 (kertoa GAD:ista yleisellä tasolla keskittyen sen yleisimpiin hoitomuotoihin) vihreällä ja tavoitteen 3 (edistää oppimateriaalin saavutettavuutta) punaisella. Näin tärkeimmät palautteet erottuivat helposti tutkimuspäiväkirjan muusta sisällöstä.

Tutkimuspäiväkirjaan jaoteltiin lisäksi palautteiden antajat kolmeen kategoriaan: koulu (ohjaavat opettajat, viestinnän ohjauspaja), yhteistyökumppani ja ulkopuoliset palautteen antajat. Palautteen antajat on merkitty täyttövärikoodin tutkimuspäiväkirjaan seuraavasti: koululta saatu palaute on merkattu keltaisella, yhteistyökumppanin oranssilla ja ulkopuolisten palautteen antajien lilalla. Lisäksi työtä ohjattiin opinnäytetyön kirjoittajien näkemysten ja osaaamisen mukaisesti, mutta tätä prosessia ei ole kuvattu tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimuspäiväkirjan taulukko löytyy opinnäytetyön liitteestä 2: Tutkimuspäiväkirja taulukkona.

Eri osapuolien palautteissa opinnäytetyön sisältöä on kuvattu selkeäksi, informatiiviseksi, otsikointia on kuvattu tarkaksi, aiheiden sisällön rajaus on ollut hyvää sekä koko opinnäytetyön rakennetta on kuvattu selkeäksi. Nämä kaikki tekijät tukevat opinnäytetyön ensimmäistä tavoitetta, joka oli selkeän ja informatiivisen oppimateriaalin tuottaminen GAD:ista. Toisen tavoitteen toteutuminen näkyy esimerkiksi yhteistyökumppanin palautteesta, jonka mukaan lopullisen oppimateriaalin tieto on ajankohtaista, aiheet ovat hyvin rajattu, ne ovat asiapitoisia ja

soveltuvat hyvin hoitotyön ammattilaisten käyttöön. Palautetta saatiin myös oppimateriaalin saavutettavuudesta, jotka tukivat samalla opinnäytetyön kolmatta tavoitetta: kuvaavat otsikoinnit, tekstin selkeys ja sujuvuus, luentojen pituudet, hyvä tekstin jäsentely ja väliotsikoiden riittävä käyttö. Kokonaisuutena voidaan siis todeta, että opinnäytetyössä on saavutettu sille asetetut tavoitteet onnistuneesti.

## 10 Pohdinta

Opinnäytetyön aiheen valitseminen perustui kirjoittajien mielenkiintoon mielenterveystyötä kohtaan. Yhteistyökumppanin myötä saatu mahdollisuus edistää hoitotyön ammattilaisten osaamista GAD:ista tuntui erinomaiselta vaihtoehdolta opinnäytetyölle. Tiedon jakaminen antaisi työlle syvällisempää merkitystä ja siitä tulikin opinnäytetyön tärkein tavoite: opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali GAD:ista hoitotyön ammattilaisille.

Suunnitteluvaiheessa erityisen haastavaa oli aiheen tarkempi rajaaminen. Eri asiakasryhmien välillä GAD:in ilmenemisessä ja hoitomuodoissa saattaa olla jonkin verran eroja. Mikäli työn jokaisessa luvussa huomioitaisiin kaikkien asiakasryhmien erityispiirteet, opinnäytetyö kasvaisi liian laajaksi. Siksi aiheesta päädyttiin kirjoittamaan pääosin yleisellä tasolla ja esille tuotiin vain GAD:in yleisimmät hoitomuodot. Aiheen rajaamisessa otettiin huomioon yhteistyökumppanin toiveet ja varmistettiin opinnäytetyön tavoitteiden täyttyminen. Aiheiden rajaamista tehtiin opinnäytetyön suunnitteluvaiheesta työn valmistumiseen saakka.

Työtä suunnitellessa mietittiin myös, lähettäisiinkö työtä lähestymään kirjallisuuskatsauksen vai kehittämistyön muodossa. Menetelmänä kehittämistyö antoi kuitenkin paremman mahdollisuuden keskittyä hyvän teoreettisen viitekehyksen ja oppimateriaalin tuottamiseen. Palautteen kerääminen työn kaikissa vaiheissa ja yhteistyökumppanin kanssa tehtävä tiivis yhteistyö oli tärkeä osa työtä. Siksi menetelminä päätettiin hyödyntää lisäksi iteratiivista kehittämistä ja yhteiskehittämistä. Iteratiivinen kehittäminen on näkynyt opinnäytetyössä pääasiassa kirjoittajien oman työn hienosäätönä. Tekstiin on palattu niin monta kertaa, että tekstistä on tullut tarpeeksi sujuvaa ja ymmärrettävää. Opinnäytetyön ja oppimateriaalin kehittäminen yhteistyökumppanin toiveiden mukaiseksi oli tärkeää ja yhteiskehittämisen hyödyntäminen tuntui luonnolliselta prosessin aikana. Tiiviin yhteistyön myötä yhteistyökumppanin pystyi ohjaamaan työtä paremmin heidän asiakkaittensa tarpeisiin sopivaksi.

