

# ENNAKKOTEHTÄVÄ SKITSOFRENIASTA SAIRAAHOITAJAOPISKELIJOILLE

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö

18.12.2010

Maaret Kontra, Mari Kouki, Minna Niemonen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

KONTRA, MAARET;

Ennakkotehtävä skitsofreniasta

KOUKI, MARI &

sairaanhoitajaopiskelijoille

NIEMONEN, MINNA:

Hoitotyön opinnäytetyö, 43 sivua, 8 liitesivua

Syksy 2010

## TIIVISTELMÄ

---

Hankkeen tarkoituksena on luoda ennakkotehtävä skitsofreniasta sairaanhoitajaopiskelijoille. Ennakkotehtävän tavoitteena on johdattaa opiskelijat skitsofrenia-aiheeseen. Tehtävän kysymysten avulla kartoitetaan opiskelijoiden tietotasoa ja autetaan opiskelijoita tiedostamaan omat asenteensa skitsofreniaa kohtaan. Ennakkotehtävään laaditut vastaukset antavat opiskelijoille tutkittua tietoa skitsofreniasta.

Skitsofrenia on vakava mielenterveyshäiriö, joka alkaa tyypillisesti nuoruusiässä. Skitsofrenia johtaa usein syrjäytymiseen, naimattomuuteen, alhaiseen sosiaaliseen asemaan ja varhaiseen eläköitymiseen. Psykiatrinen sairaus on altis leimaantumiselle ja siihen liittyy usein ennakkoluuloja.

Ennakkotehtävä toteutettiin yhteistyössä Lahden ammattikorkeakoulun mielenterveysopintojen opettajan kanssa. Ennakkotehtävän laatimiseksi suoritettiin kysely sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille, joista suurin osa oli sairaanhoitajaopiskelijoita. Kyselyn tuloksia käytettiin apuna ennakkotehtävän kysymysten suunnittelussa. Laajan teoretiedon pohjalta laadittiin ennakkotehtävän kysymykset sekä vastaukset. Ennakkotehtävä testattiin pienellä testiryhmällä kysymysten ja vastausten ymmärrettävyyden ja yksiselitteisyyden varmistamiseksi. Ennakkotehtävää muokattiin testiryhmältä saadun palautteen perusteella ja toteutetaan verkossa Webropol-ohjelmalla.

Ennakkotehtävä voidaan ottaa käyttöön heti sen valmistuttua marraskuussa 2010. Mielenterveysopintojen opettajien on tarkoitus hyödyntää ennakkotehtävää eräänä opetusmuotona käytettävän pbl-opetuksen yhteydessä. Ennakkotehtävän avulla on mahdollista muokata mielenterveysopintojen toteutusta opiskelijoiden tarpeita vastaavaksi.

Avainsanat: skitsofrenia, sairaanhoitaja, opiskelija, ennakkotehtävä



## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SKITSOFRENIA	3
2.1	Esiintyvyys ja syyt	4
2.2	Oireet ja taudinmääritys	6
2.3	Hoito	8
2.4	Kustannukset	12
2.5	Skitsofreniaa sairastavan asema yhteiskunnassa	13
2.6	Skitsofreniaa sairastavan leimautuminen	16
2.6.1	Väkivaltaisuus	18
2.6.2	Itsemurhat	19
3	SAIRAANHOITAJA (AMK)	21
3.1	Sairaanhoitajakoulutus	22
3.1.1	Ongelmaperustainen oppimismenetelmä (PBL)	23
3.1.2	Mielenterveysopinnot Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksessa	24
3.2	Psykiatrisen osaamisen katvealueita perusterveydenhuollossa	25
4	ENNAKKOTEHTÄVÄ HANKKEENA	28
4.1	Hankkeen tarkoitus ja tavoite	28
4.2	Hankkeen toteuttamistapa ja -menetelmät	28
5	POHDINTA	34
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	45

## 1 JOHDANTO

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus, jota sairastaa noin 1 % väestöstä. Saira-  
raus on merkittävä niin yhteiskunnallisesti ajatellen kuin yksilön ja hänen per-  
heensäkin kannalta. Skitsofrenia ilmenee psyykkisten toimintojen hajoamisena,  
psykoottisena oireiluna, sosiaalisena eristäytymisenä, ajattelun ja tunne-elämän  
häiriönä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä. Se voi kestää vuosikymmeniä ja  
vain pieni osa sairastuneista paranee täysin oireettomiksi.

Skitsofrenia on leimaava sairaus, johon kohdistuu runsaasti vääriä uskomuksia ja  
ennakkoluuloja, myös sairastuneen itsensä puolelta. Tyypillinen uskomus on, että  
skitsofreniaa sairastava on väkivaltainen. Psykkisesti sairaita saatetaan pitää luu-  
losairaina tai ajatellaan, että sairaus on oma vika tai moraalisen heikkouden merk-  
ki. Leimautuminen onkin yksi suurimpia esteitä toipumiselle.

Skitsofrenian yhteiskunnalliset vaikutukset ovat huomattavia. Yli puolet psykiatri-  
sessa sairaalahoitossa olevista potilaista sairastaa skitsofreniaa. Sen lisäksi, että  
hoidon kustannukset ovat merkittävät, skitsofrenia on Suomen yleisin yksittäinen  
työkyvyttömyyden aiheuttaja. Skitsofreniaan liittyy myös valtaväestöön verrattuna  
2–3-kertainen kuolleisuus. Sydän- ja verisuonisairauksista sekä aineenvaihduntaan  
liittyvistä ja hengityselinsairauksista johtuvat kuolemat ovat skitsofreniaa sairasta-  
villa normaaliväestöä yleisempiä. Suurin syy korkeampaan kuolleisuuteen on se,  
että skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin on arvioitu olevan 20-kertainen  
normaaliväestöön verrattuna.

Skitsofreniaa sairastavia hoidetaan sekä erikoissairaanhoidossa, että perustervey-  
denhuollossa. Huomattava osa skitsofreniaa sairastavien hoitoon osallistuvista  
hoitohenkilöistä on koulutukseltaan sairaanhoitajia. Psykiatristen sairauksien pa-  
rissa työskentelevien hoitohenkilöiden tietotaidoissa on havaittu puutteita sekä  
leimaavia asenteita ja toimintamalleja psykiatrisesti sairaita ihmisiä kohtaan.  
Skitsofreniaa sairastavien parissa työskentelevien olisi tärkeää omata tarpeeksi

tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, sekä oppia pois leimaavista asenteista ja ennakkoluuloista. Siihen olisi tarpeen puuttua jo koulutuksen aikana.

Sairaanhoitajaksi opiskellaan ammattikorkeakoulussa ja koulutus on kestoaltaan 3,5 vuotta. Lahden ammattikorkeakoulussa mielenterveysopintojen osuus on 7 opintopistettä koko koulutuksen 210 opintopisteestä. Mielenterveysopintojen aikana opiskelijan on tarkoitus oppia tarkastelemaan mielenterveys- ja päihdeongelmia eri näkökulmista ja auttamaan potilaita hoitotyön keinoin. Mielenterveysopinnoissa käytetään yhtenä opetusmuotona ongelmaperustaista oppimista, *problem based learning*, eli PBL-opetusta.

Olemme kehittäneet sairaanhoitajaopiskelijoille skitsofrenia-aiheiseen PBL-istuntoon verkossa suoritettavan ennakkotehtävän. Ennakkotehtävä sisältää sekä tietoon, että asenteisiin liittyviä kysymyksiä ja väittämiä ja toimii näin ollen johdatusena skitsofrenia-aiheeseen ja lisäksi herättää vastaajan miettimään omia asenteitaan skitsofreniaa ja skitsofreniaa sairastavaa kohtaan. Ennakkotehtävän vastaukset menevät mielenterveysopintojen opettajien tietoon, joten asenteisiin ja ennakkoluuloihin voidaan vaikuttaa opintojen aikana. Vastausten perusteella opettajat voivat muuttaa PBL-istunnon sisältöä opiskelijaryhmälle sopivammaksi.

## 2 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on tyypillisesti nuorella aikuisiällä alkava vakava psykiatrinen sairaus (Huttunen 2010; Nikkola 2004), jolle on ominaista minän toimintojen kokonaisuuden rikkoutuminen ja taipumus vetäytyä pois suhteesta toisiin ihmisiin (Nikkola 2004). Se on psykoosisairauksista kaikkein yleisin ja kestää usein vuosia ja joidenkin kohdalla jopa vuosikymmeniä (Huttunen 2010). Varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla voidaan parantaa skitsofrenian ennustetta (Skitsofrenia 2008, 2).

Skitsofreniaan liittyy lähes poikkeuksetta opiskelu-, työ- ja toimintakyvyn sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen (Hirvonen & Salokangas 2007). Se vaikuttaa keskittymiseen, muistiin ja oppimiseen alentavasti, mutta älykkyyteen sillä ei ole vaikutusta (Kauppila 2008). Skitsofrenialle on ominaista, että oireista kärsivä ei itse tunne itseään sairaaksi (Huttunen 2010; Kauppila 2008), eikä näin ollen kykene arvioimaan omaa psyykkistä vointiaan realistisesti (Kauppila 2008).

Skitsofreniasta voidaan erottaa kolme tärkeintä alamuotoa: hebefreeninen, katatoninen ja paranoidinen skitsofrenia. Hebefreeninen skitsofrenia on taudin vaikein muoto. Varhaisoireina tyypillisiä ovat erilaisten ruumiillisten tuntemusten tarkkailu ja niistä huolestuminen, sekä vainotuntemukset. Sairaus etenee yleensä nopeasti. Katatonisessa skitsofreniassa psykoosi puhkeaa äkisti, on oireiltaan raju, mutta paranee nopeasti. Varsinkin katatonisessa skitsofreniassa esiintyy motorisia oireita. Jähmettymistilassa potilas voi juuttua samaan asentoon jopa vuorokausiksi. Kiihtymystilassa potilas on touhuava, aktiivinen, jopa raivoava, ja tämäkin tila voi kestää vuorokausia. Molemmat tilat voivat olla äärimuodoissaan hengenvaarallisia ja ne täytyy hoitaa pikaisesti. Katatonian lievempiä oireita ovat tarkoituksettomat, yhä uudelleen toistuvat liike-, puhe- ja/tai ilmesarjat, sekä kaikkien kehotusten vastustaminen. Paranoidinen eli vainoharhainen skitsofrenia on länsimaissa yleisin skitsofrenian muoto (Nikkola 2004) ja sille on ominaista ajatusten keskittyminen yhteen tai useampaan harhaluuloon tai usein esiintyvät kuuloharhat (Lönngqvist,

Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen (toim.) 2007, 75). Sairauden akuutit vaiheet voivat olla rajuja (Nikkola 2004). Paranoidista skitsofreniaa sairastava saattaa vaikuttaa pelokkaalta tai uhkaavalta (Lönnqvist ym. 2007, 75), vaikeasti vainoharhainen potilas voi olla jopa vaarallinen (Hirvonen & Salokangas 2007). Varsin usein skitsofrenia on muodoltaan sekamuotoinen eli siinä on piirteitä eri alamuodoista. Tämä on yleistä etenkin sairauden alkuvaiheessa, ennen kuin sairaus hakeutuu omaan alaryhmäänsä. (Nikkola 2004.)

## 2.1 Esiintyvyys ja syyt

Skitsofreniaa esiintyy varsin tasaisesti eri roduissa ja ympäri maailmaa (Nikkola 2004). Viimeaikaiset tutkimukset eri puolilta maailmaa ovat esittäneet, että skitsofreniaa sairastaa noin 0,5 % koko maailman väestöstä (Lönnqvist 2007, 2751–2752). Suomessa esiintyvyys on suurempi; 0,5–1,5 % väestöstä (Skitsofrenia 2008, 2; Lepola, Koponen, Leinonen, Isohanni, Joukamaa & Hakola 2008, 12; Nikkola 2004). Skitsofrenian vuosittainen ilmaantuvuus on 0,17–0,54 sairastunutta 1000 riski-ikässä olevaa henkilöä kohti (Skitsofrenia 2008, 2).

Skitsofrenia on yhtä yleistä miehillä ja naisilla (Lepola ym. 2008, 38; Nikkola 2004). Miehillä se puhkeaa tyypillisesti aikaisemmin (Skitsofrenia 2008, 2; Lepola ym. 2008, 38; Nikkola 2004). Sairastumisiän huippu on miehillä 20–28 vuotta ja naisilla 24–32 vuotta (Lönnqvist ym. 2007, 85). Naisilla sairaus on usein taudinkuvaltaan vaikeampi ja ennusteeltaan huonompi (Lepola ym. 2008, 38).

Skitsofrenia on monimuotoinen ja osin tuntematon sairaus. Vielä ei tiedetä tarkalleen, mistä se johtuu. (Lepola ym. 2008, 37–38.) Rissasen (2007) tutkimuksessa ilmenee, että skitsofrenian syyt ovat joskus epäselvät myös hoitohenkilökunnalle. Tutkimukseen osallistuneista hoitotyöntekijöistä osa ei ollut pohtinut skitsofrenian syntyä ja syitä lainkaan, kun taas osa piti niitä tuntemattomina. Toiset taas pitivät omaa käsitystään skitsofrenian synnystä sekavana.



