



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykoedukaatio osana skitsofreniaa sairastavan potilaan oireenhallintaa- koulutus Lipen Hoivakodin työntekijöille

Halttunen, Mia
Paajanen, Jonna

2017 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Psykoedukaatio osana skitsofreniaa sairastavan potilaan
oireenhallintaa- koulutus Lipen Hoivakodin työntekijöille

Halttunen, Miia
Paajanen, Jonna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö

Toukokuu, 2017

Halttunen Miia & Paajanen Jonna

Psykoedukaatio osana skitsofreniapotilaan oireenhallintaa- koulutus Lipen Hoivakodin työntekijöille

Vuosi 2017 Sivumäärä 34

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa koulutus psykoedukaation käytöstä skitsofreniaa sairastavan potilaan oireenhallinnassa Lipen Hoivakodille. Koulutuksessa haluttiin korostaa psykoedukaation suurta merkitystä skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa. Tavoitteena oli lisätä ja vahvistaa hoivakodin henkilökunnan sekä opinnäytetyön tekijöiden omaa jo olemassa olevaa ammattiosaamista skitsofreniaa sairastavien potilaiden kanssa työskentelyyn. Hoivakodin työntekijät ilmaisivat lisäksi tarvetta olevan käytännön oireenhallintamenetelmille. Toimeksianto opinnäytetyölle saatiin Lipen hoivakodin johtajalta, jonka mukaan psykoedukaatio ei ole ollut käytössä hoivakodin asukkaiden kuntoutuksessa.

Teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin skitsofreniaa sairautena yleisesti, sen synty, eri muodot, oireet ja hoito, sekä psykoedukaatio yleisesti ja sen käyttö oireenhallinnassa. Lisäksi tietoa hankittiin hoitosuhdetyöskentelystä sekä siitä, miten rakentaa hyvä ja toimiva koulutustilaisuus.

Ennen koulutuksen suunnittelua toteutettiin puolistrukturoitu kysely, jolla kartoitettiin työntekijöiden aikaisempaa osaamista psykoedukaatioon ja oireenhallintaan liittyen sekä toiveita koulutuksen suhteen. Tämän pohjalta rakennettiin toiminnallinen koulutustilaisuus, joka alkoi kokemusasiantuntijan luennolla. Kokemusasiantuntijana toimi Päivi Rissanen, joka kiertää ympäri Suomea kertomassa omasta kuntoutumisestaan ja on kirjoittanut aiheesta kirjan ”Skitsofreniasta kuntoutuminen” sekä väitellyt tohtoriksi. Koulutusmenetelmäksi valikoitui osallistava luennointi, jonka lopuksi osallistujille annettiin oppimistehtävä.

Koulutuspäivä päätettiin palautekyselyllä, joka oli rakennettu alkukyselyn tapaan ja siinä käsiteltiin samoja teemoja. Molemmat kyselyt purettiin sisällön analyysin avulla. Palautteista kävi ilmi, että koulutus oli onnistunut ja hyödyllinen. Kokemusasiantuntijan kertomus omasta kuntoutumisestaan herätti paljon keskustelua ja mielenkiintoa päivän aiheisiin. Työntekijät kokivat saaneensa koulutuksesta uutta ajantasaista tietoa ja käytännön keinoja oireenhallintaan skitsofreniapotilaiden kanssa työskenneltäessä. Opinnäytetyön tekijät saivat itse syvennettyä omaa osaamistaan mielenterveyshoitotyön saralla, josta on hyötyä tulevaisuudessa työskenneltäessä millä hoitotyön osa-alueella tahansa.

Asiasanat: skitsofrenia, psykoedukaatio, oireenhallinta.

Halttunen Miia & Paajanen Jonna

Psychoeducation as a part of schizophrenia patient's symptom management- educational session for Lipen nursinghome employees

Year	2017	Pages	34
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to provide an educational session about the use of psychoeducation in symptom management with schizophrenia patients for Lipen nursing home. The educational session emphasized the great importance of psychoeducation in the treatment of schizophrenia. The aim was to increase and to reinforce the existing expertise of Lipen nursing home staff and the authors working with schizophrenic patients. The nursing staff also expressed their need for practical symptom management methods. The assignment for this thesis was obtained from Jari Pirinen, the head of Lipen nursing home. According to Pirinen, psychoeducation had previously not been used in the rehabilitation of nursing home residents.

The theoretical background of the thesis was built through literature, articles and online sources. The theoretical framework examined schizophrenia as a disease in general, its cause, its various forms, and symptoms and treatment, as well as the use of psychoeducation in symptom management. In addition, information was obtained about nurse-patient or nurse-client relationship and how to build a good and effective educational session.

Prior to the framing of the training, a semi-structured inquiry was carried out to survey employees' knowledge of psychoeducation and symptom management and their desires for education. Based on this, a functional education session was set up, which began with a lecture of the expertise through experience. The expertise by experience was Päivi Rissanen, who travels around Finland telling about her own rehabilitation and has written a book "Skitsofreniasta kuntoutuminen" and her doctoral thesis about the subject. Participatory education was selected for the training method based on employees' desires, and to conclude, a learning assignment was given to participants.

The education day was completed with a feedback survey which was constructed in the same way as the initial inquiry and discussed the same themes. Both surveys were lightly transcribed with content analysis. The feedback showed that the training was successful and useful. The discourse of an expert about her own rehabilitation aroused much discussion and interest in the topics of the day. Employees felt that they received new up-to-date information and practical tools for symptom management when working with schizophrenic patients. The authors of the thesis advanced their knowledge in the field of mental healthcare, which will certainly be useful in the future, throughout the nursing field.

Keywords: schitzophrenia, psychoeducation, symptom management,

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Skitsofrenia ja muut psykoosisairaudet	8
2.1	Skitsofrenia sairautena	8
2.2	Skitsofrenian synty ja esiintyvyys	9
2.3	Skitsofreniatyypit ja oireet	10
2.4	Psykoosin ennakko-oireet	12
2.5	Muut psykoosisairaudet	12
2.6	Skitsofrenian hoito sairauden eri vaiheissa	13
2.7	Psykoosin uusiutuminen ja ehkäisy	14
3	Oireenhallinta	15
3.1	Psykoedukaatio	15
3.2	Psykoedukaatio käytännössä	16
3.3	Psykoedukaatio oireenhallinnassa	17
3.4	Äänien hallinta osana oireenhallintatyöskentelyä	18
3.5	Hoitosuhdetyöskentely	19
4	Koulutus	21
4.1	Hyvä koulutus	21
4.2	Koulutuksen suunnittelu	22
4.3	Koulutuksen toteutus	23
5	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	23
5.1	Tarve	23
5.1.1	Lipen Hoivakoti	24
5.2	Tavoite	24
5.3	Suunnitelma	24
5.4	Toteutus	26
5.4.1	Aloitus	26
5.4.2	Teoriaosuus	26
5.4.3	Soveltava osuus	27
5.4.4	Lopetus	27
6	Pohdinta	28
	Lähteet	30
	Liitteet	32

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on oireenhallinta osana skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitoa. Oireenhallinnalla tässä työssä tarkoitetaan psykoedukaation menetelmien käyttöä psykoosipotilaan oireiden hallitsemiseksi. Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Lipen Hoivakodin kanssa. Tarkoituksena oli selvittää hoivakodin henkilökunnan aikaisempaa psykoedukaatiivista osaamista skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitoon liittyen. Tavoitteena oli lisätä heidän työkalujaan jokapäiväiseen työskentelyyn skitsofreniadiagnoosin saaneiden kuntoutujien kanssa.

Skitsofrenia on vakava ja monimuotoinen sairaus, jonka ennustetta parantavat varhainen tunnistaminen ja hoito. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.) Se on myös yksi ihmiskunnalle vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista. Sairauteen liittyy toistuvia psykoosijaksoja sekä usein pitkäkestoista ja merkittävää työ- sekä toimintakyvyn laskua ja tämän vuoksi se aiheuttaa yhteiskunnalle suuret kustannukset. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 139.) Tyypillistä skitsofrenialle ovat syvät ajattelun ja havainnointikyvyn vääristymät sekä tunnetilojen latistuminen ja asiaankuulumattomuus. Sairaus vaikuttaa syvästi henkilön kokemukseen itsestään, itsenäisyydestään sekä yksityisyydestään. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 106-107.)

Oireenhallinnalla tarkoitetaan niitä keinoja, joilla sairastunut voi oppia tunnistamaan tilanteita, jotka aiheuttivat psykoosin varomerkit ja sitä kautta hallitsemaan oireitaan ja niiden syntymistä. (Psykoosiopas 2017.) Psykoedukaatio on maailmallakin tunnettu oireenhallinnan menetelmä, jonka tulisi olla osa jokaisen skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitoa ja kuntoutusta. (An Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia 2017.)

Psykoedukaation on osoitettu olevan yksi vaikuttavimmista psykososiaalisista hoitomuodoista, erityisesti perhetyöhön yhdistettynä, jota voidaan toteuttaa myös yksilö- ja ryhmätyönä. Se lisää hoitomyöntyvyyttä ja ehkäisee psykoosi- sekä sairaalajaksojen uusiutumista. Erytisen tärkeää psykoedukaatio on ensipsykoosiin sairastuneen sekä hänen läheistensä kohdalla. Parhaimmillaan psykoedukaatio on terapeutista hoitoa, kun luodaan hyvä ja toimiva yhteistyösuhde ja jokainen osallistuja toimii tiedon ja kokemusten jakajana (Kieseppä & Oksanen 2013, 1.) Käytännön psykoedukaatio toimii siten, että potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sen oireista, löydetään yhdessä erilaisia selviytymiskeinoja ja toipumistapoja, sekä keskustellaan toipumiseen liittyvistä odotuksista. Lisäksi siinä opetellaan tunnistamaan varhaisia merkkejä sairauden uusiutumisesta, sekä tehdään toimitasuunnitelma selviytymiskeinoksi tätä varten. (Kuhanen ym. 2014, 95.)

Tietoa henkilökunnan aiemmasta osaamisesta hankittiin kvalitatiivisella puolistrukturoidulla teemahaastattelulomakkeella. Saatu aineisto analysoitiin käyttäen kevyesti sisällön analyysia. Tutkimustulokset osoittivat, että henkilökunta käytti työssään vain vähän psykoedukatiivisia työskentelytapoja. Hoivakodin työntekijöillä ei kyselyn mukaan ollut käytössään riittävästi oireenhallintamenetelmiä. Psykoedukaation käytöstä skitsofrenian hoidossa toivottiin tietoa. Lisäksi toivottiin tietoa skitsofreniasta sairautena, sen syistä ja toipumismahdollisuuksista.

Opinnäytetyön aihe suunniteltiin yhdessä Lipen Hoivakodin johtajan kanssa. Hän antoi vapaat kädet sisällön suhteen. Opinnäytetyön toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen koulutustapahtuma Lipen Hoivakodin tiloissa sen työntekijöille. Koulutuspäivän oli omalla puheenvuorollaan avaamassa Päivi Rissanen, joka kiertää ympäri Suomea kertomassa omista kokemuksistaan mielenterveyskuntoutujana. Tämän jälkeen pidettiin kahden tunnin pituinen osallistava luento, jossa keskityttiin skitsofreniaan yleisesti, psykoedukaatioon ja sen käyttöön oireenhallinnassa. Päivä lopetettiin oppimistehtävällä. Lopuksi kerättiin palaute osallistujilta.