Teoreettista viitekehystä kirjoittaessa haastavaksi osoittautui hyödyllisten tutkimusartikkelien löytäminen. Aluksi löydettiin vain tutkimuksia, jotka keskittyivät spesifisti joidenkin tiettyjen olosuhteiden aiheuttamiin GAD-oireisiin tai hoitoihin, tai vaihtoehtoisesti tutkimukset keskittyivät joihinkin tiettyihin asiakasryhmiin. Työn edetessä teoreettista viitekehystä tukemaan löytyi useita potentiaalisia tutkimusartikkeleita, mutta niiden lukeminen ja käyttö olisi

ollut maksullista. Tässä työssä päädyttiin pidättäytymään maksullisten tutkimusten käytöstä, koska niiden käyttö olisi kasvattanut työn taloudellisia kustannuksia. Tutkimuksia etsiessä ongelmaksi muodostui myös se, että useimmiten tutkimuksissa tarkasteltiin ahdistuneisuutta yleisesti eikä varsinaisesti GAD:ia. Joissakin tutkimuksissa GAD:ia ei mainittu lainkaan. Lopulta kuitenkin onnistuttiin löytämään luotettavia, maksuttomia tutkimusartikkeleita GAD:ista tukemaan jo olemassa olevaa teoreettista viitekehystä.

### 10.1 Eettisyys

Tieteellisessä toiminnassa eettisyys tulee näkyviin kunnioituksena paitsi kollegoita ja tutkimuksen osapuolia kohtaan, myös huomioimalla yhteiskunta, ekosysteemit, ympäristö ja kulttuuriperintö. Arvostuksen puute voi näkyä esimerkiksi vilppinä tai piittaamattomuutena. Vilppi voidaan jakaa alaluokkiin: sepittäminen, vääristely ja plagiointi. (HTK 2023.) Plagioinnin välttämiseksi kaikki opinnäytetyöt tulee tarkistaa plagiointitunnistusjärjestelmässä ennen niiden lähettämistä arvioitavaksi (Arene 2020). Piittaamattomuus voi ilmetä tekijyyden loukkaamisena, suunnitteluun, valmisteluun, toteutukseen, tieteellisen työn merkityksen vähättelyyn, omien tieteellisten ansioiden esittämiseen, tieteellisen aseman väärinkäyttöön tai HTK-prosessin laiminlyöntiin. (HTK 2023.)

Ennen tieteellistä toimintaa tulee huolehtia tarvittavista luvista, suostumuksista sekä lisäksi mahdollisesta eettisestä ennakkoarvioinnista. Vastuunkanto tieteellisestä toiminnasta ulottuu aina työn ideoinnista työn julkaisemiseen ja sen vaikutuksiin asti, pitäen sisällään hallinnoinnin, koulutuksen, ohjauksen ja toteutuksen. (HTK 2023.)

Opinnäytetyötä aloittaessa on perehdytty tutkimuseettisiin periaatteisiin ja periaatteita on seurattu koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa selvitettiin, että työn toteuttamiseen ei tarvita tutkimuslupia tai eettistä ennakkoarviointia, sillä teoreettinen pohja koottiin työhön jo olemassa olevista tutkimustiedoista. HTK-ohjeita noudattamalla on varmistettu, että teksti on asianmukaisesti viitattu ja lähdetiedot on merkitty oikein. Tutkimustietoa referoidessa on huolehdittu, että tekstin konteksti säilyy eikä luvaton lainaamista tapahdu.

### 10.2 Luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita, jotka ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. HTK-ohjeita noudattamalla varmistetaan tieteellisen toiminnan laadun säilyvyys koko opinnäytetyöprosessin ajan. Työtä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan avoimesti, huolehtien tieteellisen toiminnan läpinäkyvyydestä ja tekijöiden esteettömyydestä. (HTK 2023.)

Kerätessä tietoa opinnäytetyöhön, opinnäytetyön aiheeseen oli perehdytty riittävästi tietojen oikeellisuuden takaamiseksi ja lähteinä käytettiin pääsääntöisesti maksimissaan kymmenen vuotta vanhoja aineistoja. Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden käyttöä pyrittiin välttämään, vaikkakaan niitä ei pystytty täysin rajaamaan pois. Lähdekritiikkiä harjoitettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan, ja lähteitä referoidessa noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Luotettavien lähteiden ja huolellisen referoimisen myötä tietoa on vastuullista jakaa hoitotyön ammattilaisten käyttöön. Luotettavuuden takaamiseksi myös opinnäytetyön prosessin vaiheet raportointiin tarkasti ja ne tuotiin esille luvussa 8. Raportointi oli avointa ja läpinäkyvää koko prosessin ajan.

Luotettavuutta arvioidessa on lisäksi hyvä huomioida mahdollisten virheiden esiintyminen. Ojanen, Moilanen & Ritalahti (2014, 48) muistuttavat, että kehittämistyö on aina inhimillistä toimintaa, ja kirjoittajien rajallisuus voi heijastua suoraan hankkeeseen. Vaikka opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin välttämään virheitä, on tärkeää muistaa, että Arenen (2020) mukaan opinnäytetyö on ennen kaikkea opiskelijan oppimisprosessi ja sen ensisijainen tarkoitus on edistää opiskelijan ammatillista kehittymistä.

## 11 Johtopäätökset ja jatkokehittämisidea

Opinnäytetyöprosessin alussa asetettu tarkoitus ja tavoitteet ohjasivat opinnäytetyön etenemistä. Lopuksi arvioitiin niihin pääsemistä ja lopullista tuotosta. Arvioinnin tuloksena todettiin, että oppimateriaali vastasi yhteistyökumppanin toiveita, tuotos on saavutettava ja se soveltuu arvioinnissa kerätyn palautteen pohjalta hyvin hoitotyön ammattilaisten käyttöön. Hyvää palautetta saatiin erityisesti itsehoidon, kuntoutuksen ja psykoterapian osuuksista. Oppimateriaalissa onnistuttiin kokoamaan GAD:ista ja sen yleisimmistä hoitomuodoista selkeää ja informatiivista tietoa. Oppimateriaalin sisältö on hoitotyön ammattilaisille hyödyllistä sekä verkkokurssin aineisto on hyvin jäsennelty, teksti on helposti ymmärrettävää ja aiheesta on kerrottu riittävän tiiviisti.

