Nina Ylikoski

DIABETESTA SAIRASTAVAN SKITSOFRENIAPOTILAAN HYVINVOINTI

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2014

samk
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

DIABETESTA SAIRASTAVAN SKITSOFRENIAPOTILAAN HYVINVOINTI

Ylikoski, Nina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2014
Ohjaaja: Mikkonen-Ojala, Tiina
Sivumäärä: 56
Liitteitä: 5

Asiasanat: skitsofrenia, diabetes, hyvinvointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mistä asioista diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointi koostuu PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen henkilökunta pystyisi entistä paremmin tukemaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Opinnäytetyön tutkittavia kysymyksiä oli kolme: mistä tekijöistä diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointi koostuu, millaisena diabetesta sairastavat skitsofreniapotilaat kokevat terveydentilansa ja hyvinvointinsa ja miten skitsofreniapotilaan sosiaalinen verkosto tukee diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointia.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavia oli viisi ja he olivat iältään 40-65 -vuotiaita PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen diabetesta sairastavia skitsofreniadiagnoosin saaneita asiakkaita. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Teemahaastatteluissa saaduissa vastauksissa lähes kaikki haastateltavista kertoivat terveyden olevan tärkeä osa hyvinvointia, johon kuuluivat liikunta, hyvin nukkuminen ja tasapainoisesti syöminen. Vastauksien pohjalta diabetesta sairastavien skitsofreniapotilaiden hyvinvoinnin tärkeä osatekijä on säännölliset elämäntavat ja säännöllinen (itse)hoito. Lähes kaikilla haastatelluilla oli hyvin selvä käsitys siitä, miten he voivat omaan hyvinvointiinsa vaikuttaa eli hyvillä ja terveellisillä elämäntavoilla. Haastatteluissa tuli kuitenkin esille, että heillä oli jonkin verran parannettavaa esimerkiksi ravitsemuksessa ja säännöllisessä ruokailurytmissä.

Tulosten perusteella haastateltavat eivät kaivanneet enempää apua Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksesta eikä diabeteshoitajalta. Tärkeänä sosiaalisena verkostona pidettiin pääasiassa Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen muita asiakkaita sekä muita ystäviä.

Tulokset tullaan esittämään Mielienterveys- ja päihdepalvelukeskuksen henkilökunnalle. Jatkotutkimusaihe-ehdotuksena esitetään vastaavanlaista tutkimusta, mutta tarkoituksena olisi selvittää nais- ja miesasiakkaiden hyvinvoinnin kokemuksien eroja. Lisäksi projektinomainen työ, jossa miespuolisille skitsofreniapotilaille pidettäisiin ryhmiä heidän ravitsemuksensa parantamiseksi, olisi antoisa toteutettavaksi.

THE WELFARE OF SCHIZOPHRENIA PATIENT WITH DIABETES

Ylikoski, Nina
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Public Health Nursing
April 2014
Supervisor: Mikkonen-Ojala, Tiina
Number of pages: 56
Appendices: 5

Keywords: schizophrenia, diabetes, welfare

The purpose of this thesis was to find out the courses of the welfare of the schizophrenia patient with diabetes in the Mental health and substance addiction center of PoSa. The object of this study was that the personnel of the Mental health and substance addiction center could even better support the total welfare of each client. There were three questions to analyze within this thesis: from which subjects the welfare of the client consists of, how does the client feel his/hers health and welfare and how does the social network support health and welfare of the client.

The thesis was accomplished using qualitative measures and theme interview was used as data acquisition. There were five clients of PoSa to interview in the age of 40-65 who were all diagnosed to schizophrenia with diabetes. All the answers were analyzed by content analysis.

According to the results of theme interview almost all clients told that health was important part of the welfare which includes exercise, quality sleeping and well-balanced nutrition. According to the results, regular habits of living and (self)care are important part of the welfare of the clients of this thesis. Almost all clients had very clear opinion how they can influence their welfare with good and healthy habits of living. Interviews clearly discover that each client has something to improve such as nutrition and regular scheduled eating.

According to the results the clients did not feel the need for more help of Mental health and substance addiction center nor diabetes therapist. Most important social network was mainly considered other clients of Mental health and substance addiction center and other friends.

The results of this study will be presented to the personnel of the Mental health and substance addiction center. Similar research will be suggested as a further study, but aiming to find out experienced differences of welfare within female and male clients. Furthermore another project work to open up discussion groups for male clients to better their nutrition experiences, would be very productive.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 5
2 DIABETES 6
2.1 Tyypin 1 diabetes eli nuoruustyypin diabetes 7
2.2 Tyypin 2 diabetes eli aikuistyypin diabetes 7
2.3 Diabeteksen hoidonohjaus 9
3 SKITSOFRENIA 11
3.1 Skitsofrenian ilmenemismuodot ja oireet 11
3.2 Skitsofrenian esiintyvyys ja sairastuvuus 13
3.3 Skitsofreniaan sairastumisen riskitekijät 14
3.4 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus 16
3.5 Skitsofrenian lääkehoito 18
3.6 Perhe ja omaiset skitsofreniapotilaan tukena 20
4 HYVINVOINTI 22
4.1 Fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi 23
4.2 Sosiaalinen hyvinvointi ja fyysinen ympäristö 25
5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET 27
6 POSA:N MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUKESKUS 32
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKITTAVAT KYSYMYKSET 33
8 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUUMENETELMÄ 33
9 AINEISTON KERUUN KUVAUS 36
10 TUTKIMUSTULOKSET 38
10.1 Terveydentila, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi 38
10.2 (Psyko)sosiaalinen hyvinvointi ja sosiaalinen ympäristö 43
11 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET 45
12 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS 49
13 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET 51
LÄHTEET 54
LIITTEET

1 JOHDANTO

Suomalaisesta aikuisväestöstä diabetesta sairastaa noin kymmenen prosenttia kansalaisista ja sen tiedetään olevan yksi nopeimmin lisääntyvistä kansansairauksista. Tällä hetkellä hoitoa saavia diabeetikoita on noin 300 000. Heistä 85 % sairastaa tyypin kaksi diabetesta eli heitä on noin 250 000 henkilöä. Joka vuosi tyypin kaksi diabeetikkoja diagnosoidaan noin 30 000. Kuitenkin suomalaisten väestötutkimusten mukaan vain noin puolet tyypin kaksi diabetesta sairastavista on hoidon piirissä. Voidaankin päätellä, että diabetesta sairastavia olisi jo noin 500 000 henkilöä. Tutkimusten mukaan diabetes lisääntyy koko ajan eikä lisääntyminen ole edes pysähtymässä. (Koski 2012, 9.)

Diabeteksesta ja sen hoidosta tiedetään suhteellisen paljon. Myös mielenterveyspotilaiden keskuudessa diabetesta esiintyy jonkin verran tai ainakin heillä saattaa olla monta altistavaa tekijää diabetekseen sairastumiselle, kuten esimerkiksi epäsäännölliset elintavat, lääkitys, epäterveellinen ruokavalio sekä ylipaino. Aikuistyypin diabetesta esiintyy huomattavan paljon skitsofreniaa sairastavilla ja sairastuvuus siihen on jopa suurempaa kuin aikuistyypin diabetesta sairastavien ensimmäisen asteen sukulaisilla (Holi 2013).

On tärkeää, että hoitotyössä huomioidaan skitsofreniapotilaiden erityinen tuen tarve somaattisen sairauden hoidossa. Skitsofreniapotilaiden hyvinvointi ja somaattisen sairauden hyvä hoitotasapaino edesauttaa itse skitsofrenian hyvää hoitotasapainoa ja ennaltaehkäisee taudin pahenemisvaiheita ja ”huonoja päiviä”. Tämä taas on niin skitsofreniapotilaan, hänen läheistensä kuin koko yhteiskunnankin etu. Mitä paremmin ollaan selvillä skitsofreniaa sairastavan hyvinvoinnin osatekijöistä, sitä paremmin pystytään tukemaan heitä ja heidän omaisiaan heidän elämäntilanteessaan.

Opinnäytetyössä käsitellään diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä heidän itsensä kokemana. Teoreettisessa osuudessa kuvataan diabetesta, skitsofreniaa ja sen hoitoa sekä hyvinvoinnin osatekijöitä. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan hyvinvoinnin käsitettä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta.

2 DIABETES

Diabetes mellitus eli kansankielellä sokeritauti johtuu energia-aineenvaihdunnan häiriöstä ja se ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena sekä häiriöinä hiilihydraatti-, rasva- ja valkuaisaineenvaihdunnassa. Tämä taas johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen toiminnan heikentymisestä. Diabetes on insuliinia erittävien Langerhansin saarekkeiden beetasolujen toimintahäiriö. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 538.) Diabetes ei kuitenkaan ole yksi yhtenäinen sairaus. Tauti luokitellaan karkeasti alaryhmiin sekä taudinkuvansa että syntysyynsä perusteella, mutta taudin kuva saattaa muuttua diabeteksen edetessä. Ero tyyppien 1 ja 2 välillä hämärtyy taudin yleistyessä. Tällöin keskeistä on tietää taudin vaikeusaste sekä keskittyä komplikaatioita ehkäisevään hoitotyöhön. Diabetestyyppien 1 ja 2 lisäksi muita diabeteksen alalajeja ovat LADA (latent autoimmune diabetes in adults), MODY (maturity-onset diabetes in the young), sekundaaridiabetes, mitokondriaalinen diabetes, neonataalidiabetes sekä raskausdiabetes. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski- Tallqvist 2012, 558-561.)

Insuliinin tehtävä kehossa on siirtää veren sokeri kudoksiin energialähteeksi. Veressä oleva sokeri saadaan pääasiassa ravinnon hiilihydraateista eli sokeriksi pilkkoutuvista ravintoaineista. Jos kehossa ei ole insuliinia tai sen toiminta on heikentynyt, lihakset eivät pysty käyttämään sokeria energialähteenään ja tällöin maksa alkaa tuottaa sokeria liikaa. Tästä johtuen veren glukoosipitoisuus kasvaa. Tämä on tila, josta käytetään nimitystä hyperglykemia. Ominaista hyperglykemiassa on munuaistiehyeitten kyvyttömyys ottaa kaikkea glukoosia takaisin ja tällöin glukoosia erittyy virtsaan eli puhutaan glukosuriasta. Tämä tapahtuu, kun veren sokeripitoisuus ylittää munuaiskynnyksen. Aikuisilla munuaiskynnys on noin 10mmol/l. Tällöin glukoosin kulkeutuminen soluihin vähenee ja veren glukoosipitoisuus taas suurenee. Kun glukoosia erittyy virtsaan, lisääntyy myös virtsamäärä (polyuria) sokerin osmoottisen vaikutuksen johdosta. (Holmia ym. 2009, 538.) Liian korkean veren glukoosipitoisuuden vuoksi valkuaisaineiden rakenne ja toiminta häiriintyvät. Näiden lisäksi diabeetikon tulee kiinnittää huomiota rasva-arvoihinsa, koska diabetekselle on ominaista myös rasva-aineenvaihdunnan häiriö ja valtimoiden ahtautuminen on tavallisempaa kuin muulla väestöllä. (Ahonen ym. 2012, 559.)

2.1 Tyypin 1 diabetes eli nuoruustyypin diabetes

Kaikista diabeetikoista tyypin 1 diabetesta sairastaa 10-15 % diabeetikoista ja yleensä se puhkeaa alle 35-vuotiaana (Ahonen ym. 2012, 559). Tosin siihen voidaan sairastua missä iässä tahansa, myös vanhuudessa (Saraheimo 2011). Beetasolut, jotka tuottavat haiman insuliinia, tuhoutuvat autoimmuuniprosessissa. Tyypin 1 diabeteksessa on kyse insuliinin puutteesta. Kehossa insuliini vaikuttaa kuitenkin normaalisti. Jos diabeetikko ei saa tarvitsemaansa insuliinia pistoksena ja tauti on hoitamaton, tauti etenee happomyrkytykseen, koomaan tai pahimmillaan kuolemaan. Tämän diabetestyypin synnyssä on merkitystä sekä perintö- että ympäristötekijöillä. (Ahonen ym. 2012, 559.)

Ulkoisten tekijöiden ja diabetekselle altistavan perimän kohdatessa käynnistyy tapahtumasarja, jonka seurauksena elimistö tunnistaa virheellisesti haiman insuliinia tuottavan solukon vieraiksi soluiksi. Tämä saa aikaan sen, että elimistö alkaa tuhota insuliinia tuottavan solukon. Kyse on siis autoimmuunitulehduksesta ja se voidaan havaita veressä ilmenevistä insuliini-, saarekesolu- ja niin kutsutuista GAD-vasta-aineista (glutamiinihapon dekarboksylaasi-entsyymi). Diabeteksen puhkeaminen on mahdollisesti seurausta useista tulehdustapahtumista. Kun insuliinia tuottavista beetasoluista on jäljellä enää noin 10-20%, diabeteksen tyypilliset oireet alkavat. (Saraheimo 2011.) Tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen liittyvät oireet ovat selkeät ja kehittyvät nopeasti jopa muutamassa päivässä. Tila, joka johtaa uneliaisuuteen jatkuen edelleen tajuttomuuteen, on hengenvaarallinen ja nimeltään happomyrkytys eli ketoasidoosi. Tila johtuu insuliinin puutoksesta ja sitä vauhdittaa diabeteksen toteamisen viivästyminen. Happomyrkytyksen oireet ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja hengityksen hapanimelä haju. (Saraheimo 2011.)

2.2 Tyypin 2 diabetes eli aikuistyypin diabetes

Tyypin kaksi diabetes ilmenee yleensä osana metabolista oireyhtymää. Noin puolelle metabolista oireyhtymää poteville kehittyy diabetes aikaa myöten, jolloin veren sokeripitoisuus kohoaa hiljalleen. Tällöin elimistö tottuu pikku hiljaa korkeaan verensokeripitoisuuteen. Juuri tästä syystä tyypin kaksi diabetes saattaa olla pitkiä aikoja

jopa oireeton. Usein diabetes todetaankin jonkun muun sairauden tutkimisen ja hoitamisen yhteydessä. (Kankaanpää 2012, 8.)

Hoidettaessa tyypin kaksi diabetesta, se tarkoittaa koko metabolisen oireyhtymän hoitamista. Metabolinen oireyhtymä ilmenee henkilössä liikapainona, erityisesti keskivartalolihavuutena, epäedullisina rasva-arvoina, kohonneena verenpaineena ja insuliiniresistenssinä, jolloin insuliinin vaikutus kudoksissa on heikentynyt. Lisäksi se ilmenee lisääntyneenä veren hyytymistaipumuksena, heikentyneenä sokerinsietona ja kohonneena veren uraattipitoisuutena eli kihtinä. Metabolista oireyhtymää potevan henkilön korkean veren sokeripitoisuuden hoitamisen ohella tulee huolehtia myös hänen veren rasva-arvoistaan, kohonneesta verenpaineestaan ja veren hyytymistekijöistään. (Suomen Diabetesliitto 2012.)

Taipumus tyypin kaksi diabetekseen sairastumiselle on vahvasti perinnöllinen. On arvioitu, että perintötekijöiden osuus sairastumiseen olisi jopa 40-70 %. Perinnöllinen taipumus yhdistettynä liikunnan vähäisyyteen ja ylipainoon kasvattavat merkittävästi sairastumisriskiä. Myös ikä on tyypin kaksi diabetekseen sairastumiseen riskitekijöitä; yleensä se puhkeaa yli 40-vuotiailla. Myös ikäihmisten keskuudessa tyypin kaksi diabetes yleistyy vahvasti, mutta myös yhä nuoremmalla väestöllä todetaan metabolista oireyhtymää sekä tyypin kaksi diabetesta. (Kankaanpää 2012, 8.) Riski sairastua tyypin kaksi diabetekseen kasvaa myös niillä, jotka nauttivat runsaasti tyydyttynyttä rasvaa ja vain vähän ravintokuitua eli ravintoa, joka nostaa verensokeria voimakkaasti ja jonka glykeeminen indeksi on korkea. Myös niukka kasvis- ja kalarasvojen saanti sekä runsas alkoholin käyttö ovat diabetekseen sairastumisen riskitekijöitä. (Uusitupa 2009.) Myös aikaisemmin todetun glukoosiaineenvaihdunnan häiriön, raskausdiabeteksen, suvussa esiintyvän diabeteksen sekä kohonneen verenpaineen on todettu olevan tyypin kaksi diabetesta lisääviä riskitekijöitä. Jos sisaruksella on todettu tyypin kaksi diabetes, riski sairastumiseen on kolminkertainen. (Ahonen ym. 2012, 561.)

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt raja-arvot taudin toteamiseksi. Oireettoman henkilön tyypin 2 diabetesdiagnoosi perustuu joko plasman suurentuneeseen glukoosipitoisuuteen, jolloin veren sokerin paastoarvo on vähintään 7mmol/l tai glukoosirasituskokeessa todetun plasman glukoosin suurentuneeseen kahden tunnin ar-

voon, jolloin se on yli 11mmol/l. Jos tauti diagnosoidaan ainoastaan yhdellä menetelmällä, tulee poikkeava tulos varmistaa toisena päivänä uudella kokeella. Jos kyseessä on suuren riskin potilas**,** tulee aina tehdä glukoosirasituskoe. Kaikkia diabeetikoita ei ”saada kiinni” paastoarvoa mittaamalla. Sormen päästä otettava kapillaarinäyte ei myöskään ole luotettava tapa diagnoosin tekemiseksi. Luotettavan diagnoosin tekemiseksi tarvitaan aina plasma- tai seeruminäyte. Plasman glukoosipitoisuuden suurentuneesta paastoarvosta on kyse paastoarvon ollessa 6,1-6,9mmol/l. Heikentyneestä glukoosinsiedosta puhutaan silloin, jos glukoosirasituksessa on todettu kahden tunnin arvoksi 7,8-11mmol/l. (Ahonen ym. 2012, 562.)

