

Merja Niskanen, Maarit Mykkänen ja Janika Virtala

”Välillä on energiaa vaikka kuinka paljon, mutta sitten väsähdän”

-selvitys kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden elämänlaadusta

Sairaanhoidtaja (AMK)

Terveystenhoitaja (AMK)

Kevät 2019



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Niskanen Merja, Mykkänen Maarit & Virtala Janika

Työn nimi: "Välillä on energiaa vaikka kuinka paljon, mutta sitten väsähdän" – selvitys kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden elämänlaadusta

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), Terveystenhoitaja (AMK), hoitotyön koulutusohjelma

Asiasanat: kilpirauhanen, kilpirauhasen liikatoiminta, elämänlaatu, kyselytutkimus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hypertyreoosi potilaiden elämänlaatua heidän kokemanaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hypertyreoosi potilaiden ohjaamisen ja tukemisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimusongelma oli minkälaisena kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat elämänlaatunsa.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Aineisto on kerätty kyselylomakkeella Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikalla hoitosuhteessa olevilta hypertyreoosia sairastavilta potilailta. Kyselylomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselyyn osallistuneet arvioivat elämänlaatuaan viimeisen kahden viikon ajalta. Vastausprosentiksi muodostui 57,5%.

Kyselylomakkeiden strukturoitujen kysymysten vastaukset siirrettiin tilasto-ohjelmaan. Aineiston analysoinnin tukena käytettiin SPSS-ohjelmaa, joka on tilastollisen aineiston analysointiin kehitetty ohjelma. Avoimet kysymykset analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat potilaat kokevat elämänlaatunsa pääsääntöisesti hyväksi sairaudesta huolimatta. Tuloksista ilmeni, että osa vastaajista ei koe elämänlaatunsa muuttuneen sairastumisen myötä. Toisaalta osa vastaajista koki sairastumisen huonontaneen elämänlaatua. Tulokset osoittivat, että erilaisia kilpirauhasen liikatoiminnan oireita, kuten rytmihäiriöitä ja hermostuneisuutta esiintyy kilpirauhasen liikatoimintapotilailla. Tuloksista ilmeni myös se, että hoidon saaminen paransi olotilaa ja elämänlaatua.

Jatkotutkimusaiheena heräsi kiinnostus selvittää, poikkeaisivatko vastaukset hoidon toteutumisesta riippuen siitä, onko kilpirauhasen liikatoiminta potilas sairaanhoidtajan, endokrinologin tai hematologin hoidossa. Myös iän ja sairastamisajan pituuden vaikutuksen koettuun elämänlaatuun voisi olla varteenotettava jatkotutkimusaihe. Kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien elämänlaatua on tutkittu Suomessa vähän, joten lisätutkimukset aiheesta voisi olla aiheellisia.

Abstract

Author(s): Niskanen Merja, Mykkänen Maarit & Virtala Janika

Title of the Publication: "At Times I Am Full of Energy but Then I Flag" – a survey of hyperthyroid patients' quality of life

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing and Public Health Nursing

Keywords: thyroid gland, hyperthyroidism, quality of life, survey

The quality of life is increasingly used as the measure of the well-being of the population or the effectiveness of social and health care services. The commissioner of this thesis was the medical out-patient department at Kainuu Central Hospital.

The purpose of this thesis was to study hyperthyroid patients' quality of life as experienced by patients themselves. The aim was to provide information to develop guidance of and provision of support for hyperthyroid patients. The research question was to study how patients with hyperthyroidism experienced their quality of life.

This thesis was conducted as a quantitative survey. The material was collected with a paper questionnaire that had both structured and open questions. The questionnaire was sent by mail to hyperthyroid patients who received treatment at the medical out-patient department. They were asked to assess their quality of life during the previous two weeks.

Based on the survey patients with hyperthyroidism experienced their quality of life as mainly good. The results showed that some did not feel that the disease had changed their quality of life. On the other hand, some felt that their quality of life had changed due to hyperthyroidism. The results also showed that common symptoms of hyperthyroidism such as arrhythmias and nervousness occurred in patients with hyperthyroidism.

Topics for future research could include a study on whether patients' age or duration of the disease have an impact on the quality of life. In Finland there are only very few studies on the impact of hyperthyroidism on the quality of life, and therefore it would be a good topic for future research.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Koettu elämänlaatu kilpirauhasen liikatoiminnassa.....	2
2.1	Kilpirauhasen liikatoiminta ja oireet	2
2.2	Diagnosointi ja hoito	4
2.3	Terveyteen liittyvän elämänlaadun merkitys.....	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelma	9
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Määrällinen tutkimusmenetelmä.....	10
4.2	Kyselylomakkeen laadinta	11
4.3	Aineiston keruun toteuttaminen.....	13
4.4	Aineiston analysointi	15
5	Tulokset ja niiden tarkastelu	18
5.1	Vastaajien taustatiedot	18
5.2	Vastaajien kokemat oireet	18
5.3	Fyysinen elämänlaatu.....	23
5.4	Psyykinen elämänlaatu.....	25
5.5	Sosiaalinen elämänlaatu.....	29
6	Johtopäätökset	34
7	Pohdinta	35
7.1	Luotettavuus.....	35
7.2	Eettisyys.....	37
7.3	Ammatillinen kasvu	39
7.4	Jatkotutkimusaiheet.....	40
	Lähteet	41

Liitteet

Termiluettelo

Basedowin tauti = Silmäkuopan autoimmuunitauti

Embolia = Verihyytymä

Hypertyreooosi = Kilpirauhasen liikatoiminta

Keuhkoembolia = Keuhkoveritulppa. Muualta elimistössä liikkeelle lähtenyt embolia tukkii keuhkoihin johtavan valtimon.

Motiliteetti = Liikkuvuus

Myopatia = Lihastaudit

Palpaatio = Palpointi, käsin tunnustelu; tutkiminen käsin tunnustellen

T4V = Tyroksiini (kilpirauhashormoni). Tässä lyhenteessä T tarkoittaa tyroksiinia. Numero 4 viittaa siihen, että tyroksiinimolekyylissä on neljä jodimolekyyliä. V tulee sanasta "vapaa". Mittaamalla vapaata tyroksiinia saadaan kuva toimivan hormonin määrästä, sillä vain vapaa tyroksiini pystyy hoitamaan hormonin tehtäviä.

T3V = Trijodityroniini (kilpirauhashormoni)

TSH = Tyreotropiini (hormoni), joka muodostuu aivolisäkkeessä ja säätelee kilpirauhasen toimintaa. Välttämätön kilpirauhashormonin tuotannolle.

1 Johdanto

Elämänlaadun mittaaminen on viime vuosikymmeninä noussut perinteisten taloudellisten ja sosiaalisten tutkimusten rinnalle. Elämänlaatua käytetään yhä yleisemmin yhtenä mittarina tutkittaessa väestön hyvinvointia tai sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta. Elämänlaadun korostuminen terveydenhuollossa johtuu taloudellisista, kulttuurillisista ja epidemiologisista syistä. Myös hoitotyön painopiste on siirtynyt kroonisten sairauksien hoitoon johtuen siitä, että ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja hoitomenetelmät kehittyvät. Hyvä hoito taataan arvioimalla myös krooniset vaivat ja eläminen hoitojen kanssa. Elämänlaatututkimuksella voidaan selvittää, kuinka terveydentilan muutokset ja toipuminen vaikuttavat elämään ja sen laatuun. Elämänlaatukyselyiden avulla voidaan tunnistaa erityistä tukea ja ohjausta tarvitsevat potilaat. (Saarni & Pirkola 2010, 2265; Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2013, 2; Numminen 2019, 42.)

Toimiva kilpirauhanen ja sen erittämät hormonit ovat elämälle välttämättömiä, sillä ne vaikuttavat kaikkiin elintoimintoihin. Kilpirauhashormonit ovat tärkeitä muun muassa kasvulle, neurologiselle kehitykselle ja energia-aineenvaihdunnalle. Kilpirauhasen toimintahäiriöt ovat hyvin yleisiä ja niillä on suuria vaikutuksia ihmisten terveyteen ympäri maailmaa. Kilpirauhasen liikatoimintaa esiintyy noin 1%:lla suomalaisista (Salmela n.d.). Maailmanlaajuisesti mitattuna kilpirauhasen liikatoiminnan esiintyminen vaihtelee 0.2% ja 1.3% välillä (Taylor ym. 2018, 1-2). Abraham-Nordlingin (2008, 7) mukaan kilpirauhasen liikatoiminta on naisilla yleisempää ja sitä sairastavat ovat yleensä 20-50 vuotiaita.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikka, joka tuottaa sisätautien erikoisalojen avohoitopalveluja Kainuun väestölle. Potilaat tulevan poliklinikalle lääkärin läheteellä. Potilasohjaus, tiivis yhteistyö avoterveydenhuollon ja potilaan sekä hänen hoitoonsa osallistuvien henkilöiden kanssa ovat keskiössä sisätautien poliklinikalla. (Sisätautien poliklinikka n.d.)

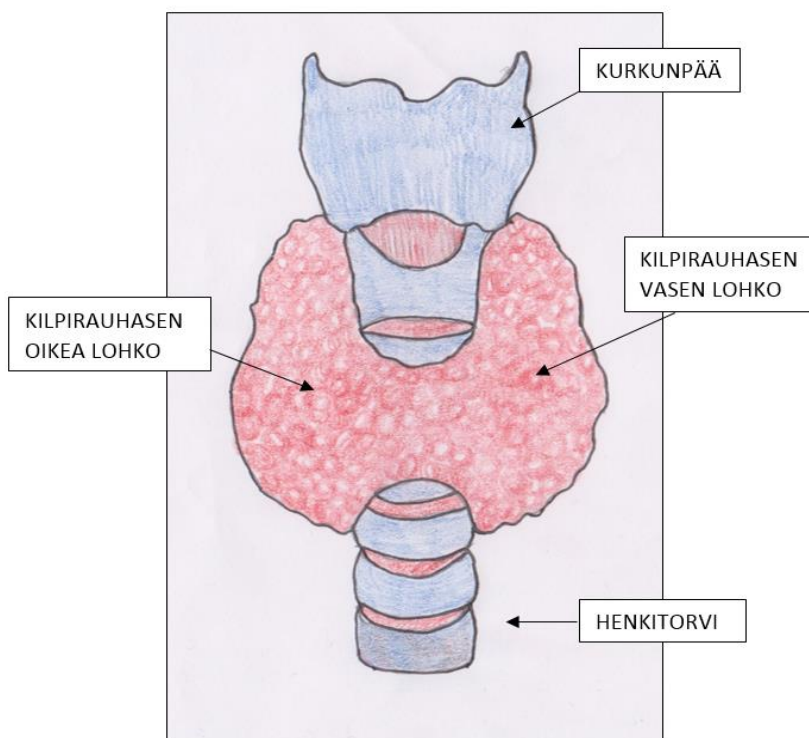
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hypertyreoosi potilaiden elämänlaatua heidän kokemanaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hypertyreoosi potilaiden ohjaamisen ja tukemisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön aineisto hankittiin paperista kyselylomaketta käyttäen, jonka tutkimukseen osallistuja täytti.

2 Koettu elämänlaatu kilpirauhasen liikatoiminnassa

Tässä luvussa käsittelemme kilpirauhasen liikatoimintaa, oireita ja hoitoa sekä elämänlaatua. Lisäksi Kainuun keskussairaalan käytänteitä kilpirauhasen liikatoiminnan hoidosta.

2.1 Kilpirauhasen liikatoiminta ja oireet

Kilpirauhanen (*glandula thyroidea*) on noin 20 grammaa painava endokriininen umpirauhanen, joka sijaitsee kurkunpään alapuolella ja henkitorven yläosan etupuolella. (Kuva 1) Kilpirauhanen muodostuu kahdesta lohkoista ja pienistä pyöreistä rakkuloista eli follikkeleista, joihin kilpirauhashormonit varastoituvat. Kilpirauhanen tuottaa kahta eri hormonia, jotka ovat tyroksiini (T4) ja trijodityroniini (T3). (Leppäluoto ym. 2015, 325-326.)



Kuva 1. Kilpirauhanen (mukaillen lähdettä Leino, 2019)

Kilpirauhashormonit sitoutuvat ja kulkevat verenkierrassa pääosin sitoutuneena plasman valkuaisaineisiin, joista yleisin on globuliini. Aivolisäkkeen etulohko erittää tyreotropiinia (TSH), joka säätelee kilpirauhashormonien tuotantoa. Hypotalamus puolestaan erittää TRH:ta, joka säätelee TSH:n eritystä. Nämä kaksi muodostavat negatiivisen palautejärjestelmän yhdessä kilpirauhashormonien kanssa. Jodin päivittäinen tarve on 0,1-0,5mg ja se on välttämätön kilpirauhashormonien synteetille. Kilpirauhanen käyttää 20-30 prosenttia jodin määrästä kilpirauhashormonien valmistamiseen. (Leppäluoto ym. 2015, 325-326.) Kilpirauhashormonit säätelevät perusaineenvaihduntaa ja lämmöntuotantoa. Ne vaikuttavat luuston ja kudosten kasvuun, hermoston erilaistumiseen ja metabolian tehokkuuteen. Kilpirauhashormonit vaikuttavat myös hermoston toimintoihin, sydämen lyöntitiheyteen ja ruoansulatuskanavan motiliteettiin sekä ihon kuntoon. Aivoissa ja keskushermostossa nämä hormonit vaikuttavat yleiseen vireystasoon ja säätelevät omaa tuotantoaan. Kilpirauhashormoneilla on vaikutus lähes kaikkien kehon solujen toimintaan sekä hapen- ja energiankulutukseen. (Salmela 2015, 1745; Metso 2014, 1133.)

Kilpirauhasen liikatoiminnassa kilpirauhasen tuottamat hormonien pitoisuudet muuttuvat. Tyreotropiini (TSH) laskee alle viitealueen, aikuisilla yli 14-vuotiailla viitealue on 0.5-3.6 mU/l (milliyyk-sikköä litrassa). Tyroksiinin (T4V) ja trijodityroniinin (T3V) pitoisuudet ovat suurentuneet. Tyroksiinin viitealue aikuisilla, yli 18-vuotiaalla on 9 - 19 pmol/l (pikomoolia litrassa) ja trijodityroniinin viitealue kaikilla on 3.5 - 7.5 pmol/l. (P-Tyreotropiini 2018; P-Tyroksiini 2018; Trijodityroniini 2017.) Kilpirauhasen liikatoiminnan yleisimmät syyt ovat Basedowin tauti, liikatoimiva (toksinen) monikyhmystruuma (suurentunut kilpirauhanen) ja liikatoimiva adenooma (rauhaskasvain). Muita syitä voivat olla tyroksiinin yliannostelu ja jodipitoiset aineet, myös varjoainetehosteinen tietokonetutkimus voi laukaista kilpirauhasen liikatoiminnan. (Schalin-Jääntti, 2016.)

Kilpirauhashormonien pitoisuuksien muutos on ensimmäinen merkki hypertyreosista, mutta T4V ja T3V voivat pysytellä vuosia viitealueella. Lievinä kilpirauhasen toimintahäiriöitä voi olla vaikea erottaa ilman verikokeita. Kilpirauhashormonit vaikuttavat koko kehon toimintaan, jolloin myös oireita esiintyy useammassa elinjärjestelmässä. Se vaikuttaa muun muassa yleiseen olemukseen, ihoon, sydämeen ja hermostoon. (Matikainen 2012, 686.)

Yleisimpiä liikatoiminnan oireita ovat väsymys, heikkous, erilaiset sydänoireet, hikoilu, painon lasku ja kiihtynyt suolen toiminta. Myös silmäoireita, kuten valonarkuutta ja kirvelyä esiintyy, erityisesti Basedowin taudissa. Keskushermostossa kilpirauhashormonien epätasapaino aiheuttaa

hermostuneisuutta, ärtyneisyyttä ja käsien vapinaa. Ruoansulatuskanavaoireita, kuten pahoinvointia ja suolen toiminnan kiihtymistä sekä ruokahalun kasvua esiintyy. Lämmönsietokyky laskee, jolloin esimerkiksi oleskelu kuumassa, voi muuttua epämiellyttäväksi. Lisääntynyt aineenvaihdunta aiheuttaa hikoilua, punoitusta ja painonlaskua. Kilpirauhasen liikatoiminta voi aiheuttaa myös osteoporoosia, pidentynyttä kuukautiskiertoa, hyperglykemiaa ja myopatiaa. (Matikainen 2012, 686.)