Opinnäytetyöprosessi eteni pääosin alussa asetetun suunnitelman mukaisesti. Suunnitelmaa ja aikatauluja muutettiin aina, kun se koettiin tarpeelliseksi. Opinnäytetyötä kirjoittaessa opiskelijoiden ammatillinen kehittyminen näkyi osaamisen kehityksenä muun muassa luotettavan tiedonhaussa, siteerauksessa, valitun menetelmän hyödyntämisessä ja hoitotyön oppimateriaalien tuottamisesta sekä osaamisena oppimateriaalin tärkeistä piirteistä ja saavutettavuudesta.

Opinnäytetyötä tehdessä päädyttiin siihen, että GAD on hyvin yleinen ja alidiagnosoitu mielen-terveydenhäiriö, joka voi aiheuttaa yksilölle toimintakyvyttömyyttä sekä fyysistä- ja psyykkistä kärsimystä. Aiheesta löytyy runsaasti tietoa ja osa tutkimuksista on kohdennettu hyvin spesifisti tiettyihin asiakasryhmiin tai toimintaympäristöihin. Tästä huolimatta aiheesta ei ole vielä

riittävästi tutkimuksia, sillä esimerkiksi lääkehoidon ja psykoterapian vaikuttavuutta erillisinä hoitomuotoina on tutkittu hyvin vähän GAD-potilaiden hoidossa.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomattiin useita erilaisia mahdollisuuksia jatkokehitykselle. GAD:in yleisyyden vuoksi hoitotyössä voitaisiin jatkossa hyötyä oppimateriaalista, joka syventyy aiheeseen enemmän ja olisi kohdennettu esimerkiksi johonkin tiettyyn hoitotyön ympäristöön tai eri asiakasryhmiin. Erityisesti eri ikäryhmiin kohdennettu oppimateriaali olisi tarpeellinen, koska GAD:in ilmeneminen ja hoito voivat erota niissä merkittävästi.

## Lähteet

Ahonen, T. 2019. Palvelumuotoilu sotessa. E-kirja. Leppävesi: Rihto.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 17.12.2024. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTIL-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Ardestani, S., Adibi, S., Golshan, A. & Sadeghian, P. 2023. Factors Influencing the Effectiveness of E-Learning in Healthcare: A Fuzzy ANP study. Healthcare 11(14). Viitattu 22.3.2025. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/14/2035>

Bergström, S. & Leppänen A. 2021. Yrityksen asiakasmarkkinointi. E-kirja. Helsinki: Edita.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. 2014. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 34 (2), 130–140. Viitattu 17.3.2025. [https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/43333\\_100722.pdf](https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/43333_100722.pdf)

Duodecim Terveyskirjasto 2024. LYRICA. Viitattu 19.4.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/far05022>

Eerola, H. 2022. Psykoterapian aloittaminen ja psykoterapian muodot. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 15.3.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01311>

Fagan, H. & Baldwin, D. 2023. Pharmacological Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. Expert Review of Neurotherapeutics 23 (6), 535–548. Viitattu 9.4.2025. [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737175.2023.2211767?rfr\\_dat=cr\\_pub++openmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org#d1e167](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737175.2023.2211767?rfr_dat=cr_pub++openmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org#d1e167)

Helne, T. 2019. Nuorten ”normaali” paine johtuu yhteiskunnasta. Kansaneläkelaitos. Viitattu 3.12.2024. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/724275/nuorten-normaali-paine-johtuu-yhteiskunnasta>

Hengityслиitto 2025. Hengitysharjoituksia. Viitattu 7.2.2025. <https://www.hengityслиitto.fi/elamanlaatu-ja-hyvinvointi/hengitysterveys/hengittaminen/hengitysharjoituksia/>

Huttunen, M. & Socada, L. 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Helsinki: Duodecim.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Viitattu 17.12.2024. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoito-työ. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro.

Karila, I., Koivisto, M. & Fredriksson, J. 2020. Kognitiivisen terapian suuntauksia. Teoksessa Karila, I., Kähkönen, S., Koivisto, M. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. E-kirja. Duodecim.

Koponen, H. 2023. Psykiatria. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim Oppiportti. E-kirja. Viitattu 27.3.2025. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/okr00139>

Koponen, H. 2024. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Viitattu 12.11.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/ykt00851/search/yleistynyt#s8>

Käypä hoito -suositus 2024. Ahdistuneisuushäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.3.2025. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50119>

Laasanen, A., Klemetilä A., Solin, P., Pasanen, T. & Castaneda, A.E. 2021. Psykoedukaatiosta tukea pakolaistaustaisten mielenterveydelle. Tutkimuksesta tiiviisti 19/2021. THL. Viitattu 11.3.2025. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141672/TUT2021\\_019\\_uusi\\_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141672/TUT2021_019_uusi_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta 306/2019

Leinonen, E., Viikki, M. & Koponen, H. 2018. Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito. Duodecimlehti. 131(1), 43–50. Viitattu 12.11.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14099>

Leppävuori, A. 2019. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Aalberg, V., Leppävuori, A., Pesonen, T., Räsänen, S. & Viheriälä, L. (toim.) Yleissairaalapsykiatria. Helsinki: Duodecim. 363–400.