Skitsofrenian syntyyn vaikuttavat sekä geneettiset että ympäristöön liittyvät tekijät (Tuulio-Henriksson 2006). Kasvuolosuhteilla ei kuitenkaan näytä olevan vaikutusta, sillä perheestä poisadoptoidut lapset sairastuvat yhtä usein kuin skitsofreniaa sairastavan vanhemman kasvattamat (Nikkola 2004). Nykykäsityksen mukaan skitsofrenian riskitekijät jaetaan psykososiaalisiin ja biologisiin altistaviin tekijöihin (Lepola ym. 2008, 37–38). Stressi-alttiutuksen mallin mukaan skitsofreniaan sairastumisen alttiutuksen on perinnöllistä tai varhaiskehityksen aikana syntyneitä, mutta sairaus puhkeaa ulkoisen tai sisäisen stressin seurauksena (Hirvonen & Salokangas 2007).

Vain pienellä osalla skitsofreniaan sairastuneista on lähisuvussaan skitsofreniaa (Hirvonen & Salokangas 2007). Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että erilaiset perinnölliset tekijät lisäävät alttiutta sairastua skitsofreniaan (Huttunen 2009). Jos jompikumpi vanhemmista sairastaa skitsofreniaa, on lapsella 10 %:n todennäköisyys sairastua siihen myös itse (Huttunen 2009; Nikkola 2004), ja jos taas molemmat vanhemmat sairastavat skitsofreniaa, on riski jopa 40–60% (Nikkola 2004). Skitsofrenian geneettiseen alttiuteen viittaa myös se, että kansanterveyslaitoksen teettämässä maailman suurimmassa skitsofrenian perheaineistossa skitsofreniaa sairastavien perheenjäsenillä ilmeni samanlaisia kognitiivisia häiriöitä kuin potilailla. Joissakin perheissä havaittiin erityisesti muistihäiriöiden ilmenevän periytyvänä piirreominaisuutena riippumatta siitä puhkeako skitsofrenia vai ei. (Tuulio-Henriksson 2006.)

Perinnöllisten tekijöiden lisäksi erilaiset ympäristötekijät vaikuttavat sairauden kehittymiseen. Raskauden aikaiset sairaudet ja synnytyshäiriöt lisäävät sikiön alttiutta sairastua skitsofreniaan, jopa kaksinkertaiseksi. (Huttunen 2009.) Turusen (2007, 16, 47, 52) tutkimuksen mukaan äidin ja sikiön Rhesus-veriryhmän yhteensopimattomuus on useissa epidemiologisissa tutkimuksissa todettu skitsofrenian riskitekijäksi. Tutkimuksen mukaan RhD -geenin yhteensopimattomuus äidin ja sikiön välillä lisäsi sikiön sairastumisriskiä 2,26-kertaiseksi. Samassa tutkimuksessa löytyi viitteitä siitä, että yhden välittäjäainereseptorin variaatiot perimässä altistavat skitsofrenialle.

Vaikeaoireista skitsofreniaa sairastavilla on todettu olevan aivojen selviä rakennemuutoksia, kuten laajentuneet aivokammiot ja kuorikerroksen surkastumaa. Aivojen toiminnan mittauksissa on ilmennyt otsalohkon toiminnan vajavuutta ja epätasapainoa aivopuoliskojen välillä. Myös lihasten hermotuksessa on havaittu poikkeavuutta. (Nikkola 2004.) Skitsofreniaan sairastumisen keskeisinä ennakko-tekijöinä pidetään myös alkoholi- ja huumeongelmia, erityisesti kannabista. Kannabiksen käytön nuoruusvuosina on todettu lisäävän skitsofreniaan sairastumisen riskiä aikuisena jopa seitsenkertaiseksi muuhun väestöön verrattuna. (Lönnqvist ym. 2007, 81, 469.)

## 2.2 Oireet ja taudinmääritys

Skitsofrenia ilmenee psyykkisten toimintojen hajoamisena, psykoottisena oireiluna, sosiaalisena eristäytymisenä, ajattelun ja tunne-elämän häiriönä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä (Hirvonen & Salokangas 2007). Oireet voidaan jakaa ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin (Skitsofrenia 2008, 4). Ainakin kolmella neljästä ensi kertaa skitsofreniaan sairastuneesta nuoresta tai aikuisesta ilmenee erilaisia ennakko-oireita kuukausia tai joskus jopa 2–3 vuotta ennen varsinaista sairastumista. Hoitoon hakeutuminen tässä vaiheessa saattaa estää tai viivästyttää sairauden ilmenemistä tai lievittää sen voimakkuutta. Ennakko-oireita voidaan hyödyntää skitsofrenian myöhemmissä vaiheissa, koska voimistuessaan ne ennustavat usein uuden sairausjakson ilmenemistä. (Huttunen 2010.) Ennakko-oireita ovat tunne ympäristön outoudesta tai itsen muuttumisesta, työ- ja toimintakyvyn aleneminen (Hirvonen & Salokangas 2007), masentuneisuus ja mielialan vaihtelu, lisääntyvä vaikeus tuntea nautintoa, eristäytyminen ja vetäytyminen ihmissuhteista, oudot ajatukset, käyttäytymismuutokset, keskittymisvaikeudet, muistiongelmät, vaikeus tehdä päätöksiä, huono stressinsietokyky, vaikeudet ihmissuhteissa, unihäiriöt ja motivaation heikentyminen sekä erityisesti lyhytaikaiset aistiharhat, merkityselämykset, harhaluulot ja suhteuttamisharhaluulot (Huttunen 2010). Läheskään kaikki henkilöt, joilla esiintyy ennakko-oireita, eivät kuitenkaan sairastu psykoosiin (Skitsofrenia 2008, 3).

Akuuttivaiheen oireet ovat tyypillisesti positiivisia oireita, joita ovat aistiharhat, harhaluulot ja puheen sekä käyttäytymisen hajanaisuus (Skitsofrenia 2008, 4). Aistiharhat voivat ilmetä näkö-, kuulo-, tunto- ja makuhallusinaatioina (Kauppila 2008). Näköharhat ovat kuitenkin epätavallisia (Hirvonen & Salokangas 2007; Nikkola 2004) ja saattavat viitata aivo-orgaaniseen häiriöön (Hirvonen & Salokangas 2007). Useat sairastuneet kuulevat äänen tai ääniä, jotka voivat käskää sairastunutta toimimaan tietyllä tavalla. Harhaluulot voivat ilmetä esimerkiksi kokemuksena vainottuna olemisesta tai uskomuksena, että toiset henkilöt voivat lukea sairastuneen ajatuksia. Akuuttivaiheessa voi esiintyä yleistä hermostuneisuutta, levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Univaikeudet ovat myös tyypillisiä. (Kauppila 2008.)

Jälkivaiheen oireet ovat tyypillisesti negatiivisia oireita (Skitsofrenia 2008, 4). Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan skitsofreniapotilailla ilmenevää normaalien ajatusten, tunteiden tai käyttäytymisen heikentymistä tai puuttumista. Ne ilmenevät tunteiden latistumisena, puheen köyhtymisenä, epäsosiaalisuutena, kyvyttömyytenä tuntea mielihyvää ja apaattisuutena. Negatiivisia oireita on noin kolmanneksella skitsofreniapotilaista. Ne heikentävät selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa ja vaikuttavat elämänlaatuun. (Mäkinen, Miettunen, Isohanni & Koponen 2007.)

Skitsofrenian kulku on usein vaihteleva niin, että potilas on akuuttivaiheessa psykoottinen, mutta psykoosien väliaikoina hän voi olla lähes oireeton (Hirvonen & Salokangas 2007; Huttunen 2010). Osalla potilaista oireet eivät täysin häviä akuuttien sairausjaksojen väliaikoina, mutta henkilö on vaihtelevissa määrin sairautentuntoinen. Osalla sairastuneista oireet jatkuvat vakavina myös akuuttien sairausjaksojen välissä. (Huttunen 2010.)

Eri tutkimusten mukaan ehkä 5–20 % skitsofreniaan sairastuneista paranee sairaudesta täysin oireettomiksi. Tehtyjen seurantatutkimusten valossa 40–70 % sairastuneista toipuu vuosien myötä sairaudestaan ja on elämäänsä tyytyväisiä ja kärsii vain lievistä oireista. Huomattava osa vakavastikin sairastuneista pystyy säilyttämään työkykynsä. 20–40 %:lla sairastuneista sairaus jatkuu eriateisen vakavasti oireilevana vuosikausia tai -kymmeniä. Iän myötä harhaluulot ja aistiharhat usein

lievittyvät, kun taas puutos- ja neuropsykologiset oireet voivat lisääntyä. (Huttunen 2010.)

Taudinmäärityksen eli diagnosoinnin suorittaa psykiatrian alan erikoislääkäri käyttäen hyväksi moniammatillista työryhmää (Hirvonen & Salokangas 2007). Diagnostiikkaa ja hoitoa vaikeuttaa se, että potilailla on usein oireita useammasta psykiatrisesta häiriöstä (Lepola ym. 2008, 7). Diagnostointi käsittää kliinisen haastattelun, perhehaastattelun, somaattisen tutkimuksen, neuropsykologisen tutkimuksen sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvon. Diagnoosi tehdään potilaan oireiden ja häiriötyöryhmien perusteella mikäli oireet ovat jatkuneet vähintään kuukauden ja potilaan toimintakyky on heikentynyt. Somaattisella tutkimuksella ja laboratoriotutkimuksella suljetaan pois psykoosia muistuttavat somaattiset sairaudet sekä päihteiden käytöstä johtuva psykoosi. (Hirvonen & Salokangas 2007.)

### 2.3 Hoito

Mielenterveyslain (1990/1116) 1. luvun 1 § mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Skitsofrenia on yleinen mielenterveydenhäiriö ja sen hoidon kulmakiviä ovat luottamuksellinen ja pitkäaikainen hoitosuhde sekä lääkehoito. Muita hoitomuotoja ovat muun muassa sähköhoito ja erilaiset terapiamuodot. (Skitsofrenia 2008, 7, 9, 12–13.) Skitsofrenian hoidossa on keskeistä erilaisten hoitojen yhdistäminen potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaavalla tavalla (Skitsofrenia 2008, 7). Skitsofrenian hoito perustuu psykiatriin ja moniammatillisen työryhmän tekemään kirjalliseen yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, joka on laadittu vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa (Skitsofrenia 2008, 7; Hirvonen & Salokangas 2007). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 2 luku 4a§) velvoittaa hoitosuunnitelman laatimista. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai lievittää niitä, parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua sekä estää uudet psykoosijaksot tai vähentää niiden määrää ja vaikeusastetta (Skitsofrenia 2008, 7; Hirvonen & Salokangas 2007).

Skitsofrenian akuutin vaiheen hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa, mutta joskus potilasta voidaan hoitaa myös perusterveydenhuollossa yhteistyössä omaisten kanssa (Kauppila 2008). Psykiatrissa erikoissairaanhoidoa toteutetaan sairaalahoidossa ja avohoidossa (Lahden kaupungin internetsivustot, 2010). Suurin osa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista sairastaa skitsofreniaa (Lepola ym. 2008, 37). Hoitoa jatketaan yleensä sairaalahoidon jälkeen avohoidossa (Kauppila 2008), jossa skitsofrenian hoito ensisijaisesti toteutetaan (Hirvonen & Salokangas 2007).

Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde, joka koostuu samoista asioista kuin mikä tahansa ihmissuhde. Hoitajan sekä potilaan senhetkinen elämäntilanne, kasvatusta, kulttuuritausta, koulutus, asenteet, tunteet sekä ihmiskäsitys vaikuttavat suhteen muodostumiseen. (Rissanen 2007, 58; Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 18.) Hoitosuhteessa molemmilla osapuolilla on oma vastuullinen osuus pyrittäessä hoidollisiin päämääriin. Hoitajan tulee tietää mitä hän tekee ja mihin pyrkii, jolloin toiminnasta tulee tavoitteellista ja suunnitelmallista. Jotta hyvä hoitosuhde onnistuisi, tulee kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla olla yhdenmukainen käsitys hoidosta. (Mäkelä ym. 2001, 17, 21.) Pitkäaikainen sairaus tuo potilaan elämään hoitoalan ammattilaisten verkoston, joka muuttuu sairauden eri vaiheissa. Verkoston sisällä ja sekä verkoston, että potilaan välillä yhteistyön tulisi olla mahdollisimman avointa ja luottamuksellista. (Kukkurainen 2007.) Potilas saa apua ja tukea hoitajalta selviytyäkseen sairaudesta ja sen tuomista muutoksista ja rajoituksista, sekä kyetäkseen psyykkisesti sopeutumaan sairauteensa ja eheyttämään minäkuvansa uudelleen (Mäkelä ym. 2001, 21).

Hoitosuhteessa hoitajan rooli riippuu potilaan hoidon tarpeesta, joka on yksilöllistä ja siinä käytetään potilaan omia voimavaroja voinnin parantamiseksi (Rissanen 2007, 58, 70; Mäkelä ym. 2001, 17, 21). Hoitajalla ei saa olla liian aktiivinen rooli, ja hänen tulee antaa potilaalle mahdollisuus itse määrittellä kuinka itsenäinen hän haluaa olla. Hoitajan tehtävä on vastaanottaminen, kuuntelu, havaintojen tekeminen, analysointi ja tilanteeseen reagointi. Yhteistyö vaatii aikaa ja jatkuvuutta ja ennen kaikkea molemminpuolista luottamusta. (Mäkelä ym. 2001, 21.) Potilaan

luottamus perustuu hoitohenkilöstön ammattitaitoon, hyvään kohteluun sekä laissa säädettyyn salassapitovelvollisuuteen (Linkola 2008).

Hyväksyntä hoitosuhteessa auttaa potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi, jonka myötä potilas kokee tulevansa hyväksytyksi yksilönä. Hyväksynnän tulisi johtaa potilaan ymmärtämiseen, jolloin hoitaja yrittää ymmärtää potilaan tunteet potilaan kokemana. (Mäkelä ym. 2001, 16.) Hoitajan tulee muistaa sairauden oireiden takana olevan terveen puolen olemassaolo. On tärkeää, että hoitaja antaa potilaalle luvan olla heikko ja huonossa kunnossa, jotta potilas kokee tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi heikkonakin. Hoitajan ei kuitenkaan tule käyttäytymisellään tukea potilaan taantumista sairauteen. (Rissanen 2007, 58.)