2 Skitsofrenia ja muut psykoosisairaudet

2.1 Skitsofrenia sairautena

Skitsofrenia on sairautena vakava ja monimuotoinen. Varhain tunnistettu sairaus sekä varhain aloitettu hoito parantavat ennustetta. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.) Usein skitsofrenia diagnosoidaan varhaisaikuisuudessa. Osalla sairastuneista esiintyy poikkeavaa käyttäytymistä jo lapsuudessa. (Toivio & Nordling 2013, 197.) Skitsofrenia on yksi ihmiskunnalle vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista. Sairauteen liittyy toistuvia psykoosijaksoja sekä usein pitkäkestoista ja merkittävää työ- sekä toimintakyvyn laskua ja tämän vuoksi se aiheuttaa yhteiskunnalle suuret kustannukset. (Lönngqvist ym. 2014, 139.) Skitsofrenialle tyypillisiä ovat syvät ajattelun ja havainnointikyvyn vääristymät sekä tunnetilojen latistuminen ja asiakaan kuulumattomuus. Sairaus vaikuttaa syvästi henkilön kokemukseen itsestään, itsenäisyydestään sekä yksityisyydestään. Sairastunut voi kokea, että muut tietävät tai jakavat hänen intimeimmätkin ajatuksensa, toimintonsa tai tunteensa. Sairastunut voi myös kokea olevansa kaikkien tapahtumien keskipisteenä. Henkilölle saattaa kehittyä tilanteita selittäviä harhaluuloja esimerkiksi yliluonnollisten voimien olemassaolosta. Aistiharhat ovat yleisiä. Niistä yleisimpiä ovat kuuloharhat, jotka esimerkiksi kommentoivat henkilön käytöstä tai ajatuksia. Myös värit tai äänet saattavat tuntua erityisen voimakkailta. Jokapäiväiset tapahtumat voivat sairastuneen mielessä sisältää erityisiä, usein pahaenteisiä, juuri hänelle tarkoitettuja merkityksiä. Näistä syistä hämmentyneisyys on skitsofreniaa sairastavalle tavallista. Ajatuksenkuussa voi olla aukkoja ja ylimääräisiä seikkoja tunkeutuu ajatusten väliin. Voi myös tulla kokemus, että joku ulkopuolinen ottaa ajatuksia mielestä pois. Tällä tavalla sairastuneen ajatte-

lusta tulee epämääräistä ja outoa, jolloin myös puhe saattaa olla muille käsittämätöntä. Skitsofrenia voi alkaa äkillisesti voimakkailla oireilla, mutta myös vaihkeaa lisääntyvät omituiset ajatuskulut ja käytöksen muuttuminen ovat mahdollisia. Sairauden kulku voi olla hyvin vaihtelevaa. Naiset sairastuvat keskimäärin miehiä myöhemmin ja heidän ennusteensa on hiukan parempi. Osa potilaista paranee täysin tai lähes täysin. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 106-107.) Muutaman vuoden kuluttua sairastumisesta skitsofrenia usein lievittyy ja toimintatason lasku pysähtyy. Suurin osa pitkään sairastaneista kokee hallitsevansa oireitaan ja pitää elämänlaatuaan tyydyttävänä. (Lönnqvist ym. 2014, 138.)

2.2 Skitsofrenian synty ja esiintyvyys

Skitsofrenian syntyä selitetään nykyisin stressi-alttiusmallin avulla. Alttius voi olla perinnöllistä sekä varhaiskehityksen aikana syntyneitä. Geneettinen alttius vaikuttaa ihmisen henkilökohtaisiin herkkyystekijöihin. Näitä ovat välittäjäaineiden toimintahäiriöt, alentunut stressinsietokyky tai henkilön supistuneet työstämisvoimavarat sekä persoonallisuuden piirteet ja kognitiiviset häiriöt. (Rissanen 2007, 32.) Sairauden laukaiseva stressi voi olla jokin suuri kuormittava muutos elämässä, mutta myös toksinen tekijä, kuten amfetamiinin tai kannabiksen käyttö. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.) Myös ylisuojeleva ilmapiiri ja ympäristön liian vähäinen ärsyketarjonta vaikuttavat sairauden puhkeamiseen. (Rissanen 2007, 33.) Perinnöllisyys, sikiöaikaisen kehityksen häiriöt, synnytysvauriot sekä liian aikainen syntymä altistavat tutkitusti skitsofrenialle. Osalla sairastuneista esiintyy aivoissa toiminnallisia sekä rakenteellisia muutoksia, joista osan on todettu olevan olemassa jo ennen sairastumista. Myös varhaislapsuudessa sairastettu keskushermoston virusinfektio lisää riskiä sairastumiseen. Kognitiivisiin toimintoihin liittyvät erityispiirteet kuten vaikeudet keskittymisessä, muistivaikeudet, tarkkaavaisuuden häiriöt, eristäytymistäipumus, vetäytyvyys, sosiaalisten taitojen heikkous, luonteen muutos murrosiässä sekä hajanainen ja epäjohdonmukainen perhekommunikaatio voivat ennakoida sairastumista. Riskiä lisää useiden näiden tekijöiden kasaantuminen. (Rissanen 2007, 28.) Skitsofreniaa sairastaa noin 1% koko väestöstä. Luku on sama sekä maailmalla, että Suomessa. Skitsofreniaa sairastavan henkilön sisaruksilla ja lapsilla sairastumisriski on 7-9% ja toisen asteen sukulaisilla 2-6%. (Lönnqvist ym. 2014, 155.) Rungas teini-iässä alkanut kannabiksen käyttö lisää psykoosiin sairastumisen riskin arviolta kaksinkertaiseksi. Viiden vuoden seurannassa kannabipsykoosin vuoksi hoidossa olleista noin kolmasosalle kehittyi skitsofrenia. Väestöpohjaisissa pitkäaikaistutkimuksissa on havaittu yhteys lapsuusiän kognitiivisten häiriöiden ja aikuisiällä skitsofreniaan sairastumisen välillä. (Lönnqvist ym. 2014, 158-163.) Skitsofreniaa sairastetaan eniten alimmissa sosiaaliryhmissä. Useimmiten sairastunut on yksinäinen, naimaton tai eronnut. Voi olla myös niin, että sairaus vaikuttaa siihen, mihin sosiaaliryhmään henkilö päätyy. (Punkanen 2001, 110.) Skitsofreniaa ei enää pidetä parantumattomana sairautena. Noin kolmasosa sairastuneista paranee, kolmannes voi elää normaalia elämää lievien pitkäaikaisten oireiden kanssa ja yksi kolmasosa kärsii vaikeista kroonisista oireista. (Rissanen, 2007, 25.)

2.3 Skitsofreniatyypit ja oireet

Skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin oirekuvan mukaan. Sairauden oireet on jaettu perinteisesti positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä kuten käyttäytymisen outoutta, aistiharhoja eli hallusinaatioita ja harhaluuloja eli deluusioita. Aistiharhoja voivat olla kuulo-, näkö-, haju-, maku- ja tuntoharhat. (Lönqvist ym. 2014, 139.) Sairastunut voi esimerkiksi naureskella tai puhua itsekseen äänien kanssa, jotka käskvät tekemään jotain tai kommentoivat henkilön toimintaa. Kuuloharhat saattavat olla vaarallisia jos sairastunut alkaa noudattaa käskyjä, jotka kokee saaneensa äänien kautta. (Vuori-Klemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 125.) Harhaluuloihin voi liittyä, että potilas kuvittelee muiden kuulevan hänen ajatuksensa tai laittavan ajatuksia hänen päähänsä. Sairastunut voi myös kuvitella, että hänellä on erityisiä kykyjä tai voimia. Vaikka harhaluulot ja uskomukset olisivat selkeästi osoitettavissa virheellisiksi, sairastunut pitää niistä kiinni ja usein kuvittelee, että muut eivät vain huomaa samaa kuin hän. (Lönqvist ym. 2014, 140-141.)

Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen heikkenemistä tai puuttumista. Näihin kuuluu puheen köyhtyminen, anhedonia, tahdottomuus ja tunneilmaisun latistuminen. Sairastunut voi vastata kysymyksiin vain yhdellä sanalla tai sitten vastaus voi olla pitkä, mutta sisältää vain vähän informaatiota. Anhedoniaan liittyy kyvyttömyyttä kokea mielihyvää ja kiinnostusta sellaisiin asioihin, jotka ennen ovat olleet henkilölle tärkeitä ja kiinnostavia. Henkilö on myös usein kyvytön nauttimaan sosiaalisista suhteista tai solmimaan uusia ihmissuhteita. Tunneilmaisun latistuminen näkyy ilmeettömyytenä ja eleettömyytenä, vaikka keskustelunaiheet muuttuisivat iloisista surullisiin. Tahdottomuus näkyy aloitekyvyttömyytenä ja jaksamattomuutena. Tämä voi vaikeuttaa yksinkertaisiakin päivittäisiä asioita kuten pukeutumista ja itsestä huolehtimista. (Lönqvist ym. 2014, 139-146.) Näiden lisäksi skitsofreniaa sairastavilla esiintyy kognitiivisia puutosoireita tarkkaavaisuudessa, havainnoinnissa, muistissa, toiminnanohjauksessa, tiedon prosessoinnissa sekä yleisessä kognitiivisessa suori-tuskyvyssä (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015). Kognitiiviset häiriöt ovat usein havaittavissa jo ennen psykoosioireiden puhkeamista, eikä niiden kulkuun vaikuta aistiharhat tai harhaluulot. Puutteet toiminnanohjauksessa näkyvät muun muassa uuden oppimisen, tiedon vastaanoton ja käsittelyn sekä päätöksenteon vaikeuksina. Myös ongelmanratkaisukyvyssä ilmenee usein puutteita. (Lönqvist ym. 2014, 147.)

Paranoidinen skitsofrenia on kaikkein yleisin skitsofrenian muoto. Sille on ominaista erilaiset harhat ja harhaluulot. Sairastuneella voi olla esimerkiksi suuruusharhoja omista kyvyistään. Yleisiä ovat myös vainotuksi tulemisen tai jonkun muun vaikutuksen alla olemisen kokemuk-

set. Yleisimpiä aistiharhoja ovat kuuloharhat, jotka ovat usein syyttäviä, uhkaavia tai vaativia. (Toivio & Nordling 2009, 120.) Tämä sairauden muoto puhkeaa usein vasta aikuisiällä ja sairastunut säilyttää toimintakykynsä paremmin, kuin muissa skitsofrenian alatyypeissä (Lönnqvist ym. 2014, 139). Paranoidisen skitsofrenian oireet voivat olla jaksottaisia. Tällöin henkilö toipuu välillä täysin tai osittain. Kun sairaus kroonistuu, avoimet psykoottiset oireet jatkuvat vuosia ja sairaudessa on vaikea havaita erillisiä jaksoja. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 109.)