Kilpirauhasen liikatoimintaan liittyy suurempi sairastavuus ja kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin kuin normaaliväestöllä. Se nostaa sydämen iskutilavuutta, minuuttitulavuutta ja systolista verenpainetta, keuhkoverenpainetta sekä lisää valtimoiden jäykkyyttä. Toisaalta se vähentää äärisverenkierron vastusta ja diastolista verenpainetta. Hypertyreoosi altistaa eteisvärinälle, aivoverenkierron häiriölle, sydämen vajaatoiminnalle, verenpainetaudille sekä laskimotukoksille ja keuhkoembolioille. Hypertyreoosi lisää myös veren hyytymistä ja vähentää verihyytymän liukenemistä. Eteisvärinässä syke on sekä epäsäännöllinen että epätasainen, koska eteiset supistelevat kaaosmaisesti. Tällöin hengästyy helposti, olo tuntuu vetämättömältä ja voimattomalta. Rinnassa voi olla painontunnetta. (Metso 2014, 1135; Rautakoura 2014.)

2.2 Diagnoosi ja hoito

Kilpirauhaskokeita tehdään Suomessa erittäin paljon ja osa tutkimuksista on varmuuden vuoksi tehtyjä seulontakokeita, koska kilpirauhasen toiminnan muutosten oireet ovat epäspesifisiä. Kilpirauhasen toiminnan arviointi perustuu potilaan oireisiin, kliiniseen tutkimukseen ja kilpirauhasarvojen määrittämiseen. Tavallisimmat verestä tehtävät tutkimukset kilpirauhasen sairauksien tutkimiseen ovat TSH, T4V ja T3V. Basedowin tautia epäiltäessä, määritetään lisäksi reseptorivasta-aineet (TSHRAb). Lisätutimuksina käytetään kilpirauhasen palpointia, ohutneulanäytteitä sekä erilaisia kuvantamistutkimuksia. Kilpirauhasen liikatoiminnassa TSH pitoisuus on alle viitealueen ja vapaan T3:n ja T4:n pitoisuus on suurentunut. (Schalin-Jäntti, 2016; Matikainen 2012, 685.)

Kilpirauhasen liikatoiminnan hoitomuotona ovat lääkehoito, radiojodihoito tai leikkaus. Sen valintaan vaikuttavat kilpirauhasen koko, rakenne, potilaan ikä, perussairaudet ja silmäoireet sekä raskaus ja imetys. Potilaan hoidon suunnittelee useimmiten endokrinologi tai kilpirauhasen liikatoiminnan hoitoon perehtynyt sisätautilääkäri. Kilpirauhasen liikatoiminnan hoito alkaa useimmi-

ten lääkehoidolla; tyreostaateilla. Tyreostaattia käytetään kilpirauhashormonien tuotantoa estävänä lääkkeenä, yleisin Suomessa käytetty lääke on karbimatsoli (Tyrozol®). (Jaatinen & Metso 2013, sivut). Karbimatsolia voidaan käyttää 12 – 18 kuukautta, aloittaen suurehkoilla annoksella, jota yleisemmin pienennetään jatkossa. Muita hypertyreoosin oireita, kuten sydämentykytystä, lievitetään beetasalpaaja – lääkkeellä. (Mustajoki, 2019; Terveyskirjasto, 2018.)

Kilpirauhasen liikatoiminta uusiutuu pitkäaikaisen lääkehoidon jälkeen noin puolella potilaista. Tämän jälkeen muut hoitomuodot ovat joko radiojodi tai leikkaus. Radiojodihoito aloitetaan, kun tyreostaatti lääkityksellä on ensin rauhoitettu kilpirauhasen liikatoiminta. Tyreostaatti lääkitys keskeytetään 2-4 vrk ennen radiojodin antoa. Radiojodihoito annetaan kapselina suun kautta ja sen vaikutus kilpirauhasen toimintaan perustuu lyhytkantoisen β -säteilyn aikaansaamaan soluvaurioon. Raskaus ja imetys ovat vasta-aiheita radiojodihoidolle. Jos hypertyreoosi ei parane tai uusiutuu radiojodihoidon jälkeen, hoito voidaan uusida muutaman kuukauden jälkeen. Radiojodihoidon tavallisin seuraus on kilpirauhasen vajaatoiminta, mutta se voi myös pahentaa Basedowin taudin silmäoireita. Kilpirauhasen toimintaa tulisi seurata laboratoriokokeilla (TSH ja T4V) ensimmäisenä hoidon jälkeisenä vuotena noin 3 kk:n välein ja sen jälkeen vuosittain. (Jaatinen & Metso 2013.)

Leikkaushoitoon päädytään tilanteissa, joissa kilpirauhanen on suuri tai kyhmyinen, sekä aiheuttaa henki- tai ruokatorven ahtaumaa. Leikkaus tehdään vasta, kun kilpirauhasen toiminta on saatu normaaliksi lääkehoidon avulla. Useimmiten leikkauksessa poistetaan koko kilpirauhanen. Jos koko kilpirauhasen poistoon päädytään, aloitetaan tyroksiinikorvaushoito heti ensimmäisenä leikkauksenjälkeisenä päivänä. (Jaatinen & Metso 2013.)

Kainuun keskussairaalan alueellisen hoidonpöytäkirjan mukaan kilpirauhasen liikatoiminnan hoito kuuluu erikoissairaanhoidon hoitoon. Perusterveydenhuolto vastaa alkuvaiheen diagnostisesta seurannasta sekä jatkoseurannasta, kun kilpirauhasen normaali toiminta on palautettu. Hoidon kokonaiskesto erikoissairaanhoidossa on 19kk, joka sisältää sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotolla käyntejä sekä laboratoriokokeita. Sairaanhoitajan vastaanotolla käydään 6kk, 12kk sekä 18 kk kohdalla hoidon aloituksesta. Vastaanotolla kartoitetaan liikatoiminnan oireita, tarkistetaan laboratoriokokeita sekä lääkehoidon toteutumista muun muassa annostuksen riittävyyteen liittyen. Lääkärikäynti sijoittuu hoidon aloitus- ja lopetusajankohtaan. Perusterveydenhuollossa jatkoseuranta tapahtuu laboratoriokokein. (Reponen & Karhu 2018; Kemppainen & Reponen 2009.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sisätautien poliklinikalla oli diagnosoituja endokrinologisia sairauksia sairastavia potilaita vuonna 2018 yhteensä 212. (Efficia diagnoosiraportti 2018).

2.3 Terveyteen liittyvän elämänlaadun merkitys

Elämänlaadun korostuminen terveydenhuollossa johtuu taloudellisista, kulttuurillisista ja epidemiologisista syistä. Hoitotyön painopiste on siirtynyt kroonisten sairauksien hoitoon johtuen siitä, että ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja hoitomenetelmät kehittyvät. Hyvä hoito taataan arvioimalla myös krooniset vaivat ja eläminen hoitojen kanssa. Potilaan ja hoitavan tahon yhteisymmärrystä päätöksenteossa pidetään nykyään merkittävänä, lisäksi hoitojen arvo on perusteltava niin lääketieteellisesti kuin taloudellisestikin. Pitkäaikaissairauksien hoidon arvioinnissa elämänlaatu on yksi merkittävimmistä kriteereistä. (Saarni & Pirkola 2010, 2265.)

Elämänlaatu on monimutkainen ja moniulotteinen ilmiö eikä sille ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Elämänlaatu hedonistisen näkökulman mukaisesti määritetty yksilön mielihyvän, onnellisuuden ja positiivisen kokemuksen sekä toiveiden ja tavoitteiden täyttymisen kautta. Se, millaiseksi ihminen kokee elämänlaatunsa, on subjektiivinen, omiin tuntemuksiin, arvomaailmaan ja elämäntilanteeseen liittyvä. Esimerkiksi sairastuminen saa ihmisen arvioimaan elämänsä uudesta näkökulmasta ja asioiden tärkeysjärjestys voi muuttua. Elämänlaatu voi vaihdella sairauden aikana eri tavoin ja ihminen voi kokea sen jopa paremmaksi kuin ennen sairastumista. (Aalto ym. 2013, 5; Kiviniemi 2013, 7-8.) Elämänlaatuun rinnastetaan usein myös sanat hyvinvointi, onnellisuus, tyytyväisyys elämään ja toimintakyky (Aalto ym 2013, 4).

Elämänlaatu saa erilaisia merkityksiä ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa ja useimmissa määritelmässä se kattaa kolme ulottuvuutta. Terveyteen liittyvä elämänlaatu pitää sisällään ne elämänlaadun alueet, joilla on nimenomaan yhteys terveyteen. Näitä ovat fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky sekä oireet ja vaivat. Toimintakyvyn lisäksi elämänlaatuun vaikuttavat elämäntavat ja terveysongelmat, esimerkiksi erilaiset krooniset sairaudet huonontavat terveyteen liittyvää elämänlaatua. (Kiviniemi 2013, 7-8; Karlsson 2013.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) määritelmässä vuodelta 1948 elämänlaatu koostuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista elämän osa-alueista, joihin vaikuttavat yksilön omat kokemukset, us-

komukset, odotukset, toiveet ja havainnot. Määritelmän mukaan koettuun elämänlaatuun vaikuttaa aina potilaan ikä, sukupuoli, sosiaalinen tausta, koulutustaso ja ympäröivä kulttuuri. (Hämäinen, Jokinen, Yesil, Hellstedt & Harjula 2009, 41.)

Elämänlaadun käsitettä on käytetty sosiologiassa ja psykologiassa jo 1960-luvulta lähtien. Sosiologi Erik Allardtin hyvinvointi teorian mukaan hyvinvointi on ihmisen itsensä tulkitsemaa perustarpeiden tyydyttämistä, jotka on luokiteltu kolmeen perusluokkaan. Ne ovat elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) ja itsensä toteuttamisen muodot (being). Elintasoon liittyviä tekijöitä ovat asumistaso, työllisyys, tulot, koulutus ja terveys. Paikallis- ja perheyhteisyys sekä ystävyys-suhteet kuuluvat yhteissuhteisiin. Itsensä toteuttamisen osatekijöitä ovat muun muassa korvaamattomuus ja mielenkiintoinen vapaa-ajan toiminta. (Allardt 1976, 32-38, 50.) Pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen käsitejärjestelmään kuuluu kaksi käsitteellistä erottelua Erik Allardtin (1976, 32) mukaan. Näistä ensimmäinen on hyvinvointi – onni (onnellisuus). Hyvinvoinnin aste voidaan määritellä tarpeentyydytyksen asteella. Onnellisuuden aste voidaan määritellä sen mukaan, kuinka onnelliseksi ihmiset tuntevat tai kokevat itsensä. Toinen käsitteellinen erottelu on elintaso - elämänlaatu. Elintasoon kuuluvat tarpeet, kuten asunto, tulot ja työllisyys, joiden tyydytys on määritelty aineellisten tai ainakin persoonattomien resurssien esiintymisen avulla. Aineellisten resurssien avulla ei ole määritelty itsensä ja sosiaalisten toteuttamisen tarpeiden tyydytystä, vaan inhimillisten suhteiden laadun perusteella. Tällainen tarpeiden tyydytys määritetään elämänlaaduksi.

Hyvinvoinnilla viitataan yleensä yksilötason- ja yhteisötason hyvinvointiin. Yhteisötason hyvinvoinnin ulottuvuuksiin kuuluvat asuinolot ja ympäristö, työllisyys sekä toimeentulo. Yksilöllisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia katsotaan olevan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. Yleisesti hyvinvointi jaetaan kolmeen osa-alueeseen: terveyteen, materiaalseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Terveyttä ja materialistista hyvinvointia käytetään arvioitaessa hyvinvointieroja. (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 22; Hyvinvointi 2015.)

On olemassa väestöpohjaisia tutkimuksia, jotka selvittävät yksittäisten tekijöiden, kuten sairauden tai jonkin elämäntavan vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tietoa suomalaisten terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä kartoittaa FinTerveys-väestötutkimus. FinTerveys on kansallinen väestötutkimus, joka seuraa keskeisten terveyden ja hyvinvoinnin tekijöiden tasoja ja muutoksia Suomessa. Tutkimuksesta saatavien tietojen avulla voidaan tutkia sairauksien ehkäisyä ja hoitoa, edistää suomalaisten toimintakykyä ja

hyvinvointia sekä kehittää terveys- ja hyvinvointipalveluja Suomessa. (Mikä on FinTerveys tutkimus 2019.)

FinTerveys 2017 tutkimuksessa selvitettiin suomalaisten terveyttä muun muassa sosiodemografisten tekijöiden, työn ja toimeentulon, elintapojen ja lihavuuden näkökulmasta. Tutkimus kartoitti myös suomalaisten elämänlaatua, koettua terveyttä ja pitkäaikaissairastavuutta. Suomalaiset arvioivat oman elämänlaatunsa hyväksi kaikissa ikäluokissa, kuitenkin iän karttuessa arvio omasta elämänlaadusta heikkeni. Miehet ja naiset arvioivat elämänlaatunsa yhtä hyväksi. Samassa tutkimuksessa suomalaiset arvioivat myös koettua terveyttä ja pitkäaikaissairastavuutta. Tutkimuksessa ilmeni, että koettu terveys heikkeni melko suoraviivaisesti iän mukana ja naisilla jyrkemmin kuin miehillä. Hieman useampi kuin joka toinen aikuinen ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma. Pitkäaikaissairaiden osuus kasvoi tasaisesti iän mukana. Kaikissa ikäryhmissä pitkäaikaissairastavuus oli hieman yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa. (Koskinen, Aalto, Luoma & Saarni 2018, 25; Koskinen, Manderbacka & Koponen 2018, 51.)

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (aikaisemmin Stakesin) joka neljäs vuosi toteutettava kyselytutkimus. Se tarjoaa tutkimusaineistoa suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipalveluiden käytöstä. Vuonna 2014 julkaistussa raportissa esiteltiin tuloksia Suomessa asuvien 18 vuotta täyttäneiden arvioita koetusta elämänlaadusta. Tutkimusaineisto oli kerätty EuroHIS-8-mittaria apuna käyttäen. Tutkimuksessa todettiin, että suurin osa tutkittavista (25–44-vuotiaat) koki yleisen elämänlaatunsa joko hyväksi tai erittäin hyväksi, ja vain harva koki sen heikoksi. Arviot kuitenkin heikkenivät selvästi ikääntymisen myötä, sillä joka kymmenes 80 vuotta täyttänyt koki elämänlaatunsa vähintään huonoksi. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA), 2019; Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 24.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelma

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hypertyreoosi potilaiden elämänlaatua heidän kokemaan.

Tavoitteena on tuottaa tietoa hypertyreoosi potilaiden ohjaamisen ja tukemisen kehittämiseksi.

Tutkimusongelma:

Minkälaisena kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat elämänlaatunsa?

4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyömme toteutusta määrällisenä tutkimuksena. Valaisemme kyselylomakkeen laadintaa sekä aineiston hankintaa ja analysointia. Toimeksiantajan toiveena oli saada konkreettista tietoa Kainuulaisten kilpirauhasten liikatoimintaa sairastavien potilaiden elämänlaadusta.

4.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimustapa vastaa kysymyksiin, kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Määrällisessä tutkimuksessa tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä käyttäen tilastollisia menetelmiä. Muuttujat voivat olla asioita, toimintoja tai ominaisuuksia. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavat asiat ja tulokset esitetään numeroiden avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55; Vilka 2007,14.)

Kvantitatiivinen tutkimusprosessi jaetaan käsitteelliseen ja empiiriseen vaiheeseen. Käsitteellinen vaihe alkaa tutkimusaiheen valinnalla ja rajaamisella. Sitten tutustutaan teoreettiseen taustaan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimusmenetelmien valinta, otoksen eli havaintojoukon ja kontekstin määrittely kuuluvat käsitteelliseen vaiheeseen. Empiirisessä vaiheessa kerätään aineisto, tallennetaan ja analysoidaan aineisto sekä tehdään tulkintoja. Empiiriseen vaiheeseen kuuluu myös tulosten raportointi. Aineistoa voidaan hankkia esimerkiksi haastatteleamalla, havainnoimalla, esseellä ja kyselylomakkeella. Aineiston tallentaminen tapahtuu joko numeerisena tai sanallisena tekstimuodossa. Yleisesti käytetty tilasto-ohjelma aineiston tallentamiseen on SPSS. Tallentamisen jälkeen analysoidaan aineisto. Tämä tehdään tilastollisin menetelmin tai käyttämällä laadullista analyysimenetelmää. Tulosten raportointi tapahtuu esimerkiksi opinnäytetöinä ja ammatillisissa tai tieteellisissä lehdissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83-84, 129.)