2.3 Diabeteksen hoidonohjaus

Diabeetikon hoidonohjaus on yksi diabetesta sairastavan hoidon kulmakivistä. Lisäksi hoidonohjauksen tulisi sisältyä kaikkiin ammatillisiin kontakteihin, jossa diabeetikkoa hoidetaan. Hoidonohjauksen tavoitteena on sekä ylläpitää että parantaa diabeetikon elämänlaatua. Lisäksi hoidonohjauksen tarkoituksena on, että diabeteksen akuutteja komplikaatioita ja lisäsairauksia ei tulisi. Diabeetikko itse on päävastuussa omasta hoidostaan, mutta jotta tämä toteutuisi, heillä tulee olla tietoa, taitoa ja halua omaehtoiseen itsensä hoitamiseen. (Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

Sairauden toteamisvaihe on hoidonohjauksen kannalta huomioitava vaihe diabeetikon hoidossa. Tällöin voidaan antaa vain välttämättömimmät perustiedot ja -taidot liittyen diabeteksen hoitoon, koska pysyvän ja vakavan sairauden diagnoosin kuuleminen aiheuttaa potilaassa psyykkisen reaktion. Reaktio saattaa vaihdella yksilöllisesti sokista masennukseen. Jatko-ohjaus sen sijaan tulisi parhaimmillaan olla suunnitelmallista, jatkuvaa ja potilaslähtöistä. Tällöin hoito-ohjeiden tarkoituksena on ”istua” diabeetikon omaan elämäntilanteeseen. Diabeetikolla on myös oikeus itse päättää tarpeelliset elämänmuutokset elämässään hoito-ohjeiden perusteella. Yksilöllisesti saadun hoidonohjauksen tiedetään parantavan glukoositasapainoa ja psykososiaalisia tekijöitä diabeetikon elämässä. Diabeetikon elämänlaatu paranee. (Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

Omahoidonohjauksen tarkoituksena on tukea yksilöllisesti diabeetikolle itselleen sopivia diabeteksen hoitoratkaisuja potilaan oma elämäntilanne huomioiden. Hoidonohjauksen tulee kuitenkin sisältää diabeteksen hoidon vaatimien tietojen ja taitojen karttuminen. Tulee myös muistaa huomioida, että jokainen diabeetikko on oma persoonansa ja yksilönsä. Ohjauksen sairauskeskeisestä ajattelutavasta voidaan päästä pois elämänkaariajattelun avulla. Huomioimalla diabetesta sairastavan yksilöllisyys, hänen elämänvaiheensa sekä hänen elämäntilanteensa yleensäkin, hoidonohjauksessa mahdollistuu diabetesta sairastavan asiakaslähtöinen ajattelu. Hoidonohjauksessa jatkuvuuden toteutumisen keskeinen asia on hoidonohjauksen kirjaaminen. (Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

Hoidonohjaukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan työnjaosta hoitopaikassa tulee olla selkeä työnjako. Lisäksi niiden, jotka osallistuvat hoidonohjaukseen, tulee kokoontua säännöllisesti yhteisistä tavoitteista keskustellen. Tarkoituksena on varmistaa, että kaikki osapuolet ovat samoilla linjoilla hoitokeinoista ja hoidon toteuttamisesta. Hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalla on oltava sekä riittävä ammattitaito että ohjaustaidot. Myös jatkuvaan koulutukseen tulee kiinnittää huomiota. Hoidonohjaus voi olla myös ryhmäohjausta, jolloin mahdollistetaan vertaistuen tuoma hyöty. Positiivisena puolena tällöin on myös kustannushyöty. (Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

Satakunnan Sairaanhoitopiirissä hoidonohjauksen sisältöön kuuluvia asioita ovat diabetes sairautena sekä lisäsairaudet ja keinot niiden ennaltaehkäisyyn, hoidon tavoitteet sekä keinot kuinka saavuttaa ne. Nämä tavoitteet ja keinot kirjataan yksilöllisiksi tavoitteiksi. Hoidonohjauksessa käsitellään ruokavalioon liittyviä asioita sekä terveellisiä elintapoja sisällyttäen niihin liikunta, tupakoimattomuus ja alkoholinkäyttö. Tärkeitä asioita ovat myös lääkehoito ja sen toteutuminen, insuliinihoidon omasäätö, insuliinihoidon, liikunnan ja hiilihydraattien yhteensovittaminen, insuliinihoidon toteuttaminen eri tilanteissa sekä omaseuranta ja sen tulosten hyödyntäminen. Edelleen keskeisiä teemoja ovat hypoglykemia, jalkojenhoito, hampaiden- ja suun hoito sekä ajoterveys. Muita elämänlaatuun vaikuttavia seikkoja ovat sairaspäivärahat, sosiaaliturva sekä hoitoväsymyksen ja stressin tunnistaminen ja hoito. (Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

3 SKITSOFRENIA

3.1 Skitsofrenian ilmenemismuodot ja oireet

Skitsofrenia eli jakomielitauti on vakava psykiatrinen sairaus, joka alkaa yleensä nuorella aikuisella ja se on yleisin psykooseiksi eli mielisairauksiksi luokitelluista sairaustiloista (Huttunen 2013). Skitsofrenian sairaudenkulku vaihtelee ja on yleensä monivuotinen tai elinikäinen sairaus (Huttunen 2008, 53). Nykyisten kriteerien mukaan skitsofreniadiagnoosi edellyttää, että skitsofrenian viidestä ominaisesta oiretyypistä henkilöllä on esiintynyt ainakin kahta oiretyyppiä vähintään kuukauden ajan. Näitä oiretyyppejä ovat aistiharhat, harhaluulot ja puheen hajanaisuus eli puheen toistuva syrjähtely tai epäyhtenäisyys. Lisäksi skitsofreniadiagnoosiin liittyviin oiretyyppeihin kuuluvat myös käytöksen outous tai hajanaisuus ja selvämotorinen jäykkyys/kiihtyneisyys eli katatonia. Myös puutosoireet eli negatiiviset oireet, selvä tunneilmaisun latistuminen, selvä puheen köyhtyminen tai tahdottomuus kuuluvat oiretyyppeihin. Lisäksi diagnoosin edellytyksenä on merkittävä sosiaalisen toimintakyvyn heikentyminen kestäen yhtäjaksoisesti muutaman kuukauden ajan. Skitsofreniaa sairastavan oireet saattavat vaihdella hyvinkin paljon niin eri potilaiden välillä kuin yhden potilaan sairauden eri vaiheissa. (Huttunen 2013.)

Erilaiset kuuloharhat ovat yleisimpiä aistiharhoja skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. Tällöin sairastunut saattaa kuulla yksittäisiä sanoja tai puhetta. Kuuloharhassa ääni voi sekä kommentoida hänen käytöstään että toistaa hänen ajatuksiaan. Toisinaan kaksi ääntä saattaa keskustella keskenään liittyen sairastuneen tekemisiin. Kuulija saattaa myös keskustella äänten kanssa ja naureskella äänille, jotka saattavat olla myös uhkaavia ja syyttäviä. Mikäli henkilöllä ilmenevät kuuloharhat ovat vaikeaasteisia tai hän pitää niitä totena, voivat nämä aiheuttaa henkilölle vaikeuksia ajatteluun ja käytökseen. Kuuloharhoja kokeva erottaa kuitenkin usein aistiharhat todellisesta elämästä. Myös näköharhat tai harvemmin tunto-, haju- tai makuharhat saattavat kuulua skitsofreniaa sairastavan elämään. (Huttunen 2013.)

Jos henkilö kärsii jäykistä ja perusteettomista ja itsepäisesti kiinni pidettävistä uskomuksista, hänellä on harhaluuloja eli deluusioita. Nämä harhaluulot voivat pitää hallussaan henkilön koko ajatusmaailmaa ja tällä tavalla hankaloittaa hänen sosiaalista

toimintakykyään. Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä paranoidiset eli vainoharhaiset deluusiot sekä niin sanotut suhteuttamisharhaluulot ovat yleisiä oireita. Paranoidiset harhaluulot tarkoittavat sekä perusteettomia että eriskummallisia pelkoja, jolloin henkilö pelkää tulevansa joko vainotuksi tai vakoilluksi. Potiessaan suhteuttamisharhaluuloja skitsofreniaa sairastava saattaa tulkita virheellisesti ihmisten eleitä ja saattaa luulla lehtikirjoituksen koskevan häntä itseään. Tämän seurauksena henkilö pelonsekaisena eristäytyy sosiaalisesta elämästä. Jos sairaus on vakavassa muodossa hän voi esimerkiksi kuvitella, että hänen oma tahtonsa on viety, hänen ajatuksiaan voidaan lukea tai hänen päähänsä laitetaan ajatuksia. (Huttunen 2013.)

Osalla potilaista ilmenee keskeisinä oireina erilaisia ajatusten rakenteen ja puheen häiriöitä, esimerkiksi assosiaatioiden löyhtymistä. Toisinaan puhe saattaa olla hyvin epäloogista, sekavaa tai puhe sisältää omia sanoja. Toisinaan puhe on esimerkiksi yksityiskohtiin takertuvaa, sisällöltään ja/tai tunneilmaisultaan köyhtynyttä tai saman toistamista. Skitsofreniaa sairastavien ajatustoiminnan häiriöt saattavat johtaa monenlaisiin käyttäytymisen ongelmiin. Joillakin saattaa motoriikka olla hyvin rajoittunutta, jäykistynyttä tai kiihtynyttä. Tätä kutsutaan katatoniseksi jäykkyydeksi tai kiihtyneisyydeksi. Ekopraksia taas tarkoittaa toisen ihmisen käytöksen matkimista, jota skitsofreenikolla saattaa esiintyä. Kaikenlaisten outojen maneerien ilmeneminen tai jotenkin eriskummallisella tavalla käyttäytyminen on myös mahdollista. (Huttunen 2013.)

Sekä työkyvyn että toimintakyvyn kannalta joillakin skitsofreniaa sairastavilla hankalin oire saattaa olla sekä kykenemättömyys spontaaniin toimintaan että yleinen tahdottomuus. Mutismiin eli lähes täydelliseen liikkumattomuuteen ja puhumattomuuteen tilanne saattaa johtaa, kun kyseessä on vaikea-asteinen tahdottomuus ja motivaation puute. Kroonista skitsofreniaa sairastavalle tahdottomuuden oireen lisäksi yleisiä oireita ovat erilaiset vaikeudet tunne-elämässä ja tunteiden ilmaisussa. Anhedoniaksi kutsutaan potilaan kyvyttömyyttä tuntea nautintoa. Tällöin skitsofreniaa sairastava ei pysty tuntemaan mielihyvää, mutta toisinaan myös pelon ja ahdistuneisuuden tunteet jäävät kokematta. Potilaan pitkään jatkunut vaikea skitsofrenia saattaa vaikuttaa hänen sosiaalisiin suhteisiinsa, koska hän saattaa olla kykenemätön tunteiden ilmaisemiseen. Myös tilanteisiin sopimattomat tahdosta riippumattomat ilmaisut ovat mahdollisia. (Huttunen 2013.)

Skitsofreniaa sairastavien keskuudessa erilaiset keskushermoston toiminnan häiriöt eli neuropsykologiset vaikutukset ovat myös hyvin yleisiä. Erityisesti heillä esiintyy erilaisia keskittymisvaikeuksia ja tarkkaavaisuuden häiriöitä. Lisäksi heillä on ongelmia lyhytkestoisessa muistissa, päätöksenteossa sekä vaikeuksia tiedon vastaanottamisessa ja käsittelyssä. On huomioitavaa, että nämä neuropsykologiset ongelmat tulisi tunnistaa niin kuntouttamisessa kuin ammatinvalinnan kannalta. Osa skitsofreniaa sairastavista on kuitenkin hyvin lahjakkaita ja luovia eivätkä suinkaan kärsi keskushermoston toiminnan häiriöistä. (Huttunen 2013.)

Skitsofrenian etenemiseen liittyy kolme erilaista vaihetta, vaikkakin se saattaa edetä eri ihmisillä hyvin eri tavoin. *Ennakkovaiheessa* eli prodromaalivaiheessa mielialassa ja käytökssessä saattaa havaita asteittaisia muutoksia. Tämä on vaihe ennen kuin varsinainen sairaus puhkeaa. Kanssakäymistä muiden kanssa vältellään, on outoa käytöstä, haluttomuutta, väsymystä, välinpitämättömyyttä omaa ulkonäköä ja hygieniaa kohtaan ja oma maailma tuntuu olevan muuttumassa. Oma tunne-elämä muuttuu myös, ei välttämättä tunneta iloa eikä surua. Nämä varhaisoireet ovat varoitusmerkkejä, jotka kertovat aktiivisen vaiheen olevan tulossa. Jos hoitoa pystytään korjaamaan tässä vaiheessa, voidaan taudin uusiutuminen estää. *Akuuttivaiheessa* eli taudin aktiivisessa vaiheessa sairaus tulee esille selkeästi. Tällöin sekasortoiset ajatukset, aistiharhat ja harhaluulot herättävät huomiota ja tällöin saatetaan ajautua kriittiseen tilaan. Sairaalaan pääsyn myötä ja hoidon tehotessa seuraa *tasaantumisvaihe*. Tilanne rauhoittuu, vaikkakin jotkut oireet voivat edelleen jatkua. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi sosiaalinen eristyminen ja energian puute. Oireiden häviäminen on yksilöllistä; joillakin oireet voivat hävitä nopeasti, mutta toisilla taas jotkut oireet ovat pysyviä. Vaihe voi olla monivuotinen ja akuutit vaiheet voivat uusiutua useita kertoja. Sekä säännöllisen lääkityksen että tuen avulla akuutit vaiheet voivat pysyä vähäisinä tai kokonaan poissa. (Löydä tie eteenpäin -opas 2008.)

3.2 Skitsofrenian esiintyvyys ja sairastuvuus

Skitsofreniaa esiintyy väestöstä eri puolilla maailmaa noin yhdellä prosentilla. Suomessa esiintyvyys on hieman suurempi kuin muualla ja miehillä hieman yleisempi kuin naisilla. Skitsofrenia ei kuitenkaan ole jakautunut väestössä tasaisesti ja sitä ha-

vaitaan joissakin suvuissa enemmän kuin toisissa. Skitsofrenian ilmeneminen selittyy sekä perinnöllisillä tekijöillä että ympäristöön liittyvillä tekijöillä. (Lönnqvist 2005.)

Sairastuminen skitsofreniaan on harvinaista, alle yksi tuhannesta sairastuu vuoden aikana. Sairastumisriski on suurin nuorilla aikuisilla. Koska on kyse pitkäaikaisesta ja vaikea-asteisesta sairaudesta, sairaus tulee voimakkaasti esiin niin hoito- kuin eläketilastoissa. (Lönnqvist 2005.) Miehet sairastuvat yleensä 20-28 -vuotiaina ja naiset muutaman vuoden vanhempina. Sairastuminen skitsofreniaan ei kuitenkaan ole iästä riippuvainen asia, vaan se voi puhjeta myös lapsuus- tai murrosiässä. Sairaus voi ilmetä myös keski-ikäisenä. Skitsofrenia kuitenkin joko helpottuu tai oireet lievenevät potilaalle tullessa ikää lisää. (Huttunen 2013.)

Skitsofrenian sairastuvuuden ilmenemisessä ei ole suuria muutoksia luvassa eikä hoidossakaan ole tulossa suuria läpimurtoja. Edistysaskeleita on kuitenkin otettu antipsykoottisten lääkkeiden paranemisessa, koska näitä moderneja lääkkeitä siedetään paremmin. Omaisten rooli skitsofreniapotilaiden hoidossa on keskeinen, koska sairastuneet itse eivät kykene tai jaksa pitää huolta hoidostaan tai vaatia itselleen hoitoa. Ammattilaisten tärkeä osaamisalue onkin keskusteluosaaminen hyvän lääkehoidon rinnalla. (Isohanni 2011.)

Uusia skitsofreniatapauksia tulee ilmi entistä vähemmän, koska ilmeisesti haitallisten ympäristötekijöiden vaikutus on muuttunut. Nykyisin myös entistä parempi äitiyshuolto on vähentänyt raskauden aikaisia infektioita ja muita riskitekijöitä ja tätä kautta sairastuvuus on vähentynyt. Sairastuneilla skitsofrenian oireet lievenevät 40-55 iässä tai sen jälkeen. Lisäksi skitsofreniadiagnoosin saaneilla 20-40 prosentilla on hyvä ennuste. (Isohanni 2011.)

3.3 Skitsofreniaan sairastumisen riskitekijät

Merkittävin skitsofreniaan sairastumisen riskitekijä on lähisukulaisella esiintyvä skitsofrenia. Tällöin muuhun väestöön verrattuna riski sairastua on kymmenkertainen. Ne nuoret, joilla on geneettinen riski sairastua, ovat muita nuoria herkempiä kaikille kasvuympäristössä tapahtuville muutoksille. Kuitenkaan suurimmassa osassa sairas-

tuneen perheessä ei ole ilmennyt skitsofreniaa tai psykoosia. (Käypä hoito -suositukset 2013.)

Yleisesti ajatellaan, että eräs skitsofreniaan sairastumisen syy on varhainen keskushermoston kehityksen häiriö. Muihin skitsofrenialle altistaviin riskitekijöihin kuuluvat esimerkiksi äidin raskaudenaikainen infektio, aliravitsemus, stressi, komplikaatiot synnytyksessä ja infektiosta tai vammasta johtuva lapsuus- tai nuoruusiässä todetut keskushermostovauriot. Myös lapsuus- ja nuoruusiässä koettu psyykkinen trauma saattaa olla altistava osatekijä, jonka vuoksi yksilö sairastuu aikuisiässä psykoosiin. Edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi kannabis saattaa laukaista psykoosin, joten erityisesti skitsofreniaa sairastavan tulisi olla tietoinen kannabiksen käyttöön liittyvistä vaaroista. (Käypä hoito -suositukset 2013.)

Kansainvälisesti toteutunut laaja tutkimus (Cooney 2011) toi esille kymmenen geneettistä riskitekijää, jotka saattavat altistaa skitsofreniaan sairastumiselle. Tutkimuksessa todetaan, että esimerkiksi skitsofrenia ja bipolaarihäiriö kulkevat suvussa. On satoja geenejä, jotka altistavat skitsofrenialle. Tässä tutkimuksessa on ensimmäistä kertaa pystytty osoittamaan kymmenen vakuuttavaa geneettistä tekijää sairastumiseen. Näistä puolet on täysin uudenlaisia. Tämä on pieni osa kokonaisuutta, mutta antaa joka tapauksessa oivalluksia taudin synnyn biologiseen prosessiin. Tämä tutkimus on erityisen merkittävä, koska vasta nyt on ollut keinoja löytää skitsofrenian taustalla olevat tuhoisat molekyylitason mekanismit. Skitsofreniapotilailla on havaittu geneettinen muunnos MIR137, joka säätelee tapaa, miten aivosolut tai neuronit kasvavat. (Cooney 2011.)

Skitsofrenian syitä on tutkittu monesta näkökulmasta. Aikaisemmin on tutkittu skitsofrenian kulkua suvussa ja todettu, että identtisillä kaksosilla on suuri periytyvyys, yli 80 %. Lisäksi adoptiotapauksissa on tutkittu, että lapset joiden biologiset vanhemmat sairastavat skitsofreniaa (toisella vanhemmalla ennen tai jälkeen adoption), oli korkeampi psykoosiin sairastumisen riski. Lapsilla, jotka adoptoitiin perheeseen, jossa toisella sijaisvanhemmalla oli skitsofrenia, ei sitä vastoin ollut kohonnut riski sairastua skitsofreniaan. (Tartakovsky 2011) Tästä voidaan olettaa, että skitsofrenia ei olisi olosuhteisiin sidonnainen, vanhempien ”käytöksestä” johtuva sairaus, vaan voimakkaasti geeneissä periytyvä alttius.

Monet tutkijat ovat sitä mieltä, että infektiot saattavat edistää skitsofrenian syntyä. Myös immuunijärjestelmän ”virheellisellä” toiminnalla on katsottu olevan skitsofrenian puhkeamiselle syy-yhteys. Vuonna 2006 tanskalaisilla skitsofreniapotilailla ja heidän vanhemmillaan tehty tutkimus osoittaa, että on yhdeksän autoimmuunitautia, jotka ovat yleisempiä skitsofreniaa sairastavilla kuin muulla väestöllä. Mitä tahansa autoimmuunisairautta (esimerkiksi tyypin 1 diabetes) sairastavilla on siis suurentunut riski sairastua skitsofreniaan 45 %. (Tartakovsky 2011.)

3.4 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus

Skitsofreniaan varhaista puuttumista ja hyvää hoitoa hidastavat ja vaikeuttavat skitsofrenialle ominainen hiljalleen alkava luonne. Lisäksi potilaalta puuttuu sairaudentunto ja omaisetkin kieltävät sairauden sen leimaavuuden vuoksi. Hoidon tulisi kuitenkin olla kunnossa taudin ilmeisen uusiutumisriskin vuoksi. Lääkitystä pyritään minimoimaan. Psykoosia ei paranneta pelkän terapian avulla, mutta pitkä terapeuttinen hoitosuhde on keskeinen osa hoitoa ja on hyväksi skitsofreniaa sairastavalle. Tärkeä tekijä kuntoutumisessa on sairauteen sopeutuminen. Skitsofreniapotilaan perushaavoittuvuus kuitenkin pysyy ja se ilmenee herkkyytenä erilaisissa kriiseissä. (Isohanni 2011.) Koska skitsofreniaan sairastumisen syitä ei vielä tunneta kovin hyvin, taudin ehkäiseminen eli primaaripreventio ei ole mahdollista (Käypä hoito -suositukset 2013).