Hebefreenisessä skitsofrenian muodossa henkilön tunne-elämän muutokset ovat selkeitä. Käytös on usein vastuutonta ja odottamatonta sekä kaavamaisista. Tähän skitsofrenian muotoon sairastutaan yleensä 15-25 vuoden iässä. Sairauteen liittyy usein naureskelua sekä ylevää esiintymistä. Henkilö pyrkii usein vetäytymään omiin oloihinsa. Sairastuneen käytös vaikuttaa päämäärättömältä ja tarkoituksettomalta. Puhe voi olla hyvinkin harhailevaa ja sekavaa. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 111.) Hebefreenisen skitsofrenian ennuste on muita alatyyppejä huonompi, koska negatiiviset oireet kuten tunteiden latistuminen ja tahdottomuus kehittyvät nopeasti (Lönnqvist ym. 2014, 139).

Skitsofrenian katatoniselle muodolle ovat tyypillisiä huomattavat häiriöt henkilön psykomotoriikassa, jotka saattavat vaihdella äärimmäisyydestä toiseen. Esimerkiksi ylivilkkaus voi muuttua hetkessä täydelliseen sulkutilaan (stupor) jolloin ympäristöön reagointi laskee huomattavasti ja oma-aloitteinen liikkuminen ja aktiivisuus vähenee tai loppuu ajoittain kokonaan. Henkilö voi myös jäykistyä johonkin asentoon pitkäksikin ajaksi. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 112-113.) Katatoniaan liittyviä oireita ovat myös erilaiset maneerit, omituiset kasvojen ilmeet ja ruumiin asennot sekä kaikukäytös eli ekopraksia ja kaikupuhe eli ekolakia. Katatoniaoireiden taustalla voi olla myös somaattinen sairaus tai jokin muu mielenterveyden häiriö. Skitsofreniaa ei tule diagnosoida pelkkien katatonisten oireiden vuoksi. (Lönnqvist ym. 2014, 146.)

Jäsentymättömästä skitsofreniasta puhutaan silloin, kun mikään edellä mainituista alatyypeistä ei tule kyseeseen, mutta henkilöllä esiintyy skitsofrenian tyyppioireita. Nykyään suuri osa potilaista luokitetaan tähän ryhmään. Tästä johtuen on ollut paljon keskustelua siitä, pitäisikö alaluokituksista luopua kokonaan. Amerikassa käytössä oleva uusi tautiluokitus (DSM-5) on luopunut kokonaan alatyypijaosta, johtuen puutteellisesta tieteellisestä näytöstä. Residuaalisessa eli jäännöstyyppisessä skitsofreniassa esiintyvät sairauden tyyppilliset oireet vaimentuneina. Negatiiviset oireet ovat tällöin usein vallitsevia. (Lönnqvist ym. 2014, 139.)

2.4 Psykoosin ennakko-oireet

Suurimmalla osalla skitsofreniaan sairastuneista on ollut ennen sairauden puhkeamista ennakko-oireita eli prodromaalioireita. Nämä voidaan käytännössä todeta ennakko-oireiksi kuitenkin vasta, kun sairastuminen on tapahtunut. Tämä hankaloittaa skitsofrenian ennaltaehkäisyä. Alkuvaiheen ennakko-oireista tavallisimpia ovat ahdistuneisuus, unhäiriöt, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, eristäytyminen, epäluuloisuus, motivaation ja energian väheneminen, psykosomaattiset oireet, oudot subjektiiviset kokemukset ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella sekä sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn heikkeneminen. Näitä saattaa esiintyä jo vuosia ennen ensimmäisen psykoosijakson puhkeamista. (Lönnqvist ym. 2014, 148.) Itseä tai ympäristöä koskevia outouden tai muuntumisen tuntemuksia voi esiintyä jo ennen havaittavissa olevia oireita. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.) Lähempänä sairastumista alkaa esiintyä psykoottistyyppisiä oireita, kuten pakkoajatuksia, kielen ymmärtämisen häiriötä, vaikeutta erottaa kuvitelmia ja havaintoja toisistaan, automatisoituneiden toimintojen vaikeutumista, suhteuttamistaipumusta ja muutoksia minäkokemuksessa tai oman ruumiin havaitsemisessa. Vaikka ensipsykoosia edeltävät oireet saattavat kestää vuosia, sairauden uusiutumista ennakoivat oireet kestävät yleensä vain 2-4 viikkoa ja psykoosi voi alkaa myös ilman ennakko-oireita. (Lönnqvist ym. 2014, 148.)

2.5 Muut psykoosisairaudet

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian kaltainen sairaus, jolle ominaista on sekä toistuvat ja useat mielialahäiriöjaksot että psykoosijaksot. Skitsoaffektiivinen häiriö on sekoitus sekä skitsofrenialle että mielialahäiriöille tyypillisiä oireita, mutta se on harvinaisempi kuin skitsofrenia. Skitsoaffektiivista häiriötä on vaikeaa erottaa skitsofrenista sekä vaikeasta masennuksesta, sillä kummassakin sairaudessa voi myös esiintyä psykoottisia oireita. Diagnoosin tekeminen vaatii ainakin kaksi viikkoa kestäneen psykoosijakson, jossa harhaluulot ja aistiharhat ovat pääasiallisia oireita ilman merkittäviä mielialaoireita, mutta mielialaoireet ovat muutoin keskeisessä roolissa. Skitsoaffektiivinen häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä, ja siihen liittyy suuri itsemurhakuolleisuus.

Harhaluuloisuushäiriön keskeiset oireet ovat deluusiot eli erilaiset harhaluulot, jotka määrittellään todellisuuden vastaiseksi uskomukseksi, josta henkilö pitää ehdottomasti kiinni, vaikka hänelle on esitetty vakuuttavia todisteita uskomuksen epätodenmukaisuudesta. Valtaosa harhaluuloista on vainoamisen kohteeksi joutumisen kokemuksia, mutta ne voivat olla sisällöltään myös mustasukkaisia, somaattisia oireita, eroottisia tai kuvitelmia omasta suuruudesta. Harhaluuloisuushäiriössä ei esiinny skitsofreniaan liittyviä muita ajatushäiriötä tai merkittäviä aistiharhoja tai tunne-elämän latistumista. Harhaluuloisuushäiriöön sairastutaan myöhäisemmällä iällä kuin skitsofreniaan, yleensä keski-iässä, ja se on yhtä yleinen naisilla ja miehillä. (Lönnqvist ym. 2014, 203-207.)

2.6 Skitsofrenian hoito sairauden eri vaiheissa

Skitsofrenia on pitkäaikainen, usein jopa elinikäinen sairaus, jolloin myös hoito ja kuntoutus ovat taudin lievenemisvaiheista huolimatta pitkäkestoisia. (Lönqvist ym. 2014, 165.) Skitsofrenian hoidossa keskeistä on erilaisten hoitomuotojen yhdistäminen huomioiden sairastuneen yksilölliset tarpeet ja elämäntilanteen sekä perhesuhteet. Hoidosta tulee keskustella potilaan kanssa edellyttäen, että hän pystyy ottamaan kantaa omaan tilanteeseensa. Sairastuneen perhe tulisi ottaa hoitoon mukaan alusta lähtien. Psykiatri ja moniammatillinen työryhmä laatii sairastuneelle yksilöllisen hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelman tulee olla kirjallinen ja tehty vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.)

Akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on psykoottisten oireiden ja niihin liittyvän käyttäytymisen poistaminen tai lievittäminen mahdollisimman nopeasti. Onnistunut hoito voi lyhentää akuuttivaiheen kestoa. (Lönqvist ym. 2014, 169.) Keinoja tähän ovat sopiva lääkitys, luottamuksellinen hoidollinen vuorovaikutus, turvallinen hoitoympäristö sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia. Akuuttivaiheen potilasta voidaan hoitaa avohoidon keinoin esimerkiksi psykoosityöryhmässä. Jos potilas on itsetuhoisin tai väkivaltainen ja harhat ohjaavat hänen käyttäytymistään, on sairaalahoitoon lähettäminen aiheellista. Psykoosilääkityksen aloittaminen hoidon alkuvaiheessa lievittää positiivisia oireita. Lääkityksen aloitus arvioidaan kuitenkin aina yksilöllisesti. Osa ensipsykoosipotilaista toipuu ilman psykoosilääkitystä. Tämän vuoksi lääkehoidon aloitusta voidaan siirtää 1-2 viikkoa jos skitsofreniadiagnoosi ei ole varma. Akuuttivaiheessa psykoosilääkkeen vuorokausiannos on yleensä suurempi kuin pitkäaikaishoidossa. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.)

Osastohoidossa tulisi huomioida skitsofreniapotilaiden erityistarpeet. Toiminnan tulisi olla selkeää, ennakoitavaa ja hyvin jäsenneiltyä. Hoitoympäristön tulisi olla turvallinen ja rauhallinen. Skitsofreniaa sairastavien potilaiden kyky seuloa ulkoapäin tulevaa informaatiotulvaa on heikentynyt. Virikkeiden ja ärsykkeiden määrä tulisi minimoida, jotta ei aiheutuisi tunne-elämän ylikuormittuneisuutta, joka voi johtaa levottomuuden ja ahdistuksen lisääntymiseen tai passiiviseen vetäytymiseen kontakteista ja toiminnasta. (Lönqvist ym. 2014, 169.) Psykoosi on lähes käsittämätön mielentila muille, jonka vuoksi sairastunut on useimmiten toisten tavoittamattomissa. Sairastuneen on myös vaikea selittää tuntojaan toisille. (Kärkkäinen 2009, 27.)

Skitsofrenian tasaantumisvaihe alkaa psykoosioireiden väistyttyä. Vaihe voi kestää useita kuukausia ja tällöin skitsofreniaa sairastava on vielä hauras sekä altis uudelle psykoosijaksolle, jonka vuoksi kaikkia psykososiaalisia stressitekijöitä tulee pyrkiä välttämään. (Skitsofrenia:

Käypähoito-suositus, 2015.) Tavoitteina on jatkaa oireiden lievittämistä ja vakiinnuttaa lievenemistila. Tässä vaiheessa psykoedukaatio on tärkeää. Potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa sairauden hoidosta, ennusteesta, kuntoutuksesta sekä sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä. Lääkehoitoa jatketaan samalla annoksella riittävän kauan, jotta vältetään uuden psykoosijakson alkaminen. Kuntoutuksessa otetaan huomioon potilaan voimavarat, eikä liiallisia vaatimuksia esimerkiksi nopeasta kuntoutumisesta takaisin työelämään saa asettaa. Tarpeen mukainen kuntoutus ei kuitenkaan saisi viivästyä, koska se johtaa helposti psykososiaalisten haittojen vaikeutumiseen. (Lönnqvist ym. 2014, 169-171.)

Tasaantumisvaihetta seuraa sairauden vakaa vaihe, jolloin skitsofreniaa sairastava on toipunut akuuttivaiheen oireista. Tällöin tavoitteina on oireiden pitäminen poissa tai mahdollisimman vähäisinä lääkityksen ja kuntoutuksen avulla. Psykososiaalisten hoito- sekä kuntoutusmuotojen tarpeellisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan yksilöllisesti. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.) Potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä pyritään kohentamaan. Potilailla, joilla on ollut toistuvia psykoosijaksoja, suositellaan antipsykoottisen lääkityksen jatkamista pitkään, usein läpi elämän. Ensimmäisen skitsofreenisen psykoosin jälkeen voidaan lääkitystä keventää asteittain ja mahdollisesti lopettaa kokonaan, jos psykoottiset oireet ovat olleet poissa viiden vuoden ajan. (Lönnqvist ym. 2014, 171.)