Potilaan kanssa tulee keskustella skitsofrenian hoidosta, huomioiden kuitenkin hänen sen hetkinen vointinsa (Skitsofrenia 2008, 7). Täysin psykoottiseen potilaaseen ei aina välttämättä saa keskusteluyhteyttä, jolloin hoito aloitetaan yleensä lääkehoidolla. Kun hoitohenkilöstö on tutustunut potilaaseen, pystytään valitsemaan oikea hoitotapa. Psykoottiseen potilaaseen on tärkeä saada kontakti, joten käydyt keskustelut ja käytettävät hoitomuodot voivat vaihdella suuresti potilaiden välillä. Joustavuus ja yksilöllisyys ovatkin psykiatrisen hoitotyön merkittäviä tekijöitä. (Rissanen 2007, 71.)

Skitsofrenian lääkityksenä käytetään psykoosilääkitystä eli neuroleptilääkitystä, joka vähentää tehokkaasti skitsofrenian positiivisia oireita, mutta negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin niiden vaikutus on vähäisempi (Skitsofrenia 2008, 9; Hirvonen & Salokangas 2007). Lääkehoidolla uusien sairastumisten riski vähenee ja sen myötä mahdollistuu myös muiden hoitomuotojen toteuttaminen. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan hyödy psykoosilääkityksestä ja niihin liittyy paljon sivuvaikutuksia. (Lepola ym. 2008, 50.) Psykoosilääkehoidolla voidaan merkittävästi lyhentää akuuttien sairausjaksojen kestoja sekä usein myös estää uusien akuuttien sairausjaksojen ilmeneminen (Huttunen 2010).

Vetäytyvä tai oudosti käyttäytyvä skitsofreniaa sairastava henkilö kaipaa luontevaa ja ystävällistä suhtautumista. On kuitenkin hyvä muistaa, että henkilön voi olla

vaikea käsitellä nopeasti tai samanaikaisesti tapahtuvia asioita tai monikerroksista puhetta, mikä hankaloittaa vuorovaikutustilanteita. Skitsofreniaan sairastuminen on vaikea asia kaikille asianosaisille ja se edellyttää joissakin asioissa elämän uudelleen järjestelemistä ja arvojen miettimistä. Positiivisuus ja huumori ovat arvokkaita ominaisuuksia skitsofreniaa sairastavan arkielämässä. Sairautensa ymmärtävät henkilöt löytävät helpommin elämästään uusia arvoja ja unelmia. Skitsofrenian tuomien ongelmien ja oireiden mahdollisuus tulisi hyväksyä, sillä niiden kieltäminen johtaa helposti uusiutuviin pettymyksiin ja hoitokielteisyyteen. Skitsofreniaa sairastava on herkempi reagoimaan yllättäviin muutoksiin, joten hänen on hyvä luoda elämäänsä säännöllinen rytmi ja sisältö sekä minimoida stressitekijät. (Huttunen 2008, 51–53.)

Mielenterveyslain (1990/1116, 2 luku, 8 §) mukaan ”henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.” Alaikäinen henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon edellä mainituin perustein myös kun kyseessä on vakava mielenterveydenhäiriö (Mielenterveyslaki 1992/954, 2 luku, 8§).

Hoitoon määrättyä henkilöä saadaan pitää hoidossa hänen tahdostaan riippumatta enintään kolme kuukautta ja hoidon jatkamista koskevan päätöksen nojalla enintään kuusi kuukautta (Mielenterveyslaki 2009/1066, 2 luku, 12§). Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma (Mielenterveyslaki 2001/1423, 4a luku, 22b§).

Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa

muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi. Lisäksi potilas saadaan eristää muista potilaista, jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Potilas saadaan sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. (Mielenterveyslaki 2001/1423, 4a luku, 22e§.)

Painavin hoidollisin perustein voidaan tarvittaessa käyttää potilaan hoidossa muita potilaan tahdosta riippumattomia rajoitustoimenpiteitä. Sellaisia rajoitustoimenpiteitä ovat esimerkiksi potilaan liikkumavapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus ja – katsaus sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Rajoitustoimenpiteistä säädetään tarkasti mielenterveyslaissa (2001/1423) luvussa 4a. Sairaalan lääkärin päätökseen, joka koskee hoitoon määräämistä tai hoidon jatkamista hänen tahdostaan riippumatta tai potilaan omaisuuden haltuunottoa tai yhteydenpidon rajoittamista, saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 5 luku, 24§.)

#### 2.4 Kustannukset

Skitsofrenian hoidon kustannukset ovat suurimpia Suomessa muihin sairauksiin verrattuna. Yli puolet psykiatrian alan hoitopäivistä muodostuu skitsofrenian hoidosta. (Karvonen, Peltola, Isohanni, Pirkola, Suvisaari, Lehtinen, Hella & Häkkinen 2008, 5.) Tutkimusten perusteella arvioidaan, että koko terveydenhuollon kustannuksista skitsofrenia aiheuttaa 1–2 %. Suomessa skitsofrenian aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat noin 700–900 miljoonaa euroa vuodessa. Suurin osa hoitokustannuksista aiheutuu sairaalahoidosta ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta. (Skitsofrenia 2008, 19–20.)

Skitsofrenian hoidon kustannuksia sekä skitsofreniapotilaiden saaman hoidon vaikuttavuutta on tutkittu Stakesin, yliopistosairaanhoitopiirien sekä Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston toimesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla alueellisia eroja skitsofreniaa sairastavien saaman hoidon lopputuloksista, palveluiden järjestämistavoista sekä hoidon kustannuksista käyttäen hyväksi terveydenhuollon



sekä eläketurvakeskuksen rekisteritietoja. Tutkimuksessa tarkastellaan kustannusvaikuttavuuden onnistumisen edellytyksiä sekä pyritään uusimpien tutkimusmenetelmien avulla etsimään parhaita mahdollisia hoidon järjestämistapoja. Tutkitut ovat vuosina 1995–2001 skitsofreniaan sairastuneita henkilöitä. Sairastumisen alkuketkeksi on määritelty ensimmäinen sairaalahoitajakso, ensimmäinen psykoosihoitajakso ennen skitsofreniadiagnoosia tai eläkepäätös skitsofrenian vuoksi. (Karvonen ym. 2008, 3, 5.)

Skitsofrenian hoidosta aiheutuvat kustannukset voidaan jakaa sairauden hoidosta aiheutuviin suoriin kustannuksiin (lääkkeet ja terveydenhuollon hoitokustannukset sekä sairauspäivärahat ja eläkkeet) ja tuottavuuden menetyksistä johtuviin epäsuoriin kustannuksiin (työkyvyttömyydestä aiheutuva menetetty työpanos). Lisäksi on huomioitava inhimillinen kärsimys, joka ei ole taloudellisesti arvioitavissa. (Skitsofrenia 2008, 19.) Suorien hoitokustannusten osuus on alle puolet ja sairauden aiheuttamien taloudellisten menetysten osuus selvästi yli puolet taloudellisista kokonaiskustannuksista (Wahlbeck & Hujanen 2008; Skitsofrenia 2008, 19).

Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kustannuksia on tutkittu 1 ja 5 vuoden seurannalla. Tutkimus on toteutettu vuoden 2000 hinnoin ja koko Suomen keskiarvo hoidon kustannuksissa potilasta kohden oli ensimmäisen vuoden aikana 24 144 € ja viiden vuoden aikana 59 765 €. Päijät-Hämeessä ensimmäisen vuoden aikana hoidon kustannukset olivat 25 165 € ja viiden vuoden aikana 58 467 €. (Karvonen ym. 2008, 31.)

## 2.5 Skitsofreniaa sairastavan asema yhteiskunnassa

Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveyshäiriöistä, niin potilaan, perheen kuin koko yhteiskunnankin kannalta (Lepola ym. 2008, 37). Skitsofrenia johtaa usein syrjäytymiseen, naimattomuuteen, alhaiseen sosiaaliseen asemaan ja varhaiseen eläköitymiseen (Hirvonen & Salokangas 2007). Psykiatrisessa hoidossa olleiden pärjääminen on yhteiskunnallinen haaste, sillä siinä tarvitaan eri tahojen välistä yhteistyötä (Kiviniemi 2008, 98).

Skitsofreniaan sairastunut henkilö on usein nuori. Noin joka kolmas sairastuu pitkäaikaisesti ja onkin laskettu, että skitsofrenia on suurin yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. (Lepola ym. 2008, 37.) Vuonna 2004 Suomessa asuvista henkilöistä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle 27 200, joista jopa kolmanneksella oli mielenterveyden häiriö. Mielenterveydellisistä syistä eläkkeelle siirtyneistä 17 %:lla oli diagnoosina skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö. (Kelan teemakatsauksia 2006, 4.)

Vuonna 2007 korvatuista 16,8 miljoonasta sairauspäivärahapäivästä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi korvattiin neljännes. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi alle 30-vuotiaille korvatut sairauspäivärahapäivät vuonna 2007 olivat 790 900 päivää, joista skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien osuus oli 19 %. 30 vuotta täyttäneiden joukossa skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien osuus oli huomattavasti pienempi, vain 8 %. 2000-luvun alussa erityisesti nuorten aikuisten psyykkisen oireilun onkin todettu lisääntyneen. Alle 30-vuotiaiden, mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien sairauspäivien lukumäärä on kasvanut selvästi nopeammin kuin 30 vuotta täyttäneiden. (Kelan teemakatsauksia 2008, 1, 4.)

Skitsofreniapotilaan työkyvyn ennuste on luultua parempi, mutta negatiiviset oireet vaarantavat toimintatason pitkällä tähtäimellä. Työkykyyn vaikuttavat sairautta edeltänyt psykososiaalinen kehitys sekä oireisto, psykoosin alkamistapa ja sukupuoli. Naisten ennuste on yleensä parempi. Ennusteeseen alentavasti vaikuttavat psykoosin pitkä kesto, autonomian puute, sosiaalinen vetäytyminen, laitostuminen ja muut negatiiviset oireet. Positiiviset oireet parantavat työkyvyn ennustetta pitkällä tähtäimellä. Varhainen ammatillinen kuntoutus on tärkeää, mutta tärkeämpää on toipua ensin. (Rovasalo 1998, 20.)

Skitsofreniaa sairastavan kannalta työn ja opiskelun merkitys on keskeinen. Ammatti ja työpaikka vahvistavat kokemusta aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä olostta. (Kiviniemi 2008, 102.) Tuettu työllistyminen tarkoittaa ammatillisen kuntoutuksen muotoa, jossa pyritään nopeaan, yksilöllisesti suunniteltuun työpaikan etsimiseen ja tarvittavan koulutuksen ja muun tuen tarjoamiseen työpaikalla työhönvalmentajan tuen avulla. Potilaista valitaan sellaisia, jotka ovat halukkaita

työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla. Honkonen (2007) on tarkastellut erilaisia aiheesta tehtyjä katsauksia. Niiden perusteella ammatillisen kuntoutuksen malleilla ei olisi merkittävää vaikutusta skitsofreniapotilaiden selviytymiseen avoimilla työmarkkinoilla.

Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on 2–3-kertainen verrattuna normaaliväestöön. Suuri kuolleisuus painottuu nuoriin ikäryhmiin, joissa se johtuu pääasiassa itsemurhista, joiden yleisyys normaaliväestöön verrattuna on 20-kertainen. Myös sydän- ja verisuonisairauksista sekä aineenvaihduntaan liittyvistä ja hengityselinsairauksista johtuvat kuolemat ovat skitsofreniapotilailla normaaliväestöä yleisempiä. (Hirvonen & Salokangas 2007.)

Kiviniemen (2008, 96–97) väitöskirjassa tutkittiin psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten (18–35-vuotiaat) kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Tulosten mukaan psyykkisen sairauden merkityksistä ja traumaattisista kokemuksista huolimatta psykiatrisessa hoidossa ollut nuori aikuinen uskoo tulevaisuuteen. Esiin nousi tunnistamatta ja käsittelemättä jääneiden traumaattisten tapahtumien merkitykset tutkittujen elämässä. Nuori aikuinen oli myös lapsuudessaan ja nuoruudessaan jäänyt vaille aikuisen tukea vaikeissa elämäntilanteissa. Tutkimuksen tuloksissa korostuu vaikeassa elämäntilanteessa olevan lapsen ja nuoren tukemisen tärkeys.

Suuri tyydyttämätön hoidontarve on mielenterveyspalvelujen merkittävä kehittämissaaste. On tutkittu, että selvästi yli puolet mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevista kansalaisista ei ollut minkäänlaisen hoidon tai avun piirissä. (Lehtinen & Taipale 2005.) Mielenterveystyön osa-alueet ovat mielenterveyden laaja-alainen edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus (Lehtinen & Taipale 2005). Perheiden voimavarojen vahvistaminen ja tukeminen sekä vaikeuksien varhainen tunnistaminen on mielenterveyden edistämisen haaste. Sen avulla saatetaan ehkäistä traumaattiset kokemukset ja psyykkinen sairastuminen. Nuorten mielenterveysongelmien tunnistamista, nuoren tukemista ja hoitoon ohjaamista täytyisi kehittää. Kehittämistä varten kouluihin ja oppilaitoksiin tarvitaan

joustavia, mutta selkeitä toimintamalleja sekä toimivaa yhteistyötä mielenterveysalan ammattilaisten kanssa. Psykkisiin sairauksiin liittyy näkyvästi leimaavuus. Mielenterveystyön ammattilaiset ovat tärkeässä asemassa asenteiden muuttamisessa. (Kiviniemi 2008, 101.)

