

KUNTOUTUJAN KOKEMUKSIA PSYKOOSISTA

Kristiina Köppä

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KÖPPÄ KRISTIINA
Kuntoutujan kokemuksia psykoosista

Opinnäytetyö 34 s., liitteet 6 s.
Toukokuu 2011

Tämä opinnäytetyö tehtiin Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:lle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykoosi kokemuksena kirjallisuuden ja kokemuksellisen tiedon näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävät olivat selvittää, mitä psykoosista tiedetään kirjallisuuden perusteella ja, miten kuntoutuja on itse kokenut psykoosin. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa psykoosiin yksilöllisestä kokemuksesta mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineistoa hankittiin kirjallisuuden kautta sekä haastateltiin mielenterveyskuntoutujaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Teoreettisissa lähtökohdissa käsiteltiin psykoosia ja skitsofreniaa. Teoreettisissa lähtökohdissa selvitettiin psykoosin oireiden jaottelua, psykoosin liittyviä ajattelun ja havaintokyvyn muutoksia, kokemuksia oman minuuden muuttumisesta sekä aistiharhoja ja harhaluuloja. Kokemuksellista tietoa määriteltiin myös.

Haastattelun tuloksista tuli esille yhtenäisiä asioita teoreettisten lähtökohtien kanssa. Tuloksissa ilmeni ennakkotekijöitä, mitkä altistavat psykoosiin sairastumiselle. Esille tuli myös paljon erilaisia tuntemuksia psykoosista ja siihen sairastumisesta. Samoin tuloksissa ilmeni erilaisia psykoosin oireita, mutta myös keinoja kuntoutumista varten. Ilmeni myös keinoja, miten psykoosia sairastavien ja sairastaneiden kokemuksia voitaisiin hyödyntää psykoosin hoidossa.

Päällimmäisenä tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella tuli esille, että kokemuksen merkitystä ja tärkeyttä hoitotyössä olisi hyvä korostaa.

Asiasanat: psykoosi, kokemus, kuntoutuja

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
KÖPPÄ KRISTIINA

Mental health rehabilitees' experience of psychosis
Bachelor's thesis 34 pages, appendices 6 pages
May 2011

This bachelor's thesis was made to Muotiala asuin- ja toimintakeskus ry. The purpose of this thesis was to describe psychosis as an experience from the perspective of literature and tacit knowledge. The aim of this thesis was to increase the knowledge of the individual experience of psychosis from the mental health rehabilitees' point of view. Another aim was to increase the knowledge of the experience of psychosis in the treatment of psychosis.

The approach of this thesis was qualitative. The data of this thesis was obtained from literature and through in-depth interviews to mental health rehabilitees. The interview data was analyzed by means of content analysis. The theoretical background of the thesis deals with psychosis and schizophrenia. Psychosis is handled from the perspective of categorization of symptoms, changes in thinking and perceptions related to psychosis, experiences of change in personality, as well as hallucinations and delusions.

The results of the interview are congruent with the information presented in the theoretical framework. The results show predisposing factors to the development of a psychotic disease. The results also reveal various symptoms of psychosis, as well as tools for rehabilitation. The aspect of how to benefit from the experiences of persons who have undergone psychosis was also brought up in the results.

According to the results of this thesis, the significance of a person's own experience should be emphasized. The rehabilitees' experiences could be utilized in the treatment of psychosis.

Keywords: psychosis, experience, mental health rehabilitee

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1 Psykoosi.....	7
3.1.1 Oireiden jaottelu	8
3.1.2 Ajattelun ja havaintokyvyn muutokset.....	9
3.1.3 Aistiharhat.....	9
3.1.4 Harhaluulot	10
3.1.5 Kokemukset oman minuuden muuttumisesta.....	13
3.2 Kokemuksellinen tieto	13
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	15
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	15
4.2 Syvähaastattelu.....	15
4.3 Sisällönanalyysi.....	16
5 TULOKSET.....	18
5.1 Ennakkotekijät.....	18
5.2 Tuntemukset psykoosista.....	18
5.3 Psykoosin oireet.....	20
5.4 Kuntoutuminen psykoosista.....	22
5.5 Kokemusten hyödyntäminen	23
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	24
6.1 Eettisyys.....	24
6.2 Luotettavuus.....	25
6.3 Tulosten tarkastelu.....	26
6.3.1 Ennakkotekijät.....	26
6.3.2 Tuntemukset psykoosista ja ennakko-oireet.....	27
6.3.3 Psykoosin oireet.....	27
6.3.4 Kuntoutuminen psykoosista.....	28
6.3.5 Kokemusten hyödyntäminen.....	28
6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	29
LÄHTEET.....	30

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöt voidaan ryhmitellä niihin liittyvien tyypillisten oireiden mukaan. Kuitenkin mielenterveyshäiriön vaikutus ja merkitys henkilön terveydelle ja hyvinvoinnille on yksilöllinen. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 41.)

Psykoosi on käsite, johon ihmisillä liittyy voimakkaita tunteita. Psykoosi on hyvin moniulotteinen ja moniselitteinen käsite. (Haarakangas & Seikkula 1999, 7.) ”Psykoosiin sairastumisalttiilla henkilöllä kyky selviytyä arkielämän haasteista on heikentynyt.” (Svirkis 2007). Yli kolme prosenttia suomalaisista sairastuu elämänsä aikana psykoosiin (Perälä, Saarni & Suvisaari, 2006). Psykoottisista sairauksista yleisin on skitsofrenia, vaikka psykoottisia oireita ja vaiheita voi esiintyä monissa muissakin tiloissa ja sairauksissa (Huttunen 2006, 47). Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 92).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykoosin yksilöllisiä eroja kirjallisuuden ja kokemuksellisen tiedon näkökulmasta. Opinnäytetyö tehtiin Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:lle. Tämä opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin haastattelemalla Muotialan Kokemus tiedoksi –projektiin osallistuvaa mielenterveyskuntoutujaa ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Oma ammatillinen kiinnostukseni kohdistuu psykoosiin, sen kokemiseen ja näiden kokemusten hyödyntämiseen psykiatrisessa hoitotyössä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykoosi kokemuksena kirjallisuuden ja kokemuksellisen tiedon näkökulmasta.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mitä psykoosista tiedetään kirjallisuuden perusteella?
2. Miten kuntoutuja on itse kokenut psykoosin?

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa psykoosiin yksilöllisestä kokemuksesta mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös lisätä tietoa psykoosin yksilöllisestä kokemuksesta, jota voitaisiin hyödyntää psykoosin hoidossa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Psykoosi

Suomalaisista yli kolme prosenttia sairastuu elämänsä aikana psykoosiin (Perälä, Saarni & Suvisaari, 2006). Psykiatrian diagnosoinnissa käytetään tautiluokitusta, jossa psykoottisiin sairaustiloihin kuuluvat skitsofrenia, skitsofreniformiset, ja skitso-affektiiviset psykoosit, paranoidiset psykoosit ja lyhytkestoiset reaktiiviset psykoosit sekä päihteiden käytön aiheuttamat ja somaattisiin sairauksiin liittyvät psykoottiset tilat. Näistä skitsofrenia on yleisin psykoottinen häiriö. (Huttunen 2008, 10 b).

Psykoottisen henkilön realiteetintaju on heikentynyt ja hän arvioi ja tulkitsee ulkoista todellisuutta eri tavoin kuin muut. Psykoottisella henkilöllä on ongelmia havainto-, päättely- ja ajattelutoiminnassa. (Huttunen 2006, 46). Psykoottisille tiloille on tavallista eritasoiset harhaluulot ja aistiharhat (Huttunen 2008, 10 b).