4.2 Kyselylomakkeen laadinta

Vilkan (2007) mukaan tutkimuksessa tutkittava tieto kerätään mittarin eli lomakkeen avulla. Mittarin rakentamisen lähtökohtana on, että tutkija tuntee asiakokonaisuuden, johon tutkimusongelma kuuluu sekä keskeiset käsitteet ja kohderyhmän. Onnistuneeseen lomakkeeseen vaikuttaa useita eri tekijöitä. Lomaketta suunniteltaessa tulee varmistaa, että kohdejoukolla on tieto, jota tutkimuksella halutaan saada. Tutkijan on varmistettava, että vastaajilla on mahdollisuus vastata kyselyyn. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sähköistä kyselyä suunniteltaessa tulee varmistaa, että kyselyyn vastaajalla on kone käytettävissä. Lisäksi lomakkeen yleisilmeeseen ja kysymysten sisältöön, muotoiluun ja esitystapaan kannattaa kiinnittää erityistä huomiota. Onnistunut lomake etenee intuitiivisesti eli vastaajan ei tarvitse palata ohjeisiin tarkastamaan, kuinka kyselyyn tulee vastata. (Vilka 2007, 62-64.)

Määrällisessä tutkimuksessa lomakkeella kerättävä aineisto voidaan hankkia suljetuilla monivalinta-, avoimilla- tai sekamuotoisilla kysymyksillä. Monivalintakysymyksissä vaihtoehdot on asetettu valmiiksi vastaajaa varten, niillä tavoitellaan kysymysten ja vastausten vertailukelpoisuutta. Varsinaisissa elämänlaatua selvittävissä kysymyksissä käytetään Likertin asteikollisia kysymyksiä. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden spontaanien mielipiteiden ilmaisuun. Sekamuotoisiin kysymyksiin vastaajalle on annettu osa vastausvaihtoehdoista, jonka jälkeen seuraa tavanomaisesti yksi avoin kysymys. (Vilka 2007, 67-68.)

Likertin asteikko kuuluu järjestysasteikkoisia eli intensiivisyyttä mittaavaksi mittariksi, jossa käytetään useimmiten viisiportaista asteikkoa, jolloin vastausvaihtoehdot ovat nimetty seuraavanlaisesti: 1 = täysin samaa mieltä ja 5 = täysin eri mieltä. Likertin asteikon käytössä luotettavuuteen vaikuttaa vastaajan mahdollisuus, ettei hän ota kantaa asioihin, vaan käyttää keskimmäistä vaihtoehtoa, tai jättää valitsematta ääripäät ja valitsee vaihtoehdoista "melkein samaa mieltä" ja "melkein eri mieltä". Luotettavuuden parantamiseksi, varsinkin pienten aineistojen yhteydessä, tutkija usein yhdistää nämä luokat analysointivaiheessa. (Valli 2018, 106-108.)

Vilkan (2007) mukaan postitse tai internetissä lähetettyyn kyselylomakkeeseen sisällytetään saatekirje. Saatekirjeen sisällöllä on suuri merkitys, sillä sen perusteella vastaaja voi päättää osallistumisestaan ja vastaamisestaan tutkimukseen. Saatekirjeestä tehdään korkeintaan yhden sivun mittainen ja se kohdistetaan lukijalle puhuttelemalla vastaajaa. Saatekirjeestä tulee ilmetä tutkimuksen tavoite selkeästi kirjoitettuna. Siihen sisällytetään myös vastaus- ja palautusohjeet, kiitetään vastaamisesta ja osallistumisesta tutkimukseen sekä tutkijan yhteystiedot (Vilka 2007, 87-88.)

Opinnäytetyön aineisto hankittiin paperista kyselylomaketta käyttäen, jonka tutkimukseen osallistuja täytti. Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake pohjautuu TOIMIA tietokannasta löytyvään EUROHIS-8- elämänlaatumittariin, jota on aiemmin käytetty väestötutkimuksissa. (Korpilahti 2013). EUROHIS-8-elämänlaatumittarissa on kahdeksan kysymystä, joilla arvioidaan elämänlaatua. EUROHIS-8-mittarista valitsimme opinnäytetyön kyselylomakkeeseen neljä kysymystä muokkaamalla niitä. Kaksi kysymystä muotoilimme meidän tarpeeseemme sopivaksi muuttamalla kysymyksiä. Alkuperäinen kysymys oli ”onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten”. Korvasimme tarmoa sanan sanalla voimia, koska koimme voimia sanan kuvaavan paremmin toimintakykyä. Toinen muokatuista kysymyksistä oli alkuperäisessä mittarissa ”kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnoistanne”. Kyseisen kysymyksen muutimme muotoon ”kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä arjesta”. Kahta kysymyksistä emme ottaneet lainkaan mukaan kyselylomakkeeseen. Ne olivat ”onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden” ja ”kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin”. EUROHIS-8-elämänlaatumittari sisälsi yhden avoimen kysymyksen.

Muotoilimme opinnäytetyön kyselylomakkeeseen kaksi avointa kysymystä, jotka eivät olleet alkuperäisessä EUROHIS-8- elämänlaatumittarissa. Toinen avoimista kysymyksistä tuli toiveena toimexiantajan edustajalta. Kyselylomakkeen ulkoasua muutimme alkuperäisestä mittarista selkeämmäksi poistamalla kaikki pystyviivat vastausvaihtoehtojen välistä sekä kysymysnumerot siirrettiin kysymyksen yhteyteen. Kaikki kysymykset sijoitettiin peräkkäin kyselylomakkeelle. Alkuperäisessä elämänlaatumittarissa kysymysosiot oli eritelty toisistaan rivivälillä tai tekstillä. Vastausvaihtoehdot siirrettiin sellaisenaan opinnäytetyössä käytettävään kyselylomakkeeseen.

Teimme kyselylomakkeemme (Liite 2) Word-tekstinkäsittelyohjelmaa käyttäen. Kyselylomakkeen sekä saatekirjeen sisältöä ja ulkoasua muokattiin kevään 2018 aikana yhteistyössä sisätautien poliklinikan yhteyshenkilön, ohjaavan opettajan Sirpa Parviaisen sekä tutkimustoiminta- opintojen opettajan Arja Oikarisen kanssa. Lisäsimme saatekirjeeseen Kajaanin ammattikorkeakoulun ja Kainuun soten logot sekä muotoilimme saate tekstiä. Kyselylomakkeessa muokkasimme taustatieto kysymyksiä, kysymysten järjestystä ja sanamuotoja sekä yleistä ilmettä. Lopullisen hyväksynnän kyselylomake ja saatekirje saivat syksyllä 2018 poliklinikan yhteyshenkilöltä ja ohjaavalta opettajalta.

Kyselylomake koostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä. Neljä kysymyksistä käsitteli vastaajan taustatietoja (sukupuoli, ikä, siviilisääty ja sairastamisaika). Elämänlaatua selvittäviä kysymyksiä kyselylomakkeessa oli yhteensä 15, joista kaksi viimeistä olivat avoimia kysymyksiä. Kyselylomak-

keessa kysymyksiin vastattiin valitsemalla yksi vaihtoehto viidestä vaihtoehtoista. Yhdeksään kysymyksistä vastausvaihtoehdot olivat: (1) en lainkaan, (2) vähän, (3) kohtalaisesti, (4) paljon ja (5) erittäin paljon. Kahteen kysymyksistä pyydettiin valitsemaan vaihtoehtoista: (1) erittäin huonoksi, (2) huonoksi, (3) ei hyväksi eikä huonoksi, (4) hyväksi ja (5) erittäin hyväksi. Kahteen muuhun kysymykseen vastaus valittiin vaihtoehtoista: (1) erittäin tyytymätön, (2) melko tyytymätön, (3) ei tyytyväinen eikä tyytymätön, (4) melko tyytyväinen ja (5) erittäin tyytyväinen. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä selvitettiin vastaajien kokemuksia siitä, kuinka sairastuminen on vaikuttanut elämänlaatuun. Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin vastaajilta, kuinka he kehittäväsivät sisätautienpoliklinikan toimintaa.

Varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi sisällytimme mukaan saatekirjeen kyselyyn vastaajalle (Liite 1). Saatekirjeessä esittelimme itsemme sekä opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen. Saatekirje sisälsi ohjeet vastaamiseen ja palauttamiseen sekä viimeisen palautuspäivämäärän. Lisäsimme saatekirjeen loppuun myös yhden opinnäytetyöntekijän yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten sekä kaikkien opinnäytetyön tekijöiden nimet.

4.3 Aineiston keruun toteuttaminen

Opinnäytetyön kohdejoukko muodostui Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikan hoitosuhteessa olevista potilaista, jotka sairastavat kilpirauhasen liikatoimintaa. Diagnosoituja endokrinologisia sairauksia sairastavia potilaita oli vuonna 2018 212 (Efficia diagnosoiraportti 2018), joista neljällekymmenelle lähetettiin kyselylomake.

Määrällisessä tutkimuksessa perusjoukosta eli populaatiosta valitaan edustava joukko eli otos. Edustavalle joukolle kohdistetaan tutkimus, jotta voidaan päätellä, miten perusjoukko käyttäytyy tutkittavan ilmiön osalta. Otosmenetelmän käyttäminen säästää kustannuksia ja aikaa. (Kananen 2015, 266.) Emme asettaneet kohdejoukon valintaan muita kriteereitä kuin, että vastaajan tulee sairastaa kilpirauhasen liikatoimintaa.

Tutkimusluvan saimme Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän opinnäytetyökoordinaattorilta Riitta Leinoselta marraskuussa 2018. Tapasimme toimeksiantajan edustajan poliklinikalla marraskuun 2018 loppupuolella kyselyn toteuttamisen aloittamiseksi. Postitse lähetettävien ja palautuvien kyselyiden vuoksi piti vastausaika suunnitella tarpeeksi pitkäksi. Vastausajan pituudessa huomioimme myös joulun 2018 ja uudenvuoden 2019 ajan sekä sen, että sisätautien

poliklinikka on kiinni tuona aikana. Edellä mainitut asiat huomioon ottaen päädyimme valitsemaan viimeiseksi palautuspäivämääräksi 4.1.2019.

Lähetimme kyselylomakkeen ja saatekirjeen sähköpostitse toimeksiantajan edustajalle. Toimitimme myös 30 kappaletta postimerkkejä ja palautuskirjekuoria erillään toisistaan. Myöhemmin toimeksiantajan edustajan pyynnöstä toimitimme 20 kappaletta lisää kirjekuoria ja postimerkkejä. Palautuskirjekuoriksi valitsimme ikkunattoman kirjekuorimallin teippisuljennalla. Toimeksiantajan edustaja tulosti kyselylomakkeet ja saatekirjeet huolehtien niiden postituksen kyselyyn osallistujille. Toimeksiantajan edustaja kertoi sähköpostiviestissä aloittaneensa kyselyiden postittamisen 22.11.2018 ja lähetti viimeiset kyselyt 27.12.2018. Kyselyt postitettiin tai annettiin kaikille kyseisellä aikavälillä sisätautien poliklinikalla hoitokontaktissa olleille hypertyreososi potilaille. Toimeksiantajan edustaja ilmoitti jättäneensä kaksi kyselyä lähettämättä kahdelle kilpirauhasen liikatoiminta potilaille. (Ella Karhu, sähköposti 14.2.2019.) Aineistonkeruu-aika oli 22.11.2018-4.1.2019.

Kyselylomakkeen palautusosoitteeksi valikoitui sisätautien poliklinikka, josta palautuneet kyselylomakkeet haettiin kyselyajan päätyttyä. Yksi opinnäytetyöntekijöistä haki kyselyt 11.1.2019 sisätautien poliklinikalta toimeksiantajan edustajan työhuoneesta. Hän oli säilyttänyt kyselykuoria muovitaskussa työhuoneensa hyllyssä. Toimeksiantajan edustaja lähetti kyselylomakkeita yhteensä 40 kappaletta, joista sisätautien poliklinikalle palautui määrättyyn aikaan mennessä 23 kappaletta. Lähetetyistä kyselylomakkeista jäi palautumatta 17 kappaletta. Viimeisen palautusajankohdan jälkeen ei kyselyitä enää palautunut sisätautien poliklinikalle. Uusintakyselyä ei suoritettu.

Kyselyn vastausprosentti oli 57,5%. Mangiosen (1995) mukaan 50-59% vastausprosentti on tuskin hyväksyttävä, kun taas 60-69% vastausprosenttia pidetään hyväksyttävänä. Kuitenkin määrällisessä tutkimuksessa tutkimustilanteesta riippuu havaintoyksikköjen riittävyys, ja vastausprosentti ei aina ole ratkaiseva. Edellä mainittuun 60% raja on käytännössä mahdotonta päästä. (Kananen 2015, 263-264.) Kyselymme vastauskatoprosentti oli 42,5 %. Kaikkia otokseen osallistujia ei aina tavoiteta. Tavoittamattomuuden syynä voi olla puutteelliset tai virheelliset osoitetiedot, kohdehenkilöllä ei ole ilmiöön liittyvää tietoa tai hän ei halua antaa tietoaan. Tavoittamattomien kohdalta mittaukset jäävät tekemättä. (Kananen 2015, 265.)

4.4 Aineiston analysointi

Vilkan (2007, 105-108, 111, 113-114) mukaan määrällisen tutkimuksen aineiston käsittely käsittää kolme vaihetta. Ne ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen käsiteltävään muotoon ja tallennetun aineiston tarkistus. Ennen vastausten tallentamista tilasto-ohjelmaan käydään kyselylomakkeiden vastaukset läpi ja niiden laatu arvioidaan. Asiattomasti ja puutteellisesti täytetyt lomakkeet otetaan erilleen. Tämän jälkeen tehdään katoanalyysi puuttuvien tietojen määrästä tutkimuksessa, jonka perusteella tutkija voi ottaa puuttuvasti täytetyt lomakkeet mukaan tutkimukseen tai jättää ne kokonaan pois. Aineiston käsittely alkaa lomakkeiden numeroinnilla juoksevin numeroin. Tämän jälkeen vastaukset kirjataan ja tallennetaan taulukoksi. Syntyneitä taulukkoa kutsutaan havaintomatriisiksi ja se on yhtä kuin tutkimusaineisto. Havaintomatriisin vaa- kariville sijoitetaan yhden vastaajan kaikki antamat tiedot ja pystyriiville yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. Lopuksi tallennetusta aineistosta tarkistetaan vastaavatko muuttujien nimet ja arvot kyselylomakkeessa olevia asioita. Tarkistusta helpottaa lomakkeiden numerointi.

Analyysimenetelmän valinta tutkimuksessa määräytyy tarkoituksen ja tutkimusongelman mukaisesti. Lisäksi sen valintaan vaikuttaa, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. (Vilka 2007, 119.) Analysointi perustuu tulosten esittämiseen numeraalisesti tunnuslukujen (hajonta- ja sijaintiluvut) avulla. Sijaintiluvut kuvaavat mihin kohtaan sijoittuu suurin osa muuttujan havainnoista. Muuttujan arvon vaihtelua ja jakautumista kuvataan hajontalukujen avulla. Ristiintaulukoinnin ja korrelaatiokertoimen avulla voidaan esittää tietoa muuttujien riippuvaisuudesta toisiinsa. Moodi on tyyppiluku, joka kertoo arvon, jossa havainto esiintyy useimmin. Mediaani eli keskiluku kuvaa jakauman keskimmäistä havaintoa, kun ne on asetettu suuruusjärjestykseen, mutta sitä ei voi käyttää parillisen aineiston analysoinnissa. Aritmeettinen keskiarvo kertoo havaintoarvojen keskimääräisestä suuruudesta. Se on kuitenkin herkkä poikkeaville havainnoille, joten sen lisänä on hyvä käyttää moodia ja mediaania. (Vilka 2007, 121-123.) Opinnäytetyömme tuloksia analysoimme prosenttien ja frekvenssien avulla.

Määrällisen tutkimuksen tulokset esitetään aina numeerisesti ja sanallisesti. Tulosten havainnollistamisen apuna voi tutkija käyttää taulukkoa, pylväskuviota tai piirakkakuviota. Ne myös lisäävät tekstin ymmärtämistä ja päinvastoin. Taulukko soveltuu parhaiten numerotiedon tarkoin esittämiseen lukijalle, kun taas kuvioiden avulla voidaan antaa yleiskuvaa jakaumasta ja havainnollistaa tietoa. Tunnusluvut ovat toimivia, kun halutaan esittää yhtä lukua koskeva informaatio. (Vilka 2007, 135.) Oman opinnäytetyömme tuloksia havainnollistamme pylväskuvioilla tekstin sisällä sekä vastauksista ja taustatiedoista kootulla taulukolla (Liite 3).

Aineiston analysointi aloitettiin avaamalla palautuneet vastauskirjekuoret ja tarkastamalla vastauslomakkeet päällisin puolin. Sen jälkeen kävimme kyselyiden vastaukset tarkemmin läpi ja numeroimme kyselylomakkeet juoksevin numeroin. Kyselylomakkeiden vastaukset siirsimme tilasto-ohjelmaan. Aineiston analysoinnin tukena käytettiin SPSS-ohjelmaa, joka on tilastollisen aineiston analysointiin kehitetty ohjelma. Aineisto tallennettiin taulukon muotoon, jossa pystyriiville sijoitettiin yksi kysymys kyselylomakkeelta ja vaakariville yhden vastaajan tiedot.