## 2.6 Skitsofreniaa sairastavan leimautuminen

Psykiatrinen sairaus on altis leimaantumiselle, koska se ilmenee käyttäytymisen, kokemuksen ja tunne-elämän alueilla, joita on lähes mahdotonta erottaa henkilöstä itsestään tai hänen persoonallisuudestaan (Kaltiala-Heino, Poutanen, & Välimäki 2001). Psykoottisen henkilön käytös saatetaan kokea usein arvaamattomuutensa vuoksi pelottavaksi (Kaltiala-Heino ym. 2001). Monet luulevat, että psykiatrisesta sairaudesta ei voi parantua, mutta hoidon avulla monet sairastuneet voivat elää täysipainoista elämää ja osa toipuu jopa täysin. (Aalto, Björkman, Immonen, Johansson, Ovaskainen & Vakkila 2008.) Vain noin kymmenesosa tarvitsee toisten apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista (Hirvonen & Salokangas 2007). Psykiatrisesti sairaita pidetään jopa luulosairaina. Tästä syystä psykkisesti sairaan somaattisen sairauden hoito voi viivästyä, jos häntä ei oteta vakavasti. (Aalto ym. 2008.)

Psykkisesti sairastuneiden leimautuminen on yksi suurimpia esteitä toipumiselle. Tyypillinen väärä uskomus on, että henkilö, jolla on psykiatrinen sairaus, on useimmiten väkivaltainen. Todellisuudessa skitsofreniaa sairastava on pikemminkin arka ja sulkeutunut kuin väkivaltainen. Mediassa dissosiaatiohäiriöihin kuuluva sivupersonahäiriö sekoitetaan usein skitsofreniaan, vaikka kyseessä on kaksi eri sairautta. (Aalto ym. 2008.) Mielenterveyshäiriöisten leimaaminen kumpuaa ihmisten omasta tiedostamattomasta mielisairauden ja eräänlaisesta kontrollin menettämisen pelosta. Yleinen käsitys on, että mielenterveyden häiriö on oma vika tai moraalisen heikkouden merkki. Asennetutkimukset vahvistavat ennakkoluulojen ja kielteisten asenteiden olevan syvällä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ennakkoluulot ja torjuvat asenteet esiintyvät myös niillä henkilöillä, joilla itsellään

on jokin mielenterveyden häiriö ja ne voivat esiintyä jopa voimakkaampina kuin valtaväestöllä. (Lehtinen 2010, 6–7.)

Mykkäsen (2007, 31–33) tutkimuksessa pelon todettiin olevan yhteydessä sosiaaliseen etäisyyteen. Pelko, samoin kuin syyllistävä asenne, lisäsivät taipumusta pitää sosiaalista etäisyyttä skitsofreniaa sairastaviin. Samalla tavalla vaikutti vähäinen tiedon määrä skitsofreniasta. Skitsofrenian tuttuuden katsottiin vähentävän syyllistävästä asennoitumista. Tutkittavat eivät avoimesti myöntäneet syyllistävästä asennettaan, vaan se ilmeni tutkimustuloksista. Medialla katsottiin olevan vaikutusta pelkoon ja syyllistämiseen. Median kautta pääosin tietonsa saaneet pitivät useammin skitsofreniaa pelottavana ja olivat muita syyllistävämpiä sekä sosiaalisesti etäisempiä.

Erään määritelmän mukaan häpeän tunteminen on lapsen kehityksen myötä lapsen ja kasvuympäristön vuorovaikutuksessa syntynyt "opittu tunnetila". Häpeää tunteva henkilö uskoo ympäristön tuomitsevan henkilön tai hänen tekonsa, joka johtaa ympäristöstä eristäytymiseen. Joutuminen sosiaalisten kontaktien ulkopuolelle vahvistaa tunnetta omasta huonommuudesta mikä lisää alttiutta tuntea häpeää, eikä ympäristön palautetta välttämättä enää tarvita häpeän tunteen kokemiseen. (Lehtinen 2010, 3–4.)

Häpeänsävyiset asenteet aiheuttavat usein sairastuneessa hoitokielteisyyttä ja sairautentunnottomuutta (Heikkinen 2010, 27). Yhteiskunnan on pystyttävä tarjoamaan keinoja ja palveluja psykiatristen potilaiden ja heidän omaisten eristyneisyyden ja häpeän kokemuksen lopettamiseksi ja ehkäisemiseksi. Yksi keino vaikuttaa ihmisten asenteisiin on tiedon lisääminen mielenterveydestä ja sen ongelmista, esimerkkinä voidaan pitää koulujen terveystasvatusta. Mielenterveyshäiriöiden tullessa tutummaksi, on helpompi suhtautua niihin luontevammin. (Lehtinen 2010, 9–10.)

Mielisairauksiin ja mielenterveyspotilaisiin kohdistuu negatiivisia asenteita. Stigmalla tarkoitetaan ei-toivottua häpäisevää ominaisuutta, joka vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen hyväksyntään. Mielisairaudet ovat alttiita stigmatisoitumiselle, mikä

aiheuttaa lisää kärsimystä sairastuneille. Stigman poistamiseksi tarvittaisiin terveydenhuollon ammattilaisilta oikeanlaista tietoa, mutta he eivät aina itsekään ole vapaita leimaavista asenteista ja toimintamalleista. Tutkimusten mukaan ikä, sukupuoli, kokemus psykiatrisista potilaista ja yleiset uskomukset vaikuttavat terveysalan ammattilaisten asenteisiin stigmatisoituneita potilaita kohtaan. Koulutuksella, joka sisältää tietoa sairauksista, niiden syistä, oireista ja hoitomahdollisuuksista voidaan vaikuttaa terveysalan ammattilaisten asenteisiin. Negatiivisen asenteet voivat olla uhka potilaiden hoidolle ja kuntoutukselle. (Ranne 2008, 39.)

Skitsofrenia tuo mukanaan monenlaisia ongelmia, jotka koskettavat sairastunutta itseään sekä hänen läheisiään. Sekä sairastuneen että läheisten on helpompi suhtautua sairauteen, jos sen ymmärtää oikein. Sairauden luonteen ymmärtämisen myötä sairastunut sekä hänen läheisensä voivat välttää skitsofrenian mukana helposti tulevat asenneongelmat, syyllisyyden ja häpeän. (Huttunen 2008, 51.) Psykiatrisia sairauksia hävetään usein fyysisiä sairauksia enemmän ja niistä voi olla vaikeaa kertoa lähipiirilleen. Tällaiset ennakkoluulot ja häpeän tunteet hankaloittavat sairastuneen hoitoon hakeutumista sekä hoidon jatkamista. (Huttunen 2008b, 14; Lehtinen 2010, 7–8.) Vahvoja ennakkoluuloja esiintyy myös psyykelääkkeiden käyttöä kohtaan. Skitsofrenian hoito ei onnistu parhaalla mahdollisella tavalla elleivät niin hoitohenkilökunta, sairastunut itse kuin hänen läheisensä pääse eroon hoitoon ja lääkkeisiin liittyvistä kielteisistä asenteista. (Huttunen 2008, 14.)

Nordling (2007, 7–8) tutki väitöskirjassaan psykiatrian osastolla hoidettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumista, hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöä, kuntoutumisreittejä, potilaiden elämäntilannetta ja elämänmuutoksia sekä psykososiaalista hyvinvointia, kun hoidon päättymisestä oli kulunut vähintään viisi vuotta. Tutkimuksen mukaan suurin osa kuntoutujista tarvitsi sekä hoidollista, että sosiaalista tukea sairaalan ulkopuolella. Hyvä hoitosuhde avohoidossa yhdistettynä lääkitykseen olivat selvästi yhteydessä hyvinvointiin.

### 2.6.1 Väkivaltaisuus

Tyypillinen uskomus on, että henkilö, jolla on psykiatrinen sairaus, on väkivaltainen (Aalto ym. 2008). Skitsofreniaa sairastavat ja muuten psykoottiset miehet olivat Fazelin ym. (2009, 15) tutkimuksen mukaan viisi kertaa muita miehiä todennäköisemmin väkivallantekijöitä, naisilla riskisuhde oli peräti kahdeksan. Tarkemmassa analyysissä luvut selittyivät päihteiden väärinkäytöllä. Erään toisen lähteen mukaan sairaus lisää vakavan väkivallanteon riskin noin 10-kertaiseksi, naisilla jopa 100-kertaiseksi (Nikkola 2004). Nuori ikä, miessukupuoli ja psykiatriset sairaudet ovat riskitekijöitä väkivaltarikosten tekemiselle. Psykiatristen sairauksien lisäksi päihdeongelmat, antisosiaalinen persoonallisuushäiriö ja käyttäytymishäiriöt voidaan vahvasti liittää väkivaltarikoksiin. (Putkonen 2007, 20, 32.)

Fazel ym. (2009, 1, 6) järjestivät systemaattisen tarkastelun tutkimuksista, joissa raportoitiin henkirikosten riskiä skitsofreniaa sairastavilla. Löydöksissä ilmeni, että väkivaltaisuus on samanlaista päihteiden väärinkäyttäjillä riippumatta siitä, sairastaako väärinkäyttäjä skitsofreniaa. Skitsofrenia ei siis itsessään lisää väkivallan riskiä, vaan liitettynä päihteiden väärinkäyttöön. Henkirikosten riski oli kuitenkin suurempi psykoottisilla ihmisillä kuin normaaliväestöllä.

Putkosen (2007, 58) tutkimuksen mukaan päihdeongelmat vaikuttavat myös väkivaltarikosten luonteeseen. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että psykoottisista häiriöistä kärsivät henkilöt yhdessä antisosiaalisen persoonallisuushäiriöiden ja päihdeongelmien kanssa surmasivat useammin päihtyneenä riidan tai tappelun yhteydessä ei-sukulaisen kuin pelkästä psykoottisesta häiriöstä kärsivät ihmiset, joiden henkirikokset liittyivät useammin harhaluuloihin ja kohdistuivat sukulaisiin.

### 2.6.2 Itsemurhat

Itsemurhissa tärkeän riskiryhmän muodostavat psykoottiset henkilöt, erityisesti skitsofreniaa sairastavat. Skitsofreniaa sairastavien osuus itsemurhan tehneistä on hieman alle 10 % ja psykoosipotilaiden osuus yhteensä on jopa 25 %. (Lönngqvist

2009.) Vuosina 1995–2001 tapahtuneista skitsofreniaa sairastavien kuolemista oli itsemurhia koko Suomessa 38,7 % ja Päijät-Hämeessä 45,5 % (Karvonen ym. 2008, 38).

Pitkäaikaisiin psykooseihin liittyy itsemurhavaara sairauden jokaisessa vaiheessa (Lönqvist 2009), erityisesti akuutissa vaiheessa ja välittömästi psykoosista toipumisen jälkeen (Hirvonen & Salokangas 2007). Psykoottisten potilaiden hoidossa vaara suurenee sairauden ja hoitojen muutosvaiheissa. Riski on erityisen suuri sairaalajakson jälkeisinä viikkoina. (Lönqvist 2009.)

Skitsofreniaa sairastavien itsemurhakuolleisuus on 5-10 % (Lönqvist ym. (toim.) 2007, 90). Skitsofreniapotilaan itsemurhan riskitekijöitä ovat miessukupuoli, naimattomuus, avioero, leskeksi jääminen, matala koulutustaso ja heikko sosiaalinen asema. Itsemurha-ajatusten ilmaiseminen ja aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen ovat tärkeimpiä itsemurhaa ennustavia riskitekijöitä. Noin puolet itsemurhan tehneistä on yrittänyt itsemurhaa aiemminkin, naiset useammin kuin miehet. (Lönqvist 2009.)



### 3 SAIRAANHOITAJA (AMK)

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tulee työssään tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä. Sairaanhoitajan tekemä hoitotyö on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitajan tehtävänä on myös auttaa ihmistä kohtaamaan sairastuminen, vammautuminen ja kuolema. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoitaja on oman vastualueensa tunteva, varteenotettava osa terveydenhuollon työyhteisöä (Paasivaara 2005).

Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana ja toteuttaa lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa. Sairaanhoitaja tuo asiantuntemuksensa myös moniammatilliseen yhteistyöhön. Ammatillisen toiminnan lähtökohtana ovat kulloinkin voimassa oleva lainsäädäntö ja Suomen terveystieteelliset linjaukset sekä toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. (Opetusministeriö 2006, 63.)

Sairaanhoitajan tulee käyttää näyttöön perustuvassa hoitotyössä ammatillisen asiantuntemuksen lisäksi potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin perustuvaa tietoa sekä hoitosuosituksia ja tutkimustietoa. Sairaanhoitajan työ pohjautuu hoitotieteeseen. Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta ajantasaista hoitotieteen, farmakologian ja lääketieteen sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tuottamaan tutkimustietoon perustuvaa teoreettista osaamista. Sairaanhoitajan ammatissa toimiminen edellyttää eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa. Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämissyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Opetusministeriö 2006, 63–64.)

Sairaanhoitajan laajeneva työnkuva on toisaalta koettu tavoiteltavana kehityssuuntana, mutta toisaalta on pelätty hoitotyön kadottavan ominaisen roolinsa ja muuttuvan tehtäväkeskeiseksi. Laajeneva tehtäväalue tuo haasteita sairaanhoitajan koulutukseen, hoitotyön houkuttelevuuteen ja mahdollisuuden urakehitykseen, uusien työskentelytapojen luomiseen ja sairaanhoitajan ammatin vahvistumiseen. (Paasi-vaara 2005.)