Psykoottiset tilat voidaan luokitella myös karkeasti kolmeen eri tyyppiin: paranoidisiin psykooseihin, hajanaisiin ja kiihtyneisiin psykooseihin ja depressiivisiin psykooseihin. Paranoidisille psykooseille tavallista on epäluuloisuus, vainoharhaisuus, vihamielisyys sekä suuruudenkuvitelmat. Hajanaisiin ja kiihtyneisiin psykooseihin liitetään hajanainen ajatuksenkulku, sekava ja epälooginen puhe, ajan ja paikan tajun häiriöt sekä tunnetilojen hallinnan heikkous. Apatia, hidastuneisuus, itsesyytökset ja toivottomuus ovat depressiivisille psykooseille ominaisia. (Huttunen 2008, 10 b).

Psykoottisista sairauksista yleisin on skitsofrenia, vaikka psykoottisia oireita ja vaihteita voi esiintyä monissa muissakin tiloissa ja sairauksissa (Huttunen 2006, 47). Skitsofreniaan sairastuu Suomessa koko väestöstä noin 0.5-1.5 %. Vuosittain ilmenee 0.5-2 uutta tapausta 10 000 henkilöä kohden. (Honkonen ym. 2007, 92–93) Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. (Niemi & Palanteri 2004).

Skitsofrenialle tyypillistä on ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden heikentyminen (Lönngqvist 2003, 146). Skitsofrenia puhkeaa yleensä nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Skitsofrenian liittyy usein persoonallisuuden toimintojen kokonaisuuden osittainen hajoaminen, kehityksen hidastuminen ja taipumus vetäytyä pois erilaisista ihmissuhteista. (Alanen 1994, 29). Tyypillisiä skitsofrenian oireita ovat aistiharhat, harhaluulot sekä hajanainen puhe (Lönngqvist 2003, 146).

Skitsofreenisiin harhaluuloihin kuuluvat yleensä kokemukset, että henkilön fyysinen koskemattomuus on ylitetty tai, että henkilön ajatuksia yritetään kiskoa ulos tai istuttaa hänen päähänsä (Cullberg 2005, 49). Sairastunut saattaa tuntea, että häneltä on viety oma tahto ja, että hän on vieraan tahdon alaisena (Honkonen ym. 2007, 78).

3.1.1 Oireiden jaottelu

Todellisuudentajun vääristyminen ja hankaluus erottaa oikea väärästä kuuluvat psykoosiin sairastuneen henkilön elämään. Psykoosipotilaiden oireet voidaan luokitella positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. (Käypä hoito- suositus 2008).

Negatiiviset oireet tarkoittavat puutosoireita eli potilaalla esiintyy tavallisen ajatusmaailman, tunteiden tai käyttäytymisen heikentymistä tai puuttumista. Negatiiviset - eli puutosoireet voivat esiintyä tunteiden ja puheen köyhtymisenä,

kyvyttömyytenä sosiaalisen kanssakäymiseen ja mielihyvän tuntemiseen. Oireet vaikeuttavat henkilön arkipäivän elämää ja samalla vaikuttavat henkilön elämänlaatuun. Oireiden tunnistettavuutta häiritsee, se, että oireiden kehitys saattaa kestää vuosia, jolloin lääkärin, joka tapaa potilasta harvoin, on hyvin vaikea todeta niitä. (Bottlender, Groll, Jäger, Kunze & Sato 2003, 954-8.)

Positiivisilla oireilla tarkoitetaan yleisesti normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä (Honkonen ym. 2007, 77). Positiivisiin oireisiin kuuluvat aistiharhat, erityisesti kuuloharhat, harhaluulot ja puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. (Käypä hoito- suositus 2008.)

Oireiden jaottelu voidaan tehdä myös kolmeen eri luokkaan; psykoottisiin oireisiin, hajanaisiin oireisiin ja negatiivisiin oireisiin. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat aistiharhat ja harhaluulot. Hajanaisiin oireisiin kuuluvat hajanainen puhe ja käytös sekä epäsojivat tunneilmaisut. Negatiivisiin oireisiin liitetään puheen köyhtyminen, tahdottomuus, anhedonia eli kyvyttömyys tuntea mielihyvää sekä tunneilmaisujen latistuminen. (Honkonen ym. 2007, 79).

3.1.2 Ajattelun ja havaintokyvyn muutokset

Psykoosin sairastuminen vaikuttaa henkilön ajatteluun ja havainnointiin, aistihavaintojen muodostumiseen ja tarkkaavaisuuteen (Valkonen-Korhonen 2003, 24). Psykoosiin sairastuminen vaikuttaa myös henkilön sosiaaliseen elämään ja siitä selviytymiseen (Vakavat mielenterveyshäiriöt 2008), tämä saattaa johtua muun muassa siitä, että psykoottisen henkilön ulkoisen maailman tapahtumien havainnointi voi olla häiriintynyt (Valkonen-Korhonen 2003, 24). Tavallisesti skitsofreniaan kuuluu ajatteluun ja havaintokykyyn liittyvät muutokset, kuitenkin niin, että tajunnan selkeys ja älylliset kyvyt säilyvät (Stakes 1995, 198).

3.1.3 Aistiharhat

Hallusinaatiot eli aistiharhat ovat tavallinen oire skitsofreniaa sairastavalla (Isohanni & Joukamaa 2008, 43). Aistiharhoja voi esiintyä näkö-, kuulo-, haju-, maku- ja tuntoaistien alueella, joista kuuloharhat ovat yleisimpiä (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 78). Näköharhat ovat harvinaisempia, muutamia skitsofrenian sairaudenkuvia lukuun ottamatta. Haju- ja makuaistiharhat ovat melko tavallisia psykoosia sairastavan henkilön oireissa. Samoin somaattiset harhatuntemukset ovat yleisiä, mitä voivat olla esimerkiksi tuntemus, että aivot palavat tai fantasiaobjektin kanssa koettu kontakti, jolla on usein selvästi potilasta tyydyttävä, usein varsin ristiriitaista ja vääristynyttä tyydytystä antava luonne. (Achte', Alanen & Tienari 1990, 338).

Kuuloharhoihin liittyy usein se, että kuullaan puhetta, joka kommentoi henkilön tekemisiä, syyttää, kiusaa tai uhkailee häntä (Hakola ym. 2008, 43). Tavallista on, että henkilö kuulee useampia ääniä, jotka keskustelevat esimerkiksi henkilöstä ja hänen tekemisistään. Henkilön kuulema puhe on usein yksittäisiä sanoja, fraaseja tai kokonaisia lauseita. (Honkonen ym. 2007, 78). Aistiharhat ovat usein voimakkaita ja pitkäkestoisia ja niiden esiintyvyys sijoittuu useimmiten päiväsaikaan. (Hakola ym. 2008, 43).

Saattaa olla, että henkilö kuulee jonkun nimittelevän häntä. Kuitenkaan ei voida sanoa, että kuuloharhat ovat aitoja hallusinaatioita vaan ennemminkin illuusioita. Illuusiolla tarkoitetaan, että henkilö kuulee todellakin jotain, mutta tulkitsee kuulemansa tietyllä tavalla. (Cullberg 2005,46).

3.1.4 Harhaluulot

Harhaluulot eli deluusiot ovat henkilön epätodellisia uskomuksia, jotka pohjautuvat yleensä havainnon tai kokemuksen väärään tulkintaan (Huttunen 2008 a).

Normaalin ajatustoiminnan häiriöt voivat liittyä joko ajatusten sisältöön, rakenteeseen tai ajatusprosessiin. Harhaluulot johtuvat yleensä ajatusten sisällön häiriöstä. (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 78). Harhaluulojen sisältö ja kohde voivat olla hyvin erilaisia (Cullberg 2005, 45). Harhaluulot voivat olla kontrolloimisharhoja, paranoidisia tai suhteuttamisharhaluuloja tai suurusharhaluuloja. Ajatusten lukemisen, riiston tai levittämisen harhoja esiintyy myös. (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 78-79).