Palautuneista 23 kyselylomakkeesta jouduimme hylkäämään yhden sen puuttuvan sivun vuoksi. Yhteensä viiteen lomakkeeseen oli tehty lisämerkintöjä liittyen annettuihin vastauksiin. Näitä lisämerkintöjä emme huomioineet tulosten analysoinnissa. Lisäksi yhteen kyselylomakkeeseen oli vastattu arvioimalla vointia ennen sairauden toteamista ja tämänhetkistä vointia. Valitsimme tästä analysoitavaksi tämänhetkisen voinnin, koska pyysimme arvioimaan elämänlaatua viimeisen kahden viikon ajalta. Yhdessä kyselylomakkeessa oli jätetty vastaamatta yhteen monivalintakysymyksistä. Kahdessa kyselylomakkeessa oli vastattu samaan kysymykseen ympyröimällä kaksi vaihtoehtoa, jotka olivat vierekkäiset vaihtoehdot. Valitsimme näistä toisen, koska vastausvaihtoehdot olivat niin lähellä toisiaan, ja vastauksen hyödyllisyys aineiston tuloksissa oli merkittävämpi. Vastaajista kolme ei ollut ilmoittanut sukupuoltaan. Avoimiin kysymyksiin jätti vastaamatta yhteensä neljä vastaajista. Kaksi heistä jätti molemmat avoimet kysymykset vastaamatta. Yhteensä vastaamattomia avoimia kysymyksiä oli yhdeksän. Saadusta aineistosta analysoitavaksi hyväksyttiin lopulta yhteensä 22 lomaketta.

Kyselymme avoimien kysymysten analysoimiseksi käytämme laadullisen tutkimuksen teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysia. Kyselyn avoimen kysymyksen numero 14 analysoimiseksi käytämme tätä deduktiivista sisällönanalyysia (Liite 5). Analysoitaessa kyselymme toista avointa kysymystä, "Miten kehittäisitte Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikan toimintaa?" huomasimme, että kysymyksen epätarkan muotoilun vuoksi, se ei se tuonut meille riittävän selkeästi vastauksia, jotka vastaisivat opinnäytetyön tavoitteeseen. Tämän vuoksi päädyimme antamaan kysymyksiä vastaukset sellaisenaan toimeksiantajalle. Toimeksiantaja voi tarkastella vastauksia ja hyödyntää niitä sisätautien poliklinikalla potilaiden hoidon kehittämiseen niin halutessaan.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissa aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla käsitejärjestelmä tai teoria. Tällöin analyysia ohjaa käsitekartta tai teema. Teorialähtöisen eli deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisenä vaiheena on muodostaa analyysirunko. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.)

Analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia kategorioita tai luokituksia noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita, jotka voidaan Miles ja Huberman (1994) mukaan kuvata karkeasti kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäinen vaihe käsittää aineiston redusoinnin eli pelkistämisen, toinen vaihe aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn ja kolmas vaihe abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen, jolloin analyysirunko on väljä. Tällöin aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon, sekä asiat, jotka jäävät ulkopuolelle analyysirungosta. Ulkopuolelle jäävistä asioista voidaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen muodostaa uusia luokkia. Analyysirunko voi myös olla strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. Tällöin voidaan testata aikaisempaa käsitejärjestelmää tai teoriaa uudessa konseptissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122, 128.)

Analysointirungon valitsemisen jälkeen tehdään sisällönanalyysia noudattaen aineiston pelkistämistä. Aineistosta poimitaan systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmiöitä, joista syntyy luokittelun alku. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan aineiston mukaan poimia aluksi alaluokkaa tai yläluokkaa kuvaavia ilmiöitä ja sijoittaa ne muodostetun analyysirungon mukaisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella, joihin etsitään niitä kuvaavia lausahduksia aineistosta. Aineiston analyysia ohjaa siis valmis, aikaisemman tiedon perusteella muodostettu käsitejärjestelmä tai teoria. Pääosin edetään ns. yleisestä yksityiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 131.)

5 Tulokset ja niiden tarkastelu

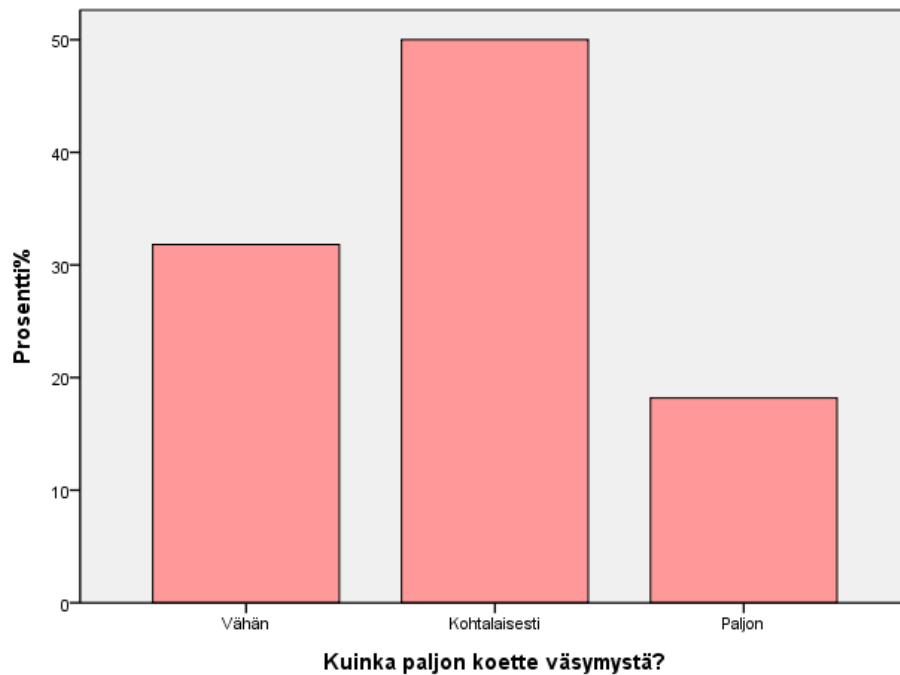
Opinnäytetyössä selvitettiin kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien potilaiden elämänlaatua. Esittelemme tässä luvussa opinnäytetyön kyselyn tuloksia. Tulosten esittämisen tukena on käytetty pylväskuvioita sekä avoimien kysymyksien alkuperäisilmauksista koostuvia suoria lainauksia. Käytämme myös monivalintakysymyksistä ja taustatiedoista koostuvaa taulukkoa (Liite 3) tulosten havainnollistamiseksi.

5.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi sisätautien poliklinikalla hoitosuhteessa olevia potilaita. Vastausprosentiksi muodostui 57,5%. Kaikki vastaajista (n=22) olivat naisia. Kyselyyn vastanneiden keskimääräinen ikä oli 62,7 vuotta ikäjakauman ollessa 32-84 vuotta. Siviilisäädyltään vastaajista suurin osa oli naimisissa (52,4%). Naimattomia oli 14,3%, eronneita 19% ja leskiä 14,3%. Keskimääräinen kilpirauhasen liikatoiminnan sairastamisaika oli 2 vuotta, vähiten 4kk ja pisimpään 10 vuotta. Havainnollistamme taustatietoja taulukossa (Liite 3).

5.2 Vastaajien kokemat oireet

Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden kokemaa väsymystä. Kysymykseen vastanneista vähän väsymystä kokee 31,8%. Kohtalaisesti väsymystä kokee 50% ja paljon väsymystä 18,2%. Kuviossa 1 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 1. Koettu väsymys

Matikaisen (2012) mukaan väsymys on yksi kilpirauhasen liikatoiminnan yleisin oire. Kyselymme tulokset ovat samankaltaiset teoriaan nähden. Suurin osa kyselyyn vastanneista kokee väsymystä vähän tai kohtalaisesti. Väsymystä paljon kokevia oli tulosten joukossa vähiten. Ei väsymystä kokevia ei vastauksien joukossa ollut yhtäkään. Tuloksiemme perusteella väsymys on yleistä kilpirauhasen liikatoiminta potilailla. Avoimissa vastauksissa kuvattiin väsymystä näin:

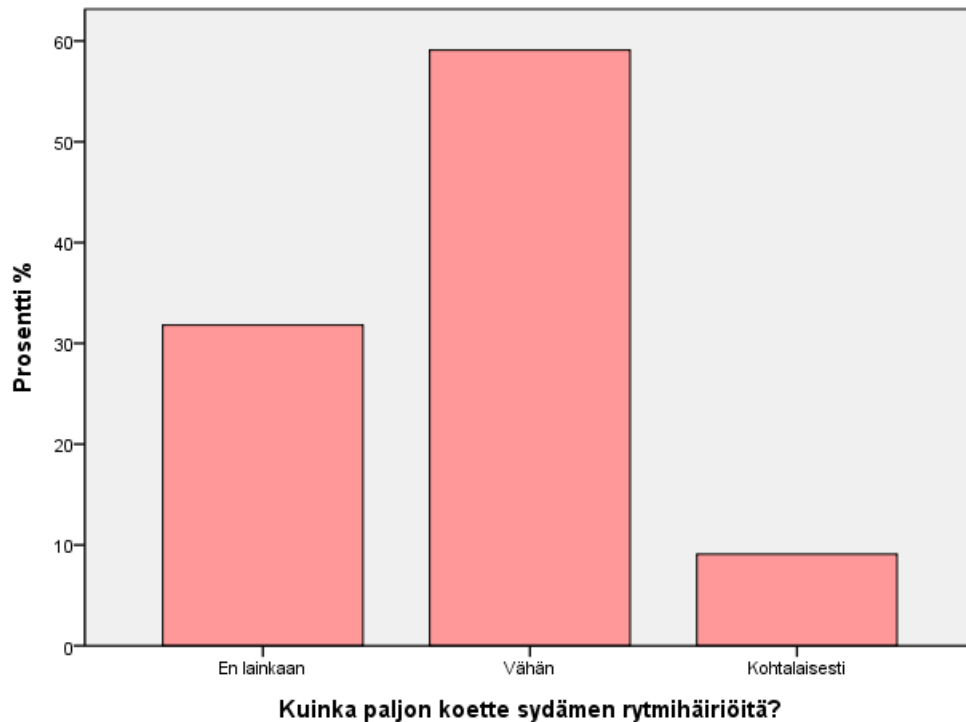
“Välillä on energiaa vaikka kuinka paljon, mutta sitten väsähdän”

“ Väsymys on vienyt oman ajan, harrastusten, ystävien näkemisen, aktiivisuuden minimiin.”

“ Väsyneisyyttä koen jonkin verran, mutta sitä oli jo ennen kilpirauhasen liikatoimintaa...”

“ ... välillä tuntuu, että virtaa on liikaakin touhuta, välillä taas sohvalla makoilua...”

Kysymyksessä 2 selvitettiin, kuinka paljon kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat rytmihäiriöitä. Vastaajista 31,8% ei koe lainkaan rytmihäiriöitä. Vähän rytmihäiriöitä kokee 59,1% vastanesta ja kohtalaisesti 9,1%. Kuviossa 2 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 2. Koetut sydämen rytmihäiriöt

Yleisimpiin liikatoiminnan oireisiin kuuluvat myös Matikaisen (2012, 686) mukaan rytmihäiriöt, hermostuneisuus ja hikoilu. Hikoilun lisäksi lisääntynyt aineenvaihdunta aiheuttaa punoitusta ja painon laskua. Tulos rytmihäiriöiden esiintymisen osalta on yhtäläinen teorialähteisiin verrattuna. Suurin osa vastaajista ilmoitti kokevansa rytmihäiriöitä vähän. Kuitenkin 31,8% ilmoitti, ettei koe lainkaan rytmihäiriöitä. Avoimien kysymysten vastaukset ovat yhteydessä teorialähteisiin. Vastauksista ilmeni, että kilpirauhasen liikatoimintapotilailla esiintyy hikoilua, hiusten lähtöä ja painoa putoamista. Rytmihäiriöiden esiintymisestä vastaajat kertoivat avoimissa vastauksissaan seuraavaa:

”Sairaus oli neljä vuotta oireeton, kunnes oireet palasivat, joista rytmihäiriöt pahimmat...”

”Liikunta oli hankalaa, kun syke nousi korkeaksi... leposyke oli myös korkea.”

Myös hikoilua, hiusten lähtöä ja painonlaskua kuvattiin avoimissa vastauksissa:

“Ainoa “oire”, joka tuli oli painon putoaminen”

“...laihduin, vapisin, tukka lähti...”

“Hikoilu. Yhtäkkiä tulee ns. kuumia aaltoja

Kysymyksessä 3 selvitettiin, kuinka paljon kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat hermostuneisuutta. Vastaajista 18,2% ei lainkaan koe hermostuneisuutta, 40,9% kokee vähän ja 22,7% kohtalaisesti. Paljon hermostuneisuutta kokee 13,6% vastaajista ja erittäin paljon 4,5%. Kuviossa 3 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 3. Koettu hermostuneisuus

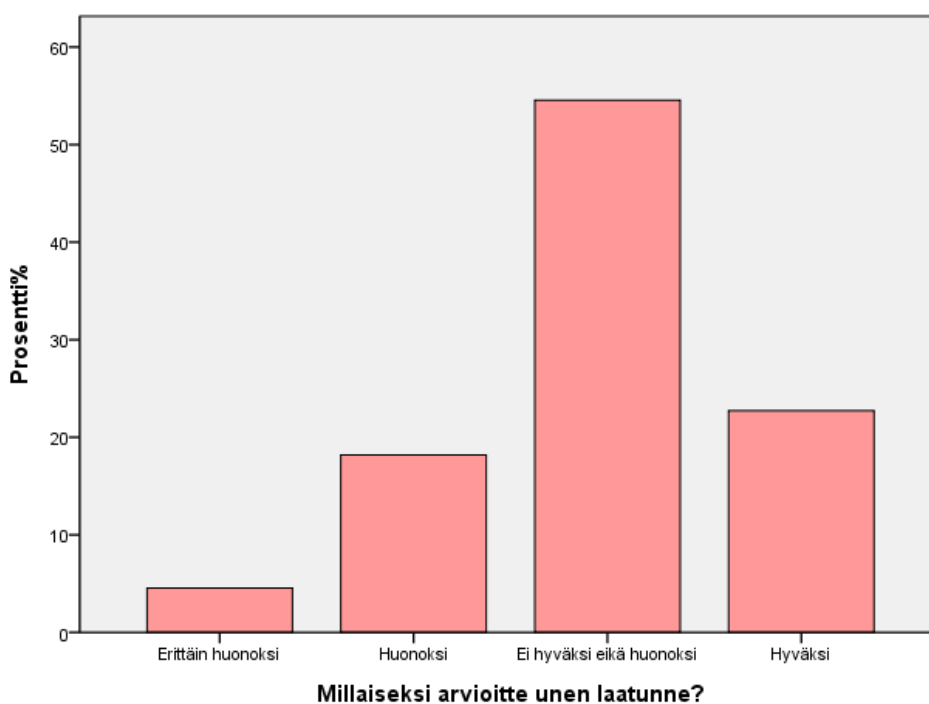
Matikaisen (2012) mukaan kilpirauhashormonien epätasapaino aiheuttaa hermostuneisuutta ja ärtyneisyyttä. Tuloksemme hermostuneisuuden osalta ovat yhtäläiset teorian kanssa. Vastauk-

sisä esiintyy hajontaa. Tulosten mukaan hermostuneisuutta esiintyy suurimmalla osalla liikatoiminta potilaista vähän. Toiseksi eniten on kohtalaisesti ja kolmanneksi eniten paljon kokevia. Kuitenkin 18,2% liikatoiminta potilaista ei koe hermostuneisuutta lainkaan. Hermostuneisuutta avoimissa vastauksissa kuvailtiin:

“Hermostuneisuus haittaa olemista ja jaksamista.”

“Asiat ärsyttävät erittäin helposti, hermostuneisuus, tuntuu että en oikeasti ole oma itseni”

Kysymyksessä 4 selvitettiin, millaiseksi kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat unenlaatunsa. Vastaajista 22,7% arvioivat unenlaadun hyväksi, huonoksi 18,2% ja erittäin huonoksi 4,5%. Vastaajista 54,5% ei koe unenlaatuun hyväksi eikä huonoksi. Kuviossa 4 havainnollistamme vastauksen jakautumista.