### 3.1 Sairaanhoitajakoulutus

Ammattikorkeakoulu päättää koulutusohjelmien opetussuunnitelmista sen mukaan, mitä ammattikorkeakoulun tutkintosäännössä määrätään. Terveysalan sääntelyihin ammatteihin liittyvän koulutuksen toteutus on siis viime kädessä ammattikorkeakoulujen vastuulla. (Opetusministeriö 2006, 13.) Näin ollen opetuksessa eri ammattikorkeakoulujen välillä voi olla paljon eroja.

Sairaanhoitajakoulutuksen laajuus on 210 opintopistettä ja kesto 3,5 vuotta. Yksi opintopiste on keskimäärin 27 tuntia opiskelijan työtä. Koulutus koostuu perus- ja ammattiopinnoista, ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta, opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä sekä vapaasti valittavista opinnoista. Opinnoista toteutetaan 90 op ammattitaitoa edistävänä harjoitteluna. Harjoittelusta 15 op toteutetaan opinnäytetyön muodossa. (Minun maailmani 2009, 8; Opetusministeriö 2006, 70.) Lahden ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelman toteutus pohjautuu Lahden ammattikorkeakoulun tutkintosääntöön, Sosiaali- ja terveysalan ohjeisiin, lakiin ammattikorkeakouluopinnoista (351/2003), asetukseen ammattikorkeakouluista (352/2003) ja EU-direktiiveihin (2005/36/EY) sekä opetusministeriön ohjeisiin. (Minun maailmani 2009, 8.)

Koulutuksen pääsyvaatimuksena on lukion oppimäärä, ylioppilastodistus tai opintoasteen tai ammatillisen korkea-asteen tutkinto. Ammatillisen peruskoulutuksen pohjalta koulutukseen hakevan tulee olla suorittanut vähintään kolmevuotisen ammatillisen perustutkinnon tai sitä vastaavan aiemman tutkinnon. Koulutukseen voi hakea myös edellä mainittujen tutkintojen vastaavien ulkomailta suoritettujen

opintojen perusteella. Lisäksi koulutukseen voi hakea International Baccalaureate-, Reifeprüfung- tai European Baccalaureate – tutkinnon suorittanut henkilö. (Sairaanhoitaja (AMK) 2010.)

Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa koulutetaan opiskelijoita erilaisiin hoitotyön tehtäviin. Sairaanhoitaja (AMK) on hoitotyön ammattilainen, jolla on mahdollisuus toimia hoitotyön tehtävissä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisen että vapaaehtoisjärjestöjen palvelutuotannon alueilla. Tutkinnon suorittamisen jälkeen sairaanhoitaja saa hakemuksesta oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Oikeuden myöntää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (Minun maailmani 2009, 7.)

Hoitotyön koulutuksessa lähtökohtana pidetään oppijan aktiivisuutta ja halua oppia ja kehittyä. Edellytyksenä on sisäinen motivaatio ja tavoitteellinen, suunnitelmallinen ja vastuullinen oppiminen. Opettaja toimii opiskelijan tukena auttaen häntä löytämään oppimistarpeitaan ja löytämään keinoja oppimisen saavuttamiseksi. Tarvittaessa opettaja auttaa opiskelijaa laatimaan henkilökohtaisen opiskelusuunnitelman. (Minun maailmani 2009, 9.)

Hoitotyön koulutusohjelmassa yhtenä opetusmuotona käytetään aktivoivia luentoja, joilla tarkoitetaan vuorovaikutteisia luentoja, keskusteluja, pohdintatehtäviä, pienryhmätyöskentelyä ja opintokäyntejä. Luentojen lisäksi opiskelu tapahtuu PBL-työskentelynä, seminaareina, erilaisina harjoituksina, kirjallisina tuotoksina, projektityöskentelynä, verkko-opetuksena, tentteinä, harjoitteluina sekä kirjallisuuteen ja muuhun materiaaliin perehtymisenä. (Minun maailmani 2009, 9.)

### 3.1.1 Ongelmaperustainen oppimismenetelmä (PBL)

Lahden ammattikorkeakoulussa hoitotyön opinnot toteutetaan käyttämällä ongelmaperustaista oppimismenetelmää (Problem Based Learning eli PBL). PBL-työskentely toteutetaan pienryhmissä, joissa opiskelijat määrittävät oppimistehtä-

vät opettajan ohjaamana. Opiskelijat hankkivat itse oppimistehtäviin liittyvän tiedon käyttäen monipuolisia tietolähteitä. Hankittu tieto käydään yhdessä läpi pienryhmässä. Ryhmätilanteessa aiheesta keskustellaan jopa kriittisesti suhtautuen. Tilanteissa opiskelijat oppivat myös ongelmanratkaisua ja ryhmätyöskentelyä. PBL-työskentelyä täydennetään opintojaksosta riippuen kirjallisilla tehtävillä, seminaarityöskentelyllä, asiantuntijaluennoilla sekä erilaisilla osaamisen ja tiedon näytöillä. (Minun maailmani 2009, 9.)

Ongelmakeskeinen oppiminen eli problem based learning (PBL) pohjautuu oppimisen tilannesidonnaisuuteen. Opittavalle sisällölle saavutetaan parempi käyttöarvo silloin, kun oppiminen tapahtuu teoreettisen käsittelyn sijaan aitoja tosielämän ongelmia ratkomalla. Ongelmakeskeinen oppiminen vaikuttaa positiivisesti opittavan asian ymmärtämiseen, opiskeltavan sisällön liittämiseen aiempiin tietorakenteisiin, itsesäätelyyn, ongelmanratkaisutaitojen kehittymiseen, oman oppimisen suunnitteluun sekä oppimiseen liittyviin asenteisiin. Ongelmakeskeisen oppiminen pohjautuu ennalta suunniteltuun, usein asiantuntijatyöhön liittyvään ongelmaan, esimerkiksi hoitoalalla potilastapaus. Ongelmakeskeisessä oppimisessa ryhmät lähtevät ratkaisemaan ongelmaa eri vaiheiden kautta. Tutorin tehtävänä ongelma-keskeisessä oppimisessa on tukea ryhmiä ongelmanratkaisuprosessissa. (Salovaara 2004a)

### 3.1.2 Mielenterveysopinnot Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksessa

Mielenterveys-, kriisi- ja päihdekysymykset hoitotyössä on laajuudeltaan 7 opintopistettä. Myöhemmin käytämme kokonaisuudesta termiä mielenterveysopinnot. Se kuuluu suurempaan perhehoitotyö lasten ja nuorten hoitotyössä sekä mielenterveys- ja päihdetyössä –kokonaisuuteen, joka on laajuudeltaan 18 opintopistettä. (Minun maailmani 2009, 32–34.)

Mielenterveysopinnot koostuvat mielenterveys-, kriisi- ja päihdekysymykset hoitotyössä –kokonaisuudesta (5op), kliinisen psykologian opinnoista (1op) sekä psykiatrian opinnoista (1op). Kurssin suorittaminen koostuu aktivoivasta opetuksesta,

PBL-työskentelystä, harjoituksista, kirjallisen tuotoksen tekemisestä ja verkko-työskentelystä. (Minun maailmani 2009, 34.)

Mielenterveysopintojen aikana opiskelija opettelee tarkastelemaan mielenterveys- ja päihdeongelmia eri näkökulmista ja auttamaan potilaita hoitotyön keinoin. Opintojakson tavoitteena on, että opiskelija hahmottaa aiheeseen liittyvän hoitojärjestelmän lainsäädännön. Opiskelijan tulee ymmärtää mielenterveys- ja päihde-työn kulttuurisidonnaisuus sekä kehittää omaa persoonaansa ja persoonallista työotetta hoitotyössä. Opintojen aikana tavoitteena on, että opiskelija oppii ennaltaehkäisemään ja tunnistamaan mielenterveysongelmia ja kohtaamaan mielenterveysongelmaisen tai kriisissä olevan potilaan sekä hänen omaisensa. (Minun maailmani 2009, 32–34.)

### 3.2 Psykiatrisen osaamisen katvealueita perusterveydenhuollossa

Merkittävimmät haasteet psykiatrisen hoidon alueella liittyvät mielenterveyden häiriöiden kasvavaan määrään, lisääntyvään alkoholin ja huumeaineiden käyttöön sekä vanhenevaan väestöön. Jotta suurin osa mielenterveyshäiriöiden hoidosta pystytään toteuttamaan perusterveydenhuollossa, peruspalvelujen sujuva itsenäinen toiminta edellyttää toimivaa konsultointia, työnohjausta sekä koulutusta. (Korkeila 2006, 29.)

Sosiaali- ja terveys ministeriön asettaman työryhmän useille eri asiantuntijatahoille osoitetussa kyselyssä tiedusteltiin psykiatrisen osaamisen katvealueita perusterveydenhuollossa sekä henkilöstön perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämistarpeita. Kyselyn kohderyhmä oli pieni, joten asiantuntija-arviot ovat vain suuntaa-antavia arvioita. Vastaajien mukaan on todennäköistä, että kaikkien ammattiryhmien tiedoissa ja taidoissa esiintyy puutteita, mutta osaamisen määrässä on merkittävää vaihtelua työntekijöittäin sekä toimintayksiköittäin. Perusterveydenhuollon psykiatrisen hoidon hyvän toteutumisen estävät myös enakkoluulot ja stigma. Kyselyn mukaan ongelmat saattavat liittyä jopa enemmän hoitokulttuuriin ja asenteisiin kuin tiedon ja taidon puutteisiin. (Korkeila 2006, 25.)

Vastaajat kokivat, että tunnistettuihin psykiatrisiin ongelmiin tartutaan perusterveydenhuollossa varmuudella vasta kun ne ovat hyvin selkeästi havaittavissa. Ongelmaksi nähtiin myös vieraasta kulttuurista tulevien lääkäreiden kielitaidottomuus sekä erilainen asenne potilasta sekä psykiatrisia sairauksia kohtaan. Parhaassa tapauksessa terveydenhoitajat toteuttavat erittäin hyvin mielenterveys- ja päihdeongelmien seulontaa neuvoloissa, mutta havaittujen ongelmien vaikeusastetta ei aina välttämättä osata arvioida eikä tunnistettua häiriötä hoitaa. Kyselyssä arvioitiin myös psykoterapeuttisten hoitojen tarjonnan olevan niukkaa, ja painottuen kriiseissä tarjottavaan keskusteluapuun. (Korkeila 2006, 25.)

Kyselyn mukaan kotisairaanhoidossa sairaanhoitajien psykiatriaan liittyvät ennakkoluulot ja tiedon puute aiheuttavat ongelmia, jolloin somaattista sairautta hoidetaan psykiatrista sairautta huomioimatta. Vanhuspsykiatrian osaamisen katvealueet näkyvät vanhusten suuressa ja pitkäaikaisessa psyykenlääkkeiden käytössä sekä psykoterapeuttisten hoitojen vähäisessä hyödyntämisessä. (Korkeila 2006, 26.)

Puutteita on etenkin häiriöiden varhaisen vaiheen tunnistamisessa sekä tunnistamista helpottavien apuvälineiden, seulontamittareiden käytössä kaikissa ammattiryhmissä. Mittareita ei osata käyttää riittävästi somaattisten sairauksien hoidon yhteydessä tai määräaikaistarkastuksia tehdessä. Kyselyssä arvioitiin myös, että psykiatristen häiriöiden ja päihdeongelman samanaikaisen hoidon taidot ovat varsin vähäisiä kaikilla ammattiryhmillä. (Korkeila 2006, 26.)

Mielenterveyspalveluissa toimivan henkilöstön puutteellinen tietotaito johtuu Sosiaali- ja terveysministeriö asettaman, työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittelleen työryhmän (2004, 31–32) mukaan useista eri tekijöistä. Selvityksessä ilmenneitä syitä ovat väestön uudenlaisen henkisen pahoinvoinnin (monista yhteiskunnallisista ja lainsäädännöllisistä muutoksista, arvojen koventumisesta, talouden korostumisesta ja lisääntyvästä päihdeiden käytöstä johtuva pahoinvointi) ja perinteisen toimintamallin välisen ristiriidan tuomat ongelmat, puutteellinen ajankohtainen koulutus, työnjakoon liittyvät ongelmat, potilaiden vakavat häiriöt sekä moniongelmaisuus. Monien muutosten ja säästöjen vuoksi asioi-

den kehittäminen ja tätä kautta puutteiden vähentäminen on jäänyt toissijaiseksi-hankkeen toteuttaminen.

## 4 ENNAKKOTEHTÄVÄ HANKKEENA

### 4.1 Hankkeen tarkoitus ja tavoite

Hankkeen tarkoituksena oli luoda ennakkotehtävä Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan hoitotyön koulutusohjelman mielenterveysopintokokonaisuuteen. Ennakkotehtävä on tarkoitettu sairaanhoitajaopiskelijoille. Tehtävä teetetään opiskelijoilla sähköisesti ennen skitsofrenia-aiheista PBL-istuntoa.

Ennakkotehtävän tavoitteena on johdattaa sairaanhoitajaopiskelijat skitsofrenia-aiheeseen. Tehtävän avulla opiskelijat näkevät oman tietotasonsa ja saavat tutkittuun tietoon pohjautuvaa tietoa skitsofreniasta. Opettajat näkevät opiskelijoiden vastaukset ja voivat hyödyntää niitä opetuksen toteutuksen suunnittelussa. Osa kysymyksistä liittyy suhtautumiseen skitsofreniaa kohtaan ja tavoitteena on, että opiskelijat miettivät omaa asennettaan ja käsitystään sairaudesta.