2.7 Psykoosin uusiutuminen ja ehkäisy

Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitomyöntyvyyttä tulisi pyrkiä lisäämään, jotta voitaisiin välttyä uusilta psykoosijaksoilta. Usein syynä sairauden pahenemiselle on psykoosilääkkeen annoksen liian varhainen vähentäminen tai lääkityksen lopettaminen kokonaan. Lääkityksen laiminlyöntiä esiintyy pitkäaikaisessa hoidossa vähintään kolmasosalla potilaista. Ongelmaksi koetaan usein lääkkeiden haittavaikutukset, kuten painonnousu, antikolinergiset vaikutukset ja väsymys. (Lönnqvist ym. 2014, 171.) Psykoosin uusiutumisen riskiä kasvattaa myös huono hoitoon sitoutuminen sekä muutokset somaattisessa terveydentilassa, sosiaalisissa suhteissa ja elämäntilanteessa. Lääkehoidon haittavaikutukset tulisi minimoida käyttämällä psykoosilääkkeen pienintä vaikuttavaa vuorokausiannosta. Mahdollisesti keskeytynyt lääkehoito aloitetaan mahdollisimman pian uudestaan tai tarvittaessa olemassa olevaa lääkitystä tehostetaan. Potilaan ja hänen läheistensä kykyä havaita psykoosin ennakko-oireita tulisi vahvistaa psykoedukaation keinoin. Potilasta tulisi tukea välttämään riskikäyttäytymistä, esimerkiksi alkoholin tai huumeiden käyttöä. Lisäksi pyritään pitämään yllä realistista toivoa kuntoutumisesta sairauden kaikissa vaiheissa. (Skitsofrenia: Käypähoito-suositus, 2015.)

3 Oireenhallinta

3.1 Psykoedukaatio

Tässä opinnäytetyössä oireenhallinnalla tarkoitetaan psykoedukaatiota, jonka taustalla on kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa. Psykoedukaatio on koulutuksellinen tai opetuksellinen työskentelymenetelmä, jossa kuitenkin ei ole tarkoituksena että hoitaja toimii potilaan ja tämän perheen opettajana perinteisen opettaja-oppilasroolien mukaan, vaan nykyään psykoedukaatiosta käytetään enemmän termiä jaettu asiantuntijuus. Siinä hoitava taho ja potilas sekä hänen perheensä yrittävät yhdessä etsiä ratkaisuja potilaan ongelmiin heidän yksilöllisten kokemustensa perusteella. Hoitajan tulisi osata liittää näitä kokemuksia hoitotyön ja lääketieteen ajankohtaiseen tietoon. Taustalla vaikuttaa ajatus, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa yhdessä työskentelemällä. Luottamuksellinen yhteistyösuhde on psykoedukaation onnistumisen kulmakivi, tämä suhde pyritään luomaan hoitajan, potilaan sekä tämän perheen välille. Psykoedukaatiolla voidaan etsiä ratkaisuja erilaisiin perheen ongelmiin. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2014, 93-94.)

Psykoedukaatiota voidaan ajatella osaksi yleistä terveystieteistä, jonka tavoitteena on muuttaa joko psyykkisesti tai somaattisesti sairastuneen terveystietoisuutta. Psykoedukaatiosta on esitetty vain vähän määritelmiä, vaikka termiä käytetään paljon. Termille ei toisistaan ole vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. (Hentinen, Ilja & Marttila 2009, 151.)

On havaittu, että perheiden tunneilmapiiri vaikuttaa sairauden ennusteeseen skitsofreniaa sairastavilla potilailla, erityisesti tämä havainto on tehty psykoosipotilaiden ja heidän perheidensä kohdalla. Psykoedukaatiossa ei etsitä syitä menneisyydestä, vaan painopiste on nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Pyritään ajatukseen, että perhe ei ole synnyttänyt sairautta, vaan on sairauden kulkuun positiivisesti vaikuttava tekijä. Kognitiivis-behavioristisella lähestymistavalla saadaan lisää välineitä perheen kanssa työskentelyyn, esimerkiksi vuorovaikutuksellisen keskustelun käyttäminen sairaudesta luennoimisen sijaan. Tällä tavalla pyritään vaikuttamaan sairauden ennusteeseen ja kulkuun. (Kuhanen ym. 2014, 94-95.)

Psykoedukaatio yhdistettynä perhetyöhön on yksi vaikuttavimmiksi osoitetuista psykoosien psykososiaalisista hoitomuodoista. Psykoedukaatio on erityisen tärkeää ensipsykoosiin sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa työskennellessä, se näyttää lisäävän hoitomyönteisyyttä sekä ehkäisevän psyykkisiä ja sairaalakierteitä. Potilaan ja hänen omaistensa kanssa olisi hyvä käsitellä ainakin perustieto psykoosista ja sen hoidosta, haavoittuvuus-stressimalli sekä varoittaa pitkäaikaisia oireita ja niiden tunnistaminen sekä hallinta. Psykiatrisen työntekijän on ymmärrettävä, että pelkän tietoisuuden antaminen, ilman ymmärtävää ja tukea antavaa keskustelua, voi lisätä potilaan toivottomuuden tunnetta. Tietoisuus voi lisätä sairastuneen oivallusky-

kyä, mutta pakonomaiset yritykset muuttaa hänen ajatuksiaan voivat jopa lisätä psykoosin riskiä. Annettua tietoa ei tule antaa rajattomasti yhdellä kertaa, vaan tiedon vastaanottamisen varmistamiseksi tieto on annettava selkeinä rajattuina kokonaisuuksina. Erilaisia, eri aistien kautta tapahtuvia oppimismenetelmiä tulee soveltaa potilaskohtaisesti ja tietoa tulee kerrata muistaen, että psykoosisairauteen itsessään voi liittyä erilaisia keskittymisen, muistin ja oppimisen ongelmia jotka vaikeuttavat tiedon sisäistämistä. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

3.2 Psykoedukaatio käytännössä

Psykoedukatiivisella työskentelyllä on useita eri muotoja aina hoitajan ja potilaan välisestä yhteistyösuhteesta usean perheen väliseen ryhmäterapiaan. Käytännössä psykoedukaatio toimii siten, että potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sen oireista, erilaisista selviytymiskeinoista ja toipumistavoista sekä toipumiseen liittyvistä odotuksista. Lisäksi siinä opetellaan tunnistamaan varhaisia merkkejä sairauden uusiutumisesta sekä tehdään toimintasuunnitelma selviytymiskeinoiksi tätä varten. Potilas sekä hänen perheensä toimivat hoidon päätöksentekijöinä. Kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidot sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu ovat tärkeitä osa-alueita, joilla voidaan vähentää potilaan stressiä ja kuormittuneisuuden tunnetta sekä helpottaa perheen oloa. Psykoedukaatiossa on tärkeää pitää yllä toiveikkuuden tunnetta, jolla luodaan myönteisiä odotuksia tulevaisuuden suhteen. Tällä tavoin psykoedukaatio edistää potilaan pärjäämistä sairautensa kanssa. (Kuhanen ym. 2014, 95.)

Psykoedukaation tulisi olla osa jokaisen skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Jo pitkään on skitsofrenian hoidossa keskitytty kuntoutumisen ajatukseen pitkäaikaisen toimintakyvyn laskemisen sijaan. Potilaan osallistaminen hänen omaan hoitoonsa on avainasemassa psykoedukaation onnistumisen kannalta olennaisen yhteistyösuhteen luomisessa. Jaettu asiantuntijuus yhdessä potilaan ja ammattilaisen kesken luo ratkaisukeskeisen lähestymismallin, joka edistää yhteistyösuhteen onnistumista parhaalla mahdollisella tavalla. Tällä tavalla myös potilas tuntee, että hänen autonomiansa säilyy, ja tehdyt hoidolliset päätökset ovat hänen arvojensa ja valintojensa mukaisia. Tällä tavalla toimittaessa potilaat sitoutuvat hoitoon paremmin ja ovat jälkeenpäin arvioineet hoitonsa onnistuneemmaksi verrattuna potilaisiin, jotka eivät ole saaneet psykoedukatiivista hoitoa. Psykoedukaatiossa tavoitteena on tiedon lisääminen skitsofreniasta sairautena sekä sen hoitomuodoista, rohkaista potilasta ja hänen läheisiään toimimaan päätöksen tekijöinä ja asiantuntijoina hoitoa koskevissa kysymyksissä, lisätä yhteistyötä eri hoitoon osallistuvien tahojen kesken, lievittää perheen negatiivista ilmapiiiriä, lisätä sairauteen liittyviä oivalluksia, kertoa lääkityksestä, sen hyvistä puolista sekä haittavaikutuksista, edistää hoitoon sitoutumista, edistää fyysistä hyvinvointia ja terveyttä,

lisätä stressinhallinnan keinoja, vähentää relapseja sekä sairaalakierteitä, ymmärtää päihdyttävien aineiden väärinkäytön seuraukset sekä edistää toipumista ja sopeutumista yhteiskuntaan. (An Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia 2017.)

3.3 Psykoedukaatio oireenhallinnassa

Psykoedukaatio tutkitusti kehittää skitsofreniaa sairastavan selviytymiskeinoja sekä auttaa sairauden kulkuun vaikuttavien stressitekijöiden ja psykoosijaksoa ennakoivien oireiden hallinnassa. Siinä annettu tieto potilaalle hänen sairaudestaan auttaa häntä olemaan oman sairautensa asiantuntija tunnistamalla esimerkiksi psykoosin uusiutumisen varomerkkejä. (Kuhanen ym. 2014. 94-95.) Varomerkkien ilmaantuminen kertoo yleensä siitä, että potilaan stressitaso on noussut, jonka seurauksena hänestä on tullut haavoittuvampi. Varomerkkien tunnistamiseksi on olemassa valmiit kaavakkeet sairastuneelle sekä hänen läheiselleen, joissa on lueteltu yleisimpiä psykoosin varomerkkejä sekä jätetty tilaa omille henkilökohtaisille huomioille. Lisäksi varomerkeille määritellään vakavuusasteet. Näiden avulla sairastunut voi oppia tunnistamaan tilanteita, jotka aiheuttivat varomerkit ja sitä kautta hallitsemaan oireitaan ja niiden syntymistä. (Psykoosiopas 2017.)

Pelkkä varomerkkien tunnistaminen ei riitä, vaan potilaan kanssa on myös tehtävä toimintasuunnitelma sen tilanteen varalle, että varomerkkejä alkaa ilmetä. Pelkkä varomerkkien tunnistaminen ilman selviytymiskeinoja voi ahdistaa potilasta ja lisätä hänen kuormittuneisuuttaan. Oireenhallintaan liittyy oleellisesti myös sosiaalisten taitojen ja stressinhallinnan harjoittelu esimerkiksi SCIT-menetelmän avulla, sillä kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidot tukevat selvymistä. SCIT (Social cognition interaction therapy) on menetelmä, jossa opetellaan hallitsemaan sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä tunteita ja käyttäytymistä. Myös kognitiivisen psykoterapian keinoja voidaan hyödyntää esimerkiksi ryhmämuotoisessa sosiaalisten taitojen harjoittelussa. Oireenhallinnan päämääränä on lisätä potilaan kykyä hallita sairautaan, parantaa elämänlaatua sekä ehkäistä psykoosijaksojen uusiutumista. (Kuhanen ym. 2014. 94-95; Psykoosiopas 2017.)