Sekä Maailman Mielenterveysliitto (WFMH) että sen eurooppalainen alajärjestö Mental Health Europe ovat valmistelleet opaskirjaa *Discover the road ahead - support and guidance for everyone affected by schizophrenia,* joka on tarkoitettu skitsofreniapotilaille ja heidän omaisilleen. Oppaassa *Löydä tie eteenpäin* on muun muassa tietoa skitsofreniasta, vinkkejä sairauden omahoitoon ja selviytymiseen arjessa sekä potilastarinoita. Oppaan tarkoituksena on levittää tietoa skitsofreniasta mahdollisimman laajasti yhteiskunnassa ja herättää toivoa. Oppaan toimittajat (Mielenterveyden keskusliitto, Suomen mielenterveysseura, Omaiset mielenterveystyön tukena, Mielenterveysyhdistys Helmi ja Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund) korostavat, että jokaisella on mahdollisuus oppia elämään sairautensa kanssa hyvää elämää omien mahdollisuuksiensa rajoissa. Jotta tämä hyvä elämä toteutuisi, tarvitaan hyvää hoitoa, kuntoutusta, riittävän hyvä toimeentulo sekä läheisten tuki ja hyväksyntä.

(Löydä tie eteenpäin -opas 2008.) Skitsofreniapotilaan toivoa vähentää häpeälliseksi koettu leima eli stigma. Skitsofreniapotilaan elämä ei saisi olla pelkästään työntekoa tai sairastelua. Jotta ihminen pärjäisi ja toipuisi, hän tarvitsee elämäänsä sekä inhimillisen yhteisön että lähipiirin. (Isohanni, 2011.)

Skitsofreniaa sairastavaa ohjataan hoitamaan itseään sekä neuvotaan selviytymään elämän kriiseistä helpommin oppimalla tunnistamaan mielialan ja käytöksen muutokset itsessä. Lisätukea saa tarvittaessa omasta psykiatrisesta hoitoryhmästä tai psykiatrilta, joka tarkistaa lääkityksen. Lisäksi potilaita kehotetaan suunnittelemaan etukäteen, kuinka toimia taudin uusiutumisvaiheessa, jotta lisäapua ja -tukea saisi mahdollisimman pian ja mahdollisimman tehokkaasti. Myös perheenjäsenten rooli lisäavun tarpeen huomioimisessa on keskeinen. Kun skitsofreniaa sairastava on haavoittuvainen, tulisi omaisten välttää kritiikkiä ja väittelyitä. Läheiset voivat sekä itse opetella tunnistamaan että auttaa skitsofreenikkoa tunnistamaan taudin uusiutumiseen liittyvät varoitusmerkit, joita voivat esimerkiksi olla yleinen kiinnostuksen puute, ahdistavat unet ja keskittymisvaikeudet. Tämänkaltaiset oireet ilmaantuvat noin viikkoa ennen taudin uusiutumista. (Löydä tie eteenpäin -opas 2008.)

Koska stressi on yksi yleisimmästä skitsofreniaoireita laukaisevista tekijöistä, skitsofreniapotilaiden tulisi oppia välttämään stressiä aiheuttavia asioita omassa arjessaan. Stressiä ei kuitenkaan voi kokonaan poistaa elämästä; skitsofrenia itsessään on jo voimakas stressitekijä. Skitsofreniaa sairastavan tulisi myös välttää huumeita, alkoholia ja kofeiinia (tee, kahvi, kolajuomat). Niillä saattaa aluksi olla rentouttava vaikutus, mutta jonkin ajan kuluttua ahdistus palaa takaisin ja lisääntyy. Rentoutumista tulisi harjoitella esimerkiksi lääkärin, sairaanhoitajan tai toimintaterapeutin ohjeilla. Hyviä keinoja rentoutumiseen ja itsehoitoon ovat esimerkiksi musiikin kuuntelu, valokuvien ottaminen ja piirtely, runoilu, riimittely, päiväkirjan pitäminen, urheilu, kävelylenkit, uinti, elokuvien katselu ystävien kanssa, internetissä surffailu, mietiskely tai jooga. Luotettavan ihmisen kanssa keskustelu saattaa auttaa vaikeuksissa. Skitsofreniapotilas ei saisi kerätä itselleen liikaa tehtäviä, vaan tehtävät tulisi hoitaa ”yksi asia kerrallaan” -periaatteella. Päiväjärjestyksen laatiminen ja sen noudattaminen on eräs keino stressinhallintaan. (Löydä tie eteenpäin -opas 2008.)

3.5 Skitsofrenian lääkehoito

Sekä vakavia psykiatrisia sairauksia että lievempiä psyykkisiä oireita voidaan hoitaa, lievittää ja estää psyykelääkkeillä. Joka vuosi yli 700 000 suomalaista käyttää vakituisesti tai ajoittain psyykelääkitystä. Niiden käyttöön liittyy kuitenkin sekä ennakkoluuloja että häpeää ja tämän vuoksi niiden käytöstä ei välttämättä puhuta. Psyykelääkkeitä voidaan käyttää turhaan tai niiden käyttö voi olla liiallista. Toisaalta esimerkiksi työkyvyn säilymisen kannalta olisi hyvä käyttää asianmukaista lääkitystä. (Huttunen 2008, 5.)

Skitsofrenian hoidossa lääkehoito (antipsykootit) on tärkeä osa kokonaishoitoa ja valtaosa sairastuneista hyötyy lääkehoidosta. Äkilliset psykoottiset vaiheet voidaan lyhentää lääkehoidolla. Lisäksi voidaan välttää turhia sairaalahoitoja sekä lievittää jatkuvasti ilmeneviä oireita. (Huttunen 2008, 54.) Antipsykooteilla voidaan ehkäistä oireiden uusiutuminen. Lääkityksellä voidaan sekä vähentää harhaluuloja ja aistiharhoja että lievittää oireista johtuvaa ahdistuneisuutta ja levottomuutta. (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2007, 727.) Tärkein tekijä sairausjakson äkilliseen uusiutumiseen on lääkkeen epäsäännöllinen käyttö tai omin päin käytön lopettaminen. Vaikka lääkehoito onkin skitsofreniapotilailla tärkeä osa hoitoa, pieni osa heistä ei kuitenkaan hyödy lääkkeistä. Eri skitsofrenian muodot ovat olemukseltaan ja taustaltaan erilaisia. (Huttunen 2008, 54.)

Skitsofrenian lääkehoidossa tahdonvastaista lääkitystä tulee välttää. Potilaan harhaisuuden ja kiihtyneisyyden vuoksi tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista. Rauhoituttuaan hän on yleensä halukas itse ottamaan lääkkeensä. Tahdonvastaiset pistokset saatetaan kokea väkivaltaisena toimenpiteenä. Nämä tahdonvastaisesti toteutetut hoidot sekä tarpeettomat ja potilaan näkemyksen mukaan "väkivaltaisesti" toteutetut pakkohoidot vähentävät myöhemmin myönteistä näkemystä lääkehoidosta. (Huttunen 2008a.)

Skitsofrenian hoidossa käytettävien lääkkeiden haittapuolena ovat hyvin moninaiset haittavaikutukset. Sekä potilaan että hänen omaisensa on tärkeää tuntea näitä haittavaikutuksia. Hoitavan lääkärin tulee olla selvillä mahdollisista ilmenevistä haittavaikutuksista. Haittavaikutuksia voidaan täydellisesti välttää tai ainakin lievittää siedet-

tävälle tasolle lääkeannoksia pienentämällä tai lääkettä vaihtamalla. Toisinaan haittavaikutuksia joudutaan hoitamaan toisella lääkkeellä. Tällaisia antipsykoottien haittavaikutuksia ovat muun muassa lihasjäykkyys ja pakkoliikkeet, väsymys, niin kutsutut antikolinergiset haittavaikutukset (esimerkiksi näön hämärtyminen, suun kuivuminen, virtsaamiskyvyttömyys täydestä rakosta huolimatta ja ummetus), seksuaalitoimintojen häiriöt, kuukautishäiriöt ja maidoneritys, verenpaineen lasku ja huimaus, verisolujen määrien muutokset, erilaiset sydänvaikutukset, kouristuskynnyksen alentuminen, pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä, aivoverenkierron häiriöt sekä painonnousu ja diabetes. (Huttunen 2008, 80-89.)

Seuraavaksi esitetään antipsykoottisia lääkkeitä sekä niiden hyötyjä ja haittoja. Lääkkeet saattavat vaikuttaa diabeteksen puhkeamiseen.

Klotsapiini on yksi niin kutsutuista toisen polven antipsykooteista. Joidenkin skitsofrenioiden hoidossa sen on todistettu olevan selvästi tehokkaampi lääke kuin perinteiset antipsykootit. Skitsofrenian negatiiviset oireet (esimerkiksi sosiaalinen eristäytyminen ja motivaation puuttuminen) vähenevät. Lääke vaikuttaa myös itsetuhoiseen käytökseen. Mikäli muut antipsykootit eivät ole tehonneet, aloitetaan klotsapiinin käyttö. Lääke sopii erityisesti runsaasti alkoholia ja muita päihteitä käyttäville. Lääkkeeseen liittyy kuitenkin myös erityisen vakavia haittavaikutuksia, esimerkiksi korkea agranulosytoosi eli liuskatumaisten valkosolujen kato. Tästä johtuen lääkettä käyttävien potilaiden valkosolutaso mitataan hoidon ensimmäisten kuukausien aikana säännöllisesti, 1-2 viikon välein. Koska tämä tila on vakava, lääkkeen käyttö tulee lopettaa välittömästi valkosolujen määrän merkittävästi vähetessä. Lisäksi lääkkeen käytön myötä saattaa ilmetä epileptisiä kouristuksia, väsymystä, pulssin kiihtymistä ja verenpaineen laskua ja huimausta seisomaan noustessa ja voimakasta syljen eritystä. Hyvin usein viikkojen tai kuukausien käytön jälkeen klotsapiini aiheuttaa myös merkittävää painonnousua ja sekä veren rasva- ja kolesterolipitoisuuden kohoamista. Täten myös diabetesriski kasvaa. (Huttunen 2008, 60-61, 86.)

Myös *risperidoni* on yksi toisen polven antipsykootti. Lääke aiheuttaa vähemmän hermostoperäisiä tahdonvastaisia liikkeitä kuin esimerkiksi muut antipsykootit. Kuitenkin motorisen levottomuuden oireet saattavat lisääntyä pienilläkin annoksilla. Lääkkeen vaikuttavuus ja haittavaikutuksien ilmeneminen ovat yksilöllisiä. Joillakin

potilailla verenpaine saattaa laskea hoidon alkuvaiheessa. Tätä haittavaikutusta voidaan kuitenkin vähentää aloittamalla lääkitys pienillä annoksilla ja nostamalla hoitoannokseen 1-2 viikossa. Lääkettä voidaan käyttää myös pitkävaikutteisena, joka toinen viikko annettavana injektiona. Lisäksi potilaalla saattaa ilmetä ortostaattista hypotensiota. Myös prolaktiinipitoisuus saattaa nousta plasmassa aiheuttaen kuukautishäiriöitä ja maidoneritystä. Huomattavaa on, että risperidoni saattaa aiheuttaa painonnousua ja siinä on myös diabeteksen kehittymisen riski. (Huttunen 2008, 61-62.)

Olantsapiini on toisen polven antipsykootti. Olantsapiini on väsyttävä lääke ja se tuleekin tästä johtuen ottaa iltaisin. Seisomaan noustessa voi ilmetä verenpaineen laskua ja huimausta. Hankalin haitta on kuitenkin huomattava painonnousu. Keskimäärin painoa tulee lisää noin 5-6 kg, joillakin jopa 20 kg vuodessa. Lisäksi olantsapiinin käyttöön ja painonnousuun liittyy plasman suurentunut triglyseridipitoisuus sekä kohonnut diabetesriski. (Huttunen 2008, 63.)

Myös *Ketiapiini* on varsinkin hoidon alkupuolella väsyttävä. Tästä johtuen oikea annostus antipsykoottiseen annokseen löytyy asteittain titraamalla. Koska ketiapiinilla on lyhyt puoliintumisaika, se tulee ottaa kahdessa eri annoksessa siten, että suurempi annos otetaan illalla ennen nukkumaan menoa. Ketiapiinin aiheuttama painonnousu on harvinaisempaa kuin klotsapiinia tai olantsapiinia käytettäessä, mutta yleisempää kuin esimerkiksi risperidonia käytettäessä. (Huttunen 2008, 63-64.)

Suurin osa skitsofreniaan sairastuneista ovat luonteeltaan rauhallisia, mutta jotkut, vaikkakin pieni osa, sairastaa skitsofrenian lisäksi persoonallisuushäiriöitä. Heistä osa saattaa oirehtia impulsiivisella käytöksellä tai olla aggressiivisia. Heille parhaita lääkevaihtoehtoja ovat risperidoni, olantsapiini ja erityisesti klotsapiini. Skitsofrenian hoitoon lisähaasteita tuo myös potilaan samanaikainen vakava masennustila, syömishäiriö, pakko-oireinen häiriö tai kehitysvammaisuus. (Huttunen 2008b.)

3.6 Perhe ja omaiset skitsofreniapotilaan tukena

Psyykkiset sairaudet vaikuttavat vahvasti myös koko perheen ilmapiiriin sekä perheenjäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Omaiset, ystävät ja työtoverit voivat

omalla asenteellaan ja suhtautumisellaan sairauteen tai sairastuneeseen joko helpottaa tai vaikeuttaa potilaan toipumista sairaudestaan. Yleensä sukulaiset ja ystävät ovat tukena sairastuneen hoidossa. Toisinaan sairastuneen hoivaaminen on ahdistava kokemus, joka kaventaa ja vaikeuttaa hoivaajan omaa elämää. Tästä syystä onkin tärkeää, että sairastunutta omaistaan hoivaavan tulee muistaa pitää huolta myös omasta hyvinvoinnistaan. Näin hoivaajalla on voimavaroja sairastuneen hoivaamiseen. Hyvin monet hoivaajista uupuvat ja joutuvat itsekin kokemaan uupumis- tai masennusjakson. Erityisesti sairastuneen sairaalajaksot ovat omaiselle raskaita ja mahdollisesti sairausloman vaativia tilanteita. Joskus saatetaan tarvita lääkitystä myös omaiselle. (Huttunen 2008, 15-16.)

Sekä sairastuneelle itselleen että hänen läheisilleen sairaus on hämmentävä kokemus. Sairastunut voi sekä vähätellä oireitaan että vetäytyä muiden perheenjäsenten seurasta. Sairastuneen salaus- ja vetäytymisyrityksistä huolimatta omaiset kuitenkin huomaavat psyykkiset oireet. Sairastunut tuntee usein sekä syyllisyyttä että ahdistusta, myös tuskastumista itseensä ja pelätä hylätyksi tulemista. Sairaus turruttaa tunteita; mikään ei tunnu miltään tai sitten kaikki ahdistaa. Läheisiä kohtaan voi olla vaikeaa tuntea myönteisiä tunteita, mikä taas lisää edelleen niin häpeää kuin syyllisyyttäkin. (Huttunen 2008, 16.)

Sairastunut pelkää yleensä koskettamista ja läheisyyttä, koska omaa itseäkin on vaikeaa hyväksyä. Täten saattaa olla vaikea ymmärtää, että toinen ihminen haluaisi olla lähellä. Myös läheisyyden muistot saattavat olla traumaattisia ja ahdistavia. Omaisen voi olla vaikeaa ymmärtää ja hyväksyä eristäytymistä ja vetäytymistä. Erityisesti puolisoiden tilanne saattaa olla hyvin vaikea ja he saattavat tuntea jäävänsä yksin siinä tilanteessa. (Huttunen 2008, 16.)

Sairastuneelle saattaa sairastelunsa keskellä tulla tunne, että omaiset ja muut läheiset tarkkailevat häntä. Oireiden uudelleen esille tulemista pelätään. Ajatus uudelleen sairastumisesta on rankka koko perheelle, se voi olla jopa halvaannuttavaa. Usein myös koko perhe eristäytyy leimaantumisen pelon vuoksi. (Huttunen 2008, 16-17.)

Omaisille on erittäin tärkeää antaa tietoa itse sairaudesta ja sairauden ennusteesta. Käytännön neuvot ovat arvokkaita. Mitä paremmin omaisia on ohjeistettu ja annettu tietoa sairaudesta, sitä paremmin he ymmärtävät sairastuneen käytöstä ja ahdistusta

ja tätä kautta myös oman surun ymmärtäminen paranee. Koska omaiset odottavat paljon hoidolta, hoitojaksolta, terapialta tai lääkitykseltä, niin pettymys on todella suuri, jos hoitomuodot eivät tehoakaan. Myös sen sietäminen ja hyväksyminen, että tilanne ei tule kenties muuttumaankaan, on kuluttavaa ja uuvuttavaa. Toivon ja epätoivon vaihtelu on raskasta. Koko perhettä voidaan kuitenkin sekä hoitaa että tukea esimerkiksi perhetapaamisten ja perheterapian avulla. Lisäksi monilta paikkakunnilta löytyy omaisjärjestöt. Näiden toimintaan osallistuminen antaa sekä tietoa ja tarjoaa vertaistukea samassa elämäntilanteessa oleville. (Huttunen 2008, 17.)

4 HYVINVOINTI

Tässä kappaleessa käsitellään hyvinvointia käsitteenä sekä niitä osatekijöitä, jotka vaikuttavat hyvinvoinnin saavuttamiseen. Lisäksi käsitellään niitä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä elämänvalintoja, jotka mahdollistavat ihmisen hyvinvoinnin kokemukset.

Käsite ”hyvinvointi” tarkoittaa ihmisen kokonaisvaltaista hyvää oloa. Hyvinvointi voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvän olon osa-alueeseen. Hyvinvointi on tulosta ihmisen omasta, läheisten ihmisten, elinympäristön, palvelujärjestelmän ja yhteiskuntapolitiikan toiminnasta. Hyvinvoinnin keskeisiä osa-alueita ovat terveys, toimintakyky, toimivat ihmissuhteet, mielekäs tekeminen, asuinolosuhteet, elinympäristö sekä tyydyttävä toimeentulo ja turvallisuus. Hyvinvointikäsitteeseen kuuluu sekä objektiivisesti mitattavia asioita että subjektiivisesti koettavia arvostuksia ja kokemuksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysisen hyvinvoinnin osalta liikuntaan, ravintoon sekä lepoon ja uneen. Liikunta ja ravitsemus ovat keskeisessä roolissa diabeteksen hoidossa, hyvässä hoitotasapainossa ja diabeetikon kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. Unen määrä ja laatu sekä lepo ovat taas tärkeitä ja keskeisiä hyvinvoinnin mittareita skitsofreenikolla. Fyysisen hyvinvoinnin yhteydessä käsitellään myös psyykkistä hyvinvointia, koska nämä kaksi osa-aluetta nivoutuvat tiiviisti yhteen ja vaikut-

tavat vahvasti toinen toisiinsa. Näiden hyvinvoinnin käsitteiden lisäksi käsitellään sosiaalisen hyvinvoinnin tekijöitä.

4.1 Fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi

Liikkuminen on yksi osa fyysistä hyvinvointia. Tärkeää on, että liikunta on sekä säännönmukaista että osa arkea. Liikunta voi siis toteutua jo vaihtamalla hissin rappusiin tai auton polkupyörään. Ihmisen tulisi liikkua yhteensä puoli tuntia joka päivä. Jos halutaan kohottaa fyysistä kuntoa, tulee liikkua tämän lisäksi puoli tuntia sykettä kohottavaa liikuntaa kolme kertaa viikossa. Liikunnan merkitys hyvinvoinnissa on sen keskeinen osuus psyykkisessä hyvinvoinnissa; liikunta vähentää stressiä ja kohottaa mielialaa. (Sallinen, Kandolin & Purola 2007b.)

Liikunnalla on todettu olevan ihmiselle monia positiivisia vaikutuksia. Liikunnan todetaan esimerkiksi kohentavan psyykkistä hyvinvointia. Fyysisen mallin mukaan liikunta nostaa kehon lämpötilaa ja verenkierto lisääntyy. Tämä taas puolestaan vähentää lihasjännitystä ja se koetaan ahdistuneisuuden vähenemisenä. Liikunta vaikuttaa myös sympaattisen hermoston aktiivisuuteen ja näin vähentää fyysisiä ahdistusoireita. Biokemiallisen ajattelumallin mukaan liikunta saa aikaan sen, että kehon hyvän olon tuomat aineet, endorfiinit lisääntyvät. Myös unta ja muistia parantava sekä masennusta vähentävä serotoniini lisääntyy elimistössä. Psykososiaalinen malli puolestaan korostaa oman kehon ja sen suorituskyvyn havaitsemisen paranemista. Mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavia vähän tutkittuja asioita ovat myös vuorovaikutus ryhmässä sekä keskinäinen tuki. (Mielenterveyden keskusliiton julkaisuja 2008, 3.)