### 4.2 Hankkeen toteuttamistapa ja -menetelmät

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen hankkimalla ensin perustietoa skitsofreniasta luotettavia lähteitä käyttäen. Lähteiden hankinnassa kiinnitimme huomiota lähteiden tuoreuteen ja luotettavuuteen. Lähes kaikki käyttämämme lähteet ovat alle viisi vuotta vanhoja. Perustietoa hankkiessamme jouduimme käyttämään jonkin verran oppikirjoja lähteinä, mutta vertasimme oppikirjojen tietoja keskenään ja hankimme tiedot mahdollisuuksien mukaan useasta eri lähteestä. Hankimme kuitenkin myös runsaasti tutkimuslähteitä, joihin pohjasimme suuren osan ennakkotehtävän vastauksissa käyttämistämme teoriatiedoista. Poistimme muutaman epäluotettavana pitämämme lähteen työskentelyn aikana.

Seuraavaksi pohdimme skitsofreniaan liittyviä ennakkoluuloja ja tutustuimme aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Kävimme keskenämme keskustelua kohtaamis-



tamme ennakkoluuloista skitsofreniaa kohtaan. Olemme törmänneet ennakkoluuloihin työharjoitteluissa, työelämässä sekä siviilissä. Eniten meitä puhuttivat hoitohenkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot skitsofreniaa sairastavia kohtaan. Etenkin somaattisen sairaanhoidon osastoilla skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin saatetaan suhtautua eri lailla kuin muihin potilaisiin yleensä. Keskustelimme aiheesta myös läheistemme kanssa ja esiin nousivat erityisesti mielikuvat skitsofreniaa sairastavan väkivaltaisuudesta ja skitsofreniaa sairastavan useasta persoonasta. Hahmotelimme ennakkotehtävän kysymyksiä jo alkuvaiheessa. Sen jälkeen aloimme kerätä kysymyksiin liittyen laajasti teorian tietoa monipuolisia lähteitä käyttäen. Pohdimme alusta asti tarkasti, mistä asioista hankimme teorian tietoa ja rajasimme aiheet ennen tiedon hankkimista. Rajasimme aiheet perustietoon skitsofreniasta, leimautumiseen ja ennakkoluuloihin sekä aiheen kannalta oleellisiin tietoihin sairaanhoitajan ammatista ja koulutuksesta.

Ennakkotehtävän laatimisen avuksi teimme kyselyn (liite 2) sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Laadimme ryhmälle sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita kyselylomakkeen, jonka avulla kartoitimme opiskelijoiden ajatuksia ja mielikuvia skitsofreniasta. Teetimme suurimman osan kyselyistä sairaanhoitajaopiskelijoilla mielenterveyskurssin johdantoluennon alussa. Loput kyselyistä teitimme meidän opinnäytetyömme suunnitelmaseminaarin lopuksi. Vastattuja kyselylomakkeita saimme takaisin 31 kappaletta. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeessa kysymyksiä oli vain neljä ja ne olivat laajoja ja koskivat skitsofreniaa yleisesti. Ajattelimme laajoilla kysymyksillä saavamme mahdollisimman monipuolisesti tietoa vastaajien mielikuvista. Vastaajat täyttivät kyselylomakkeet anonymisti. Kyselylomakkeessa kysyimme vastaajan opiskeltavan alan ja kuinka pitkällä hän on opinnoissaan.

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli sairaanhoitajaopiskelijoita. Tarkoituksenamme oli, että kysely olisi teetetty ennen mielenterveysopintoja, mutta kyselyyn vastanneet sairaanhoitajaopiskelijat olivat jo käyneet psykiatrian luennoilla. Olisimme halunneet, että vastaajien vastaukset olisivat perustuneet heidän omiin ajatuksiinsa ja mielikuviansa, eikä opittuun tietoon. Suuressa osassa kyselyn vastauksissa olikin lähinnä sellaista tietoa, jonka ajattemme vastaajien oppineen psykiatrian

luennoilla. Osassa vastauksia esiintyi kuitenkin melko räikeitäkin uskomuksia, esimerkiksi että skitsofreniaa sairastava hakkaa lapsiaan ja yrittää tappaa läheisiään. Luimme kyselyt läpi ja kirjasimme ylös pääpiirteittäin niistä löytyviä vääriä uskomuksia ja fiktiivisiä mielikuvia. Käytimme kyselyn avulla saatuja vastauksia apuna ennakkotehtävän kysymyksiä laatimisessa. Pohjasimme osan ennakkotehtävän kysymyksistä suoraan kyselystä esiin tulleisiin vääristyneisiin mielikuviiin. Säilytimme kyselylomakkeet asianmukaisesti ja hävitimme ne työn valmistuttua. Hahmottelimme kysymyksiä myös perustuen omiin mielikuviiimme siitä, millaisia ennakkoluuloja ajattelimme ihmisillä olevan. Muokkasimme kysymyksiä keräämäämme teoriatietoa hyödyntäen jatkuvasti työskentelyn aikana.

Opinnäytetyön ohjaavan opettajan ehdotuksesta päätimme käyttää ennakkotehtävän luomisen toteutukseen Webropol-ohjelmaa, josta meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta. Meillä ei ollut tiedossa vaihtoehtoista ohjelmaa ennakkotehtävän toteuttamiseksi. Ohjelman käyttöön saimme ohjausta sosiaali- ja terveysalan tietotekniikan yhteyshenkilöltä, mutta hän ei ollut vielä perehtynyt ohjelman uuden version käyttöön. Ohjauksen aikana meille selvisi, ettemme saa ennakkotehtävää kyseisellä ohjelmalla juuri sellaiseksi kuin olimme alun perin suunnitelleet. Löysimme kuitenkin ohjelmasta sellaiset asetukset, joiden avulla saimme tehtävän lähestulkoon suunniteltuun muotoonsa. Aikataulullisista syistä emme edes harkinneet ohjelman vaihtamista toiseen. Ohjelman vaihtaminen ei tullut kyseeseen myöskään siksi, että emme löytäneet toista ohjelmaa, joka olisi sopinut paremmin tarkoitukseemme.

Laadimme ennakkotehtävää Webropol-ohjelmaan muutaman päivän ajan. Ensin syötimme kysymykset ohjelmaan, mutta ongelmana oli, että kysymykset esiintyivät ennakkotehtävässä kaikki samalla sivulla, emmekä saaneet syötettyä vastauksia kysymysten perään. Kokeilemalla eri asetuksia ja käyttämällä apuna ohjelman ohjekirjaa löysimme parhaat mahdolliset asetukset ennakkotehtävän tekemiseen. Saimme laitettua kysymykset niin, että ne tulevat luettavaksi yksi kerrallaan ja jokainen omalla sivullaan. Jokaisen kysymyksen jälkeen tulee oikea vastaus tai muuta teoriatietoa omalla sivullaan. Halusimme kysymysten tulevan tehtävässä yksi kerrallaan, jotta vastaaja keskittyisi mahdollisimman hyvin pohtimaan vasta-

ustaan. Selkeyden vuoksi halusimme oikean vastauksen näkyvän aina heti kysymyksen jälkeen. Ajattelimme, että edellä mainittu järjestys on oppimisen kannalta parempi, kuin se että kysymykset tulisivat kaikki peräkkäin ja sen jälkeen näkyisivät peräkkäin kaikki vastaukset, jolloin niitä ei välttämättä tulisi luettua ajatuksella läpi. Olisimme laittaneet vastauksen näkymään samalle sivulle kysymyksen kanssa, mutta se ei ollut ohjelman avulla mahdollista. Olimme tyytymättömiä siihen, että ohjelma ei ilmoita vastaajalle, onko hän vastannut kysymykseen oikein vai väärin. Kysymyksen pääsee myös ohittamaan vastaamatta siihen lainkaan. Asetuksissa olisi saanut valittua niin, että jokaiseen kysymykseen olisi vastattava ennen eteenpäin siirtymistä. Se olisi kuitenkin muuttanut ennakkotehtävän ulkoasua niin häiritsevästi, että emme siksi halunneet käyttää kyseistä asetusta.

Ennakkotehtävä koostuu monivalintakysymyksistä sekä niiden vastauksista ja muusta teoritiedosta (liite 3). Ensimmäisenä kysymyksenä on opiskelijan nimi, jotta mielenterveyskurssin opettajat voivat varmistaa kaikkien tehneen ennakkotehtävän ennen istuntoon saapumista. Pohdimme, vaikuttaako nimen kysyminen opiskelijoiden vastauksiin, mutta emme uskoneet sen vaikuttavan merkittävästi. Emme myöskään keksineet järkevämpää tapaa kontrolloida sitä, että kaikki ovat käyneet tekemässä ennakkotehtävän. Kysymyksiä on yhteensä 14. Tietoa mittavia kysymyksiä on kahdeksan ja niiden jälkeen tulee kuusi asenteisiin liittyvää kysymystä.

Ennakkotehtävän ensimmäisenä kysymyksenä kysytään vastaajan nimi siitä syystä, että opettajat voivat varmistua siitä, että kaikki PBL-istuntoon saapuvat opiskelijat ovat käyneet tekemässä ennakkotehtävän. Pohdimme, miten nimen kysyminen saattaisi vaikuttaa vastauksiin. Mielestämme tärkeämpää oli kuitenkin se, että vastaaja pohtii kysymyksiä ja saa uutta tietoa niiden vastauksista, kuin oikeiden vastausten kontrollointi. Myös mielenterveysopintojen opettajan kokemus oli, että opiskelijat ovat pääsääntöisesti avoimia ja rehellisiä keskusteltaessa tämän tyyppisistä asioista.

Ennakkotehtävässä vastaus tulee aina kysymyksen jälkeen omalla sivullaan. Vastauksesta pääsee kuitenkin takaisin kysymykseen. Se mahdollistaa sen, että vastaa-

ja pystyy halutessaan katsomaan oikean vastauksen ja muuttaa sen jälkeen omaa vastaustaan sen mukaisesti. Tämän ominaisuuden muuttaminen ei ollut Webropol-ohjelmalla mahdollista. Tässäkin ajattelimme, ettei oleellisinta ole se, onko kysymyksiin vastattu oikein vai väärin.

Ennakkotehtävä toteutuu verkossa. Verkko-opetuksella tarkoitetaan sellaista opetusta, opiskelua tai oppimista, jonka jokin osa perustuu tietoverkkojen kautta saataviin tai siellä oleviin aineistoihin (Tella, Nurminen, Oksanen & Vahtivuori 2001, 13). Tutkimukset verkko-oppimisesta ovat osoittaneet, että verkko tarjoaa oppimiselle mahdollisuuksia, mutta toisaalta asettaa oppijalle uusia haasteita (Salovaara 2004b). Vainionpää (2006, 189–193) tutki väitöskirjassaan oppimista verkossa. Tutkimuksessa verkko-opiskelu koettiin myönteisesti, sillä se oli ollut monipuolista, hyödyllistä ja mielekästä. Suurimpana etuna koettiin se, että verkko-opiskelu ei ole aikaan eikä paikkaan sidottua. Noin kolmasosalla oli kuitenkin ollut tietoteknisiä ongelmia. Valitsimme tehtävän toteutumisen verkossa sen helpouden vuoksi. Opiskelijat pystyvät vastaamaan ennakkotehtävään missä tahansa. Opettajat saavat palautteen ja yhteenvedon opiskelijoiden vastauksista sähköisesti ja pystyvät näin ollen tarkastelemaan vastauksia ennen PBL-istuntoa. Mielestämme mikään muu toteuttamismuoto ei tuntunut tarkoitukseen sopivalta.

Testasimme ennakkotehtävän teettämällä sen viidellä läheisellämme. Ennakkotehtävän tekemiseen meni aikaa keskimäärin noin kymmenen minuuttia. Testauksen perusteella saimme suullisesti palautetta kysymysten sekä vastausten selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Muutaman kysymyksen vastaukset olivat kahden testaaajan mielestä epäselvät, eikä oikea vastaus tullut tarpeeksi selkeästi esille. Suurin osa vastauksista oli kuitenkin selkeitä ja hyvin ymmärrettäviä huolimatta siitä, että vastaukset sisälsivät numeraalista tietoa. Ennakkotehtävän rakennetta pidettiin selkeänä, mutta huomautettavaa löytyi siitä, ettei ohjelma ilmoittanut vastaajalle, onko hänen vastauksensa ollut oikein vai väärin. Yleensä ennakkotehtävän ulkoasusta oli huomautettavaa, mutta tarkoituksenamme olikin muokata ulkoasu vasta viimeiseksi. Kaikki testajaat kokivat saaneensa ennakkotehtävän avulla uutta tietoa skitsofreniasta. Testajaat kokivat, että he olivat joutuneet miettimään asenteitaan skitsofreniaa kohtaan ja neljä heistä toi esiin, että mielikuvat olivat muuttu-

neet tai saattaneet muuttua tehtävän tekemisen myötä. Palautteen pohjalta muokkasimme ennakkotehtävän lopulliseen muotoonsa. Viimeiseksi muokkasimme ennakkotehtävän ulkoasun.

Ennakkotehtävän internet-linkki laitetaan mielenterveysopintojakson verkkoalustalle, jonka kautta opiskelijat pääsevät tekemään sen. Tehtävän tekemiseksi ei tarvita erillisiä tunnuksia tai salasanoja, vaan kirjautuminen verkkoalustalle riittää. Mielenterveyskurssin opettajat saivat oikeudet tehtävän käyttöön ja he voivat halutessaan muokata ennakkotehtävää tarpeita vastaavaksi.