Skitsofrenian pitkäaikaisoireiden tunnistaminen ja seuranta mahdollistavat sopivien oireenhallintakeinojen löytämisen ja kehittämisen niiden hallintaan. Näiden vaiheiden toteuttamiseen voi käyttää esimerkiksi erilaisia seurantakaavakkeita. Tunnistamista ja seurantaa seuraava vaihe on oireenhallintakeinojen löytäminen ja kokeileminen käytännössä. Pitkäaikaisoireita ilmenee sairastuneella lähes jatkuvasti lääkehoidosta huolimatta. Niiden pitkäaikaisuuden vuoksi hallitseminen voi olla vaikeaa ja muutos tuntua pelottavalta. (Psykoedukaatio 2017; Psykoosiopas 2017.) Oireenhallintakeinot ovat aina henkilökohtaisia. Niitä voi olla esimerkiksi laulaminen tai musiikin kuuntelu, lukeminen, kirjoittaminen tai nukkuminen. Osa sairastu-

neista käyttää päihkeitä oireenhallinnan keinona tarkoituksena vaimentaa oireita. Tämä lopulta kuitenkin johtaa siihen, että lääkkeiden teho heikkenee, oireet vahvistuvat ja sairaus pahenee.

3.4 Äänien hallinta osana oireenhallintatyöskentelyä

Yli 10% ihmisistä kuulee ääniä (Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. 2011. 20(3), 281-292). Äänten kuulemisella tarkoitetaan ilmiötä, jossa henkilö kuulee äänen tai ääniä, joilla ei ole mitään fyysistä, ulkopuolista aiheuttajaa, tinnitus poislukien. Yleisimmin äänet ovat puhetta, mutta ne voivat olla myös melua, puheensorinaa tai musiikkia. Suurin osa ääniä kuulevista ei häiriinny äänistä, mutta muutamalle prosentille äänien kuuleminen on rankka kokemus. Useasti ääniä selitetään vain psyykkisen sairauden oireena. Suomen Moniääniset Ry haluaa kuitenkin tuoda äänien kuulemiseen uutta näkökulmaa. He suosittelevat, että ääniä kuuleva opisi hyväksymään, että äänet ovat todellisia ja osa henkilöä itseään sekä hyväksymään, että äänillä voi olla jokin merkitys, joka liittyy henkilön omiin elämäkokemuksiin. Jos ääniä kuuleva kokee asian raskaana, tulisi hänen kanssaan selvittää onko taustalla jokin traumaattinen kokemus sekä antaa tukea tästä selviytymiseen. Tärkeintä äänien hallinnassa on oma suhtautuminen. Äänillä on valta henkilöstä niin kauan kun henkilö yrittää taistella niitä vastaan, kieltää ne, päästä niistä eroon tai pelkää niitä. Ääniä kuuleva voi oppia arvostavaa vuorovai-
kutusta äänien kanssa tutustumalla niihin, joka lisää myös hänen itseluottamustaan. (Äänien kuuleminen 2015.)

Ääniä kuulevan hallintaa suhteessa hänen kuulemiinsa ääniin voi lisätä erilaisin tekniikoin. Ääniä kuulevaa ei ole tarkoitus parantaa niin ettei hän enää kuulisi ääniä, vaan hyväksyä äänet vahvasti yksilön elämään vaikuttavana inhimillisenä kokemuksena, eikä vain sairauteen liittyvänä ilmiönä, poislukien epilepsiaan liittyvät äänet. Ääniä pyritään hallitsemaan antamalla niille tietty aika ja paikka suhteessa muuhun elämään. Oman elämän hallintakeinojen löytäminen on tärkeää, jotta päivittäiset toimet ja elämä kärsisi mahdollisimman vähän äänien takia. Äänien hallintakeinoja ovat päiväkirjan pitäminen äänistä, oma-apuryhmät, kohdentamismenetelmä, ahdistuksen hallinta, vuoropuhelu, kuntoutus ja lääkitys. Päiväkirjan pitäminen vaatii ääniä kuulevalta suurta panosta, mutta sen pitäminen voi auttaa häntä kuvailemaan kokemustaan selkeämmin joka taas auttaa selviytymiskeinojen löytämisessä. Oma-apuryhmissä kaikki osallistujat ovat samassa tilanteessa olevia henkilöitä, jotka saavat toisiltaan vertaistukea. Kohdentamismenetelmä on psykologinen menetelmä, jossa ääniin joko kiinnitetään tarkempaa huomiota, esimerkiksi kirjoittamalla ylös mitä ne sanovat, tai jätetään ne huomiotta esimerkiksi kuuntelemalla musiikkia tai lukemalla. Ahdistuksen hallintaa voi olla esimerkiksi asenteen muuttaminen tai äänien maailmaan meneminen. Vuoropuhelu äänien kanssa on hyödyllistä, kun ääniä kuuleva yrittää saada kokemuksen paremmin hallintaan nykyhetkessä. Ää-

niä kuulevan sosiaalinen ympäristö on yhteydessä äänien kuulemiseen ilmiönä, ja äänien kuuleminen yleensä vaikuttaa kielteisesti henkilön asemaan yhteisössä, johon voidaan vaikuttaa kuntoutuksella. Kuntoutuksessa oleellista on hyvät ihmissuhteet, riittävä määrä oleellista tietoa, tunteiden vastaanottaminen, sosiaalinen itsenäisyys sekä luottamukselliset suhteet elämässä. Myös oikeanlainen lääkitys auttaa äänien hallinnassa. (Romme & Escher 2001, 98-139.)

3.5 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitotyössä onnistuneen yhteistyösuhteen edellytyksenä on potilaan ja hoitajan välinen luottamus. Potilaslähtöisyys käsitteenä tarkoittaa sellaista hoito- ja yhteistyötä, jossa potilas itse osallistuu ja vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Suhteen tulee olla myös vastavuoroinen. Potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti eli ottaa huomioon psyykinen, fyysinen sekä sosiaalinen hyvinvointi. Olennaista on, että potilas ja hoitaja pyrkivät yhdessä hahmottamaan ongelmia ja kokonaisuutta sekä etsimään ratkaisuja. Hoitajan ja potilaan tulee molempien omalta osaltaan ottaa vastuu hoidon toteutumisesta omilla osuuksillaan. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan yhdessä. Ammatillisesti taitava hoitaja herättää luottamusta ja hän toteuttaa työtään lakien ja asetusten sekä ammattieettisten periaatteiden ja arvojen mukaan. (Kuhanen ym. 2014, 155-156.) Skitsofreniaa sairastavien psykologiset vaistot ovat yliherkkiä verrattuna useimpiin ihmisiin ja he ovat herkkiä pettymään ja taantumaan takaisin eristäytymiseensä. Tämän vuoksi kontaktin luomisessa olisi oltava hienotunteinen ja hoitajan tulisi välttää tunkeilua ja epärehellisyttä. Skitsofreniaa sairastavat vastaavat usein herkästi ymmärrettävään kontaktiin, jos he huomaavat ja vaistoavat, että taustalla on hoitajan aito pyrkimys heidän ymmärtämiseensä ja auttamiseensa. (Rissanen 2007, 126.)

Hoitajan teoreettinen ja kokemuksellinen asiantuntijuus sekä potilaan rooli oman sairautensa ja elämäntilanteensa asiantuntijana synnyttää jaetun asiantuntijuuden heidän välilleen, jossa korostuu tasa-arvoisuus. Kuitenkin tulee muistaa, ettei potilas-hoitajasuhde voi koskaan olla täysin tasapuolinen, sillä hoitajan toiminta vaikuttaa aina potilaaseen. Hoitajan tulee olla tietoinen valta-asemastaan ja muistaa, että sairaudestaan huolimatta henkilö voi asettaa itselleen tavoitteita ja vaikuttaa tulevaisuuden suunnitteluun. Jos näitä asioita ei hoitaja huomioi, voi yhteistyösuhde muuttua liian holhoavaksi. (Kuhanen ym. 2013, 157.) Vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa olennaista on, ettei hoitaja toimi kaikkietävänä asiantuntijana, vaan asettuu avoimeen vuoropuheluun asiakkaan kanssa. Molemminpuolista kunnioitusta voidaan pitää työskentelyn ehtona. Kaikkia toisen osapuolen väitteitä ja mielipiteitä ei kuitenkaan tarvitse hyväksyä sellaisenaan, vaan molemmilla tulee olla oikeus omiin näkemyksiinsä ja ymmärrykseensä. (Rissanen 2007, 142-143.) Hoitajan ja potilaan välisten keskustelujen sisällön tulisi muodostua potilaan tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta. On tärkeää keskustella potilaan myönneistä puolista ja vahvuuksista. Tämä tukee potilaan itsetuntoa. Muita tärkeitä aiheita ovat potilaan senhetkinen vointi, hoito sekä kuntoutumisen eteneminen. Yhtä merkityksellistä on

kuitenkin puhua välillä aivan tavallisista potilaalle tärkeistä arkeen liittyvistä asioista. Keskusteluhetkistä tulisi jäädä potilaalle myönteinen ja turvallinen olo. (Kuhanen ym. 2013, 162.)

Potilasta tulee myös havainnoida keskustelujen aikana. Hoitajan täytyy kuunnella, mitä potilaalla on sanottavaa ja samalla seurata, mitä tämä viestii koko olemuksellaan. On myös tärkeää huomioida, mitä potilas jättää sanomatta tai yrittää sanoillaan peittää. Hoitaja voi omin sanoin toistaa potilaan puheen ja näin varmistaa, että on ymmärtänyt oikein. Myös potilaan omat ajatukset jäsentyvät näin paremmin. (Kuhanen ym. 2013, 164.)

Pitkäaikaiset ihmissuhteet, myös hoitosuhteet, toimivat aina henkilön itsenäistymisen kasvupohjana. Kyky asettaa epärealistisille toiveille rakentavasti rajoja on tärkeää tuettaessa itsenäistymiseen. Kiellot ja ammatillisten rajojen toteutus täytyy suhteuttaa potilaan psyyken toimintatasoon. Jos potilas on pelokas tai syvästi masentunut, voi paras tapa osoittaa empatiaa olla konkreettinen auttaminen. Toisessa tilanteessa sama konkreettinen apu voi lisätä potilaan riippuvuutta auttajaan. Asiakkaansa itsenäistymistä tukeva auttaja on johdonmukainen ja pitää aina kiinni asettamistaan päätöksistä ja rajoista, mutta myös lupauksista. (Huttunen & Kalska 2012, 333-334.)

Aktiivinen kuuntelu on puheen ja sanojen, mutta myös vuorovaikutuksessa esiin nousevien tunnetilojen kuuntelemista ja ymmärtämistä. Hoitajan tulisi löytää yhteyksiä potilaan puheen ja elämäntilanteen välillä. Päämääränä kuuntelussa on, että potilas saa kertoa rauhasa ja omalla tavallaan itsestään. Tällä tavalla hoitaja saa potilaasta tietoa, joka auttaa saavuttamaan hoidolle asetettuja tavoitteita. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 180.)