Kuvio 4. Arvioitu unen laatu

Kilpirauhashormoneilla on vaikutus yleiseen vireystasoon ja väsymys lukeutuu myös yleisimpiin liikatoiminnan oireisiin (Matikainen 2012, 686). Tuloksista on nähtävissä, että kilpirauhasen liikatoiminnalla on vaikutusta unen laatuun. Unen laatu koettiin huonona 18,2%, kun taas hyvänä 22,7%. Avoimissa vastauksissa unenlaatu kuvattiin seuraavalla tavalla:

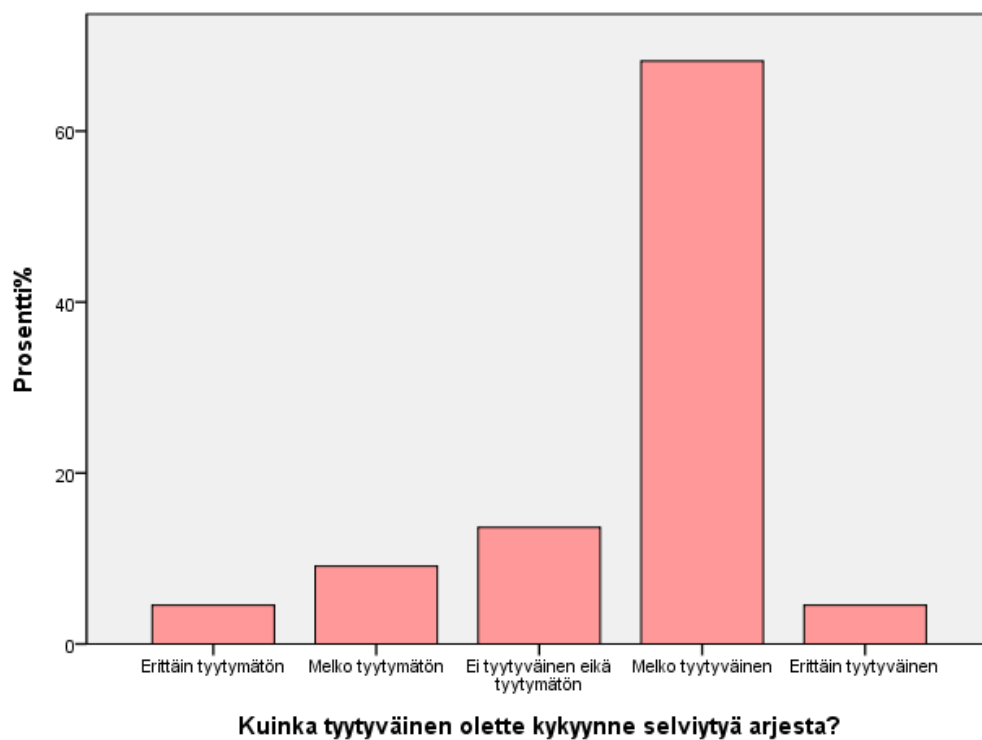
“Uneni on lyhentyneet, välillä nukun vaan 2-3 tuntia yössä...”

“Yöllä heräilee ja ei saa nukuttua”

“Huono uni vaikeuttaa olotilaa entisestään”

5.3 Fyysinen elämänlaatu

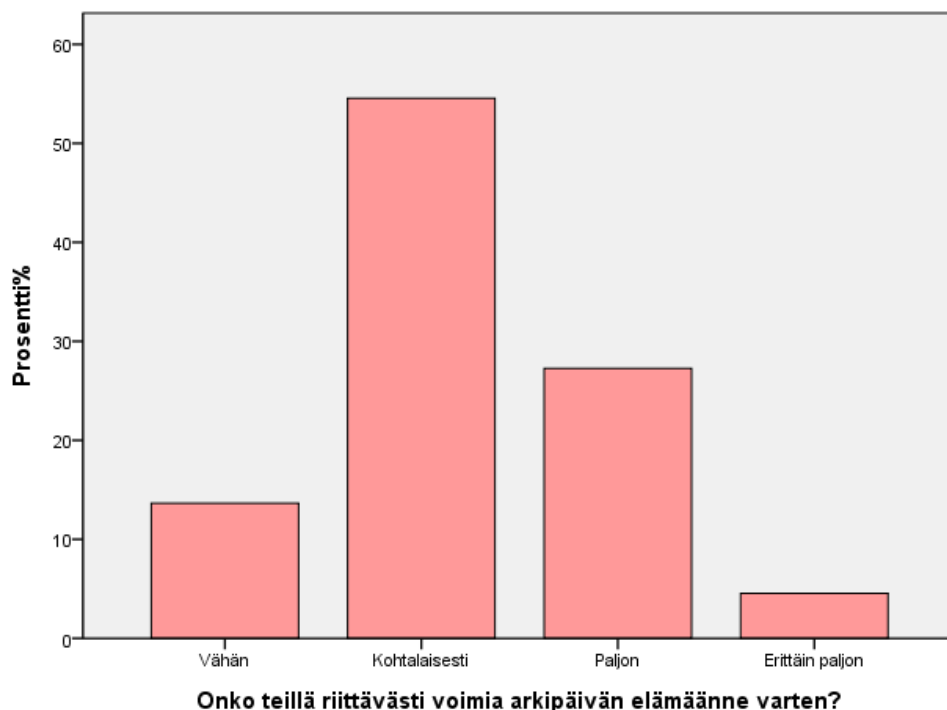
Kysymyksessä 7 selvitimme, kuinka tyytyväisiä kilpirauhasen liikatoiminta potilaat ovat kykyyn selviytyä arjesta. Vastauksista käy ilmi, että vastaajista 68,2% on melko tyytyväisiä kykyynsä selvitä arjesta ja 4,5% erittäin tyytyväisiä. Erittäin tyytymättömiä kykyynsä selviytyä arjesta on 4,5% vastaajista ja melko tyytymättömiä 9,1%. Vastaajista 13,6% ei ole tyytyväinen eikä tyytymätön arjesta selviytymiseen. Kuviossa 5 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 5. Kyky selviytyä arjesta

Arkipäivän tehtävistä selviytymisen edellytyksenä on fyysinen toimintakyky, jolla tarkoitetaan fyysisiä edellytyksiä selviytyä arkipäivän tehtävistä. Tämä ilmenee esimerkiksi liikuntakykynä. Fyysinen toimintakyky on elämänlaadussa tärkeä osa, sillä riittävä toimintakyky mahdollistaa töissä ja harrastuksissa käymisen, näin ollen osallistumisen yhteisöön ja yhteiskuntaan sekä mahdollistaa omatoimisen kotona asumisen. (Sainio, Stenholm, Valkeinen, Vaara, Heliövaara & Koskinen 2018, 108.) Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat vaikeuttavat arkielämän edellytyksistä selviytymistä. Sosiaalinen toimintakyky määrittellään kykynä toimia eri yhteisöissä ja läheisissä suhteissa eri yksilöiden välillä. (Martelin, Nieminen, Sainio, Koskinen & Tiikainen 2018, 123.)

Kysymyksessä 8 selvitimme, onko kilpirauhasen liikatoiminta potilailla riittävästi voimia arkipäivän elämää varten. Vastaajista 54,5% kokee olevan kohtalaisesti voimia arkipäivän elämää varten. Paljon voimia kokee olevan 27,3% vastaajista. Erittäin paljon voimia arkipäivän elämää varten kokee 4,5% vastanneista ja 13,6% vastaajista kokee olevan vähän voimia. Kuviossa 6 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 6. Koetut voimat arkipäivän elämää varten

Arjestaan vastaajat kertoivat näin:

“En innostu tekemään kotona mitään ylimääräistä...”

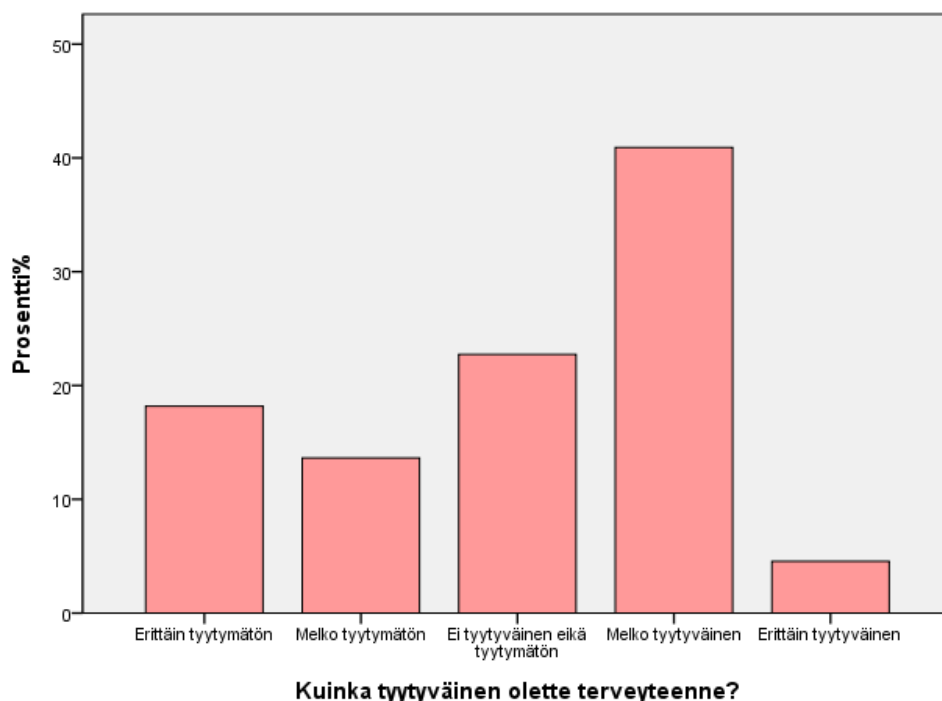
“Pienetkin asiat tuntuvat vaikeilta suorittaa ja vaativat ponnistelua, että saan ne tehtyä”

“Arjesta selviän hyvin”

Aivoissa ja keskushermostossa kilpirauhashormonit vaikuttavat yleiseen vireystasoon ja säätelevät omaa tuotantoaan. Kilpirauhashormoneilla on vaikutus lähes kaikkien kehon solujen toimintaan sekä hapen- ja energiankulutukseen. (Salmela 2015, 1745; Metso 2014, 1133.)

5.4 Psykkinen elämänlaatu

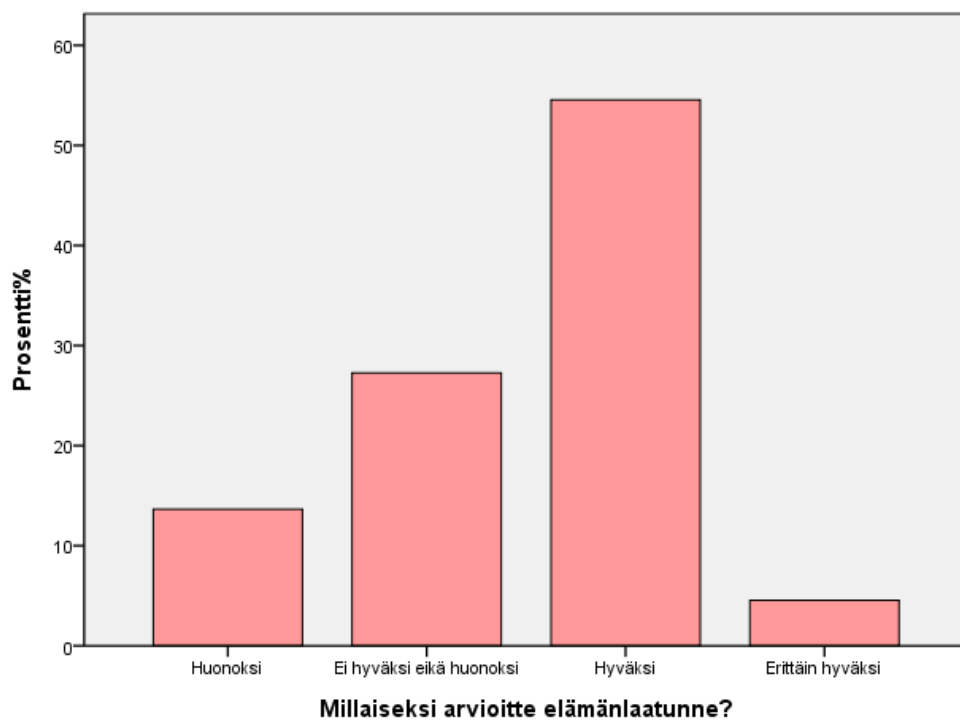
Kysymyksessä 5 selvitimme, kuinka tyytyväisiä kilpirauhasen liikatoiminta potilaat ovat omaan terveyteen. Vastaajista 40,9% kokee olevansa melko tyytyväinen terveyteensä. Erittäin tyytyväiseksi terveyteensä kokee vastaajista 4,5%. Vastaajista 22,7% ilmoitti, että ei ole tyytyväinen eikä tyytymätön terveyteensä. Melko tyytymättömäksi kokee 13,6% ja erittäin tyytymättömäksi 18,2%. Kuviossa 7 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 7. Tyytyväisyys terveyteen

FinTerveys 2017- tutkimuksen mukaan koettu terveys heikkeni melko suoraviivaisesti iän mukana ja naisilla jyrkemmin kuin miehillä. (Koskinen, Manderbacka & Koponen 2018, 51.) Tuloksista ilmenee, että suurin osa kilpirauhasen liikatoiminta potilaista on melko tyytyväisiä terveyteensä. Vain hieman yli 18% on erittäin tyytymättömiä terveyteensä.

Kysymyksessä 6 selvitimme, minkälaiseksi kilpirauhasen liikatoiminta potilaat arvioivat elämänlaatunsa. Vastaajista 54,5% kertoo elämänlaatunsa olevan hyvä. Elämänlaatunsa huonoksi kokee 13,6 % vastaajista. Vastaajista 27,3% ei koe elämänlaatua hyväksi eikä huonoksi. Erittäin hyväksi elämänlaadun kokee 4,5% vastaajista. Kuviossa 8 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 8. Arvioitu elämänlaatu

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa suomalaiset arvioivat oman elämänlaatunsa hyväksi kaikissa ikäluokissa (Koskinen ym. 2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) 20–54-vuotiaista yli puolet ja 75 vuotta täyttäneistä runsas 40 % kokee elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi. (Murto, Pentala, Koskela & Jussmäki 2017, 3)

Elämänlaadun osalta kyselymme tulokset ovat samankaltaiset FinTerveys 2017- ja ATH-tutkimuksen tuloksiin verrattuna. Opinnäytetyön tulosten mukaan yli puolet kilpirauhasen liikatoiminta

potilaista kokee elämänlaatunsa hyväksi. Vain reilu 13% kokee elämänlaatunsa huonoksi. Avomien kysymysten vastauksista ilmenee, että sairastuminen kilpirauhasen liikatoimintaan ei ole muuttanut elämänlaatua suurelta osin. Kuitenkin osa vastaajista kokee elämänlaadun huonontuneen sairastumisen myötä. Vastaajat kuvailivat elämänlaadun muutosta:

” Itse asiassa en mitenkään... Ei ole ollut sydämentykytyksiä, ei hermostuneisuutta... ”

”En koe, että elämänlaatuni on muuttunut sairastumisen myötä, sen että lääkkeitä pitää ottaa aamulla. Harrastan samoja asioita kuin ennenkin lenkkeilen, hiihdän, käyn tanssimassa...”

”Tähän mennessä en koe isosti muuttuneen”

”Elämänlaatuni on huonontunut.”