Liikenne- ja viestintävirasto Traficom 2025. Digipalveluiden vaatimukset toimijoille. Viitattu 21.2.2025. <https://www.saavutettavuusvaatimukset.fi/fi/digipalvelulain-vaatimukset/digipalvelulain-vaatimukset-toimijoille#76007-1>

Liikenne- ja viestintävirasto Traficom 2024. Tietoa saavutettavuudesta. Viitattu 21.2.2025. <https://www.saavutettavuusvaatimukset.fi/fi/yleista-saavutettavuudesta/tietoa-saavutettavuudesta#75996-2>

- Liinaharja, A. 2024. Ahdistuneisuushäiriö. Hoitotyön tietokanta. Terveysportti. Viitattu 24.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/mjp00017/search/ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6#s5>
- Mattila, H. 2023. Ahdistunut nuori hoitajan vastaanotolla. Hoitotyön tietokanta. Terveysportti. Viitattu 24.2.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh02342/search/Ahdistunut%20nuori%20hoitajan%20vastaanotolla>
- Melartin, T. 2024. GAD-7. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti. Viitattu 24.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00109?toc=802599>
- Mielenterveystalo 2025a. HUSin palvelusetelipsykoterapia. Viitattu 9.4.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/terapia/husin-palvelusetelipsykoterapia>
- Mielenterveystalo 2025b. Ahdistuksen omahoito-ohjelma. Viitattu 5.4.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma>
- Mielenterveystalo 2025c. 1. Hengitys ja rentoutus. Viitattu 9.4.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma/1-hengitys-ja-rentoutus>
- Mielenterveystalo 2025d. 2. Tietoinen läsnäolo. Viitattu 9.4.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma/2-tietoinen-lasnaolo>
- Mielenterveystalo 2025e. Näin hakeudut psykoterapiaan. Viitattu 20.4.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/terapia/nain-hakeudut-psykoterapiaan>
- Niinihuhta, M. 2024. Ahdistuneisuus: hoidon tarpeen arviointi (aikuiset). Hoitotyön tietokanta. Terveysportti. Viitattu 24.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh02361/search/ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6>
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Opetushallitus 2024. E-oppimateriaalin laatukriteerit. Viitattu 3.12.2024. <https://www.oph.fi/fi/julkaisut/e-oppimateriaalin-laatukriteerit>
- Ranta, K. & Ylijokuri, V. 2020. Kognitiivis-behavioraaliset käsitteellistämisen ja hoitomallit. Teoksessa Karila, I., Kähkönen, S., Koivisto, M. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. E-kirja. Duodecim.
- Ritola, V., Lipsanen, J., Pihlaja, S., Gummerus, E., Stenberg, J., Saarni, S. & Grigori, J. 2022. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Nationwide Routine Care: Effectiveness Study. Helsingin yliopiston avoin julkaisuarkisto. Helsingin yliopisto. Viitattu 16.3.2025. <https://helda.helsinki.fi/items/2121f523-3070-473a-9cf8-910ba0e3b684>

- Rovasalo, A. 2022. Tietoa potilaalle: Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Hoitotyön tietokanta. Terveysportti. Viitattu 26.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/dlk00555/search/gad>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteen tietoarkisto. Viitattu 27.1.2025. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L4\\_2\\_2.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L4_2_2.html)
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Suomen yliopistopaino.
- Skhole Oy, 2025. Hoitoalan koulutukset henkilökunnallesi kustannustehokkaasti. Viitattu 19.3.2025. <https://www.skhole.fi>
- Smith, J. 2022. Why has nobody told me this before? Suomentanut Hirvikorpi, S. Susanna Hirvikorpi ja WSOY.
- Socada, L. 2023. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 17.4.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01332>
- Stenberg, J., Joutsenniemi, K. & Holli, M. 2015. Nettiterapiat - mitä tiedetään toimivuudesta. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 15.3.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12324>
- Stenberg, J., Service, H., Saiho, S., Pihlaja, S., Koivosto E., Holli, M. & Joffe, G. 2015. Irti murehtimisesta. Helsinki: Bookwell
- Strawn, J., Geraciotti, L., Rajdev, N., Clemenza, K. & Levine, A. 2019. Pharmacotherapy for Generalized Anxiety Disorder in Adults and Pediatric Patients: An Evidence-Based Treatment Review. Expert Opinion on Pharmacotherapy 19 (10), 1057–1070. Viitattu 9.4.2025 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6340395/>
- Terveysportti 2025. F60.6 - Estynyt persoonallisuus. Viitattu 26.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/icd/?query=estynyt%20persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6&toc=F60.6>
- THL 2024. Liikunnan terveyshyödyt. Viitattu 7.2.2025. <https://thl.fi/aiheet/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta/liikunnan-terveyshyodyt>
- THL 2025. GAD-7-yleisen ahdistuneisuushäiriön oirekysely (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale). Hoitotyöntietokanta. Terveysportti. Viitattu 24.2.2025. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/mie00059/search/ahdistuneisuus>

Toivikko, E., Vesanen, & P. Pulkkinen, S. 2017. Psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoito. Hoitotyöntietokanta. Terveysportti. Viitattu 12.11.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/mjp00034/search/ahdistuneisuus?db=320537>

Työterveyslaitos 2024. Mielen terveyden häiriöt ja työ. Viitattu 3.12.2024. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyoelama-ja-mielen-terveyden-hairiot-ja-tyo>

Peltola, J. 2024. Nettiterapiat - mielen hyvinvointia kotisohvalta. Husari. Viitattu 16.3.2025. <https://www.hus.fi/husari/nettiterapiat-mielen-hyvinvointia-kotisohvalta>

Psykiatrian luokituskäsikirja 2012. Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. 2. painos. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.11.2024. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN\\_ISBN\\_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Viikki, M. & Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Duodecim-Lehti. 131(6). Viitattu 26.2.2025. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12168>

Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Jyväskylä: PS-kustannus

## Kuviot

Kuvio 1: Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 52) .....	24
---	----

## Taulukot

Taulukko 1: Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit (DSM-5) (mukaillen Huttunen & Socada 2017, 255) .....	3
--	---

## Liitteet

Liite 1: Valmis oppimateriaali .....	38
Liite 2: Tutkimuspäiväkirja taulukkona.....	40

## Liite 1: Valmis oppimateriaali

**Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen yleisimmät hoitomuodot** Lisää suosikkeihin

Kesto: 44 minuuttia

Mielenterveyskysymykset ja -haasteet ovat laajasti esillä mediassa ja ne koskettavat monia ihmisiä ikään katsomatta. Tällä verkkokurssilla käsitellään yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä ja tutustutaan sen yleisimpiin hoitomuotoihin.