Psyykkinen sairastuminen on suuri uhkatekijä fyysiselle terveydelle. Esimerkiksi skitsofrenian puhkeaminen rapistuttaa helposti myös fyysisen kunnon, jolloin terveellisten elämäntapojen merkitystä ei voi korostaa liikaa. Epäterveet elämäntavat heikentävät sekä yleiskuntoa että vointia. Nämä seikat taas vaikuttavat mielenterveyteen, mikä aiheuttaa oravanpyörän; sekä fyysinen että psyykkinen terveydentila romahtavat. (Löydä tie eteenpäin -opas 2008.)

Henkiseen hyvinvointiin kuuluu perustyytyväisyys elämään ja mahdolliseen työhön. Henkisen hyvinvoinnin tunnusmerkkejä ovat myös myönteinen perusasenne, aktiivisuus ja kykyä sietää kohtuullisessa määrin sekä epävarmuutta että vastoinkäymisiä. Lisäksi henkiseen hyvinvointiin lukeutuu oman itsensä hyväksyminen puutteineen ja vahvuuksineen. (Työsuojeluhallinnon www-sivut 2013.)

Sekä fyysistä että henkistä hyvinvointia tukevat terveellinen ja monipuolinen ruokavalio kiireettömästi nautittuna. Ravitseva lounas sekä rytmittää työtä että takaa elimistölle riittävän määrän energiaa ja polttoainetta. (Sallinen, Kandolin, Purola 2007c.) Diabeetikon suositusten mukainen ruokavalio on ravintoainekoostumukseltaan samankaltaista ruokaa kuin mitä suositellaan koko väestölle. Tällöin ruoka sisältää kuituja ja suojaravintoaineita, mutta kovia rasvoja ja suolaa vain vähän. (Aro 2007, 22.) Lisäksi jokaisen aterian ja välipalan tulisi sisältää yhteensä vähintään puoli kiloa päivässä kasviksia, hedelmiä tai marjoja. Säännöllisellä ateriarytmillä voidaan estää nälän riistäytyminen ahmimiseksi. Lautasmalli auttaa kokoamaan sopusuhtaisen aterian. Monipuolisen ja tasapainoisen ruokavalion hyötynä on sen positiivinen vaikutus arkijaksamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Ihmisen biologia määrää yksilön unen tarpeen. Keskimäärin ihmisen tulisi nukkua vuorokaudessa noin 7,5-8 tuntia. Riittävän unen vaikutukset tukevat niin henkistä kuin fyysistä hyvinvointia. Jos normaaliuninen ihminen rajoittaa viikoksi yönunensa muutamaan tuntiin, valvominen aiheuttaa promillen humalatilaa muistuttavan vaikutuksen aivoissa. Lisäksi valvominen aiheuttaa mielialan laskua, kortisolin, joka tunnetaan stressihormonina, erityksen lisääntymistä sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä. Kaiken tämän lisäksi univaje vaikeuttaa huomattavasti valveilla tapahtuneen tiedonsaannin lujittumista aivoissa. Koska luova ajattelu vaikeutuu, ihminen pitäytyy rutiininomaisessa ajattelutavassa sen sijaan, että käyttäisi luovaa ongelmanratkaisua. Nukkumiselle tulisikin varata kolmasosa vuorokaudesta. Jos ihminen saa vuorokaudesta alle neljäsosan unta, vaikutus fyysiselle terveydelle, henkiselle toimintakyvylle sekä elämänlaadulle ovat kiistattoman epäsuotuisat. (Sallinen, Kandolin, Purola 2007a.)

Puhuttaessa yksilön mielenterveydestä voidaan eritellä käsite positiivinen mielenterveys. Tällä tarkoitetaan voimavarakeskeistä mielenterveyden käsitettä, jossa mielen-

terveys ei tarkoita ainoastaan mielen sairauksien puuttumista, vaan laajemmin sekä mielen hyvää vointia että yksilön kykyä selviytyä arjessa. WHO on määritellyt tekijät, jotka mahdollistuvat yksilön elämässä mielenterveyden myötä; kyky luoda ihmissuhteita ja välittää toisista, taito tunteiden ilmaisuun, kyky tehdä työtä sekä kyky sietää omassa elämässään ajoittaista ahdistusta ja hallinnan menetyksen tunnetta elämässä tapahtuvien muutosten vuoksi. Voidaan siis sanoa mielenterveyden olevan voimavara, jonka avulla ihminen kykenee kokemaan oma elämänsä mielekkääksi, niin solmimaan kuin ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä toimimaan tuottavana ja luovana yksilönä elämässään yhteisössä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Mielenterveys on perusta ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvylle. Mielenterveyden voidaan ajatella olevan muuttuva tila ja se muuttuu koko ihmisen eliniän. Sen kehittymiseen ja muovautumiseen vaikuttavat persoonallinen kasvu ja kehitys. Jos yksilön elinolosuhteet ovat suotuisat, tämän mielenterveyden voimavarat kasvavat ja vahvistuvat. Jos taas ihmisen elinolosuhteet ovat epäsuotuisat, voimavarat kuluvat enemmän kuin uusiutuvat. Koska mielenterveys ei ole staattinen tila, siihen liittyviä taitoja voi kehittää ja tietoja opettaa. Esimerkiksi koulujen ja oppilaitosten tulee olla tukena yksilön mielenterveyden kehittämisessä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Mielen hyvinvointi on monen asian summa ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Yksilöllisiin tekijöihin voidaan lukea sellaiset asiat kuin identiteetti, itseluottamus ja sopeutumiskyky. Sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia tekijöitä ovat esimerkiksi perhe, työ ja koulu ja niiden muodostamat yhteisöt. Mielen hyvinvointiin kuuluvat myös yhteiskunnan rakenteelliset tekijät palveluineen sekä yhteiskuntapolitiikka. Kulttuurillisiin tekijöihin luetaan esimerkiksi yhteiskunnassa vallitsevat arvot sekä se, miten mielenterveyden sosiaaliset kriteerit ymmärretään. Lisäksi myös biologiset tekijät vaikuttavat hyvinvointiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

4.2 Sosiaalinen hyvinvointi ja fyysinen ympäristö

Ihminen kaipaa luonnostaan muiden ihmisten yhteyteen. Ihmisen perustarpeisiin kuuluu muun muassa läheisyyden tarve, tarve kuulua ryhmiin. Ihminen kaipaa sekä

tulla hyväksytyksi että antaa ja saada rakkautta. Tasapainoiseen elämään kuuluvat useat ihmisryhmät. Jotta ihminen voisi elää kokonaisena, hän tarvitsee myös perheen ja/tai ystäviä. Jos työ on oikein mitoitettua, niin myös se edistää kaikkia hyvinvoinnin osa-alueita, esimerkiksi sosiaalista hyvinvointia. Työn avulla pystytään pitämään huolta fysiologisista perustarpeista ja liittymään osaksi ryhmää. Lisäksi työn kautta voi saada sekä hyväksyntää että arvostusta. Se on myös keino päästä toteuttamaan itseään. (Sallinen, Kandolin, Purola, 2007d.)

Yksi sosiaalista ja henkistä hyvinvointia tukeva tekijä on asuinympäristö. Kun asuinympäristö on yksilölle tarkoituksenmukainen, se tukee henkistä hyvinvointia. Koska ympäristö on koko ajan konkreettisesti läsnä, sen vaikutustapa hyvinvointiin on moninainen. Se kokemus, miten ympäristö tukee omaa hyvinvointia, on yksilöllistä ja subjektiivista. Oman elinympäristön koettu viihtyvyys on monen tekijän summa. Siihen vaikuttavat oma elämäntilanne, ikä, omat mieltymykset sekä elämäntapa. Viihtyvyyteen vaikuttavia asioita voivat olla esimerkiksi palveluiden saatavuus, kulkuyhteydet ja ekologisuus. Hyvinvoinnin kokemukseen saattavat vaikuttaa ympäristön tarjoamat mahdollisuudet tai rajoitukset. Rajoitukset ympäristössä toimimiselle itselle tarkoituksenmukaisella tavalla saattaa aiheuttaa yksilössä pahoinvointia. (Onkalo 2009, 6.)

Asuinympäristöllä on joitakin ominaisuuksia, joita voidaan yleisesti pitää hyvinvointia tukevina tekijöinä. Kun yksilön elinympäristö on esteettinen ja siellä on toimivat palvelut, se mahdollistaa sosiaaliset kanssakäymiset ja on turvallinen, se on hyvinvointia luova ja tukeva. Suomalaisille on tärkeää, että luonto on saavutettavissa kohtuullisen etäisyyden päässä kodista. Henkistä hyvinvointia tukee elinympäristö, joka mahdollistaa itsensä toteuttamisen ja on sopivasti vastakohtainen. Turvallisuuden tulee toteutua niin perheen sisällä, omassa rapussa kuin taloyhtiössäkin. Lisäksi turvallisuuden tunnetta luovat lähellä olevat palvelut ja läheisten ihmisten tukiverkko. Myös tunne sosiaalisesta kontrollista eli tunteesta, että ihmiset ympärillä välittävät, luo turvallisuutta yksilölle. Kaikenlainen välinpitämättömyys on uhka turvallisuuden tunteelle. (Onkalo 2009, 6-7.)

Sosiaalisen pääoman ja hyvän mielenterveyden ja mielihyvän on todettu liittyvän toisiinsa. Kulttuurin harrastaminen ja sosiaalisen puuhastelun (esimerkiksi seurapelit)

on todettu ennaltaehkäisevän ennenaikaista tylsistymistä eli ennenaikaista dementiaa. Myös kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että nämä seikat ovat yhteydessä hyvään terveyteen, hyvinvointiin ja hengissä säilymiseen ollen yhtä tehokkaita kuin muutkin ”tavanomaiset” terveyden edistämisen keinot. Nämä yhdessä tekemisen ja yhteen kuulumisen mallit seuraavat varhaislapsuuden kasvuympäristön elämäntavoista mukana läpi koko aikuisiän. (Hyyppä 2009, 11.)

Skitsofreniadiagnoosin saaneille hyvinvointia edistäviä ja tärkeitä asioita elämässä ovat arkiset asiat. Tällaisia suuria ilonaiheita heille ovat esimerkiksi ravinto, luonto, koti, sukulaiset, ystävät, harrastukset ja arvot. Myös lääkitystä ja hoitoa arvostettiin. (Isohanni 2011.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Psykoosit Suomessa -tutkimus on osa Terveys 2000 -tutkimusta ja sen tarkoituksena oli selvittää psykoottisia sairauksia sairastavien somaattista terveydentilaa ja toimintakykyä. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin verrata saatuja tuloksia muuhun samanikäiseen väestöön. Terveys 2000 -tutkimukseen valittiin 8 028 satunnaisotoksella 30 vuotta täyttänyttä suomalaista. Tutkimusta varten kehitetyllä psykoosiseulalla tunnistettiin psykoosin mahdollisesti sairastaneet tutkittavat. Mielenterveyshaastatteluun kutsuttiin psykoositutkimukseen seuloutuneet sekä satunnaisotoksella muiden tutkimukseen osallistuneiden keskuudesta. (Viertiö, Perälä, Saarni, Partti, Saarni, Suokas, Tuulio-Henriksson, Lönnqvist & Suvisaari 2012, 863-869.)

Tutkimustulokset osoittavat, että tyypin kaksi diabetes on merkittävästi yleisempää skitsofreniaa sairastavien ja muiden ei-mielialaoireisten psykooseja sairastavien keskuudessa verrattuna muuhun väestöön. Skitsofreniaa sairastavilla on lisäksi suurentuneet veren paastosokeriarvot ja -insuliinipitoisuudet. Diabetesta esiintyy merkittävästi enemmän psykoosilääkitystä käyttävien keskuudessa kuin muun väestön keskuudessa riippumatta siitä, käyttikö tämä perinteistä psykoosilääkitystä vai toisen polven psykoosilääkkeitä. Etenkin alle 55-vuotiailla skitsofreniaa ja muilla ei-

mielialaoireisia psykooseja sairastavilla esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän oireita kuin muulla väestöllä. Näiden lisäksi skitsofreniaa sairastavilla on muuhun väestöön verrattuna merkittävästi suurempi veren triglyseridipitoisuus, pienempi veren HDL-pitoisuus, korkeampi veren paastosokeriarvo ja suurempi vyötärönympärys. Skitsofreenikoilla löytyy muuhun väestöön verrattuna yleisemmin muun muassa Q-aaltoinfarkti, suurempi rasvapitoisuus, rasvattoman massan vähäisyys, pienentynyt lihasmassa, heikentyneen kauko- ja lähinäön riski, pienentyneet D-vitamiinipitoisuudet sekä heikompi luusto ja osteoporoosia. (Viertiö ym. 2012, 863-869.)

Toimintakyvyn suhteen skitsofreniaa sairastavilla on erityisesti vaikeuksia jokapäiväisessä liikkumisessa, esimerkiksi eripituisten matkojen kävelemisessä ja portaiden nousussa. Psykoosipotilaiden keskuudessa liikuntaa harrastamattomia (39,6 %) on huomattavasti enemmän kuin muussa väestössä (28 %). Arkielämän toimintakyvyissä skitsofreniaa sairastavat ilmoittivat vaikeuksia olevan yleensä itsestään huolehtimisessa, kuten vuoteesta nousussa, syömisessä, pukeutumisessa, peseytymisessä ja WC:ssä käymisessä. Liikkumisen vaikeus ja arkielämän toimintakyvyn heikkenemisen voidaan osittain ajatella johtuvan huonontuneesta näkökyvystä. Vaikeuksien riski on lisääntynyt myös erilaisten kotitöiden tekemisessä ja sosiaalisessa toimenkyvyssä, kuten asioiden hoitamisessa virastoissa, puhelimen käyttämisessä ja julkisilla liikennevälineillä matkustamisessa. Myös kognitiivinen suoriutuminen ja elämänlaatu ovat heikentyneet. (Viertiö ym. 2012, 863-869.)

Savonia-ammattikorkeakoulussa laadittiin opinnäytetyönä potilasohjausmateriaalia metabolista oireyhtymää sairastaville skitsofreniapotilaille. Oppaan tuotoksena saatiin ohjausmateriaalia niin Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan hoitajille kuin potilasopas potilaille metabolisesta oireyhtymästä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuotetun materiaalin avulla auttaa ennaltaehkäisemään ja hoitamaan metabolista oireyhtymää skitsofreniaa sairastavilla potilailla. Niuvanniemen sairaalan hoitohenkilökunnalle tuotettiin ohjausmateriaalia metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyssä ja hoidossa ja tätä kautta valmiuksia ja työkaluja hoidon ja ennaltaehkäisyn ohjaukseen. (Holopainen, Henell, Hirvonen, Leivo & Porali 2013.)

Pro Gradu -tutkimuksessa (Kotamäki 2012) skitsofreniaan sairastuneen puolison kokemuksista arjesta ja tuen tarpeesta oli tarkoitus selvittää, miten läheisen skitsofreniaa sairastaminen vaikuttaa puolison elämään ja minkälaista tukea hän tarvitsee arjessa selviytymiseen. Tutkimuksessa saatiin tietoa, minkälaisia vaikeuksia ja haasteita puolisot kokevat skitsofreniaa sairastavan läheisen kanssa. Tutkimuksessa käytettiin laadullista sisällönanalyysiä. (Kotamäki 2012.)

Tutkimuksessa tuli ilmi, että puolisot kokivat sairastumisen alkuvaiheessa jäävänsä hoitojärjestelmän ulkopuolelle ilman tukea. Lisäksi he kokivat, että eivät saaneet tarpeeksi tietoa skitsofreniaan sairastumisesta ja oireista. Puolisot kuitenkin toivoivat, että heidät huomioitaisiin ja otettaisiin mukaan hoidon suunnitteluun heti alussa. Vastuu arjen toimivuudesta jää kokonaan sairastuneen puolisolle, mikä vaikeuttaa yhteistä arkea. Hoitojärjestelmän tukitoimet arjessa selviytymiseen eivät välttämättä riitä eivätkä tavoita, varsinkaan maaseudulla asuvia. Ajan myötä vastuu kuitenkin jakautuu tasaisemmin. Toiset puolisot kokivat olevansa tasavertaisia skitsofreniaa sairastavan puolisonsa kanssa, mutta toiset kokivat olevansa enemmänkin puolisonsa hoitajia. Joidenkin puolisoiden jaksamista arjessa auttoivat omaisryhmät. (Kotamäki 2012.)

Tutkimuksessa todetaan, että on tärkeää huomioida myös skitsofreniaan sairastuneiden puolisot. Hoitojärjestelmän tulee myös kyetä antamaan tarpeeksi tietoa sairaudesta sekä potilaiden puolisot tulee myös huomioida. Puolisot tarvitsevat tukea arjessa ja heidät tulisi myös ohjata palveluiden piiriin. (Kotamäki 2012.)

Laajassa suomalaistutkimuksessa (Korkeila & Korkeila 2008) on todettu, että esimerkiksi metabolinen oireyhtymä on skitsofreniaa sairastavilla neljä kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä. Mielenterveyspotilaiden somaattista sairastavuutta voidaan kuitenkin vähentää elämäntapoja muuttamalla. Mielenterveyden häiriöihin katsotaan liittyvän useita epäterveellisiä elämäntapoja. Elinajan odote saattaa jopa lyhentyä näiden epäsuotuisten elämäntapojen vuoksi. Skitsofreniaa sairastavista jopa kaksi kolmesta arvioidaan kuolevan sepelvaltimotautiin. Huomattavimmat elämäntapaongelmat mielenterveyspotilailla on liikunnan puute, ylipaino sekä tupakointi. Esimerkiksi väestötutkimuksissa on todettu, että muun muassa skitsofreniapotilaat tupakoivat yleisemmin kuin muu väestö. (Korkeila & Korkeila 2008, 275.)

Psyykkisistä häiriöistä kärsivät harrastavat liikuntaa muita vähemmän, varsinkin jos liikunta on erityisen rasittavaa. Tutkimustieto tästä on tosin niukkaa. Varsinkin mielenterveyspotilaille liikunta on erityisen hyödyllistä ajatellen esimerkiksi somaattisten sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Myös sopeutumiskeinona liikunnalla on suotuisat vaikutukset; liikunnan myötä harhojen häiritsevyys saattaa vähentyä. Lisäksi unen laatu paranee. Varsinkin ryhmäliikunta vähentää sosiaalista eristymistä ja vaikuttaa itsetunnon häiriöihin myönteisesti. (Korkeila & Korkeila 2008, 278.)

Psykoosien varhaisvaihetta koskevissa tutkimuksissa on todettu päihteiden käytön ja skitsofrenian yhteyttä. Saksalaisessa ABC-tutkimuksessa havaittiin, että kolmanneksella edelsi päihdehäiriö psykoosia, kolmasosalla sekä päihdehäiriöt että psykoosi alkoivat samaan aikaan ja kolmanneksella päihdehäiriö alkoi skitsofreniaan sairastumisen jälkeen. Päihteiden käytön ja mielenterveyden häiriön ajallinen yhteys eivät ole samanlaisia, eikä myöskään syy-seuraussuhde. Yleensä psykiatrisista häiriöistä kärsivällä on myös muita päihdehäiriön riskiä lisääviä tekijöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi traumaattiset kokemukset, kuormittavat elämäntavat, alhainen koulutustaso ja sukuriskit molemmille häiriöryhmille. (Korkeila & Korkeila 2008, 276.)

Psykoosilääkkeet vaikuttavat epäsuotuisasti niin lipidi- kuin glukoosiaineenvaihduntaan. Kuitenkin jos ylipaino tulee lääkkeiden käytön seurauksena, voi hoitoon ja lääkehoitoon sitoutuminen heikentyä. Myös oheissairastavuuden riskit kasvavat aikaa myöten. (Korkeila & Korkeila 2008, 276.)

Mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla on mahdollista vähentää somaattisia ongelmia ja lisätä elinajan odotetta muuttamalla elintapoja. Etenkin primaaripreventio nuorella iällä takaa positiiviset vaikutukset jos terveydelle ja mielenterveydelle haitalliset elintavat saadaan katkaistua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Etenkin fyysistä aktiivisuutta lisäävät ja tupakointia vähentävät interventiot ovat lisäksi kansanterveydellisesti merkityksellisiä. Hoidettaessa monihäiriöisiä potilaita olisi toivottavaa luoda pitkäkestoisia ja luottamuksellisia hoitosuhteita hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä. (Korkeila & Korkeila 2008, 279.)

Lapsilla ja nuorilla, jotka aloittavat psykoosilääkityksen, on jo vuoden sisällä lääkkeen aloittamisesta suurentunut riski sairastua kakkostyypin diabetekseen. Tämän-

kaltaiset tutkimukset ovat harvinaisia lapsilla, vaikkakin aikuisilla on havaittu aikaisemmin kohonnutta diabetesriskiä. Tutkimus tehtiin 29 000:n, 6-24-vuotiaan hiljattain psykoosilääkityksen aloittaneen keskuudessa. Näitä potilaita verrattiin 14 000:een, samanikäiseen lapseen ja nuoreen, joille oli aloitettu joku muu psykotrooppinen (psykoaktiivinen; psyykkisiin toimintoihin vaikuttava) lääkitys esimerkiksi käytöshäiriöistä tai masennuksesta johtuen. Tutkimuksen mukaan psykoosilääkkeitä käyttävät sairastuivat diabetekseen kolme kertaa todennäköisemmin. Riski kasvoi jo vuoden sisällä ja jatkui edelleen vuoden ajan psykoosilääkityksen lopettamisesta. Lisäksi riskit sairastumiseen kasvoivat diabeteslääkkeiden määrän noustessa. Tosin tutkijat toteavat myös, että diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavat monet muutkin eri tekijät ja on erittäin vaikeaa päätellä, mikä yksittäisen potilaan diabetesriski on. Tutkittavista yksi kuudestasadasta saattaisi mahdollisesti sairastua diabetekseen psykoosilääkityksestä johtuen. (Psykoosilääkitys voi suurentaa lapsenkin diabetesriskiä 2013.)

Tällä hetkellä kansainvälisen ja laajan tutkimusryhmän tarkoituksena on ottaa selville vakavien mielenterveysongelmien perimmäiset syyt. Tutkimusryhmää kiinnostaa erityisesti psykoosin laukaisevat tekijät. Lisäksi toiveena on, että tutkimustulosten myötä pystyttäisiin kehittämään yhä parempia psykoosin hoitomuotoja ja parantamaan taudin puhkeamisen ennustettavuutta. Jos olisi mahdollista ennustaa hoitamattoman taudin puhkeaminen, olisi mahdollista panostaa tällaisen potilaan hoitamiseen. Tällöin myös psykoosin ennaltaehkäisy mahdollistuisi. (Hjelt 2014.)

Euroopan alueelta kyseisessä tutkimuksessa on mukana 1500, Suomesta noin 200 potilasta. Suomalaisista tutkittavista suurin osa on Turun seudulta. Aluillaan oleva tutkimus kestää viisi vuotta. Tutkimus ei välttämättä tuo apua yksittäiselle potilaalle, mutta koko potilasryhmälle kylläkin. Suomalaisista noin kolmella prosentilla esiintyy psykoosia. (Hjelt 2014.)

6 POSA:N MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUKESKUS

Pohjois-Satakunnan Peruspalvelu-Liikelaitoskuntayhtymään (PoSa) kuuluva Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus on matalan kynnyksen paikka, jonka tarkoituksena on tarjota apua ja tukea varhaisessa vaiheessa erilaisissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus toimii lisäksi pitkäaikaisten mielenterveyspotilaiden jatkohoitopaikkana. Keskuksessa saa avun lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin mielenterveys- ja päihdeongelmiin ja asiakaskunnalla on käytössään moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat psykologi, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaaliohjaaja, lähihoitaja ja ohjaaja. (PoSa, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus -esite 2013) Lisäksi Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa on käytössä lääkäri yhtenä päivänä viikossa (Mäensivu sähköposti 13.9.2013).

Toiminta koostuu pääosin yksilövastaanotoista ja ryhmätoiminnasta. Keskuksen palvelut ovat maksuttomia eikä keskukseen tarvita lähetettä. Oma yhteydenotto riittää. Keskuksen palvelut koostuvat arvioista, tutkimuksista, keskusteluhoidosta ja psykoterapiasta. Lisäksi palvelut sisältävät pysyvät ja määräaikaiset ryhmät, elämänhallinnan vahvistamisen, pitkäaikaisten mielenterveyspotilaiden lääkehoidon ja perusterveyden seurannan. Tarvittaessa mahdollistetaan kotikäynnit, sosiaaliohjaajan palvelut, konsultoinnit ja verkostotyöt sekä hoidon koordinoinnit. Myös eteenpäin ohjauksesta sovitaan tarvittaessa. (PoSa, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus -esite 2013.)

Ryhmätoiminnan tavoitteeksi on asetettu mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tukeminen sekä psyykkisessä hyvinvoinnissa että itsenäisessä elämisessä. Lisäksi tavoitteena on asiakkaan vertaistuen saaminen ja sosiaalisten suhteiden luominen. Käyntipäivät ja -ryhmät sovitaan yksilöllisesti jokaisen asiakkaan kanssa. (PoSa, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus -esite 2013.)

Ryhmätoiminnan viikko-ohjelma koostuu esimerkiksi elämänhallintaryhmästä, kädentaitoryhmästä, musiikkiryhmästä, kuntosali- ja liikuntaryhmästä ja tavoiteryhmästä. Elämänhallintaryhmän tarkoituksena on sekä ylläpitää että opetella päivittäisiä arkiaskareita, perusruoanlaittoa ja kaupassa käyntiä. Lisäksi asiakkailla on mahdolli-

suus ryhmän aikana saunoa ja pestä omia pyykkejä. Halutessa voi myös ruokailla ja hintaan kuuluu myös aamu- ja iltapäiväkahvi. (PoSa, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus -esite 2013.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKITTAVAT KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mistä asioista diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointi koostuu PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen henkilökunta pystyisi entistä paremmin tukemaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Opinnäytetyön tutkittavat kysymykset ovat:

1. Mistä tekijöistä diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointi koostuu?
2. Millaisena diabetesta sairastavat skitsofreniapotilaat kokevat terveydentilansa ja hyvinvointinsa?
3. Miten skitsofreniapotilaan sosiaalinen verkosto tukee diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointia?

8 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUUMENETELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Määriteltäessä kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistapaa, siinä voidaan korostaa ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen tai motivaation tutkimista, mutta myös ihmisten näkemysten kuvausta. Lisäksi siihen voidaan liittää asenteet, uskomukset ja muutokset käyttäytymisessä. (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2010, 49.) Tutkimuksen aineisto tulee koota luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja tutkimuksessa käytetään metodia, jossa tutkittavien omat näkökulmat ja mielipiteet saadaan esille. Tällainen metodi on esimerkiksi teemahaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen kanssa. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavia oli viisi ja he olivat iältään 40-65 -vuotiaita PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen diabetesta sairastavia skitsofreniadiagnoosin saaneita asiakkaita. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen hoitaja valitsi kriteerit täyttävät haastateltavat. Otanta oli siis tarkoituksenmukainen eli valikoiva, koska haastateltaviksi valittiin tietoisesti tietyt asiakkaat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 85).

Yksilöhaastattelu on erinomainen aineistonkeruumenetelmä silloin, kun tutkimusaihe on ”arka” eikä tutkittava halua puhua tutkimusaiheesta ryhmässä. Hirsjärvi kollegoineen (2007) jakaa haastattelut kolmeen tyyppiin, joista teemahaastattelu on yksi haastattelun muoto. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ja teemat ovat ennalta tiedossa. Kuitenkin kysymysten tarkka muoto puuttuu, eikä kysymyksillä ole tarkkaa esittämistapaa. Teemahaastattelussa korostuvat erityisesti ihmisten antamat merkitykset ja tulkinnat asioille. Teemahaastattelussa on kuitenkin keskeistä, että siinä halutaan saada vastauksia tutkittaviin kysymyksiin tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 95-97.)

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Heti aineiston keräämisen yhteydessä suoritetaan kvalitatiivisen aineiston analysointi. Nauhoitettu aineisto litteroidaan eli materiaali kirjoitetaan tekstiksi sanasta sanaan. Kirjoitetusta tekstistä tulee raaka-aineistoa ja tämä aineisto voidaan esimerkiksi koodata, kategorisoida. Sanoja tai lauseita luokitellaan koodilla eli symbolilla. Teemojen valinta sekä niiden nimeäminen ilmentää tutkijan taustafilosofiaa. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2010, 131-132.)

Sisällönanalyysin tarkoitus on sisällön tiivis esittäminen, jolloin tuloksena syntyy muun muassa käsitejärjestelmiä, käsiteluokituksia, käsitekarttoja tai malleja. Hoitotieteessä on ollut enemmän käytössä induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönana-

lyysi. Sisällönanalyysin vahvuuksina pidetään esimerkiksi sen ominaisuutena saavuttaa merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Toisaalta taas voidaan kritisoida sen kyvyttömyyteen mahdollistaa tilastollisia analyyseja. Lisäksi säännöttömyys ja joustavuus ovat tämän analyysimenetelmän haasteita; ei ole olemassa yksinkertaisia kuvauksia analyysin toteuttamisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 134-135.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin yksilöhaastattelua, koska esitettävät kysymykset olivat henkilökohtaisia ja ”arkojakin”. Aineistonkeruumetodina käytettiin teemahaastattelua, koska tällöin ei ole tarkkaa kysymysten esitysjärjestystä ja näin saadaan vapaassa järjestyksessä käsitellä suunnitellut teemat läpi. Haastateltava saa rauhassa perustella, selittää ja täsmentää vastauksiaan. Tällä tavalla voidaan saada syvällisestikin perusteltuja vastauksia verrattuna esimerkiksi strukturoituun kyselykaavakkeeseen. Haastateltavien omat näkökulmat pääsevät esille. Lisäksi teemahaastattelun yksi etu on se, että haastateltavat voidaan tarvittaessa tavoittaa myöhemmin jos esimerkiksi pitää jotakin kohtaa täydentää (Hirsjärvi ym. 2009, 206).

Teemahaastattelun runko (liite 1) suunniteltiin tutkittavien kysymysten ja teoriatiedon pohjalta. Teeman yksi *”terveydentila, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi”* vastauksilla haettiin selitystä tutkittaviin kysymyksiin yksi ja kaksi. Teemalla kaksi *”(psyko)sosiaalinen hyvinvointi ja fyysinen ympäristö* haluttiin vastauksia tutkittavaan kysymykseen kolme. Teemassa yksi hyödynnettiin teoriatietoa liikunnan, ravinnon ja levon merkityksestä hyvinvointiin. Lisäksi ajateltiin, että haastattelussa voisi tulla esille myös muita hyvinvoinnin näkökulmia. Kysymyksissä on myös huomioitu diabeteksen ja psyykelääkkeiden vaikutus haastateltavien hyvinvointiin. Teema kaksi pohjautuu teoriatietoon perhesuhteitten ja asuinympäristön merkityksestä hyvinvointiin. Lisäksi skitsofreniakuntoutujien potilaskertomuksissa (liite 2) tulee vahvasti esille opiskelun, työn ja läheisen ihmisen merkitys skitsofreniapotilaiden hyvinvoinnissa ja kuntoutumisprosessissa. Tämä näkökulma haluttiin ottaa huomioon opinnäytetyön teemahaastattelurungossa.

Tutkimuslupa-anomus (liite 3) lähetettiin sähköpostitse PoSa:n johtoryhmälle 23.9.2013 ja tutkimuslupa (liite 4) opinnäytetyön teemahaastatteluosuuteen saatiin sähköpostitse 14.10.2013. Kun tutkimuslupa oli myönnetty, otettiin yhteyttä Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen hoitajaan ja sovittiin ajankohta, jolloin pidettäi-

siin palaveri käytännön asioiden ja menettelytapojen hoitamisesta ja siitä, kuinka haastateltavat valittaisiin. Palaveri pidettiin 16.10.1013.

9 AINEISTON KERUUN KUVAUS

Teemahaastattelurungon kysymykset on laadittu teoreettisen osan pohjalta jakaen kysymykset kahteen laajaan edellä mainittuun osa-alueeseen. Kysymysten avulla oli tarkoitus selvittää mahdollisimman laajasti diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvoinnin osatekijöitä PoSa:n Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen viiden asiakkaan näkökulmasta aikaisemmin tutkitun tiedon pohjalta. Asiakkaat saivat vapaasti tuoda esille omia ajatuksiaan hyvinvoinnistaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi heille oli riittävästi varattu aikaa tuoda esille omia näkökulmiaan kyseessä olevasta aiheesta.

Haastateltavat asiakkaat valikoituivat diagnoosinsa perusteella. Heillä tuli olla diabetesdiagnoosin lisäksi selkeästi skitsofreniadiagnoosi, eli muita mielen sairauksien diagnooseja ei hyväksytty. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen hoitaja teki listan asiakkaista, jotka täyttivät tämän kriteerin. Tämän jälkeen hoitaja kyseli yksitellen asiakkailta sitä mukaan, kun he tulivat esimerkiksi päivätoimintaan tai lääkkeenjakoon, heidän halukkuuttaan osallistua haastateltaviksi opinnäytetyötä varten. Haastateltavat valikoituivat siis suostumisjärjestyksessä. Haastateltavien valikoituminen haluttiin tehdä eettisin perustein eli haastateltavia ei valittu esimerkiksi sillä perusteella, kuinka ”hyviä”, pitkiä tai helposti tulkittavia vastauksia haastateltavilta voitaisiin mahdollisesti saada. Sukupuoli tai ikä ei myöskään ollut määräävä tekijä. Haastateltavien sukupuolijakauma olikin epäsuhtainen.

Hoitajalla oli haastatteluun osallistujien halukkuutta kysyttäessä käytettävissään opinnäytetyön tekijän laatima saatekirje (liite 5), jossa kerrotaan opinnäytetyön tarkoituksesta sekä haastattelijan vaitiolovelvollisuudesta. Myös se tuotiin esille, että haastattelu tultaisiin tallentamaan ja tallenteet tuhottaisiin opinnäytetyön valmistues-

sa. Saatekirjeestä oli tarkoitus tehdä mahdollisimman selkeä ja yksinkertainen ja siinä ei tuotaisi esille asiakkaiden sairastamaa skitsofreniaa.

Haastattelut tehtiin ajanjaksolla 30.10 - 28.11.2013 ja litteroitiin tämän jälkeen. Lyhin haastatteluista oli kestoltaan kokonaisuudessaan noin 20 minuuttia ja pisin haastattelu kesti noin tunnin ja kymmenen minuuttia**.** Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen hoitaja sopi haastatteluajankohdat haastateltavien asiakkaiden kanssa ja haastattelija sai sovitut ajankohdat sähköpostitse ilman henkilötietoja. Haastattelut suoritettiin haastateltaville tutussa ympäristössä Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen tiloissa ja aikaa haastatteluihin oli varattu reilusti. Täten haastattelutilanteissa oli kiireettömyyden tuntu. Jokaisen haastattelun aluksi haastateltaville vielä kerrottiin, minkälaisesta haastattelusta oli kysymys ja mikä haastattelun tarkoitus oli. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin vielä suostumus haastattelun tallentamiseen. Yksi haastatteluista oli tallenteella todella epäselvä, mutta siitä haastattelusta on otettu analysointiin mukaan sen verran kuin oli mahdollista saada selvää.

Jokainen haastattelu oli siten onnistunut, että haastateltavilta sai keskusteltaviin kysymyksiin hyvin vastauksia ja muutama heistä oli valmis keskustelemaan myös ”ohi” tehtyjen kysymysten sekä menemään syvemmällekin omissa ajatuksissaan. Yksi haastatelluista jopa kiitti, että opinnäytetyön tekijä jaksoi kuunnella häntä niin pitkään. Haastattelijan ja haastateltavan väliset keskustelutilanteet olivat luottamuksellisia. Haastateltavat keskustelivat luottavaisesti omassa henkilökohtaisessa elämässään kohtaamistaan kriiseistä. Näitä asioita ei opinnäytetyössä tuoda esille vaitiolovelvoitteen vuoksi. Myös sellaisia arkaluontoisia asioita, josta kyseessä oleva henkilö voitaisiin tunnistaa, ei haluttu tuoda esiin. Jotkut esille tulleet asiat saattavat olla haastateltavia hoitavien tunnistettavissa, mutta koska kyseessä ei ole ”arka” tieto, ne on otettu raportointiin mukaan.

Litteroinnin eli haastatteluiden puhtaaksikirjoittamisen jälkeen opinnäytetyön tekijä perehtyi haastattelujen sisältöön. Tämän jälkeen litterointeihin merkittiin eri väreillä aina tietyn aihealueen tärkeät vastaukset. Nämä vastaukset koottiin aihealueittain erillisille papereille ja niiden pohjalta tehtiin käsitekarttoja. Käsitekarttoihin pyrittiin etsimään haastateltujen ilmauksista pelkistettyjä ilmauksia. Alakäsitteistä muodostettiin yläkäsite. Koska otos oli melko suppea, yläkäsitteet syntyivät pienestä aineistos-

ta. Lisäksi teemahaastattelurunko oli jaettu pieniin osa-alueisiin, mikä johti monien osa-alueiden yhdistämiseen. Lopuksi saatiin kaksi merkittävää tekijää haastateltavien hyvinvoinnin tekijöitä ajatellen. Jotkin teemahaastattelujen kysymykset eivät olleet lopullista johtopäätöstä ajatellen oleellista tietoa, mutta täydentää tietoa heidän elämäntilanteestaan.

10 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa on tuotu esille kysymyksiin saatuja vastauksia. Teemahaastatteluista saadut vastaukset on suoraan lainattu raporttiin niin, että useampi lausahduksista saattaa olla samalta henkilöltä. Vastaukset ovat lisäksi täysin sattumanvaraisessa järjestyksessä eikä esimerkiksi haastattelujen suoritusjärjestyksessä. Opinnäytetyössä haluttiin tuoda esille useita lainattuja vastauksia joka kysymystä kohden, koska alkuperäiset vastaukset ilmentävät hyvin asiakkaiden ajatuksia ja ne tuovat asiat esille ”värikkäämmin” kuin mitä pelkällä kerronnalla opinnäytetyön tekijä olisi pystynyt selventämään.

10.1 Terveydentila, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi

Ensimmäisenä haastateltavilta kysyttiin omaa näkemystä siitä, mitä hyvinvointi on, mistä asioista se koostuu sekä miten itse pitää hyvinvoinnistaan huolta. Haastateltavat toivat vastauksissa esille pääsääntöisesti terveellisten elämäntapojen merkityksen; hyvin nukkumisen, liikkumisen, ravinnon, raittiuden. Päivätoiminnassa käyminen (sosiaalisuus, vertaistuki) oli myös tärkeä hyvinvoinnin mahdollistaja. Yhdelle haastatelluista hyvinvointi tarkoitti sitä, että *”ei tarttis syödä pillereitä”*. Kysymykseen sai esimerkiksi seuraavanlaisia vastauksia:

”… pystyy toimimaan ja hoitamaan itte asiansa, ettei tarvitte turvautuu niinko mihinkään viranomaisii…”
”Kaikista tärkeintä on oma terveys, että se on hyvä.”

”Sitte säännöllisesti mittaan sokeritasapainon, että… tiedän jos alkaa väsyttää, että onko sokerit alhaalla taikka sit liikaa nukkunu.”
”Että saa käydä tääl päivätoiminnas…”

Vastaajien mielestä terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä ovat liikunta (tai sen puute), säännöllisesti syöminen, säännöllinen lääkitys, hyvin nukkuminen, sosiaalinen toiminta sekä hengellisissä tilaisuuksissa käyminen.