Liioitellun käsityksen ja harhaluulon välinen raja on häilyvä, kun kyseessä on oman ruumiin ulkonäköä koskevat harhaluulot. Henkilön oma kokemus omasta rumasta ulkonäöstä tai poikkeavasta kasvon piirteestä, silloin kun muut eivät voi tätä havaita, voi ylittää harhaluulon rajan. (Cullberg 2005, 47).

Kontrolloimisharhoihin kuuluu uskomus, että joku ulkopuolinen voima kontrolloi henkilön ajatuksia ja tunteita. Henkilö voi uskoa, että muut tietävät hänen ajatuksena ja yrittävät lukea niitä ja sitä kautta levittävät ympäristöön näitä ajatuksia tai että hänen päästään häviää ajatuksia. (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 78-79).

Harhaluuloista kärsivä henkilö saattaa uskoa, että jokin ulkopuolinen taho tai henkilö pystyy säätelemään hänen aivotoimintaansa (Hakola ym. 2008, 43). Näihin harhaluuloihin kuuluu se, että henkilö saattaa uskoa, että hänen aivoihinsa on esimerkiksi asetettu lastu, joka toimii radioantennina toisten henkilöiden ohjauksille ja viesteille. Tai henkilö voi uskoa, että hänen hampaaseensa on asennettu hammaslääkärissä kaiutin, mistä henkilön kuuloharhat johtuvat. (Cullberg 2005, 49).

Paranoidisiin harhaluuloihin kuuluu usko vainotuksi tai vakoilluksi tulemisesta. Samoin uskomukset salaliitoista kuuluvat paranoidisiin harhaluuloihin. (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 79). Vainoharhaisuus on tyypillinen oire, tällöin henkilö kuvittelee, että häntä vainotaan (Hakola ym. 2008, 44). Henkilöllä voi olla tuntemuksia siitä, että ilkeämielisten ihmisten ryhmä tai joukko vainoaa häntä.

Harhaan voi liittyä luulo maailmanpoliittisten yhteyksien mukana olost. Vainotuksi tulemisen harhaan kuuluu usein, että henkilö uskoo, että taivaalla lentävästä lentokoneesta tai hitaasti kulkevasta autosta tarkkaillaan häntä tai, että kadunkulmassa seisovat ihmiset tarkkailevat häntä. (Cullberg 2005, 45-46). Henkilö, jolla on suhteuttamisharhoja, antaa oman henkilökohtaisen merkityksensä ympäristön tapahtumille virheellisesti (Honkonen ym. 2007, 79). Tavallista on, että henkilö uskoo, että lehdissä, televisiossa ja radiossa tehdään häneen kohdistuvia viittauksia. Yleistä on myös, että henkilö luulee, että häntä salakuunnellaan ja kuuntelulaitteita on esimerkiksi psykiatrin vastaanotolla. (Cullberg 2005, 45-46).

Kun henkilö kärsii suuruusharhaluuloista, hän uskoo olevansa hyvin merkittävä henkilö. Uskonnollisista harhoista kärsivät henkilöt uskovat usein olevansa Jumala tai Jumalan lähettiläs. (Huttunen 2008 a). Esimerkiksi henkilö voi kokea, että Jumala on antanut hänelle tehtäväksi pelastaa maailman, vaikkakaan henkilö ei olisi ollut aikaisemmin mitenkään erityisen uskonnollinen. Tällaisen harhan tekee vaikeammaksi ja ahdistavammaksi se, että jos kyseinen tehtävä voidaan esimerkiksi suorittaa vain kulkemalla tiettyjen katukivin liitosten yli ajattelemalla jatkuvasti jotain tiettyjä lukuja. Jos harhaluulosta kärsivä suorittaa tehtävää väärin tai tekee virheen, tuloksena on maailman tuhoutuminen. Muita tavallisia harhakuvitelmia on, että henkilöllä pystyy säätelemään säätä tai, että hänellä on telepaattinen yhteys maailman johtajiin tai eläviin ja kuolleisiin henkilöihin. (Cullberg 2005, 48).

Harhaluuloista kärsivä henkilö saattaa uskoa, että eri tapahtumat ovat osa jotakin koetta tai koesarjaa, johon hänet on liitetty mukaan. Kaikki hänen ympärillään on järjestelty vain pelottelumielessä, jotta henkilö paljastaisi itsensä. Yleensä henkilöllä on selkeä ymmärrys siitä, kuka tai ketkä ovat tämän kaiken takana. Tällaiset harhat voivat johtaa paniikkireaktioon tai jopa itsetuhoiseen käyttäytymiseen. (Cullberg 2005, 46).

Henkilö voi luulla, että ihmiset irvistävät hänelle kadulla tai, että muut ihmiset pelästävät häntä ja kääntyvät pois päin hänestä. Sairastunut saattaa kuvitella, että

autojen rekisterinumerot tai eri yritysten tarrat ovat viestejä hänelle. (Cullberg 2005, 45–46). Henkilö voi kokea, että häntä yritetään myrkyttää ruualla ja tämän vuoksi hän saattaa nauttia liian yksipuolisesta ruuasta. Samalla hänelle voi syntyä komplisoitunut suhtautuminen ruokaan. Myös alituiset ja perusteettomat kokemukset, että henkilön puheluita salakuunnellaan tai, että hänen lapsensa joutuvat seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Yhtenevänä tekijänä on usein se, että harhat eivät ole täysin mahdollisia. (Cullberg 2005, 45).

3.1.5 Kokemukset oman minuuden muuttumisesta

Psykoosia sairastavan mieliala, ajattelu ja toimintakyky yleensä muuttuu ajan mittaan. Yksi näistä oireista on tuntemus oman minuuden muuttumisesta, kokemus oman olon epätodellisuudesta ja ahdistavasta olost. (Käypä hoito- suositus 2008). Koivisto (2003) toi esille tutkimuksessaan, että psykoottisesti sairastuneet henkilöt kokevat hallitsematonta minuutta, johon liittyi emotionaalisen, fyysisen minän muuttuminen ja itsehallinnan menetyksen tunne. Emotionaalisella muuttumisella henkilö tarkoitti tunnetta, ”että ’minä’ ei ole sama ’minä’ kuin se oli aikaisemmin ollut”. Fyysisen minän muuttumisessa psykoosiin sairastuneet henkilöt toivat esille kokonaisvaltaisen fyysisen uupumuksen, unettomuuden, fyysisten elintoimintojen muuttumisen tunnetta ja erilaisia kipuja. Nämä muutokset aiheuttivat tuskaa, pelkoa, levottomuutta ja ärtyneisyyttä. Itsehallinnan menetyksen tunteen muuttumisena psykoosiin sairastuneet henkilöt toivat esille tuntemukset ulkopuolisesta uhasta tai pahasta, minkä johdosta oma kontrolli itsestä ja itsehallinta heikentyivät, nämä taas lisäsivät henkilöiden syyllisyyden ja häpeän tunnetta. (Koivisto 2003,55).

3.2 Kokemuksellinen tieto

Kokemuksellinen tieto on osa epämuodollista tietoa, jota kutsutaan myös hiljaiseksi tiedoksi. Epämuodollinen tieto on asiantuntijan kokemusten kautta omaksumaa

tietoa, mitä on vaikeampi kuvata tai määritellä kuin teoreettista tietoa. Kokemuksellinen tieto on yksi kolmesta epämuodollisen tiedon osista. Kokemuksellista tietoa ei voi opiskella kirjoista, tietoa saadaan toiminnan kautta. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2003). Ihmisen oma kokemus on sinällään merkittävä, sitä ei voi korvata kenenkään toiseen kokemuksella tai kenenkään toisen näkemyksellä, ihmisen oma kokemus ja käsitys maailmasta muodostuvat henkilön suhteesta omaan maailmaan. (Varto 1994, 95, Kilkun 1998, 7 mukaan). Omien kokemusten tutkiskelu omista lähtökohdista antaa perustan sille, että henkilö voi itse ohjata omia kokemuksiaan ja oman maailmankuvan muodostumista (Lehtovaaran 1995, 57-77, Kilku 1998, 6).