”Enemmän kokeissa ja tutkimuksissa käyntejä”

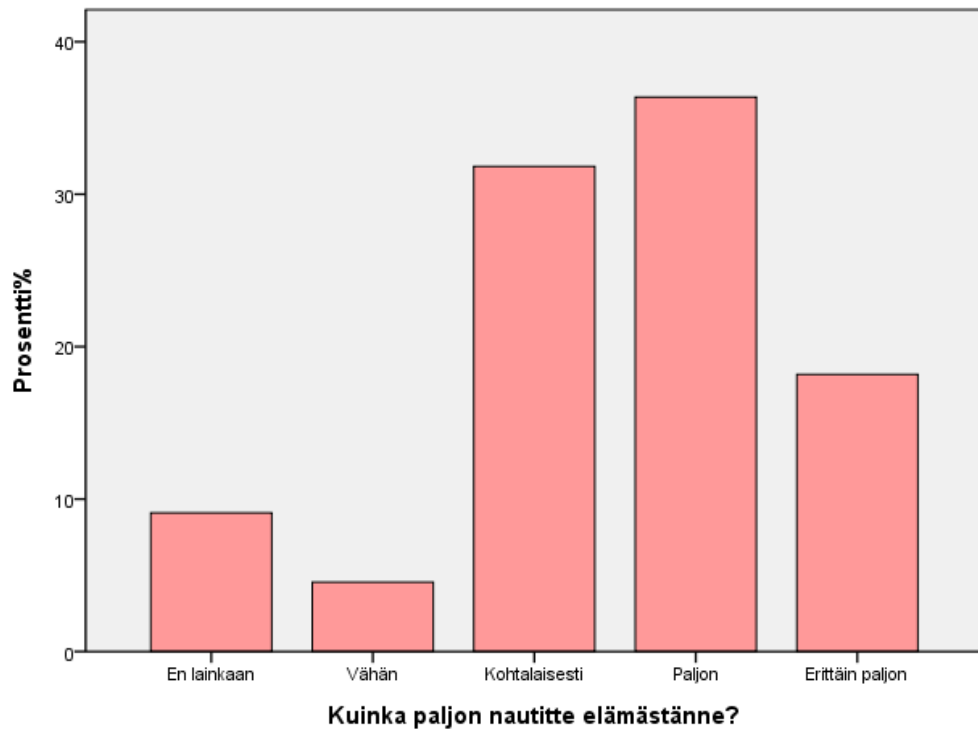
Kysymyksessä 9 selvitimme kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden tyytyväisyyttä itseensä. Vastaajista 50% on tyytyväisiä itseensä. Ei lainkaan ja vähän tyytyväisiä itseensä oli 9,1%. Erittäin paljon tyytyväisiä itseensä on 4,5% vastaajista. Vastanneista 27,3% ovat paljon tyytyväisiä itseensä. Kuviossa 9 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 9. Tyytyväisyys itseensä

Elämänlaatu hedonistisen näkökulman mukaisesti määritetty yksilön mielihyvän, onnellisuuden ja positiivisen kokemuksen sekä toiveiden ja tavoitteiden täyttymisen kautta. Se, millaiseksi ihminen kokee elämänlaatunsa, on subjektiivinen, omiin tuntemuksiin ja elämäntilanteeseen liittyvä. Esimerkiksi sairastuminen saa ihmisen arvioimaan elämäänsä uudesta näkökulmasta ja asioiden tärkeysjärjestys voi muuttua. (Aalto ym. 2013, 5; Kiviniemi 2013, 7-8.) Pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen käsitejärjestelmään kuuluu kaksi käsitteellistä erottelua, jotka ovat hyvinvointi ja onnellisuus. Hyvinvoinnin aste voidaan määritellä tarpeentyydytyksen asteella. Onnellisuuden aste voidaan määritellä sen mukaan, kuinka onnellisiksi ihmiset tuntevat tai kokevat itsensä. (Allardt 1976, 32). Opinnäytetyön tulosten mukaan valtaosa kilpirauhasen liikatoimintapotilaista on kohtalaisen tyytyväisiä itseensä. Hieman yli 9% oli tyytymättömiä itseensä.

Kysymyksessä 11 selvitimme, kuinka paljon kilpirauhasen liikatoiminta potilaat nauttivat elämästään. Vastaajista 18,2% kertoo nauttivansa elämästään erittäin paljon. Paljon elämästään nauttii 36,4% vastaajista ja kohtalaisesti 31,8%. Vähän elämästään nautti 4,5% ja ei lainkaan 9,1% kyselyyn vastanneista. Kuviossa 10 havainnollistamme vastausten jakautumista.

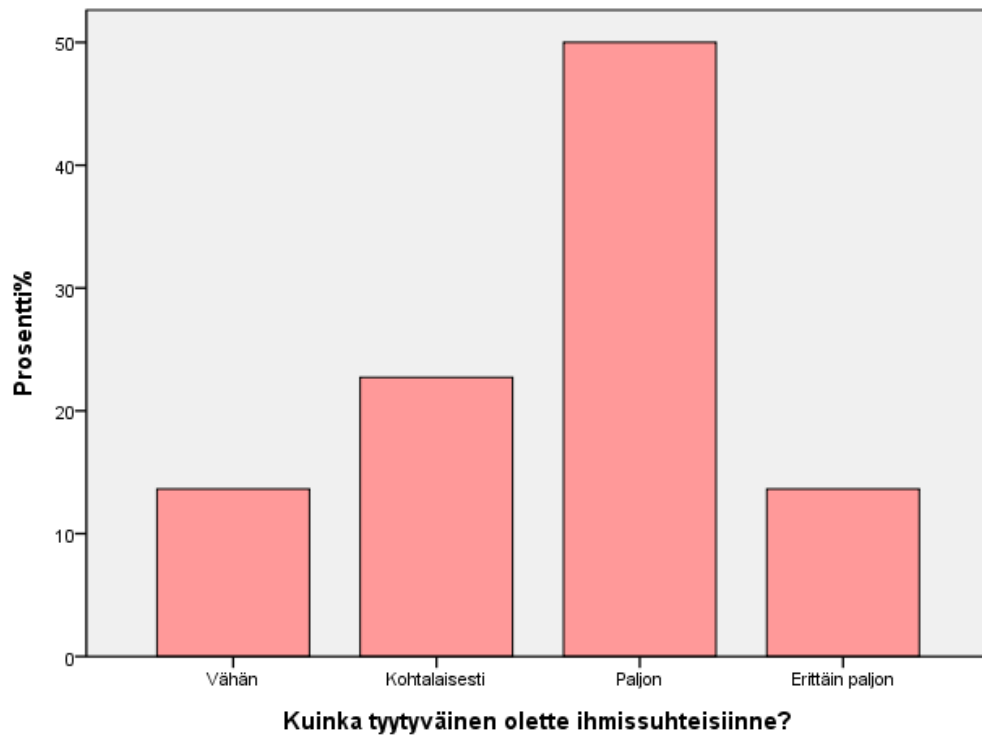


Kuvio 10. Elämästä nauttiminen

Opinnäytetyön tulosten mukaan valtaosa kilpirauhasen liikatoiminta potilaista nauttii elämästään. Vain hieman yli 9% heistä ei nauti elämästään.

5.5 Sosiaalinen elämänlaatu

Kysymyksessä 10 selvitimme kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden tyytyväisyyttä ihmissuhteisiinsa. Vastaajista 50% kertoo olevan paljon tyytyväinen ihmissuhteisiinsa. Vähän ja erittäin paljon tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa on 13,6% vastanneista. Kohtalaisesti tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa on 22,7% vastanneista. Kuviossa 11 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 11. Tyytyväisyys ihmissuhteisiin

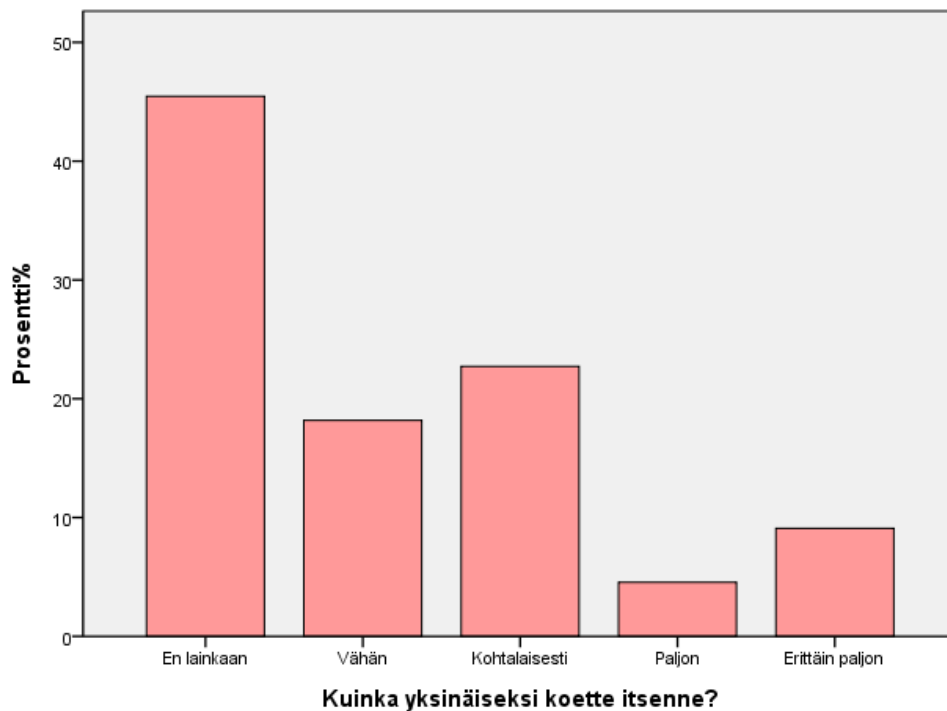
Yksilöllisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia katsotaan olevan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 22; Hyvinvointi 2015.) Kyselyn perusteella valtaosa kilpirauhasen liikatoiminta potilaista on tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa. Vain reilu 13% heistä ei olleet tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa. Ihmissuhteita vastauksissa kuvailtiin näin:

“Ystäviä on ja sosiaalinen elämä vilkasta”

“...onneksi on ystäviä, että tulee lähdettyä lenkkeilee.”

“...toiveena olisi, että vaivat saisin kuntoon ja voisin istua autossa. Joka mahdollistaisi sosiaalisen elämänlaadun lisääntyvän”

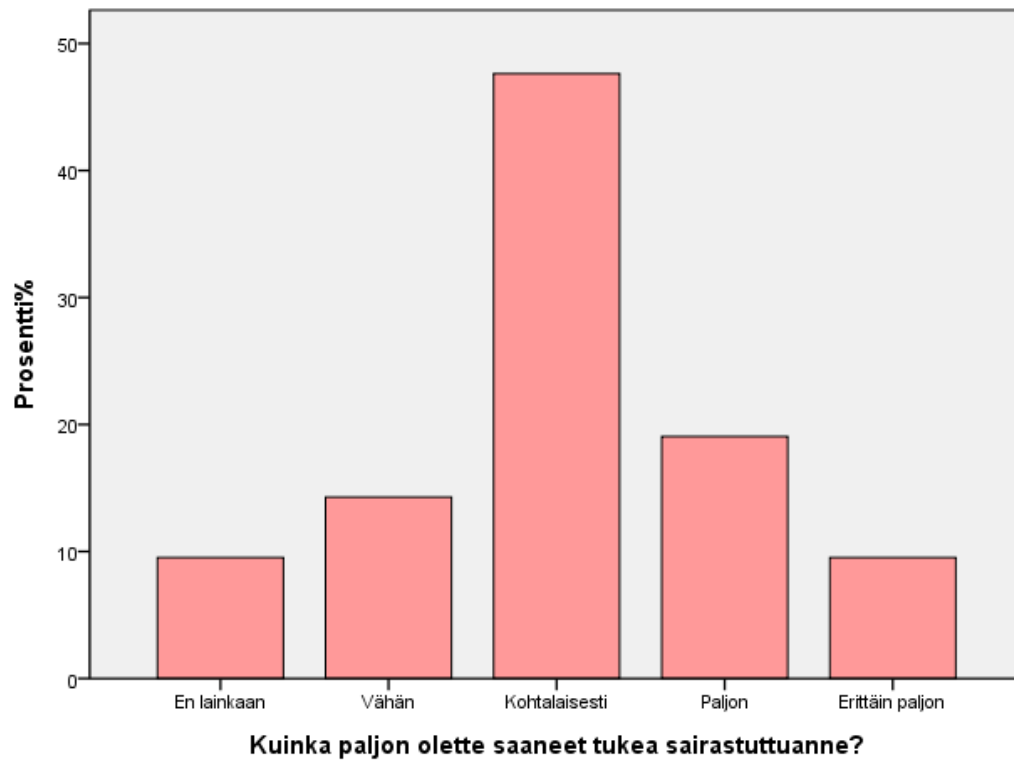
Kysymyksessä 12 selvitimme kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden yksinäisyyden kokemista. Vastajista 45,5% ei koe itseään yksinäiseksi. Vähän yksinäiseksi kokee 18,2% ja kohtalaisesti yksinäiseksi 22,7% vastaajista. Vastanneista erittäin paljon yksinäiseksi kokee 9,1% ja paljon yksinäiseksi 4,5%. Kuviossa 12 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 12. Koettu yksinäisyys

Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) suomalaisesta aikuisväestöstä noin joka kymmenes kokee itsensä yksinäiseksi (Murto, Pentala, Koskela & Jussmäki 2017, 2). Opinnäytetyön tulosten perusteella selvästi suurin osa kilpirauhasen liikatoiminta potilaista ei koe itseään yksinäiseksi. Tuloksista kuitenkin ilmenee, että kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien keskuudessa koetaan yksinäisyyttä. Tältä osin opinnäytetyön kyselyn tulos on samansuuntainen kuin hyvinvointitutkimuksissa.

Kysymyksessä 13 selvitimme kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden tuen saannin määrää. Vastajista 47,6% kertoo saaneensa kohtalaisesti tukea sairastuttuaan kilpirauhasen liikatoimintaan. Paljon tukea kokee saaneensa 19% vastaajista. Erittäin paljon tukea vastanneista kokee saaneensa 9,5%. Vastajista vähän tukea kokee saaneen 14,3% ja ei lainkaan 9,5%. Kuviossa 13 havainnollistamme vastausten jakautumista.



Kuvio 13. Saatua tuki

Opinnäytetyön tulosten mukaan kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat saaneensa tukea sairastumisen jälkeen. Joukossa oli kuitenkin myös potilaita, jotka kokivat jääneen täysin ilman tukea. Mattilan (2011) väitöskirja käsitteli aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalista ja tiedollista tukea sairaalahoidon aikana. Hoidon aikana hoitohenkilökunnan antama tuki vaikuttaa henkiseen hyvinvointiin ja tasapainoon, hoitoyhteistyöhön sekä tulevaisuudenuskon syntymiseen. Sillä on positiivinen vaikutus hoitosuhteen muodostumiselle ja luottamuksen syntymiselle. Tutkimuksen mukaan potilaat ja perheenjäsenet saivat tukea hyvin. Potilaat kokivat, että emotionaalinen tuki toteutui paremmin kuin tiedollinen tuki. (Mattila 2011, 5.)

Toisen avoimen kysymyksen vastauksista kävi ilmi, että kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat saaneensa hyvää hoitoa ja ovat pääasiassa tyytyväisiä sisätautien poliklinikalta saamaansa hoitoon. Avoimissa vastauksissa ilmeni myös, että hoidon saaminen on helpottanut olotilaa:

”...lääkityksen aloittamisen jälkeen olo koheni.”

” Itse liikatoiminnan oireet ovat nyt tasaantuneet lääkityksen myötä.”

” Elämänlaatu on parantunut, kun hoitoa takana vuosi.”

6 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hypertyreoosi potilaiden elämänlaatua heidän kokemanaan. Aineiston kerättiin kyselylomakkeiden avulla Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikan potilailta. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa hypertyreoosi potilaiden ohjaamisen ja tukemisen kehittämiseksi. Tutkimusongelmana oli minkälaisena kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat potilaat kokevat elämänlaatunsa.

Tutkimuksemme perusteella kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat kokevat elämänlaatunsa pääsääntöisesti hyväksi sairaudesta huolimatta. Tuloksista ilmeni myös, että osa vastaajista ei koe elämänlaatunsa muuttuneen sairastumisen myötä. Toisaalta osa vastaajista koki sairastumisen huonontaneen elämänlaatua. Osa kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavista koki jääneensä ilman tukea. Tähän voisi jatkossa kiinnittää huomiota potilaan hoitotyössä.

Tulosten perusteella erilaisia kilpirauhasen liikatoiminnan oireita, kuten rytmihäiriöitä ja hermostuneisuutta esiintyy kilpirauhasen liikatoimintapotilailla. Oireita ilmeni useammassa osassa kehoa. Rytmihäiriöitä ja hermostuneisuutta esiintyi vähän, vaikka Matikaisen (2012) mukaan ne ovat yleisimpiä oireita. Tuloksista ilmeni myös se, että hoidon saaminen paransi oloita ja elämänlaatua. Kilpirauhasen liikatoiminnassa oireita esiintyy useammassa elinjärjestelmässä, johon kilpirauhahormonien vaikutuksesta koko kehon toimintaan. (Matikainen, 2012, 686).

Useat vastaajista kokivat nauttivansa elämästään ja kokivat kykynsä nauttia arjesta hyväksi. Vastaajista lähemmäs puolet ei kokenut itseään yksinäiseksi. Yleisesti hyvinvointi jaetaan terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Yksilölliseen hyvinvointiin ulottuvuuteen katsotaan kuuluvan sosiaaliset suhteet. (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 22; Hyvinvointi 2015.) Kyselymme tuloksista perusteella kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat kokevat hyvinvointinsa ja sosiaaliset suhteensa pääsääntöisesti hyväksi. Kilpirauhasen liikatoiminta potilaat kokevat saaneensa tukea sairastumisen jälkeen.

7 Pohdinta

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyömme tulosten luotettavuutta ja eettistä näkökulmaa. Lisäksi pohdimme omaa ammatillista kasvua opinnäytetyöprosessin ajalta. Tuomme esille myös jatkotutkimusaiheita.

Opinnäytetyöprosessin haasteena oli tutkimustiedon löytäminen kilpirauhasen liikatoiminnan vaikutuksesta elämänlaatuun. Löysimme aikaisempia tutkimuksia kilpirauhasen vajaatoiminnan vaikutuksesta elämänlaatuun ja yllätyimme, miten vähän tutkittua tietoa löytyy aiheestamme. Koimme tutkimustiedon vähyyden hankaloittavan opinnäytetyöprosessiamme. Tutkimustiedon vähyydellä oli vaikutusta myös luotettavien lähteiden löytämiseen. Kyselyn toteuttamista suunnitellessa meillä ei ollut tarkkoja lukumääriä Kainuun alueen kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavista. Yksi huolenaihe opinnäytetyömme valmistumisen kannalta oli kyselyn onnistuminen ja riittävä vastauksien saaminen. Olimme positiivisesti yllättyneitä ja tyytyväisiä saamastamme vastauksien määrästä.