Kurssi on tuotettu osana Laurean sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyötä. Kehittämistyön tavoitteena on jakaa perustietoa sairaudesta ja sen yleisimmistä hoitomuodoista erityisesti hoitotyön ammattilaisille. Tieto on sovellettavissa myös sosiaalialalle. Aihetta käsitellään yleisellä tasolla.

Näytä kurssin todistus Opiskele kurssi uudelleen Anna palautetta kurssista

100%

Sisältö Keskustelut (0)

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 5 / 5

<input type="checkbox"/>	Johdanto	01:53	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön riskitekijät ja tausta	02:28	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön yleisimmät oireet	03:28	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tunnistaminen hoitotyössä	04:20	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidosta yleisesti	01:45	<input checked="" type="checkbox"/>

Lääkehoito yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä 5 / 5

<input type="checkbox"/>	Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lääkehoidon periaatteet	02:53	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Masennuslääkkeet yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa	04:04	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SSRI- ja SNRI-lääkkeiden haittavaikutukset	02:22	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anksiolyytit yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa	03:52	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Muut yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa käytetyt lääkkeet	02:48	<input checked="" type="checkbox"/>

## Psykoedukaatio ja psykoterapeuttiset hoitomuodot

0 / 8

<input type="checkbox"/>	Psykoedukaatio osana yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoa	02:38	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	HUS-nettiterapia	01:11	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Kuntouttava psykoterapia	03:19	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Palvelusetelipsykoterapia	01:17	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Rentoutuminen ylivirittyneisyyden vastapainona	01:46	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Liikunta ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	01:05	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Unen ja nukkumisen merkitys yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä	02:15	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Mielenterveystalon omahoito-ohjelma	00:47	<input type="radio"/>

## Itseopiskelutesti

0 / 1

<input type="checkbox"/>	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen yleisimmät hoitomuodot -itseopiskelutesti	<input type="radio"/>
--------------------------	--	-----------------------

## Kurssin kirjoittajat



Marissa Cutajar  
Sairaanhoitajaopiskelija



Natalia Lehti  
Sairaanhoitajaopiskelija

## Liite 2: Tutkimuspäiväkirja taulukkona

## Tutkimuspäiväkirja

Pvm	Mistä palaute on saatu	Saatu positiivien palaute	Kehittämisehdotukset/negatiivinen palaute	Keskeisin kehittämiskohde/kehittämisajatus/huomioitavaa	Toimenpiteet ja toteutusaikataulu
17.1.2025	Opinnäytetyön ohjaus	Hyvä tekstin rakenne	Arviointisuunnitelma vaatii tarkennusta. Tavoitteet vaatii tarkennusta opparin kohderyhmän esittämisessä.	Arviointisuunnitelman tarkennus. Tavoitteiden selkeyttäminen.	Toteutettu tammikuun lopussa 2025. Arviointisuunnitelmaa tarkennettu: arviointia toteutetaan ja kirjataan tutkimuspäiväkirjan avulla. Tavoitteet muokattu selkeämmäksi.
24.1.2025	Yhteistyökumppani	Opinnäytetyöraportin rakenne ja alustavat aiheet hyviä. Otsikot hyvät.	Lopulliseen verkkokurssiin saavuttavuuden kannalta kannattaa huomioida tekstin selkeys, rakenne ja luentojen pituudet.	Saavutettavuuden edistäminen keinoilla, joilla me kirjottajat itse pystytään muokata oppimateriaalissa. Esimerkiksi rakenne, lauseiden pituus ja muotoilu, kappaleiden koot jne.	Tavoiteltu koko verkkokurssin kirjoittamisen ajan. Oppimateriaalissa tekstin sujuvuutta parannettu tekoälyn avulla. Valmis verkkokurssimateriaali palautettu Skhole Oy:lle 05/2025.