Kokemuksellinen tieto tarkoittaa tässä opinnäytetyössä, että tuon haastateltavan mielenterveyskuntoutujan omia kokemuksia psykoosista esille.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus tuoda esille tilastollisia yleistyksiä, vaan tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää jotakin tapahtumaa (Eskola & Suoranta 1998, 61). Kvalitatiiviseen tutkimukseen hankitaan aineistoa luonnollisista, todellisista tilanteista. Tutkija ei valitse kohdettaan sattumanvaraisesti, vaan kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 155.) Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi opinnäytetyöhöni, koska tavoitteenani oli lisätä tietoa psykoosin yksilöllisestä kokemuksesta mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta. Eli halusin perehtyä syvemmin opinnäytetyössäni yhden mielenterveyskuntoutujan ajatuksiin, tunteisiin ja kokemuksiin psykoosista.

Laadullisessa tutkimuksessa ihminen on paras aineistonhankintainstrumentti. Tutkija suosii metodeja, joissa ihmisen ”ääni” ja kokemukset tulevat esille, kuten teemahaastattelu, osallistuva havainnointi tai avoin haastattelu. Tutkija käyttää havainnointi ja keskustelumenetelmiä tiedonhankinnassaan, enemmän kuin mittausvälineitä. (Hirsjärvi ym 1997, 155.)

4.2 Syvähaastattelu

Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli tehdä syvähaastattelu mielenterveyskuntoutujalle, mutta tämä ei toteutunut. Opinnäytetyöhön saatiin tietoa haastattelemalla Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n Kokemus tiedoksi -projektista. Haastattelu kertoja oli yksi, mikä kesti noin 2 tuntia.

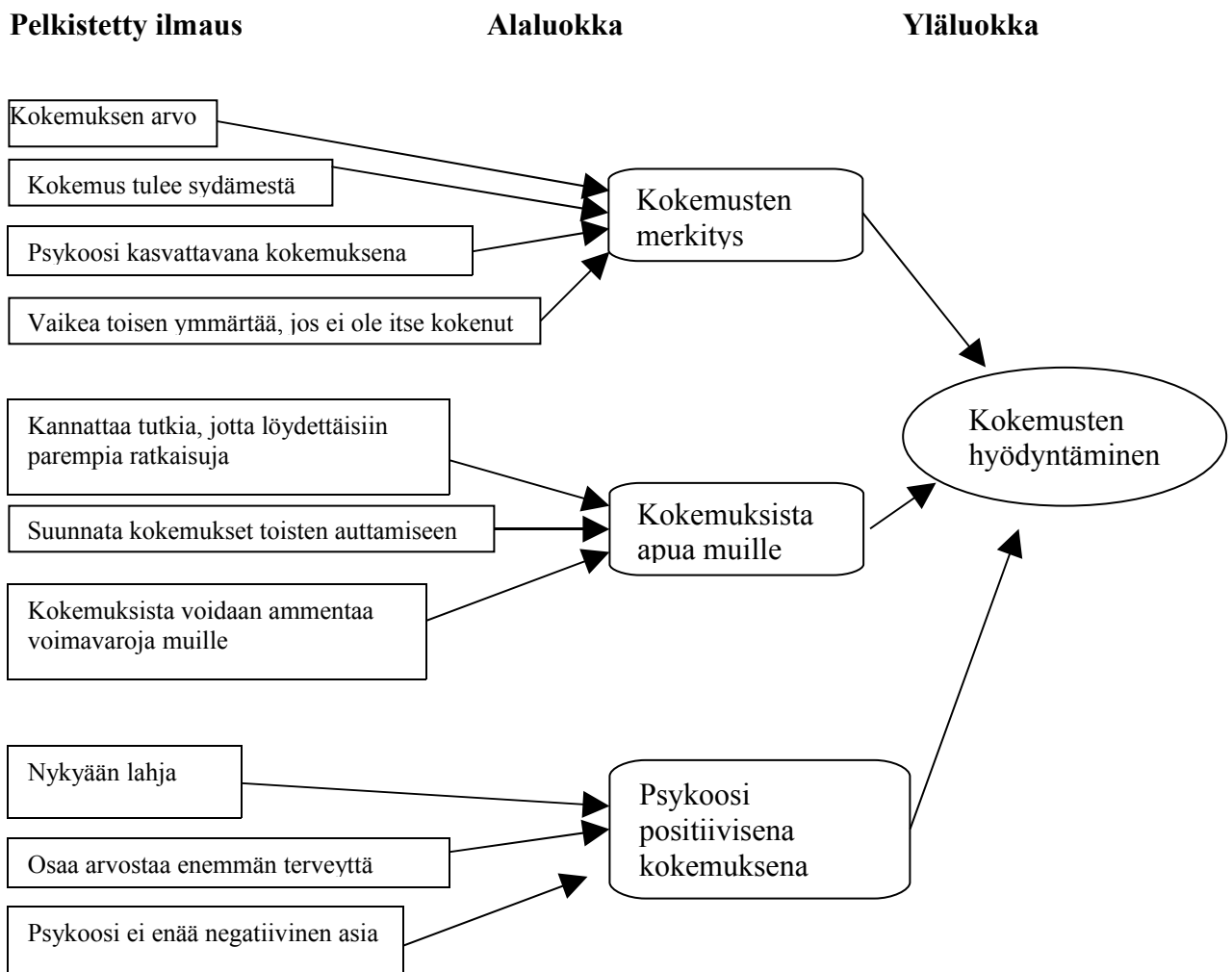
Syvähaastattelu tarkoittaa, että haastattelua ei rakenneta kysymysten tai teemojen varaan (Vilka 2005, 104). Syvähaastattelulla voidaan tutkia erilaisia ilmiöitä ja hakea vastauksia ilmiötä koskeviin ongelmiin. Syvähaastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, mikä käytännössä tarkoittaa sitä, että vain ilmiö, jota käsitellään, on määritelty. Syvähaastattelu rakentuu muistakin kuin avoimista kysymyksistä, sillä haastattelijan täytyy rakentaa haastattelun jatko tiedonantajalta saamiensa tietojen pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 78.)

Syvähaastattelussa ei yleensä käytetä useaa lähdettä, koska haastattelun tarkoituksena on syventyä yhteen tai kahteen ilmiöön, syvällisesti ja perusteellisesti. Syvähaastatteluun kuuluu usein myös se, että tiedonantajaa haastatellaan useamman kerran. (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 78.) Syvähaastattelu sopii opinnäytetyöhöni haastattelumenetelmäksi, koska haluan syventyä yhden haastateltavan kokemuksiin perusteellisesti ja haluan ymmärtää hänen kokemuksiaan.