Kyselylomakkeen tekeminen valmista mittaria hyödyntäen vaati työtä, mutta valmiin mittarin olemassaolo helpotti kyselyn toteuttamista. Muokkasimme kysymyksiä oman opinnäytetyömme tavoitetta ja tutkimusongelmaa vastaaviksi. Koemme saaneemme opinnäytetyön tutkimusongelmaan vastauksen kyselylomakkeen avulla. Kyselyn toteuttamisen jälkeen mietimme, että lomakkeen kysymyksen ”Kuinka paljon olette saaneet tukea sairastuttuanne?”, olisi voinut mielestämme tarkoittaa minkälaista tuen saantia tarkoitetaan ja keneltä. Kyselylomakkeen tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kilpirauhasen liikatoiminta potilaiden ohjauksessa.

7.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen-, mittarin- ja tulosten luotettavuutta. Yleisesti arvioinnin apuna käytetään reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmaa. Validiteetilla luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla, onko tutkimuksella mitattu sitä, mitä on ollut tarkoitus ja kuinka hyvin saadut tulokset on mahdollista yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. Reliabiliteetilla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja kykyä tuottaa ei- sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-197.)

Mittarin luotettavuutta arvioidaan sillä, onko se riittävän kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. Suositus on käyttää testattuja, standardoituja ja olemassa olevia mittareita. Tulosten luotettavuuden arvioinnissa arvioidaan tutkittavien tai osallistujien edustavuutta. Tätä voidaan arvioida muun muassa seuraavilla kysymyksillä: edustaako osallistujien joukko riittävästi tutkimuksen tarkoitusta ja onko otoksen koko riittävä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190, 196.)

Opinnäytetyön toteutimme määrällisenä tutkimuksena. Tämän vuoksi pyrimme saamaan mahdollisimman monta kyselyyn osallistujaa, sillä suurempi vastaajamäärä antaa luotettavampaa tietoa kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien elämänlaadusta Kainuussa. Opinnäytetyönprosessin aikana kävimme keskustelua ohjaavan opettajan kanssa uusintakyselyn toteuttamisesta. Mielletämme kyselymme oli onnistunut, sillä yli puolet lähetetyistä kyselylomakkeista palautui määräaikaan mennessä. Lisäksi palautuneet vastauslomakkeet olivat laadultaan hyviä, eikä meidän tarvinnut hylätä kuin yksi vastauslomake. Jälkikäteen pohdimme kuitenkin olisiko kysely pitänyt uusia, jotta kyselyn vastausprosentti olisi ollut korkeampi. Käytimme valmista mittaria, jota oli voitu jo aikaisemmin käyttää elämänlaadun tutkimiseen ja näin pystyimme toteamaan sen luotettavaksi ja toimivaksi elämänlaadun mittaamiseen. Kuitenkin kyselylomakkeen muokkauksien takia, lomakkeen täyttä luotettavuutta ei voida taata.

Tämän opinnäytetyön tuloksia elämänlaadusta ei voi yleistää miehiin, koska palautuneet vastaukset kuuluivat kaikki naisille ja näin ollen tutkimustulokset ovat vain naisten kokemus elämänlaadusta. Miesten kokemus elämänlaadusta kilpirauhasen liikatoiminnassa vaatii lisätutkimusta.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti myös vastausten huolellinen syöttö tilastointiohjelmaan. Tutkimusaineiston syötimme tilasto-ohjelmaan yhdessä. Yksi luki vastaukset, toinen syötti ne tilastointi ohjelmaan ja kolmas varmisti, että tiedot syötettiin oikein. Haimme myös ohjausta tilastointiohjelman käyttöön, näin ollen varmistimme myös käyttävämme ohjelmaa oikein.

Paperisen lomakkeen käyttäminen oli pääsääntöisesti onnistunut valinta. Kuitenkin vastaajien tekemät ylimääräiset merkinnät kyselylomakkeisiin vaikeuttivat vastausten syöttämistä tilasto-ohjelmaan. Ylimääräiset merkinnät ja kirjoitukset olisi voinut välttää sähköisellä kyselylomakkeella tai ilmoittamalla selkeästi vastausohjeissa, ettei muita merkintöjä saa tehdä. Avoimien vastauksien lukemiseen ja ymmärtämiseen tuotti haasteita vastaajien erilaiset käsialat. Osassa vastauksista tekstistä oli vaikeampi saada selvää ja välillä joutui miettimään mitä paperissa lukee. Tällä saattoi olla vaikutusta vastauksen oikeinymmärrykseen. Toisaalta suurimmassa osassa vastauksista oli hyvin selkeä ja helppolukuinen käsiala sekä ymmärrettävä teksti. Emme tiedä, ovatko

vastaajat käyttäneet avustajaa kyselylomakkeen täyttämässä, mikä voi vaikuttaa vastauksien luotettavuuteen.

Käytimme kyselylomakkeena aiemmin käytettyä ja testattua mittaria, jonka vuoksi emme nähneet tarpeelliseksi suorittaa esitestausta kyselylomakkeelle. Lomakkeen kaksi avointa kysymystä kehitelimme itse. Ensimmäisen kysymyksen laadinta oli onnistunut ja se tuotti meille arvokkaita vastauksia. Aineiston analysointi vaiheessa huomasimme, ettei toisen avoimen kysymyksen (kysymys numero 15) laadinta ollut täysin onnistunut. Kysymyksen epätarkan muotoilun vuoksi se ei antanut meille sellaisia vastauksia, jotka olisivat vastanneet opinnäytetyön tavoitteeseen. Tämä olisi voitu välttää esimerkiksi esitestaamalla avoimia kysymyksiä ennen varsinaista kyselyiden jakamista. Viimeiseen avoimeen kysymykseen oli kuitenkin vastattu ja vastaukset sisälsivät hyviä huomioita poliklinikan toimintaan liittyen. Tämän vuoksi emme halunneet ohittaa täysin vastauksia, vaikka ne eivät tuoneet täysin toivottuja vastauksia. Näiden asioiden perusteella päätimme antaa vastaukset sellaisenaan toimeksiantajalle. Toimeksiantaja voi tutustua vastauksiin ja mahdollisesti niiden avulla kehittää potilaiden hoitoa sisätautien poliklinikalla.

7.2 Eettisyys

Hyvä tutkimus vaatii hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Hyvä tieteellinen käytäntö pitää tärkeänä, että tutkittavat pysyvät tuntemattomina. Tutkimusraportissa on kirjoitettava vain niitä asioita, jotka eivät riko tutkittaville annettua lupausta tietojen luottamuksellisuudesta. (Vilka 2007, 164.)

Elämänlaadun mittaaminen eettisestä näkökulmasta voi olla ihmisille arka aihe. Siinä kysytään ihmisen henkilökohtaisia kokemuksia päivittäisistä toiminnoista ja omista kokemuksista. Oman elämänlaadun kokemus voi vaihdella. Vaarama yms. (2019) ovat todenneet, että muissa tutkimuksissa on havaittu elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden vaihtelevan jonkin verran elämänkulun ja elämäntilanteiden mukaan. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2019; Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 26.) Avoimien vastauksien tuominen opinnäytetyöhön suorina lainauksina tuo aiheeseen lähempää kosketuspintaa.

Opinnäytetyötä tehdessä huomioimme, että tutkimuksen kysymykset ja tavoite, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimukseen osallistuvia tai kohderyhmää. Tutkimusetiikan lisäksi noudatetaan lakeja, joiden puitteissa opinnäytetyötä tehdään. Opinnäytetyön tekemisessä huomioitavia lakeja ovat muun muassa henkilötietolaki,

EU:n tietosuoja-asetus ja tekijänoikeuslaki. (Vilkkä 2007, 90; Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2017, 9-11.)

Yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta on potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla tutkittavalle aidosti vapaaehtoista. Tutkittavan vastatessa kyselytutkimukseen voidaan tätä pitää tietoisena suostumuksena osallistumisesta. Tutkittavalla on oikeus keskeyttää tutkimus, kieltäytyä antamasta tietoja ja esittää kysymyksiä. Opinnäytetyön etiikkaan kuuluu oikeudenmukaisuus tutkittavia kohtaan. Kun päätöksen tutkimukseen osallistumisen kutsumisesta tekee joku henkilö, tulee huomioida kaikkien tutkittavien tasa-arvoisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219-221.) Kyselylomakkeeseen emme erikseen sisällyttäneet suostumus-lomaketta. Vastaajat antoivat suostumuksensa tutkimukseen täyttäessään ja palauttaessaan kyselylomakkeen.

Opinnäytetyön aineisto hankittiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, jolloin säilytettiin vastaajien anonymiteetti. Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin kyselyyn vastaajan ikää, sukupuolta ja siviilisäätyä, mutta vastausten perusteella ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 221) mukaan anonymiteetin huomiointi tutkimuksessa tarkoittaa tutkimustietojen säilytystä lukitussa paikassa, sekä ettei tutkimustietoja luovuteta tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Palautuneita kyselylomakkeita säilytimme yhden opinnäytetyöntekijän kotona. Täytetyt kyselylomakkeet ovat nähneet opinnäytetyöprosessin ajan vain opinnäytetyön tekijät, ohjaava opettaja Sirpa Parviainen sekä Arja Oikarinen. Opinnäytetyötä olemme työstäneet koululla ja omissa kodeissa, välillä Skype-yhteyttä hyödyntäen. Palautuneet kyselylomakkeet tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkittavat, jotka voivat olla kyvyttömiä antamaan tietoista suostumusta tai joiden autonomia on heikko, ovat tutkimuseetiikalle haaste. Näistä tutkittavista käytetään nimitystä haavoittuvien ryhmä, joihin kuuluvat muun muassa mielenterveysongelmaiset, fyysisesti vammaiset, kuolevat potilaat, laitoshoidossa olevat, dementikot, lapset ja tajuttomat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221-222.) Emme asettaneet mitään muuta kriteeriä toimeksiantajan edustajalle kuin, että kyselyt lähetetään henkilöille, joilla on diagnoosina kilpirauhasen liikatoiminta. Aineiston analysointi vaiheessa saimme tietää sähköpostin välityksellä, että toimeksiantajan edustaja oli jättänyt postittamatta kyselyn kahdelle hypertyreoosi potilaalle. Toimeksiantajan edustaja perusteli päätöksensä sillä, että tunsivat kyseiset henkilöt ja arveli etteivät he toimintakykynsä vuoksi pysty vastaamaan kyselyyn.

Tekijänoikeuslaki (1961/404) suojaa kirjallista tai taiteellista teosta. Tekijänoikeus tuottaa yksinomaisten oikeuden määrätä teoksesta valmistamalla siitä kappaleita ja saattamalla se yleisön saataviin, muuttamattomana tai muutettuna, käännöksenä tai muunnelmana. (L 1961/404.) Kyselylomakkeeksi valitsimme kyselylomakepohjan, jota oli lupa käyttää ja muokata käyttötarkoitukseemme sopivaksi. Näin varmistimme, että noudatamme tekijänoikeuslakia. Opinnäytetyötä tehdessä emme missään vaiheessa tarkastelleet potilastietoja, vaan toimeksiantajan edustaja oli yhteyksissä potilaisiin ja postitti kyselyt oman työnsä ohessa.

7.3 Ammatillinen kasvu

Ruohotie (2003, 4-11) toteaa, että ammatillinen kasvu on jatkuvaa oppimisprosessia. Oppimisprosessin kautta yksilö hankkii muuttuvien ammattitaitovaatimusten edellyttämiä tietoja ja taitoja. Kun yksilö kasvaa ammatillisesti, hän myös kasvaa ihmisenä. Ruohotien (2003, 4-11) mukaan ammatillisessa kasvussa on kysymys yksilön ja hänen toimintaympäristönsä vuorovaikutuksesta.

Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio (2015, 7-8) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen koostuu yhdeksästä osa-alueesta. Nämä alueet ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. Opinnäytetyöprosessi tuki meidän ammatillista kehittymistämme usean osaamistavoitteen eli kompetenssin mukaisesti: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, sekä näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko.

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu, että osaa hyödyntää asiakkaan kokemuksellista tietoa tämän terveyden ja sairauden hoidossa. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija. (Eriksson ym. 2015, 36). Opinnäytetyömme on asiakaslähtöinen, sillä saamme tietoa kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavilta heidän kokemastaan elämänlaadusta kyselylomakkeen avulla.

Hoitotyön eettisyyteen ja ammatillisuuteen kuuluu kyky tuottaa, jakaa ja hyödyntää asiantuntijuutta erilaisissa verkostoissa ja tiimeissä (Eriksson ym. 2015, 36). Verkostotyöskentely on ollut koko ajan osa opinnäytetyömme tekoa. Olemme tehneet opinnäytetyötä ryhmänä, sillä meitä on ollut kolme opinnäytetyön tekijää. Yhdessä tekemisestä ja toistemme tukemisesta on ollut suuri hyöty opinnäytetyöprosessissa. Olemme tehneet yhteistyötä työelämän edustajan kanssa, sa-

moin opinnäytetyön ohjaavan opettajan, koordinoivan opettajan ja informaattikon kanssa. Eriksonin ym. (2015, 36) mukaan eettisyys hoitotyössä on hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden, sekä terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön mukaisesti toimimista. Opinnäytetyösämme huomioimme eettisyyden esimerkiksi aineiston hankinnassa ja raportoinnissa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä, joka takasi vastaajien anonymiteetin säilymisen. Tulokset on raportoitu siten, ettei niistä pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa.

Näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon osaamiskuvaukseen kuuluu kyky osata hyödyntää tieteellistä tietoa hoitotyön päätöksentekoprosessissa. Tietoa tulee osata hakea yleisimmistä terveystieteiden tietokannoista, sekä osata arvioida kriittisesti tieteellisiä julkaisuja. (Erikson ym. 2015, 41.) Tehdessämme opinnäytetyötä etsimme tieteellistä tietoa kilpirauhasen liikatoimintaan ja elämänlaatuun pääasiassa eri tietokannoista, kuten Medic, Terveysportti, Duodecim ja PubMed sekä Google-haulla. Käytimme alan aikakauslehtiä sekä tutkimustoiminta-oppikirjoja lähteenä. Opinnäytetyömme tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien kokemasta elämänlaadusta.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Toimeksiantajamme edustaja ilmaisi kyselyn toteuttamisen jälkeen kiinnostuksen selvittää poikkeaisivatko vastaukset riippuen siitä, onko kilpirauhasen liikatoiminta potilas hoidossa sairaanhoitajan, endokrinologin vai hematologin hoidossa. Aihe voisi olla hyvä jatkotutkimuksen aiheeksi tulevaisuudessa.

Jatkotutkimusaiheeksi heräsi opinnäytetyön prosessin loppuvaiheessa myös, vaikuttaako kilpirauhasen liikatoiminnan sairastamisaika koettuun elämänlaatuun. Lisäksi jäimme pohtimaan olisiko iällä vaikutusta elämänlaatuun kilpirauhasen liikatoimintapotilailla, koska FinTerveys-tutkimuksessa huomattiin, että iän karttuessa arvio omasta elämänlaadusta heikkeni (Koskinen, Aalto, Luoma & Saarni 2018, 25.)

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että kilpirauhasen liikatoiminnan vaikutusta elämänlaatuun on tutkittu vähän. Etsiessämme elämänlaatua koskevia tutkimuksia, huomasimme, että elämänlaatua on tutkittu muiden sairauksien kohdalla paljon, muttei kilpirauhasen liikatoiminnan osalta. Tämän vuoksi aihetta olisi tärkeää tutkia enemmän.

Lähteet

Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L. (2013). Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointi tutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 15.4.2018 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016092224121>

Abraham-Nordling, M. (2008). Hyperthyroidism: Incidence and long-term quality of life. Stockholm. Karolinska Institutet. Saatavilla 4.3.2019 <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38008/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Allardt, E. (1976). Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo. Werner Söderström osakeyhtiö.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (2017). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavilla 3.2.2019 http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222

Effica Diagnoosiraportti. (2018). ”Vain sisäiseen käyttöön”.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Espoo: Ammattikorkeakoulujen verkosto; Hki : Suomen sairaanhoidajaliitto. Saatavilla 1.3.2019 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Hyvinvointi (2015). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 28.2.2019 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Hämmäinen, P., Jokinen, J., Yesil, C., Hellstedt, M-L. & Harjula, A. (2009). Millainen elämänlaatu? Saatavilla 24.8.2018 https://www.fincardio.fi/site/assets/files/3388/sa_teema09_luku9.pdf

Jaatinen, P. & Metso, S. (2013). Kilpirauhasen liikatoiminta. Suomen endokrinologia yhdistys ry. Saatavilla 24.8.2018 <https://www.endo.fi/tietoa-endokrinologisista-sairau/potilasohjeet/kilpirauhasen-liikatoiminta/>

Kananen, J. (2015). Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä (3. uud. p.). Helsinki: Sanoma Pro.