Dialogisuus tarkoittaa vuoropuhelua. Kaikki vuoropuhelu ei kuitenkaan ole dialogista. Kapeimmillaan vuoropuhelu on ainoastaan puhumista vuorotellen. Tällöin tilanne muistuttaa peräkkäisiä monologeja eli yksinpuhelua. Monologisuudessa henkilöt, jotka osallistuvat keskusteluun, eivät löydä yhteistä ymmärrystä. Jos keskustelu on monologista, sairaanhoitajan tai lääkärin hyvää tarkoittavat ohjeet ja neuvot voivat jäädä potilaalle epäselviksi. Lähtökohtana dialogisuudessa on tarkkaavainen sekä syvällinen toisen ihmisen kuuntelu, joka pohjautuu potilaan ja hänen asioidensa kunnioittamiseen. Kuuntelussa apuna voidaan käyttää potilaan sanoista nousevia kysymyksiä. Tavoitteena dialogisuudessa on auttaa potilasta hahmottamaan omaa tilannettaan ja avuntarvettaan. Dialogisen hoitotyön yksi perusasioista on ymmärtää potilasta moniulotteisena ihmisenä, jonka elämään liittyy monia näkökulmia. Käyttämämme sanat voivat auttaa, parantaa tai pahentaa tilannetta. Tämä kaikki on pohjana myös psykoedukaation onnistumiselle ja vaikuttavuudelle. (Holmberg ym. 2008, 307-309.)

4 Koulutus

4.1 Hyvä koulutus

Koulutukseen osallistujien odotukset ja tarpeet vaihtelevat. Motivaatio syntyy siitä, että opitusta on konkreettista hyötyä esimerkiksi osallistuja työn kannalta. Aikuinen oppija on toisaalta rohkea kokeilemaan uusia oppimisa asioita käytännössä, toisaalta hän voi myös olla pinttynyt tapoihinsa ja vastahankainen uusille opituille menetelmille. (Aikuinen oppijana 2017.)

Neljä ehkä tunnetuinta oppimiskäsitystä ovat kognitivismi, konstruktivismi, humanismi ja behaviorismi. Käsitteiden erona on se, miten ne määrittävät tiedon luonteen, eli onko tieto objektiivista vai rakentunut subjektiivisesti. Eri oppimiskäsityksillä on oma lähestymistapansa koulutuksen suunnitteluun, käytännön toteutukseen ja arviointiin. Lisäksi niistä jokaisella on oma tarkastelunäkökulmansa siihen, miten ihminen oppii, mitä oppimisen aikana tapahtuu sekä millainen on oppijan ja opettajan rooli oppimisprosessissa. Kouluttajan on tärkeää miettiä omaan koulutukseensa sopiva oppimiskäsitys. Sitä ei kuitenkaan tule sokeasti seurata, vaan soveltaa useita eri teorioita omaan tilaisuuteensa sopivaksi kokonaisuudeksi. (Oppimiskäsitys 2017.) Nykyään oppimisen painopiste on kallistunut hieman konstruktivistisen oppimiskäsityksen suuntaan. Konstruktivismi on todellisuuden rakentamista, joka on tilannesidonnaista. Siinä käsitys oppimisesta on tiedon jäsentämistä ja käsitysten laajentamista, eli oppija valikoi ja tulkitsee saamaansa informaatiota peilaten sitä aikaisempaan tietopohjaansa sekä kehittyvä kriittisessä ajattelussaan. (Oppimiskäsityksistä 2017.)

Yhteistoiminnallinen oppiminen pohjautuu konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen, siinä keskustelun avulla tutustutaan muiden ajatuksiin sekä pyritään konkretisoimaan omia ajatuksiin. Se on vuorovaikutusta oppijoiden välillä, joka sisältää keskustelua, materiaalin jakamista ja toisten auttamista. (Yhteistoiminnallinen oppiminen 2017)

Jos koulutuksella halutaan vaikuttaa työyhteisön toimintatapoihin, tulisi koulutus järjestää koko työyhteisölle. Kouluttajan oma asiantuntemus on tällaisessa koulutuksessa tärkeää, mutta enemmän painoarvoa on osallistujien oman asiantuntemuksen kytkemisessä koulutuksen etenemiseen. (Kupias 2011.)

Koulutuksen tavoitteet ohjaavat koulutuksen suunnittelua ja etenemistä. Kouluttajan tulisi miettiä koulutuksen tavoitteita osallistujien oppimisen kannalta, eikä kouluttajan asian ja esiintymisen näkökulmasta. Kouluttajan asettaessa tavoitteeksi muutokset osallistuvien toiminnassa ja ajattelussa, tulee koulutuksesta osuvampaa. Asetetut tavoitteen toiminnan muutoksessa vaikuttavat siihen, miten asioita tulisi tuoda koulutuksessa esille, jotta osallistujat

oppivat oleelliset asiat. Parhaimmillaan opitut asiat vaikuttavat toivottuihin toiminnan muutoksiin, jolloin koulutus on ollut onnistunut. (Kupias 2011.)

Hyvä kouluttaja asennoituu koulutukseen siten, että hän on palvelutehtävässään. Kouluttajan tehtävä ei ole ensisijaisesti miellyttää osallistujia, vaan sen sijaan hyvä kouluttaja ajattelee olevansa oppimisen edistäjä. Oppiminen ei aina ole miellyttävää. Kouluttaja voi kohdata vastustusta, varsinkin jos osallistujien omat vakiintuneet käsitykset joutuvat koulutuksen aikana myllerrykseen. Uuden oppiminen ja uusien toimintatapojen omaksuminen koetaan usein vaihalloiseksi ja aikaa vieväksi. Intoa ja jaksamista toiminnan muuttamiseen ei aina löydy. Tällaisissa tilanteissa avoimen oppimisilmapiirin luominen on ensisijaisen tärkeää koulutuksen onnistumisen kannalta. Kouluttajan on hyväksyttävä se, että hän joutuu ottamaan esille hankaliakin asioita. (Kupias 2011.)

Palautteen saaminen on tärkeää koulutuksen ja kouluttajan kehittymisen kannalta. Kouluttajan tulee ottaa palautteet vakavasti, kuitenkin samalla arvioiden sitä, mistä lähtökohdista osallistujat antavat palautetta. Tulee muistaa, että osallistujat arvottavat asioita eri tavalla ja tarkastelevat niitä eri näkökulmista. Yksittäisen negatiivisen palautteen ei tulisi antaa vaikuttaa omaan arvioon koulutuksen onnistumisesta. (Kupias 2011.)

4.2 Koulutuksen suunnittelu

Koulutuksen järjestämisessä ensimmäinen vaihe on suunnittelu, jonka ensimmäinen askel on selvittää koulutuksen tarkoitus ja tavoitteet, sekä kartoittaa oma että koulutettavien tietämys aiheesta. Aihe ja sisältö tulee rajata saadun tiedon perusteella, sekä valmistella koulutusmateriaali ja valita menetelmät. (Kupias & Koski 2012, 9-10.) Osallistujien motivaatio on parempi, kun koulutuksen tavoitteet ja sisältö on suunniteltu heidän taustaansa ja olemassa olevaan osaamiseensa pohjautuen (Hätönen & Mykrä 2008, 27).

Koulutusmateriaalia on hyvä hankkia enemmän kuin sitä lopulta aikoo käyttää. Laaja tuntemus aiheesta ja perusteellinen perehtyminen antavat varmuutta esiintymiseen, vaikka esitettävät asiat onkin rajattu tarkoituksenmukaisesti. Esitys tulee jäsenellä niin, että sillä on alku, keskikohta eli käsittelyosuus ja loppu, ja sen etenemislogiikka on etukäteen mietitty aiheen kannalta tarkoituksenmukaiseksi. Aloitusta ja lopetuskohta ovat kriittisimmät, ne jäävät usein parhaiten mieleen. Aloitusta on tarkoitus herättää kuulijoiden mielenkiinto aiheeseen. Motivaatiota voi herättää esimerkiksi esittelemällä aiheen merkityksellisyyttä, hyödyllisyyttä tai vaikuttavuutta jonkin ajankohtaisen esimerkkitalanteen kautta. Tähän voi käyttää myös kertomalla omaa kokemusta, tekemällä vastakohta-asettelun tai kysymällä osallistujilta aiheesta. (Karjalainen & Roivas 2013.)

Olellainen osa koulutuksen suunnittelua on opetusmenetelmän valinta. Yksikään opetusmenetelmä ei itsessään ole hyvä tai huono, kuitenkin opetusmenetelmää valitessa tulee ottaa huomioon koulutukselle asetetut tavoitteet, osallistujien käsitys hyvästä oppimisesta, aiheen sisältö, koulutuksen ympäristö ja kouluttajan persoona. Aktivoivakaan opetusmenetelmä ei toimi jos kouluttaja ei arvosta osallistujien osaamista ja näkemyksiä. Kouluttaja, joka arvostaa ja huomioi osallistujia, saa luotua hyvän, aktivoivan ja vuorovaikutteisen hengen perinteisempiinkin opetusmenetelmiin, kuten luentoihin. (Hätönen ym. 2008, 9.)

4.3 Koulutuksen toteutus

Koulutuksen aluksi kouluttaja voi pyytää osallistujia kertomaan omia kokemuksiaan aiheesta luennon edetessä ja rohkaista heitä tekemään tarkentavia kysymyksiä tai tuomaan ilmi jos jokin asia on ristiriidassa heidän omien kokemustensa kanssa. Konkreettisten, omakohtaisten kokemusten esiintuominen tekee oppimisesta kiinnostavampaa ja helpompaa. Kouluttajan tulee kuitenkin varautua siihen, että vain pieni osa osallistujista käyttää puheenvuoroja, kun suurin osa on hiljaa. (Hätönen ym. 2008, 13.)

Jos koulutukseen osallistuville annetaan joitakin tehtäviä, tulee niiden olla koulutuksen tavoitetta tukevia, eikä tehtäviä teetetä vain tekemisen vuoksi. Tehtävän tulee olla mielekäs, sekä linkittyneet heidän omaan työhönsä tai elämäänsä, jotta sen hyöty voidaan havaita. Tehtävä ei saa olla irrallaan kokonaisuudesta, vaan sen tulee olla osa koulutuskokonaisuutta ja sen tarkoitus tulee olla perusteltavissa. Tehtävä tulee aina ohjeistaa huolellisesti. (Hätönen ym. 2008. 15-16.)

5 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

5.1 Tarve

Tarve tälle opinnäytetyölle tuli ilmi, kun Lipen Hoivakodin johtaja oli meihin yhteydessä. Hoivakodin asukkaista valtaosalla on diagnoosina jokin psykoosisairaus. Hoivakodin johtajan mukaan skitsofrenian oireenhallinta ja psykoedukaatio eivät ole tarpeeksi mukana hoivakodin arjessa ja hoitajilla ei ole hänen arvionsa mukaan tarpeeksi tarvittavia työkaluja näihin menetelmiin hoivakodin asukkaiden kanssa työskenneltäessä. Yhdessä päätettiin keskittyä aiheeseen psykoedukaatio skitsofreniaa sairastavien potilaiden oireenhallinnassa.

