

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tuula Numminen

Niina Virta

SKITSOFRENIAPOTILAIDEN KOKEMUKSIA OIREENHALLIN-
TARYHMISTÄ RAUMALLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007

SKITSOFRENIAPOTILAIEN KOKEMUKSIA OIREENHALLINTA- RYHMISTÄ RAUMALLA

Numminen Tuula
Virta Niina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Rauma
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2007
Pirilä, Ritva
YKL:59.561
Sivumäärä:38

Avainsanat: skitsofrenia, hoitomenetelmät, oireet, kokemukset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten raumalaiset skitsofreniapotilaat ovat kokeneet psykoedukatiiviseen viitekehykseen perustuviin oireenhallintaryhmiin osallistumisen vaikuttaneen oman sairautensa hallintaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten ryhmiä tulee kehittää, jotta ne palvelisivat tarkoitustaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Tutkimuksessa selvitettiin, miten oireenhallintaryhmiin osallistuminen on vaikuttanut skitsofreniapotilaiden tietoihin omasta sairaudestaan ja onko ryhmistä saatu tieto vaikuttanut heidän elämäänsä sairauden kanssa. Tutkimuksessa selvitettiin myös, mitkä ryhmissä käsitellyt asiat olivat parhaiten jääneet osallistujien mieleen ja mitä mahdollisia kehittämistarpeita ryhmissä heidän mielestään on.

Rauman mielenterveyskeskuksen avohoidon yksikön järjestämiin oireenhallintaryhmiin osallistuneita skitsofreniapotilaita (N=22) kutsuttiin henkilökohtaisiin haastatteluihin kesällä 2007. Haastattelut suoritettiin strukturoiden teemahaastattelurungon avulla ja ne nauhoitettiin. Haastatteluihin osallistui 10 potilasta, vastausprosentiksi saatiin 47,5.

Tutkimuksen teoriaosuudessa käsiteltiin skitsofreniaa ja sitä, miten sairauden oireet voivat ilmentyä eri ihmisillä ja miten ne vaikuttavat potilaiden arkipäivässä selviytymiseen. Psykoedukaatiota tarkasteltiin sen historiasta nykypäivään asti, huomioiden sen erilaiset muodot psyykkisesti sairaiden ihmisten hoidossa. Oireenhallintaryhmien tarkoitusta ja periaatteita käsiteltiin omana osuutenaan. Empiirisessä osiossa pyrittiin todentamaan oireenhallintaryhmien hyödyllisyys osana skitsofreniapotilaiden avohoitoa.

Tulosten mukaan skitsofreniapotilaat ovat kokeneet oireenhallintaryhmiin osallistumisen erittäin positiivisena ja kokevat saaneensa ryhmästä apua itselleen. Vertaistuki ja tieto omista varomerkeistä on koettu tärkeäksi. Osa vastaajista kertoi sairaalahoitojaksojensa vähentyneen merkittävästi ryhmään osallistumisen jälkeen.

SCHIZOPHRENIA PATIENTS' VIEWS ON SYMPTOM MANAGEMENT GROUPS IN RAUMA

Numminen Tuula

Virta Niina

Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health care, Rauma

Degree Programme in Nursing Care

November 2007

Pirilä Ritva

PLC:59.561

Number of Pages:38

Key Words: schizophrenia, methods of treatment, symptoms, experiences

This thesis deals with the experiences of the schizophrenia patients residing in Rauma. The purpose of the study was to gather information about the patients' views on how the participation in symptom management groups, in which a psycho educational approach is applied, has helped them cope with their disease. Additionally, the aim was to produce information with which these groups could be further developed in order to best serve their intended purpose.

This study tries to establish whether the participation in symptom management groups has had an effect on the schizophrenia patient's knowledge of his/her disease and, furthermore, whether the information received at the sessions has had an influence on how the patients cope with their condition in their everyday lives. This study also examined what were the topics discussed in the group, which had been appreciated most and, moreover, what were the patients' own suggestions for further developing the functions of these groups.

The schizophrenia patients participating in symptom management groups organized by the outpatient unit of Mental Health Center in Rauma (N=22) were invited for personal interviews in summer 2007. The interviews were conducted as structured interviews employing a thematic framework. All the interviews were audio-recorded. Ten patients participated in the interviews and, thus, the response percentage was 47,5.

The theoretical part of the study deals with schizophrenia as a disease, various types of symptoms occurring in individual patients and the impact of these symptoms on the patients' everyday lives. A brief review of the concept of psycho education describes the development of this educational method from past to present and, also, gives examples on various psycho educational methods currently available in the care of psychiatric disorders. The purpose and practises of the symptom management group were dealt in a separate chapter. The empirical part of the study strives to establish the feasibility of symptom management groups as part of schizophrenia patients' outpatient care.

The results show that the participation in symptom management groups has been both a positive experience for the patients and it has had a significant impact on their lives. Patients emphasized the importance of the peer group as well as understanding one's own warning signs of illness relapses. For part of the patients hospitalisation periods have significantly shortened since being involved in the group.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	SKITSOFRENIA POTILAIEN PSYKOEDUKAATIO	7
2.1	Skitsofrenia	7
2.2	Varomerkit ja ennakko-oireet	11
2.3	Psykoedukaatio	12
2.4	Oireenhallintaryhmät	16
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	18
4.2	Tutkimuksen kohdeorganisaatio ja kohderyhmä	20
4.3	Tutkimusaineiston keruu.....	20
4.4	Analysointi.....	21
5	TUTKIMUSTULOKSET	22
5.1	Potilaiden kokemukset oireenhallintaryhmien sisällöstä.....	23
5.2	Potilaiden mielipiteitä oireenhallintaryhmän toiminnasta ja kehittämistarpeista	26
6	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	29
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	32
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	33
7.2	Tutkimuksen eettisyys	34
	LÄHTEET.....	36

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupa-anomus

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe on skitsofreniapotilaiden oireenhallintaryhmät Rauman mielen-terveyskeskuksen alueella. Oireenhallintaryhmiä on pidetty vuodesta 2001, jolloin Satakunnan sairaanhoitopiirissä aloitettiin psykiatrian henkilökunnalle tulosalueen sisäisenä koulutuksena psykoedukaation syventävät opinnot (Kesti, henkilökohtainen tiedonanto, 30.9.2005). Opinnäytetyön tekijöinä päädyimme valitsemaan aiheen, koska skitsofreniapotilaiden kokemuksia oireenhallintaryhmistä ei ole Rauman mielen-terveyskeskuksen alueella aiemmin kartoitettu. Oma mielenkiintomme aiheeseen heräsi, koska psykoedukaatio on lisääntyvässä määrin osa psykiatristen potilaiden kuntoutusta ja hoitoa. Rauman kuntoutumiskeskuksessa, missä ryhmät ovat kokoon-tuneet, henkilökunta koki ryhmiin osallistuneiden skitsofreniapotilaiden mielipitei-den ja kokemusten kartoituksen tärkeäksi. Psykoedukatiivisten ryhmien kehittämi-nen sellaisiksi, että ne vastaavat osallistujien tarpeita parhaiten, on yksi tämän työn tarkoituksista. Lisäksi opinnäytetyön avulla on tarkoitus selvittää, mitä oireenhallin-taryhmiin osallistuneet mielestään ovat ryhmän aikana oppineet ja miten he kokevat ryhmän vaikuttaneen oman sairauden hallintaan. Myös ryhmien hyvät ja huonot puo-let osallistujien näkökulmasta on tarkoitus selvittää.

Olemme skitsofreniapotilaiden kanssa työskennellessämme huomanneet, että heillä ei aina ole tietoa omasta sairaudestaan ja sen oireista. Oireettoman tai vähäoireisen jakson jälkeen sairauden uusiutuminen tapahtuu usein nopeasti. Jos tilanteeseen ei puututa riittävän ajoissa, saavutettu hoitotasapaino voidaan menettää pitkäksi aikaa. Riittävä ja ajantasainen tieto voi auttaa potilasta ja hänen läheisiään tunnistamaan skitsofrenian ennakko-oireet niin, että hoitoon hakeutuminen tapahtuu mahdollisim-man varhaisessa vaiheessa. Sairaalahoitajaksoilta voi välttyä, kun sairauden uusimi-sen oireet tunnistaa ajoissa. Avohoidon keinoin on mahdollista hoitaa sairauden oi-reet ennen varsinaisen psykoosin alkamista. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2003, 95- 103.) Psykoedukaatio ja oireenhallintaryhmät ovat tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä Raumalla, etenkin avohoidon yksiköissä. Osallistujien koke-mukset ja mielipiteet ovat henkilökunnalle tärkeitä, koska niitä tutkimalla on mah-dollista saada tietoa ryhmien toiminnan ja sisällön kehittämiseksi, jotta potilaat oppi-vat seuraamaan vointiaan ja välttämään vaikeat relapsit, elämänhallinnan

vaikeutumisen ja sairaalahoitoon joutumisen. Tutkimuksesta saatua tietoa voimme myös itse hyödyntää omassa työssämme.

Keskeisenä potilaan tiedonsaantia määrittävänä lakina voidaan pitää lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä potilaan hoidosta päätettäessä. Tiedonsaantia voidaan rajata, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle. Tieto on lain mukaan annettava niin, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Rauman kuntoutumiskeskuksen oireenhallintaryhmiä pitävän henkilökunnan kanssa. Yhteyshenkilönä kuntoutumiskeskuksessa on toimintaterapeutti Nummi, joka on ollut alusta alkaen mukana koulutuksellisen hoitomallin ohjaajana ja oireenhallintaryhmien vetäjänä. Häneltä saamme tiedot oireenhallintaryhmiin osallistuneista skitsofreniapotilaista.

Tutkimusaineiston keräys tehdään teemahaastatteluina kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesti. Kohdejoukkona on Rauman alueella ryhmissä mukana olleet skitsofreniapotilaat. Tarkoituksena on haastatella noin 10 -20 henkilöä. Haastattelut nauhoitetaan. Olemme päättäneet tehdä opinnäytetyön parityönä, koska työskentelemme molemmat psykiatrisessa hoitotyössä Rauman mielenterveyskeskuksessa. Haastattelut on mahdollista tehdä eettisten periaatteiden mukaisesti, kun haastatteleminen ne potilaat, joiden hoitoon emme ole itse osallistuneet. Opinnäytetyön teoriaosuuteen kumpikin opinnäytetyöntekijä kerää tietoa, joka tarkastetaan ja kootaan opinnäytetyöksi.

2 SKITSOFRENIA POTILAIDEN PSYKOEDUKAATIO

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö. Se on eräs vaikeimmista ja haastavimmista ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista, jonka tausta on todennäköisesti monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Sairauden synnyn lähtökohtana voidaan pitää ihmisen biologista taustaa, luonnetta ja perintötekijöitä. Rissanen lisensiaattityössään haastattelemat sairaanhoitajat (n = 17) painottivat skitsofrenian synnyn syyksi ihmisen sisäistä herkkyyttä, jonka vuoksi jotkut ovat alttiimpia sairastumaan kuin toiset. Sisäinen herkkyyys liitetiin ihmisten kykyyn kokea ja sietää asioita ja siihen, miten kokemukset vaikuttavat eri tavoin eri ihmisiin. Perimän ei nähty vaikuttavan sairastumisriskiin suoraan, vaan riskin uskottiin kasvavan vasta, jos luonnostaan herkkä ihminen joutuu kokemaan paljon vaikeuksia ja vastoinkäymisiä. (Rissanen 2007, 31 – 33.)