Karhu, E. (2019). Sairaanhoidtaja. Sähköposti. 14.2.2019. Vastaanottaja M. Mykkänen.

Karlsson, M. (2013). Elämänlaatu mittariin. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Saatavilla 14.4.2018 <https://tesso.fi/artikkeli/elamanlaatu-mittariin>

Kempainen, P. & Reponen, A. (2009). Endokrinologisten potilaiden hoidonpöytäkirja. Hoito- ja tutkimusohje. ”Vain sisäiseen käyttöön”.

Kiviniemi, E. (2013). Terveystieteeseen liittyvään elämänlaatuun ja sen muutokseen vaikuttavat tekijät aikuisväestössä: Seurantatutkimus. Kuopio. Saatavilla 17.4.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130436/urn_nbn_fi_uef-20130436.pdf

Korpilahti, U. (2013). EuroHIS-8-elämänlaatumittari. TOIMIA-tietokanta. Saatavilla 13.3.2019 <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Koskinen, S., Aalto, A., Luoma, M-L. & Saarni, S. (2018). Elämänlaatu. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Saatavilla 13.3.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Koponen, P. (2018). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Saatavilla 13.3.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

L 1961/404. Tekijänoikeuslaki. Saatavilla 19.4.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tekij%C3%A4noikeuslaki>
Suomen Laki.

Leino, T. (2019) Suomen kilpirauhaspotilaat ry. Saatavilla 6.5.2019 <https://kilpirauhaspotilaat.fi/artikkeli/mika-on-kilpirauhanen>

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. (2015). Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. Sanoma Pro.

Matikainen, N. (2012). Kilpirauhaskokeiden tulkinta voi olla pulmallista. Suomen Lääkärilehti 9/2012, 685-691.

Martelin, T., Nieminen, T., Sainio, P., Koskinen S. & Tiikkainen, P. (2018) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Saatavilla 4.5.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Mattila, E. (2011). Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8541-1>

Metso, S. (2014). Kilpirauhasen liikatoiminta ja sydän- ja verisuonisairastavuus. Suomen Lääkärilehti 15/2014, 1133-1137.

Mikä on FinTerveys- tutkimus?. (2019). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 28.2.2018 <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-finterveys-tutkimus/finterveys-tutkimuksen-taustaa>

Murto, J., Pentala, O., Koskela, T. & Jussmäki, T. (2017) Poimintoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinoloista Suomessa 2013-2016 - ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 17.4.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-842-5>

Mustajoki, P. (2019). Kilpirauhasen liikatoiminta (hypertyreoosi). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 21.3.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00665

Numminen, S. (2018). Ensimmäisen aivoinfarktin sairastaneiden liuotushoidon saaneiden potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. Kliininen seurantatutkimus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavilla 4.3.2019 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/104983/978-952-03-1001-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

P -Tyreotropiini. (2018). Tutkimusohjekirja. Huslab. Saatavilla 19.2.2019 https://huslab.fi/cgi-bin/ohjekirja/tt_show.exe?assay=4831&terms=tsh

P-Tyroksiini. (2018). Tutkimusohjekirja. Huslab. Saatavilla 19.2.2019 https://huslab.fi/cgi-bin/ohjekirja/tt_show.exe?assay=4832&terms=t4v

- Rautakoura, R. (2014). Rytmihäiriöiden diagnostiikkaa etänä kaikille. Sydän.fi. Saatavilla 24.8.2018 <https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/rytmihairioiden-diagnostiikka-etana-kaikille>
- Reponen, A. & Karhu, E. (2018). Endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajavastaanotto. Työohje. "Vain sisäiseen käyttöön".
- Ruohotie, P. (2003). Mitä on ammatillinen huippuosaaminen? Ammattikasvatuksen aikakauskirja 5(1)
- Saarni, S. & Pirkola, S. (2010). Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Duodecim 2010;126: 2265–2273. Saatavilla 1.7.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo99105>
- Sainio, P., Stenholm, S., Valkeinen, H., Vaara, M., Heliövaara M. & Koskinen, S. (2018) Fyysinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Saatavilla 4.5.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Salmela, P. (N.d). Liikatoiminta. Saatavilla 4.3.2019 <https://kilpirauhasliitto.fi/kilpirauhassairaudet/liikatoiminta/>
- Salmela, P. (2015). Uutta tietoa kilpirauhashormonien säätelystä ja vaikutuksesta. Saatavilla 15.9.2018. Suomen Lääkärilehti 24/2015.
- Schalin-Jääntti, C. (2016). Hypertyreoosi. Duodecim terveyskirjasto. Saatavilla 15.9.2018 https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00589&p_haku=Hypertyreoosi
- Schalin-Jääntti, C. (2016). Kilpirauhaspotilaan tutkiminen. Duodecim terveyskirjasto. Saatavilla 15.9.2018
- Sisätautien poliklinikka (N.d). Kainuun sote. Saatavilla 4.3.2019 <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/sisatautien-poliklinikka>
- Taylor, P., Albrecht, D., Scholz, A., Gutierrez-Buey, G., Lazarus, J., Dayan, C. & Okosieme, O. (2018). Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. Saatavilla 4.3.2019 https://www.researchgate.net/publication/323960675_Global_epidemiology_of_hyperthyroidism_and_hypothyroidism
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Trijodityroniini. (2017). Tutkimusohjekirja. Huslab. Saatavilla 19.2.2019 https://huslab.fi/cgi-bin/ohjekirja/tt_show.exe?assay=6159&terms=t3v

Tyrazol. (2018). Lääkeopas Terveyskirjasto. Saatavilla 21.3.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far00731&p_hakusana=tyrazol

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. (2014). Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, P. Moisio & A. Muuri (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>

Valli, R. (2018). Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle (5., uudistettu painos.). Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.



Kainuun sote

Hyvä vastaaja,

Opiskelemme Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajiksi. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikan kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien potilaiden elämänlaatua heidän kokemuksien mukaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa hypertyreosia sairastavien potilaiden ohjaamisen ja tukemisen kehittämiseksi.

Pyydämme Teitä miettimään elämääne kahden viime viikon aikana. Toivomme, että käytätte aikaanne lomakkeen täyttämiseen. Vastauksenne ovat tärkeitä opinnäytetyömme onnistumisen kannalta ja jotta kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat saisivat tarvitsemaansa tukea ja ohjausta. Käsittelemme vastaukset **nimettöminä ja luottamuksellisesti**.

Kyselylomake tulee palauttaa 4.1.2019 mennessä mukana tulevassa palautuskuoressa mainittuun osoitteeseen. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Opinnäytetyötämme koskeviin kysymyksiinne vastaa Maarit Mykkänen puhelimitse puh. 044 9363 498 tai sähköpostitse maaritmykkanen@kamk.fi

Kiitos jo etukäteen mielenkiinnostanne ja arvokkaista vastauksistanne.

Ystävällisin terveisin,

Merja Niskanen SHT16S, Maarit Mykkänen SHS16S ja Janika Virtala SHT16S

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin **ympyröimällä oikea numero tai kirjoittamalla vastaus annetulle viivalle.**

Taustatiedot

Sukupuoli mies nainen muu

Ikä _____ vuotta

Siviilisääty naimisissa naimaton eronnut leski

Kuinka kauan olette sairastanut kilpirauhasen liikatoimintaa? ____ vuotta ____ kk

Arvioikaa elämänlaatuanne **viimeisen kahden viikon ajalta**

1. Kuinka paljon koette väsymystä?	En lainkaan 1	Vähän 2	Kohtalaisesti 3	Paljon 4	Erittäin paljon 5
2. Kuinka paljon koette sydämen rytmihäiriötä?	En lainkaan 1	Vähän 2	Kohtalaisesti 3	Paljon 4	Erittäin paljon 5
3. Kuinka paljon koette hermostuneisuutta?	En lainkaan 1	Vähän 2	Kohtalaisesti 3	Paljon 4	Erittäin paljon 5
4. Millaiseksi arvioitte unen laatunne?	Erittäin huonoksi 1	Huonoksi 2	Ei hyväksi eikä huonoksi 3	Hyväksi 4	Erittäin hyväksi 5
5. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	Erittäin tyytymättömän 1	Melko tyytymättömän 2	Ei tyytyväinen eikä tyytymättömän 3	Melko tyytyväinen 4	Erittäin tyytyväinen 5
6. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	Erittäin huonoksi 1	Huonoksi 2	Ei hyväksi eikä huonoksi 3	Hyväksi 4	Erittäin hyväksi 5
7. Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä arjesta?	Erittäin tyytymättömän 1	Melko tyytymättömän 2	Ei tyytyväinen eikä tyytymättömän 3	Melko tyytyväinen 4	Erittäin tyytyväinen 5

15. Miten kehittäisitte Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikan toimintaa?

Kiitos vastauksistanne!

Taustatiedot

Sukupuoli	mies - nainen 22 (100%) muu -
Ikä	<u>30-39</u> vuotta 1 (4,5%) <u>40-49</u> vuotta 2 (9%) <u>50-59</u> vuotta 7 (22,6%) <u>60-69</u> vuotta 5 (22,6%) <u>70-79</u> vuotta 6 (27,2%) <u>80-89</u> vuotta 1 4,5%
Siviilisääty	naimisissa 11 (52,4%) naimaton 3 (14,3%) eronnut 4 (19%) leski 3 (14,3%)
Kuinka kauan olette sairastanut kilpirauhasen liikatoimintaa?	alle 12kk 8 (38,1%) 1-5v 11 (52,6%) 6-10v 2 (9,6%)

Arvioikaa elämänlaatuanne **viimeisen kahden viikon ajalta**

1. Kuinka paljon koette väsymystä?	En lainkaan -	Vähän 7 (31,8%)	Kohtalaisesti 11 (50%)	Paljon 4 (18,2%)	Erittäin paljon -
2. Kuinka paljon koette sydämen rytmihäiriöitä?	En lainkaan 7 (31,8%)	Vähän 13 (59,1%)	Kohtalaisesti 2 (9,1%)	Paljon -	Erittäin paljon -
3. Kuinka paljon koette hermosuhteisuutta?	En lainkaan 4 (18,2%)	Vähän 9 (40,9%)	Kohtalaisesti 5 (22,7%)	Paljon 3 (13,6%)	Erittäin paljon 1 (4,5%)
4. Millaiseksi arvioitte unen laadun?	Erittäin huonoksi 1 (4,5%)	Huonoksi 4 (18,2%)	Ei hyväksi eikä huonoksi 12 (54,5%)	Hyväksi 5 (22,7%)	Erittäin hyväksi -
5. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	Erittäin tyytymätön 4 (18,2%)	Melko tyytymätön 3 (13,6%)	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 5 (22,7%)	Melko tyytyväinen 9 (40,9%)	Erittäin tyytyväinen 1 (4,5%)

6. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
	-	3 (13,6%)	6 (27,3%)	12 (54,5%)	1 (4,5%)
7. Kuinka tyytyväinen olette nykyynne selviytyä arjesta?	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
	1 (4,5%)	2 (9,1%)	3 (13,6%)	15 (68,2%)	1 (4,5%)
8. Onko Teillä riittävästi voimia arkipäivän elämäänne varten?	Ei lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	-	3 (13,6%)	12 (54,5%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)
9. Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	2 (9,1%)	2 (9,1%)	11 (50%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)
10. Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	-	3 (13,6%)	5 (22,7%)	11 (50%)	3 (13,6%)
11. Kuinka paljon nautitte elämästänne?	En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	2 (9,1%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	8 (36,4%)	4 (18,2%)
12. Kuinka yksinäiseksi koette itseenne?	En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	10 (45,5%)	4 (18,2%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)
13. Kuinka paljon olette saaneet tukea sairastuttuanne?	En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
	2 (9,5%)	3 (14,3%)	10 (47,6%)	4 (19%)	2 (9,5%)

Aineistonhallintasuunnitelma:

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Opinnäytetyössä aineisto kerätään paperista kyselylomaketta apuna käyttäen, lomakkeen täyttää vastaaja. Lomakkeen opinnäytetyöntekijät ovat muokanneet käyttötarkoitukseen sopivaksi. Kyselyyn liitetään saatekirje vastaajaa varten.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Lomakkeeseen vastataan nimettömänä, jolloin yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Lomakkeella kerätään esitietoja mm. vastaajan iästä, sukupuolesta, siviilisäädystä, liikatoiminnan sairastamisajasta sekä elämänlaatua selvittäviä kysymyksistä. Palautetut kyselylomakkeet tarkistetaan opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Tiedot syötetään SPSS-ohjelmaan vähintään kahden opinnäytetyöntekijän toimesta, jolloin varmistetaan tietojen oikeellinen siirtyminen.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Vastaajat sulkevat täytetyt lomakkeet palautuskuoreen ja palauttavat postitse sisätautien poliklinikalle. Opinnäytetyön tekijät hakevat palautetut lomakkeet kyselyajan päätyttyä poliklinikalta, jolloin ne avataan opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Aineisto tallennetaan sähköiseen muotoon ammattikorkeakoulun tietokoneella olevaan SPSS-ohjelmaan, jonne kirjaudutaan henkilökohtaisilla tunnuksilla. Paperiset kyselylomakkeet säilytetään yhden opinnäytetyöntekijän kotona. Opinnäytetyön valmistuttua paperiset kyselylomakkeet tuhoataan. Aineistoa pääsee käsittelemään ainoastaan opinnäytetyöntekijät, ohjaava-opettaja Sirpa Parviainen ja tutkimustoiminta- opintojen opettaja Arja Oikarinen.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyseymykset

Aineisto tallennetaan sähköiseen muotoon SPSS-ohjelmaan. Ohjelmaan pääsee kirjautumaan vain opinnäytetyöntekijät henkilökohtaisilla tunnuksilla. Paperiset lomakkeet säilyttää yksi opinnäytetyöntekijä kotonaan. Aineiston omistus- ja käyttöoikeudet kuuluvat opinnäytetyöntekijöille. Lupa kyselyn toteuttamiselle haetaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Täytettyjä kyselylomakkeita ei säilytetä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, vaan ne tuhoataan. Aineistosta saadut tulokset ovat luettavissa valmiissa opinnäytetyössä, joka tallennetaan Theseus- verkkokirjastoon.

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut		
<ul style="list-style-type: none"> • ”ruokahalu meni ” • ”löysä vatsa” • ”paino putosi n. 20 kg” • ”alkoi tuntua sydämen rytmihäiriöitä” • ”syke nousi korkeaksi” • ”väsymystä” • ”yöuneni on lyhentynyt” • ”nukkuminen/nukahtaminen hankalaa” • ”yöllä heräilee” • ”huono uni” • ”riittävä unensaanti vaikeutunut” • ”silmit kipeät ja näkö hämärtynyt” • ”silmäoireet” • ”näkö huononi kilpisrauhan aikana” • ”virtaa on liikaakin” • ”välillä on energiaa, mutta sitten väsähdän” • ”hikoilu” • ”kuumat aallot” 	<ul style="list-style-type: none"> • ruokahaluttomuus • painon lasku • löysä vatsa • rytmihäiriöt • korkea syke • väsymys • lyhentyneet yöunet • vaikeus nukahtaa • yöllä heräily • silmäoireet • kipeät silmät • näön hämärtyminen • näön huonontuminen • energiatason vaihtelu • hikoilu • kuumat aallot 	<p>muutos ruoansulatuselimistössä</p> <p>muutos sydämen toiminnassa</p> <p>muutos unessa</p> <p>muutos silmissä</p> <p>muutos energiassa</p> <p>muutos aineenvaihdunnassa</p>	<p>Fyysiset oireet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ”hermostuneisuutta” • ”mielialat vaihtelivat” • ”en innostu tekemään kotona mitään ylimääräistä” 	<ul style="list-style-type: none"> • innostuneisuuden lasku • alakulo • mielialat vaihtelevat 	<p>muutos mielialassa</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • stressiä ja alakuloa” • ”stressiä ollut monelta suunnalta” • ”pienetkin asiat tuntuvat vaikeilta suorittaa” 	<ul style="list-style-type: none"> • stressi • hermostuneisuus 		Psykkiset oireet
<ul style="list-style-type: none"> • ”en koe isosti muuttuneen” • ”itseasiassa en mitenkään, ainoa ”oire” oli painon putoaminen” • ”en koe että elämänlaatuni on muuttunut” • ”enemmän kokeissa ja tutkimuksissa käyntejä” 	<ul style="list-style-type: none"> • ei muutosta • tutkimusten lisääntyminen 	Ei koettua muutosta	Psykososiaaliset oireet