24.1.2025	Viestinnän ohjauspaja	(pyydetty palautetta vain kehittämiskohteisiin)	Tekstin kieliasun korjauksia muutamassa kohdassa. Huomautus, että otsikoita kannattaa muokata enemmän kuvaaviksi ja 2-3 sanan otsikot parempia. Kysytty myös apua lääkehoidon kappaleen aiheen rajaamiseen.	Kieliasun virheiden korjaaminen. Otsikointien selkeyttäminen ja pohdinta miten niitä voidaan parantaa enemmän kuvaaviksi. Lääkehoidon kappaleessa kannattaa keskittyä siihen, mikä auttaa hoitajia hoitotyössä. Ei tarvitse liikaa syventyä lääketieteellisiin asioihin ellei se auta lukijaa ymmärtämään aihetta paremmin. Tai ole hyödyllistä hoitajan työhön.	Toteutettu tammikuun lopussa 2025: kirjoitusvirheitä korjattu käymällä teksti läpi lukemalla ja Wordin "lue ääneen" -toiminnolla. Otsikoita muokattu tekstin sisältöä kuvaavammiksi. Lääkehoidon kappaletta kirjoittaessa huomioitu opettajan näkökulmaa - pyritään keskittymään tietoon, joka on hoitotyön ammattilaisille tarpeellinen.
14.2.2025	Opinnäytetyön ohjaus	Hyvä rakenne. Otsikot paremmat ja kuvaavat hyvin työn aiheita. Sisältö näyttää hyvältä	Hoitomuotojen järjestys työssä kannattaa miettiä huolella. Asiakassegmentoinnin kuvauksen aloitus kehittämistyön prosessin kappaleeseen.	Asiakassegmentoinnin aloitus. Myöhemmin kirjoituksessa huomioidaan hoitomuotojen järjestys opparissa.	Asiakassegmentointi tehty siis jo työn alussa: aiheesta kirjoitetaan yleisellä tasolla oppimateriaali on sovellettavissa kaikessa hoitotyössä, ei vain jollakin tietyllä erikoisalalla. Opinnäytetyön tekstiin se lisättiin 02/2025.
14.2.2025	Opinnäytetyön ohjaus (opettaja opiskelija)	Opparissa hyvät aiheet ja rakenne näyttää hyvältä.	Eri ikäryhmiä voitaisiin kuvata enemmän. Sitä miltä GAD näyttää ja miten sitä hoidetaan erilaisilla potilailla	Opinnäytetyössä pyritään kuvata GAD:ia yleisellä tasolla. Sen vuoksi eri ikäryhmiin ei voida syventyä. Kerromme työssä, jos esimerkiksi jonkin tietyn sairaiden tai ikäryhmän kohdalla, jos niissä on jotakin hyvin erityistä hoidon kannalta. Muuten asioihin ei voida syventyä.	Toteutettu 04/2025: Johdantoon lisättiin teksti, ettei resurssien, opparin tavoitteiden, toimeksiantajan toiveiden ja aiheen laajuuden vuoksi syvennytä aiheeseen, vaan siitä kerrotaan yleisellä tasolla. Varsinaista aiheen rajaamista tehty opinnäytetyön valmistumiseen saakka 05/2025.

20.2.2025	Viestinnän ohjauspaja	Rakenne ja otsikot hyvät. GAD lyhennettä käytetty oikein ja esitelty hyvin johdannossa. Ajatusviivaa käytetty oikein	Tekstissä muutamia kelioppi-virheitä.	Tietyt virheet opinnäytetyön tekstin kieliopissa korjataan.	Toteutettu helmikuun aikana 2025: Kirjoitusvirheitä korjattu käymällä teksti läpi lukemalla ja Wordin "lue ääneen" -toiminnolla.
21.2.2025	Sairaanhoidtaja	Pyydetty palautetta lääkahoito ja saavutavuus kappaleen rakenteesta ja sisällystä. Saatu palaute: kappaleen rakenne ja sisältö hyvä, tekstiä helppo ymmärtää vaikka ei hoitotyön kokemusta.	Tietyissä kodissa tekstiä voisi sujuvoittaa.	Tekstin sujuvoittaminen.	Toteutettu helmikuun lopussa 2025: tekstiä luettu ja lauseenrakenteita tarvittaessa muutettu tekstin sujuvoittamiseksi.
5.3.2025	Ohjaava opettaja	Työn teksti on sujuvaa ja vastaa 4 arvosanaa. Kehittämistyön prosessi kappaleen suunnitelma näyttää hyvältä ja siinä tärkeät asiat huomioitu. Työ vaikuttaa siltä tällä hetkellä, että arvosanaan 4 päästään. Työssä kannattaa panostaa vielä arvioinnin osuuteen, prosessin kuvaukseen ja kertoa iteratiivisesta kehityksestä hyvin. Otsikkoa tarkennettu hyvin, työhön kannattaa päättää käytetäänkö sanaa E-oppimateriaali tai digitaalinen oppimateriaali	Työhön voisi lisätä vielä vertaisarvioituja artikkeleita tai väitöskirjoja lähteeksi. Tutkimuspäiväkirjan analysoinnin osuutta opinnäytetyössä voi alkaa jo pohtimaan. Palauteeksi myös saatu, että teoriaa kootessa kannattaa pitää mielessä, mitä tarvitsemme oppimateriaalin tuottamiseen. Ja teoriaa kerätessä pitää olla oparin tavoitteet mielessä. Tällä hetkellä yksi tavoitteistamme oli "edistää oppimateriaalin myötä hoitotyön ammattilaisten valmiuksia kohdata ja hoitaa GAD:ista kärsiviä potilaita".	Opettajan kanssa käydyn keskustelun perusteella huomasimme, että opinnäytetyön tavoitteita kannattaa vielä täsmentää. Olemme keränneet opinnäytetyöhön siis GAD:ista, sen yleisimmistä hoitomuodoista ja oireista tietoa. Tiedon perusteella haluamme edistää hoitotyön ammattilaisten osaamista aiheesta huomioiden sitä, että tieto on hyödyllistä hoitotyön ammattilaisille. Muokkasimme tavoitteet niin, että ne kuvastavat paremmin ajatustamme. Etsimme myös lähteeksi tutkimusartikkelin/väitöskirjan.	Toteutettu 5.3.2025: Opinnäytetyön tavoitteiden tarkastelu ja niiden täsmentäminen. Lisäksi etsittiin tutkimusartikkeleita, joita voisi opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä käyttää. Tutkimusartikkeleita löytyi muutama ja niitä hyödynnettiin teoriaosuudessa.