Vaikka skitsofrenian hoito on kehittynyt paljon, häiriöön liittyy edelleen paljon omaisten ja potilaiden kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua (Isohanni ym. 2003, 57). Skitsofrenian ilmaantuvuuden vuotuinen luku Suomessa vaihtelee eri tutkimuksissa. Vuonna 1988 valmistuneessa Skitsofreniaprojektin loppuraportissa arvioitiin uusia sairastuneita olevan vuosittain 16 -19 väestön 100 000 asukasta kohden. (Alanen, Kokkola & Pylkkänen 1988, 76.) Kirjallisuuden (Isohanni ym. 2003, 77) mukaan Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä, ja elinaikainen sairastumisriski on väestössä noin yksi prosentti. Maailmanlaajuisesti skitsofreniaa arvellaan esiintyvän eri väestöissä 0,5 -1,5 prosenttia (Pirkola & Sohlman 2005, 5).

Skitsofrenia diagnosoidaan oireiden, taantumisen ja keston perusteella. Perusoireita (harhat, hallusinaatiot, sekava puhe, häiriintynyt tai katatoninen käyttäytyminen, negatiiviset oireet) tulee olla vähintään kaksi ja niiden keston tulee olla yli kuusi kuukautta ennen sairauden diagnoosia. Kuuteen kuukauteen tulee sisältyä ainakin yhden kuukauden mittainen psykoottinen vaihe. (Sariola & Ojanen 1997, 13.)

Skitsofrenia voidaan jakaa viiteen alamuotoon, joilla kullakin on ominaiset oireensa. Alamuodot ovat hebefreeninen skitsofrenia, joka alkaa varhaisimmalla iällä, yleensä viimeistään 20. ikävuoden jälkeen. Tämä muoto saa potilaalla usein aikaan kaikkein suurimman tason laskun lähes kaikissa elämän toiminnoissa. Skitsofrenian paranoideinen muoto voi alkaa vielä keski-iässäkin, yläikärajana pidetään 45 vuotta. Tälle muodolle tyypillisiä oireita ovat vainoamis- ja suuruusharhaluulot sekä harha-ajattelut. Katatonisen skitsofrenian oireisiin kuuluu aina ruumiin liikkeisiin tai asentoihin vaikuttavia häiriöitä, kuten puhumattomuus, jäykkyys ja omituisiin asentoihin asettautuminen. Skitsofrenian simplex – tyyppi aiheuttaa potilaan mielenkiinnon sammumisen normaaleihin elämisen toimintoihin, kontakteista vetäytymistä, passiivisuutta ja tunnereaktioiden latistumista. Viidentenä tyyppinä pidetään erilais- tumatonta skitsofreniaa, jonka oireenkuvaa ei kuulu selkeästi mihinkään toiseen ala- muotoon. (Sariola & Ojanen 1996, 14.)

Tässä työssä käsitellään skitsofreniaa laajana käsitteenä, joka sisältää kaikki sairau- den ilmenemismuodot. Skitsofrenian kliiniset piirteet vaihtelevat yksilöstä toiseen muuttuen usein samallakin ihmisellä iän myötä. Skitsofrenialle tunnusomaisia ovat tietyt havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriintymi- seen liittyvät oireet. Näiden ohella esiintyy usein ongelmia yhdellä tai useammalla sosiaalisen toimintakyvyn alueella kuten ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai jopa itsestä huolehtimisessa. Potilaan toimintakyky taantuu yleensä sairastumista edeltä- neen tason alapuolelle. (Isohanni ym. 2003, 62.)

Skitsofreniassa ei ole olemassa oiretta, joka esiintyisi kaikissa tapauksissa, vaikka joitakin keskeisiä oireita voidaan havaita. Nykyisin skitsofreniaa pidetään enemmän monenlaisten oireiden yhtymänä kuin yksittäisenä tautina. Jotkut katsovat, ettei ky- seessä ole sairaus lainkaan, vaan erilainen tapa kohdata maailma ja reagoida siihen tavallisesta poikkeavasti. (Vilkko-Riihelä 2003, 604.)

Kognitiiviset puutokset, etenkin informaation prosessointiin, uuden oppimiseen ja kielelliseen muistiin liittyvät ongelmat, ovat tavallisia. Keskeisiä ovat myös käsit- teenmuodostuskyvyn ja loogisen ajattelun sekä keskittymiskyvyn häiriöt. Keskitty- miskyvyn ongelmat ilmenevät ennen kaikkea vaikeutena valita informaatiovirrasta olennainen sisältö. Sekä skitsofrenian akuutissa että sen remissiovaiheessa voi esiin-

tyä pysyviä ongelmia tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn alueella. (Isohanni ym. 2003, 66.)

Skitsofrenian kulku yksittäisellä potilaalla on vaihteleva ja riippuu muun muassa sairauden yksilöllisestä luonteesta, etenkin sairauden aiheuttamista kognitiivisista oireista, omasta motivaatiosta sekä perheen ja muun ympäristön asenteista ja tuesta. Skitsofrenia on ymmärrettävissä yksilöllisenä haavoittuvuutena, joka johtaa yleensä toistuviin aktiivisiin sairausvaiheisiin ajankohtaisten stressitekijöiden sekä henkilökohtaisten ja ulkoisten suojaavien tekijöiden yhteisvaikutuksesta riippuen. Useimmat sairastuneet kokevat sairauden akuuttivaiheen yhden tai useampia kertoja. Tällöin intensiiviset positiiviset oireet; aisti- ja harhaluulot, ovat vallitsevina. (Isohanni ym. 2003, 71.)

Aktiivisten sairausjaksojen välillä potilaan ongelmina ovat hänen toimintakykyään rajoittavat sairaudelle ominaiset kognitiiviset ja negatiiviset oireet. Kognitiivisia oireita ovat tarkkaavaisuus-, oppimis- ja toiminnanohjauksenongelmat sekä kielelliset vaikeudet. Keskeisiä oireita ovat loogisen ajattelukyvyn ja keskittymiskyvyn häiriöt. Myös sairaudentunnon puute ja abstraktin ajattelun häiriöt ovat yleisiä. Negatiivisiksi oireiksi kuvataan puheen köyhtymistä, affektien eli tunnetilojen latistumista sekä tahdottomuutta. Skitsofrenian edetessä henkilö yleensä sopeutuu sairauteensa ja oppii käyttämään hyväkseen myös muiden ihmisten, kuten läheistensä ja hoitohenkilökunnan voimavaroja, vaikka skitsofreniaan liittyvä perushaavoittuvuus jää olemaan. Skitsofrenia kroonistuu helpoimmin silloin, kun sairausjaksot alkavat vähitellen eikä sairauden pahenemiseen kiinnitetä ajoissa huomiota eikä hoidon tiivistämiseen esimerkiksi hakeutumalla psykiatrian poliklinikalle tai muun hoitavan henkilön vastaanotolle ryhdytä ajoissa. (Isohanni ym. 2003, 50 – 72.)

Skitsofreniapsykoosi on eräs pitkäaikaispsykoosin muoto ja hoidon suunnittelu on syytä aloittaa pitkällä tähtäimellä samanaikaisesti, kun akuuttihoito aloitetaan. Prosesin eri vaiheet, joita skitsofreenisen sairauden hoito ja siitä kuntoutuminen synnyttävät vaativat erilaisia toimenpiteitä. Jokin sairauden vaihe vaatii ennen kaikkea hoitoa antipsykoosilääkkeillä ja toinen keskusteluterapiaa. Eräässä vaiheessa perheen mukaan-tulo ja yleinen sosiaalinen tukihoido ovat tärkeimpiä. Hoidon suuntaus muuttuu koko ajan ja sen vuoksi on otettava huomioon, missä vaiheessa sairausprosessi on. Potilai-

den elämäntilanteet ja oireet muuttuvat sairastamisen myötä. Nykyaikaisen skitsofreniatutkimuksen avulla opitaan löytämään uusia ja entistä parempia hoitomuotoja sekä psykobiologiaan että vuorovaikutukseen perustuvia. (Malm,Lund & Rutz 1994, 42-43.)

Akuuttivaiheen hoidon päämääränä on psykoottisten oireiden ja niihin mahdollisesti liittyvän häiritsevän käyttäytymisen mahdollisimman nopea lievittäminen ja potilaan toiminnallisen toipumisen alkuun saattaminen. Useimmiten skitsofreniaan sairastunut potilas on ensimmäisen psykoosin akuuttivaiheen sairaalassa. Psykoottisten oireiden lievittämiseksi on useimmiten jo hoidon alkuvaiheessa tarpeen aloittaa potilaalle antipsykoottinen lääkehoito. Tutkimukset ovat osoittaneet, että viive skitsofreniapotilaiden psykoosilääkityksen aloittamisessa voi liittyä hoitoresistenssin kehittymiseen ja/tai huonoon hoitotulokseen. (Isohanni ym. 2003, 92 -93.) Lääkehoidon avulla on saatu hyviä tuloksia skitsofrenian hoidossa ja sitä on pidetty ensisijaisena hoitomuotona. Kognitiivisen prosessoinnin puutoksiin se ei kuitenkaan tuo muutosta. (Toskala 1996, 111 -113.)

Akuuttivaiheen oireiden lievittyttyä seuraa tasaantumisvaihe, joka voi kestää useita kuukausia. Tässä vaiheessa skitsofreniaa sairastava potilas on usein vielä hauras ja herkkä psykoosin uusiutumiselle. Tavoitteena on, että oireiden lievittyminen jatkuu ja, että sairauden remissiotila vakiintuu. Psykoterapeuttiset interventiot ovat tässä vaiheessa supportiivisia ja psykoedukatiivisia: potilaalle ja hänen perheelleen annetaan tietoa muun muassa skitsofrenian ennusteesta, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa taudin kulkuun. (Isohanni ym. 2003, 93.)

Skitsofrenian vakaassa vaiheessa on tavoitteena lääkehoidon ja psykoterapeuttisten hoitomuotojen avulla varmistaa oireiden pysyminen poissa ja toisaalta kuntoutuksen avulla kohentaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Parhaimmillaankin skitsofreenisen psykoosin sairastaneella potilaalla on akuutin vaiheen jälkeen todettavissa ainakin jonkinasteista toimintakyvyn huononemista. (Isohanni ym. 2003, 93 – 94.) Ojasen pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämistutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla (n = 135) ei pitkän sairaalahoitajakson jälkeen ole jatkuvia tai voimakkaita psykoottisia oireita, vaan pysyviä ovat sosiaaliset ja ammatilliset ongelmat sekä neuroottistyyppiset suhtautumistavat elämän ongelmiin ja stresseihin.

Haastattelututkimukseen osallistuneet potilaat itse toivat esiin ongelmaanaan ahdistuneisuutta, aloitekyvyttömyyttä, ylläritusta, yksinäisyyttä ja yliherkkyyttä. (Ojanen 1988, 24 – 56.)