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää aineisto niin, että tutkittavaa asiaa voidaan lyhyesti ja yleistävästi selittää. Sisällönanalyysin avulla aineistosta voidaan tehdä havaintoja ja analysoida sitä järjestelmällisesti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23) Sisällönanalyysiä voidaan käyttää sekä laadullisessa että määrällisessä aineistossa. Laadullinen aineisto voi olla muun muassa sanallisessa tai kuvallisessa muodossa olevia päiväkirjoja, kirjeitä, raportteja, artikkeleita, laulujen sanoja tai valokuvia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23)

Laadullisen tutkimuksen analyysin rungon avulla tutkijan on selkeämpi seurata analyysin etenemistä. Ensiksi tutkijan pitää päättää, mikä aineistossa kiinnostaa ja tehdä päätös. Seuraavaksi tutkija käy läpi aineiston, josta tutkija erottelee ja merkitsee ne asiat, mitkä liittyvät valitsemaansa aineistoon. Seuraava vaihe on aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely. Ja lopuksi tutkija tekee yhteenvedon aineistostaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 93–94). Sisällönanalyysi oli sopiva analyysimenetelmä opinnäytetyöhöni, koska se sopi hyvin verbaalisen aineiston analyysimenetelmäksi, ja koska aineistosta voitiin tarkastella yhtäläisyyksiä ja eroja. Tämän opinnäytetyön liitteenä on analysoinnin tuloksena tehty luokittelu. (LIITE1). Kuviossa 1 on kuvattu analyysin luokittelun etenemistä



Kuvio 1 Esimerkki analyysin etenemisestä.

5 TULOKSET

5.1 Ennakkotekijät

Erilaisten syiden koettiin voivan altistaa psykoosille. Yhtenä ennakkotekijänä psykoosin sairastumiselle pidettiin somaattisia sairauksia, jotka kuormittavat mieltä, ja sitä kautta altistuminen psykoosille kasvoi. Mielen kuormittuminen ja erilaiset vastoinkäymiset elämässä saattoivat aiheuttaa sen, ettei psyyke kestänyt kaikkea kuormitusta. Kun vastoinkäymisiä tuli liikaa, voimat loppuivat eikä jaksettu enää taistella psyykkisiä ongelmia vastaan, jolloin todennäköisyys sairastua psykoosiin kasvoi.

”---ei jaksanu enää taistella mielenterveysongelmia vastaan, vaan sitten niin kun tuli se sairastuminen.”

5.2 Tuntemukset psykoosista

Psykoosin sairastamista kuvattiin monilla eri tavoilla. Psykoosin alkaessa olotila oli jaksamaton, koettiin, että olo oli heikko ja oli voimaton tunne.

”Tulee sellanen heikko olo, tulee sellanen jännä olo, semmonen että hetkinen että nyt on psykoosi alkamassa – –”

Psykoosin alun tuntemukset koettiin omituisina. Näitä kuvailtiin oudoksi ja jännäksi, mutta myös ihmeelliseksi tunteeksi. Fyysisistä tuntemuksista tuotiin esille sydämen lyöntien epätasaisuus. Näistä tuntemuksista osattiin arvioida, että psykoosi on alkamassa psykoottisten kokemusten toistuessa.

Psykoosin alku koettiin ahdistava tunteena, jolloin olo koettiin kurjaksi ja tunnetilaa kuvailtiin puristavaksi. Tunnetilaa kuvailtiin kurjaksi, jonka vuoksi koettiin epäonnistumisia ja niiden myötä pettymyksiä.

” – – sitten sellanen outo puristava tunne kun olis joku vanne päässä ollu.”

”Mä olin yksin jossain paikassa ja päässä alko tuntua valtava outo olo, kurja olo ja ihmeellinen ja mä en tienny mikä tää oli.

Psykoosin alku koettiin hyvin epätietoiseksi ajaksi. Tietämättömyys psykoosista ja sen alkamisesta loi epävarmuutta.

”Mut niitä ihan ensimmäisiä psykoosin oireita, just sellanen voimattomuus kun ei tienny mitä tämä on, ei osannu selvitä.”

Psykoosi koettiin mielen kaaoksena ja hajanaisuutena. Sekavuus ja tunteiden kaaos nostettiin esille psykoosin ja psykoosin alun tuottamia tuntemuksia kuvailtaessa. Tuntemusta psykoosista ja sen alkamisesta kuvailtiin myös hajanaiseksi. Psykoosin alun tuntemuksiin listattiin myös pyörittävä olo ja mielikuvitusmaailman tuleminen mukaan. Psykoosin tultua oli vaikea keskittyä mihinkään ja ote katosi normaalista elämästä. Alkoi mielen ”palo”, mitä kuvailtiin niin, että mieli meni lukkoon ja mieli alkoi pyöriä.

”Mä muistan sen ensimmäisen ,mä en silloin tunnistanu sitä voimattomuutta, se tuli erilaisessa muodossa, se oli sellasta mielen paloa, eli mulla meni mieli sellaseen lukkoon toi mieli, se alko niin kun pyöriin, alko sellanen pyöritys - -”

”Kaikkein selväpiirteis in psykoosin tai että psykoosi on tulossa, on voimattomuus, tulee sellanen hajanainen olo, että ihan niin kun ei olis kunnan otteella tässä arkipäivässä.”

Psykoosin myötä tuli myös itseen kohdistuvia syyllisyyden tunteita. Psykoosin ja siihen liittyvien aistiharhojen vuoksi koettiin häpeää ja syytettiin itseä asioista, joihin itsellä ei ollut vaikutusta. Samoin mielen toiminnot ja niihin liittyvät punastumiset toivat syyllisyyden tunteita.

” - - sit tuli yhtäkkiä punastumisia ja yhen yhtäkkiä punastuin ja ehkä mielessä tapahtu jotain semmosta”

” Mä aloin häpeä itseeni ja tämmösiä syytöksiä, oli viimenen niitti mikä oli [XXX] mä sairauden tilassa käsitin että mä olin aiheuttanu sen - -.”

Psykoosi ja sen tulo ja yleensä psykoosin sairastuminen koettiin pelottavana. Pelottavana psykoosissa pidettiin erityisesti sitä, että se on niin arvaamaton.

”Ne oli pelottavia, koska se psykoosi on niin arvaamaton välillä, siihen tulee sellaset kasvot mukaan siihen touhuun, jos sä suhtaudut väärin siihen psykoosiin sä voit saada sellasia hallitsemattomia olomuotoja- -.”

5.3 Psykoosin oireet

Psykoosin oireista useimmiten tuotiin esille aistiharhat, erityisesti syyttävät äänet. Kuuloharhoja ja niihin liittyviä ääniharhoja kuvailtiin enimmäkseen herjaaviksi. Äänet saattoivat kysyä ja myöskin vastata näihin kysymyksiin. Äänet esittivät usein syytöksiä ja huomauttivat psykoottista henkilöä sairaudestaan, mikä koettiin usein pettymyksen tunteena.

” – psykoosin korva kuulee herjaavia, syyttäviä, niitten tavotteena oli vaan päästä pois normaalista asioista, tuli kaikennäkösiä ihmeellisiä, näki ja kuuli ihan outoja asioita.”

Esille nousi käsite ”psykoosin korva”, mikä käsitettiin, niin että psykoottiset ja kuuloharhoja kuulevat henkilöt omaavat tällaisen. ”Psykoosin korvan” koettiin vievän paljon voimavaroja, koska tällöin oli vaikea keskittyä normaaliin elämään. ”Psykoosin korva” - käsite määriteltiin seuraavasti:

” – ne on semmosia, mitä tavalliset korvat ei kuule vaan se, että tyrmistyny psykoosin korva kuulee tämmösiä erilaisia ääniä.”

Ääniharhat koettiin hyvin vakavina, etenkin silloin, kun koettiin, että niillä oli tavoitteena saada sairas henkilö tekemään itsemurha. Koettiin myös, että äänet oli voitettava, koska muuten ne saattavat voittaa ja päästä tavoitteeseensa.

”Niitten äänien tavote oli itsemurha. Se oli aika vakava asia, niille äänille ei se oo vielä mitään, että ihminen on surkeassa tilanteessa ja vajoo kohti surkeempaa ja surkeempaa olotilaa. Se ei oon niitten, ne on vasta saanu saaliin sillon kun tekee itsemurhan.”