## 5 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ennakkotehtävän skitsofreniasta, koska psykiatrinen hoitotyö on meille yhteinen mielenkiinnon kohde. Olemme kaikki työskennelleet psykiatrian osastoilla opiskelun ohessa. Valitsimme aiheeksi skitsofrenian, koska se on yleinen psykiatrinen sairaus ja koemme, että siihen liittyy paljon vääristyneitä mielikuvia ja ennakkoluuloja. Skitsofrenia-aihe on mielestämme tärkeä, sillä olemme useasti törmänneet ennakkoluuloihin skitsofreniaa sairastavia kohtaan, myös hoitohenkilöstön suunnalta. Koemme tärkeäksi vaikuttaa myönteisellä tavalla opiskelijoiden asenteisiin ja mielikuviin. Toivomme, että opiskelijoiden mukana siirtyy tietoa sekä sallivampaa suhtautumista skitsofreniaa sairastavia kohtaan.

Aluksi meidän oli tarkoitus tehdä tutkimus skitsofreniaan liittyvistä ennakkoluuloista, mutta tutkimuksen tekeminen tuntui liian haastavalta eikä se edennyt. Opinnäytetyön ohjaava opettaja ehdotti opinnäytetyömme aiheeksi ennakkotehtävää skitsofreniasta sairaanhoitajaopiskelijoille. Koimme tärkeänä, että opinnäytetyöllemme oli todellinen tarve. Lisäksi aihe tuntui mielekkäältä toteuttaa, joten otimme haasteen vastaan.

Lähteiden löytäminen oli alussa haastavaa. Löysimme lopulta kuitenkin runsaasti tuoreita lähteitä ja ongelmalliseksi muodostuikin lähteiden käytön rajaaminen. Käytimme työssämme luotettavia lähteitä monipuolisesti. Hyödynsimme teoriapohjassa useita aiheista aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Arvioimme käyttämiemme lähteiden luotettavuuden tarkkaan ja karsimme osan lähteistä, koska ne eivät olleet mielestämme tarpeeksi ajankohtaisia tai luotettavia. Käytimme pääsääntöisesti ensisijaisia lähteitä. Toissijaisten lähteiden käyttöä arvioimme tarkkaan ja käytimme niitä vain perustellusti. Suurin osa käyttämistämme lähteistä oli internetlähteitä, mutta kyseisistä artikkeleista valtaosa löytyy myös kirjallisena. Internetlähteiden saatavuus oli kirjallisia lähteitä parempi ja ne olivat tuoreempia tehtyjen päivitysten vuoksi.

Ennakkotehtävän kysymykset muokkautuivat jatkuvasti työskentelyprosessin aikana. Pohdimme, perustuvatko kysymykset liikaa omiin mielikuviimme ennakkoluuloista, joita ajattelemme skitsofreniaan liittyvän. Toisaalta omat mielikuvamme ovat muodostuneet pääosin siitä, mitä olemme opiskelujen aikana ja työelämässä kohdanneet. Kysymyksemme pohjautuvat kuitenkin hankkimaamme teorian tietoon ja teettämäämme kyselyyn.

Alun perin meillä oli huomattavasti enemmän kysymyksiä, kuin mitä valitsimme käytettäväksi ennakkotehtävässä. Pohdimme keskenämme, mikä olisi sopiva kysymysten lukumäärä niin, että opiskelijat jaksavat vastata kaikkiin kysymyksiin ja mielenkiinto säilyy. Tällä perusteella karsimme mielestämme epäoleellisimmat kysymykset pois. Muutaman kysymyksen jouduimme jättämään pois, sillä emme löytäneet tarpeeksi osuvaa teorian tietoa, mutta huomioimme myös, että kyseiset kysymykset eivät olleet aiheen kannalta keskeisiä. Mielestämme lopullisessa ennakkotehtävässä on sopiva määrä kysymyksiä ajatellen sekä vastaajaa, että opettajia, jotka hyödyntävät vastauksia. Kaikki kysymykset ja niiden vastaukset sopivat skitsofrenia-aiheen johdatukseen ja ovat sen kannalta hyvin keskeisiä.

Ennakkotehtävän kysymykset on jaettu tietoa mittaaviin ja asennetta tarkasteleviin kysymyksiin. Tietoa mittaavien kysymysten vastaukset ovat selkeitä ja yksiselitteisiä ja perustuvat suoraan hankkimaamme teorian tietoon. Asennetta tarkastelevien kysymysten kohdalla, mietimme aluksi, ettemme laittaisi niihin vastauksia lainkaan. Pohdittuamme asiaa päädyimme kuitenkin tuomaan vastaajalle niiden kautta muuta asiaan liittyvää teorian tietoa. Vastaukset on valittu sillä perusteella, että niistä olisi apua omien asenteiden tarkastelussa. Osa vastauksista sisältää tietoa vääristyneiden mielikuvien korjaamiseksi ja niistä ilmenee myös asenteiden yleisyys, jotta vastaaja ymmärtäisi, ettei ole ajatustensa kanssa yksin.

Uskomme opinnäytetyöllämme olevan todellista merkitystä Lahden ammattikorkeakoulun mielenterveysopetuksessa. Teoriapohjamme on laaja ja luotettaviin lähteisiin perustuva ja myös sitä voidaan käyttää apuna opetuksen toteutuksessa. Lisäksi opiskelijat voivat oma-aloitteisesti tutustua aiheeseen opinnäytetyömme avulla.

Tarkoituksenamme oli luoda ennakkotehtävä skitsofreniasta sairaanhoitajaopiskelijoille ja pääsimme tavoitteeseen. Toteutimme ennakkotehtävän suunnitelmien mukaisesti ja aikataulussa. Emme pysty arvioimaan ennakkotehtävän tavoitteiden toteutumista, sillä ne ovat nähtävissä vasta ennakkotehtävän käyttöönoton jälkeen. Uskomme kuitenkin, että tehtävä herättää ajatuksia ja keskustelua aiheesta jo ennen oppituntia. Silloin kun aihe otetaan keskusteluun, se tulee tutummaksi ja sitä kautta ennakkoluuloihin, vääristyneisiin mielikuviin ja negatiivisiin asenteisiin voidaan helpommin puuttua. Asenteet muuttuvat hitaasti, mutta vääristyneiden mielikuvien hälventäminen edesauttaa niiden muuttumista.

Erityiseksi haasteeksi ryhmätyöskentelyssä koimme yhteisen työskentelyajan löytymisen. Yhteistä aikaa oli vaikea löytää, koska asuimme eri paikkakunnilla ja kävimme kaikki kolmivuorotyössä opiskelujen ohella. Koimme raskaaksi myös sen, että suoritimme syventävää harjoittelua yhtäaikaaisesti opinnäytetyön tekemisen kanssa. Ajoittain työskentelyämme vaikeutti se, että olemme siviilissä hyviä ystäviä ja siksi emme aina jaksaneet keskittyä opinnäytetyön työstämiseen. Toisaalta ystävydestämme oli myös hyötyä, sillä tunsimme ennalta toistemme työskentelytavat ja luonteenpiirteet.

Ehdotuksemme jatkotutkimusaiheeksi on selvittää, miten ennakkotehtävä on toiminut ja onko siitä ollut todellisuudessa hyötyä. Ennakkotehtävää voi tarvittaessa laajentaa tai kehittää eteenpäin. Sen ideaa voi myös soveltaa muihin aiheisiin tai opintokokonaisuuksiin.



## LÄHTEET

- Aalto, I., Björkman, C., Immonen, S., Johansson, T., Ovaskainen, Y. & Vakkila R. 2008. Hullu on hullu vaikka voissa paistais? – Opas parempaan mielen-terveyskieleen – työkalu toimittajille. Helsinki: Mielen-terveyden keskusliitto. [viitattu: 4.2.2010] Saatavissa: <http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/1935dd2a3b7281ba4390c2a5d1b601e7/1287832336/application/pdf/233140/Opas%20mtkieleen%20-%20ty%C3%B6kalu%20toimittajille.pdf>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. & Grann, M. 2009. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. University of Queensland, Australia. [viitattu 15.9.2010] Saatavissa: <http://www.plos.org/press/plme-06-08-fazel.pdf>
- Heikkinen, J. 2010. Häpeä psykonomian mielenkiinnon keskipiste: Mielisairaan stigman ja leiman purkaminen. Eroon häpeästä. Teoksessa Granqvist, N.-B. & Heikkinen, J. Eroon häpeästä – Heikkous vahvuudeksi. Psykonomiopisto. [viitattu 5.8.2010] Saatavissa: [http://www.psykonomiopisto.com/julkaisuja/hapea\\_kirja.pdf](http://www.psykonomiopisto.com/julkaisuja/hapea_kirja.pdf)
- Hirvonen, J. & Salokangas, R. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa Lääkäriin käsikirja. Helsinki: Duodecim. [viitattu 24.5.2010] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=Skitsofrenia](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Skitsofrenia)
- Honkonen, T. 2007. Tuettu työllistyminen. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. [viitattu 16.9.2010] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak02842> .

- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M. 2009. Tietoa potilaalle: Skitsofrenia. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Duodecim.
- Huttunen, M. 2010. Skitsofrenia. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 15.9.2010] Saatavissa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148)
- Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O. & Välimäki, M. 2001. Sairauden häpeällinen leima. Teoksessa Aikakausikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 117(6):563–570 [viitattu 10.6.2010] Saatavissa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00080&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00080&p_teos=onn&p_selaus=)
- Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. 2008. PERFECT – Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 8/2008. Helsinki: Stakes. [viitattu 25.4.2010] Saatavissa:  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T8-2008-VERKKO.pdf>
- Kauppila, T. 2008.. Skitsofreenisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja Helsinki: Duodecim [viitattu 10.3.2010] Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=skitsofrenia](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=skitsofrenia)
- Kelan teemakatsauksia. 2006. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kansaneläkelaitos. [viitattu 20.9.2010] Saatavissa:  
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK\\_15\\_03\\_06\\_Mielenterveyden\\_hairioiden\\_maaniemi\\_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)
- Kelan teemakatsauksia. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys edelleen kasvussa. Kansaneläkelaitos. [viitattu

20.9.2010] Saatavissa:

[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/\(WWWAllDocsById\)/7CCA649CC3E98A10C225751B002C654F/\\$file/TK\\_08\\_12\\_08\\_Nuorten\\_mielenterv\\_Raitasalo\\_Maaniemi.pdf](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/(WWWAllDocsById)/7CCA649CC3E98A10C225751B002C654F/$file/TK_08_12_08_Nuorten_mielenterv_Raitasalo_Maaniemi.pdf)

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. [Viitattu 12.8.2010 ] Saatavissa:

<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0809-3.pdf>

Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 3.4.2010.] Saatavissa:

[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1062239#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1062239#fi)

Kukkurainen, M-L. 2007. Yhteistyö hoidon ammattilaisten kanssa. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 12.10.2010] Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=Yhteistyö%20hoidon%20ammattilaisten%20kanssa](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Yhteistyö%20hoidon%20ammattilaisten%20kanssa).

Lahden kaupungin internetsivustot. 2010. Sosiaali- ja terveyspalvelut – Terveys – Mielenterveyspalvelut. [viitattu 23.10.2010] Saatavissa:

<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/38EB8BBC70638B70C2256E7E0038C0DE>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potil%2A>

Lehtinen, V. Mielenterveyden häiriöt ja häpeä. 2010. Teoksessa Granqvist, N.-B. & Heikkinen, J. Eroon häpeästä – Heikkous vahvuudeksi. Psykonomiopisto. [viitattu 5.8.2010] Saatavissa:

[http://www.psykonomiopisto.com/julkaisuja/hapea\\_kirja.pdf](http://www.psykonomiopisto.com/julkaisuja/hapea_kirja.pdf)

- Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 23.5.2010] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00054](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054)
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Linkola, A. 2008. Luottamuksesta – ja sen puutteesta. Kustannus Oy Duodecim [Viitattu: 12.10.2010] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=Luottamuksesta](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Luottamuksesta)
- Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. Teoksessa Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu: 16.9.2010] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00158](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158)
- Lönnqvist, J. 2007. Moniko meistä sairastuu elämänsä aikana psykoosiin? Suomen lääkärilehti 32/2007, 2751–2752 [viitattu 25.9.2010] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028559>
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>
- Mielenterveyslaki 1992/954. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Mielenterveyslaki 2001/1423. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Mielenterveyslaki 2009/1066. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Minun maailmani. Opinto-opas 2009 – 2010. 2009. Lahden ammattikorkeakoulu.

[viitattu: 24.3.2010] Saatavissa:

[http://www.lamk.fi/material/ops0910\\_stl\\_hoi.pdf](http://www.lamk.fi/material/ops0910_stl_hoi.pdf)

Mykkänen, S. 2007. Skitsofreniaa sairastavien leimautuminen. Pro Gradu. Helsingin yliopisto.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen, H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. Teoksessa Duodecim. [viitattu 25.9.2010] Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96428.pdf>

Nikkola, K. 2004. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria sairaanhoitajille. Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. [viitattu 14.7.2010] Saatavissa:

[http://www.kakspy.com/kakspy/kirj\\_kn\\_4.html](http://www.kakspy.com/kakspy/kirj_kn_4.html)

Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Väitöskirja Tampereen yliopisto.

Psykologian laitos. [viitattu: 20.9.2010] Saatavissa:

<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7024-0.pdf>

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. [Viitattu 15.5.2010]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Paasivaara, L. Sairaanhoidajan työ muutoksessa. Sairaanhoidajalehti 8/2005. [viitattu 23.6.2010] Saatavissa:

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8\\_2005/ajankohtaikirjoitus/sairaanhoidajan\\_tyo\\_muutoksessa/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8_2005/ajankohtaikirjoitus/sairaanhoidajan_tyo_muutoksessa/)

Putkonen, A. 2007. Mental Disorders and Violent Crime - Epidemiological Study on Factors Associated with Severe Violent Offending. Kuopion yliopisto.