2.2 Varomerkit ja ennako-oireet

Psykoosiriski ilmenee selvimmin varsinaista psykoosia, kuten skitsofreniaa, ennakoivissa psyykkisissä oireissa, joita kutsutaan ennako- eli prodromaalioireiksi. Ennako-oireet voidaan jakaa psykoosin puhkeamista ja sen uusiutumista eli relapsia edeltäviin oireisiin. Psykoosin puhkeamista edeltävät oireet kestävät useimmiten pitkään, jopa useita vuosia, kun taas psykoosin uusiutumisen ennako-oireet kestävät yleensä päivistä muutamaa viikkoon. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2002, 17.) Psykoosin uusiutumisesta on olemassa erilaisia tutkimuksia, joiden mukaan uusiutumisprosentti vaihtelee 60:sta 90:een prosenttiin 10 -15 vuoden seuranta-aikana. (Gleeson & Mc Gorry 2005, 176 -177.)

Tutkimusten mukaan kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuneesta potilaasta esiintyy ennako-oireilua ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista. Keskimäärin oireilu on kestänyt noin viisi vuotta ennen sairaalahoitoon tuloa. Tyypillisesti ensimmäisiä oireita ovat olleet masentuneisuus, sitä seuraavat erilaiset negatiiviset oireet, kuten energiattomuus, vähäpuheisuus, vetäytyneisyys ja aloitekyvyttömyys. Vasta viimeksi ilmaantuvat positiiviset oireet, kuten epäluuloisuus, vainoharhaisuus ja muut sairaalalohiset luulot sekä kuulo- ja näköharhat. (Salokangas ym. 2002, 18.)

Psykoosin ennako-oireet ilmenevät samoilla mentaalisten toimintojen ja kokemusten alueella kuin psykoottisetkin oireet, mutta ovat niitä lievempiä ja/tai lyhytaikaisempia. Ne voidaan jakaa seuraaviin pääryhmiin: deluusiot eli harhaluulot, paranooidisuus, grandioottisuus eli suuruusmielikuvat, hallusinaatiot ja ajatuksen kulun häiriytyminen. Usein esiintyvä ydinkokemus on potilaan subjektiivinen tunne siitä, että kaikki ei ole nyt kunnossa, jotain on pahasti vialla tai jotain outoa ja kummallista on tapahtumassa. (Salokangas ym. 2002, 33 – 37.)

Varhaisiksi varomerkeiksi kutsutaan skitsofreniapotilaan omia, henkilökohtaisia ennako-oireita, joiden avulla potilas itse ja hänen läheisensä voivat seurata potilaan

psykkistä tilaa. Varomerkit siis varoittavat sairauden alkavasta uusimisesta. Oireet pysyvät yleensä samanlaisina joka kerta sairauden uusiutuessa, joten potilaan ja hänen läheistensä on varomerkkien selvittyä helppo seurata potilaan psykkistä vointia. Yleisimpiä koettuja ennakko-oireita ovat univaikeudet, ahdistuneisuus, käytösmuutokset, kognitiivisten häiriöiden lisääntyminen, hoitokielteisyys ja sairautentunnottomuus. Oireet voivat olla myös terveen ihmisen kohdalla normaalia toimintaa, mutta juuri kyseessä olevalle potilaalle ne ovat varoitus alkavasta psykoosista. Niitä voivat olla esimerkiksi tupakointi, itsensä ehostaminen, liikuntaharrastuksen aloittaminen ja television katsomisen lisääntyminen. (Lundin & Ohlsson 2003, 92 – 95.)

2.3 Psykoedukaatio

Sairauteen liittyvän neuvonnan ja koulutuksen eli psykoedukaation avulla skitsofreniapotilasta voidaan tukea aikaisempaa parempien selviytymiskeinojen kehittämisessä. Potilasta voidaan auttaa myös sairauden kulkuun vaikuttavien stressitekijöiden ja psykoosijaksoja ennakoivien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Psykoedukaatio vähentää skitsofrenian relapseja ja oireita ja parantaa psykososiaalista toimintakykyä sekä myöntyvyyttä lääkehoitoon. (Skitsofrenian käypä hoito 2001, 17.)

Psykoedukaatio kattaa käsitteenä hyvin monenlaisia asioita. Kirjallisuushaku tuottaa laajan joukon artikkeleita, joissa psykoedukaatiolla ymmärretään kaikenlaista tiedon antamista psykkisistä vaikutusmekanismeista. Psykoedukaationa pidetään esimerkiksi tutkimusta siitä, minkälaisia vaikutuksia viidentoista minuutin videonauhalla on rintasyövästä selviytymiseen ja Buckingham- projektiin kehitettyä psykoosien ja muiden psykkisten häiriöiden hoito-ohjelmaa. (Lehtinen, 2001, 62.) Käsite psykoedukaatio tulee latinan sanasta psyche: sielu, mieli, henki ja englannin sanasta education: koulutus, opetus, kasvatus, valistus (Rainerma 2006, 13).

Koulutuksellinen eli psykoedukaatiivinen hoitomalli on kehitetty 1980- luvulla Englannissa. Suomessa käytetylle mallille on ollut esikuvana Buckinghamin malli, josta käytetään nimitystä Falloonin malli toteuttajansa mukaan. Buckingham- projekti alkoi vuonna 1984 Englannissa Buckinghamin kaupungin maaseutuyhteisössä, jossa asui 35 000 ihmistä. Kaupungissa suljettiin iso mielisairaala, minkä jälkeen psykiatrisen hoitotyön kehittäminen alkoi osana perusterveydenhuoltoa avohoitoa tehosta-

malla. (Piirainen & Ärjä 2004, 1-2.) Potilaiden uudelleen sairastumisen ehkäisemisessä keskeistä oli yhteistyösuhteiden luominen perhetyöntekijöiden ja muun terveydenhuollon hoitajien kanssa. Avohoidon työntekijät koulutettiin havaitsemaan ne henkilöt, joilla oli DMS - III- luokituksen mukaisia ennakoivia oireita ja ohjaamaan heidät ennalta suunniteltuun hoitoon. Tässä ehkäisevän työn mallissa käytettiin neuroleptilääkitystä, omaisten psykoottisten oireiden ja sairauksien tuntemuksen lisäämistä sekä kotona tapahtuvaa perheen stressin hallintakeinoja ja ongelmanratkaisutaitoja kehittävää ohjelmaa. (Wahlberg 2000, 4279.)

Koulutuksellisessa hoitomallissa käytetään taustateoriana stressi- haavoittuvuus mallia, jonka mukaan psyykkinen sairaus nähdään reaktiona kuormittavaan elämäntilanteeseen. Tavoitteena on valmentaa potilas ja hänen läheisensä yhdessä työskentelemään ja ratkaisemaan ongelmat vähäisen ammattiavun turvin. Koulutuksellisen hoitomallin avulla pyritään tarkasti selvittämään sairastumista edeltäneitä tapahtumia ja oireita ja tavoitteena on tunnistaa varhaiset varomerkit. (Lehtinen 2001, 62 -67.)

Suomessa psykiatriset sairaansijat vähentyivät vuodesta 1980 vuoteen 1994 noin 20 000:sta 7467:ään (Tilastokeskus 1996). Sairaansijojen vähentämisellä pyrittiin sairaalahoitojen ja niiden haitallisten vaikutusten pienentämiseen. Psykiatrisessa hoidossa korostettiin ensisijaisesti avohoitoa ja potilaiden mahdollisuutta palata ”normaaliin yhteiskuntaan”. (Salokangas ym. 2000, 3.) Mielenterveyslain (1116/1990, 4 §) mukaan mielenterveyspalvelut tulee pyrkiä ensisijaisesti järjestämään avohoidossa ja samalla on tuettava itsenäistä ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa edellytetään avohoidolta muun muassa hoidon aloittamista mahdollisimman intensiivisesti, toivon ylläpitämistä sekä avohoidon verkostoitumista. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 24 -25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kannanotossa mielenterveyskuntoutukseen tuodaan esille erilaisten ryhmien käyttöä kuntouttavana toimenpiteenä. Ministeriön mielestä ryhmät vahvistavat kuntoutujien heikentynyttä itsetuntoa sekä vahvistavat kuntoutujan psykososiaalisia valmiuksia palata uudelleen eri yhteisöjen pariin. Esimerkiksi oireen- hallintaryhmät pohjautuvat sairauden oireiden tunnistamisen oppimiseen sekä vertais- tuen saamiseen ja antavat kuntoutujille välineitä hallita sairauttaan. Myös omaisille on

tarpeellista suunnata näitä neuvoa-antavia ja tietoa lisääviä psykoedukatiivisia ryhmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3.)

Hotti (2004, 120 -122) tutki väitöskirjassaan aikuispsykiatrian avohoitopotilaiden (n = 130) ja psykiatristen potilaiden kanssa työskentelevien lääkäreiden (n = 96) kokemuksia ja käsityksiä potilaiden sairautta ja sen hoitoa koskevan tiedon antamista ja saamisesta. Tutkimukseen osallistuneista potilaista 100 oli skitsofreniaa sairastavia ja verrokkeina oli 30 depressiota sairastavaa potilasta. Tutkittavat potilaat haastateltiin, lääkäreille tehtiin kyselytutkimus ja vastauksia verrattiin keskenään. Lääkärien mielestä potilaalle ei tule kertoa sairaudesta niin paljon ja niin varhain, kuin potilaiden omasta mielestä. Potilaat kokivat, että tieto sairaudesta ja hoidosta on hyödyllistä ja sitä on saatava toistuvasti.

Psykoedukaatio viittaa psykoosipotilaiden hoidon yhteydessä potilaan ja hänen perheensä kliiniseen opetustekniikkaan, jonka tarkoitus on antaa opetusta psykoottisen sairauden luonteesta ja mahdollisesta kulusta. Psykoedukaation tavoite on parantaa sekä perheen että potilaan ymmärrystä sairaudesta ja muokata heidän käyttäytymistään ja asenteitaan. Perhe koetaan keskeisenä potilaan hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavana tekijänä ja hoitohenkilökunnan yhteistyökumppanina. (Berg & Suominen 2000, 14.)

Stengård (1998, 84-92) tutki lisensiaatintyössään, voidaanko koulutusryhmien avulla vaikuttaa omaisten käsityksiin skitsofreniasta, omaisten hyvinvointiin ja omaisten asennoitumiseen potilasta kohtaan. Lisäksi tutkimuksessa verrattiin luentoja ja videoita koulutusryhmien opetusmenetelminä. Luentoryhmissä (n = 69) opetusmuotoina olivat asiantuntijoiden pitämät alustukset ja videoryhmissä oppitunnit katsottiin Perhekoulu-videolta (n = 128). Kurssien vaikuttavuutta selvitettiin kyselylomakkeilla ennen ja jälkeen kurssin. Molempien ryhmäläisten tiedot lisääntyivät skitsofrenian syistä, oireista ja vaikutuksista. Videoryhmiin osallistuneista 85 % arvioi hyötyneensä opetuksesta, kun vastaava osuus luentoryhmiin kuuluvista oli 61 %. Lähes kaikki omaiset (95 %) kokivat toisten omaisten tapaamisen myönteisenä asiana. Ryhmien ilmapiirin arvioi 91 % avoimeksi ja turvalliseksi.