Psykoosia sairastavana koettiin, että mieli muuttuu ja mieliala vaihtelee. Välillä koettiin, että oli parempia aikoja, mutta taas välillä oli huonompia aikoja. Kuitenkin kuvattiin, kun tuntui siltä, että on terve, saattoi jättää lääkkeet pois, mikä ei johtanut

hyviin tuloksiin. Tämä tunne, että on terve, koettiin mieluumminkin sairaan kokemuksena, jolloin todellisuudessa tilanne oli aivan päinvastainen.

”Se on sairaan kokemus, että kokee ettei tarvita enää lääkkeitä, kaks viikko kun oltiin ottamatta lääkkeitä niin oltiin XXX...”

Yhtenä psykoosin oireena koettiin sosiaalinen eristäytyminen muista henkilöistä. Yksinäisyyttä ja epätodellista puhumista saatettiin kokea, vaikka ympärillä olisi ollut tuttuja ihmisiä. Mutta myös halu olla yksin ja miettiä omia ajatuksia nostettiin esille psykoosin oireena.

”Sellanen olo oli, ei se ihan heti ohi menny, se oli epätodellinen puhumien ja tunsin yksinäisyyttä vaikka ystävät oli ympärillä. Se oli aika erikoinen kokemus.”

5.4 Kuntoutuminen psykoosista

Kuntoutumisvaiheessa pidettiin tärkeänä, että on tukiverkosto, johon voi tukeutua. Psykoosia sairastavilla on erilaiset tukiverkostot, joiden avulla koettiin rakennettavan voimarakenteita. Voimarakenteisiin voi kuulua esimerkiksi perhe, jolta saadaan tukea ja kannustusta kuntoutumista varten.

”Tää kertoo siitä, että, jos sairastaa, nää oli just niitä voimarakenteita, josta mä ammensin voimaa kohti terveempiä päiviä.

Kuntoutumisprosessissa pidettiin tärkeänä, että ääniharhoja aletaan hoitaa. Tavoitteena pidettiin, että ääniharhoista päästiin eroon työstämällä niitä. Positiivisena koettiin myös se, että psykoosin hoidossa on tapahtunut muutoksia. Hoidon muutosta kuvailtiin, että nykyään tutkitaan, mitä psykoosi on. Kun taas ennen tutkittiin, että miten siitä pääse eroon.

”Sitä alettiin vaan työstään sitten, ei mitään yhteistä niille äänille, eikä ne hyödytä mitenkään ja ne on huonoja asioita ja niistä on yrittävä päästävä eroon.”

5.5 Kokemusten hyödyntäminen

Psykoosia sairastaneen kokemuksia pidettiin merkittävänä. Kokemuksen arvon tärkeys tuotiin esille kuvailemalla, ettei kokemuksen arvoa voida mitata. Koettiin, ettei opittua teorian tietoa voida verrata psykoosin kokemuksen arvoon. Tärkeämpänä pidettiin, että tieto tulee ”sydäimestä” eli kokemuksen kautta.

Psykoosia pidettiin kasvattavana kokemuksena, jonka jälkeen osaa arvostaa enemmän terveyttä. Kuitenkin koettiin, että on vaikea keskustella psykoosin kokemuksista henkilön kanssa, joka ei ole sairastanut psykoosia, koska toinen ei välttämättä pysty ymmärtämään psykoosin liittyviä kokemuksia ja tunteita.

”Tollasen psykoosin kokeneena, kuinka sitä lähestyy, jotta vois tutkia sitä- - .”

”Sen kokemuksen arvo ei voi mitata. Se on semmosta asiasta, että sä voit lukee psykoosista kuinka paljon teoriaa, niin sulla tulee kuitenkin ne ajatukset mielestä ja huulilta, mutta kun on kokenu tällasen psykoosin, niin se kokemus tulee sydäimestä, sillä pääsee paljon pitemmälle.”

Koettiin, että psykoosin kokemuksia kannattaa tutkia, koska kokemusten kautta voitaisiin löytää parempia ratkaisuja psykoosin hoitoon. Samoin pidettiin tärkeänä, että kokemuksia käytettäisiin toisten sekä psykoosiin sairastuvien että psykoosia sairastavien auttamiseen. Koettiin, että kokemuksista, etenkin niiden jotka ovat edenneet pitkälle kuntoutumisprosessissa, voitaisiin ammentaa voimavaroja muille psykoosia sairastaville.

”Se on jotain semmosta mitä kannattaa tutkia, jotta ei välttämättä samassa muotissa olis sitten joku toinen, vaan jonkun toisen tilalle löydettäis parempi ratkasu. Ja suunnata niitä kokemuksia toisten auttamiseksi.”

Psykoosi koettiin tällä hetkellä enemmän positiivisena kokemuksena kuin negatiivisena. Psykoosia ja sen tuomaa kokemusta pidettiin lahjana, jota pitäisi osata hyödyntää tärkeänä tiedon lähteenä psykoosista ja sen sairastamisesta. Se koettiin tärkeäksi myös, että psykoosia ei pidetä enää negatiivisena asiana, jolloin kokemuksia psykoosista pystytään hyödyntämään enemmän. Psykoosin sairastaneena koettiin, että osaa arvostaa enemmän terveyttä.

”Mä pelkäsin kun psykoosi tuli, nykyään se ei oo pelko, se on lahja, jos mä saan psykoosin, mikä on aika pieni todennäköisyys, mä alan tutkii mielessäni, mitä tää psykoosi on, saa siitä arvokasta tietoa psykoosista - - ”.

” - - Kun on selvinnyt siitä, niin voi kertoa muille siitä.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys

”Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen”: toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, mutta toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin ratkaisuihin. Tätä yhteyttä kutsutaan tieteen etiikaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122-123).

Tutkimusetiikan normit voidaan jakaa kolmeen pääryhmään ammattietiikan näkökulmasta. Ensimmäisenä ovat normit, jotka ilmentävät totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta ja, jotka ohjaavat tutkijaa noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittämään luotettavia tuloksia, joiden oikeellisuus on tiedeyhteisön tarkastettavissa. Tutkimusaineiston hankkiminen, käsittely ja asianmukainen arkistointi kuuluvat tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. Toisena pääryhmänä pidetään normeja, jotka ilmentävät tutkittavien ihmisarvoa. Normit korostavat tutkittavien ja heidän yhteisöjensä itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvan vahingon välttämistä. Kolmantena

pääryhmänä pidetään tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentäviä normeja, mitkä vahvistavat tieteen yhteisöllisyyttä, tutkijoiden työn huomioimista ja kunnioittamista. (Kuula 2006, 24).

Haastateltavalle lähetettiin tiedote (LIITE2) opinnäytetyöstäni, missä kerrottiin tarkemmin opinnäytetyön tarkoituksesta. Tässä tiedotteessa selvitettiin haastateltavalle, että osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista ja, että hänen anonymiteettinsä säilyy koko opinnäytetyön prosessin ajan. Samoin selvitettiin, että aineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä. Haastateltavalle kerrottiin, että hän voi kieltäytyä osallistumisesta missä vaiheessa tahansa, ilman erillistä selvitystä asiasta. Tälle opinnäytetyölle haettiin lupaa ja se myös myönnettiin, joten se lisää työn luotettavuutta Eettisyyden kannalta tärkeintä tässä opinnäytetyössä oli se, että haastateltavan anonymiteetti säilyy, joten tämän vuoksi myös tulokset on kirjoitettu passiivi muodossa.