”No mää kävelin ennen pitkiä lenkkejä, mut nyt mää en oo kävelly, mutta mä oon aikonu taas tekee lenkkjä.”
”Syömin… syöminen täytyis olla tärkeetä, että… ett sais syödä säännöllisesti.”
”Syön lääkkeet säännöllisesti…”
”Uni on hyvä. Mä nukun ko tukki.”
”No, keskustella ihmisten kans.”
”Ja mää käyn helluntaiseurakunnas kokouksisa.”

Lisäksi yksi haastateltu oli sitä mieltä, että ei voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa mitenkään.

Liikuntaharrastuksista kysyttiin vielä erikseen. Erityisesti haluttiin tietää, harrastaako liikuntaa ja minkälaista liikuntaa harrastaa (jos harrastaa). Lisäksi kysyttiin, tykkääkö liikkua yksin vai ryhmässä. Kolme viidestä haastateltavasta kertoi harrastavansa liikuntaa päivittäin tai useamman kertaa viikossa, pyöräillen, kävellen, punttisalilla käyden tai uiden. Kahdella haastatelluista ei ollut tällä hetkellä varsinaista liikuntaharrastusta. Kaikki liikuntaa harrastavista kertoivat liikkuvansa mieluummin yksin kuin ryhmässä, vaikka muutaman kohdalla toteutui myös ryhmäliikkuminen.

”Joka päivä yritän kävelylenkin tehdä…”
”Uintia.”
”No, pyöräilyä menee aika lailla…”

Ruokailutottumuksista kysyttäessä haluttiin saada tietää, montako ateriaa haastateltava päivässä syö, eli tuleeko haastateltavien ylipäätään syötyä edes yksi lämmin ateria päivässä. Lisäksi se, syökö omasta mielestään terveellisesti ja valmistaako itselleen

lämpimän aterian, ilmentää hyvin todellisuutta ruokailutottumuksista. Haastateltavilta kysyttiin, syövätkö he lautasmallin mukaan. Kaikki haastateltavista eivät heti tienneet mitä lautasmallilla tarkoitettiin. Kun heille selitettiin mistä lautasmalli koostuu (puolesta lautasellisesta salaattia, ¼ lihaa, kanaa, kalaa ja ¼ perunaa, riisiä tai pastaa), he ymmärsivät mistä puhuttiin. Lisäksi haluttiin tietää, kuuluuko heidän päivittäiseen ravintoon kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Asiaa ei heiltä kuitenkaan erikseen kysytty. Tässä ei myös katsottu tarpeelliseksi kysellä esimerkiksi maidon laatua tai minkälaista rasvaa leivän päällä käyttää. Haastattelussa keskityttiin suurempiin kokonaisuuksiin**.**

Vain yksi haastateltavista kertoi syövänsä kaksi lämmintä ateriaa päivässä, toinen aterioista tosin kaupasta saatavaa valmisruokaa. Muut haastateltavista kertoivat syövänsä yhden lämpimän aterian päivässä. Yksi heistä turvautuu useana päivänä viikossa valmisaterioihin. Yksi haastateltavista ei kertonut syövänsä muuta kuin yhden aterian päivässä, ei aamu- tai iltapalaa. Hänen kohdallaan välipalojakaan ei juuri mennyt.

”Kyl ne väliin, väliin ei mee kyllä.” (syökö lautasmallin mukaan)
”Ihan kohtuulliset, mää teen itte ruuat ja sillon ko on asioilta täynnä, mää käyn tuolla kaupungilla, joskus käyn tuossa paikallises syömäs...”
”Yks (lämmin ateria päivässä) *ja sitte mä syän noit hedelmiä pitkin päivää.”*
”Aamul mä syön kaurapuuroo siinä.”
”Kyllä mulla salaattiaki aika usein on.”
”Mää syön tääl… yhdeltätoista, yhdentoista aikaa. Joo ja kotona sitte aamulla joskus puuroo ja luumujaki on ja… vattan toimintaan. Sitte kahvia join, pannullinen päiväs. Puolenpäivän aikaan syön jotain, mitä misä mikrosa, samoin illalla.”
”Diabeteshoitaja sanoi, että pitäis viisi kertaa päiväsä syödä… joskus menee enemmin ja vähemmin.”

Unen määrän ja laadun tiedetään olevan ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin keskeisiä asioita. Haastateltavilta kysyttiin, montako tuntia he saavat yössä unta ja tuntevatko he nukkuvansa riittävästi. Lisäksi selvitettiin, onko yöuni yhtenäistä ja saako ylipäätään nukuttua. Kolmella viidestä esiintyi katkonaisuutta yöunissa, joskin kaikki nuk-

kuivat keskimäärin kymmenen tuntia yössä. Yksi näki toisinaan painajaisia. Yksi haastateltavista kertoi nukkuvansa liikaakin.

”Kyl mä nukun. Mä otan iltasin lääkkeet. Kyllä mä nukun aika hyvin.”
”Aina oon vessas käyny.”
”No, ko mää joskus pual yhdeltätoista nukahdan niin mä herään siinä ennen pual kahdeksaa.”
”Se vaihtelee aikalail. Toisinaan nukkuu enemmän ja toisinaan taas vähemmän. Mää meen yleensä kahdeksan viiva kymmenen välillä nukkuun ja herään jo tual neljän jälkeen…”

Diabeteksen vaikutus haastateltavien hyvinvointiin oli keskeistä selvittää. Haluttiin tiedustella diabeteksen hoitotasapainosta ja siitä, miten sen kokee vaikuttavan hyvinvointiinsa. Myös ruokailun vaikutuksesta diabeteslääkkeiden käyttöön tiedusteltiin. Joidenkin haastateltavien verensokeriarvot heittelehtivät. Lisäksi he tunsivat väsymystä. Yksi haastatelluista ilmaisi diabeteksen vaikuttavan olotilaansa ratkaisevasti. Yhdellä taas diabetes ei vaikuttanut elämään juuri mitenkään, eikä tämä haastateltu tuntenut ruoan vaikuttavan verensokeriarvoihinsa mitenkään. Tämä haastateltava kylläkin söi ja liikkui suhteellisen hyvin.

”Kyllä kai ne suurin… jonkin verran heittelee, että koholla ne on.”
”Mää en tiä, ko mä en oo… Mää en ny osaa sanoo vaikuttaako se.” (diabeteksen vaikutuksesta hyvinvointiin)
”Se niinko väsyttää… ja suuta kuivaa.”
”Ja sitte joskus tulee käytettyä makeeta. Joo, se nostaa verensokeria. Juu.”
”Ei yhtään mitään… En mä siittä semmosta pidä, semmosta turhanpäivästä…”
”Ei mitään oikeastaan. (Kysyttäessä ruokailun vaikutuksesta diabetekseen.) *Mä syön sen määrän ja sitte lähden lenkille…”*
”Se ko sydän alko reistailee, ni sit sen jälkeen tuli sokeritauti ja kaikkee… sydänkipua.”

Diabeteksen hoidosta haluttiin tietää, miten diabeteksen hoito toteutuu. Haastateltavilta kysyttiin muun muassa, miten he pystyvät huolehtimaan diabeteksen hoidosta. Tärkeää oli saada tietää, käyvätkö he säännöllisesti diabetekseen liittyvissä tarkas-

tuksissa. Diabeteksen hoidossa tärkeää on erityisesti jokapäiväinen omahoito. Haluttiin erityisesti saada tietää, kuinka haastateltavat kykenivät hoitamaan itseänsä, kun voidaan olettaa, että skitsofrenia aiheuttaa paljon haasteita arkipäivän selviytymisessä ihan jokapäiväisissä asioissa. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin, huomioidaanko heidän diabetestaan Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa. Ja jos huomioidaan niin miten.

”Joo, diabeteshoitaja on antanu neuvoja.”
”Se kuuluu mitata sillai paastoarvo, ni… joka aamu ja… illalla ennen nukkumaanmenoa joka päivä. Kaks kertaa viikossa ni… paastoarvo aamulla, ett aamupalan jälkeen ja lounaan jälkee ja päivällisen jälkee ja ennen nukkumaanmenoa.”
”… ei mulla kuule kukaan sitä hoida. Mä hoidan itte.”
”Se pistosjuttu on niin helppo, että mää opin sen niin äkkiäki, ett.”
”Lääkäri sanoki, ettei sitä lisätä lääkitystä, että sitte insuliinihoito jos ei nyt laske, mutta ne saatiin laskemaan, ne arvot…”
”Kolmen kuukauden välein suunnilleen. (käy diabeteshoitajalla)*… Kyl se nyt riittää, kun kerran pysyy tasapainossa. Mää voin soittaa koska vaan jos tarttee, ni mä pääsen sinne sitte…”*

Yksikään haastatelluista ei siis kokenut tarvitsevansa lisätukea tai -huomiota Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksesta diabeteksensa hoitoon.

Psyykelääkkeiden vaikutuksesta hyvinvointiin ja yleiseen vireystilaan selvitettiin, kokevatko he itse psyykelääkkeiden vaikuttavan toivomallaan tavalla ja ovatko oireet pysyneet hallinnassa. Lisäksi kysyttiin, minkälaisia oireita on, jos oireet eivät ole pysyneet hallinnassa. Skitsofrenia-sanaa vältettiin tietoisesti, koska kaikki haastateltavista eivät tunteneet sairauttaan. Kukaan haastatelluista ei itsekään käyttänyt sairaudestaan skitsofrenia-sanaa. Yhden haastateltavan kohdalla mainittiin epähuomiossa hänen sairaudestaan skitsofrenia-nimitystä ja tämä kysyikin sitten, minkälainen skitsofrenia on ja miten se ilmenee. Näiden asioiden lisäksi kysyttiin psyykelääkkeiden haittavaikutuksista ja miten he kokevat näiden haittavaikutuksien vaikuttavan heidän arkeensa. Kaksi haastateltavista toi lääkkeiden haittavaikutuksena esille ummetuksen, kaksi väsymyksen. Yksi haastateltavista kertoi, että hänellä ei ole mitään haittavaikutuksia.

”Kai se pitää sen, että psyyke pysyy kohdallansa.”
”Ummetus… No ei se ny haittaa, mut ei se ny kivaaka oo.”
”Emmää saisi ilman niitä nukuttua.”
”Mä en osaa sanoo sitä, onko mulla semmosia, mutta… E-en mä oo mitään huomannu oo kyllä.”
”En mä tartte semmosia lääkkeitä ollenkaa, Muuta ko illalla vaan… Mä pärjään sillä… 7,5 milligrammaa.”
”Se auttaa siihen ääniin mitä mulla oli… En oo kuullu sen jälkeen, ko mää sen lääkkeen sain yhtäkään ääntä.”
”En uskalla kokeilla olla ilman, että… jos oudokseltaan menis huonompaan kuntoon…”

10.2 (Psyko)sosiaalinen hyvinvointi ja sosiaalinen ympäristö

Perhesuhteista kysyttäessä haluttiin tietää, minkälaisessa perheessä haastateltavat elävät ja missä perheenjäsenet asuvat. Erityisesti kiinnosti, kokevatko he yksinäisyyttä tai hylätyksi kokemisen tunteita. Perheenjäsenten merkitys kiinnosti siinä mielessä, tuntevatko he saavansa huolenpitoa, tukea tai hyväksyntää. Lisäksi huomioitavaa oli, kuuluuko heidän elämäänsä muita tärkeitä ihmisiä perheenjäsenten sijaan tai lisäksi ja mikä merkitys heillä on. Ystävien merkityksestä yksi osasi kertoa, että he (ystävät) ovat tärkeitä. *”…ettei ihan yksin jää.”*

Neljä viidestä haastateltavasta asui yksin, ovat jo pitkään asuneet. Kenelläkään heistä ei ollut kumppania. Yhdellä haastatelluista oli lapsi, joka asui äitinsä luona. Lapsen kanssa tapaamiset olivat yhteishuoltajuudesta huolimatta epäsäännölliset. Lapsen ja isän välisiä suhteita kyseinen haastateltava kuvasi näin: *”…kyllä tietystiki* (on tärkeä), *ko hänen kans tullaa iha hyvin toimeen viäl.”* Haastateltavilla oli joitakin ystäviä, mutta heidän kanssaan ei oltu kovin paljon tekemisissä. Yhdellä haastatelluista oli yksi hyvä ystävä, joka kävi *”aina sillon tällön mul kylässä.”* Ne, joilla oli sisaruksia vielä elossa (yhtä lukuunottamatta), eivät kuitenkaan olleet kovin paljoa elämässä mukana lähinnä joko iäkkyytensä tai kaukaisen asuinpaikan vuoksi. *”Puhelimella tulee täs joskus soiteltuu… No niil* (sisaruksilla) *on ne omat systeeminsä ja elämänsä…”* Yhdellä haastatelluista äiti asui samalla paikkakunnalla ja he näkivät

useamman kerran viikossa. *”Meil o omat elämät…kummallaki… Kyllä me nähdää sillai… kolmeki kertaa* (viikossa), *mut ei me sitte niin kauheesti sen enempää, että.”*

Myös päivätoiminnan hoitajia/ohjaajia ja muita asiakkaita pidettiin tärkeinä. *”Täällä päivätoiminnasta on tullu* (ystäviä)*… Yksi kaveri käy melkein joka ilta kattomas.”* Kaksi haastatelluista toi selkeästi esiin, että päivätoiminta on heille todella tärkeä asia elämässä. *”Saa jutella toisten kans, ja… kuunnel musiikkia.”* Myös yhteistä kortinpeluuta pidettiin kivana asiana.
”No se, että saa täällä käydä, tääl päivätoiminnas. Tää on mulle tärkee.”
”Tääl saa jutella ja tehdä retkiä... ja ruokaa.”

Neljä viidestä haastatelluista toi selvästi esille myös muita kokemiaan tärkeitä asioita kuin Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen. He kertoivat seuraavanlaisista mielenkiinnon kohteista:

”Mä käyn lenkillä, mä siivoon kotona ja teen ruokaa ja sitte ko jää aikaa ni mä piirtelen, sarjakuvia.”
”Ja vielä uimahallilla käyny… yhdestä viiva kahteen kertaan viikos.”
”Ja mää käyn helluntaiseurakunnas kokouksisa.”
”Shakkia mä käyn pelaamassa tos…”

Lisäksi yksi heistä tuo itse esille raittiuden olevan yksi hyvä asia, joka tuo iloa ja merkitystä elämään. Kukaan haastatelluista ei käy töissä eikä opiskele, vaan he ovat kaikki eläkkeellä.

Neljä haastatelluista kokee oman asuinympäristönsä viihtyisäksi ja vastaavan hyvin omia tarpeita ja toiveita. Yksi haastatelluista totesi kotinsa olevan *”Kaikkea muuta ko viihtysä”.* Kukaan haastatelluista ei koe erityistä pelkoa asuinympäristöstä johtuvista syistä.

”Vanhoja ihmisiä kaikki siinä samas, siinä asuu vaan eläkeläisiä.”
”Kyllä mä tykkään siinä asua, ko se on hyväl… hyvällä paikalla.”
”Ei oo ainakaa mitää häiriöitä tullu kyllä ainakaan semmosia, mutta ulkolaisia mää en päästä. Mä laitan varmuuslukon.” (kaupustelijoista)

”Ehkä joskus tervehtii ni… Ei sen enempää.” (naapureista)
Eräs negatiivinen piirre asuinympäristöstä tuli ilmi: *”Tie on vähä turhan lähellä, se valtatie että… liikennet siinä on…”* Muuten asumiseen liittyvät asiat olivat kunnossa.

11 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastateltavat kokivat hyvinvointinsa osatekijöiden olevan hyvin samankaltaisia kuin miten muukin väestö todennäköisesti vastaisi. Lähes kaikki haastateltavista liittivät terveyden olevan tärkeä osa hyvinvointia, johon kuuluivat liikunta, hyvin nukkuminen, ”tasapainoisesti” tai ”normaalisti” syöminen. Vain yksi haastateltavista liitti toimeentulon hyvinvointiin. Kahden haastatellun mielestä hyvinvoinnin mahdollisti myös ”kuntoutumisyksikössä” käyminen. Lääkkeiden säännöllinen ottaminen oli tärkeä hyvinvoinnin osatekijä. Lähes kaikki ymmärsivät liikunnan merkityksen elämässään. Jollekin se tuntui olevan jopa elinehto. Korkeila ja Korkeila (2008) ovat kuitenkin havainneet psyykkisistä oireista kärsivien harrastavan rasittavaa liikuntaa muita vähemmän. Somaattisten sairauksien hoitokeinona liikunta olisi kuitenkin erityisen tärkeää. Näillä haastatelluilla oli liikuntaharrastuksia, mutta ne painottuivat enemmän hyötyliikunnan kaltaiseen rasitukseen, kuten kävelyyn ja pyöräilyyn. Kukaan haastatelluista ei käynyt esimerkiksi hölkkäämässä.

Heillä oli hyvin selvä käsitys siitä, miten he voivat omaan hyvinvointiinsa vaikuttaa eli hyvillä ja terveellisillä elämäntavoilla. Se, mitä haastateltavat tekivät itse oman hyvinvointinsa parantamiseksi, leimaa säännöllisyys. He tiesivät, että pitää liikkua säännöllisesti. Joku liikkuu joka päivä, joku muutaman kerran viikossa. Yhdellä ei ollut säännöllistä liikuntaharrastusta, mutta hän tiesi kuitenkin, miten pitäisi asian suhteen menetellä. Yksi suhtautui liikuntaan välinpitämättömästi. He muistivat, että verensokeriarvo tulee mitata säännöllisesti. Toiselle säännöllisyys merkitsi erilaista aikaväliä kuin toiselle. Lääkkeet piti ottaa ajallaan, säännöllisesti. Heillä kaikilla oli säännölliset nukkumaanmenoajat. Kaikki sanoivat melko tarkat kellonajat, jolloin menevät nukkumaan ja jolloin aamulla heräävät. He kaikki tapasivat diabeteshoitajaa

säännöllisesti tietyn väliajoin ja muutamalle heistä jaetaan tietyn väliajoin lääkkeet valmiiksi dosetteihin. Kuten Huttunen (2008) on todennut, lääkkeiden epäsäännöllinen käyttö tai lopettaminen johtaa esimerkiksi sairausjakson äkilliseen uusiutumiseen. Onkin tärkeää, että haastateltavat pitävät yllä säännöllistä lääkkeidenottorytmiä.

Oman hyvinvoinnin mahdollistajaksi kaksi korosti selkeästi ”kuntoutumisyksikön” toimintaan osallistumisen. Molemmat heistä osallistuvat toimintaan säännöllisesti ja ovat mukana erilaisissa toiminnallisissa ryhmissä, jotka tarjoavat kaikenlaista sosiaalista toimintaa ja hyödyllistä tekemistä. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan erityisesti tuonut esille yhdessä tekemisen merkitystä. Koska he olivat muuten kotona ollessaan melko paljon itsekseen ja kaikki liikuntaa harrastavat toteuttivat harrastustansa yksin, on tärkeää, että he nauttivat myös yhdessä muiden kanssa tehtävistä asioista. Yksi kävi vapaa-ajallaan pelaamassa shakkia, jossa toteutuu myös yhdessä tekeminen. Yksi kävi hengellisissä tilaisuuksissa. Kuten Korkeila & Korkeila (2008) ovat todenneet ryhmäliikunnan vähentävän sosiaalista eristäytymistä, myös nämä ryhmäliikuntaa harrastamattomat asiakkaat olisi tärkeää saada aktivoitua yhdessä liikkumiseen. Esimerkiksi erilaiset pallo- ja joukkuepelit tai kesällä mölkky ja kroketti voisivat olla mielekästä yhdessä tekemistä. Pääasia olisi, että yhdessä tehtäisiin, vaikka ei kovin rasittavasta liikunnasta olisikaan kyse. Keväällä voisi lisäksi järjestää mahdollisuuksien mukaan yhteisen pyöräretken. Korkeila ja Korkeila (2008) ovat lisäksi huomioineet, että esimerkiksi fyysistä aktiivisuutta lisäävä interventio on kansanterveydellisesti merkittävää.