Ranne, P. 2008. Terveysalan ammattilaisten asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan - Haaste terveydenhuollolle. Teoksessa Mieli 2008 - Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Stakesin työpapereita 6/2008. [viitattu 23.9.2010] Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T6-2008-VERKKO.pdf>

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto.

Rovasalo A. 1998. Psykiatrinen työkyvyn arviointi: käytännön vinkkejä lääkärille. Espoo: Orion-yhtymä.

Sairaanhoidaja (AMK). 2010. Lahden ammattikorkeakoulu. [viitattu 24.3.2010]

Saatavissa:

<http://www.lamk.fi/sosiaalijaterveys/haku.html?ction=nayta&kurssiid=99>

Salovaara, H. 2004a. Ongelmakeskeinen oppiminen – Problem Based Learning (PBL). Teoksessa Oppimisen teoriasta tukea tieto- ja viestintätekniikan pedagogiseen käyttöön. Suomen virtuaaliyliopisto. [viitattu 17.9.2010] Saatavissa:

[http://tievie oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku\\_6/ongelmakeskeinen.htm](http://tievie oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_6/ongelmakeskeinen.htm)

- Salovaara, H. 2004b. Verkko-oppimisen taidot. Teoksessa Oppimisen teoriasta tukea tieto- ja viestintätekniiikan pedagogiseen käyttöön. Suomen virtuaaliyliopisto. [viitattu 17.9.2010] Saatavissa:  
[http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku\\_5/verkko-oppimisen\\_taidot.htm](http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_5/verkko-oppimisen_taidot.htm)
- Skitsofrenia. 2008. Duodecim, Käypä hoito. [viitattu: 4.3.2010] Saatavissa:  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi35050.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä. 2004. Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuitioita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu: 3.4.2010] Saatavissa: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1063735#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063735#fi)
- Tella, S., Nurminen, O., Oksanen, U. & Vahtivuori, S. (toim.) 2001. Verkko-opetuksen teoriaa ja käytäntöä. Helsingin yliopisto, Opettajankoulutuslaitos, Vantaan täydennyskoulutuslaitos.
- Turunen, J. 2007. Search for Susceptibility Genes in Schizophrenia. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Tuulio-Henriksson, A. 2006. Skitsofrenian perhetutkimus yhdistää genetiikan ja kliinisen tiedon. Kansanterveyslehti Nro 9/2006. [viitattu: 28.8.2010] Saatavissa:  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2006/nro\\_9\\_2006/skitsofrenian\\_perhetutkimus\\_yhdistaa\\_genetiikan\\_ja\\_kliinisen\\_tiedon/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_9_2006/skitsofrenian_perhetutkimus_yhdistaa_genetiikan_ja_kliinisen_tiedon/)
- Vainionpää, J. 2006. Erilaiset oppijat ja oppimateriaalit verkko-opiskelussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, opettajankoulutuslaitos.

Wahlbeck, K. & Hujanen, T. 2008. Ulkomaiset selvitykset taloudellisesta merkityksestä. Duodecim. [viitattu 28.8.2010] Saatavissa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00193](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00193) (alun perin otettu lähteestä Parvinen P, Herse F, Väänänen J. Skitsofrenia -yleisin psykoosi: kustannukset ja hoidon kehitys. Helsinki: Lillrank & Co (moniste), 2007)



## LIITTEET

## Liite 1



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Lahti University of Applied Sciences

Hankeistettu opinnäytetyö

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Helena Sillanpää
Lähiosoite	
Postinumero ja -toimipaikka	
Toimipisteen kotikunta	
Puhelin	
Sähköposti	
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ/T	
Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset	Maaret Kontra 0701610, Mari Kouki 0701653, Minna Niemonen
Ryhmätnus/tunnukset	Hoi07s
Koulutusohjelma ja -ala	Hoitotyön ko. sairaanhoitaja (amk)
Puhelin/puhelimet	0405574538, 0400353883, 0503452433
Sähköposti/postit	etunimi.sukunimi@lpt.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Helena Sillanpää
Puhelin	050-5265929
Sähköposti	helena.sillanpaa@lamk.fi
Laitos	Sosiaali- ja terveysala
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Ennakkotehtävä skitsofreniasta sairaanhoitajaopiskelijoille

## SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA

- Työelämä maksaa työn tekemisestä ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle  
 Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä  
 Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan ja tästä on sovittu kirjallisesti erillisellä sopimuksella  
 Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja  
 Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä

Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovituista yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.




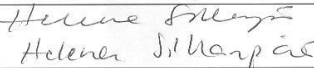
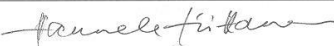
Liitteitä yhteensä \_\_ sivua.

- Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.

Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa *opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistehtävän toimeksiantajalle.*

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

#### ALLEKIRJOITUKSET

<b>OPISKELIJA</b>	Maaret Kontra	Mari Kouki
Paikka ja päiväys	Lahti 23 / 4 2010	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Maaret Kontra	 Mari Kouki
<b>OPISKELIJA</b>	Minna Niemonen	
Paikka ja päiväys	Lahti 23 / 4 2010	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Minna Niemonen	
<b>OHJAAJA</b>	Helena Sillanpää	
Paikka ja päiväys	26.4.2010	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Helena Sillanpää	
<b>TOIMEKSIANTAJA</b>	Lauden amm / ST	
Paikka ja päiväys	26.4.2010	
Allekirjoitus ja nimenselvennys		

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä tai tekijät.

*Opinnäytetyö luetaan hankkeistetuksi, jos yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy:*

- (1) työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä
- (2) opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja
- (3) työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa toiminnassaan ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa tämän sopimuksen liitteellä.

Päivitetty 11.2.2010

## Liite 2

Minkä alan ja vaiheen opiskelija olet?

---

Mitä on skitsofrenia?

---

---

---

---

---

Miten kuvailisit skitsofreniaa sairastavaa henkilöä?

---

---

---

---

---

Miten skitsofreniaa hoidetaan?

---

---

---

---

---

Mitä haluaisit tietää skitsofreniasta ennen mielenterveyskurssin aloittamista?

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksistasi!

### Liite 3

#### 1. Suomen väestöstä sairastaa skitsofreniaa noin

- 0,1 %
- 1 %
- 5 %
- 7 %

Oikea vastaus: Noin 1 %

Viimeaikaiset tutkimukset eri puolilta maailmaa ovat esittäneet, että skitsofreniaa sairastaa noin 0,5 % koko maailman väestöstä. Suomessa esiintyvyys on suurempi; 0,5-1,5 % väestöstä.

#### 2. Skitsofreniaan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat (voit valita useamman vaihtoehdon)

- perinnöllisyys
- ympäristötekijät
- kasvuolosuhteet
- päihteiden käyttö
- heikkolahjaisuus
- tahdonvoiman puute
- stressaavat elämäntilanteet

Oikea vastaus: Perinnöllisyys, ympäristötekijät, päihteiden käyttö, stressaavat elämäntilanteet.

Tarkalleen ei tiedetä, mistä skitsofrenia johtuu. Sen syntyyn vaikuttavat sekä erilaiset perinnölliset että ympäristöön liittyvät tekijät. Jos jompikumpi vanhemmista sairastaa skitsofreniaa, on lapsella 10 %:n todennäköisyys sairastua siihen myös itse. Ympäristötekijöistä erilaiset raskauden aikaiset sairaudet ja synnytyshäiriöt lisäävät sikiön alttiutta sairastua skitsofreniaan, jopa kaksinkertaiseksi. Kasvuolosuhteilla ei kuitenkaan näytä olevan vaikutusta. Skitsofreniaan sairastumisen keskeisinä ennakoivina tekijöinä pidetään myös alkoholi- ja huumeongelmia, erityisesti kannabista. Stressi-alttiuis-mallin mukaan sairaus puhkeaa ulkoisen tai sisäisen stressin seurauksena.

3. Skitsofreniaa sairastavalla on monta persoonaa
- kyllä
  - ei
  - en osaa sanoa

Oikea vastaus: Ei ole.

Sivupersoonahäiriö sekoitetaan usein skitsofreniaan, vaikka kyseessä on kaksi eri sairautta.

4. Skitsofrenian hoidon kustannukset ovat vuosittain noin
- 40–50 miljoonaa euroa
  - 100–200 miljoonaa euroa
  - 200–500 miljoonaa euroa
  - 700–900 miljoonaa euroa

Oikea vastaus: 700–900 miljoonaa euroa.

Suurin osa hoitokustannuksista aiheutuu sairaalahoidosta ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta. Skitsofrenian hoidon kustannukset ovat kalleimpia Suomessa muihin sairauksiin verrattuna.

5. Skitsofreniaa sairastava voi kärsiä seuraavista aistiharhoista
- näköharhat
  - kuuloharhat
  - tuntoharhat
  - makuharhat
  - eivät kärsi harhoista

Oikea vastaus: Näkö-, kuulo-, tunto- ja makuharhat.

Aistiharhat voivat ilmetä näkö-, kuulo-, tunto- ja makuhallusinaatioina. Näköharhat ovat kuitenkin epätavallisia. Useat sairastuneet kuulevat äänen tai ääniä, jotka voivat käskeä sairastunutta toimimaan tietyllä tavalla.

6. Skitsofreniasta voi parantua täysin oireettomaksi
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa

Oikea vastaus: Kyllä.

Monet luulevat, että psykiatrisesta sairaudesta ei voi parantua, mutta hoidon avulla monet sairastuneet voivat elää täysipainoista elämää ja osa toipuu jopa täysin. 5–20 % skitsofreniaan sairastuneista paranee sairaudesta täysin oireettomiksi. 40–70 % sairastuneista toipuu vuosien myötä sairaudestaan ja on elämäänsä tyytyväisiä ja kärsii vain lievistä oireista. 20–40 %:lla sairastuneista sairaus jatkuu eriateisen vakavasti oireilevana vuosikausia tai –kymmeniä.

7. Lain mukaan skitsofreniaa sairastavalla tulee aina olla hoitokontakti joko sairaalassa tai avohoidossa
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa

Oikea vastaus: Ei.

Mikään laki ei määrää, että skitsofreniaa sairastavalla tulee olla hoitokontakti sairaalassa tai avohoidossa.

8. Jotta henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalaan hoitoon, täytyy seuraavista kriteereistä täytyä (voit valita useamman vaihtoehdon):
- Henkilön on oltava mielisairas.
  - Hän on syyllistynyt vakavaan rikokseen (kuten henki- tai seksuaalirikokset).
  - Henkilö on mielisairautensa takia hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.

- Mitkään muut käytettävissä olevat mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat hoidollisesti riittämättömiä.

Oikea vastaus:

Täysi-ikäinen henkilö voidaan toimittaa ja määrätä tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos seuraavat kolme edellytystä vallitsevat samanaikaisesti

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

9. Skitsofreniaa sairastava saa syyttää sairastumisesta itseään

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Yleinen käsitys on, että mielenterveyden häiriö on oma vika tai moraalisen heikkouden merkki. Asennetutkimukset vahvistavat ennakkoluulojen ja kielteisten asenteiden olevan syvällä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ennakkoluulot ja torjuvat asenteet esiintyvät myös niillä henkilöillä, joilla itsellään on jokin mielenterveyden häiriö ja ne voivat esiintyä jopa voimakkaampina kuin valtaväestöllä.

10. Skitsofreniaa sairastava voi käydä normaalisti töissä

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Skitsofreniaa sairastavalla on mahdollisuus käydä normaalisti töissä. Noin joka kolmas sairastuu pitkäaikaisesti ja onkin laskettu, että skitsofrenia on suurin yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. Skitsofreniapotilaan työkyvyn ennuste on kuitenkin luultua parempi. Varhainen ammatillinen kuntoutus on tärkeää, mutta tärkeämpää on toipua ensin.

11. Tuntisin oloni pelokkaaksi skitsofreniaa sairastavan läheisyydessä

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Psykoottisen henkilön käytös saatetaan kokea usein arvaamattomuutensa vuoksi pelottavaksi. Eräässä tutkimuksessa pelon todettiin lisäävän taipumusta pitää sosiaalista etäisyyttä skitsofreniaa sairastaviin. Median kautta pääosin tietonsa saaneet pitivät useammin skitsofreniaa pelottavana ja olivat muita syylistävämpiä sekä sosiaalisesti etäisempiä.

12. Tuntisin häpeää, jos minulla olisi skitsofreniaa sairastava ystävä, perheenjäsen tai sukulainen

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Sekä sairastuneen että läheisten on helpompi suhtautua sairauteen, jos sen ymmärtää oikein. Sairauden luonteen ymmärtämisen myötä sairastunut sekä hänen läheisensä voivat välttää skitsofrenian mukana helposti tulevat asenneongelmat - syyllisyyden ja häpeän. Psykiatrisia sairauksia hävetään usein fyysisiä sairauksia enemmän ja niistä voi olla vaikeaa kertoa lähipiirilleen.

13. Skitsofreniaa sairastavat ovat muuta väestöä väkivaltaisempia

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Tyypillinen uskomus on, että henkilö, jolla on psykiatrinen sairaus, on väkivaltainen. Skitsofreniaa sairastavat ovat tilastollisesti muita todennäköisemmin väkivaltatekijöitä. Luvut selittyvät kuitenkin päihteiden väärinkäytöllä, skitsofrenia ei siis itsessään lisää väkivallan riskiä.

14. Hakeutuisin heti hoitoon, jos sairastuisin skitsofreniaan

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa



Skitsofrenialle on ominaista, että oireista kärsivä ei itse tunne itseään sairaaksi, eikä näin ollen kykene arvioimaan omaa psyykkistä vointiaan realistisesti.