Psykoedukatiivinen työskentelymalli on selkeä ja tavoitteellinen eli tietoisesti yhdessä työskentelemällä pyritään ehkäisemään sairauden uusiutumista. Samalla tuetaan omaisten jaksamista ja ylläpidetään toivoa. Työskentelymalli tarjoaa kuntoutukselle selkeän tietyistä osioista muodostuvan rakenteen. Se, millä tavalla tietoa annetaan ja, millä tavalla sairaus nimeltä skitsofrenia ymmärretään, perustuu tässä mallissa stressi-haavoittuvuus-ajatteluun, jonka mukaan skitsofrenia kehittyy biologisen haavoittuvuuden ja erilaisten stressitekijöiden yhteisvaikutuksen seurauksena. (Arho 2000, 47.)

Peltomaa (2005, 4-23) tarkasteli lisensiaatintutkimuksessaan kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin jakamalla Mielenterveyden keskusliiton järjestämällä opintopäivillä kyselylomakkeet mielenterveyskuntoutujille (n = 93). Tutkimustulosten perusteella mielenterveysasiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen pitää olla eri työntekijöiden vastuulla, jotta kuntoutus on riittävän monipuolista ja tarpeenmukaista. Moniammatillisuutta ja erilaisia näkökulmia tarvitaan kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottamiseksi. Ne kuntoutujat, joiden ainoana kuntoutus- ja hoitomuotona olivat keskustelukäynnit, olivat usein tyytymättömiä tilanteeseensa. Kuntoutuksessa tarvitaan terapiakeskustelujen lisäksi myös muuta toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa.

Pajala (2002, 32-40) selvitti haastattelututkimuksessaan kuntoutujien kokemuksia oppimisesta ja opetusmenetelmistä Sopimusvuori Ry:n järjestämällä koulutuskusseilla. Kohderyhmänä oli Sopimusvuoren kuntoutuskodeissa asuvia henkilöitä (n = 20), joista suurin osa sairasti skitsofreniaa. Kurssilaisten ikäjakauma oli 28 -68 vuotta ja koulutustausta oli sairastumisen takia alhainen. Tutkimustulosten mukaan erityisesti oireenhallintaohjelmasta tehdyn työkirjan käyttö sekä aiheiden jäsentäminen kalvojen ja fläppitaulun avulla tuntui sopivalta opetusmenetelmältä. Kuntoutujat kertoivat saaneensa uusia välineitä itsestä huolehtimiseen ja kriisitilanteiden hallintaan. Arvokkaana kurssilaiset pitivät myös pienryhmätyöskentelyä sekä vertaistukea.

Hätönen (2005, 49 - 50) selvitti haastattelututkimuksessaan mielenterveyspotilaiden (n = 51) tiedonsaantia psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimustuloksista selvisi, että potilaat pitivät tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja hoidosta, eri tukimuodoista ja potilaan oikeuksista. Potilaat eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa näiltä alueilta. Suurin

osa vastaajista toivoi saavansa tietoa keskustelemalla henkilökunnan kanssa. Keskustelun lisäksi potilaat toivoivat saavansa tietoa usealla eri tavalla rinnakkain, sekä mahdollisuutta itsenäiseen tiedon hankintaan.

2.4 Oireenhallintaryhmät

Oireenhallintaryhmillä tarkoitetaan psykoedukatiivisia ryhmiä, joiden tavoitteena on lisätä osallistujien ymmärrystä oireistaan ja vaikuttaa niihin sekä luoda erilaisia strategioita oireiden hallitsemiseksi. Suomessa on käytössä ainakin psykoosin oireiden hallintaan kehitettyjä ryhmämalleja, mielialan hallintaryhmiä (esimerkiksi Depressiokoulu) ja ahdistuksen hallintaa edistäviä ryhmiä. Oireidenhallintaryhmissä käytetään usein työkirjaa työskentelyn apuna. Työkirjoja voi käyttää myös itseopiskelun välineenä tai yksilöhoitosuhteen tukena. Oireidenhallintaryhmistä käytetään usein nimitystä "kurssi", koska se korostaa työskentelyn opiskeluluonnetta. Kokoontumisten tiheys ja opetuksen yksityiskohdat ja painotukset määräytyvät kurssilaisten ongelmien laadun ja osallistujien tarpeiden perusteella. (Koskisuu 2004, 206.)

Satakunnan keskussairaalan psykiatrian tulosalueella käytössä oleva oireenhallintamalli alkoi koulutuksena Libermanin työryhmän kehittämän oireidenhallintaohjelman mukaan (Kesti, henkilökohtainen tiedonanto 30.9.2005). Libermanin työryhmä skitsofrenian ja psykiatrisen kuntoutuksen kliinisessä tutkimuskeskuksessa Los Angelesissa on kehittänyt pitkälle strukturoituja ohjelmia, joiden avulla opetetaan sosiaalisia taitoja ja itsenäistä elämistä pitkäaikaisesta mielisairaudesta kärsiville potilaille. Ohjelmien aiheet liittyvät esimerkiksi lääkkeiden ottoon, oireiden hallintaan, vapaaajan viettoon ja keskustelutaitoon. Oireenhallintaryhmissä käytetään apuna potilaan työkirjaa ja ohjaajalla on apuna oma ohjaajan käsikirja. (Liberman 1986, 1-3.)

Oireenhallintaohjelma opettaa potilaalle omien oireiden tunnistamista ja niiden vaihtelun merkitystä sairauden hallinnassa. Omien oireiden ja stressitekijöiden tunteminen auttaa estämään uudelleen sairastumista. Kun potilas tunnistaa, mitkä oireet merkitsevät kohonnutta riskiä sairastua uudelleen, potilas osaa seurata vointiaan ja tarvittaessa hakea ajoissa lisäapua. Avun hakeminen ajoissa on tärkeä oman sairauden hallintakeino. Kurssilla voi opetella myös muita hallintakeinoja tilanteisiin, joissa oireilu on lisääntynyt. Tutuksi tuleminen oman sairauden kanssa ja hallintakeino-

jen löytäminen omille oireille lieventävät sairauden itsessään aiheuttamaa stressiä. Oireidenhallintakurssin sisältö koostuu johdanto-osasta ja neljästä asiakokonaisuudesta. Kurssin neljä osaa ovat tiedon saaminen psykoosista ja sen hoidosta, uudelleen sairastumisen ehkäiseminen, pysyväisoireet ja niiden hallinta sekä päihteiden välttäminen. (Lieberman 1986, 5-77.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten skitsofreniapotilaat ovat kokeneet oireenhallintaryhmiin osallistumisen ja onko siitä heidän mielestään ollut hyötyä omaan sairauteen liittyvien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää oireenhallintaryhmien toimintaa käytännössä ja antaa henkilökunnalle tietoa potilaiden odotuksista ja toiveista ryhmien sisältöön. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää oireenhallintaryhmien toimintaa niin, että potilaat saavat juuri sitä tietoa, josta he kokevat hyötyvänsä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia ovat potilaiden kokemukset oireenhallintaryhmistä?
2. Miten oireenhallintaryhmiä tulee potilaiden mielestä kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi. Ymmärtäminen ihmistä tutkivien tieteiden metodina on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 20 – 22.) Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti niin, että tutkimusongelmiin saadaan todennäköisimmin vastaukset juuri valittuun joukkoon kuuluvilta henkilöiltä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 51 –57.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentaatioihin perustuva tieto. Niitä voidaan käyttää joko erikseen tai toisiinsa yhdisteltyinä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien vaatimusten mukaan. Haastattelun idea on yksinkertainen, kun tutkija haluaa tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, hän kysyy sitä tutkittavalta. Haastattelun etu verrattuna postitse tapahtuvaan kyselyyn on joustavuus. Haastattelija voi tarvittaessa toistaa tai tarkentaa kysymyksensä, selventää sanamuotoja, havainnoida ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Tämä parantaa tutkimuksen tulosten validiutta, koska voidaan varmistaa, että tutkittavat ovat ymmärtäneet kysymykset samoin. Haastattelun etu on myös se, että kun tiedonantajan kanssa sovitaan henkilökohtaisesti haastatteluluvasta, hän harvoin kieltää käyttämästä haastatteluaan tutkimusaineistona. Lisäksi tutkija voi varmistaa sen, että tiedonantaja on selvillä, mitä ilmiötä tutkitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73 -75., Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 218.)

Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään teemahaastattelua, koska oireenhallintaryhmiin osallistuneiden skitsofreniapotilaiden henkilökohtaiset kokemukset ryhmistä saadaan parhaiten selvitettyä keskustelemalla aiheesta. Haastattelut nauhoitettiin. Nauhoituksen ansiosta haastattelut voidaan raportoida tarkasti. Teemahaastattelu

mahdollistaa tarkemman ja henkilökohtaisemman tiedon keräämisen kuin kirjallinen kyselylomake. Haastattelutilanteessa voidaan vielä tarkentaa ja selventää kysymyksiä, ja on myös mahdollisuus saada potilailta tietoa, jota ei ole sisällytetty haastattelurunkoon. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 15.)

Haastattelut jaetaan kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaan strukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin. Tässä työssä käytettiin tiedonkeruumenetelmänä puolistrukturoidun haastattelun tunnetuinta muotoa eli teemahaastattelua. Teemahaastattelussa keskustelua ohjaa haastattelupohja ja jokaisessa haastattelussa käydään läpi samat teemat ja aihepiirit, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihdella. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.)

Psyykkisistä ongelmista kärsivien potilaiden haastattelussa tulee erityisesti huomioida vuorovaikutustilanteessa mahdollisesti esiin tulevat eettiset ongelmat. Sairaus saattaa vaikuttaa tutkittavan ajattelukykyyn, keskittymiseen ja päätöksentekokykyyn. Psyykkinen tila on huomioitava haastattelutilanteessa. Joustavuus, kärsivällisyys ja hyvä suunnittelu tekevät tilanteesta luontevan ja sujuvan. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 152 -156.)

Molemmat opinnäytetyöntekijät haastattelivat tutkimukseen osallistuneita. Haastattelut jaettiin opinnäytetyöntekijöiden kesken niin, että se, joka oli aikaisemmin hoitanut Rauman mielenterveyskeskuksessa haastateltavaa, ei haastattelut häntä. Haastattelijan ja tutkittavan läheisyys synnyttää luottamusta, mutta voi myös saada haastateltavan kertomaan asioita, joita hän myöhemmin katuu. Tämän vuoksi mahdollisuus perua haastattelun käyttö tutkimuksessa tai muuttaa sanomisiaan on tärkeä kertoa haastateltavalle. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17.) Koska tulosten raportoinnissa käytetään suoria lainauksia haastateltavien puheesta, pyritään välttämään pitkiä suoria katkelmia, persoonallisia ilmauksia tai muuta tunnistettavaa tietoa sisältävää materiaalia. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 19 -20).

Teemahaastattelurungon (Liite 3) tekeminen alkoi kysymysten muotoilemisella siten, että niiden avulla voitiin saada vastaukset tutkimusongelmiin. Kysymykset ryhmiteltiin teemoittain kahteen aihepiiriin: potilaan kokemukset oireenhallintaryhmästä ja potilaan mielipiteet oireenhallintaryhmän kehittämisestä.