12.3.2025	Viestinnän ohjauspaja	Pyydetty palautetta oppimateriaalin toteutus ja kehittämistyön prosessi kappaleeseen.	Annettu vinkki: kehittämistyön prosessi kappaleessa kuvataan käytetyt menetelmät lyhyesti ja materiaalin tuottamis kappaleessa kerrotaan laajemmin sen tuotosta	Kappaleiden muokkaus ohjeiden mukaisesti.	Toteutettu 17.3.2025: Kappaleiden sisältöjä muokattu opettajan ohjeiden mukaisesti.
11.3.2025	Yhteistyökumppani	Teksti on <b>sujuvaa</b> - lauserakenteet selkeitä, hyvä kielioppi. Työ hyvällä mallilla ja siinä on tuotu ilmi niitä asioita, joita yhteistyökumppani on toivonut.	Tekstissä kuitenkin muutamia kielioppivirheitä, jotka tulisi korjata. Yhteistyökumppani myös laittanut muutamien <b>toiveen hoito kappaleen aiheisiin</b> .	<b>Korjataan kielioppivirheet.</b>	Toteutettu maaliskuun lopussa 2025: Yhteistyökumppanin toiveet aiheista huomioitu ja lisätty teoreettiseen viitekehykseen. Kielioppivirheitä korjattu lukemalla tekstiä ja käyttämällä Wordin "lue ääneen"-toimintoa apuna käyttäen.
19.3.2025	Yhteistyökumppani (yrityksen esittely ont-työssä)	Teksti on hyvää ja sen oikeellisuus on tarkastettu.	Yksi lause kaipaisi korjaamista.	Korjataan lauseet.	Toteutettu 19.3.2025: Lause korjattu.
30.3.2025	Sairaanhoitaja	Teksti on <b>sujuvaa ja informatiivista</b> .	Työssä jonkin verran kirjoitusvirheitä. Pitäisikö työssä esitellä vielä enemmän lääkkeettömiä hoitomuotoja?	Kirjoitusvirheet korjataan.	Toteutettu 1.4.2025: Kirjoitusvirheitä korjattu lukemalla tekstiä ja Wordin "lue ääneen" -toimintoa apuna käyttäen. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ei tulla esittelemään työssä enempää, sillä työstä tulisi opinnäytetyöksi liian laaja.

31.3.2025	Psykiatrinen sairaanhoitaja ja seksuaaliterapeutti, joka opiskelee tällä hetkellä psykoterapeutiksi	(pyydetty palautetta vain kehittämiskohteisiin)	Jos opinnäytetyö kuvaa kaikenikäisten GAD potilaiden lääkkeitä, olisi hyvä todeta että aikuisten, nuorten ja lasten GAD lääkehoito eroaa toisistaan. Esim. alaikäisillä käytetään vain harvoin bentsodiatsepiineja ja SSRI-lääkkeitä hyvin rajallisesti. Psykoedukaatio ja psykoterapeuttiset hoitomuodot kappaleessa hyvä mainita, että psyk. terapia- muotoja on erilaisia ja perustella miksi olette valinneet esitellä CBT:tä tässä työssä. Voisi mainita alle 16-vuotiaiden vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Voisi myös mainita, että nykyään HUS:ilta on mahdollista saada palveluseteli esim. 20 krt psykoterapioihin - ajankohtainen tällä hetkellä. Itsehoito osiossa voisi mainita myös mielenterveystalon omahoito-ohjelmista, sillä usein ammattilaiset ohjaavat potilaita näiden pariin. Itsehoitossa olisi hyvä mainita myös ihmissuhteiden, mielekkään arjen, ravinnon ja päihteiden merkitys.	Tässä työssä GAD:ia kuvataan vain yleisellä tasolla. Eri asiakasryhmiin ei syvennyttä. Lisätään psykoterapeuttiin hoitomuotoihin perustelu, miksi olemme valinneet kertoa juuri CBT:stä. Lisäksi lisätään palvelusetelipsykoterapiaa tekstiin omana lukuna ja mielenterveystalon omahoito-ohjelma lisätään itsehoito-osioon. Itsehoito-osiossa on jo kerrottu elintapojen merkityksestä GAD:ista toipumisessa.	Toteutettu 4.4.2025: Psykoedukaatio ja psyk. hoitomuodot lukuun lisätty tieto, että psykoterapia sisältää useita eri terapia- muotoja ja perustelemme selkeästi miksi valitsimme kertoa tässä työssä CBT:stä. Tehty HUS palvelupsykoterapiasta oma luku, sillä on tärkeä mainita myös maksuttomasta psykoterapiasta. Itsehoito-osioon lisätty kappale Mielenterveystalon omahoito-ohjelmista, sillä ne ovat keskeisiä hoitotyön apuvälineitä lievän GAD:in hoidossa.
-----------	---	---	--	--	--