5.1.1 Lipen Hoivakoti

Lipen Hoivakoti sijaitsee Hausjärven Turkhaudalla. Toiminnan perustana on tarjota eritasoisia asumis- ja kuntoutuspalveluja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Asukkaat osallistuvat päivittäiseen toimintaan aktiivisesti harjoittelemalla perustaitoja itsenäistä elämää varten. Näitä perustaitoja ovat esimerkiksi ympäristöstä huolehtiminen, henkilökohtainen hygienia, ruuanlaitto ja omasta lääkehoidosta huolehtiminen. Lisäksi hoivakodilla järjestetään erilaista ryhmätoimintaa, kuten musaryhmä, liikuntaryhmä ja peliryhmä, sekä tehdään satunnaisesti retkiä erilaisiin kohteisiin. Asukkailla on mahdollisuus omilla mielipiteillään vaikuttaa ryhmien sisältöihin. (Toiminta 2017.) Lipen Hoivakodilla uskotaan mielekkään, merkityksellisen ja haastavan tekemisen kuntouttavan asiakasta kohti omia tavoitteitaan (Kuntoutuspalvelut 2017.)

Tällä hetkellä asumispalvelu koostuu seitsemästä tehostetun asumispalvelun asukaspaikasta sekä kolmesta tukiasunnosta. Jokaisella asukkaalla on oma huone jonka saa kalustettuna. Lisäksi käytössä on yhteiset tilat joissa voi esimerkiksi katsella televisioita, askarrella tai pelata biljardia. Tukiasunnot sijaitsevat samassa kiinteistössä hoivakodin tilojen kanssa, viereisessä rapussa. Tukiasukkaat saavat osallistua ryhmätoimintaan ja retkiin sekä käyttää yhteisiä tiloja oman kuntoutussuunnitelmansa mukaisesti. (Asumispalvelut 2017.)

5.2 Tavoite

Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä oli lisätä henkilöstön työkaluja skitsofreniasta sairastavien potilaiden kanssa työskentelyyn, erityisesti oireiden hallintaan psykoedukaatioon yhdistettynä koulutustuokion muodossa. Koulutuksen tarkoitus oli lisätä ja vahvistaa jo olemassa olevaa mielenterveystyötä tekevien osaamista oireenhallintaan liittyen. Tavoitteena oli myös lisätä omaa osaamista skitsofreniasta ja psykoedukaatiosta, sekä saada kokemusta kouluttamisesta ja esiintymisestä.

5.3 Suunnitelma

Koulutustilaisuuden suunnittelua edelsi teoriapohjan rakentaminen skitsofreniasta sairautena sekä oireenhallinnasta ja koulutuksen järjestämisestä. Tietopohjan rakentaminen alkoi tiedonhaualla. Tiedon etsinnän apuna käytettiin Laurean Finna-tietokantaa ja Google-hakukonetta, lisäksi kirjallisuutta etsittiin Laurean Hyvinkään kampuksen kirjastosta ja Hyvinkään sekä Riihimäen kaupungin kirjastoista.

Suunnitteluvaiheessa päätimme hankkia aineistoa Lipen hoivakodin työntekijöiden aiemmista tiedoista skitsofrenian oireidenhallintaan liittyen ei-strukturoidulla haastattelulomakkeella,

jossa oli kolme kysymystä. Hyvän ja tarkoituksenmukaisen koulutuksen suunnittelun avain on tieto siitä mihin tarpeeseen koulutusta järjestetään (Kupias & Koski 2012, 11). Lomakehaastattelun lähtökohtana oli halu ymmärtää koulutukseen osallistuvien jo aiemmin hankittu tietotaso aiheesta, sekä toteuttaa koulutus kohderyhmän näkemyksiin nojautuen. Vastausten muodostumista ei haluttu ohjailla, joten päädyttiin käyttämään avoimia kysymyksiä. Vastajille annettiin valmiita vastausvaihtoehtoja sekä mahdollisuus vastata avoimeen kohtaan. Hoivakodissa on seitsemän työntekijää, joten kysely päätettiin teettää kaikilla työntekijöillä.

Kyselylomakkeet toimitettiin hoivakodille kuukausi ennen koulutuksen toteutusta. Mukana oli saatekirje, jossa pyydettiin vastaamaan kyselyyn anonyymisti sekä annettiin ohjeet kyselyyn vastaamiseen. Hoivakodin seitsemästä työntekijästä neljä vastasi kyselylomakkeeseen asetettuun määräaikaan mennessä. Ensimmäiseen kysymykseen vastasi kolme työntekijää. Kysymys oli "Miten voit hyödyntää psykoedukaatiota skitsofrenian oireenhallinnassa?". Ohjeistuksena oli pohtia vastausta oman työskentelyn kautta. Kaikki vastanneet mainitsivat keinoksi henkilökohtaiset keskustelut asiakkaan kanssa. Yksi vastaaja mainitsi kirjalliset tehtävät. Toinen kysymys oli "Mitä toivoisit koulutuksen sisällöltä/ Mitä haluaisit tietää aiheesta?" Kaikki neljä vastaajaa toivoivat käytännön työkaluja psykoedukaation ja oireenhallinnan toteuttamiseen omassa työssään ja tietoa siitä, mistä näitä työkaluja voisi etsiä. Kaksi vastaajaa toivoi myös voivansa laajentaa omia näkemyksiään ja tietämystään aiheesta. Toivottiin tietoa skitsofreniaan sairastumisen syistä sekä skitsofrenian lääkkeettömistä hoitomuodoista. Yksi vastaaja toivoi konkreettisia lähestymistapoja keskustelujen aloittamiseen asiakkaan kanssa. Kolmas kysymys oli "Missä muodossa toivoisit koulutuksen olevan?" Esimerkkeinä mainittiin PowerPointesitys, luento, case-työskentely ja ryhmätyö. Kolme vastaajaa mainitsi PowerPoint-esityksen sekä luennon. Kaksi vastaajista toivoi avointa vuorovaikutteista luennointia. Yksi vastaaja toivoi case-työskentelyä.

Toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen koulutus, jossa yhdistyy avoin keskusteleva luennointi sekä case-työskentely. Nämä valinnat tehtiin suunniteluvaiheessa toteutetun kyselyn tulosten perusteella. Osallistujien motivaatio on parempi, kun koulutuksen tavoitteet ja sisältö on suunniteltu heidän taustaansa ja olemassa olevaan osaamiseensa pohjautuen (Hätönen ym. 2008, 27). Toteutuksen jälkeen jätettiin kootut materiaalit Lipen hoivakodin työntekijöille myöhempää käyttöä varten. Koska työntekijät toivoivat lisää tietoa skitsofreniasta ja psykoedukaatiosta, päätettiin rakentaa informatiivinen PowerPoint-esitys molemmista aiheista, joita käytäisiin läpi osallistavan luennoinnin avulla.

5.4 Toteutus

5.4.1 Aloitus

Koulutuspäivään osallistui viisi hoivakodin työntekijää. Päivän aluksi Päivi Rissanen piti noin tunnin mittaisen kokemusasiantuntijaluennon omasta kuntoutumisestaan. Toinen opinnäyte-työn tekijöistä oli aiemmin ollut Rissanen kokemusasiantuntijaluennolla. Koettiin, että Rissanen luennollaan käsittelemät aiheet sopivat hyvin koulutustilaisuuden sisältöön. Rissanen on itse ollut psykiatrisessa hoidossa yli 40 osastojaksoa vuosina 1994-2001, kirjoittanut kuntoutumisestaan kirjan Skitsofreniasta kuntoutuminen sekä väitellyt tohtoriksi aiheesta "toivoton tapaus", jollaiseksi hänet vuosikausia leimattiin terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. (Rissanen 2017.) Rissanen kertoi luennolla oman sairastumistarinsa, missä häntä on hoidettu, miten hän on kokenut oman hoitonsa sekä mitkä seikat vaikuttivat hänen omaan kuntoutumiseensa. Luennon lopuksi syntyi keskustelua aiheesta ja hoivakodin työntekijät esittivät Rissaselle kysymyksiä.

5.4.2 Teoriaosuus

Rissanen luennon jälkeen työntekijöillä oli työnohjaus ja ruokatunti, joiden aikana ehdittiin valmistella koulutuksellista osuutta. Koulutuksen tukena käytettiin Power Point esitystä. Aluksi käytiin läpi skitsofrenian syntyyn johtavia tekijöitä stressi-alttiusmallin mukaisesti. Tämän jälkeen käsiteltiin skitsofreniatyypit sekä skitsofrenian positiiviset ja negatiiviset oireet esimerkkien avulla. Lyhyesti käytiin läpi myös muut psykoottiset häiriöt ja niiden eroavaisuudet skitsofreniaan. Psykoosin eri vaiheet käsiteltiin perusteellisesti alkaen ennako-oireista, sitten akuuttivaihe, tasaantumisvaihe ja vakaa vaihe sekä hoito eri vaiheissa. Lisäksi käsiteltiin psykoosin uusiutumista ja sen ehkäisyä. Myös tahdonvastaisen hoidon kriteerit käytiin läpi.

Psykoedukaatio oli toinen aihe, johon keskityttiin laajalti. Sen tärkeyttä psykoosipotilaiden hoidossa, erityisesti oireenhallinnassa, painotettiin ja kerrottiin hyödyistä. Hoitosuhdetta käsiteltiin myös sekä annettiin välineitä hyvän keskustelun avaamiseen ja ylläpitämiseen. Painotettiin luottamuksellisuutta ja avoimuutta hyvän vuorovaikutussuhteen perustana. Koko luento-osuuden ajan esitettiin osallistujille pieniä välikysymyksiä keskustelun herättäjäksi, jos osallistujat itse eivät aktiivisesti esittäneet omia kokemuksiaan. Esiteltiin motivoiva haastattelu, josta jätettiin käypähoito-suositus tulosteena työntekijöiden käyttöön. Äänien kuulemisesta ja hallintakeinoista kerrottiin myös. Näistä myös oltiin tulostettu materiaalia Suomen moniääniset Ry: internetsivuilta. Sivuttiin myös SCIT-menetelmää.

5.4.3 Soveltava osuus

Sitten jaettiin kaikille Mielenterveystalon sivuilta saatavilla olevat psykoosin ennakko-oireiden tunnistus- ja seurantakaavakkeet. Ohjeistettiin niiden käyttö, jonka jälkeen osallistujat saivat harjoitella kaavakkeiden täyttämistä omahoidettavien oireisiin pohjautuen. Hätösen (2008, 15-16) ym. mukaan koulutuksessa annettavien oppimistehtävien tulee aina olla koulutuksen tavoitteiden mukaisia ja linkittyä koulutuksen sisältöön sekä heidän osallistujien omaan työhön.

5.4.4 Lopetus

Lopuksi jaettiin palautekysely kaikille. Palautekyselyssä mitattiin alkukyselyn pohjalta muodostettujen tavoitteiden toteutumista. Kyselyyn vastasivat kaikki viisi koulutukseen osallistunut. Vastaukset purettiin ja analysoitiin kevyesti sisällön analyysin avulla. Palautekyselyssä oli kolme väittämää ja vastausvaihtoehdot 1-5, joista 1=heikosti 5=hyvin. Lisäksi oli avoin kommenttikenttä, johon sai perustella vastauksiaan. Kysyttiin myös mikä oli päivässä parasta ja mitä jäätin kaipaamaan. Ensimmäinen väittämä oli "Päivän sisältö vastasi odotuksiani." Kolme vastaajaa valitsi vaihtoehdon 5=hyvin ja kaksi vastaajaa 4=melko hyvin. Toinen väittämä oli "Sain työkaluja omaan työskentelyyni." Tähän kaksi vastaajaa oli valinnut 5=hyvin ja kolme vastaajaa 4=melko hyvin. Kolmas väittämä oli "Koulutuksen esitystapa vastasi odotuksiani." Tähän oli kolme vastaajaa valinnut vaihtoehdon 5=hyvin ja kaksi vastaajaa 4=melko hyvin.