6.2 Luotettavuus

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti tarkoittaa sitä, mitä tutkimuksessa on tutkittu ja luvattu tutkia. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Näitä käsitteitä on kuitenkin kritisoitu laadullisen tutkimuksen yhteydessä, koska nämä käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja ne vastaavat oikeastaan vain määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133). Reliaabelisuutta voidaan ymmärtää myös tavalla, että kahdella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos, vaikkakin on epätodennäköistä, että näiden kahden menetelmän tulos olisi täsmälleen sama. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186). Tässä opinnäytetyössä selvitettiin ensin teoreettiselta kannalta psykoosin kokemuksia, jonka jälkeen tehtiin haastattelu mielenterveyskuntoutujalle, joka kertoi omia kokemuksiaan psykoosista. Validiutta määriteltäessä, mietitään usein koskeeko tutkimus sitä, mitä sen on pitänytkin koskea. Tutkimuksen luotettavuutta määriteltäessä, tutkitaan onko tutkittu sitä, mitä on pitänytkin, ovatko käsitteiden määritelmät

mahdollisimman lähellä tutkittavien ja tutkimusyhteisön käsitystä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 187). Luotettavuutta lisää se, että tuloksissa esittelen myös haastateltavan alkuperäisilmauksia.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Ennakkotekijät

Psykoosin tai skitsofrenian syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät, vaikka tietomme näistä ovat edelleen puutteellisia. Skitsofreniaan sairastumista ei myöskään voida selittää yhdellä etiologisella määritteellä. Skitsofrenia on yksi lääketieteen hankalimpia sairauksia sen; sen synnystä ei tiedetä kovinkaan paljoa ja skitsofrenian pääriskitekijöille altistuminenkaan ei tarkoita sairastumista. (Joukamaa & Isohanni, 2008, 38)

Skitsofreniaan sairastumisen syntyä voidaan ymmärtää stressi-alttiusmallin eli stressi-haavoittuvuusmallin mukaan eli stressi tarkoittaa mallissa sitä, että alttiille henkilölle voi puhjeta skitsofrenia ulkoisen tai sisäisen stressitekijän seurauksena. Alttius skitsofreniaan sairastumiselle on perinnöllistä tai varhaiskehityksen aikana syntynyttä. Skitsofrenian syntyyn liitetään usein myös varhainen keskushermoston kehityksen häiriö. Sairastumisen laukaiseva tekijä voi olla stressi esimerkiksi normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä kehityksellinen tekijä. Stressitekijöitä voivat olla myös liiallinen alkoholin käyttö tai huumeiden käyttö. (Käypä hoito- suositus 2008). Ympäristötekijöillä tiedetään olevan vaikutusta skitsofrenian puhkeamisessa (Honkonen, Isohanni, Lönnqvist & Vartiainen 2007, 81). Opinnäytetyöni tuloksissa tuotiin esille mielen kuormittuminen erilaisista asioista osana psykoosiin sairastumista. Erilaiset stressitekijät eli mieltä kuormittavat tekijät tuodaan myös esille Käypä hoito-suosituksessa (2008).

6.3.2 Tuntemukset psykoosista ja ennakko-oireet

Ennakko-oireilla eli prodromaalioireilla tarkoitetaan kliinisessä lääketieteessä oireita ja ilmiöitä, jotka edeltävät tyypillistä, tietyt kriteerit täyttävää sairautta. Kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuvalla on ennakko-oireita, vaikka osa niistä onkin hyvin epätarkkoja ja näitä samankaltaisia oireita voi kuulua normaaliin nuoruuteen. (Honkonen ym. 2007, 82). Opinnäytetyön tuloksissa tuotiin esille näitä ennakko-oireita. Ennakko-oireita kuvailtiin heikoksi oloksi, ahdistuneisuudeksi, voimattomuuden tunteeksi sekä epätietoisuudeksi tilanteesta. Honkonen, Isohanni, Lönnqvist ja Vartiainen (2007) kuvailevat psykoosin ennakko-oireita mielialanvaihteluiksi, masentuneisuudeksi ja vaikeudeksi nauttia elämästä (anhedonia). Sairauden alkuun liittyy usein masentuneisuutta ja negatiivisia oireita ennen varsinaisia psykoottisia oireita. Tavallisimpia ennakko-oireita ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, käyttäytymisen häiriöt, epäluuloisuus, psykosomaattiset oireet sekä hämmentyneisyys. (Honkonen ym. 2007, 81).

Näistä eriytyneempi ja sairastumista paremmin ennakoiva oireita ovat ajatuspakko, kielen ymmärtämisen häiriöt, vaikeus erottaa kuvitelmat ja havainnot toisistaan, suhteuttamistaipumus ja muutokset minäkuvassa. (Honkonen ym. 2007, 81).

6.3.3 Psykoosin oireet

Opinnäytetyön tuloksissa ja kirjallisuudessa psykoosin oireita kuvailtaessa, psykoosiin liittyvät aistiharhat nousivat useimmiten esille. Kuten Isohanni ja Joukamaa(2008) tuovat esille, että hallusinaatiot eli aistiharhat ovat tavallinen oire skitsofreniaa sairastavalla (Isohanni &Joukamaa 2008, 43). Aistiharhoja ja erityisesti kuuloharhoihin liittyvät määritelmät vastaavat hyvinkin paljon haastattelusta saamaani aineistoon. Kuten Hakola ym. (2008) esittävät, että kuuloharhoihin liittyy usein puhe, joka kommentoi henkilön tekemisiä, syyttää, kiusaa tai uhkailee häntä (Hakola ym. 2008, 43). Samoin opinnäytetyön tuloksissa kuvailtiin, että kuuloharhat ovat hyvinkin syyttäviä ja herjaavia.

Sosiaalisesta elämästä eristäytyminen tuli esiin sekä opinnäytetyön tuloksissa esille että myös kirjallisuudessa. Tuloksissa ilmeni, että psykoosia sairastava eristäytyy helposti muista. Psykoosiin sairastuminen vaikuttaa myös henkilön sosiaaliseen elämään ja siitä selviytymiseen(Vakavat mielenterveyshäiriöt 2008).

6.3.4 Kuntoutuminen psykoosista

Psykoosiin liittyvien oireiden hoito koettiin tärkeänä. Jokaisen potilaan hoito määritellään potilaan omien tarpeiden mukaan (Isohanni 2008, 49).

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että tukiverkoston tärkeys kuntoutumisvaiheessa on tärkeä. Samoin Honkonen ym. (2007) tuovat esille, että tuki, perheselvittelyt sekä toimiva yhteistyösuhde potilaan ja hänen perheensä välillä edesauttavat psykoosista kuntoutumista (Honkonen ym. 2007, 108). Myös Isohanni ym. (2008) korostavat skitsofrenian hoidossa lähimmäisen tuen tärkeyttä (Isohanni ym. 2008, 48-49).

6.3.5 Kokemusten hyödyntäminen

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että psykoosi koettiin enemmän positiivisena kokemuksena kuin negatiivisena. Koettiin, että psykoosista on voinut myös oppia monia asioita ja yksi niistä on kokemuksen arvostus. Kokemusten hyödyntämistä korostettiin.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Päällimmäisenä tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella olisi hyvä korostaa enemmän kokemuksen merkitystä ja tärkeyttä psykoosin hoidossa. Jatkotutkimusaihe voisi liittyä siis kokemukseen, mutta olisi mielenkiintoista tietää, kuinka kokemukset psykoosista ovat auttaneet psykoosin sairastuneita hoidossa sekä kuntoutumisessa. Ja jatkoaiheena voisi selvittää vielä, että miten kokemuksia voisi hyödyntää käytännössä, millaisin menetelmin.

LÄHTEET

Achte', K., Alanen, Y. & Tienari, P.(toim.) 1990. Psykiatria 1. Juva. WSOY.

Alanen, Y. 1994. Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva. WSOY.

Bottlender R, Sato T, Groll C, Jäger M, Kunze I, & Möller H-J. 2003. Negative symptoms in depressed and schizophrenic patients: How do they differ? Elokuu 2003. Luettu 1.4.2011. <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15100281>

Cullberg, J. 2005. Psykoosit- kokoava näkökulma. Therapie-säätiö. Vantaa. Dark Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerrus Kirjapaino oy.