4.2 Tutkimuksen kohdeorganisaatio ja kohderyhmä

Kuntoutumiskeskus on Rauman mielenterveyskeskuksen avohoitoyksikkö, joka kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiiriin. Yksikkö palvelee Rauman, Eurajoen, Lapin ja Kodisjoen alueiden väestön tarpeita. Kuntoutumiskeskuksessa toimivat poliklinikka-vastaanotto, päivätoiminta ja työtoiminta. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kotisivut osoitteessa www.satshp.fi.) Skitsofreniapotilaiden oireenhallintaryhmiä on pidetty kuntoutumiskeskuksessa vuodesta 2001 lähtien. Yhteyshenkilöltä saatujen tietojen mukaan ryhmiä on ollut kuusi ja niissä on ollut yhteensä 22 osallistujaa. Osallistujien nimet ja ryhmän toiminnan aikana voimassa olleet yhteystiedot saimme käyttöömmekuntoutumiskeskuksen toimintaterapeutilta, joka on toiminut ryhmien vetäjänä.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli 22 oireenhallintaryhmän käynnyttä mielenterveyspotilasta. Kohderyhmästä kymmenen osallistui tutkimukseen. Osallistujista kuusi oli miehiä ja neljä naisia. He kaikki sairastivat skitsofreniaa. Haastateltavien keski-ikä oli 42,6 vuotta. Nuorin tutkimukseen osallistunut oli 33-vuotias ja vanhin 55-vuotias. Skitsofreniaa he olivat sairastaneet kolmesta 32 vuoteen. Oireenhallintaryhmään osallistumisesta oli kulunut aikaa puolesta vuodesta kuuteen vuoteen. Kaikki tutkitavat olivat olleet mukana neljän hengen ryhmässä.

4.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuslupa tarvitaan tutkimuskentälle pääsyä ja haastateltavien rekrytointia varten silloin, kun tarkoitus on haastatella jonkin julkisyhteisön jäseniä (Ruusuvoori & Tiittola 2005, 18). Henkilötietolain (523/1999) lähtökohtana on, että tutkimus tehdään aina, kun se on mahdollista ilman yksilötason henkilötietoja. Henkilötietojen käsittelyn tulee tapahtua kyseisten henkilöiden luvalla, mutta jos se ei ole mahdollista, lupa tietoihin tutustumiseen voidaan hakea viranomaisilta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa potilaan asiakirjatiedot ovat salassa pidettäviä ja henkilötietolaissa tarkoitettuja arkaluontoisia tietoja. Niitä on mahdollista luovuttaa ja käyttää vain tiettyä, nimettyä tutkimushanketta varten. (Henkilötietolaki 523/1999, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Tutkimuslupa anottiin Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen johtajalta 2.4.2007 tarkoitukseen tehdyllä tutkimuslupa-anomuksella (Liite 1). Anomuksessa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, toteuttamistapa, aikataulu ja tavoitteet. Tutkimuslupa saatiin 24.4.2007. Luvan saamiseksi edellytettiin, että haastattelunauhat tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Tämä maininta oli opinnäytetyöntekijöiltä unohtunut tutkimuslupa-anomuksesta. Tutkimusluvan varmistuttua viimeisteltiin teema-haastattelurunko ja otettiin yhteyttä tutkimuksen kohderyhmään kuuluviin henkilöihin haastatteluajan sopimiseksi. Kohderyhmästä tavoitettiin 16 henkilöä. Yksi kohderyhmään kuuluva henkilö oli kuollut ja kuuden henkilön yhteystiedot olivat vanhentuneet eikä uusia tietoja saatu haltuun tai löydetty. Opinnäytetyöntekijöiden suullisen informaation saatuaan kaksi henkilöä kieltäytyi haastattelusta ja yhdeksän lupautui haastateltavaksi. Kirjeitse lähetettiin informaatio tutkimuksesta saatekirjeen (Liite 2) kera viidelle, joista yksi vastasi pyyntöön. Saatekirje annettiin myös suullisen informaation saaneille.

Haastatteluun suostuneiden kanssa sovittiin heille sopiva haastattelupäivä- ja aika. Haastattelut suoritettiin 31.5.- 5.7.2007 Rauman mielenterveyskeskuksen tiloissa rauhallisessa huoneessa. Ennen haastattelun alkamista käytiin vielä läpi tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustapa. Tällöin tutkittavilla oli vielä mahdollisuus esittää aiheesta kysymyksiä. Haastateltavilta kysyttiin suostumus haastattelun nauhoitukseen ja kaikki suostuivat siihen. Heille kerrottiin, että nauhat ovat vain tutkimuksen tekijöiden käytössä ja ne tuhoetaan, kun opinnäytetyö on valmis. Lisäksi tutkittaville korostettiin, että tutkimuksessa noudatetaan ehdotonta anonymiteettiä eikä heidän henkilötietojaan paljasteta tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkittaville kerrottiin myös, että heillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu halutessaan.

4.4 Analysointi

Analysointia varten nauhoitetut materiaalit on muutettava kirjoitettuun muotoon eli litteroitava. Litteroinnin tarkkuus riippuu tutkimuskysymyksistä ja se toimii hyvänä muistiapuna ja helpottaa yksityiskohtien ja samankaltaisuuksien löytymistä aineistosta. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 16.) Analyysitavaksi valitaan tapa, joka parhaiten tuo vastaukset tutkimusongelmiin. Analyysitavat voidaan jäsentää selittämiseen pyr-

kiviksi ja ymmärtämiseen pyrkiviksi, mutta usein käytännön tutkimustyössä tavat kulkevat rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2004, 212.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan haastatteluissa kerätyn tiedon tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Analysoitava informaatio voi olla laadullista, kuten nauhoitetut haastattelut. Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten päiväkirjoja, kirjoituksia, puheita, haastatteluja, raportteja tai kuvanauhoja. Sisällönanalyysin avulla havainnoidaan kerättyjä dokumentteja ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Dokumenttien sisältöä kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Olennaista sisällönanalyysissä on, että erotetaan tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. Käsitteiden samanlaisuus on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta niin, että voidaan yhdistää synonyymejä tai samaa tarkoittavia asiasisältöjä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Tässä työssä kaikki tutkimuksen haastattelut nauhoitettiin. Nauhat purettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi heti haastattelujen jälkeen. Nauhojen purkamisen jälkeen nauhat käytiin vielä kerran läpi ja tarkastettiin puhtaaksikirjoitus. Kun nauhat oli kirjoitettu puhtaaksi, aloitettiin niiden analyysi. Haastattelut numeroitiin haastattelujärjestyksessä. Tämän jälkeen aineistosta poimittiin esiin asioita, jotka antoivat vastauksia tutkimusongelmiin. Analysointivaiheessa poistettiin tiedot, joista haastateltavat voisi tunnistaa. Analyysissä nousi esiin kaksi pääluokkaa. Haastateltaville tärkeintä oli tiedon saaminen sairaudesta sekä muiden skitsofreniaa sairastavien vertaistuki.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulosten tarkastelussa nostettiin haastatteluista esille suoria lauseita, joilla kuvaillaan haastateltavien kokemuksia oireidenhallintaryhmistä ja ehdotuksia ryhmien kehittämiseksi. Tutkimustulosten tarkastelujärjestys suoritettiin tutkimusongelmia mukailleen.

5.1 Potilaiden kokemukset oireenhallintaryhmien sisällöstä

Haastateltavilta kysyttiin odotuksista ryhmien sisällön suhteen. Yhdeksän haastateltavan mielestä ryhmien sisältö oli odotusten mukaista. Odotukset liittyivät pääosin siihen, että he saisivat tietoa sairaudesta ja sen hallinnasta. Haastateltavat olivat saaneet ryhmien sisällöstä alustavaa tietoa ennen ryhmiin osallistumista. Yksi haastateltava ei tiennyt odottaa mitään.

”En tiennyt odottaa mitään sisältöä, kuormittavuusasia oli uutta ja sillai sitten kävi-kin.” (1)

”No kyllä mul niinko positiiviset odotukset oli ja kyl se sit aika positiivist olikin, et se oli niinko asiallista ja mentiin suoraan asian ytimeen, ettei ollut kaukaa haettua juttua.” (2)

Kaikki haastateltavat kokivat ymmärtäneensä ryhmässä käsitellyt asiat. Viisi haastateltavaa sanoi, että kysymyksiä sai esittää, jos oli epäselviä asioita. Kaksi haastateltavaa sanoi, että ei tarvinnut kysyä, kun kaikki oli selvää.

”Selkokielellä oli asiat ja vetäjät oli hirveen mukavia mun mielestäni.” (9)

”Kyl mä suurinpiirtei ymmärsin kaik asiat ja sit kyl voi kysyy, ja sanottii aina.” (10)

Haastateltavilta kysyttiin, miten oireenhallinta ja ryhmässä saatu tieto oli vaikuttanut heidän sairautensa hallintaan. Kaikki haastateltavat kertoivat ryhmässä saadun tiedon vaikuttavan siihen, että tunnistaa sairauden oireet tai osaa hakeutua ajoissa hoitoon. Yhdeksän haastateltavaa koki saaneensa tietoa sairaudesta ja sen oireista ja siitä, miten tulee toimia, jos sairauden oireet alkavat uusiutua. Yksi haastateltava ei muistanut, oliko saanut tietoa sairautensa oireisiin liittyvistä asioista.

”No yks oli, et tietoa niistä varomerkeistä ja miten voi selvitä täst skitsofreniasta. Et niinku oppii et miten poistaa oireet ja millasii niit on ittellä ollut.” (8)

”Joo, kyl mää sain aika paljon kaikennäköst mitä sit tekee, mitä ossa tehd, jos tulee jottai semmost nii sit vaa lääkäril tai jolleki soittaa, numerot on ylhääl. Sairaudest sai tiatoo ja kaik varomerki käytti läpitte.” (5)

”Sain tietoa sairaudest ja se että muillakin on sama sairaus. Jos tulee oireita mun tulee ottaa yhteys omahoitajaan(...) Jos oireita alkaa tulla, niin sitte ajoissa voi mennä hoitoon, että itteki huomaa. ” (1)

”No kyl aika paljon tuli niinko vanhan kertausta ja mitä on joskus kuullu ko mun veli on sairastanut ni sen lisäksi tuli uutta tietoo(...)No kyl se jos niinko pääsee voitolle semmosist jostai, mikä tulee alitajunnasttai jostai et pystyy voittamaan sen ettei se pääs niinko vallalles ni kyl se on tärkeätä. No esimerkiks ko oli et jos tulee oireit ni voi kattoo vaik televisioo tai leipoo tai jottai...ja sit et pitää sanoo harhoille vastaan.” (2)

”Sain sairaudesta tietoa ja sit siit, et millai niinko nää oireet, et millai ne sit tulee esille ja millai niit sit käsitellä.” (6)

”Mää en oikke sitä alkua muist, mä en jaks siit niin pali muista.” (7)

”Kyl mul ainaki hyötyy on ollu kun nää osastokäynnit on nii selväst vähentyny viimesten vuosien aikaan.” (10)

”Siit ol mul ainaki appu, se oli ihan hyvä et se tuli, niinko jotenki tähän saumaha, ko ei ol näit sairaalareissui ollu enempä, ni ehkä sit tulevaisuudes pystyy estämää just sen takia et on käyny nää asiat läpi.” (6)

Haastateltavilta kysyttiin, mitkä ryhmässä käsitellyt asiat heille jäivät parhaiten mieleen. Kolme haastateltavaa muisti parhaiten omaa sairastumista ennakoivat varomerkit. Samoin kolme haastateltavaa sanoi muistavansa parhaiten oireiden hallintaan liittyviä asioita. Kaksi haastateltavaa muisti parhaiten stressitekijöiden vaikutuksen sairauden oireiden lisääntymiseen liittyvät asiat sekä lääkkeiden käytön tärkeyden.