Se, mikä on erityinen epäkohta haastateltavien hyvinvointia ajatellen, on ruokailutottumukset. Neljällä viidestä on ruokailutottumuksissaan kuitenkin hyviä elementtejä. Kaikilla haastatelluilla oli tietoa, miten kuuluisi syödä, mutta jostain syystä tämä tieto ei siirtynyt käytännön tasolle. Ne, joiden ruokailutottumuksissa oli parannettavaa, tiesivät tämän itsekin. Kaikki he tiesivät, mistä lautasmallissa on kyse. Myös diabeteshoitajan antamat neuvot säännöllisestä ruokailurytmistä muistettiin. Einekset olivat kuitenkin jonkin verran käytössä. Erityisen huolestuttavaa on, että eineksiä saatettiin käyttää päivittäin. Kuitenkin, kuten Sallinen, Kandolin ja Purola (2007) ovat todenneet, sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia tukeva tekijä on juuri terveellinen ja monipuolinen ruokavalio.

Säännöllinen salaattien syönti toteutui vain yhdellä. Positiivista oli lähes kaikkien kohdalla hedelmien syöminen, mutta marjojen syöntiä ei tuonut kukaan esille. Neljä heistä söi aamupalaksi puuron. Kaikki söivät ainakin yhden lämpimän aterian päivässä, yksi haastatelluista jopa kaksi. Kahden haastatellun kohdalla ruokailu oli sekä epäsäännöllistä että yksipuolista. Heillä jäi väliin aamupaloja, välipaloja tai toisinaan iltapalojakin. Myös verensokerit heittelivät. Asiakkaiden epäsäännöllisestä ja yksipuolisesta ravitsemuksesta johtuen voisi yhtenä vaihtoehtona harkita ravitsemusterapeutin käyntiä Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa. Tällöin alan ammattilainen voisi paneutua tiettyjen asiakkaiden ravitsemuksen haasteisiin. Myös tietylle kohderyhmälle suunnattu kurssi, jossa ohjattaisiin terveellisten ja mahdollisimman edullisten aterioiden valmistaminen, voisi olla tarkoituksenmukaista ja palvelisi ainakin joitakin asiakkaita.

Kahden haastatellun kohdalla diabetes (verensokeri koholla tai verensokeritason vaihtelut) aiheutti väsymystä. Muutama mainitsi myös suun kuivumisen tai janottamisen. He yhdistivät nämä oireet nimenomaan diabetekseen. Haastateltavien kohdalla erityisesti diabetesta ajatellen korostuu hyvän itsensä hoitamisen merkitys. Itsehoito toteutui toisten kohdalla. Liikunnan, säännöllisen ruokailurytmin ja monipuolisen ravinnon lisäksi hyvä itsehoito merkitsi myös säännöllistä diabeteshoitajan tapaamista, verensokerin mittausta ja diabeteslääkityksestä huolehtimista. Hyvään hoitoon kuului muutaman kohdalla myös lääkkeiden jako dosettiin. Satakunnan Sairaanhoitopiiri (2012) korostaa, että diabeetikko on päävastuussa omasta hoidostaan. Hänelle tulee kuitenkin tarjota kaikki tieto ja taito, jotta tämä olisi mahdollista. Diabeetikon elämänlaatua pystytään parantamaan hyvällä hoidonohjauksella, koska näin voidaan vaikuttaa esimerkiksi diabeetikon sokeritasapainoon. Lisäksi Satakunnan Sairaanhoitopiiri (2012) kannustaa ryhmäohjaukseen esimerkiksi sen tarjoaman vertaistuen vuoksi. Esimerkiksi ruokavalioon liittyvät asiat ja liikunta kuuluvat diabeetikon hoidonohjaukseen.

Psyykelääkityksestä aiheutuvat haittavaikutukset alensivat muutaman kohdalla hyvinvoinnin tasoa. Heidän kohdallaan haittavaikutuksena oli ummetus. Vain yksi kertoi, ettei hänellä ole lääkkeistä minkäänlaisia haittavaikutuksia. Yksi kertoi lääkityksen aiheuttaneen suurina annoksina kovaa väsymystä, mutta lääkeannosten pienennettyä, myös väsymys on helpottunut. Yhdellä runsaasti lääkkeitä syövällä hyvin-

voinnin tasoa heikensi käsien vapina ja pyörrytys. Psyykelääkkeiden positiiviset vaikutukset olivat kuitenkin haittavaikutuksia suuremmat ja skitsofrenian oireet olivat nyt hallinnassa. Ne, jotka olivat ennen kuulleet ääniä, eivät kuulleet niitä enää lääkityksen saatuaan. Yksi haastatelluista toi selvästi esille, ettei uskaltaisi jättää lääkitystä pois, jos siitä johtuen menisi huonompaan kuntoon. Huttunen (2008) on todennut, että skitsofrenian lääkityksessä on erilaisia haittavaikutuksia, mutta haittavaikutuksia voidaan kuitenkin kokonaan välttää tai ainakin lievittää esimerkiksi juuri lääkeannoksia pienentämällä. Edellä luetellut haittavaikutukset ovatkin yleisiä psyykelääkkeisiin liittyviä haittavaikutuksia.

Kenenkään haastateltavan kohdalla sosiaaliset suhteet eivät olleet helppoja. Kaikilla heillä tuntui olevan omat hankaluutensa suhteisiin liittyen. Kenelläkään heistä ei ollut elämänkumppania. Kaikilla heillä yhtä lukuun ottamatta (ainoa lapsi) oli sisarus/sisaruksia, mutta he eivät kuuluneet haastateltujen elämään mitenkään oleellisesti tai sisar ei tuntunut erityisen tärkeältä. Sisarukset olivat joko iäkkäitä tai asuivat kauempana, mikä vaikutti siihen, että he eivät paljoa tapailleet. Myös se, että haastatelluista kenelläkään ei ole autoa, vaikeuttaa pitemmällä asuvien sisarusten tapaamista. Vain yhdellä oli oma lapsi eikä hän tavannut lastaan säännöllisesti. Yksi asui äitinsä kanssa. Kaikkien kohdalla tärkeä sosiaalinen verkosto muodostui enemmänkin muusta ystävä-/tuttavapiiristä tai kuntoutumisyksikön asiakkaasta/asiakkaista. Johtopäätöksenä voisi todeta, että perheenjäseniltä saatu huolenpito tai tuki ei toteudu näiden asiakkaiden kohdalla. Mahdollisesti jonkinlaista vertaistukea, kuten PoSan esitteessäkin mainitaan, on mahdollista kokea. Lisäksi se, että he tietävät kuuluvansa johonkin ryhmään (Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen ryhmät) tarjoaa mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen, yhdessä tekemiseen ja yleensä ”ryhmäytymiseen”. Lisäksi kun ajatellaan, ettei heistä kukaan ole työelämässä, on erityisen tärkeää, että heillä on paikka minne mennä. Hoitotyön näkökulmasta asiakkaiden säännölliset tapaamiset tarjoavat mahdollisuuden aikaiseen voinnin muutoksien huomioimiseen. ”Löydä tie eteenpäin” -oppaassa (2008) selvitetään akuuttivaiheen varhaismerkkien huomioimisen tärkeyttä. Jos hoitoa pystytään tässä vaiheessa korjaamaan, taudin uusiutuminen olisi mahdollista estää. Säännöllinen lääkitys ja tuki ovatkin avainasemassa, että akuutit vaiheet pysyisivät mahdollisimman vähäisinä tai kokonaan poissa.

Oma asuinympäristö ja koti tuntuivat yhtä lukuun ottamatta kaikista asiakkaista viihtyisältä, turvalliselta ja tarkoituksenmukaiselta. Tarvittavat palvelut olivat lähellä. Yhtä asiakasta häiritsi lähellä kulkeva liikenne, lähinnä autoista lähtevä melu. Tämän osion perusteella ainakin asuinympäristö mahdollistaa hyvinvoinnin kokemukset. Kukaan haastatelluista ei ainakaan tuonut esille, että haluaisi asua jonkun muunlaisessa ympäristössä kuin missä tällä hetkellä asuu. Onkalo (2009) tuo esille, että on subjektiivista, miten oma elinympäristö koetaan. Siihen vaikuttavat myös esimerkiksi ikä, elämäntilanne ja omat mieltymykset. Esimerkiksi kaksi opinnäytetyöhön haastatelluista toi esille naapureiden iäkkyyden. Jotakin nuorempaa asiakasta olisi voinut haitata naapureiden (korkeahko) ikä, mutta ei juuri näitä asiakkaita.

12 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaikissa tutkimuksissa tehdään eettisiä ratkaisuja. Erityisesti ihmistieteissä eettiset kysymykset tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan. Erityisen monitahoisia eettiset ongelmat ovatkin silloin, kun tehdään tutkimusta haastatellen tutkittavia ja ollaan suorassa kontaktissa tutkittavien kanssa. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, keskeisimmät eettiset periaatteet ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 19-20.) Laadullista tutkimusta tehtäessä tärkeää on lisäksi se, että tutkija ei missään tutkimuksen vaiheessa aiheuta tutkimuksellaan vahinkoa tutkittavaa kohtaan (Janhonen & Nikkonen 2001).

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkittavien luottamuksen herättäminen ja säilyttäminen haastattelijaa kohtaan on korostunut; tutkittavat asiat ja ilmiöt hoitotieteessä ovat usein arkaluonteisia. Kuitenkin juuri näistä aroista asioista on tärkeää saada tietoa, jotta esimerkiksi hoitoa pystytään kehittämään. Vaitiolovelvollisuus ja tutkimusaineiston suojaaminen sivullisilta ovat tärkeitä asioita, mutta haastavaa on myös se, että kukaan ei pystyisi tunnistamaan haastattelussa esille tulleista asioista haastateltavan henkilöllisyyttä. Joskus arkoihin asioihin saattaa liittyä myös häpeää ja syylli-

syyttäkin, mikä voi hankaloittaa luotettavan, vääristelemättömän tiedon saamista. (Janhonen & Nikkonen 2001, 126.)

Mielenterveysongelmaiset kuuluvat haavoittuvien ryhmään ja heidän käsittelynsä on aina tutkimusetiikassa haaste. Haavoittuvien ryhmiin kuuluvat esimerkiksi kaikki ne tutkittavat, jotka eivät pysty antamaan suostumustaan tutkimukseen tietoisesti ja ne, joilla on heikko autonomia tai joilla on tilansa vuoksi suurentuneet riskit sivuvaikutuksille. Jokaisen tutkimuksen kohdalla tulee arvioida erikseen, miten heiltä saadaan tietoinen suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 180.)

Vaikka tutkimuksessa on tavoitteena virheiden välttäminen, saattaa silti tutkimustulosten luotettavuus ja pysyvyys vaihdella. Puhuttaessa tutkimuksen reliaabeliudesta, se tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tällöin tarkoitetaan sen eisattumanvaraisia mittaus- tai tutkimustuloksia. Kahden eri arvioijan tulee silloin päätyä samankaltaisiin tuloksiin tutkimuksessa eli tutkimus on reliaabeli. Validiudella eli pätevyydellä tarkoitetaan mittarin tai menetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on haluttukin mitata. Keskeistä laadullista tutkimusta arvioitaessa on kuvata tarkasti, mitä tutkimuksessa on tehty ja kuinka tuloksiin on päädytty. Eli validius merkitsee yhteensopivuutta kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten välillä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltavien otos on pieni, joten reliaabelius saattaa vaihdella, jos haastateltavat vaihtuisivat. Kaikki vastaukset, mitä tähän opinnäytetyöhön saatiin, ovat viiden erilaisen skitsofreniaa ja diabetesta sairastavan ihmisen todellisuutta. Myös opinnäytetyön tekijän kokemattomuus haastattelujen tekijänä supistaa aiheen käsittelyä. Toisaalta opinnäytetyön tekijä oli varautunut siihen, että haastateltavat eivät jaksaisi haastattelutilannetta kovin pitkään ja vastaukset olisivat enemmän juu-ei -tyyppisiä vastauksia. Toki niitäkin oli. Opinnäytetyön tekijän yllätti se, että haastateltavat olivat hyvin mukana haastattelutilanteessa ja pääsääntöisesti motivoituneita vastaamaan kysymyksiin ja keskustelemaan avoimesti myös muista asioista kuin mitä kysyttiin.

Teemahaastattelun runko oli laadittu melko tarkasti ja aihealueet ”silputtu” yksityiskohtaisiin osiin. Osa-alueet olisi voinut jättää myös laajempiin kokonaisuuksiin, jol-

loin haastateltavat olisivat joutuneet vielä syvemmin pohtimaan vastauksiaan. Haastattelussa olisi voinut tulla ilmi vielä enemmän asiakkaiden omia ajatuksia ja näkemyksiä. Kääntöpuolena taas tällöin haastattelutilanne olisi voinut tuntua heistä liian raskaalta, jolloin väsymyksestä johtuen tai epätietoisuudesta, miten tulisi vastata, olisivat vastaukset voineet jäädä pintapuolisiksi.

Opinnäytetyön tekijän mielestä tässä opinnäytetyössä validius toteutuu suhteellisen hyvin. Mittarilla saatiin selville niitä asioita, joita haluttiinkin tietää. Tutkittavan kysymyksen kolme kohdalla tosin ei saatu selkeää vastausta, eli siihen, miten skitsofreniapotilaan sosiaalinen verkosto tukee diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointia. Haastattelujen perusteella kaksi asiakkaista tapaa sukulaistaan säännöllisesti. Ennemmin kaikkien haastateltujen tukiverkosto löytyy juuri muualta kuin omasta perheestä. Haastatelluille Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen toiset asiakkaat, ystävät ja hoitajat tuntuivat olevan merkityksellisempiä kuin usein kaukana asuvat tai jo iällä olevat sukulaiset.

Opinnäytetyö toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimuslupa anottiin Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymän aikuisterveydenhuollon päällikön Kirsti Yli-Rämin kautta PoSan johtoryhmältä. Tutkittavilta asiakkailta kysyttiin lupa haastatteluun suullisesti. Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja tutkittavilta saadut tiedot säilytettiin asianmukaisesti. Haastattelut tallennettiin ja tämän jälkeen litteroitiin huolellisesti. Anonymiteetin suojaaminen on keskeistä kaikessa tutkimustyössä, jolloin aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 179). Tietoja käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti haastateltavien anonymiteetti huomioiden. Tutkimuksen valmistuttua haastattelujen ääninauhat ja muu aineisto tuhotaan.

13 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Niin diabeteksesta kuin skitsofreniastakin tehdään tasaisin väliajoin uusia tutkimuksia ja mediassa tuodaan esille uusia tutkimustuloksia, jotta saataisiin lisää selvyyttä

näiden tautien syntymekanismeista, altistavista tekijöistä ja kuinka näitä tauteja sairastavia voitaisiin hoitaa mahdollisimman varhain ja mahdollisimman hyvin. Tässä opinnäytetyössä haluttiin kartoittaa pienellä otoksella diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointia, mistä asioista se koostuu, miten he itse kokevat terveydentilansa sekä miten sosiaalinen verkosto tukee heidän hyvinvointiansa. On tärkeää, että huomioidaan, miten nyt sairastavien elämänlaatua voitaisiin kohentaa ja heidän selviytymistään arjessa voitaisiin parantaa.

Skitsofreniapotilaat itse eivät kykene vaatimaan tai saa toimeksi vaatiakseen hyvää hoitoa tai riittäviä palveluita. Varsinkin, kun kyseessä on kaksi suuresti terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä uhkaavaa sairautta yhdessä, terveydenhuollon palvelujen tulisi toimia tehokkaasti. Tätä opinnäytetyötä varten haastatellut asiakkaat eivät kokeneet, että ”kuntoutumisyksikössä” tarvitsisi mitenkään erityisesti huomioida heidän diabetestaan, eivätkä he kokeneet tarvitsevansa enempää palveluita diabeteshoitajaltakaan. On totta, että tämän potilasryhmän motivointi on erityisen haastavaa ja heidän kokemansa sekä psyykkiset että somaattiset vaivat ovat hyvin monisyisiä ja ”kaikki vaikuttaa kaikkeen”.

Diabetesta sairastavat haastatellut skitsofreniapotilaat selviytyvät, yhtä lukuun ottamatta, omahoidosta. Heidän joukossaan oli yksi insuliinihoitoinen diabeetikko, joka hoitaa esimerkiksi pistämiset itse. Heidän teoriatietonsa diabeteksen hoidosta oli ylättävän hyvää, vaikka käytännössä nämä teoriatiedot eivät heidän kohdallaan toteutuneetkaan. Haastatelluista neljä oli miehiä. Juuri miehillä oli hankaluuksia noudattaa esimerkiksi säännöllistä ruokailurytmiä ja monipuolisuutta ravinnossaan. Ruokailurytmien epäsäännöllisyys saattaa olla ainakin yksi osasyy heittelehtiviin verensokeriarvoihin ja täten ilmenevään alakuloon, väsymykseen ja tietynlaiseen toimettomuuteen.

Jos esimerkiksi aikaresurssit olisivat antaneet myöten, olisi ollut mielenkiintoista toteuttaa opinnäytetyö osittain toiminnallisena projektityönä, johon olisi kuulunut muunkinlaista toimintaa kuin asiakkaiden haastattelut. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla projekti, jossa annettaisiin erityisesti miespuolisille asiakkaille ravitsemustietoa liittyen heidän sairauksiinsa ja jossa tehtäisiin yhdessä helppoja itse tehtäviä ruokia ravitsemussuositukset huomioiden. Vaikka Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuk-

sessa valmistetaankin yhdessä ruokaa, projekti panostaisi erityisesti miesskitsofreenikoiden selviytymiseen mahdollisimman hyvin. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, miten tässä opinnäytetyössä tutkittuihin kysymyksiin saadut vastaukset eroavat sukupuolten välillä, eli vaikuttaako sukupuoli hyvinvoinnin kokemiseen ja omahoitoon.

Tässä opinnäytetyössä oli haastavaa aiheen laajuuden, monitahoisuuden ja aineiston runsauden vuoksi samalla pitäytyä aiheen rajauksessa. Sekä skitsofreniasta että diabeteksesta saadaan paljon uusia tutkimustuloksia. Kun otetaan huomioon ihmisen holistisuus, aihetta voisi käsitellä hyvin monesta eri näkökulmasta. Lisäksi se, miten hyvinvointi koetaan, on hyvin subjektiivinen kokemus. Mitään varsinaista hyvinvoinnin mittaria kun ei ole. Oma kiinnostukseni aihetta kohtaan on auttanut oppimisprosessissa. Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen ja mielenkiintoinen matka ja se on antanut itselleni paljon uutta tietoa skitsofreniasta ja diabeteksesta ja etenkin näiden kahden sairauden yhteisvaikutuksista.

Hoitotyön näkökulmasta näiden kahden sairauden sairastaminen antaa pohtimisen aihetta, kuinka motivoida asiakasta hoitamaan itseään riittävän hyvin. Näissä asiakkaissa ilahdutti heidän harrastamansa hyötyliikunta ja se, että lähes kaikki ymmärsivät, että heidän tulee ylipäätään liikkua, vaikka se olisikin vasta tavoiteryhmässä suunniteltua. Ravinnon laatu vaikuttaa ihmisessä hyvin monitahoisesti, niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Esimerkiksi näiden asiakkaiden kohdalla voisi olla huomattavat terveydelliset muutokset, jos heidän ravitsemuksensa saisi kuntoon. Kuten teoreettisessa osuudessa tuotiin esille riittävän toimeentulon merkitys, saattaa useilla asiakkailla hyvä ravitsemus jäädä ”toiselle sijalle” heikon taloudellisen tilanteen vuoksi. Koulutustason alhaisuus ja eläkkeellä olo saattavat johtaa moniin epäsuotuisiin elämäntavan valintoihin. Yksi asiakas koki selvästi olevansa ”kakkosluokan kansalainen”. Yhteiskunnan tulisikin taata jollakin tavalla mielenterveyspotilaiden riittävä toimeentulo ja mahdollisimman hyvä hyvinvointi. Tätä kautta voitaisiin pitemmän päälle yhteiskunnallisella tasolla saada aikaan myös säästöjä.