Haarakangas, K. & Seikkula, J. 1999. Johdanto. Teoksessa Seikkula, J. (toim.) Psykoosi- uuteen hoitokäytäntöön. Tampere. Tammer-Paino oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tammi.

Honkonen, T., Isohanni, M., Lönnqvist, J. & Vartiainen, H. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.painos. Jyväskylä. Gummerrus.

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

Huttunen, M. 2008.a. Harhaluulo. Lääkärikirja Duodecim 12.9.2008. Luettu 7.12.2009. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372

Huttunen, M. 2008. b. Psykykenlääkeopas. Duodecim.Hämeenlinna. Karisto oy.

Huttunen, M. 2006. Lääkkeet mielen hoidossa. Tampere. Tammer-Paino oy.

Isohanni, M & Joukamaa, M. 2008. Teoksessa Hakola, P., Isohanni, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. & Lepola, U. Psykiatria. Helsinki. WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki.WSOY.

Kansanterveyslaitos. Vakavat mielenterveyshäiriöt. 2008. Päivitetty 22.8.2008. Luettu 15.12.2009. <http://www.ktl.fi/portal/8518>

Kilku, N. 1998. Potilaan kokemus tiedon merkityksestä psykoedukatiivisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä. Gummerus.

Käypä hoito. 2008. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 1.1.2008. Luettu 15.12.2009. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>

Linblom-Yläne, S. & Nevgi, A. 2003. Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki. WSOY.

Lönnqvist, J. 2003. Psykoosi. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki.Duodecim.

Niemi M, & Pelanteri S. 2004. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2004. Luettu 1.4.2011. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/C6631BE0-E0B1-47C0-8FCA-F9DC09DE6692/0/Tt29_05.pdf

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki. Tammi

Perälä, J., Saarni, S. & Suvisaari, J. 2006. Psykoosit Suomessa luultua yleisempiä. Päivitetty 27.10.2006. Luettu 15.12.2009. <http://www.ktl.fi/portal/11838>

Stakes 1995. Tautiluokitus ICD-10. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Ohjeita ja luokituksia 1995:3. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Kirjapaino Oy West Point. Rauma.

Svirskis, T. 2007. Psykoosialttiit henkilöt ovat oireisia ja avun tarpeessa. Luettu 1.4.2011. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?terms=Oireet&display=25&p=40&w=1&b=1&t=1&au=1&dp=1&de=1&sort=Aika>

Toom, A. 2008. Hiljaista tietoa vai tietämistä? Näkökulmia hiljaisen tiedon käsitteen tarkasteluun. Teoksessa Kajanto, A., Onnismaa, J. & Toom, A.(toim.) Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Valkonen-Korhonen, M. 2003. Information processing in acute psychosis. Kuopio University Publications D, Medical Sciences 316. Kuopion Yliopisto, Kuopio.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino oy.

Taulukko 1
Sisällönanalyysi

LIITE1

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
	KUORMITTUNEISUUS	ENNAKKO-TEKIJÄT
vastaa		

Voimattomuus JAKSAMATTOMUUS	JAKSAMATTOMUUS	TUNTEMUKSET PSYKOOSISTA
Heikko olo		
Sydän löi epätasaisesti Outo olo Jännä olo Ihmeellinen olo Tunnistaa psykoosin alun.	OMITUINEN TUNNE	
Kurja olo Kurjuuden tunne Puristava tunne. Epäonnistuminen ja sen jälkeen pettymys.	AHDISTAVA TUNNE	
Tietämättömyys Tiedottomuus Ei tiennyt, mitä kaikki oli	EPÄTIETOISUUS	
Sekavuus Tunteiden sekameteli. Hajanainen olo Pyörittävä olo ja mielikuvitusmaailma. Mieli alkoi pyöriä Ei pysty keskittymään. Mielen palo Mieli meni lukkoon Ote kadoksissa normaalista elämästä	MIELEN KAAOS/HAJANAISUUS	
Punastuminen Häpeä ja itsesyytökset.	SYYLLISYYDEN TUNNE	

Pelko psykoosista. Pelottava tunne. Psykoosin arvaamattomuus	PELKO SAIRASTUMISESTA	
Äänet herjaavat ja tuovat muistoja mieleen. Äänet sanovat, että olet sairas, jolloin tulee pettymys. Äänet kysyvät, vastaavat ja herjaavat. ”Psykoosin korva” kuulee syytöksiä ja herjauksia.	SYYTTELEVÄT ÄÄNET	PSYKOOSIN OIREET
Äänien tavoite itsemurha. Äänet saavat saaliin vasta, kun tekee itsemurhan. Ääniharhojen vakavuus.	ITSEMURHAN UHKA	
Näköharhat Kuuloharhat	AISTIHARHAT	
Huonoja aikoja ja hyviä aikoja Kokee, ettei tarvitse lääkkeitä.	MIELIALAN MUUTOKSET	
Yksinäisyyden kokeminen Halu olla yksin oman ajatuksen kanssa. Epätodellinen puhuminen	SOSIAALINEN ERISTÄYTYMINEN	
Tyrmistynyt ”psykoosin korva”. ”Psykoosin korva” vie voimia.	PSYKOOSIN KORVA	
Voimarakenteet. Perheen tuki.	TUKIVERKOSTO	KUNTOUTUMI-NEN PSYKOOSISTA

Yritetään päästä eroon äänistä. Ääniä tarvitsee työstää Muutokset psykoosin hoidossa.	ÄÄNIHARHOJEN HOITO	
Kokemuksen arvo. Kokemus tulee sydäimestä. Psykoosi kasvattavana kokemuksena. Vaikea toisen ymmärtää ellei ole itse kokenut.	KOKEMUKSEN MERKITYS	KOKEMUSTEN HYÖDYNTÄMI-NEN
Kannattaa tutkia, jotta löydetäisiin parempia ratkaisuja. Suunnata kokemukset toisten auttamiseen. Kokemuksista voidaan ammentaa voimavaroja muille	KOKEMUKSISTA APUA MUILLE	
Nykyään lahja Osaa arvostaa enemmän terveyttä Psykoosi ei enää negatiivinen asia.	PSYKOOSI POSITIIVISENA KOKEMUKSENA	

Hyvä mielenterveyskuntoutuja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata psykoosin yksilöllisiä eroja suhteessa kirjallisuuteen. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä tietoa psykoosiin yksilöllisestä kokemuksesta mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta.

Opinnäytetyöni toteutan haastattelemalla yhtä Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen mielenterveyskuntoutujaa. Haastatteluja on enintään kolme kertaa ja yhden haastattelun pituus on noin 1,5-2 tuntia.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä osallistumisesta syytä siihen ilmoittamatta. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä ja aineistoa säilytetään lukituissa tiloissa. Haastattelut nauhoitetaan, mutta aineiston analysoinnin jälkeen nauhoitukset tuhoetaan. Opinnäytetyön aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä. Opinnäytetyön raportista ei Teitä voida tunnistaa. Opinnäytetyö julkaistaan Tampereen ammattikorkeakoulun Theseus- tietokannassa (www.theseus.fi).

Opinnäytetyöntekijä

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Kristiina Köppä

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, voitte ottaa yhteyttä ohjaavan opettajaani, yliopettaja Nina Kilkkuun.

LIITE 3



Suostumus

15.12.2009

Psykoosin kokemukselliset erot suhteessa kirjallisuuteen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, joka koskee psykoosin kokemuksellisia eroja suhteessa kirjallisuuteen ja olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöntekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
tutkimukseen:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijä

Nimen selvennys

Nimen selvennys