”Kyl mä niit merkkejäkin tiedän mut nyt kun mä kerra oon kunnos ton taudin suhteen ni en mä niitä sit mieti kuitenkaa. sit ku homma lähtee menee, tai niinku joskus lähti, ni mä lakkaan nukkumasta ja tulee sit niitä harhoja, ni kyl mä sen tiedän jo(...)Mul jäi vaan et ois niinku tuliraudal perseeseen niitattu ettei tulis enää turhii sairaalareisui. Jos mä jätän lääkityksen pois ni puolen vuoden tota viiveellä tulee sit vasta sairaus takas ja mä sen tiedän nii hyvin et en sitä tee kuitenkaa.” (10)

”Kesäl luulin et alkaa harhoi mut se nyt sillo opetti et välttelee sillai niit tilanteit et jos huomaa ni menee äkkii ohi.” (8)

”Lääkkeet täytyy syödä, niitä ei saa jättää.” (1)

”No et semmone et ei jää neljän seinän sisäl ja ottaa rennost asioit ja ei ota stressii asioist.” (5)

”Et ei ainakaa sillo mul tullu lainkaa sillai niinko ahdistunu olo.” (7)

Haastatelluista viisi kertoi, että heidän läheisensä huomioitiin ryhmän aikana.. Heistä neljälle valittiin tukihenkilöksi perheenjäsen tai sukulainen. Neljän haastatellun mielestä läheisiä ei huomioitu ryhmän aikana lainkaan. Yksi haastatteluun osallistunut ei muistanut, oliko hänen omaistaan huomioitu vai ei. Kenenkään omaiset eivät olleet mukana oireenhallintaryhmässä, mutta ne omaiset, jotka valittiin tukihenkilöiksi, saivat tietoa ja ohjausta läheisensä sairauden oireista ja varomerkeistä. Omaisille oli järjestetty omaa ryhmätoimintaa.

”Mul oli sillo mun äiti tukihenkilönä mut kyl ne omaiset jäi siin niinku takalalle.Mut niillehä oli sit jotai omaa ryhmäjuttuu kans.” (10)

”Äiti sai tietoo siitä et sellane ryhmä on et toi vanhempie oma ryhmä mut se vähemmi kävi siin. En tie miks. Mä en tiedä mitä siel sit oli.” (8)

”Ei mul ollu tukihenkilöö.” (5)

5.2 Potilaiden mielipiteitä oireenhallintaryhmän toiminnasta ja kehittämistarpeista

Haastateltavilta kysyttiin, minkälaisia kehittämistarpeita heille tuli mieleen oireenhallintaryhmään osallistumisen aikana ja sen jälkeen. Suurimman osan (7) mielestä ryhmän toiminnassa ei ollut puutteita. Kahden haastateltavan mielestä ryhmä oli sopivan kokoinen. Kaksi toivoi, että osallistujia olisi ollut enemmän. Yhden osallistujan mielestä ryhmäläiset olivat liian tuttuja toisilleen. Lisäksi osa ryhmäläisistä (4) toivoi enemmän ohjelmaa ryhmän sisältöön, ja he tekivät ehdotuksia siitä.

”Kyl se oli ihan sopivan kokoinen, jos olis ollu enemmän ni olis kestäny kauan ko jottai asioit käydää läpi. Ja sit isommas ryhmäs ni ei ain saa ääntäs kuuluviin.” (2)

”Jottai semmost vaik ohjelmaa, niinko joku video nii et joku näyttää sairaudest olis voinu olla.” (5)

”Mun mielest se et siit tippu sitä porukkaa siit ryhmästä, ni ne oli niinku lyötyjä jo valmiiks. ja ois voinu olla enemmän niinku luentotyypistä juttuu, vaik joku DVD tai joku näytösjuttu. semmoset auttaa tilanteessa(...)No se vois olla et ois jotai kakkukahvia tai sellasta lepposaa jutusteluu niinku lopuksi ni ois hyvä.” (10)

”No mielee jäi et se ryhmä oli liian tuttu et kaik tunsu ja ties jo toisens ni se ei sillai niinku sit ollu hyvä. Et jos ois ollu jotenki erillaine se suhtautumine.” (8)

”En tiedä oliks puutteita. Meit ol neljä ja se oli riittävää. Aika paljo me keskusteltii vähä sivustaki aiheest ja kerrottii omii kokemuksii.” (6)

”Olis saanu kyl ol enemmä ihmisii siin ryhmäs.” (7)

”En mä usko et siin ny mittää puutteit ollu.” (4)

Yli puolet (6) haastatelluista koki, että parasta oireenhallintaryhmässä oli se, että he saivat vertaistukea toisilta samassa elämäntilanteessa olevilta ihmisiltä. Kokemus siitä, ettei ollut yksin sairautensa kanssa nousi esille useassa haastattelussa. Kaikki haastateltavat kokivat, että oireenhallintaryhmään osallistuminen oli positiivinen ko-

kemus. Tiedonsaanti omasta sairaudesta koettiin riittäväksi. Yksi haastateltava koki, että oli saanut liian vähän tietoa sairaudestaan.

”Opetettiin siltä et oli muitten ihmisten kanssa ja oltiin samanlaisia kuin sairastettiin kaik. (...) Mää tota, mä sit oon kiinnostunut siitä mitä niinku muut, miten niinku muut ihmiset kun on skitsofreniaa sairastunut ni miten ne, ja millaisia oireita niillä on ollu. Mä käyn psykologin kanssa vastaanotolla, ni hänellä on kirjahylly sellane kirja kun Skitsofrenia (...) Mä oon lainannu sen ja mä oon lukuun vähä alkuun ja kyl se kiinnostaa se niinku lukee siitä ja tietää omasta sairaudesta. Sit varmaa niinku vielä paremmin ymmärtää kun sen kirjan lukee.” (9)

”Kun saman tyyppisiä oltiin ja samanlaisia oireita oli, ettei ole yksin sairauden kanssa. Välillä kun naurettiin kun joku vitsin heitti. Mukavaa oli ryhmässä.” (1)

”Joo, se oli hyvä kun siellä oli lista niistä oireista mitä muut, mitä niille voi tehdä ja sit varomerkkeistä ja niistä. Se oli niinku helpottavaa kuulla niinku mitä tota et ei ollutkaan yksin, kun on niinku muitakin ihmisiä siellä kellä on niinku, ketkä on kanssa sairastunut skitsofreniaan. Tuntu niinku et ei oo yksin. se niinku helpotti ja oli hyvä asia.” (10)

”Just näitä keskustelut, toisten kokemukset ja siltä et osas sit itte yhdistää, ei niitä tulleet siltä, ei me friskissäkään niinku toisten sairauksista puhuta, normaalin päivän asioista yleensä.” (6)

”En osaa sanoa mikä siinä oli parasta. Mut se oli et en ollut pois kertaakaan.” (7)

”Et tuli tietoon niistä oireista ja et sai kysyä ja puhuttiin kaikista asioista.” (2)

”Se oli kyl hyvä, sit ol helpottunu kun ryhmä oli loppu ja oli saanu käytyä sen valmiiksi.” (3)

”Noo sai tietoon enemmän niistä kaikista asioista, ja pystyy sit toimimaan niitten mitä on sit kaikkii merkkejä, varomerkkejä, mukkaa. Ja tietoon tul enemmän kaikista askarruttavista asioista.” (5)

”Siin olis tarvinnu vaa olla semne kohta siit varomerkeist et jos jättää lääkkeet pois ni tarttis ruvet puhumaa siit et se olis ollu paremp varomerkki mul.” (3)

Haastateltavilta kysyttiin, miten he saivat oireenhallintaryhmissä opitut asiat pysymään mielessä ja, olisivatko he kaivanneet ryhmille jatkoa. Seitsemän haastateltua oli kiinnostunut jatkoryhmästä. Yli puolet (6) haastatelluista mainitsi, että oireenhallintaryhmien aikana saatu kirjallinen materiaali oli auttanut heitä myöhemmin pitämään tärkeitä asioita mielessä tai palauttamaan mieleen sellaista, mikä olisi ehkä voinut unohtua.

”Mä kirjotin ne ylös kaik mitä sit ol, pysyy parempi mieles sit ko kirjottaa ja ne on paperil. On ne talles ja kyl niit tulee katottuu.” (5)

” Se oli hyvä, ei sitä olis ilman mittä monisteit tai mittä, ni se olis menny toisest sisäl ja toisest ulos. Olisik siit ollu mittä vastaavaa hyötty sitte. Siis meil on yksinkertases se kansio tuken siin nii paljon et jos jottai ny rupee kaiheartamaa mieles nii otta sen juttukansion esil ja lukee ni sielt tulee aika laajast esil.” (6)

”En mä usko et mä oisin mitää jatkoo kaivannu.” (9)

”Kyl mun mielest tollai ku mitä olen katellu monisteit ni aika hyvin jäi mielee.” (7)

”Kyl mää ajattelin et ku siistist laittaa tän kansion ni sit saa sillo kattoo ku huvittaa. On tää siel kirjahyllys et saa sillo kattoo ku haluaa.(...)No ei ehkä ihan heti uusintaryhmää, mut sit joskus vuoden pääst ehkä.” (2)

”Kertaus vois ol ihan hyvä ja ne on kaik mul tallel ja sit pystyy lukemaa jos haluaa.” (4)

6 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Tutkimustuloksista tehtävät johtopäätökset ovat käytännön ja teorian kehittämisen kannalta tutkimuksen tärkein osa. Johtopäätösten esittämisessä on huolehdittava siitä, että tehdään päätelmiä, jotka perustuvat tutkimustuloksiin. Tutkimuksen tuloksia verrataan tutkimusongelmiin. Tulokset ovat helposti selitettävissä, mikäli ne tukevat odotuksia. Toisaalta, jos tulokset ovat ristiriidassa odotusten kanssa, tutkija hakee vaihtoehtoisia selityksiä. Tutkimustuloksia tulkitaan myös vertaamalla niitä aikaisempien tutkimusten tuloksiin ja teoriaan. Tutkimus antaa harvoin vastauksen kaikkiin esitettyihin tutkimusongelmiin, vaan esille nousee lisäkysymyksiä ja jatkotutkimusaiheita. (Krause & Kiikkala 1996, 128–129.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten skitsofreniapotilaat olivat Raumalla kokeneet oireenhallintaryhmiin osallistumisen ja onko ryhmään osallistumisesta ollut heidän mielestään hyötyä sairauteen liittyvien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten ryhmiä voitaisiin heidän mielestään kehittää.

Tässä tutkimuksessa oli ensimmäisenä tarkastelun kohteena potilaiden kokemukset oireenhallintaryhmien sisällöstä. Aluksi kartoitettiin, oliko ryhmien sisältö tutkittavien odotusten mukainen. Suurin osa haastateltavista (9) sanoi ryhmien sisällön olleen sellaista, mitä he olivat odottaneetkin. Tulosten perusteella voidaan todeta, että osallistujat olivat saaneet informaatiota ryhmästä etukäteen. He olivat tienneet, minkälaisia asioita ryhmässä käsitellään.