Opinnäytetyö ja sen tulokset tullaan esittämään Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen henkilökunnalle. He tulevat saamaan työstä oman versionsa. Siellä työn tuloksia voidaan tarkastella ja hyödyntää heidän parhaaksi katsomallaan tavalla.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Aro, E. (toim.). 2007. Diabetes ja ruoka – Teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalan ammattilaisille. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Cooney, E. 2011. Major study on schizophrenia, bipolar. Broad Institute Communications. Viitattu 13.9.2013. http://news.harvard.edu/gazette/story/2011/09/major-study-on-sch...

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. p. Helsinki: Tammi

Hjelt, Y. 2014. Turkulaiset mukana selvittämässä psykoosin syntymekanismia. Yle Uutiset 14.1.2014. Viitattu 30.1.2014. http://yle.fi/uutiset/turkulaiset_mukana_selvittamassa_psykoosin_syntymekanismia/7031315

Holi, M. Fyysiset sairaudet ja mielenterveyspotilaiden kokonaishoito. Viitattu 14.8.2013. www.helsinki.fi

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. p. Helsinki:WSOYpro Oy.

Holopainen, S., Henell, T., Hirvonen, J., Leivo, T. & Porali, J. 2013. Potilasohjaus metabolista oireyhtymää sairastaville skitsofreniapotilaille Niuvanniemen sairaalassa. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.8.2013. http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305107644

Huttunen, M. 2013. Skitsofrenia. Viitattu 15.1.2013 ja 31.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Huttunen, M. 2008a-b. Lääkehoitoon liittyvät ongelmat. Viitattu 2.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hyyppä, M.T. 2009. Yhdessä puuhaamisesta elämän eliksiiriä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 226. Viitattu 15.8.2013. http://www.mielenterveysseura.fi/files/276/hyvinvoinninOPAS15.9.pdf

Isohanni, M. 2011. Luento skitsofreniasta osana valtakunnallisen mielenterveysviikon ohjelmaa 22.11.2011. Viitattu 1.2.2013. http://www.skitsofreniayhdistys.fi

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Helsinki: WSOY

Kankaanpää, S. 2012. Diabeteksen kaksi päätyyppiä. Terveydenhoitaja 6, 8.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2 p. Helsinki: WSOYpro Oy

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Suomen Lääkärilehti 4, 275-280.

Koski, S. 2012. Diabetes Suomessa ja maailmalla. Terveydenhoitaja 6, 9.

Kotamäki, J. 2012. Skitsofreniaa sairastavan puolison kokemukset arjesta ja tuen tarpeesta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 15.9.2013. http://www.tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05560.pdf

Käypä hoito -suositukset. 2013. Viitattu 14.8.2013. www.kaypahoito.fi

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Viitattu 1.2.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Löydä tie eteenpäin -opas. 2008. Viitattu 12.8.2013 ja 14.8.2013. www.apuaskitsofreniaan.fi

Mielenterveyden keskusliiton julkaisuja. 2008. Liikunta ja mielenterveys. Viitattu 11.9.2013. http://www.mtkl.fi/@Bin/285221/Liikunta+ja+mielenterveys+netti.pdf

Mäensivu, P. 2013. Re:opinnäytetyötä. Vastaanottaja: nina.ylikoski@student.samk.fi. Lähetetty: 13.9.2013 klo 14.21. Viitattu 29.9.2013.

Onkalo, P. 2009. Tarkoituksenmukainen asuinympäristö tukee henkistä hyvinvointia. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 226. Viitattu 15.8.2013. http://www.mielenterveysseura.fi/files/276/hyvinvoinninOPAS15.9.pdf

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2007. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 703-740.

PoSa, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus -esite. 2013.

Psykoosilääkitys voi suurentaa lapsenkin diabetesriskiä. 2013. Yle Uutiset 6.9.2013. Viitattu 30.1.2014. http://yle.fi/uutiset/psykoosilaakitys_voi_suurentaa_lapsenkin_diabetesriskia/6817364?ref=leiki-uu

Sallinen, M., Kandolin, I. & Purola, M. 2007a. Fyysinen hyvinvointi. Uni. Viitattu 3.5.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Sallinen, M., Kandolin, I. & Purola, M. 2007b. Fyysinen hyvinvointi. Liikunta. Viitattu 3.6.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Sallinen, M., Kandolin, I. & Purola, M. 2007c. Fyysinen hyvinvointi. Ravinto. Viitattu 3.6.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Sallinen, M., Kandolin, I. & Purola, M. 2007d. Psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Viitattu 9.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Saraheimo, M. 2011. Diabeteksen oireet. Viitattu 13.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Saraheimo, M. 2011. Tyypin 1 diabetes. Viitattu 13.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi

Satakunnan Sairaanhoitopiirin www-sivut. 2012. Viitattu 7.8.2013. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,117483&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1

Suomen Diabetesliitto. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 4.10.2012. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/metabolinen_oireyhtyma

Tartakovsky, M. S. 2011. Schizophrenia and Genetics: Research Update. PsychCentral. Viitattu 13.9.2013. http://psychcentral.com/lib/2011/schizophrenia-and-genetics-resea...

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Mielen hyvinvointi. Viitattu 3.5.2013. http://www.thl.fi

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2013b. Tyypin 2 diabetes ja ravitsemus. Viitattu 6.9.2013. http://www.thl.fi

Työsuojeluhallinnon www-sivut. 2013. Henkinen kuormitus. Viitattu 23.3.2014. http://www.tyosuojelu.fi/fi/henkinenkuormitus/88

Uusitupa, M. 2009. Aikuistyypin diabeteksen (tyypin 2 diabeteksen) ehkäisy (lyhyt ohje). Viitattu 4.10.2012. http://www.terveyskirjasto.fi

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, I. S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Lääkärilehti 11, 863-869. Viitattu 4.5.2013. http:// www.fimnet.fi

www.skitsofreniatietoa.fi. 2012. Viitattu 30.8.2013

LIITE 1

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. **Terveydentila, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi**

Mitä hyvinvointi on haastateltavan mielestä?
- Mistä asioista hyvinvointi koostuu?
- Miten itse pitää hyvinvoinnistaan huolta?

Minkälaisena itse kokee terveydentilansa?
- Mitkä asiat omasta mielestä vaikuttaa?
- Mitä voisi itse tehdä oman hyvinvointinsa parantamiseksi?

Harrastaako liikuntaa?
- Minkälaista liikuntaa?
- Kuinka usein?
- Liikkuuko ryhmässä vai yksin?

Minkälaiset ruokailutavat on?
- Kuinka monta ateriaa päivässä?
- Syökö terveellisesti (esimerkiksi lautasmallin mukaan)?
- Valmistaako itselleen lämpimän aterian?

Minkälaiset unitottumukset on?
- Montako tuntia saa unta yössä?
- Tunteeko nukkuvansa riittävästi?
- Saako nukuttua / onko uni yhtenäistä?

Diabeteksen vaikutus hyvinvointiin?
- Minkälainen on diabeteksen hoitotasapaino (verensokeritaso)?
- Miten kokee diabeteksen vaikuttavan olotilaan (hyvinvointiin)?
- Miten ruokailu vaikuttaa esimerkiksi diabeteslääkkeiden käyttöön?

Miten diabeteksen hoito toteutuu?
- Miten pystyy huolehtimaan diabeteksen hoidosta?
- Käykö säännöllisesti diabetekseen liittyvissä tarkastuksissa?
- Huomioidaanko diabetes kuntoutumisyksikössä? Miten?

Psyykelääkkeiden vaikutus hyvinvointiin ja yleiseen vireyteen?
- Kokeeko itse psyykelääkityksen vaikuttavan toivomalla tavalla?
- Onko skitsofreniasta johtuvat oireet pysyneet hallinnassa?
- Minkälaisia oireita on (jos ei ole pysynyt hallinnassa)?

Psyykelääkkeiden haittavaikutukset?
- Onko lääkityksellä haittavaikutuksia?
- Kuinka paljon kokee haittavaikutuksien vaikuttavan arkeen?

2. **(Psyko)sosiaalinen hyvinvointi ja fyysinen ympäristö**

Perhesuhteet?
- Millainen perhe on?
- Missä perheenjäsenet asuvat?
- Mikä merkitys perheenjäsenillä on?
  (Tuki? Hyväksyntä? Huolenpito?)
- Keitä muita tärkeitä ihmisiä elämään kuuluu?
  - Mikä merkitys heillä on?

Mitkä muut asiat tuovat iloa ja merkitystä elämään?
- Käykö töissä?
- Opiskeleeko?
- Mitä muita mielenkiinnon kohteita on?

Asuinympäristö ja koti?
- Onko viihtyisä?
- Vastaako omia tarpeita ja toiveita?
- Kokeeko turvalliseksi?

LIITE 2

SKITSOFRENIAPOTILAITA

Internetissä skitsofreniatietoa.fi -sivustolla on nähtävissä ja kuultavissa neljä eri selviytymistarinaa skitsofrenian kanssa elävistä naisista ja miehistä, Alica Tiirakarista, Kai Kotirannasta, Sari Pelkosesta ja Joonas Tuomisesta. He sairastuivat nuorina skitsofreniaan, mutta ovat nyt toipuneet ja pystyvät elämään suhteellisen normaalia elämää. (skitsofreniatietoa.fi)

Alica on 27-vuotias skitsofreniaa sairastava liiketalouden opiskelija ja koulutus merkitsee hänelle tällä hetkellä todella paljon. Se antaa eväät kasvamiseen ja eteenpäin menemiseen, mikä auttaa sairauden kanssa elämisessä. Sairastaessaan psykooseja rankkoja kokemuksia olivat ”palasiksi hajoamisen” tunne ja todellisuuden tuntuiset kuuloharhat. Niistä hän halusi niin kovasti päästä eroon, että ainoa keino olisi voinut olla vaikka itsensä tappaminen. Isä kertoo, että kolme ensimmäistä vuotta sairastumisesta olivat pahimmat. Koko sairautensa ajan Alicalle on kuitenkin ollut vanhempien tuki ja hyväksyntä. Tärkeäksi hän kokee normaalin, tavallisen elämän. Lisäksi tärkeää on saada omasta elämästä kiinni ja omistaa omaa rahaa. Kaikista tärkeimmiksi elämässään hän kertoo olevan äidin, isän, veljien ja oman koiransa. Alica kertoo, että ilman heitä hän ei olisi selvinnyt. Nyt parasta on kuitenkin se, että ei ahdista enää. Nyt on halu elää ja kokeilla ja kokea uutta, elää täysillä. Tulevaisuudenhaaveena hänellä on saada hyvä, oma koti, valmistua opiskeluista, elää täyttä, normaalia elämää. Tähän elämään kuuluu myös ystävien tapaaminen ja se, että saisi välillä pitää koiraansa. Isä toteaa lisäksi, että skitsofreenikko tarvitsee kaikkien mahdollisten tukea niin paljon kuin suinkin mahdollista. (skitsofreniatietoa.fi)

Kai on 47-vuotias mies ja oli ennen sairastumistaan oikeustieteitten opiskelija. Hän joutui sairastumisensa vuoksi luopumaan opinnoistaan. Skitsofreniadiagnoosin saaminen psykoosien jälkeen oli kuitenkin helpotus. Hän on saanut paljon apua lähiperheeltä. Tällä hetkellä Kai asuu yksin omassa asunnossaan ja voi paljon paremmin. Nyt Kaille kuntoilu ja muu liikunta ovat tärkeä osa elämää. Hän alkoi aktiivisesti harrastaa kuntoliikuntaa sairastumisensa jälkeen. Hän kertoo, että jos ei kuntoile tarpeeksi paino saattaa nousta ja on väsynyt. Siskon kanssa hän on tekemisissä paljon ja

he ovat yhteydessä ainakin kerran viikossa. ”Pitää olla semmoisia läheisiä kontakteja sitte, että pääsee asioissa eteenpäin.” Kain siskon mukaan tärkeää on, että itse hyväksyy omat oireensa ja opettelee elämään niiden kanssa, sekä myös se, että ympäristö hyväksyy. Ihminen itse ei kuitenkaan sairastumisen myötä muutu, vaan käytös muuttuu. Sisko lisäksi kertoo oppineensa, että skitsofrenian kanssa oppii elämään ja sairaudesta huolimatta voi elää rikasta elämää. Kai pitää tärkeänä sitä, että on sekä fyysisesti että älyllisesti aktiivinen. Opiskelujen kautta hän toivoo oppivansa jotakin uutta. Kain tulevaisuudentavoitteisiin kuuluukin suorittaa kesken jääneet opinnot loppuun ja sen jälkeen saada töitä. Kuntoutumista edesauttavat lukeminen ja oman blogin kirjoittaminen. Kai haaveilee ”kohtuullisesta terveydestä”, että saisi elää kauan. Tämä vaatii liikuntaa. Lisäksi hän haaveilee liikuntamahdollisuuksista. (skitsofreniatietoa.fi)

Sari on 35-vuotias skitsofreenikko ja hän työskentelee keittiöapulaisena. Työssä käydessä ”pää pysyy vähä terveempänä, mielenterveydellisesti hyvä juttu, ett on muutakin ajateltavaa kun se mielisairaus”. Teini-iässä ollessaan Sari masentui ja hänellä oli paljon mielenterveysongelmia. Tuhoajatuksissaan hän kokeili itsemurhaa. Sairauden pahenemisvaiheessa 19-vuotiaana hänellä diagnosoitiin skitsofrenia ja pääsi heti sairaalaan ja sai apua. Sairauteen kuului häpeä; ajatus, että kaikki tietävät, että hänellä on mielisairaus, skitsofrenia. Nykyisin hän tuntee välillä sairastavansa skitsofreniaa. Isossa porukassa hänen tiedostaessa itseään kuunneltavan, itsetunnon ollessa laskussa, tulee vainoharhoja. Sari asuu vielä mielenterveyskuntoutujien kuntoutuskeskuksessa, mutta tulevaisuuden haaveena hänellä on elää ihan omillaan. Haaveena hänellä onkin omistaa mummonmökki, jonka hän maalaisi mustavalkoiseksi. Elintärkeitä asioita hänelle ovat työ ja kuntoilu, joiden kautta on voi saada paremman olon ja kuntoutua. Hän kuitenkin tiedostaa, että kuntoutuminen vie aikaa. Sari onkin saanut paljon apua kuntoutumiskeskuksen ohjaajalta. Tänä päivänä hän keskittyy omaan terveyteensä. (skitsofreniatietoa.fi)

Joonas on 22-vuotias ja hän sairastui skitsofreniaan varhaisteini-ikäisenä. Silloin hän alkoi kuulla ääniä ja hänen suhtautumisensa koko ympäristöön muuttui äkkiä, tuli vainoharhaisuutta ja harhanäkyjä. Psykoosien myötä hän pääsi sairaalahoitoon. Perheelle oli helpottavaa diagnoosin saaminen. Hän saakin paljon apua sekä lääkäriltään että perheeltään. Joonas käy työssä tehtaalla ja hän pitää käsillä tekemisestä. Käsityö

onkin jo koulussa ollut hänen mieliaineensa. Hänen toimenkuvaansa töissä kuuluu WC:ssä käytettävien vesiliitäntöjen tekeminen. Onneksi töissä on mukava ilmapiiri ja sinne on mukava mennä. Työ on tärkeä osa elämää ja se antaa arkeen sisältöä. Kun Joonaksella on huono päivä, hänen tapansa on lähteä patikoimaan metsään. Siellä hän pystyy rentoutumaan ja selventämään ajatuksiaan. Patikointia hän harrastaakin vähintään kerran viikossa. ”Mihin asfaltti loppuu, loppuu masennuskin.” Rauhallinen ympäristö rentouttaa. Joonas kertoo, että skitsofrenia ei vaikuta nyt mitenkään hänen elämäänsä. Hän kykenee huolehtimaan sekä omasta talostaan että lemmikistään. Uuden lääkkeen saatuaan hän on ollut täysin oireeton. Hän toivoo, että jaksaisi vanhemmallakin iällä käydä patikoimassa ja kuntosalilla. (skitsofreniatietoa.fi)

Näissä kaikissa neljässä potilasesimerkissä tulee ilmi, että heidän arvostamansa asiat ovat niitä ihan tavallisia arkipäivän asioita. Heille elämänlaatua ja hyvinvointia elämään toi läheiset ihmiset, koulutus tai työ, liikunta ja terveys sekä kuntoutuminen. Heillä kaikilla oli tulevaisuudessaan joitakin unelmia; oma koti, omat rahat ja oma itsenäinen elämä sekä kyvykkyys liikkua olivat niitä heidän tärkeinä pitämiään asioita.

LIITE 3

ANOMUS

Nina Ylikoski
Neuvoksenkatu 10 A 8
38700 Kankaanpää
puh.040-572 5557
nina.ylikoski@student.samk.fi

Anomus opinnäytetyön aineiston keräämiseksi Kankaanpään Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”diabetesta sairastavan skitsofreniapotilaan hyvinvointi”.

Anon lupaa tehdä opinnäytetyöhöni kuuluvan kyselyn Kankaanpään Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksessa. Aineisto kerätään teemahaastattelulla ja kohdejoukko on ko. palvelukeskuksen asiakkaat, joilla on diagnosoitu sekä skitsofrenia että diabetes. Otoskoko on viisi asiakasta. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen hoitaja valitsee haastateltavat niiden joukosta, jotka täyttävät vaadittavat kriteerit. Teemahaastattelut on tarkoitus toteuttaa lokakuun 2013 aikana.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltavilta kysytään suostumus haastatteluun suullisesti. Teemahaastattelut nauhoitetaan ja tämän jälkeen litteroidaan. Aineisto käsitellään sisällönanalyysillä. Haastateltavien anonymiteetti huomioidaan ja tietoja tullaan käsittelemään ehdottoman luottamuksellisesti. Ääninauhat ja muu haastatteluun liittyvä aineisto tuhotaan tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyötä ohjaa
Tiina Mikkonen-Ojala, lehtori, vastaava opettajatutor
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden osaamisalue
puh. 044-710 3422
tiina.mikkonen-ojala@samk.fi

Kankaanpäässä 23.9.2013

Kunnioittavasti

Nina Ylikoski

LIITTEET: opinnäytetyön teoreettinen osa, teemahaastattelurunko

LIITE 4

tutkimuslupa
Tapani Santavirta [tapani.santavirta@eposa.fi]

Lähetetty: 14. lokakuuta 2013 12:02
Vastaanottaja: Ylikoski Nina
Kopio: kirsti.yli-rami@eposa.fi

Hei

Olit pyytänyt tutkimuslupaa PoSalta. Viime viikon johtoryhmän on asian hyväksynyt.

Tapani Santavirta
Aikuispalvelujohtaja
044 577 2511
tapani.santavirta@eposa.fi

Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymä
PoSa
Kankaanpään perusturvakeskus
Kuninkaanlähteenkatu 8
38700 Kankaanpää

postiosoite: PL 36, 38701 KANKAANPÄÄ

LIITE 5

Saatekirje 17.10.2013

Hei,

Olen terveydenhoitajaopiskelija Nina Ylikoski Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni diabetekseen ja mielenterveyteen liittyen.

Tarvitsen apuasi opinnäytetyön tekoon eli toivon, että suostuisit haastateltavakseni opinnäytetyötäni varten. Olen kiinnostunut hyvinvointiisi ja terveydentilaasi liittyvistä asioista. Näistä aiheista keskustelisimme haastattelun aikana. Haastattelussa käsiteltävät asiat ovat täysin luottamuksellisia eli olen vaitiolovelvollinen.

Haastattelisin Sinua loka-marraskuussa 2013. Tarkasta ajankohdasta sovitaan erikseen.

Jotta pystyn käsittelemään haastattelussa esille tulleita asioita opinnäytetyötäni varten, minun pitää tallentaa keskustelumme pienellä taskukokoisella nauhurilla. Toivon, että tämä ei haittaa Sinua eikä estä haastatteluun osallistumista. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki tallenteet tuhotaan.

Kiitos etukäteen mielenkiinnostasi!