Tämän jälkeen oli avoin kohta, johon sai kommentoida ja perustella vastauksiaan. Näissä tuli ilmi mm. seuraavaa:

"Mielenkiintoisesti sekä ammattitaitoisesti pidetty luento. Ajatusmaailmani laajeni."

"Koulutuksen esitystapa oli selkeä."

"Opetustapahtuma oli perusteellisesti ja vaivalla valmisteltu."

"Asiat itselle melko tuttuja, mutta hyvää kertausta."

"Pitkään tätä työtä tehneenä rutinoituu, joten on aiheellista ajoittain päivittää tietämystään ja saada uusia asioita mietittäväksi. Kiitos."

Seuraavana oli avoin kysymys: "Päivässä parasta oli:". Tähän tuli seuraavia vastauksia:

”Pienet työkalut arjen työhön ja keskusteleva ote.”

”Keskustelemaan ilmapiiriin pääseminen.”

”Esityksen rauhallisuus ja kuitenkin asioissa eteenpäin meneminen.”

”PowerPoint-esitys oli hyvä ja selkeä.”

Kolme vastaajaa oli lisäksi maininnut kokemusasiantuntijan kertomuksen mielenkiintoiseksi ja herättäväksi. Viimeinen avoin kysymys oli ”Mitä jäin kaipaamaan päivältä?” Tähän vastasi kaksi henkilöä:

”Lisää pieniä työkaluja”

”Ehkä enemmänkin olisi voinut painottaa mitä käytännössä tarkoittaa psykoedukaatio- ja oireenhallintatyöskentely.”

6 Pohdinta

Eettiset kysymykset on tärkeää ottaa huomioon, kun toteutetaan opinnäytetyöprosessia. Epäonnistuminen eettisyydessä vie tehdyltä työltä perustan. Prosessin eri vaiheissa tekijöiden tulee ratkaista monia kysymyksiä ja tehdä päätöksiä etiikkaan liittyen. Eettiset periaatteet ohjaavat työskentelyä koko prosessin ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.) Eettisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Mitä arkaluontoisempi ja haastavampi aihepiiri on, sitä enemmän näitä seikkoja tulee tarkastella. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.)

Luottamus sekä kunnioitus koulutukseen osallistujia kohtaan ilmeni siten, että hankittuja tietoja tai saatuja vastauksia ei välitetty ulkopuolisille. Ne myös hävitettiin opinnäytetyöprosessin jälkeen. Vastatessaan kyselyihin vastaajien ei tarvinnut tuoda esiin henkilöllisyyttään. Hankittuja tietoja ei käytetty myöskään muualla kuin tässä työssä. Opinnäytetyön aiheen valinta on jo itsessään eettinen kysymys. Koska tarve tälle opinnäytetyölle tuli yhteistyökumppanin toimesta, on toteuttaminen ollut etiikan mukaista.

Opinnäytetyön aiheesta alettiin keskustella Lipen hoivakodin johtajan kanssa kesällä 2016. Varsinainen opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen rajaamisella syksyllä 2016, ja tämän jälkeen oman osaamisen syventämisellä tiedonhaun avulla. Lähteinä haluttiin käyttää mahdollisimman

tuoretta aineistoa, joka osaltaan helpotti tiedonhakuprosessia. Koettiin, että näin toimittaessa lähteitä löytyi juuri sopiva määrä ja tieto olisi ajantasaista. Tämä myös lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Psykoedukaatio on olennaisessa osassa sairauden etenemisen kannalta. Näin ollen erittäin tärkeää, että alkuvaiheen psykoedukaatiossa tieto on ajantasaista ja asianmukaista. (Kieseppä & Oksanen, 2013.)

Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat olleet mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelujaksolla Lipen Hoivakodilla ja tunsivat sen työntekijät ennestään, joten koulutuksen pitäminen oli luontevaa ja vuorovaikutteista. Osallistujien mielenkiintoa saatiin hyvin heräteltyä aluksi kokemusasiantuntija Päivi Rissasen luennon avulla ja myöhemmin koulutuksen aikana keskustelulla otteella. Asioita pohdittiin yhdessä myös työntekijöiden omahoidettavien näkökulmasta, joka koettiin hyväksi keinoksi pitää mielenkiinto yllä koulutuksen aikana ja hyödylliseksi tulevaisuutta varten.

Koska koulutuspäivä oli pitkä ja työntekijöillä oli välissä myös työnohjaus, koulutukseen osallistujat täyttivät psykoosin ennakko-oireiden tunnistus- ja hallintakaavakeet vain osittain ja nämä päädyttiin käymään läpi yhdessä suullisesti ja esimerkkien avulla.

Koimme että opinnäytetyöprosessi ja aihe tukivat tekijöiden ammatillista kasvua, kuin myös Lipen Hoivakodin työntekijöiden osaamista. Omasta mielestämme ja saadun palautteen perusteella sanoisimme, että jokainen koulutukseen osallistunut osapuoli sai joitakin uusia työkaluja omaan työskentelyynsä ja pohdittavaa tulevaisuutta varten.

Kaiken kaikkiaan koettiin, että koulutustilaisuus oli onnistunut ja jälkepäinkin siitä saatiin paljon kiitosta. Saatu palaute oli positiivista ja työntekijät kokivat saaneensa koulutukselta sitä mitä odottivat ja toivoivat.

Myöhemmin mietittiin olisiko kokonaisuuden voinut pilkkoa pienempiin osiin, esimerkiksi kahteen koulutuskertaan. Lisäksi pohdittiin, että hyödyllistä olisi pitää esimerkiksi toinen tapaaminen, jossa oltaisiin refleктоitu keskustellen koulutuspäivän vaikuttavuutta työntekijöiden toimintaan, ja sitä onko opitut keinot otettu käyttöön ja miten ne on koettu. Materiaalia aiheesta jätettiin paljon työntekijöiden käyttöön. Jälkepäin ajateltuna näistä olisi voinut koota kansion, jolloin ne olisivat mahdollisesti säilyneet varmemmin myöhempää käyttöä varten.

Lähteet

Kirjalliset lähteet

- Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. 2011. The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua -mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, A. 2009. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Huttunen, M. & Kalska. 2012. *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.
- Hätönen, H. & Mykrä, T. 2008. *Opas opetusmenetelmistä*. Helsinki: Edita.
- Karjalainen, A & Roivas, M. 2013. *Sosiaali- ja terveysalan viestintä*. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. *Mielenterveyshoitotyö*. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. *Hyvä Kouluttaja*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kärkkäinen, A. 2009. *En valinnut tätä sairautta*. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus.
- Rissanen, P. 2007. *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Pori: Kehitys.
- Romme, M. & Escher S. 2001. *Moniääniset*. 2. painos. Vantaa: Printway.
- Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2012. *Psykiatrian luokituskäsikirja*. 2. painos. Tampere: Juvenes Print.
- Lönngqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. 2014. *Psykiatria*. 11. painos. Helsinki: Duodecim.
- Punkanen, T. 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Tammi.
- Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2012, *Psykiatrian luokituskäsikirja*. 2. painos. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. *Mielenterveyden psykologia*. 3. painos. Porvoo: Bookwell.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. Helsinki: Edita.
- Vuori-Klemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. *Mielenterveys- ja päihde-työ: yhteistyötä ja kumppanuutta*. 4. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Sähköiset lähteet

- Aikuinen oppijana. Opintokeskus Sivis. Viitattu 6.6.2017. <http://kouluttaja.ok-opintokeskus.fi/aikuinen-oppijana>
- An Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia. *Psychiatric Times*. 7.2.2012. Viitattu 13.3.2017. <http://www.psychiatristimes.com/articles/evidence-based-practice-psychoeducation-schizophrenia>

Asumispalvelut. Lipen hoivakoti. Viitattu 12.4.2017. <http://www.lipenhoivakoti.fi/asumispalvelut/>

Kiesepää, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Viitattu 13.3.2017. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo1_1273

Kupias, P.2011. Hyvää koulutusta etsimässä. Viitattu 17.5.2017. <http://www.tevere.fi/julkaisut-jaartikkelit/91-tevere/artikkelit/138-hyvaa-koulutusta-etsimassa>

Kuntoutuspalvelut. Lipen Hoivakoti. Viitattu 12.4.2017. <http://www.lipenhoivakoti.fi/asumispalvelut/>

Oppimiskäsityksistä. Virtuaali Ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.6.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/041005/1081111669900/1085399771565/1085400274915/1085402716101.html>

Oppimiskäsitys. Opintokeskus Sivis. Viitattu 6.6.2017. <http://kouluttaja.ok-opintokeskus.fi/oppimisk%C3%A4sitys>

Psykoedukaatio. HUS. Viitattu 19.4.2017. <http://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Psykoosiopas. HUS. Viitattu 19.4.2017. <http://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Skitsofrenia: Käypähoito-suositus. 2015. Viitattu 1.2.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=AFACA6CA290EAE9945F576011CFB8AD2?id=hoi35050#K1>

Toiminta. Lipen Hoivakoti. Viitattu 12.2.2017. <http://www.lipenhoivakoti.fi/toiminta/>

Yhteistoiminnallinen oppiminen. Virtuaali Ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.6.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/041005/1081111669900/1085399771565/1085399925470/1085400635417.html>

Äänien kuuleminen. 2015. Suomen Moniääniset Ry. Viitattu 17.3.2017. <http://www.moniaaniset.fi/aanien-kuuleminen/>

Liitteet

Liite 1: Alkukysely	33
Liite 2: Palautekysely.....	34

Liite 1: Alkukysely



1. MITEN VOIT HYÖDYNTÄÄ PSYKOEDUKAATIOTA SKITSOFRENIAN OIREENHALLINNASSA?

2. MITÄ TOIVOISIT KOULUTUKSEN SISÄLLÖLTÄ / MITÄ HALUAISIT TIETÄÄ AIHEESTA?

3. MISSÄ MUODOSSA TOIVOISIT KOULUTUKSEN OLEVAN? (esimerkiksi PowerPoint-esitys, luento, case-työskentely, ryhmätyö jne.)

Liite 2: Palautekysely

PALAUTEKYSELY/ Oireenhallinta osana skitsofreniapotilaan hoitoa- koulutus Lipen
Hoivakodille
Miia Halttunen & Jonna Paajanen

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Ympyröi mielestäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto
1 = heikosti, 2 = melko heikosti, 3 = en osaa sanoa/siltä väliltä, 4 = melko hyvin, 5 = hyvin

Päivän sisältö vastasi odotuksiani	1	2	3	4	5
Sain työkaluja omaan työskentelyyni	1	2	3	4	5
Koulutuksen esitystapa vastasi odotuksiani	1	2	3	4	5

Tähän voit kommentoida ja perustella vastauksiasi:

Päivässä parasta oli:

Jäin kaipaamaan päivältä:

Kiitos palautteestasi!