Haastateltavilta kysyttiin, olivatko he ymmärtäneet ryhmässä käsitellyt asiat. Kaikki kokivat ymmärtäneensä asiat ja puolet haastatelluista mainitsi, että kysymyksiä sai esittää, jos oli epäselviä asioita. Tästä voi päätellä, että ryhmien ilmapiiri oli ollut avoin, ja osallistujat uskalsivat kysyä, mikäli lisätiedon tarvetta jostain asiasta ilmeni. Käsitellyt asiat oli esitetty sellaisessa muodossa, että ne oli ollut helppo ymmärtää. Tulos on yhteneväinen Stengårdin (1998, 76) tutkimustuloksen kanssa.

Seuraavaksi haastateltavilta kysyttiin, miten oireenhallinta ja ryhmistä saatu tieto oli vaikuttanut heidän sairautensa hallintaan. Kaikki haastateltavat vastasivat oireenhallinnan vaikuttavan siihen, että he tunnistivat sairauden uusiutumiseen liittyviä omia henkilökohtaisia oireita eli varomerkkejä. Neljä haastateltua toi esiin sen, että ryhmään osallistumisen jälkeen he ovat olleet sairaalahoitossa vähemmän kuin ennen ryhmää. Yhdeksän haastateltavaa koki saaneensa tietoa oireista ja siitä, miten toimia, jos oireet alkavat uusiutua. Yksi haastateltavista ei muistanut, minkälaista tietoa oireistaan oli ryhmään osallistuessaan saanut. Hän mainitsi kuitenkin muistavansa puheena olleen sen, mihin ottaa yhteyttä, jos itsellä on vaikeuksia sairauden oireiden takia. Tämän perusteella voidaan päätellä, että osallistujat olivat saaneet hyödyllistä tietoa, joka oli auttanut heitä ennakoimaan sairauden uusiutumista.. He olivat myös oppineet, miten sairauden oireita voidaan hallita tai mihin ottaa yhteyttä, jos omat hallintakeinot eivät riitä sairauden hoitamisessa. Tutkimustulos skitsofreniapotilaiden tiedonsaannin hyödyllisyydestä on yhteneväinen Hottin (2004, 122 -124) tutkimustuloksen kanssa.

Kysymykseen, mitä haastateltaville jäi ryhmästä parhaiten mieleen, yhdeksän haastateltavaa muisti parhaiten sairastumiseen tai sairauden hallintaan liittyviä asioita. Kaksi haastateltavaa koki hyvänä sen, että he saivat käytyä ryhmän loppuun ja saivat onnistumisen kokemuksen ryhmään osallistumisesta. Peltomaan (2005, 4-23) tutkimuksesta ilmeni, että mielenterveyspotilaat toivoivat terapiakeskustelujen lisäksi myös muuta toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa.

Seuraavaksi haastateltavilta kysyttiin, huomiointiinko omaiset ryhmän aikana. Neljälle haastateltavalle oli valittu tukihenkilöksi perheenjäsen tai sukulainen. Bergin ja Suomisen (2000,14) mukaan psykoedukaation tavoite on parantaa sekä perheen että potilaan ymmärrystä sairaudesta ja muokata heidän käyttäytymistään ja asenteitaan. Perhe koettiin keskeisenä potilaan hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavana tekijänä.

Seitsemän haastateltavaa oli sitä mieltä, että ryhmän toiminnassa ei ollut puutteita. Kaksi haastateltavaa toivoi, että ryhmässä olisi ollut enemmän osallistujia. Neljä haastateltavaa toivoi enemmän sisältöä ryhmiin, kuten sairauteen liittyvä video, luentotyypistä asian esittelyä tai toiminnallista ohjelmaa, esimerkiksi rooliharjoituksia. Samansuuntaiseen tulokseen tuli Pajala (2002, 12 -40) tutkimuksessaan, jossa kun-

toutujat kokivat työkirjan käytön hyvänä sekä aiheiden jäsentämisen kalvojen ja fläppitaulun avulla. Myös pienryhmätyöskentely ja vertaistuen merkitys korostui tutkimuksessa.

Kuusi haastateltavaa koki oireenhallintaryhmässä parhaaksi asiaksi vertaistuen ja kokemuksen siitä, että ei ollut yksin sairautensa kanssa. Toisaalta yhden haastatellun mielestä ryhmään osallistujat olivat liian tuttuja toisilleen. Sosiaali- ja terveysministeriön kannanotossa (2002,3) mielenterveyskuntoutukseen suositellaan erilaisten ryhmien käyttöä kuntouttavana toimenpiteenä. Ryhmät vahvistavat kuntoutujien heikentynyttä itsetuntoa sekä psykososiaalisia valmiuksia.

Jatkotutkimushaasteina voidaan pitää esimerkiksi tutkimusta siitä, kuinka moni oireenhallintaryhmän aloittanut keskeytti ja, minkä vuoksi keskeyttämisiä tapahtui. Myös keskeyttämisen jälkeen sairaalahoitoon joutuneiden määrää voisi kartoittaa. Tähän voisi liittää myös kysymyksiä siitä, miten osallistujia oli ennen ryhmän alkua motivoitu siihen osallistumaan. Raumalla järjestetään oireenhallintaryhmiä myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville ja olisi mielenkiintoista tehdä heille samanlainen tutkimus kuin tässä opinnäytetyössä on tehty skitsofreniapotilaille.

Tärkeää olisi myös kartoittaa Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen henkilöstön ajatuksia ja mielipiteitä oireenhallintaryhmistä ja niiden toimivuudesta sekä siitä, millä perusteilla potilaita ryhmiin ohjataan. Myös erot kauan skitsofreniaa sairastaneiden ja uusien skitsofreniapotilaiden välillä voisivat olla merkittäviä niin sairauden hallintaan vaikuttavuuden kuin osallistujien motivaatioinkin suhteen. Tämä alue voisi olla hyvin mielenkiintoinen tutkia, koska tämän opinnäytetyön kohderyhmässä oli sekä pitkäaikaissairaita että skitsofreniadiagnoosin lähiaikoina saaneita. Seurantatutkimus ryhmään osallistuneiden ja ei-osallistuneiden välillä sairaalahoitjaksojen määrästä ja pituudesta voisi osaltaan tuoda tietoa ryhmien vaikuttavuudesta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että oireenhallintaryhmät koetaan tärkeiksi ja niiden vaikuttavuus sairaudenhallinnassa on merkittävä. Osallistujat, joita haastateltiin, kokivat hyötyneensä ryhmistä. He muistivat yllättävän paljon ryhmissä käsiteltyjä asioita, vaikka osalla haastateltavista oli ryhmiin osallistumisesta aikaa useita vuosia. Tieto omasta sairaudesta, sen oireista ja ennako-oireista auttaa skitsofreniapotilasta hakeutumaan hoidon piiriin jopa niin ajoissa, että sairaalahoitajakso voidaan kokonaan välttää. Mielenterveyslain (1116/1990, 4 §) mukaan mielenterveyspalvelut tulee pyrkiä ensisijaisesti järjestämään avohoidossa ja samalla on tuettava itsenäistä ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista.

Myös vertaistuki koetaan tärkeäksi ja voidaan ajatella sen olevan erityisen suotavaa skitsofreniapotilaille, koska heidän sosiaaliset taitonsa ovat usein puutteelliset. Skitsofreniapotilailla esiintyy usein ongelmia yhdellä tai useammalla sosiaalisen toimintakyvyn alueella, ja tämä voi vaikuttaa ihmissuhteiden luomiseen ja ylläpitoon. (Isohanni ym. 2003, 62.) Samankaltaisista ongelmista kärsivien parissa on usein helpompi olla oma itsensä ja kokea olevansa yhdenvertainen muiden kanssa.

Opinnäytetyöntekijät jäivät miettimään, miksi oireenhallintaryhmään osallistuminen ei kuulu jokaisen skitsofreniapotilaan hoitosuunnitelmaan. Koska ryhmät selvästi auttavat osallistujia selviämään ja elämään mahdollisimman normaalia elämää sairaudestaan huolimatta, voisi ajatella, että siitä hyötyisi koko potilasryhmä. Resursseja ollaan kohdentamassa yhä enemmän avohoitopainotteiseksi, joten muuttaako tämä tilannetta. Hoitovastuu siirtyy yhä enemmän potilaalle itselleen sekä hänen läheisilleen. Tieto omasta sairaudesta auttaa ymmärtämään omaa elämäntilannetta ja antaa potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa siihen (Välimäki ym. 2000, 47).

Tällä hetkellä oireenhallintaryhmään pääsyä voi joutua odottamaan pitkään ja kaikki halukkaat eivät välttämättä mahdu mukaan ryhmään. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella oireenhallintaryhmiä voitaisiin käyttää vakiintuneena työmuotona skitsofreniapotilaiden avohoidossa siten, että uusia ryhmiä alkaisi säännöllisesti. Potilaiden

mielestä oireenhallintaryhmissä voisi olla enemmän ohjelmaa, esimerkiksi videoita tai DVD-elokuvia, jotka kertovat skitsofreniasta, sen oireista ja hoidosta. Myös erilaista toiminnallista ohjelmaa, kuten rooliharjoituksia ehdotettiin. Osallistujat kokivat erityisen hyödyllisenä työkirjan ja monisteiden käytön ryhmässä. Niiden avulla ryhmässä saatu tietoa oli helppo kerrata kotona. Tämän perusteella ryhmien toiminnassa voisi käyttää monipuolisemmin muitakin opetuskeinoja kuin luennointia ja keskustelua. Henkilökunnan on hyvä tietää, että ryhmiin osallistujat kokevat kirjallisen materiaalin tärkeäksi, vaikka he eivät sitä ryhmässä mainitsisikaan.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tulosten ja todellisuuden mahdollisimman hyvän vastaavuuden tulee olla tavoitteena jokaisessa tutkimuksessa. Arvioitaessa luotettavuutta on huomioitava tutkimusprosessi kokonaisuutena. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimustuloksia esittäessä pätee sama tarkkuuden vaatimus. Tutkijan tulee kertoa, millä perusteella esittää tulokintansa ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Lukijaa auttaa, jos tutkimusseloste sisältää suoria lainauksia haastatteluista. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 218.) Tutkimuksen tulosten luotettavuutta tulee arvioida tutkimuksen tarkoituksen, aineiston keruun, analysoinnin, tulosten raportoinnin ja päätelmien osalta. Tulosten luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä pohdittaessa sivutaan tutkimuksen validiutta ja reliaabeliutta, joihin vaikuttavat useat eri asiat tutkimuksen eri vaiheissa. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 128 –129.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia tutkittavasta aiheesta. Validiudella tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, eli tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tässä tutkimuksessa reliaabelius ja validius on pyritty varmistamaan tekemällä kysymyksistä selkeitä ja sellaisia, että useat kysymykset voivat antaa vastauksen samaan tutkittavaan asiaan.