3.4.2025	Ohjaava opettaja	Arviointisuunnitelmassa aloitettu hyvin kuvailemaan miten jatkuvaa palautetta on kerätty ja miten arviointi on tehty. Kokonaisuudessaan työ hyvällä mallilla.	Arviointisuunnitelmassa, olisi hyvä tuoda esille tutkimusväkirjan keskeisimmät palautteet/kehittämiskohteet ja kertoa muutoksista mitä työhön on niiden pohjalta tehty. Lisäksi arviointisuunnitelmaan tulisi sisällyttää, miten palautteet ovat auttaneet tavoitteisiin pääsyssä. Luotettavuus - lukuun liittyy myös se, miten tarkkaan prosessin vaiheet on kuvattu.	Kerrotaan tutkimuspäiväkirjassa selkeämmin, mitä muutoksia on tehty palautteiden pohjalta. Lisäksi erotetaan päiväkirjasta eri tavoitteisiin kohdistuvat palautteet eri väreillä, jotta niiden toteutumista on helpompi seurata. Lisätään luotettavuus - lukuun prosessin vaiheiden raportoinnin olevan osa työn luotettavuutta.	Toteutettu 20.4.2025: Tutkimuspäiväkirjaa täsmennetty ja kerrottu tarkemmin mitä toimenpiteitä palautteiden pohjalta on tehty. Samalla päiväkirjasta on eroteltu värikoodein eri opinnäytetyön tavoitteet, jotta niiden toteutumista on helpompi arvioida. Luotettavuus lukuun lisättiin em. mainintaa prosessin vaiheiden kuvauksesta.
17.4.2025	Viestinnän ohjauspaja (pyydetty opettajalta apua liitteiden ja taulukoiden oikeaoppiseen viittamiseen)				Toteutettu yhdessä opettajan kanssa viestinnän ohjauspajassa 17.4.2025.
7.4.2025	Päihdetyön sairaanhoitaja	Palautteet valmiiseen oppimateriaaliin: <b>Kokee, että sisältö sopii hyvin työn tueksi ja soveltuu hyvin opetusmateriaaliksi hoitotyön eri ympäristöissä. Sisältö on informatiivista ja eri aiheista on kerrottu sopivan verran. Teksti on helppoluukuista, kiinnostavaa ja sen sisältö on ymmärrettävää.</b> Oppimateriaaliin kerätyt kysymykset ovat hyviä.	Ainoa kehitysidea oli kertoa siitä, että bentsodiatsepiini kappaleessa kerrottaisiin myös siitä, että kun bentsodiatsepiini lääkitys aloitetaan niin siinä yhteydessä yleensä myös tehdään suunnitelma bentsodiatsepiinin käytön lopetuksesta		Kehitysideoita ei toteutettu rajattujen resurssien vuoksi.

9.5.2025	Ohjaava opettaja	Tiivistelmän teksti ja kielioppi on selkeää. Kokonaisuudessaan työ hyvällä mallilla.	Tiivistelmän toinen ja kolmas kappale olisi hyvä olla toisinpäin > selkempi kokonaisuus. Koko työn läpi opinnäytetyön tarkoitus pysyy samana. Tarkoitus ja tavoitteet luvussa GAD:ista olisi parempi puhua kokonimellä, ei lyhenteellä. Kehittämistyön ja siinä käytettävien menetelmien luotettavuudesta voisi kertoa enemmän > miten toteutunut tässä työssä.	Tiivistelmän toinen ja kolmas kappale ovat jo nykyisessä versiossa vaihtaneet paikkoja. Kiinnistetään huomiota työtä läpi lukiessa, että tarkoituksesta mainittaessa sen merkitys pysyy samana. Katsotaan löytyykö kehittämistyön ja siinä käyttämämme menetelmien luotettavuudesta enemmän tietoa.	Toteutettu 21.5.2025: Tarkoitus ja tavoitteet luku muokattu niin, että GAD:in sijaan puhutaan yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä. Kehittämistyön ja siinä käytettävien menetelmien luotettavuudesta ei löytynyt enempää tietoa, jo käytetyssä lähteessäkin asiasta mainitaan niukasti > tekstiä ei tule tähän lukuun lisää. Lisäksi opinnäytetyön laajuus on mielestämme tässä kohtaa jo riittävä.
----------	------------------	--	---	---	---

26.5.2025	Yhteistyökumppani	<p>Palaute valmiista oppimateriaalista: Olette onnistuneet tuottamaan ammattimaisesti laaditun ja aiheeltaan ajankohtaisen kurssimateriaalin, joka tukee hoitotyön ammattilaisia ja opiskelijoita heidän työnsään. Kurssi on tiivis kokonaisuus, mutta kattaa laajasti yleistyneen ahdistuneisuushäiriön taustan, oireet, diagnostiikan, lääkehoidon ja psykososiaalisen tuen. Tuotos vastaa asetettuihin tavoitteisiin hyvin.</p> <p>Rakenne on onnistunut: se etenee loogisesti ja johdonmukaisesti. Luentojen jäsentely on selkeä ja tieto rakentuu aiemman varaan.</p> <p>Mielestäni erityisen ansiokkaasti ja ajankohtaisesti kurssimateriaalissa on käsitelty psykoterapiaa, itsehoito ja kuntoutus.</p> <p>Kieli on sujuvaa ja ymmärrettävää. Se on kurssin kohderyhmä huomioon ottaen ammattikieleen sopivaa ilman liiallista</p>	<p>Oppijan aktivointi jäi kurssilla hieman vajaaksi. Muutamien luentoihin voisi jatkokehityksenä lisätä pieniä aktivoivia elementtejä, kuten tapausesimerkkejä tai pohdintatehtäviä.</p>		<p>Yhteistyökumppanin kehitysidea pidettiin hyvänä, mutta resurssien ja opinnäytetyön laajuuden vuoksi oppimateriaalia ei pystytty jatkokehittämään enää lisää.</p>
-----------	-------------------	---	--	--	---

		<p>vaikeaselkoisuutta. Termit selitetään selkeästi ja kokonaisuus tukee hyvin myös ei-asiantuntijan oppimista. Laaditut itseopiskelukysymykset ovat hyvin muotoiltuja ja tukevat oppimisen arviointi ja kertautamista.</p>			
--	--	--	--	--	--

### Palautteen jäsentely:

Palautteen antaja	Koulu (ohjaavat opettajat, viestinnän ohjauspaja)	Yhteistyökumppani	Ulkopuoliset palautteen antajat
Tavoitteet	Tavoite 1 - tuottaa selkeä ja informatiivinen e-oppimateriaali GAD:ista hoitotyön ammattilaisille	Tavoite 2 - kertoa GAD:ista yleisellä tasolla keskiten sen yleisimpiin hoitomuotoihin	Tavoite 3 - Edistää oppimateriaalin saavutettavuutta