Haastattelututkimuksessa ei haastateltavan rehellisyys ja avoimuus ole itsestään selvää. Haastateltava voi jättää olennaisia asioita kertomatta tai muunnella totuutta, muistaa väärin tai pyrkiä miellyttämään haastattelijaa. Osalla haastateltavista oireen-

hallintaryhmään osallistuminen oli tapahtunut jopa vuosia sitten, jolloin tapahtuman ja kertomuksen välillä on aikaviive. Tänä aikana esimerkiksi keskustelut ja sattuneet asiat voivat muuttaa haastateltavan näkökulmaa ryhmän toimintaan, jolloin muistikuvat voivat tahattomasti muuttua. Aikaviivettä on lähes mahdoton eliminoida. (Nieminen 1998, 217.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin kaikki Raumalla oireenhallintaryhmiin ennen opinnäytetyön teon aloittamista osallistuneet skitsofreniapotilaat (N = 22), jotta tutkimusotos saataisiin riittävän suureksi. Vastausprosentti jäi valitettavan pieneksi (47,5 %), mutta kaikista toteutuneista haastatteluista voitiin löytää yhtäläisyyksiä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet haastateltavat (n = 10) kertoivat kokemuksistaan ja ajatuksistaan mielellään. Opinnäytetyön tekijät jäivät miettimään, voisiko syy pääosin positiivisiin mielipiteisiin oireenhallintaryhmistä olla halu miellyttää haastatteli-joita? Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastateltavan vastaukset voivat muotoutua sen mukaan, kuka tutkimusta tekee. (Hirsjärvi ym. 2004, 195.)

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin skitsofreniaa ja psykoedukaatiota, koska oireenhallintaryhmien kohdejoukkona olivat skitsofreniapotilaat. Tutkijan tulee olla hyvin perillä valitsemastaan aiheesta. Kirjallisuuden tuntemus antaa varmuuden aiotun tutkimuksen mielekkyydestä. Aiheensa tutkimustaustan tunteva tutkija pystyy perustelemaan, miksi tutkimus tehdään juuri siten, kuin se metodisesti tai käsitteellisesti tehdään. (Hirsjärvi ym. 2004, 98.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkittaessa inhimillistä toimintaa eettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä. Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ihmistieteissä ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi ym. 2000, 19-20.) Tutkimus ei saa missään vaiheessa vahingoittaa tai vaarantaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee aina olla mahdollista haittaa suurempi. Tutkimukseen osallistuneiden tulee olla tietoisia mahdollisista riskeistä ja siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26-27.) Tutkimusaineiston keräämisessä on huomioitava anonyymiuden takaaminen,

luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 27).

Tämän tutkimuksen eettisyyden toteutumiseksi anottiin kirjallisesti tutkimuslupa (Liite 1) Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen johtaja Lemmetyltä. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluville skitsofreniapotilaille annettiin haastattelukutsun mukana saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä saatavasta hyödystä sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetin turvaamisesta koko tutkimusprosessin aikana. Saatekirjeessä mainittiin opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot, jotta vastaajilla oli mahdollisuus halutesaan esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyvistä asioista. Jokaisen haastattelun aluksi kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus ja muistutettiin, että osallistuminen on vapaaehtoista sekä korostettiin tutkimuksen jokaisen vaiheen pysyvän täysin luottamuksellisena. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhat tuhotaan vuoden 2007 loppuun mennessä. Tämän opinnäytetyön raportointiosuudessa otetaan huomioon, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu.

LÄHTEET

Alanen, Y., Kokkola, A. & Pylkkänen, K. 1988. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Arho, R. 2000. Tarpeenmukaista psykiatriasta kuntoutusta. Kuntoutus 1/2000. Kuntoutussäätiö. 23. Vuosikirja.

Berg, L. & Suominen, U. 2000. Koulutuksellinen perhetyö. Perheterapialehti 4/2000.

Gleeson, J. & Mc Gorry, P. 2005. Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki. Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki. 1999/523. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuvien tiedon saannista ja tarpeista. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalassa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2003. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2003. Psykiatria. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Kesti, S. 2005. Ylilääkäri. Rauman mielenterveyskeskus. Psykoedukaatioviitekehityksen toteuttaminen Satakunnassa. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto. 30.9.2005.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki. Edita Prima Oy.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2003. Helsinki. Werner Söderström Oy.

Lehtinen, K. 2001. Buckingham- projektin koulutuksellinen hoito-ohjelma ja suomalainen tarpeenmukainen hoitomalli. Teoksessa Rinne, R. & Seikkula, J.(toim.) Ja äkisti uusi aikakausi. Professori Jukka Aaltonen, 60 vuotta. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Liberman, R. 1986. Social and independent living skills. Medication- management module, patient workbook. Rehabilitation Research & Training Center in Mental Illness. Käännös ja sovellutus Røyks R., & Saarela , T. Jorvin sairaala 1993. (Tarkistukset 11/94, 7/95, 11/95).

Lundin, L. & Ohlsson, O. S. 2003. Psykkisen toimintakyvyn häiriöt. Lievestuore. Profami Oy.

Malm, U., Lund, L. & Rutz, W. 1994. Asiaa skitsofreniasta omaisille ja ammattilaisille. Vantaa. SP- Paino ky.

Mielenterveyslaki 4.12.1990/1116. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Ojanen, M. 1988. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma, julkaisu nro 7, Skitsofrenisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen: PSP-projektin seurantalulokset. Helsinki. Psykiatrian tutkimussäätiö.

Pajala, H. 2002. Kokemuksia oppimisesta ja opetusmenetelmistä mielenterveyskuntoutujien koulutuskursseilta Sopimusvuori Ry:ssä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opettajakoulutuksen opinnäytetyö. Tampere.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo. WSOY.

Peltomaa, M. 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lisensiaatintutkimus. Lapin yliopisto. Yhteiskunnallinen tiedekunta.

Piirainen, T & Ärjä, S. 2004. Mielenterveystyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Koulutuksellinen perhetyö psykiatrisessa hoitotyössä - verkkokurssi. Julkaisupäivä 30.11.2004.

Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. STAKES. Saarijärvi. Gummerus kirjapaino Oy.

Rainerma, A. 2006. Perustietoa psykoedukaatiosta. Harjavallan sairaalan koulutustilaisuus 10.2.2006.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori. Kehitys Oy.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Salokangas, R., Heinimaa, M., Suomela, T., Ilonen, T., Ristkari, T., Korkeila, J., Huttunen, J., Hietala, J. & Syvälahti, E. 2000. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Salokangas, R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A- M. & Saarinen, S. 2002. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1996. Skitsofrenia, laitostieteestä vapauteen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Otava.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Otava.

Satakunnan Sairaanhoidopiirin tietopankki, psykiatrian tulosalue, Rauman alue.10.9.2007.Osoitteessa:http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=118,75174,118_7519&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1

Skitsofrenia. Käypä hoito-suositus. Suomen psykiatryhdistys ry. 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002. Monisteita 2002, 7.

Stengård, E. 1998. Koulutusryhmä skitsofreniapotilaiden omaisten tukimuotona. Lissensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.

Suomen Tilastollinen Vuosikirja 1996. Suomen tilastokeskus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Toskala, A. 1996. Kognitiivinen psykoterapia: uudet kehityslinjat ja sovellukset. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 25. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Wahlberg, K- E. 2000. Tutkimustulosten ja –teorioiden hyödyntäminen skitsofreniaan sairastumisen ehkäisyssä. Suomen Lääkärilehti, 55(42), 4279.

Vilkko - Riihelä, A. 2003. Psyhyke. Helsinki. WSOY.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WSOY.

OK - Arto Lemmetty

Tutkimuslupa-anomus
02.04.2007

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPPIIRIN KY
Tulosalueen johtaja Arto Lemmetty
Harjavallan sairaala
Sairaalantie 14
29200 HARJAVALTA

Suoritamme sairaanhoitajan tutkintoa Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Rauman yksikössä. Tutkintoomme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Anomme tutkimuslupaa opinnäytetyöhön kuuluvan haastattelututkimuksen suorittamista varten.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää skitsofreniapotilaiden kokemuksia Raumalla järjestetyistä oireenhallintaryhmistä. Tutkimuksen tavoitteena on antaa ryhmien vetäjille tietoa niiden vaikuttavuudesta potilaiden elämän hallintaan ja oman sairauden tuntemiseen. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan suunnitella ryhmien sisältöjä vastaamaan potilaiden odotuksia ja tiedon tarvetta. Tutkimusaineisto kerätään haastatteleamalla Raumalaisia oireenhallintaryhmiin osallistuneita skitsofreniaa sairastavia potilaita, joiden terveydentila mahdollistaa haastatteluun osallistumisen. Haastattelut nauhoitetaan, ja ne suoritetaan kevään ja kesän aikana. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua viimeistään syksyllä 2007.

Opinnäytetyötämme ohjaa TtT Ritva Pirilä, puh. 02 620357
Tutkimus tehdään yhteistyössä Rauman kuntoutumiskeskuksen kanssa.
Tutkimussuunnitelma on hakemuksen liitteenä.

Ystävällisesti

Niina Virta Tuula Numminen
Niina Virta Tuula Numminen
Lensunpolku 6 b 15 Katavistonkatu 12
26660 Rauma 26100 Rauma
puh. 044 3376128 puh. 050 5456227

Minä Arto Lemmetty, hyväksyn/hylkään tutkimuslupa-anomuksen 22/4/2007
/ psyk-pähtöryhmä 2007
Opiskelijat vastaavat haastattelunsaajien
näytelmästä heti työn valmistuttua (v. 2007 aikana).

HYVÄ HAASTATELTAVA

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Rauman yksiköstä. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on raumalaisten skitsofreniapotilaiden kokemukset oireenhallintaryhmiin osallistumisesta.

Tarkoituksenamme on selvittää, miten osallistujat ovat kokeneet ryhmän vaikuttaneen sairauden hallintaan ja oireiden tunnistamiseen. Lisäksi toivomme saavamme tietoa siitä, mikä ryhmissä on koettu hyväksi ja missä asioissa toimintaa voisi kehittää.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori TtT Ritva Pirilä (puh 02 6203557).

Tämä tutkimus on tarkoitus suorittaa haastattelemalla kaikki Raumalla oireenhallintaryhmiin osallistuneet. Haastattelut suoritetaan luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Toivomme Sinun jakavan kokemuksesi kanssamme, koska jokaisen mielipide on tärkeä.

Haastattelut toteutetaan Rauman mielenterveyskeskuksen tiloissa kevään ja kesän 2007 aikana. Otamme Sinuun yhteyttä sopiaksemme haastatteluajan.

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

Raumalla 23.3.2007

Niina Virta
puh. 02 8355721

Tuula Numminen
puh. 02 8240992

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

- ikä, sukupuoli
- miten kauan potilas on sairastanut skitsofreniaa
- milloin potilas on osallistunut oireenhallintaryhmään

Kokemus ryhmään osallistumisesta

- saiko potilas tietoa sairaudestaan ja sen oireista
- oliko ryhmän ohjelmasisältö potilaan odotusten mukainen
- kokeeko potilas hyötynensä ryhmästä, miten
- ymmärsikö potilas ryhmässä käsitellyt asiat
- huomioitiinko potilaan läheiset ryhmän aikana
- mitä asioita potilaalle jäi ryhmästä parhaiten mieleen
- mihin oireenhallinta vaikuttaa
- miten ryhmässä saatu tieto on vaikuttanut potilaan sairauden hallintaan

Kehittämistarpeet

- mitä puutteita ryhmän toiminnassa potilaan mielestä oli
- kokoontuiko ryhmä tarpeeksi pitkään
- jäikö potilaalle tiedontarvetta sairautensa suhteen
- miten opitut asiat pysyvät parhaiten mielessä ryhmän jälkeen
- mikä oli parasta ryhmässä
- millaisena koit oireenhallintaryhmän